

SNIIRAM : apports/limites

Accès au niveau local
(CPAM et médecins conseils)

SNIIR-AM

Remboursements en ville
Données du PMSI
Données médicales d'ALD

Remboursements en ville
Données du PMSI
Données médicales d'ALD

Données nominatives
(retour possible au dossier)

Données anonymes
(pas de retour au dossier)

Chaînage PMSI – Données de remboursement ?

~~NON~~

OUI

ANONYMISATION

Accès au niveau local
(CPAM et médecins conseils)

Remboursements en ville

Données

Données médicales d'ALD

ANONYMISATION

Remboursements en ville

Données médicales d'ALD

Données sensibles
(retour possible au dossier)

Données anonymes
(pas de retour au dossier)

X Chaînage PMR - Données de remboursement ? NON



Remboursements en ville
Données du PMSI
Données médicales d'ALD

Remboursements en ville
Données du PMSI
Données médicales d'ALD

Données anonymes
(pas de retour au dossier)

Chaînage PMSI – Données de remboursement ? OUI

SNIIRAM : Système d'information en évolution

| | RG strict | RG+SLM | RSI | MSA | Autres régimes |
|---------------------------|-----------|--------|-----|-----|----------------|
| PMSI | X | X | X | X | X |
| Statut vital | X | | | | |
| ALD | X | X | X | | +/- |
| Remboursement ambulatoire | X | X | X | X | +/- |
| | 76% | 87% | 5% | 5% | 3% |

Populations de bénéficiaires différentes :

- Affiliation basée sur la profession ou la catégorie socioprofessionnelle
- Changements de régimes au cours de la vie
- Différence de structure d'âge et sexe selon les régimes
- Effet temps (mises à niveaux et conservation=3 ans + année en cours) et géographie (DOM, variations des %)...

Zones d'ombres :

- SNIIRAM et PMSI SSR, HAD, RIM-P liaisons/chaînages à explorer
- Consultations externes MCO (amélioration en cours), examens intra-hospitaliers publics...
- Long séjour, EHPAD,
- ...

SNIIRAM : Système d'information en évolution

A terme tous régimes

- Réactivité i.e. évolution-surveillance
- Exhaustivité de la population cible / biais de sélection
- Effectifs importants
- National - comparaisons régionales
- Absence de perdus de vue
- Données plus fiables / déclaratif
- Couplage avec des enquêtes auprès d'échantillons
- Validation des données déclaratives
- En prospectif : alimentation des données, diminution des coûts

Utilisations

- Systèmes de surveillance et impacts
- Sélection de sujets pour enquêtes spécifiques (régional)
- Extraction de données complémentaires (identification, CNIL)
- Traçages de personnes incluses dans une enquête (décès, déménagement...)

Variables informatives : «pathologie/état clinique»

Pathologies :

PMSI : DP, DA, DR → **Codages en CIM 10**

DCIR : ALD exonérantes (30 groupes d'ALD, hors liste ALD31, polypathologies ALD 32)

→ **Codages en CIM 10**

Accident du travail et maladies professionnelles

→ **Codages à l'aide de tableaux évolutifs**

Gravité :

Notions dans le PMSI, score de Glasgow, passages en unités spécialisées (réa, UNV...)

Examens :

Aucun résultat d'examen, notamment anapath (sauf si codage rétroactif du DP)

Déterminants :

Très limité i.e. tabac etc.....

Variables informatives : «pathologie/état clinique»

Gain d'information sur l'état clinique par le remboursement/prise en charge :

D'actes médicaux (CCAM : Classification commune des actes médicaux)

- Exploratoire, curatif, aide au diagnostic
- Disponible sur ameli
- Intrahospitalier (PMSI) ou ambulatoire

De produits et prestations (LPP : Liste des produits et prestations)

- Codification du matériel remboursé (implantables ou non)
- Disponible sur ameli
- Intérêt dans l'étude du handicap et de la dépendance
- Chevauchement CCAM et LPP dans le cas d'une implantation, mais validations croisées intéressantes et LPP plus détaillée

D'examens biologiques (NABM : nomenclature des actes de biologie médicale)

- Disponible sur ameli
- Attention aux associations de dosage (PSA libre/total, T3/T4/TSH...)

