

Le SNIIRAM et les bases de données de l'Assurance Maladie en 2011



Dominique POLTON, Philippe Ricordeau
CNAMTS
30 mars 2011

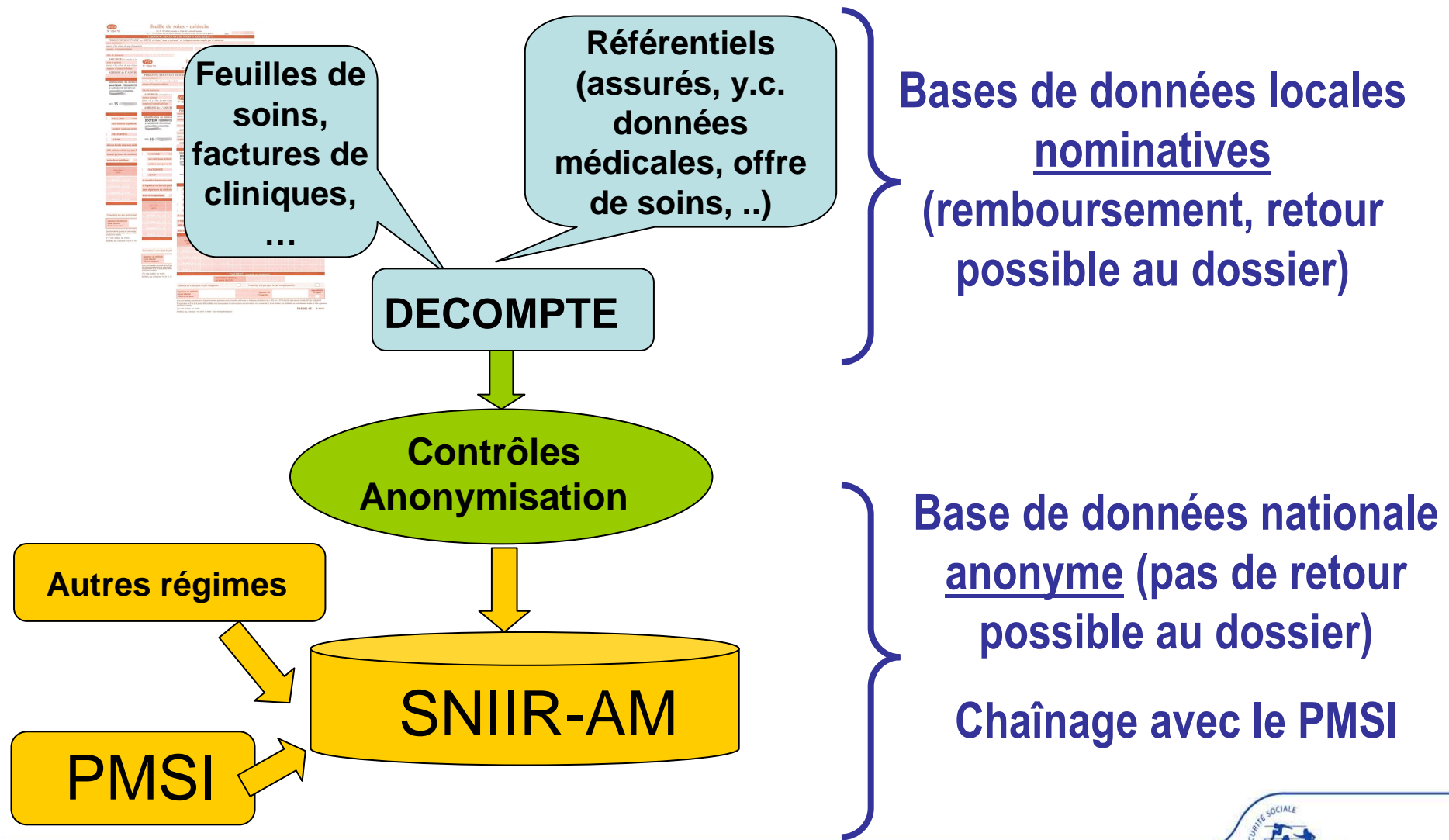
Plan de l'intervention

1. **Qu'est-ce que le SNIIRAM ?**
2. **Des exemples d'utilisation**
3. **Une dynamique d'enrichissement progressif et une utilisation croissante**
4. **Des bases qui demeurent néanmoins complexes**
5. **Utilisation pour renforcer la surveillance du médicament : potentiel, limites, conditions**

Plan de l'intervention

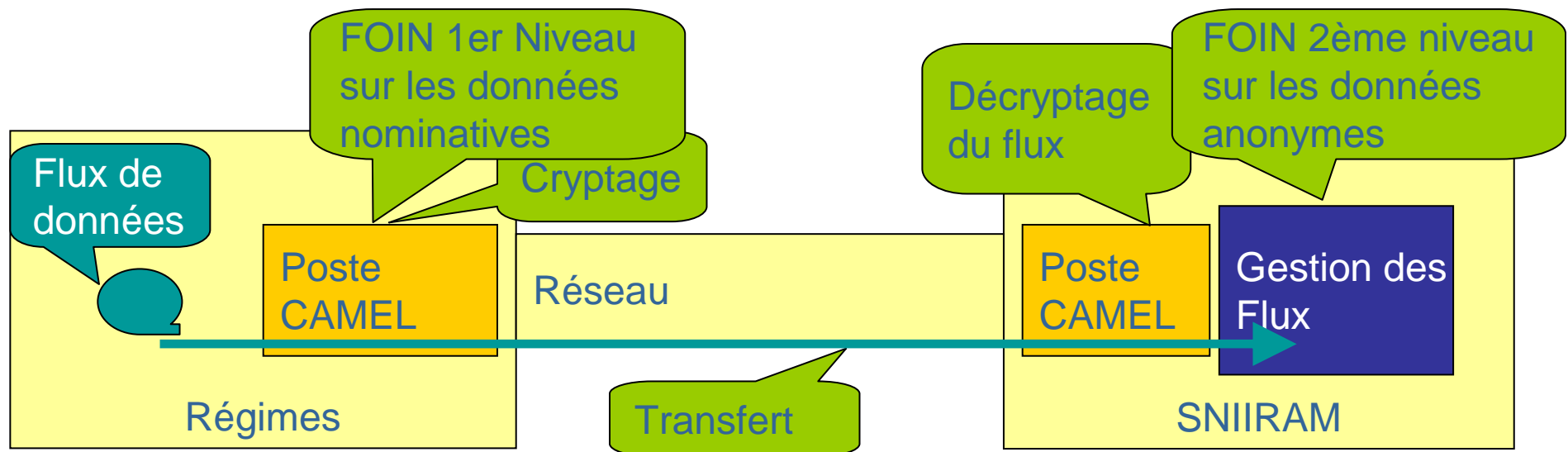
- 1. Qu'est-ce que le SNIIRAM ?**
2. Des exemples d'utilisation
3. Une dynamique d'enrichissement progressif et une utilisation croissante
4. Des bases qui demeurent néanmoins complexes
5. Utilisation pour renforcer la surveillance du médicament : potentiel, limites, conditions

