**Programme de médicalisation des systèmes d’informations (PMSI)**

Informations générales

**Le PMSI en quelques mots (opérateur, description, objectifs…)**

C’est l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation (ATIH) qui est en charge du recueil et du traitement annuel des données du PMSI. Ce système d’informations permet de décrire depuis 1998 de façon synthétique et standardisée l’activité médicale des établissements de santé (les données sont fiables depuis 2008). Il repose sur l’enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d’information. Son objectif principal est de procéder à l’analyse de l’activité médicale des établissements hospitaliers à des fins d’allocation budgétaire.

**Champ**

Le PMSI recense les données des établissements sanitaires publics ou privées de courts séjours en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), de soins de suite et réadaptation (SSR), de psychiatrie (RIM-P) et d’hospitalisations à domicile (HAD), ceci sur le territoire national. En 2017, ceci représentait 3 308 établissements de santé, et 12,7 millions d’hospitalisations.

**Quelles informations sont disponibles ?**

Plusieurs types de données sont recueillis :

* Variables administratives ou médico-administratives : patient (identité, âge, sexe, etc.), séjour (date entrée, mode d'entrée et provenance, unité médicale, etc.) et code d'autorisation et type d'activité ;
* Diagnostics : caractéristiques du patient (antécédents personnels et familiaux, facteurs sociaux, etc.), classification Internationale des Maladies (CIM-10 – avec modifications spécifiques par l’ATIH), diagnostic (principal, relié, associé significatif, associé documentaire) ;
* Actes (médico-techniques) :
  + Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
  + Selon le secteur d'activité : catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR), grille EDGAR, classification NGAP ;
* Niveau de dépendance du patient : échelles AVQ et IK ;
* Consommables : Unités Communes de Dispensation (UCD), Liste des Produits et Prestations (LPP).

A noter que selon le secteur d’activité, les données du PMSI ne sont pas toujours codées sur la base de la même nomenclature (la dépendance n’est pas codée dans champ MCO).

De plus, un fichier de chaînage des séjours par patient est disponible, qui permet une analyse statistique par patient, et l’étude de leur trajectoire hospitalière (depuis 2001 pour les champs MCO et SSR, 2005 pour l’HAD, et 2008 pour le RIM-P).

**Existe-t-il des possibilités de couplage avec d’autres bases ?**

Les données du PMSI sont disponibles dans le SNIIRAM et dans le SNDS, et l’on peut également imaginer les chaîner à des données d’enquêtes grâce à l’identification NIR pour les individus, et le numéro FINESS pour les établissements.

**Conditions d’accès aux données et documentation utilisateur**

Selon les données considérées, les modalités d’accès sont différentes :

* les données agrégées sont accessibles à tous en ligne sur la plateforme de restitution des données hospitalières ScanSanté ;
* l’accès aux données individuelles doit faire l’objet d’un dossier de demande à l’ATIH.
* diffusées en bases de données en réponse à des commandes (accord de la Commission nationale de l’informatique et des libertés - CNIL) ;

Pour plus d'informations sur l’accès aux bases de données, voir le [site internet de l’ATIH](https://www.atih.sante.fr/bases-de-donnees/commande-de-bases).

Pour plus d’informations sur le traitement et l’exploitation des bases de données, voir [le site de l’ATIH](https://www.atih.sante.fr/bases-de-donnees/documentation-technique).

Informations sur le polyhandicap

**Identification du polyhandicap (algorithmes/définition)**

L’ATIH identifie le polyhandicap lourd depuis 2013 via une combinaison de quatre codes de la CIM–10, chacun issu des listes suivantes :

* liste 1 : déficiences mentales ou psychiatriques sévères (85 codes CIM-10 en F)
* liste 2 : troubles moteurs (74 codes CIM-10 en G essentiellement)
* liste 3 : critères de mobilité réduite (3 codes CIM-10)
* liste 4 : restrictions extrêmes de l’autonomie (24 codes CIM-10)

Un code au moins de chacune des quatre listes doit être présent dans le RSS pour affirmer le polyhandicap lourd.

**Fiabilité du repérage**

Cette combinaison de codes est très peu utilisée par les services, voire même inconnue pour une majorité de professionnels médicaux. De plus, les codes CIM-10 de ces listes correspondent à des situations très génériques de problèmes de santé, pouvant engendrer un bruit de fond important lorsqu’il s’agit de caractériser du polyhandicap.

Cet algorithme pourrait être complété par l’apport des codages CSARR (SSR) informant sur des interventions plus spécifiques liées à la prise en charge complexe du polyhandicap. De même, l’apport des échelles de dépendance dans le PMSI SSR, HAD et PSY (AVK et IK), permettrait d’affiner le repérage.

**Nombre d’individus**

A ce stade, le nombre de personne en situation de polyhandicap n’est pas identifiable.

L’intérêt du PMSI

Le PMSI a ceci d’intéressant qu’il permet de retracer des parcours de soins, et donc des trajectoires médicales grâce au fichier de chaînage, puisque les données recueillies auprès des établissements de santé sont exhaustives : traitements, dispositifs médicaux, actes … sont autant d’informations disponibles. De plus, une bonne interopérabilité est permise avec d’autres systèmes d’informations ou enquêtes, grâce au recueil du NIR, et du FINESS.

Cependant, l’algorithme « polyhandicap » de l’ATIH doit être évalué, et sans doute promu auprès des professionnels, notamment en hospitalisation de courts séjours MCO.

De plus, l’encodage des diagnostics restent compliqué pour les professionnels (passer d’une réalité complexe à un code), tout comme le traitement statistique de ces codes (quelle réalité derrière un code unique ?).