

LES BASES DE DONNÉES DE L'ASSURANCE MALADIE

Mireille CŒURET-PELLICER, Marie ZINS

OCTOBRE 2006

Ce document sera régulièrement mis à jour



LES BASES DE DONNÉES DE L'ASSURANCE MALADIE

Ce document a été rédigé par :

Mireille Cœuret-Pellicer, médecin épidémiologiste, Cetaf – Unité 687 Inserm-Cnamts

Marie Zins, médecin épidémiologiste, Cetaf – Unité 687 Inserm-Cnamts

Nous remercions pour leur relecture :

Marcel Goldberg, épidémiologiste, PU-PH, Unité 687 Inserm-Cnamts

Anne Chevalier, épidémiologiste, Département santé travail, InVS

Nous remercions également toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce document, en particulier :

Dr Robert Bourrel, ERSM de Toulouse

Mme Maryse Grau, CPAM de Toulouse

M. Serge Odol et M. François Carrie, CTI-Sud

Pour la partie concernant le système d'information des AT et MP, nous recommandons également la lecture du rapport : *Les systèmes d'information des régimes de sécurité sociale relatifs aux accidents de travail et aux maladies professionnelles : vers un entrepôt national de données ?* Anne Chevalier. InVS – Département santé et travail, août 2006.

Sommaire

SIGLES ET ABBREVIATIONS UTILISES DANS CE DOCUMENT	3
1. LE CONTEXTE DE CE TRAVAIL : LA COHORTE CONSTANCES.....	5
1.1. OBJECTIFS	5
1.2. LE RESEAU DES CES : UN OUTIL AU POTENTIEL EPIDEMIOLOGIQUE UNIQUE	6
1.3. LA COHORTE.....	6
1.3.1. L'inclusion.....	6
1.3.2. Le suivi dans les CES :	7
2. INTRODUCTION	8
3. LE SYSTEME D'INFORMATION DU REGIME GENERAL	9
3.1. ORGANISATION GENERALE.....	9
3.2. LES DONNEES DE PRODUCTION.....	10
3.2.1. Les prestations en nature (PN).....	10
3.2.2. Les prestations en espèces (PE)	10
3.3. LES FICHIERS REFERENTIELS	11
3.3.1. Les fichiers de bénéficiaires	11
3.3.2. Le Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS).....	12
3.3.3. Les fichiers d'établissements sanitaires et sociaux.....	13
3.3.4. Les fichiers de nomenclatures des actes et prestations	13
3.4. LE TRAITEMENT DES DONNEES	15
3.4.1. Les supports d'entrée	15
3.4.2. Le système de traitement IRIS.....	17
3.5. LES AVIS DU SERVICE MEDICAL	17
3.5.1. Les Affections Longue Durée (ALD) :.....	18
3.5.2. Les accidents du travail et maladies professionnelles	19
3.6. LES BASES INFORMATIONNELLES.....	20
3.6.1. Erasme.....	20
3.6.2. Hippocrate	21
4. LE SNIIR-AM	24
4.1. ORIGINE DES DONNEES.....	24
4.2. ARCHITECTURE	24
4.3. LE PLAN QUALITE	25
4.4. CONTENU DE L'ENTREPOT (CF. ANNEXE 2).....	26
4.5. ANONYMISATION ET CHAINAGE DES DONNEES	27
4.6. ACCES AUX DONNEES	27
5. ANNEXES.....	29
5.1. ANNEXE 1 : LISTE DES ALD 30.....	29
5.2. ANNEXE 2 : LISTE DES DONNEES DU SNIIR-AM	30
BIBLIOGRAPHIE.....	35

Sigles et abréviations utilisés dans ce document

(texte, schémas et annexes)

