

NOTICE TECHNIQUE

N° ATIH-506-6-2024

Du 20 décembre 2024

Modification du 20 février 2025

Campagne tarifaire et budgétaire 2025 – Nouveautés PMSI

Champs MCO – HAD – SMR – Psychiatrie

La présente notice informe les établissements de santé des nouveautés 2025 relatives au recueil et au traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité hospitalière. Elle répond à la volonté constante d'information précoce des établissements, concernant les nouveautés qu'ils devront mettre en œuvre en 2025. Dans ce cadre, des webinaires d'information ont été mis en place les 14 (SMR) et 19 novembre derniers (MCO/HAD/Psy). Les questions posées en séance trouvent, pour la plupart, leur réponse dans la présente notice.

Par ailleurs, les nouveautés concernant le champ d'activité de la psychiatrie, accompagnées des nouveautés nomenclature, et d'une annexe interchamps ont été publiées le 11 décembre 2024.

La présente notice décrit les nouveautés relatives :

- aux champs d'activité MCO et HAD, applicables, sauf précision contraire, au 1^{er} mars 2025 ;
- au champ SMR, applicables, sauf précision contraire, au lundi 3 mars 2025 ;
- et les nouveautés interchamps (évolution du VID-HOSP).

Dans une logique documentaire, les annexes psychiatrie, nomenclature et interchamps relatives au calendrier DRUIDES sont reproduites dans la présente notice.

Pour mémoire, les arrêtés dits « PMSI » constituent le support réglementaire du recueil et du traitement des informations médicalisées relatives aux différents champs d'activité. Pour 2025, ces arrêtés font l'objet d'une mise à jour spécifique à chaque champ. Ces actualisations sont liées notamment aux documents qui leur sont annexés : guide méthodologique, manuel de groupage, nomenclatures.

Au-delà de ces mises à jour réglementaires, l'objet de la présente notice est de décrire de manière concrète les nouveautés qui la motivent.

Par déléation de la Directrice générale,
La Secrétaire générale,

Sandrine POIRSON-SCHMITT

Table des matières

Annexe 1 :	4
1. Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO	4
2. Modifications apportées au Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale ou autre documentation du PMSI MCO	5
2.1. Recueil en lien avec le financement forfaitaire des pathologies chroniques : Maladie Rénale Chronique (MRC)	5
2.2. Unités médicales de soins critiques : évolutions concernant les USIP et USIP dérogatoires	5
2.3. Mode d'entrée nouveau-nés nés à domicile en présence du SMUR	7
3. Autres évolutions du recueil PMSI MCO pour 2025	7
3.1. Recueil de l'évolution des ouvertures de lits de soins critiques	7
3.2. FICHCOMP pour les tests HRD dans le cancer de l'ovaire pour thérapie ciblée	8
3.3. FICHSUP primo-prescription de chimiothérapie orale (PPCO)	8
3.4. Ajout du forfait innovation relatif aux dispositifs médicaux SONOCLOUD-9 et ENDOTEST	9
4. Modifications apportées à la CIM-10-FR	10
5. Nouveautés concernant le format des fichiers	10
5.1. RSS	10
5.2. VID-HOSP	10
5.3. FICHSUP et FICHCOMP	10
5.4. FICUM	10
5.5. RSF ACE	10
5.6. RSF	10
5.7. Nouveau fichier : fichier évolution lits soins critiques	10
1. Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD	11
2. Modifications de codage et de recueil	11
2.1. Mise en place d'un recueil des actes de réadaptation en HAD	11
2.2. Mise en place d'un nouveau recueil dans le cadre de l'expérimentation article 50	14
3. Groupage HAD en GPSL. Poursuite de l'expérimentation de la classification HAD	14
4. Modifications apportées à la CIM-10	14
5. Nouveautés concernant le format des fichiers	14
5.1. Format RPSS	14
5.2. FICHCOMP	15
5.3. VID-HOSP	15
Annexe 3 :	16
1. Mise à jour de l'arrêté PMSI SMR	16
2. Modifications de codage et de recueil	16
2.1. Recueil des actes de réadaptation réalisés sur un plateau technique spécialisé (PTS)	16
2.2. Recueil du fichier VID-CHAINAGE en ex-OQN	19
3. Phase de transition du CSARR au CSAR	19
4. Modifications apportées au Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) Version 2025	21
5. Modifications apportées à la CCAM descriptive pour usage PMSI	21

6. Classification GME.....	21
7. Modifications apportées à la CIM-10.....	21
8. Nouveautés concernant le format des fichiers	21
8.1. RHS	21
8.2. VID-HOSP	21
8.3. VID-CHAINAGE.....	21
8.4. FICHSUP et FICHCOMP.....	22
8.5. FICUM	22
8.6. RSF-ACE.....	22
8.7. RSF.....	22
Annexe 4 :	23
1. Mise à jour de l'arrêté PMSI.....	23
2. Modifications apportées au Guide méthodologique de production du RIM-P.....	24
2.1. Cadre général.....	24
2.2. Consignes.....	24
3. Modifications apportées à la CCAM descriptive pour usage PMSI.....	26
4. Modifications apportées à la CIM-10.....	26
5. Nouveautés concernant le format des fichiers	26
5.1. RPS et RAA.....	26
5.2. VID-HOSP et VID-IPP	27
5.3. Fichiers RSF-A et VID-CHAINAGE	27
5.4. FICHCOMP.....	27
5.5. FICUM-PSY	27
Annexe 5 :	28
1. Calendrier DRUIDES	28
1.1. Présentation de DRUIDES	28
1.2. Planning de déploiement de DRUIDES en Psychiatrie.....	28
1.3. Planning de déploiement de DRUIDES en HAD	29
2. Evolution du VID-HOSP	29
Annexe 6 :	31
1. Nouveautés de la CIM-10 FR à usage PMSI.....	31
2. Nouveautés de la CCAM descriptive à usage PMSI.....	32
3. Nouveautés du CSARR.....	33
4. Publication du référentiel des médicaments d'accès précoce	33

Annexe 1 :

Nouveautés PMSI du champ d'activité MCO

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI MCO

L'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, dit arrêté PMSI MCO¹, fait l'objet d'une modification liée à la mise à jour de ses annexes. Les annexes I, II, III, IV et V sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité.

Ces annexes sont les suivantes :

- annexe I relative à la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite « à usage PMSI » ;
- annexe II relative à la classification commune des actes médicaux descriptive « dite à usage PMSI » ;
- annexe III relative au guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;
- annexe IV relative au manuel des groupes homogènes de malade.

Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, elles seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le Guide méthodologique.

Ces annexes seront applicables au 1er mars 2025.

¹ Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

2. Modifications apportées au Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale ou autre documentation du PMSI MCO

2.1. Recueil en lien avec le financement forfaitaire des pathologies chroniques : Maladie Rénale Chronique (MRC)

Le recueil du FICHCOMP.csv Maladie Rénale Chronique intégrera pour l'année 2025 les modifications suivantes :

- Suppression des variables *Test protéinurie des 24h au 1er semestre*, *Test spot au 1er semestre*, *Test protéinurie des 24h au 2e semestre* et *Test spot au 2e semestre*.
- Ajout de deux variables : *Ratio albuminurie sur créatinurie (RAC) au 1er semestre* et *Ratio albuminurie sur créatinurie (RAC) au 2e semestre*.

Ces nouveautés seront intégrées dans la prochaine mise à jour du guide de recueil MRC.

La transmission par les établissements des données de l'année 2024 (janvier à décembre) sur la période MRC S1+S2 est attendue pour le 28 février 2025 pour une validation par les agences régionales de santé au 15 mars 2025.

2.2. Unités médicales de soins critiques : évolutions concernant les USIP et USIP dérogatoires

Au 1er mars 2025, en fonction des régions et de la période d'octroi des nouvelles autorisations d'exercer l'activité de soins critiques, sur le fondement de la nouvelle réglementation encadrant cette activité de soins, le type d'autorisation dédié aux unités de soins intensifs polyvalents (USIP) et USIP dérogatoires devra être modifié dans le fichier des UM (FICUM). Ceci est valable pour toutes les unités médicales adultes et pédiatriques concernées par les nouvelles autorisations de soins critiques.

Toutefois, les établissements n'ayant pas encore obtenu les nouvelles autorisations doivent continuer à utiliser les codes préexistants, et ceci jusqu'à obtention de ces dernières.