Schéma général du système d'information de l'assurance maladie



La procédure d'anonymisation

- **CAMEL**
 - est une solution sécurisée qui permet le contrôle, le cryptage, et le transfert sécurisé des flux vers l'informationnel national (SNIIRAM).
- **FOIN (Fonction d'Occultation des Identifiants Nominatifs)**
 - est une solution d'anonymisation à 2 niveaux utilisée pour anonymiser de façon irréversible les NIR des assurés et bénéficiaires.
- **Processus de transfert, cryptage et anonymisation**



Le SNIIRAM : quelles données ?

❖ Sur les patients :

Age, sexe, notion de CMU-C, diagnostic de l'ALD, département et région de résidence, date de décès

❖ Sur la consommation de soins en ville :

(détail par date de soins et date de remboursement)

Toutes les prestations remboursées avec le codage détaillé de la prestation (actes médicaux avec le code CCAM, biologie, dispositifs médicaux, code CIP des médicaments)

Le SNIIRAM : quelles données ?

- ❖ **Sur la consommation de soins en établissement :**
(détail par date de soins et date de remboursement)

Les données du PMSI (MCO-SSR-HAD) pour l'ensemble des établissements sanitaires (*motif médical, actes CCAM, durée de séjour, mode de sortie,...*)

L'activité externe des hôpitaux (depuis 2009)

**Les médicaments et dispositifs facturés
« en sus » des forfaits (GHS)**

Le SNIIRAM : quelles données ?

❖ Sur les pathologies traitées

Les codes CIM-10 pour les patients en affection de longue durée (ALD₃₀) : 8 millions de personnes

Les codes CIM-10 issus du PMSI pour les séjours hospitaliers (diagnostics principaux, associés, reliés)

Des informations de nature médicale (GHM, médicaments traceurs, actes techniques réalisés par les professionnels de santé, examens biologiques ou dispositifs médicaux)

Le SNIIRAM : quelles données ?

❖ Avec les limites suivantes :

Pas de **résultat d'examen clinique ou paraclinique** (tabagisme, niveau tensionnel, HbA1c, IMC,...)

Pas d'information sur **l'hébergement en structure médico-sociale** des personnes âgées ou sur les hospitalisations en long séjour (en voie d'amélioration)

Pas d'information médicale sur les séjours en centre hospitalier spécialisé (**psychiatrie**)

Pas, ou très peu, de **données sociales** (uniquement notion de CMU-C)

Plan de l'intervention

1. Qu'est-ce que le SNIIRAM ?
- 2. Deux exemples d'utilisation**
3. Une dynamique d'enrichissement progressif et une utilisation croissante
4. Des bases qui demeurent néanmoins complexes
5. Utilisation pour renforcer la surveillance du médicament : potentiel, limites, conditions

1. Prise en charge des patients et suivi médical en post-infarctus

Patients vivant après une hospitalisation pour infarctus du myocarde (régime général stricto sensu, 1er sem 2006)