De médicaments (codes CIP : Club Inter-Pharmaceutique)

- Médicam sur ameli
- En ambulatoire
- Médicaments coûteux hospitalier en sus du forfait PMSI

Variables informatives : «socio-économique»

CMUc

- Mise en place en 2000. Elle couvre la part des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie et doit favoriser l'accès aux soins sans avance de frais et sans dépassement de tarifs.
 - Accordée sous conditions de ressources et pour un an : plafond variable selon la composition du foyer et le lieu de résidence.
 - Au 1er juillet 2011, 7 771 euros par an pour une personne seule résidant régulièrement en France métropolitaine depuis au moins trois mois et 11 170 euros pour un couple.
 - Régime général inclut environ 94% des bénéficiaires d'une CMUC : 4,2 millions soit 8% des bénéficiaires du RG
 - Après 60 ans, l'allocation de solidarité aux personnes âgées > Plafond
- 11% des bénéficiaires du RG de moins de 60 ans.

Indicateurs ou indices géographiques de désavantage social

- A l'étude : commune de résidence ou caisse d'affiliation

Construction d'algorithmes

Expériences étrangères relativement nombreuses, majoritairement fondées sur les bases hospitalières ou d'assurances mais aussi sur des médicaments traceurs

Bien définir les cas désirés, le champ et les analyses souhaitées selon la finalité:

- Inclusion / exclusion
- Incidence / prévalence (période de recueil de l'information)
- Mortalité ou non
- Zones géographiques (DOM)
- Disponibilité des informations (début-fin de remboursement, codage etc...)
- Date de liquidation différente de date de prescription/délivrance
-

Expérience SMSC, PMSI : indicateurs de sécurité des soins, hospitalisations évitables

Validation de l'algorithme : nécessité de disposer de bases « médicales » qui puissent être chaînées aux données DCIR ou EGB d'où difficulté notamment à l'échelon national. Il existe des tentatives régionales (Parkinson, Alzheimer).

Construction d'algorithmes «faiblesses des informations»

Médicaments traceurs :

- AMM stricte ?
- Quel nombre de remboursements ? Attention aux passages en SSR, longs séjours / EHPAD et hôpital psy
- Dates de prescription / délivrance / liquidation
- Observance : ingestion du médicament vs biais de mémoire, omission...
- Observance SNIIRAM : couple médecin/malades et non le malade seul
- Chainage RIM-P taux de succès 90%

« Clinique » PMSI : DP vs DA vs DR

- Limité à l'hospitalier (3 ans)
- CCAM et LPP permettent d'élargir l'information
- Chaînages possibles mais quelle validité pour l'étude d'antécédents vs ALD ?
- Part du PSY/MCO vs RIM-P

ALD :

- Exhaustivité non requise
- Soumis à la demande du médecin traitant et acceptation par le médecin conseil
- Quelle nécessité en présence de complémentaires ? EHPAD ?...
- Souhait du bénéficiaire
- Nécessité de plusieurs ALD si traitements voisins (AVC, Post Idm)..
- Maladies guéries ou non actives

Conclusion-perspective

SNIIRAM

- Système en cours de constitution pour atteindre une exhaustivité d'information tous régimes
- Les bénéficiaires « bougent »
- Les informations aussi

Nécessité

- de bien connaître les pratiques des cliniciens et les divers modes de prise en charge pour le domaine étudié
- de suivre les évolutions des informations, codages, champs etc → Veilleurs ?
- d'une codification des publications d'algorithmes et de leur validation (retrouvables dans pubmed et autres) ie « banque d'infos » surtout si validations.
- de valider les algorithmes sélectionnés à des bases de données cliniques mais à l'échelon régional, pas toujours possible, comparaison à des incidences prévalences retrouvées par d'autres méthodes?