Le tableau récapitulatif situé ci-dessous rappelle les différents codes d'UM à utiliser, ceci selon l'acquisition effective ou non des nouvelles autorisations, ainsi qu'en fonction de la période de 2025, pour les nouvelles unités USIP et USIP dérogatoires créées.

	<u>Avant la mise en œuvre de la réforme des autorisations de soins critiques (régime encore en vigueur dans plusieurs régions en 2025)</u>			<u>Après la mise en œuvre de la réforme des autorisations de soins critiques (régime en vigueur dans plusieurs régions dès 2025)</u>			
Adultes / pédiatriques	Unité	Régime	Code UM1	Unité après mise en œuvre de la réforme	Régime en vigueur	Code UM 2 avant mars 2025	Code UM 3 après 1er mars 2025
Adultes	Réanimation	Autorisation	01A	Unité de réanimation	Autorisation	01A	01A
Adultes				USI polyvalentes (avec réanimation sur site)	Autorisation	02C	24C
Adultes				USIP dérogatoires (sans réanimation sur site)	Autorisation	02D	24D
Adultes	USIH (avec ou sans réanimation sur site)	Reconnaissance contractuelle	16	USIH (avec ou sans réanimation sur site)	Autorisation	02H	02H
Adultes	USCI (avec ou sans réanimation sur site)	Reconnaissance contractuelle	02A	USCI (avec ou sans réanimation sur site)	Autorisation	02E	02E
Adultes	USINV (avec ou sans réanimation sur site)	Reconnaissance contractuelle	18	USINV (avec ou sans réanimation sur site)	Autorisation	02F	02F
Adultes	Soins intensifs de spécialité	Reconnaissance contractuelle	02B	USI de spécialités (avec réanimation sur site)	Autorisation	02I	02I
Adultes	Unité de surveillance continue	Reconnaissance contractuelle	03A	Unité de surveillance continue hors champ soins critiques	Reconnaissance contractuelle	03A	03A
Pédiatriques	Réanimation	Autorisation	13A	Unité de réanimation pédiatrique	Autorisation	13A	13A
Pédiatriques				Unité de réanimation de recours pédiatrique	Autorisation	13G	13G
Pédiatriques				USI polyvalentes pédiatrique (avec réanimation sur site)	Autorisation	15C	25C
Pédiatriques				USIP dérogatoires pédiatrique (sans réanimation sur site)	Autorisation	15D	25D
Pédiatriques				USIH pédiatrique (avec ou sans réanimation sur site)	Autorisation	15H	15H
Pédiatriques				Soins intensifs pédiatriques de cardiologie	Autorisation	15E	15E
Pédiatriques				USI de spécialités pédiatrique (avec réanimation sur site)	Autorisation	15I	15I
Pédiatriques	Unité de surveillance continue	Reconnaissance contractuelle	14A	Unité de surveillance continue hors champ soins critiques pédiatrique	Reconnaissance contractuelle	14A	14A

Comme lors des créations des nouveaux types d'autorisation en 2024, si des séjours ont été réalisés dans ces unités avant le 1^{er} mars 2025, les deux codes d'UM concernant les USIP devront être enregistrés dans le fichier d'information des UM dans tous les envois réalisés dans e-PMSI, au cours de l'année. Ceci afin de permettre la valorisation des suppléments dus au titre des deux périodes : période de janvier et février 2025, et période de mars à décembre 2025.

2.3. Mode d'entrée nouveau-nés nés à domicile en présence du SMUR

Pour rappel, en 2019 le mode d'entrée 'N' a été créé pour identifier les séjours de naissance lors de naissance dans un établissement de santé.

Ainsi :

- Les séjours concernant un nouveau-né, né à domicile ou hors d'un établissement de santé doivent être enregistrés avec un mode d'entrée '8' ;
- Les séjours concernant les nouveau-nés transférés doivent être enregistrés avec un mode d'entrée '7' ;
- Les nouveau-nés nés en établissement de santé doivent être enregistrés avec un mode d'entrée 'N' ;
- Il est également indiqué, dans le guide méthodologique, que le mode d'entrée 'N' doit aussi être enregistré dans le RUM du nouveau-né, dans le cas de naissance hors d'un établissement et en présence d'un SMUR.

La consigne concernant le mode d'entrée 'N' génère une différence de statut entre le RUM de la mère, qui est considéré comme un séjour de post partum, et celui du nouveau-né qui est considéré comme un séjour de naissance dans l'établissement.

Afin de rendre cohérents ces deux séjours, il est dorénavant demandé de coder un mode d'entrée '8' (domicile) pour tous les nouveau-nés, nés hors de l'établissement, y compris si la naissance a lieu en présence du SMUR.

3. Autres évolutions du recueil PMSI MCO pour 2025

3.1. Recueil de l'évolution des ouvertures de lits de soins critiques

Pour permettre des analyses dans le cadre de la réforme des autorisations et pour préparer la réforme du financement des soins critiques, il est demandé aux établissements de recueillir les éventuelles périodes d'ouverture ou de fermeture temporaires de lits dans les services de réanimation. La période de recueil de ces fluctuations s'étend du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025. Le support de ce recueil est un nouveau type de fichier, complémentaire au FICUM : le fichier d'évolution des lits de soins critiques. Ce recueil d'adresse à tous les établissements autorisés à l'activité de soins critiques de tout type (réanimation, USIP, USI de spécialité). Il est déclenché à chaque fluctuation (ouverture et/ou fermeture de lits) par rapport au nombre de lits habituel renseigné dans le FICUM. Il comprend la date de début de la période concernée par une ouverture ou fermeture de lits de réanimation, ainsi que le nombre de lits concernés par cette fluctuation. Ce fichier doit être transmis lors de la période de transmission PMSI la plus proche de la période de fluctuation observée et il est cumulatif au cours de l'année. Ce fichier n'est pas à recueillir s'il n'y a pas de fluctuations temporaires du nombre de lits dans ces services.

Par exemple : en cas de fermetures de 4 lits du lundi 28 juillet au dimanche 17 août 2025 inclus dans un service de réanimation adulte, et en cas d'ouverture temporaire de 2 lits supplémentaires dans un service de réanimation pédiatrique du lundi 10 au jeudi 20 novembre 2025 inclus, le fichier devra être renseigné comme suit :

N° de l'unité médicale	N° FINESS géographique	Type autorisation	Date de début de la période	Date de fin de la période	Nombre de lits fermés sur la période	Nombre de lits supplémentaires sur la période
aaaa	xxxxxxxxx	01A	28072025	17082025	4	0
bbbb	xxxxxxxxx	13A	10112025	20112025	0	2

3.2. FICHCOMP pour les tests HRD dans le cancer de l'ovaire pour thérapie ciblée

Afin de permettre la prise en charge des tests de détermination du statut de déficience de la voie de recombinaison homologue (HRD) dans le cancer de l'ovaire pour thérapie ciblée, les établissements de santé publics et privés non lucratifs (secteur ex-DG) sont invités à déclarer mensuellement les actes effectués dans leur établissement via le fichier FICHCOMP HRD mis en place à partir du 1er janvier 2025.

Les actes réalisés lors des consultations externes (ACE) sont exclus de ce FICHCOMP car facturés à l'assurance maladie via le codage à la nomenclature des actes de biologie médicale ou à la classification commune des actes médicaux. Seuls sont concernés les actes effectués dans le cadre des séjours hospitaliers dans les indications définies par la HAS et :

- pour la biologie par l'acte 4513 créé par [la décision du 21 août 2024 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie](#) ;
- pour l'anatomopathologie par l'acte avec le code ZZQX231 créé par la [décision du 27 novembre 2024 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie](#).

Les établissements de santé concernés renseignent le code CCAM dans la partie dédiée aux codes CCAM du RSA et le code NABM dans le FICHCOMP HRD. Ces codes sont associés à la réalisation de l'acte mentionné supra lors du séjour d'un patient au sein de l'établissement. La délégation des crédits associés à l'activité du test HRD interviendra lors des circulaires budgétaires et tarifaires.

3.3. FICHSUP primo-prescription de chimiothérapie orale (PPCO)

Les variables facultatives du fichier FICHSUP Consultations de Primo-prescriptions d'un traitement du cancer par voie de chimiothérapie orale ne sont plus à renseigner. Le fichier évolue, seules les variables « File active de patients ayant un traitement du cancer par chimiothérapie orale » et « Nombre total de consultations médicales pour primo-prescription de traitement de chimiothérapie par voie orale pendant l'année » sont à compléter pour l'année 2025.