Facteurs associés au décès à 30 mois

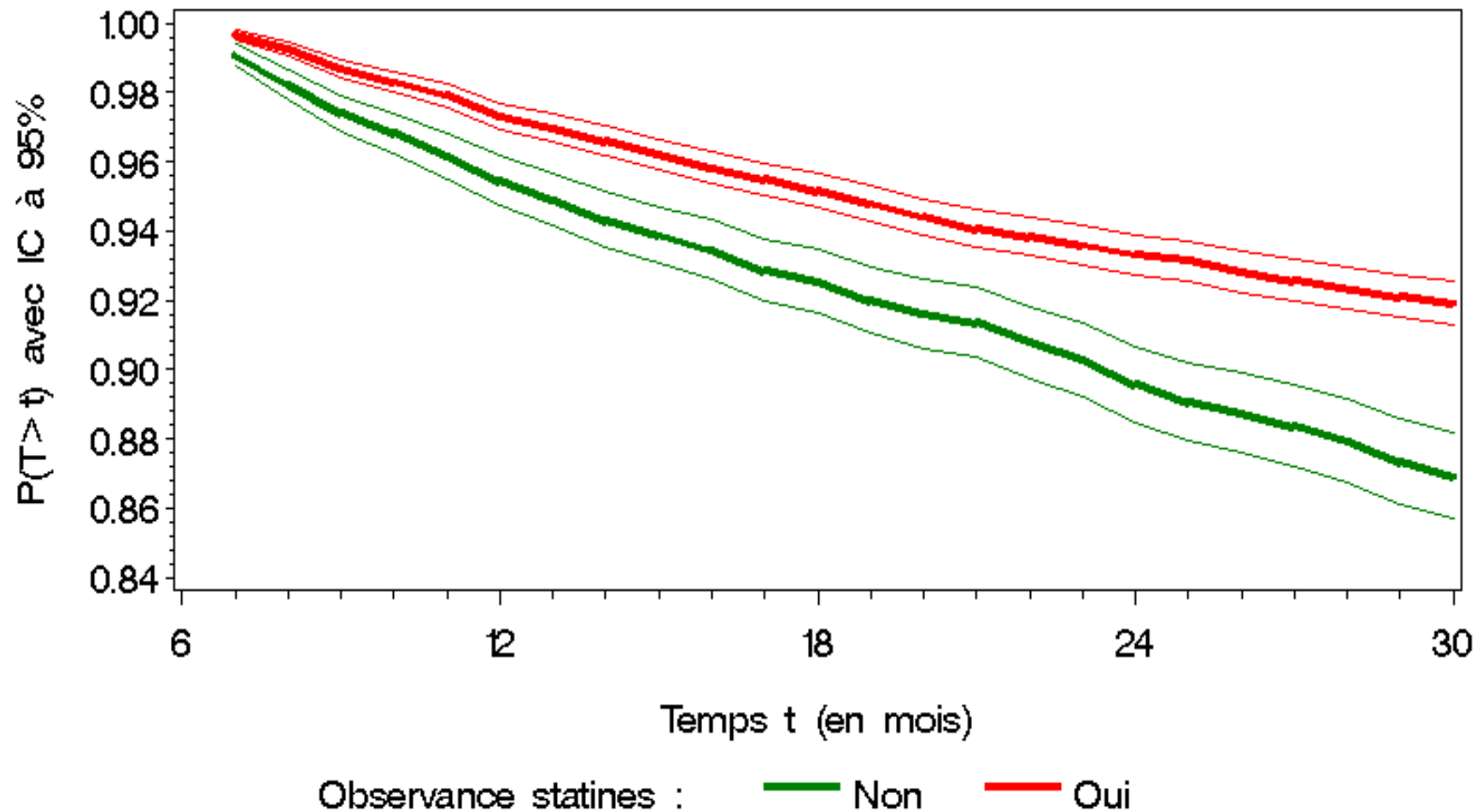
		%	HR brut	HR ajusté			%	HR brut	HR ajusté
Caractéristiques démographiques					Antécédents cardiovasculaires (6 mois avant l'hospitalisation index)				
Age en année (référence=65-74)	<=44	8,7	0,15***	0,17***	ALD cardiovasculaire		23,3	2,31***	1,45***
	45-54	18,5	0,32***	0,40***	Hospitalisation pour motif cardiovasculaire (<i>aucune</i>)	Stent	2,7	0,98	1,11
	55-64	19,8	0,54***	0,61***		Autre	8,5	2,46***	1,49***
	75-84	22,6	2,26***	1,61***	Hospitalisation index (et les 30 jours suivants)				
	>=85	9,7	5,14***	1,95***	Procédures thérapeutiques (<i>aucune</i>)	Pontage	1,8	0,31***	0,63*
Homme	68,7	0,49***	1,17**	Angioplastie		2,4	0,24**	0,53**	
Bénéficiaire CMUC	5,9	0,54***	1,26	Stent		62,2	0,22***	0,56***	
Cormorbidités °					Traitement médicamenteux post-infarctus (pendant 30 mois)				
Cancer	9,1	2,50***	1,97***	Statines (<i>taux d'observance > 80%</i>)	Non-consommant	14,3	11,23***	5,25***	
Diabète	22,8	1,43***	1,30***		Tx obs <= 80%	20,8	2,47***	1,98***	
Insuffisance rénale chronique	1,6	2,96***	1,98***	*p<0.05, **p<0.01, *** p<0.001					
Symptômes inflammatoires	2,7	1,84***	1,55***	° Non significatif après ajustement : maladies respiratoires, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, dépression, affections psychiatriques					
Maladies chroniques du foie	0,6	1,78*	2,00**						

Patients après IdM au 1er sem 2006 (RG hors SLM)

Décès ou réhospitalisation pour SCA (critère strict) pour les consommateurs de statines présents à m+6

Temps T entre IdM (mois de sortie de l'hospitalisation index) et décès (mois)

Ajustement âge, sexe, comorbidités ..., angioplastie et observance autres médicaments



2. Benfluorex et valvulopathies cardiaques

Contexte

- ▶ Plusieurs cas de **cardiopathies valvulaires de régurgitation** observés chez des patients traités par benfluorex, suggérant un risque accru chez ces malades
- ▶ Médicament commercialisé depuis 1976; prescription limitée depuis avril 2007 à l'indication « adjuvant du régime adapté chez les **diabétiques** avec surcharge pondérale »
- ▶ Objectif : préciser le lien éventuel entre la consommation de benfluorex et la survenue de cardiopathies valvulaires

Méthode

- ▶ Cohorte exhaustive des diabétiques âgés de 40 à 69 ans relevant du Régime général (hors fonctionnaires et collectivités locales)(1,048 millions de diabétiques)
- ▶ Inclusion sur 2006 (≥ 3 remboursements d'ADO et/ou d'insuline à des dates différentes)
- ▶ Comparaisons exposés (consommation de benfluorex en 2006) vs non-exposés (aucune consommation de benfluorex en 2006, 2007 ou 2008)
- ▶ Évènements recherchés sur le PMSI : hospitalisations pour **Insuffisance mitrale ou aortique; Chirurgie de remplacement valvulaire pour insuffisance valvulaire**
- ▶ RR bruts et ajustés sur âge, sexe, ALD cardiovasculaire

