**Système national d’information interrégimes de l’assurance maladie (SNIIRAM)**

Informations générales

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

Créé en 1999 par la loi de financement de la Sécurité sociale, et géré par la CNAMTS, le SNIIRAM est un entrepôt regroupant sous forme psudonymisée les données du PMSI gérées par l’ATIH relatives à l’activité hospitalière, et les données de remboursements de soins effectués par l’ensemble des régimes de l’Assurance maladie. Ses objectifs sont de contribuer à une meilleure gestion de l’Assurance Maladie et des politiques de santé (notamment par le suivi et l’analyse des dépenses), d’améliorer la qualité des soins et de transmettre aux professionnels de santé les informations pertinentes sur leur activité.

Le SNIIRAM constitue donc une base de données complète et détaillée (depuis 2002) sur le parcours des patients à travers le système de soins qui fait l’objet d’un remboursement par l’Assurance maladie. Ces données sont disponibles sous trois formes :

* la base DAMIR, qui se décompose en 15 bases de données (datamarts) thématiques (niveau agrégé) ;
* l’échantillon général des bénéficiaires (EGB) qui permet la réalisation d’analyse longitudinales chez 660 000 patients (tiré au sort sur la base de la clé de sécurité du NIR) ;
* le datamart de consommation inter-rrégimes (DCIR), qui comprend la totalité des personnes protéges par un régime d’assurance maladie, permettant la réalisation d’étude sur la consommation de soins.

**Champ**

Le SNIIRAM permet le recueil d’informations pour l’ensemble des personnes couverte par le système d’Assurance maladie obligatoire, soit la population générale.

**Quelles informations sont disponibles ?**

Plusieurs types de données sont recueillis :

* Sur le bénéficiaire : âge, sexe, bénéficie de la CMU-C, diagnostic de l’affection longue durée (ALD – si prise en charge à 100%), commune et départemetn de résidence et, le cas échéant, date de décès ;
* Sur la consommation de soins en ville : dates de soins et de remboursements, ainsi que les montants remboursés par l’assurance maladie et payés par le patient, le codage détaillé des médicaments délivrés, des actes techniques, des dispositifs médicaux, des prélèvements biologiques) ;
* Sur la consommation de soins en établissements : les séjours du PMSI pour les établissements sanitaires, et les séjours facturés directement à l’Assurance maladie (dont une partie du secteur médico-social handicap) ;
* Sur l’offre de soins : spécialité du prescripteur et de l’exécutant, lieu d’exécution, comme d’implantation, département, statut conventionnel et juridique ;
* Sur les pathologies traitées : le diagnostic est systématiquement codé selon la CIM-10 pour les bénéficiaires ayant fait la demande d’une prise en charge à 100% pour une ALD, ou pour les personnes hospitalisées (via les diagnostics PMSI).

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

Le SNIIRAM est intégré au SNDS, et il est possible, grâce au NIR, de chaîner les données à des enquêtes ou des cohortes.

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

Les conditions d’accès aux données de santé ont été modifiées par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Nous ramenons le lecteur à la fiche de présentation du SNDS pour obtenir plus d’informations.

A noter simplement qu’il est prévu des formations obligatoires auprès de la CNAM pour accéder aux données du SNIIRAM.

Informations sur le polyhandicap

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

Le repérage du polyhandicap est rendu complexe dans le SNIIRAM (que ce soit dans l’EGB ou le DCIR) en l’absence de « traceur » spécifique.

En effet, les difficultés liées à l’algorithme de l’ATIH ont déjà été discutées (fiche PMSI).

Par ailleurs, il n’existe pas d’ALD polyhandicap, même si le polyhandicap est pris en charge dans le cadre de l’ALD 9 (formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave), 17 (maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé) et 23 (affections psychiatriques de longue durée dans lesquelles est classé le retard mental).

A noter cependant qu’il existe une ALD « polypathologie » (ALD 32 - plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant), qui pourrait peut-être permettre d’identifier du polyhandicap si l’on y ajoutait d’autres éléments discriminants.

**Fiabilité du repérage**

Au vue de ce qui vient d’être dit ci-dessus, on comprend que le repérage, qui n’est pas impossible, reposera nécessairement sur des choix méthodologiques.

Notons également qu’un sujet de repérage de la population adulte se pose : moins hospitalisées que les enfants, les adultes se voient également prodigués des soins « au forfait » dans les ESMS, donc non visible dans le SNIIRAM. Cette population adulte risque de ne pas être captée par un éventuel algorithme basé sur le recours à l’hospitalisation.

**Nombre d’individus**

A ce stade, le nombre de personne en situation de polyhandicap n’est pas identifiable, mais cette base doit potentiellement permettre de dénombrer cette population.

L’intérêt du SNIIRAM

Les données du SNIIRAM, parce qu’elles sont exhaustives, détiennent nécessairement de l’information sur la population enfant et adulte polyhandicapée, et notamment sur les éléments de leur parcours de soins faisant l’objet d’un remboursement par l’Assurance maladie. De plus, les données individualisées échantillonnées de l’échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) permettent la réalisation d’études longitudinales éclairant les parcours des patients.

Les limites tiennent donc au repérage du polyhandicap et à la nature des informations disponibles.

En effet, la finalité initiale du SNIIRAM est la gestion du remboursement de prestations de santé ; l’architecture de l’EGB et du DCIR est donc orientée en ce sens. L’utilisation dans un contexte de recherche épidémiologique implique un traitement de données au préalable complexe pouvant constituer un frein à leur utilisation. Il s’avère difficile d’identifier et de valider des pathologies (les données portant essentiellement sur du recours aux soins).

De plus, et parce que ceci n’est pas son objet, il y a une absence de données cliniques et comportementales dans le SNIIRAM, la posologie pour les traitements médicamenteux n’est pas disponible non plus, tout comme les résultats biologiques ou radiologiques.