Pour rappel, chaque année, de M1 à M12, il s'agit de renseigner une activité cumulée (depuis M1) pour les deux variables obligatoires précitées.

3.4. Ajout du forfait innovation relatif aux dispositifs médicaux SONOCLOUD-9 et ENDOTEST

Deux nouveaux forfaits innovations sont créés en 2025. Les établissements codant le forfait et éligibles au dispositif n'auront pas de GHS valorisé.

Le premier forfait concerne SONOCLOUD-9 implant intracrânien qui ouvre la barrière hémato-encéphalique avant ou après l'injection de chimiothérapie ou d'autres agents thérapeutiques comme l'immunothérapie.

Le journal officiel du 24 décembre « Arrêté du 20 décembre 2024 relatif à la prise en charge du dispositif médical implantable SONOCLOUD-9 au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale » précise le code et le montant du forfait de prise en charge par patient, incluant la prise en charge de l'acte et les frais d'hospitalisation associés :

Code	Libellé	Valeur
I18	SONOCLOUD-9	95 136 €

Le nombre total de patients susceptibles de bénéficier de la prise en charge est fixé à 72, dont 36 patients au titre de l'étude et 36 patients supplémentaires non inclus dans l'étude. Le cas échéant, les praticiens exerçant à titre libéral négocient la facturation de leurs honoraires avec les établissements de santé.

Afin de percevoir le forfait, les établissements de santé codent les séjours des patients bénéficiant du dispositif médical SONOCLOUD-9 via le code « INNOV2402018N », au sein de la variable « Innovation » du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Les établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge le forfait sont Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer – HCL, Hôpital de la Timone – APHM, HU Pitié Salpêtrière – AP-HP, Hôpital Foch.

Le second forfait est ENDOTEST, test salivaire de diagnostic de l'endométriose. Ce forfait est facturable en sus du GHS.

Le journal officiel du 11 février 2024 relatif à la prise en charge du dispositif médical in vitro ENDOTEST au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale. Le dispositif médical in vitro ENDOTEST est pris en charge forfaitairement par l'assurance maladie, au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par arrêté, pour une durée de 3 ans à compter de la date de la première inclusion de l'étude mentionnée à l'article 2. Le montant du forfait de prise en charge par patient, tel que défini à l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, incluant la prise en charge de l'acte et les frais d'hospitalisation associés, est ainsi fixé par patient :

Code	Libellé	Valeur
I19	ENDOTEST	839 €

Le nombre total de patientes susceptibles de bénéficier de la prise en charge mentionnée à l'article 1^{er} est fixé à 25 000, dont 2 500 patientes au titre de l'étude et 22 500 patientes supplémentaires non inclus dans l'étude.

Afin de percevoir le forfait, les établissements de santé codent les séjours des patientes bénéficiant du dispositif médical in vitro ENDOTEST via le code « INNOV2408019N », au sein de la variable « Innovation » du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

La liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge le forfait est précisée en annexe 1 de l'arrêté.

4. Modifications apportées à la CIM-10-FR

Les modifications de la CIM-10-FR à usage PMSI sont décrites dans l'annexe Nomenclatures de la présente notice.

5. Nouveautés concernant le format des fichiers

Les formats sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2025>
Ils concernent les points suivants :

5.1. RSS

Les formats de RSS 2025 sont 022 (non groupé) et 122 (groupé).

5.2. VID-HOSP

Les modifications du fichier VID-HOSP sont décrites dans l'annexe Interchamps de la présente notice.

5.3. FICHSUP et FICHCOMP

Aucun nouveau recueil à partir d'un FICHSUP n'est mis en place en 2025.
Un nouveau fichier FICHCOMP HRD est mis en place à partir du 1er janvier 2025.

5.4. FICUM

Pour les évolutions portées au Fichier des UM, voir paragraphe 2.2 les nouveautés concernant les autorisations des USIP.

5.5. RSF ACE

Aucune modification n'est apportée au RSF ACE au premier semestre 2025.

5.6. RSF

Aucune modification n'est apportée au RSF au premier semestre 2025.

5.7. Nouveau fichier : fichier évolution lits soins critiques

En complément du FICUM, un nouveau type de fichier est créé pour recueillir les fluctuations du nombre de lits dans les services de réanimation sur une période donnée (voir paragraphe 3.1).

Annexe 2 :

Nouveautés PMSI du champ d'activité HAD

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI HAD

L'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dit « arrêté PMSI HAD », fait l'objet d'une modification liée à la mise à jour de ses annexes. Les annexes I, II et III sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité. Ces annexes sont les suivantes :

- Annexe I relative à la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite « à usage PMSI » ;
- Annexe II relative à la classification commune des actes médicaux descriptive « dite à usage PMSI » ;
- Annexe III relative au guide méthodologique de production des recueils d'information standardisés de l'hospitalisation à domicile.

Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, elles seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le Guide méthodologique.

La nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au **1er mars 2025**.

2. Modifications de codage et de recueil

2.1. Mise en place d'un recueil des actes de réadaptation en HAD

Depuis le 1^{er} mars 2024, les établissements HAD doivent renseigner leur type d'autorisation dès lors que l'ARS leur a notifié ces autorisation(s).

Pour rappel, l'enregistrement du type d'autorisation se fait par séquence et dans la séquence en cours à la date d'autorisation notifiée.

L'objectif de ce nouveau recueil est de tracer et quantifier l'activité de réadaptation produite dans les établissements ayant l'autorisation « HAD-R ». Pour ce faire, les modalités de recueil sont décrites dans les paragraphes suivants. Le support du recueil se fera au travers du nouveau fichier FICHCOMP dit « ActesR ».

Au 1^{er} mars 2025, le recueil du FICHCOMP dit « ActesR » devient obligatoire pour toutes les séquences dont le code « 01 » - *Mention de réadaptation* est renseigné pour la variable type d'autorisation.

Les différentes variables et leurs modalités de codage sont décrites ci-après :

- La **variable « Intervention »** est définie comme la réalisation d'un acte de réadaptation par un professionnel de la réadaptation auprès d'un patient. Lorsqu'il y a réalisation d'actes de réadaptation au cours d'une séquence avec mention « réadaptation », cette variable doit obligatoirement être codée, selon deux modalités au choix :
 - o *A minima* avec le code unique « 99Z99 ».
 - o Les établissements qui le souhaitent, peuvent utiliser un code « Acte » de la nomenclature CSAR pour coder la variable « Intervention ». La liste des actes CSAR est disponible dans le [référentiel CSAR](#).

Cette variable ne doit être codée que si l'acte a été réalisé dans sa globalité sur une même journée calendaire.

- La **variable « intervenant »** désigne le professionnel de la réadaptation ayant contribué à la réalisation de l'acte de réadaptation. Le recueil concerne indifféremment les personnels salariés internes de l'ESHAD et les professionnels de réadaptation libéraux conventionnés avec l'ESHAD.
- La liste des intervenants autorisés à coder est disponible dans le [référentiel CSAR](#).
- Si l'acte dont a bénéficié le patient a été réalisé avec la contribution de plusieurs professionnels, chacun des professionnels ayant contribué à la réalisation de l'acte est autorisé à coder la variable « Intervention », associée à la variable intervenant correspondante, et à la modalité « 1 » de **la modalité pluriprofessionnelle**.
- **Le modulateur de temps** doit obligatoirement être codé en association avec le couple de variables Intervention/ Intervenant.
- Le codage de la **date de réalisation** est également obligatoire, en association avec le couple de variables Intervention/ Intervenant.

Le tableau suivant présente les variables du nouveau FICHCOMP dit « ActesR » et leurs modalités associées :

Type de variables	Modalités de recueil
<p>Code « Intervention »</p> <p>Recueil obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5 caractères alphanumériques • A minima : Codage par défaut du code unique 99Z99 • Optionnel pour les établissements volontaires : Codage en « CSAR » possible (référentiel CSAR publié sur le site de l'ATIH)
<p>Code « Intervenant »</p> <p>Recueil obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des intervenants du CSAR (référentiel CSAR publié sur le site de l'ATIH)
<p>Modulateur de temps</p> <p>Recueil obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • T0 : Séance de 30 min • T1 : Séance de 1 heure • T2 : Séance de 1 heure et demie • T3 : Temps compris entre 90 et 120 minutes • T4 : Temps supérieur à 120 minutes
<p>Modalité pluriprofessionnelle</p> <p>Recueil facultatif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0 : Absent ou par défaut si non codé • 1 : Réalisation de l'acte en pluriprofessionnel
<p>Date de réalisation</p> <p>Recueil obligatoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'unité de temps de réalisation et de codage de l'acte de réadaptation est la journée calendaire

Le référentiel CSAR est disponible sur le site de l'ATIH à l'adresse suivante : [Simplification du CSARR - Guide de codage CSAR | Publication ATIH.](#)

2.2. Mise en place d'un nouveau recueil dans le cadre de l'expérimentation article 50

Une expérimentation, menée dans le cadre de l'article 50 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 ², doit être mise en place en 2025. Cette expérimentation vise à proposer une rémunération forfaitaire aux établissements MCO qui adressent des patients souffrant d'une pathologie cancéreuse pour la poursuite de leur traitement médicamenteux systémique (hors chimiothérapie orale) en hospitalisation à domicile.