Résultats

Risque d'hospitalisation en 2006 et 2007 pour valvulopathie de régurgitation selon l'exposition ou non au benfluorex en 2006 dans une cohorte de diabétiques. Données SNIIRAM. CNAMTS

<i>Hospitalisation pour...</i>	Risque d'hospitalisation pour 100 000 personnes		RR brut (IC 95%)	RR ajusté ¹ (IC 95%)
	Non Exposées	Exposées		
Insuffisance valvulaire	27	76	2,9 [2,2 – 3,7]	3,1 [2,4 – 4,0]
Insuffisance mitrale	18	43	2,5 [1,8 – 3,5]	2,6 [1,9 – 3,7]
Insuffisance aortique	9	34	4,0 [2,7 – 5,9]	4,4 [3,0 – 6,6]
Rempl. valvulaire (IM-IA)	8	28	3,7 [2,4 – 5,6]	3,9 [2,6 – 6,1]

¹ ajustement sur l'âge, le sexe et la notion d'ALD cardiovasculaire

Résultats

Relation entre la dose de benfluorex délivrée en 2006 et le risque d'hospitalisation en 2007 et 2008 pour valvulopathie de régurgitation dans une cohorte de diabétiques.
Données SNIIRAM. CNAMTS

Dose cumulée* de benfluorex en 2006	Effectif	Risque pour 100 000 personnes	RR brut (IC 95%)	RR ajusté ¹ (IC 95%)
0 gr	1 997 611	26,6	1,0	1,0
< 41 g	31 961	50,1	1,9 [1,1 – 3,1]	2,1 [1,3 – 3,5]
≥ 41 g	53 716	91,2	3,4 [2,4 – 4,6]	3,6 [2,7 – 4,8]

* un comprimé de benfluorex est dosé à 150 mg

¹ ajustement sur l'âge, le sexe et la notion d'ALD cardiovasculaire

Plan de l'intervention

1. Qu'est-ce que le SNIIRAM ?
2. Des exemples d'utilisation
- 3. Une dynamique d'enrichissement progressif et une utilisation croissante**
4. Des bases qui demeurent néanmoins complexes
5. Utilisation pour renforcer la surveillance du médicament : potentiel, limites, conditions

Une dynamique d'enrichissement progressif et une utilisation croissante

1. Une dynamique d'enrichissement progressif
2. Un accès en développement et un nombre croissant d'utilisateurs

Le SNIIRAM, une construction progressive

- ▷ Loi de **décembre 1998** relative à la création d'un Système National Inter-Régimes d'Assurance Maladie (SNIIRAM)
- ▷ Avis **CNIL** relatif au SNIIRAM en **octobre 2001**
- ▷ Arrêté ministériel sur les accès (**avril 2002**)
- ▷ Entrepôt de données constitué **en 2003**
- ▷ Mise en place d'un **échantillon** au 1/100 **en 2005 / 2006**
- ▷ Chaînage ville-hôpital **en 2006/2007**
(industrialisation **en 2010** → rattrapage années 2007 à 2009)
- ▷ Intégration des dates de décès **en 2009**
- ▷ Dates précises d'hospitalisation **en 2010**
- ▷ Intégration des causes de décès **en 2011 / 2012**

Une dynamique d'enrichissement progressif et une utilisation croissante

1. Une dynamique d'enrichissement progressif
2. Un accès en développement et un nombre croissant d'utilisateurs

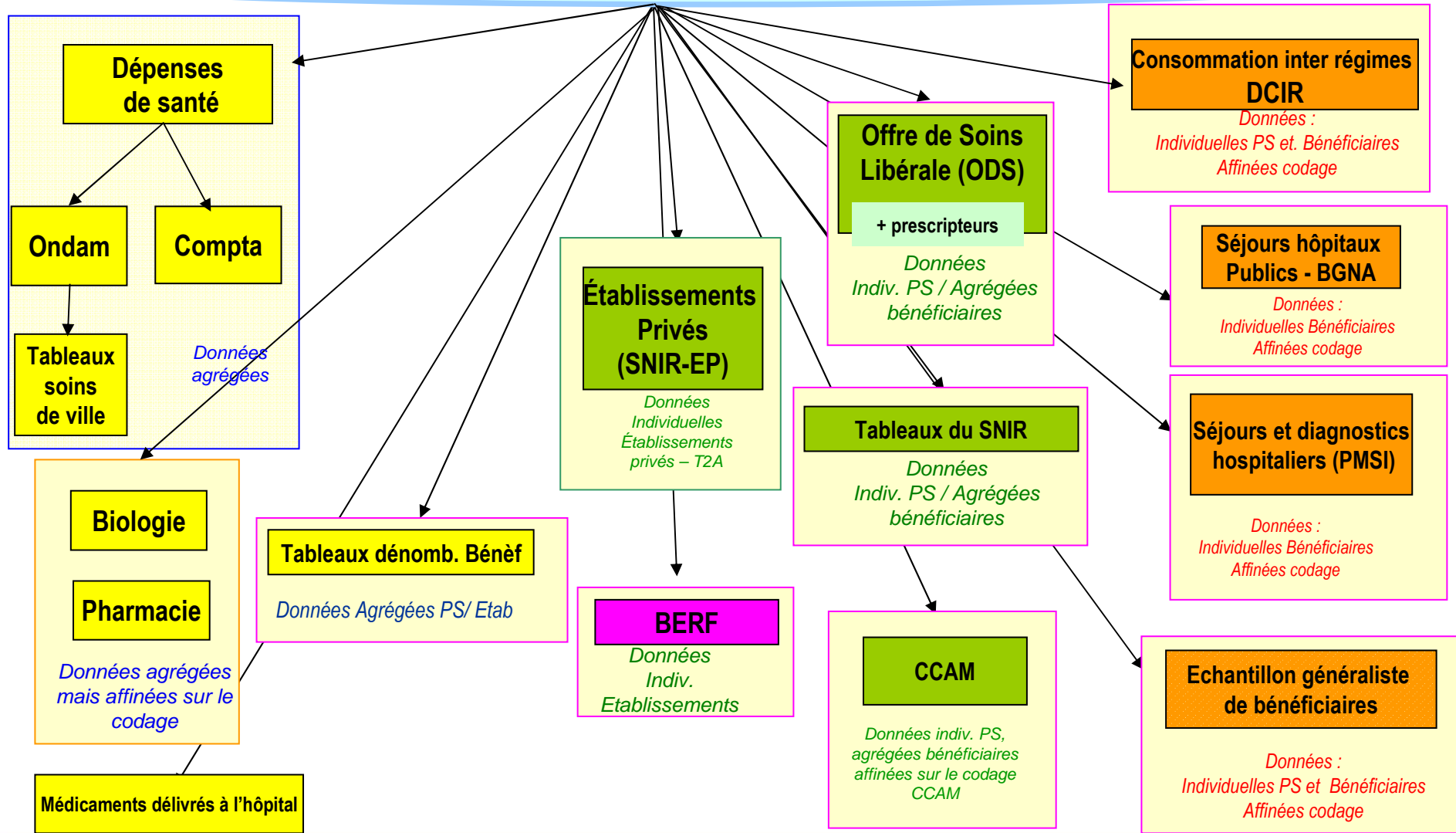
Des conditions d'accès encadrées par la CNIL