Des précisions complémentaires seront apportées dans un arrêté qui fixera les modalités de cette expérimentation.

Le nouveau FICHCOMP dit « Art50 Chimio » servira de support au recueil de l'information médicale en lien avec cette expérimentation.

Le recueil, mensuel et cumulatif, permettra le calcul de la rémunération forfaitaire versée à l'établissement MCO expérimentateur, adressant ses patients en HAD pour la poursuite de leur traitement médicamenteux systémique du cancer. Cette rémunération est destinée à financer l'encadrement par l'établissement MCO de ce traitement poursuivi en HAD.

La liste des variables à recueillir comporte notamment :

- Le FINESS de l'établissement HAD ;
- Le numéro de séjour en HAD ;
- Le FINESS de l'établissement MCO partenaire avec lequel l'établissement HAD a conventionné, et qui adresse le patient dans le cadre de l'expérimentation (FINESS géographique) ;
- Les dates d'administration des traitements médicamenteux systémiques du cancer.

3. Groupage HAD en GPSL. Poursuite de l'expérimentation de la classification HAD

Pour rappel, l'expérimentation de la classification HAD mise en place au 1er juillet 2023 se poursuit. Les outils mis à disposition pour la compréhension et l'appropriation de la classification HAD sont disponibles :

- sur le site de l'ATIH : webinaires enregistrés et leurs supports ainsi que les recommandations de codage et l'arbre de classification au format xls ;
- sur e-PMSI : dans les tableaux OVALIDE conçus pour décrire les casemix selon cette classification dans l'espace de téléchargement du site ATIH : outil VisualGROUPE HAD.

4. Modifications apportées à la CIM-10

Les modifications de la CIM-10-FR à usage PMSI sont décrites dans l'annexe Nomenclatures de la présente notice.

5. Nouveautés concernant le format des fichiers

Les formats sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2025>

5.1. Format RPSS

Aucune modification n'est apportée en 2025.

² https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000048668747

5.2. FICHCOMP

- Le nouveau FICHCOMP ActesR est mis en place à partir du 1^{er} mars 2025.
- La date de mise en œuvre du FICHCOMP.csv Art50 Chimio est tributaire de la publication de l'arrêté fixant les modalités de l'expérimentation Article 50.

5.3. VID-HOSP

Les modifications du fichier VID-HOSP sont décrites dans l'annexe Interchamps de la présente notice.

Annexe 3 :

Nouveautés PMSI du champ d'activité SMR

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI SMR

L'arrêté PMSI SMR du 27 décembre 2023 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite médicaux et de réadaptation (SMR) fait l'objet d'une modification de ses annexes I, II, III, IV et V qui feront l'objet d'une publication au Bulletin officiel Santé – Protection sociale – Solidarité.

Ces annexes sont les suivantes :

- Annexe I relative à la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite « à usage PMSI »
- Annexe II relative à la classification commune des actes médicaux descriptive « dite à usage PMSI »
- Annexe III relative au guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins médicaux et de réadaptation
- Annexe IV relative au manuel des groupes médico-économiques en soins médicaux et de réadaptation
- Annexe V relative au catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation.

Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, elles seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le Guide méthodologique.

Ces annexes seront applicables à compter de la semaine 10 de l'année 2025 (lundi 03/03/2025).

2. Modifications de codage et de recueil

Les principales modifications de codage et de recueil, décrites dans le guide méthodologique SMR concernent les points suivants :

1. Recueil des actes de réadaptation réalisés sur un plateau technique spécialisé (PTS) :
 - o Création d'une nouvelle variable : « Module et niveau de technicité » ;
 - o Consignes de codage quant aux établissements de santé SMR mobilisant le PTS d'un autre établissement de santé SMR ;
2. Recueil des variables du fichier VID-CHAINAGE en ex-OQN.

2.1. Recueil des actes de réadaptation réalisés sur un plateau technique spécialisé (PTS)

2.1.1. Création de la nouvelle variable « Module et niveau de technicité »

Le nouveau modèle de financement des SMR intègre un compartiment dédié aux PTS, conformément à l'arrêté du 26 mai 2023 fixant la liste des PTS mentionnée à l'article L. 162-23-7 du Code de la sécurité sociale

³ Ces PTS, au nombre de six, font chacun l'objet de spécifications au sein d'un cahier des charges, listées

³ Arrêté du 26 mai 2023 fixant la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnée à l'article L. 162-23-7 du Code de la sécurité sociale.

dans la Note d'information n° DGOS/R4/2023/172 du 3 novembre 2023 relative à la définition des plateaux techniques spécialisés (PTS) de soins médicaux et de réadaptation⁴.

Les six PTS sont les suivants :

- o Balnéothérapie
- o Isocinétisme
- o Analyse quantifiée de la marche et du mouvement
- o Rééducation assistée du membre supérieur
- o Plateau de rééducation intensive des membres inférieurs
- o Plateau de rééducation du retour à la conduite

Sont également détaillées dans la note d'information n° DGOS/R4/2023/172 les caractéristiques techniques des équipements visés, pour chaque plateau listé par l'arrêté. Un certain nombre de PTS, trois au total, présentent deux niveaux/modules de complexité :

- o Le **PTS : Analyse quantifiée de la marche et du mouvement** présente ainsi deux niveaux de complexité
- o Le **PTS : Rééducation assistée du membre supérieur** présente deux modules de complexité
- o Le **PTS : Plateau de rééducation du retour à la conduite** présente également deux modules de complexité

Actuellement, l'utilisation des PTS est tracée dans le RHS via la variable « modulateur de technicité » du CSARR, or celle-ci ne permet pas de rendre compte seule du niveau de complexité du PTS en question, tel que défini dans le cahier des charges.

Afin de disposer d'une meilleure visibilité de la complexité du PTS, et dans la perspective d'une évolution possible du modèle de financement du compartiment PTS, un recueil ad hoc est mis en place.

Le recueil de la nouvelle variable « Module/niveau de technicité » rentre en vigueur à compter du lundi 3 mars 2025, enrichissant ainsi le recueil des actes de réadaptation. Le recueil de cette variable se fera à titre facultatif pour les établissements de santé SMR en 2025.

Les modalités de recueil décrites ci-après concernent autant le CSARR que le CSAR :

- o Le codage de la variable module/niveau de technicité est conditionné à la présence d'un modulateur de technicité parmi les trois cités ci-après :
 - o **Le PTS : Analyse quantifiée de la marche et du mouvement** (modulateur de technicité « QQ »)
 - o **Le PTS : Rééducation assistée du membre supérieur** (modulateur de technicité « QS »)
 - o **Le PTS : Plateau de rééducation du retour à la conduite** (modulateur de technicité « QC »)

Les modalités de recueil de la variable module/niveau de technicité sont synthétisées dans le tableau ci-après :

⁴ NOTE D'INFORMATION N° DGOS/R4/2023/172 du 3 novembre 2023 relative à la définition des plateaux techniques spécialisés (PTS) de soins médicaux et de réadaptation listés par l'arrêté du 26 mai 2023 fixant la liste des plateaux techniques spécialisés mentionnée à l'article L. 162-23-7 du Code de la sécurité sociale

Type	Variable	Modalités	Libellé
Modulateur	Module/ Niveau de technicité	0	Par défaut si QM, QI, QF ou non codé
		1	Si QS = Vrai, alors Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Rééducation assistée du membre supérieur avec dispositif d'assistance robotisée
			Si QQ = Vrai, alors Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Laboratoire d'analyse quantifiée simple de la marche et du mouvement
			Si QC = Vrai, alors Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, simulateur de conduite pour une rééducation du retour à la conduite
		2	Si QS = Vrai, alors Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Rééducation assistée du membre supérieur avec dispositif d'assistance non robotisée avec travail de l'intention du mouvement
			Si QQ = Vrai, alors Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, Laboratoire d'analyse combinée et synchronisée de la marche et du mouvement
			Si QC = Vrai, alors Réalisation de l'acte sur un plateau technique spécialisé, véhicule adapté pour une rééducation du retour à la conduite

2.1.2. Consignes de codage quant aux établissements de santé SMR mobilisant le PTS d'un autre établissement de santé SMR

Conformément à l'article R. 6123-125-1 du décret n°2022-25 du 11 janvier 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins médicaux et de réadaptation, « le titulaire d'une autorisation mentionnée à l'article R. 6123-121, à l'exception de celle portant la mention " polyvalent ", assure dans son domaine de compétence par voie de convention la prise en charge des patients en provenance d'autres établissements autorisés à dispenser des soins médicaux et de réadaptation pour les modes de prise en charge que ces derniers ne peuvent pas proposer. »

Ce nouveau recueil a pour objectif de décrire le recours par convention, d'un établissement SMR (établissement dénommé « adresseur »), ne disposant pas de PTS sur son site, à un PTS situé dans autre établissement de santé SMR.

Ce recueil est mis en place à compter du lundi 3 mars 2025, et ne concerne que l'établissement dénommé « adresseur ».

Pour ce faire, sont apportées les modifications suivantes aux règles de codage des nomenclatures CSAR et CSARR :

- o Pour chaque acte de réadaptation réalisé sur le PTS d'un établissement SMR autre que l'établissement SMR « adresseur », est autorisé le codage :
 - o Du module de technicité approprié ;
 - o De la modalité L3 du modulateur de lieu « réalisé dans un autre établissement » ;
- o A noter que le codage de la modalité L3 du modulateur de lieu n'est autorisé qu'en association d'un modulateur de technicité, selon les modalités décrites ci-dessus.

2.2. Recueil du fichier VID-CHAINAGE en ex-OQN

Depuis 2024, et la mise en œuvre de la réforme du financement SMR, les établissements ex-OQN ne produisent plus de factures pour certains séjours (séjours en hospitalisation complète non clos et de moins de 90 jours). Or, ce sont les fichiers de facturation (RSF) qui servaient historiquement à produire les informations nécessaires au chainage.

Le fichier VID-CHAINAGE a été mis en place à partir du M10 2024 afin de permettre aux établissements SMR ex-OQN d'avoir une exhaustivité de chainage.

Le VID-CHAINAGE permet de transmettre les informations de chainage pour les séjours qui ne donnent pas lieu à facturation (séjours en hospitalisation complète non clos et de moins de 90 jours).

L'objectif est que le chainage des séjours des établissements ex-OQN soit exhaustif.

Les différentes situations qui peuvent ou doivent conduire à la production d'un enregistrement dans le fichier VID-CHAINAGE sont les suivantes :

- Séjour en hospitalisation complète non clos et de moins de 90 jours (non encore facturé) : la production d'un enregistrement dans le VID-CHAINAGE pour ce séjour est **obligatoire**
- Pour les autres séjours (facturés) deux possibilités :
 - Production des RSF **ET** d'un enregistrement dans le VID-CHAINAGE :
 - Le chainage sera alors réalisé à partir des informations présentes dans le VID-CHAINAGE ;
 - Production des seuls RSF pour ce séjour :
Le chainage sera alors réalisé à partir des informations présentes dans le RSF-A.

3. Phase de transition du CSARR au CSAR

L'année 2025 marque le démarrage de la phase de transition du CSARR au CSAR : à partir du lundi 3 mars 2025, les établissements auront la possibilité de coder les actes de réadaptation indifféremment en CSARR ou CSAR, grâce au transcodage automatisé des actes codés en CSAR vers le CSARR, nomenclature de référence de la fonction groupage.

Cette transition se veut souple, et en 2025, les établissements sont libres de s'organiser comme ils le souhaitent pour la mise en œuvre du CSAR.

Au total, le codage en CSARR ou CSAR sera possible, dès le lundi 3 mars 2025 :

- Au sein d'un même établissement ;
- Au sein d'une même unité médicale ;
- Pour un même séjour ;
- Pour un même RHS.

Une documentation permettant d'accompagner l'appropriation de cette nouvelle nomenclature par les utilisateurs est mise à disposition sur le site de l'ATIH.

En juillet 2024 a été publié le guide de codage CSAR dans sa version provisoire à l'adresse suivante : [Simplification du CSARR - Guide de codage CSAR | Publication ATIH](#). Celui-ci contient les éléments suivants :

- **Le guide de codage CSAR :**

Le lecteur y trouvera une description du CSAR et des règles de lecture concernant le codage des actes, des modulateurs et modalités, des extensions documentaires ; les principes d'utilisation du CSAR et les principales règles de codage (principe d'acte global, signification des exclusions, règles de codages particulières concernant les évaluations, séances etc...); des précisions concernant le codage des intervenants et la liste des intervenants autorisés à coder le CSAR (en 2025, cette liste ne diffère de celle du CSARR que par l'ajout des deux nouveaux intervenants 80 et 81); des précisions concernant la table d'aide au codage lui permettant de naviguer du CSARR au CSAR ;

- **La partie analytique en annexe :**

Le lecteur y trouvera la liste des codes actes, associés à leurs libellés, définitions, descriptions et exclusions correspondantes ; la liste des modulateurs, modalités et extensions documentaires ; les associations des codes avec les modulateurs et modalités autorisées (ex : acte/modulateur de temps...) ; la table d'aide au codage CSARR → CSAR.

L'ensemble de ces éléments figure également dans un fichier associé au format Excel, publié également sur le site de l'ATIH à la même adresse : [Simplification du CSARR - Guide de codage CSAR | Publication ATIH](#).

La parution de la version définitive du guide de codage est prévue pour janvier 2025. Celle-ci contiendra, en complément des éléments déjà présents dans la version provisoire :

- **Dans le guide de codage CSAR :** des précisions concernant la nouvelle variable « Module/niveau de technicité » ; des ajustements et correctifs apportés à la définition des actes pluriprofessionnels notamment.

- **Dans la partie analytique située en annexe :**

- La liste indicative des intervenants attendus par acte CSAR : pour rappel, en 2025 cette liste n'est fournie qu'à titre indicatif. Des ajustements pourront être apportés dans le modèle cible.
- L'addendum n°1 « Liste comparative des modulateurs CSARR/CSAR » : l'utilisateur pourra ainsi bénéficier d'une vue d'ensemble des changements introduits entre le CSARR et CSAR, en ce qui concerne les modulateurs et modalités.
- L'addendum n°2 « Note sur les notions anciennement présentes dans le CSARR » : sont rappelées ici les notions anciennement présentes dans le CSARR qui ont été supprimées du CSAR, avec leurs éventuels équivalents dans le CSAR (ex : intervenant dédié/non dédié, code supplémentaire appareillage...).

Début 2025 est également prévue la publication du Manuel de groupage 2025 avec ses habituelles annexes et la prise en compte du possible recueil des actes de réadaptation au moyen de la nomenclature CSAR en 2025. En effet, en cas de codage des actes en CSAR, un process automatique intégré à la fonction groupage est mis en œuvre, pour générer un transcodage en CSARR, nomenclature de référence de la fonction groupage. L'objectif de ce transcodage est d'affecter les pondérations adéquates pour le calcul des scores RR nécessaires à l'attribution du groupe de réadaptation- GR. Une nouvelle annexe dédiée à ce transcodage CSAR vers CSARR sera publiée

4. Modifications apportées au Catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR) Version 2025

- La variable module/niveau de technicité est ajoutée à la nomenclature CSARR en 2025 (voir l'annexe Nomenclatures de la présente notice).
- La modalité L3 « Réalisé dans un autre établissement » du modulateur de lieu est ajoutée à la nomenclature CSARR en 2025 (voir annexe Nomenclatures de la présente notice).

5. Modifications apportées à la CCAM descriptive pour usage PMSI

Aucune modification n'est apportée en 2025.

6. Classification GME

Aucune modification n'est apportée à la classification en GME en 2025.

7. Modifications apportées à la CIM-10

Les modifications de la CIM-10-FR à usage PMSI sont décrites dans l'annexe Nomenclatures de la présente notice.

8. Nouveautés concernant le format des fichiers

Les modifications ci-dessous sont applicables à compter de la semaine 10 2025 (lundi 03 mars 2025). Les formats sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.atih.sante.fr/formats-pmsi-2025>.