- **Accès sécurisés et tracés**
 - Les utilisateurs doivent être formellement et nominativement habilités - L'accès est sécurisé par mot de passe sur un annuaire sécurisé
 - Traçabilité des accès et des requêtes utilisateurs
- **Protection des données individuelles**
 - Les identifiants des individus sont anonymisés de manière irréversible avant d'être envoyés et stockés vers le SNIIRAM.
 - Le croisement de données sensibles est interdit par la gestion des profils (Commune de résidence, Année et mois de naissance, Date de soins et dérivés (date d'entrée, date de prescription...), Date de décès)
 - Les données médicales ne sont accessibles que par un nombre restreint d'utilisateurs (médecins) par des profils spécifiques
- **Restriction des périmètres de données**

L'accès aux données

- La restitution des données aux utilisateurs se fait par **des bases de données thématiques appelées datamarts** (magasins vs entrepôt).
- Le SNIIR-AM compte à ce jour **une dizaine de datamarts**:

Portail SNIIR-AM



■ Données agrégées bénéficiaires et offre de soins
Pas de limite de conservation

■ Données agrégées bénéficiaires et individualisées offre de soins
Conservation : 10 ans

■ Référentiels

■ Données individualisées bénéficiaires et offre de soins
Conservation 2 années + année en cours si échantillon
20 ans pour échantillon EGB

L'accès aux données

- 1) **Les datamarts agrégés** (sans individualisation des bénéficiaires ou des offreurs de soins) ou **les datamarts individualisés par offreur de soins** (professionnel libéral ou établissement) sans individualisation des bénéficiaires

- 2) Les données individualisées
 - Exhaustives (entrepôt SNIIR-AM)

 - Echantillonnées : l'EGB

 - Extractions d'échantillons ad hoc / cohortes à la demande

L'accès aux données

- 1) Les datamarts agrégés (sans individualisation des bénéficiaires ou des offreurs de soins) ou les datamarts individualisés par offreur de soins (professionnel libéral ou établissement) sans individualisation des bénéficiaires

- 2) Les données individualisées
 - Exhaustives (entrepôt SNIIR-AM)

 - Echantillonnées : l'EGB

 - Extractions d'échantillons ad hoc / cohortes à la demande

L'accès aux données

1) Les datamarts agrégés (sans individualisation des bénéficiaires ou des offreurs de soins) ou les datamarts individualisés par offreur de soins (professionnel libéral ou établissement) sans individualisation des bénéficiaires

2) Les données individualisées

- Exhaustives (entrepôt SNIIR-AM) = données complètes de santé et de consommation médicale de 63 millions de français

- Echantillonnées : l'EGB

- Extractions d'échantillons à la demande



Accès aux régimes
d'assurance maladie
2011 : INVS, ARS

L'accès aux données

- 1) Les datamarts agrégés (sans individualisation des bénéficiaires ou des offreurs de soins) ou les datamarts individualisés par offreur de soins (professionnel libéral ou établissement) sans individualisation des bénéficiaires

- 2) Les données individualisées
 - Exhaustives (entrepôt SNIIR-AM) = données complètes de santé et de consommation médicale de 63 millions de français
 - Echantillonnées : l'EGB
 - Extractions d'échantillons ad hoc / cohortes à la demande

L'ÉCHANTILLON DE BÉNÉFICIAIRES (EGB)

- ❖ Échantillon prospectif de bénéficiaires des régimes obligatoires de l'Assurance maladie
- ❖ Taux de sondage au 1/97ème : tirage d'un n° de clé de contrôle du numéro d'immatriculation (NIR) appliqué tous les 3 mois au référentiel des bénéficiaires
- ❖ Exhaustivité de la consommation de soins (soins de ville et hospitalisation) pour ces bénéficiaires
- ❖ 20 ans d'historique à compter de janvier 2003

L'ÉCHANTILLON DE BÉNÉFICIAIRES (EGB)

- ❖ A ce jour : uniquement les bénéficiaires du Régime général hors mutuelles fonction publique
- ❖ Environ 530 000 bénéficiaires inclus dans la cohorte
- ❖ Un échantillon vivant : prise en compte des entrées (naissances, nouvelles affiliations au régime général) et des sorties (décès, changement de régime)
- ❖ Données individuelles et anonymes permettant des croisements multiples avec chaînage ville-hôpital