8.1. RHS

Depuis M8 2024, DRUIDES n'accepte que le format groupé.

Le nouveau format RHS 2025 est le MOD, à utiliser à partir du lundi 3 mars 2025. Ce format prend en charge la saisie des actes en nouveau CSAR, avec possibilité de coder en ancien CSARR également.

Les évolutions sont indiquées en jaune dans les formats d'entrée.

8.2. VID-HOSP

Les modifications du fichier VID-HOSP sont décrites dans l'annexe Interchamps de la présente notice.

8.3. VID-CHAINAGE

Ce fichier est uniquement applicable aux établissements ex-OQN.

Le format du VID-CHAINAGE 2025 sera identique à celui mis en place au M10 2024. Les principales informations sont détaillées ci-dessous.

Libellé	Taille	Début	Fin	Caractère obligatoire
N° format VID-CHAINAGE	4	1	4	O
Numéro FINESS d'inscription e-PMSI	9	5	13	O
Numéro FINESS de l'établissement (site géographique)	9	14	22	F
N° d'entrée	9	23	31	O
Sexe	1	32	32	O
N° immatriculation assuré	13	33	45	O
Clé du n° immatriculation	2	46	47	O
Filler	60	48	107	F
Rang de bénéficiaire	3	108	110	F
N° immatriculation individuel	13	111	123	C
Clé du n° immatriculation individuel	2	124	125	C
Date de naissance	8	126	133	O
Rang de naissance	1	134	134	F
Filler	5	135	139	F
Numéro d'identification permanent du patient (IPP)	20	140	159	F
Identifiant national de santé (INS)	15	160	174	F
Filler	1	175	175	F

8.4. FICHSUP et FICHCOMP

Aucun nouveau recueil FICHCOMP n'est mis en place au 03 mars 2025.

Aucun nouveau recueil FICHSUP n'est mis en place au 03 mars 2025.

8.5. FICUM

Aucune modification n'est apportée au FICUM au 03 mars 2025.

8.6. RSF-ACE

Aucune modification n'est apportée au RSF-ACE au 03 mars 2025.

8.7. RSF

Aucune modification n'est apportée au RSF-H au 03 mars 2025.

Annexe 4 :

Nouveautés PMSI du champ d'activité Psychiatrie

1. Mise à jour de l'arrêté PMSI

L'arrêté PMSI psychiatrie du 23 décembre 2016 modifié⁵, fait l'objet d'une modification liée à la mise à jour de ses annexes.

Ainsi, les annexes I, II et III qui lui sont liées sont modifiées, et feront l'objet d'une publication au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité

- Annexe I relative à la dixième révision de la classification internationale des maladies CIM-10 dite « à usage PMSI »
- Annexe II relative à la classification commune des actes médicaux descriptive dite « à usage PMSI »
- Annexe III relative au guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie.

Comme chaque année, il sera procédé à une publication exhaustive de ces annexes au BO. Afin d'assurer une diffusion de l'information dans les meilleurs délais, ces annexes seront préalablement publiées sur le site de l'ATIH sous une forme typographique spécifique permettant de faciliter le repérage des modifications apportées, et ceci notamment pour le Guide méthodologique.

Les principales modifications du guide méthodologique sont détaillées au point 2.
Cette nouvelle version du Guide méthodologique sera applicable au 1er janvier 2025.

⁵ Arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

2. Modifications apportées au Guide méthodologique de production du RIM-P

2.1. Cadre général

Les principales modifications de codage et de recueil qui sont apportées au guide concernent les points suivants :

- L'introduction de précisions sur la définition de la variable 'modalité de la prise en charge au cours de la venue ou de la séance' du FICHCOMP Temps partiel ;
- Une évolution d'une consigne de codage de la variable 'lieu de l'acte' concernant le recueil de l'activité ambulatoire.

Lors du webinaire du 19 novembre 2024 consacré aux nouveautés PMSI 2025, une présentation a été réalisée concernant l'adaptation du RIM-P aux évolutions introduites par la révision de l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. Lors de cette présentation il a été précisé que les évolutions seraient introduites sous réserve de la publication de ce nouvel arrêté. Ce dernier n'étant pas publié, les évolutions présentées ne seront pas mises en place au 1er janvier 2025. L'année 2025 sera consacrée à répondre aux questions des différents acteurs (DIM et éditeurs) sur la modalité pratique de mise en place des évolutions. Une nouvelle notice sera diffusée après la publication de l'arrêté de 1986 révisé et présentera un calendrier de mise en œuvre adapté.

Pour les établissements ex-OQN, des précisions sur la communication des informations sur le reste à charge seront diffusées dans un second temps. Ces précisions pourront impacter la production des RSF et du VID-CHAINAGE.

Par ailleurs les noms des logiciels mentionnés dans le guide méthodologique de production du RIM-P seront mis en cohérence avec la mise en place de l'outil DRUIDES (se référer à l'annexe Interchamps).

2.2. Consignes

Précisions sur la définition de la variable 'modalité de la prise en charge au cours de la venue ou de la séance' du FICHCOMP Temps partiel

En 2024 Il a été introduit dans le guide méthodologique de production du RIM-P les règles de production du FICHCOMP temps partiel. L'objectif était de regrouper au sein d'un support unique les évolutions successives de ce recueil qui étaient jusqu'à présent dans plusieurs notices techniques. Cette évolution a été l'occasion de présenter des exemples de codage.

Suite à ces évolutions, des représentants des établissements ont souhaité que soit apportées des précisions supplémentaires sur la notion de prédominance qui entre en compte dans la définition de la variable 'modalité de la prise en charge au cours de la venue ou de la séance'. Ces précisions ont été élaborées en lien avec le Comité Technique Psychiatrie.

Le guide méthodologique de production du RIM-P sera ainsi modifié concernant la variable 'modalité de la prise en charge au cours de la venue ou de la séance' :

Le choix de la modalité est laissé à l'appréciation de l'équipe de soins prenant en charge le patient mais doit être en lien avec :

- la prédominance de la prise en charge dont aura bénéficié le patient au cours de la venue ou de la séance

et

- le projet thérapeutique et/ou de soins du patient.

Elle doit, comme toutes les prises en charge, faire aussi l'objet d'une traçabilité dans son dossier médical et administratif.

Ainsi pour les situations où la prise en charge a donné lieu à plusieurs interventions, il faudra se baser sur le temps des différentes interventions pour définir la prédominance (groupale ou individuelle et mono ou pluri-intervenants).

Par ailleurs :

- La distinction individuelle et de groupe peut se faire en fonction de l'objectif thérapeutique des différentes interventions de la venue/séance.

- La distinction mono / pluri-intervenant doit prendre en compte l'ensemble des professionnels ayant participé aux interventions.

Les exemples présentés dans le guide méthodologique seront modifiés pour prendre en compte ces précisions.

Evolution d'une consigne de codage de la variable 'lieu de l'acte' concernant le recueil de l'activité ambulatoire

Dans le cadre du recueil de l'activité ambulatoire, il est prévu par le guide méthodologique de production du RIM-P que soit renseignée la variable 'lieu de l'acte' avec la définition suivante :

La règle générale pour le codage du lieu est de privilégier le lieu où se situe le patient au moment de la prise en charge que celle-ci soit réalisée à distance ou en présentiel. [...] Dans le cas des actes d'Accompagnement avec déplacement, c'est le lieu au départ de la prise en charge qu'il convient de coder.

La variable 'lieu de l'acte' prévoit un certain nombre de modalités. Jusqu'à présent aucune de ces modalités ne correspondait à un acte qui aurait pu commencer en dehors de l'établissement autorisé en psychiatrie, dans la cité (exemple : gymnase, centre sportif, ...).

Afin de remédier à cette problématique, à partir de 2025, il sera possible d'utiliser le code L13 dans cette situation dont le libellé sera ainsi remanié : 'autres lieux d'accueil, structures de prises en charge et prises en charge dans la cité'.

3. Modifications apportées à la CCAM descriptive pour usage PMSI

Les modifications de la CCAM descriptive sont décrites dans l'annexe Nomenclatures de la présente notice.

4. Modifications apportées à la CIM-10

Ces modifications sont décrites dans l'annexe Nomenclatures de la présente notice.

5. Nouveautés concernant le format des fichiers

Sauf précision contraire, les modifications ci-dessous sont applicables à partir du 1er janvier 2025.