L'accès aux données

1) Les datamarts agrégés (sans individualisation des bénéficiaires ou des offreurs de soins) ou les datamarts individualisés par offreur de soins (professionnel libéral ou établissement) sans individualisation des bénéficiaires

2) Les données individualisées

- Exhaustives (entrepôt SNIIR-AM) = données complètes de santé et de consommation médicale de 63

- Echantillonnées : l'EGB

- Extractions d'échantillons ad hoc / co

Accès direct
ouvert à de nombreux
utilisateurs extérieurs

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale

L'accès aux données

Liste des organismes autorisés fixés par arrêté ministériel

(20 juin 2005 et modifié le 16 octobre 2008)

- Ministères (santé, sécurité sociale et finances) et services déconcentrés
- Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAM)
- Institut des données de santé (IDS)
- Union nationale des professions de santé (UNPS)
- Haute autorité de santé (HAS)
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)
- Institut de veille sanitaire (InVS)
- Institut national du cancer (INCa)
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)
- Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF)
- Centre national de la recherche scientifique (CNRS)
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
- Tout autre organisme public de recherche, universités, écoles ou autres structures d'enseignement liés à la recherche → Possibilité d'accès après approbation de l'Institut des données santé (IDS)

Une utilisation croissante

- 220 personnes formées à l'échantillon généraliste de bénéficiaires dont la moitié à l'extérieur de l'assurance maladie (unités de recherche, AFSSAPS, INVS, HAS, INCA,... - une cinquantaine à l'INSERM)
- En octobre 2010, 171 requêtes sur l'échantillon effectuées par des organismes de recherche- plus de 300 par mois depuis le début 2011

Des exemples de travaux publiés à partir de données de l'EGB

- ✓ Evolution de la prévalence et des modalités de traitement du diabète entre 2000 et 2005 (Cnamts),
- ✓ Evolution de la prévalence et des modalités de traitement de l'HTA entre 2000 et 2005 (Cnamts),
- ✓ Caractéristiques des patients et durées des traitements par antidépresseurs (Inserm Bordeaux)
- ✓ Modalités de prise en charge de l'asthme en France (traitements associés)(Université de Lyon)
- ✓ Estimation du « reste à charge » des bénéficiaires de la CMU-C (Cnamts)

L'accès aux données

- 1) Les datamarts agrégés (sans individualisation des bénéficiaires ou des offreurs de soins) ou **les datamarts individualisés par offreur de soins** (professionnel libéral ou établissement) sans individualisation des bénéficiaires

- 2) **Les données individualisées**
 - Exhaustives (entrepôt SNIIR-AM) = données complètes de santé et de consommation médicale de 63 millions de français
 - Echantillonnées : l'EGB
 - **Extractions d'échantillons ad hoc / cohortes à la demande**

L'accès aux données

1) Les datamarts agrégés (sans individualisation des bénéficiaires ou des offreurs de soins) ou les datamarts individualisés par offreur de soins (professionnel libéral ou établissement) sans individualisation des bénéficiaires

2) Les données individualisées

Autorisation CNIL
nécessaire

- Echantillonnages

- Extractions d'échantillons ad hoc / cibles à la demande

Demande d'accès à
l'Institut des Données
de Santé (IDS)

Données extraites
par la CNAMTS

Les demandes d'extraction de données transmises par l'IDS

Une période initiale caractérisée par une connaissance encore insuffisante des données par les différents acteurs :

- *exemple 1 : décision du bureau IDS en juin 2009 (réception à l'IDS en août 2008) mais sur un protocole qu'il a fallu reprendre (échanges avec l'équipe durant l'année 2010)*
- *exemple 2 : décision du bureau de l'IDS en février 2010, mais, depuis, aucun élément permettant de concrétiser le travail n'a été fourni par le commanditaire*
- *exemple 3 (plus récent) : décision du bureau de l'IDS en septembre 2010, mais sur un protocole infaisable en l'état (manquait le jour de naissance); en attente depuis décembre 2010 des données du commanditaire*

Les demandes d'extraction de données transmises par l'IDS

Sur la période récente, une extraction en routine des données (sous réserve d'un protocole adéquat) :

- *Les trois dernières demandes ont été transmises à la CNAMTS fin novembre 2010,*
- *Les réunions techniques, internes, se sont déroulées en décembre et janvier 2011,*
- *Les extractions ont, pour l'essentiel, déjà été faites et sont en cours d'analyse par les équipes, et pour le reste actuellement en cours et finalisées dans les deux ou trois prochaines semaines.*

Une utilisation croissante

Possibilité d'appariement avec des données externes et d'alimentation de cohortes ou d'enquêtes, exemples :

Enquêtes récurrentes :

- Enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES
- Enquête santé / HID de l'INSEE

Des cohortes alimentées en 2010:

- PROSPERE : suivi de la patientèle de médecins généralistes (pilote d'appariement sur des identifiants de médecins)
- Hypertrophie bénigne de la prostate : constitution d'une cohorte anonyme pour l'AP-HP (depuis 2004)
- CONSTANCE : cohorte de patients consultant les centres d'examen de santé (phase pilote)
- Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques

Une utilisation croissante

Autres exemples de demandes traitées en 2010 pour des fins d'études et de recherche :

- **Système multi sources cancer pour l'INVS : données anonymes médico-administratives pour les personnes atteintes de cancer.**
- **Étude gastro-entérites : surveillance des gastro-entérites aiguës médicalisées sur le périmètre d'activité des stations de traitement des eaux pour l'INVS.**

En 2010, la CNAMTS a traité une vingtaine de demandes externes dont une dizaine relève de l'alimentation de cohortes ou d'enquêtes pour des fins d'études et de recherches.

Plan de l'intervention

1. Qu'est-ce que le SNIIRAM ?
2. Des exemples d'utilisation
3. Une dynamique d'enrichissement progressif et une utilisation croissante
- 4. Des bases qui demeurent néanmoins complexes**
5. Utilisation pour renforcer la surveillance du médicament : potentiel, limites, conditions

Une complexité due

A la volumétrie

Aux données

**à l'architecture du
SNIIRAM**

Volumétrie

- **1,2 milliards de feuilles de soins** gérées chaque année
- Capacité de stockage égale à **140 Téraoctets** (= 1750 PMF)
- 7 dictionnaires avec **785 000 objets** (tables, index, synonymes ...)
- 3 bases de données d'une volumétrie **supérieure à 18 téraoctets**
La société Oracle a recensé en 2005 le « TopTen » des plus grosses bases de données mondiales et la 10^{ème} était < à 18 téraoctets.
- **150 applications** gérées
- **1000 flux réceptionnés chaque mois** en provenance des Centres de traitement informatiques, des autres régimes, des mutuelles, des Caisses régionales d'assurance maladie,...

Volumétrie

Des milliards d'évènements traités : sur 30 mois

- = **9,0 milliards** de lignes de ventilation comptable
- = **8.4 milliards** de lignes de nature de prestation
- = **3,4 milliards** de lignes de pharmacie « affinée » (CIP)
- = **1,2 milliard** de lignes de biologie « affinée » (code biologie)
- = **270 millions** de lignes d'actes techniques médicaux (CCAM)
- = **57 millions** de lignes d'actes de transport médicaux

Au total **près de 20 milliards** de lignes de prestation disponibles

Une complexité due

A la volumétrie

Aux données

**à l'architecture du
SNIIRAM**

**Nombreuses tables, 9 variables de
jointure**

Travail en cours

Engagement de simplification de l'EGB

Une complexité due

A la volumétrie

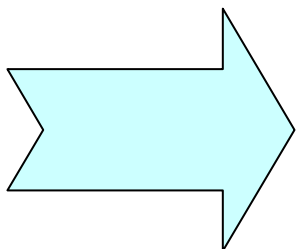
à l'architecture du
SNIIRAM

Aux données

données de production, qui
nécessitent pour être
exploitées correctement une
très bonne connaissance du
contexte juridique et
technique du
remboursement

Les données : exemple 1

Un exemple : connaître les effectifs des personnes ayant bénéficié de **Procréation Médicale Assistée (PMA)** et de **Fécondation In Vitro (FIV)**



Les principales questions auxquelles il faut répondre avant de construire la requête informatique...

-
- ✓ **Quels sont les traitements médicamenteux aujourd'hui utilisés et les examens biologiques spécifiques ?**
 - ✓ **Comment les inducteurs de l'ovulation sont-ils facturés par les hôpitaux (inclus dans les séjours, facturés en sus des forfaits, rétrocedés ?)**
 - ✓ **Ces traitements sont-ils réalisés en hôpital de jour, et/ou en hospitalisation complète ?**
 - ✓ **La facturation est-elle la même dans le privé et dans le public ?**
 - ✓ **Y a-t-il des spécificités locales (DOM, régime d'Alsace Moselle) ou liées aux caractéristiques sociales des personnes (bénéficiaire de la CMU et de l'Aide Médicale d'Etat)?**
 - ✓ **Les modes de facturation sont-ils identiques au régime général, à la MSA, au RSI,... ?**
 - ✓ **Quels sont les délais de transmission de ces informations (actes techniques, médicaments) par les établissements et les professionnels et ces délais de transmission sont-ils homogènes sur l'ensemble du territoire ?**
 - ✓ **Peut-on repérer les patient(e)s par le motif d'exonération du ticket modérateur « prise en charge de la stérilité » (demandes systématiques par les médecins ? modalités de gestion si autre ALD ?,...)**

Les données : exemple 2

Une demande reçue récemment par mail :

« X., statisticienne formée à l'EGB qui travaille avec moi, cherche à résoudre le problème suivant : chez les sujets ayant une démence d'Alzheimer définie sur les médicaments et la déclaration en ALD, quelle est la consommation de soins par rapport à une population contrôle.

Commençons par les consultations, est-ce que cela suffit de prendre les codes 1111 à 1118 ?

Réponse

Pour les consultations et visites, on peut prendre les codes prestations suivants :

Consultations : 1111,1112,1113,1114,1115,1117, 1118

Visites : 1211,1212,1213,1221,1222

On peut aussi y ajouter les honoraires de surveillance, examens spéciaux et suites d'examens de santé, si l'on regarde les actes cliniques en général
1121,1122,1123

Pour les dénombrements, filtrer sur `cpl_maj_top < 2` (pour éliminer les majorations et donc éviter les doubles comptages).

251 IR_NAT_V - NATURE DE PRESTATION

PS5	PROD	LIBELLE	DATE	
			DEBUT	FIN
<u>prs_nat</u>	<u>prs_nat_cb2</u>	<u>prs_nat_lib</u>		
1111	C	Consultation cotée C		
1112	CS	Consultation cotée CS		
1113	CNP	Consultation cotée CNP		
1114	CSC	Consultation spécifique cardiologie		
1115	CA	Consultation bilan	02/02	
1116	MPC	Majoration forfaitaire transitoire	11/03	
1117	GENERE	Consultation des spécialistes cotée C2	03/05	
1118	GENERE	Consultation des psychiatres cotée C2.5		
1119	MTS	Majoration transitoire spécifique	04/06	
M 1120	CCS	Complément consultation spécialiste	11/07	
1121	HS	Honoraire de surveillance		
1122	EXS	Examen spécial (protocole)		
1123	SES	Suite d'examen de santé		
1124	RMT	Rémunération Médecin Traitant par patient en ALD	03/05	
1125	MCG	Majoration de coordination généraliste	03/05	
1126	MCS	Majoration de coordination spécialiste	03/05	
1127	MCC	Majoration de coordination des cardiologues	05/05	
1128	DRT	Différentiel médecin traitant/médecin référent	03/05	
1129	MPJ	Majoration forfaitaire transitoire pour - 16 ans	05/05	
1131	MTA	Majoration consultation appareillage	04/06	
1132	MCE	Majoration consultation endocrino	04/06	
1133	MGE	Majoration généraliste enfant	04/06	
1134	MPF	Majoration première consultation famille	07/07	
1135	MAF	Majoration consultation annuelle famille	07/07	
1136	MAS	Majoration annuelle de synthèse	07/07	
1137	MBB	Majoration nourrisson avant 8 jours	07/07	
A 1138	RAA	Rémunération additionnelle CAPI	10/10	
A 1139	RAC	Rémunération des adhérents au CAPI	10/10	