Des précisions complémentaires seront apportées dans la notice « nouveautés PMSI » portant sur l'ensemble des champs hospitaliers, à paraître en décembre 2024.

5.1. RPS et RAA

Les formats de RPS 2025 restent P12 et celui des RAA P14.

Les modifications apportées concernent le changement de libellé des lieux des actes abordé dans le paragraphe consacré aux évolutions du guide méthodologique de production du RIM-P.

Libellé	Modalités
Lieu de l'acte	L01 : Centre médico-psychologique (CMP), L02 : Lieu de soins psychiatriques de l'établissement, L03 : Établissement social ou médicosocial sans hébergement, L04 : Établissement scolaire ou centre de formation, L05 : Protection maternelle et infantile, L06 : Établissement pénitentiaire, L07 : Domicile du patient (hors HAD psychiatrie) ou substitut du domicile, L08 : Établissement social ou médicosocial avec hébergement, L09 : Unité d'hospitalisation ou de consultation (MCO, SMR, USLD), L10 : Structure des urgences autorisée, L11 : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), L12 : Unité d'accueil d'urgences psychiatriques, L13 : Autres lieux d'accueil structures de prise en charge et prises en charge dans la cité, L14 : Autre établissements de psychiatrie, LNA : Lieu Non Attendu

5.2. VID-HOSP et VID-IPP

Aucune modification n'est apportée au VID-IPP en 2025.

Les modifications du fichier VID-HOSP sont décrites dans l'annexe Interchamps de la présente notice.

5.3. Fichiers RSF-A et VID-CHAINAGE

Des précisions sur les évolutions 2025 seront communiquées dans un second temps.

5.4. FICHCOMP

Aucune modification n'est apportée en 2025.

5.5. FICUM-PSY

Aucune modification n'est apportée au FICUM-PSY en 2025.

Annexe 5 :

Nouveautés Interchamps

La présente annexe vise à informer les établissements de santé autour :

- Du calendrier de déploiement DRUIDES dans les champs Psychiatrie et HAD ;
- De l'évolution du VID-HOSP.

1. Calendrier DRUIDES

1.1. Présentation de DRUIDES

DRUIDES (Dispositif de Remontée Unifié et Intégré des Données des Établissements de Santé) développé par l'ATIH a pour objectif de remplacer tous les logiciels de recueil et de transmission des données rentrant dans le cadre du PMSI de tous les champs d'activités (MCO, HAD, SMR et psychiatrie). D'autre part, il permet de « Commander à distance » la plateforme e-PMSI (Génération des tableaux Ovalide récupération, Validation des données, etc.).

Dans la phase actuelle, ce sont les données et les anciens logiciels des champs MCO et SMR qui sont remplacés (hors MATIS, logiciel de remontée des données du recueil *Maladie rénale chronique*).

La présente annexe vise à informer les établissements des champs HAD et Psychiatrie du planning de déploiement de DRUIDES en 2025.

1.2. Planning de déploiement de DRUIDES en Psychiatrie

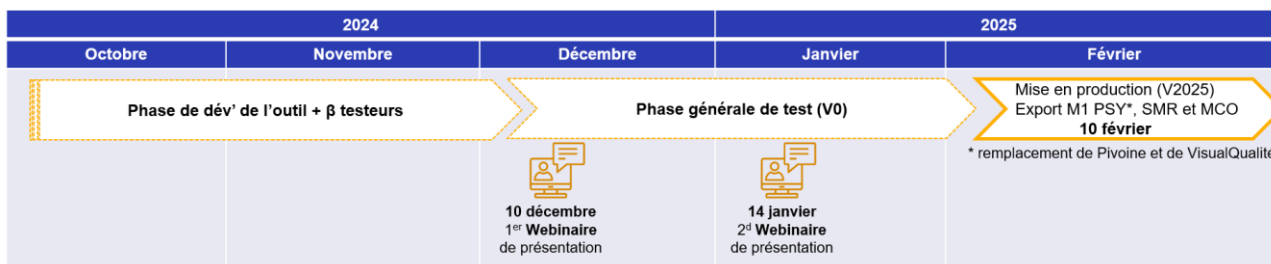
A partir du M1 2025, les logiciels historiques de recueil et de transmission des données du champ d'activité psychiatrie (PIVOINE ex-OQN et ex-DAF, VisualQUALITE) seront remplacés par DRUIDES.

Une phase préalable d'accompagnement des établissements sera mise en œuvre, selon les mêmes modalités que pour les champs MCO et SMR (mise en place de webinaires et mise à disposition des enregistrements sur le site internet de l'ATIH).

Il importe de noter que DRUIDES respectera rigoureusement les conditions suivantes prévues dans la Notice technique n° ATIH-419-13-2022 du 14 décembre 2022 qui a généralisé la production du FICUM-PSY :

- Le FICUM-PSY est un fichier au format de type texte qui décrit toutes les UM ayant fait l'objet d'un recueil dans les RPS et RAA ;
- Le 'recueil de ce fichier [...] devient obligatoire pour l'ensemble des établissements transmettant des données dans le cadre du RIM-P'.

Le calendrier de déploiement de DRUIDES en psychiatrie est précisé sur le schéma ci-dessous et les informations utiles seront mises à jour progressivement sur le site internet de l'agence :



1.3. Planning de déploiement de DRUIDES en HAD

À partir du M5 2025, les logiciels historiques de recueil et de transmission des données du champ d'activité HAD (PAPRICA ex-OQN et ex-DGF, VisualGROUPE, FICHSUP...) seront remplacés par DRUIDES.

Une phase d'accompagnement va être mise en place. Elle sera similaire à celle mise en place dans les autres champs : Webinaires de présentation de l'outil et une mise à disposition d'une version de test de l'outil

Des précisions sur le calendrier et les modalités pratiques du déploiement de DRUIDES en HAD seront mises à disposition progressivement sur le site internet de l'agence.

2. Evolution du VID-HOSP

Les traitements de flux de séjours (FLSJ) transmis par l'ATIH à partir des données renseignées à la source par les établissements de santé ex-DG en MCO, HAD, SMR et PSY dans les fichiers VID-HOSP, sont en production depuis le 1er avril 2022 en remplacement des flux budget global.

Avec le déploiement des FLSJ, l'Assurance maladie a regagné depuis avril 2022 en exhaustivité sur les informations de séjour par rapport aux flux budget global historiques. En revanche, la qualité des flux de séjours doit pouvoir être améliorée. En effet, certaines données sont parfois erronées (tarifs des hospitalisations à temps partiel ou des séances) ou absentes alors que précédemment présentes dans les flux budget global (couple mode de traitement et discipline médico-tarifaire, MT et DMT).

Ces imperfections sont source de contraintes majeures pour les services de l'Assurance maladie pour mener à bien les activités liées au Recours Contre Tiers et à la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles, et pour conduire les analyses sur les parcours de soins et les actions de contrôles a posteriori.

Si ces données sont bien prévues dans les formats de fichier VID-HOSP MCO, HAD, SMR et PSY, elles présentent un caractère facultatif. L'assurance maladie souhaite que ces données soient rendues obligatoires. Elle souhaite également une évolution du format de la norme pour que soit véhiculée la « durée de séjours » en MCO / HAD et le « nombre de jours de présence effective du patient » en SMR ou PSY dans chaque discipline médico-tarifaire (via la donnée [Quantité] similaire à celle présente en type 3 de la norme B2).

L'objectif pour l'Assurance maladie est de disposer de données plus précises sur la présence des patients, la durée des séjours, les prix unitaires des tarifs nationaux journaliers des prestations et les montants globaux mentionnés dans les fichiers afin de fiabiliser les procédures du recours contres tiers et de la tarification employeurs des accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que les actions de contrôle a posteriori des caisses (en particulier pour mettre fin aux contestations sur les prix unitaires « moyennés » inscrits dans le format actuel, et pour pouvoir justifier auprès des tiers des montants calculés à la source par les établissements).

Le nouveau format du fichier VID-HOSP (V015) sera mis en place au M3 2025 avec une période de transition pendant laquelle l'ancien format (V014) sera encore accepté. A partir du M10 2025 le nouveau format deviendra obligatoire.