Plan de l'intervention

1. Qu'est-ce que le SNIIRAM ?
2. Des exemples d'utilisation
3. Une dynamique d'enrichissement progressif et une utilisation croissante
4. Des bases qui demeurent néanmoins complexes
- 5. Utilisation pour renforcer la surveillance du médicament : potentiel, limites, conditions**

Malgré les limites,

- ✓ Pas de **données cliniques** (exhaustivité des diagnostics, IMC, niveau tensionnel...), **paracliniques** (résultats d'examens), ou de notion d'**antécédents personnels** ou **familiaux**, ou de **données sociales**, ou **environnementales** : toutes informations utiles pour ajuster sur les facteurs de risque de survenue de certaines pathologies (risque cardiovasculaire augmenté chez les fumeurs ou en cas de diabète mal contrôlé; formes familiales de certains cancers; etc)
- ✓ Peu d'éléments sur les affections **psychiatriques** et **dermatologiques** (*fréquents effets secondaires des médicaments*)

= Limite par rapport aux grandes bases de données construites dans d'autres pays : GPRD, QRESEARCH, PHARMO, ou même les bases des pays nordiques = construites à partir de données cliniques ou incorporant des données cliniques

une utilisation croissante en santé publique

- ✓ L'échantillon généraliste de bénéficiaires est **d'ores et déjà ouvert et utilisé par les équipes de recherche** (*cf publications recensées par Bégaud et al.*)
- ✓ Intérêt croissant des agences sanitaires, qui ont investi et / ou se sont rapprochées de la CNAMTS pour pouvoir **mobiliser les données du SNIIR-AM à des fins de santé publique** (INVS, AFSSAPS, HAS,...)
- ✓ Ceci a amené à la création d'une **équipe dédiée à la CNAMTS** pour
 - ✓ réaliser des études à **la demande des autorités sanitaires**
 - ✓ apporter un **appui méthodologique** à l'utilisation du SNIIRAM dans le cadre de telles utilisations

Comment aller plus loin ?

Amplifier l'utilisation des données du SNIIRAM pour la surveillance des médicaments suppose de **faire émerger une expertise publique indépendante pouvant mener à bien les études nécessaires**, en répondant aux demandes des institutions qui portent la responsabilité des décisions et en **garantissant l'absence de conflits d'intérêt**

Les pays qui nous environnent et qui ont construit des bases de données qui font référence **ont aussi construit des capacités d'expertise indépendantes sur ces bases** (Karolinska Institute, Pharmo, etc.)

✓ L'autorité publique sur qui repose la responsabilité de maintenir ou de retirer un produit **doit pouvoir disposer des éléments pour prendre une décision indépendante** → nécessité que les études post-AMM soient contrôlées par les pouvoirs publics, tant dans les choix de priorités et les méthodes d'analyse que dans l'interprétation des résultats, et non par les promoteurs des produits (leçons à tirer de ce qui s'est passé sur le benfluorex)

✓ Risque d'utilisation des données à **des fins commerciales** pour optimiser les **stratégies de développement** des marchés, d'intensification et de diffusion des traitements, voire les **démarches marketing** auprès des prescripteurs

En savoir plus

- Martin-Latry K, Bégaud B. **Pharmacoepidemiological research using French reimbursement databases: yes we can !** *Pharmacoepidemiology and drug safety* 2010; 19: 256–265
- Babusiaux C, Sicard D, Decottignies R. **L'institut des données de santé.** *RESP* 58 (2010) 85-88
- de Roquefeuil L, Studer A, Neumann A, Merlière Y. **L'Échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites** (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/)
- de Roquefeuil L, Studer A, Neumann A, Merlière Y. **L'échantillon généraliste de bénéficiaires : représentativité, portée et limites.** *Prat Organ Soins* 2009;40(3):213-223.
- Tuppin P, de Roquefeuil L, Weill A, Ricordeau P, Merlière Y. **French national health insurance information system and the permanent beneficiaries sample.** *RESP* 58 (2010) 286–290

Références des travaux cités

- Tuppin P, Neumann A, Danchin N, Weill A, Ricordeau P, de Peretti C, Allemand H. **Combined secondary prevention after hospitalization for myocardial infarction in France: analysis from a large administrative database.** *Arch Cardiovasc Dis.* (2009); 102(4):279-92
- Tuppin P, Neumann A, Simon D, Weill A, de Peretti C, Danchin N, Ricordeau P, Allemand H. **Characteristics and management of diabetic patients hospitalized for myocardial infarction in France.** *Diabetes Metab.* (2010); 36(2):129-36.
- Tuppin P, Neumann A, Danchin N, de Peretti C, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. **Evidence-based pharmacotherapy after myocardial infarction in France: adherence associated factors and relationship with 30 months mortality and rehospitalization.** *Arch Cardiovasc Dis.* (2010); **103** : 363-75
- Weill A, Païta M, Tuppin P, Fagot JP, Neumann A, Simon D, Ricordeau P, Montastruc JL, Allemand H. **Benfluorex and valvular heart disease: a cohort study of a million people with diabetes mellitus.** A paraître (*Pharmacoepidemiology and drug safety*)