Un document disponible sur le site de l'assurance maladie, au lien suivant, décrit précisément les règles de gestion associées pour la transmission de ces données dans le VID-HOSP :

<https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/flux-information-sejour-flsj>

Les évolutions du format du VID-HOSP sont présentées ci-dessous :

Nom	Taille	Début	Fin	Type de la norme (B2)	Position dans la norme	Obligatoire	Consignes
N° format VID-HOSP	4	49	52			O	V015
Nombre de disciplines de prestations (N)	2	467	468			O	doit être >=1
DMT n°1: Discipline de prestations (ex DMT)	3	469	471	3	41-43	O	
Mode de traitement	2	472	473	3	39-40	O	
Date de début de séjour	8	474	481	3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8	482	489	3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Quantité	3	490	492	3	61-63	O	Durée de séjour en MCO et HAD / Nombre de jours de présence en SMR et PSY
Prix unitaire	7	493	499	3	76-82	O	5+2
Base de remboursement	8	500	507	3	83-90	O	6+2
Taux applicable à la prestation	3	508	510	3	91-93	O	
Montant remboursable par la caisse	8	511	518	3	94-101	O	6+2
...							
DMT n° N: Discipline de prestations (ex DMT)	3			3	41-43	O	
Mode de traitement	2			3	39-40	O	
Date de début de séjour	8			3	44-49	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Date de fin de séjour	8			3	50-55	O	ATTENTION format différent de B2 JJMMAAAA
Quantité	3			3	61-63	O	Durée de séjour en MCO et HAD / Nombre de jours de présence en SMR et PSY
Prix unitaire	7			3	76-82	O	5+2
Base de remboursement	8			3	83-90	O	6+2
Taux applicable à la prestation	3			3	91-93	O	
Montant remboursable par la caisse	8			3	94-101	O	6+2

Annexe 6 :

Nouveautés relatives aux nomenclatures

Les nouveautés 2025 relatives aux nomenclatures CIM-10-FR à usage PMSI, CCAM descriptive à usage PMSI, et CSAR applicables à partir du 01/01/2025 (à partir du 06/01/2025 pour le SMR) sont les suivantes :

1. Nouveautés de la CIM-10 FR à usage PMSI

Pour la version 2025 de la CIM-10 à usage PMSI, l'ATIH inscrit de nouvelles extensions de codes. Elles concernent les champs d'activité suivants :

A. Extension des indications de **suivi du parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP)**, avec l'inscription de deux nouvelles extensions au code *Z52.80 Don ou prélèvement d'ovocytes ou de tissu ovarien* :

Z52.8 Donneur d'autres organes et tissus

Z52.80 Don ou prélèvement d'ovocytes ou de tissu ovarien

Z52.801 Prélèvement d'ovocytes pour assistance médicale à la procréation [AMP]

Z52.802 Prélèvement d'ovocytes ~~ou de tissu ovarien pour~~ en vue d'une préservation de la fertilité ~~avec indication médicale~~

Z52.803 Prélèvement d'ovocytes pour autoconservation

Z52.804 Don d'ovocytes

Z52.805 Prélèvement d'ovocytes en vue d'un diagnostic préimplantatoire [DPI]

Z52.806 Prélèvement de tissu ovarien

Z52.808 Prélèvement d'ovocytes pour d'autres motifs précisés

Z52.88 Donneur d'autres organes et tissus non classés ailleurs

B. Suivi des soins palliatifs, d'accompagnement et de la fin vie par la description des **sédations palliatives** continues et transitoires, avec deux nouvelles extensions au code *Z51.8 Autres formes précisées de soins médicaux* :

Z51 Autres soins médicaux

Z51.8 Autres formes précisées de soins médicaux

Z51.80 Séance d'oxygénothérapie hyperbare

Z51.85 Sédation profonde continue maintenue jusqu'au décès [SPCMJD, loi Claeys Leonetti]

Z51.86 Sédation palliative hors SPCMJD

L'inscription de ces nouveaux codes à usage PMSI sera accompagnée de consignes de codage pour chaque situation clinique donnée et pour chaque champ d'hospitalisation.

Ces codes ne peuvent être portés qu'en position de diagnostic associé dans les séjours concernés.

C. Description de la **sévérité des hémorragies du postpartum** par l'inscription d'une nouvelle extension pour les trois codes existants d'hémorragie immédiate et tardive du postpartum :

O72.0 Hémorragie de la délivrance [troisième période]

O72.00 Hémorragie de la délivrance [troisième période], sévère

O72.08 Hémorragie de la délivrance [troisième période], autre et sans précision

- O72.1 *Autres hémorragies immédiates du postpartum*
 - O72.10 Autres hémorragies immédiates du postpartum, **sévères**
 - O72.18 Autres hémorragies immédiates du postpartum **et sans précision**
- O72.2 *Hémorragie du postpartum, tardive et secondaire*
 - O72.20 Hémorragie du postpartum, tardive et secondaire, **sévère**
 - O72.28 Hémorragie du postpartum, tardive et secondaire, **autre et sans précision**

Ces extensions de codes seront accompagnées de notes d'aide au codage.

2. Nouveautés de la CCAM descriptive à usage PMSI

La première version de CCAM descriptive à usage PMSI (V1 2025) comportera les nouveaux codes à usage PMSI de chirurgie fœtale introduits en décembre 2024. Ces actes découlent de l'ajustement du paragraphe des recommandations de bonnes pratiques CPDPN dédié à la médecine fœtale à visée thérapeutique⁶. Ces codes sont inscrits dans les subdivisions suivantes de la CCAM descriptive :

En paragraphe 09.01.05 Endoscopie de l'utérus gravide :

JQQB866-01 Fœtoscopie diagnostique, par voie transcutanée

En paragraphe 09.03.01 Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement :

JQGB810-01 Réduction d'1 embryon, par voie transcutanée, avec guidage échographique
 JQGB850-01 Réduction de plus d'1 embryon, par voie transcutanée, avec guidage échographique
 JQGB877-01 Interruption sélective au cours d'une grossesse bichoriale, par voie transcutanée avec guidage échographique
 JQGB825-01 Interruption sélective au cours d'une grossesse monochoriale, par voie transcutanée avec guidage échographique

En paragraphe 09.03.02 Actes obstétricaux pendant la période prénatale :

JQLB833-01 Injection intraamniotique d'agent pharmacologique, par voie transcutanée
 JPNB837-01 Coagulation au laser du placenta pour complication d'une grossesse monochoriale, par fœtoscopie

En sous-chapitre 09.04 ACTES THÉRAPEUTIQUES CHEZ LE FŒTUS :

JQCB805-01 Dérivation intraamniotique de collection thoracique unilatérale chez le fœtus par pose de cathéter, par voie transcutanée
 JQCB879-01 Dérivation intraamniotique de collection thoracique bilatérale chez le fœtus par pose de cathéter, par voie transcutanée
 JQLB835-01 Anesthésie fœtale par ponction intramusculaire, avec guidage échographique
 JQLB851-01 Ponction fœtale intracardiaque, avec guidage échographique
 JQAB817-01 Dilatation valvulaire cardiaque fœtale par ponction intracardiaque, avec guidage échographique
 JQLB827-01 Pose de ballonnet pour obstruction trachéale, par fœtoscopie
 JQGB829-01 Ablation de ballonnet pour obstruction trachéale, par fœtoscopie
 JQMB894-01 Chirurgie urologique fœtale, par fœtoscopie

⁶ Arrêté du 18 juin 2024 modifiant l'arrêté du 1er juin 2015 déterminant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités d'accès, de prise en charge des femmes enceintes et des couples, d'organisation et de fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en matière de diagnostic prénatal et de diagnostic préimplantatoire.
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049765083>

JQMB863-01 Chirurgie de réparation d'un dysraphisme ouvert du fœtus, par fœtoscopie
JQMA874-01 Chirurgie de réparation d'un dysraphisme ouvert du fœtus, par fœtoscopie assistée par laparotomie
JQMB853-01 Chirurgie de réparation d'un dysraphisme ouvert du fœtus, par hystérotomie

La version BO de publication en 2025 s'appuiera sur la dernière version de CCAM descriptive à usage PMSI de 2024.

3. Nouveautés du CSARR

- La variable module/niveau de technicité est ajoutée à la nomenclature CSARR en 2025.
- La modalité L3 'Réalisé dans un autre établissement' du modulateur de lieu est ajoutée à la nomenclature CSARR en 2025.

4. Publication du référentiel des médicaments d'accès précoce

En 2025, l'ATIH, le ministère et la CNAM ont validé avec l'ANS la publication du référentiel des médicaments d'accès précoce sur le serveur multiterminologique de l'ANS dans un format interopérable. L'ATIH continuera à publier le fichier compilé, le temps que les acteurs s'approprient le nouveau format.