ADELI	répertoire officiel des professionnels de santé ; chaque professionnel (médical ou paramédical) est identifié par son numéro ADELI.
ALD	Affections Longue Durée
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
AT	Accident du Travail
BDO	Base de Données Opérante
BREX	Base Régionale des Etablissements sous UniX
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCAPS	Classification Commune des Actes des Professionnels de Santé
CdAM	Catalogue des Actes Médicaux
CEN	Centre d'Exploitation National
CENTI	CEntre National de Traitement Informatique
CGSS	Caisse Générale de Sécurité Sociale
CIP	Code Inter Pharmaceutique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CTI	Centre de Traitement Informatique
DADS	Déclaration Annuelle des Données Sociales
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DEC-ENR	Décompte Enregistrement ; fichier contenant les informations sur les décomptes de paiement des prestations et alimentant les bases archives
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de L'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Indépendantes
ELSM	Echelon Local du Service Médical
ERASME	Extraction, Recherches, Analyses pour un Suivi Médico-Economique ; bases informationnelles du Régime général
ERSM	Echelon Régional du Service Médical
ETACET	fichier régional des établissements de santé, élaboré par chaque CTI
ETANAT	fichier national des établissements de santé
EURYDICE	application pour la gestion des rentes accidents du travail et maladies professionnelles
FINESS	FIchier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux ; tous les établissements sanitaires et sociaux sont identifiés grâce à leur numéro FINESS
FNPS	Fichier National des Professionnels de Santé de la CNAMTS
FOIN	Fonction d'Occultation des Informations Nominatives
FSE	Feuille des Soins Electronique

GENRSA	logiciel national servant à générer les résumés de sortie anonymes dans le cadre du PMSI
HIPPOCRATE	application du système d'information du service médical de l'Assurance Maladie
IGS2	Indice de Gravité Simplifié (2ème version) ; cet indice figure dans les résumés de sortie du PMSI
IPP	Incapacité Permanente Partielle
IRIS	Interface Réseau Information Service ; outil de tarification, d'ordonnement et de contrôle des prestations en nature
LMA	Liaison Médico-Administrative
LPP	Liste des Produits et Prestations (remplace l'ancien TIPS)
MEP	Mode d'Exercice Particulier (précise l'activité des omnipraticiens)
MIRCOSS	Mission Interministérielle de Réforme de la Comptabilité des Organismes de Sécurité Sociale
MP	Maladies professionnelles
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NIR	Numéro d'Inscription au Répertoire national d'identification des personnes (ou numéro de Sécurité sociale)
ONDAM	Objectif National d'évolution des Dépenses de l'Assurance Maladie
ORPHEE	application pour la gestion des accidents du travail et maladies professionnelles (jusqu'à leur reconnaissance)
PE	Prestations en Espèces
PMSI	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PN	Prestations en Nature
PROGRES	outil de saisie et de consultation des prestations de l'assurance maladie ; on distingue PROGRES-PN, pour la saisie des prestations en nature, et PROGRES-PE/MAJ qui permet entre autres la liquidation des prestations en espèces et la mise à jour des données des assurés dans la BDO
PS	Professionnel de Santé
RG	Régime général d'Assurance Maladie
RNIAM	Répertoire National Inter régime des bénéficiaires de l'Assurance Maladie
RSA	Résumé de Sortie Anonyme
RSI	Régime Social des Indépendants
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SLM	Sections Locales Mutualistes
SNI IR-AM	Système National Inter Régime de l'Assurance Maladie
TIPS	Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires
TM	Ticket Modérateur
TNB	Table Nationale Biologie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

1. LE CONTEXTE DE CE TRAVAIL : LA COHORTE CONSTANCES

L'Assurance Maladie et l'Inserm s'associent pour le développement d'une vaste cohorte épidémiologique de consultants des Centres d'Examens de Santé de la sécurité sociale (CES) ouverte à la communauté des chercheurs et de la santé publique, la cohorte Constances.

1.1. OBJECTIFS

Constances : une cohorte épidémiologique pour la Santé Publique et la Recherche

Santé publique

- Décrire l'état de santé et les facteurs de risque de la population couverte par le régime général de la sécurité sociale (85% de la population française) selon l'âge, le genre, la situation à l'égard de l'emploi et les catégories sociales.
- Caractériser les parcours de prévention et de soins des patients.
- Identifier des populations à risque pour des problèmes de santé variés.
- Évaluer les interventions de santé publique en matière de prévention et de dépistage.

Recherche

Identifier les facteurs de risque pour différentes pathologies, étudier les interactions entre facteurs de risque et caractéristiques personnelles dans de grands domaines de la santé, notamment :

- Risques professionnels : identification et mesure des effets à long terme des conditions de travail et des expositions professionnelles sur la santé et le vieillissement.
- Inégalités sociales de santé : identification des déterminants, compréhension des mécanismes, évaluation des stratégies destinées à les réduire.
- « Vieillissement réussi » : caractérisation du vieillissement réussi, identification des déterminants sociaux et individuels, rôle des facteurs de risque accumulés au cours de la vie.
- Santé des femmes : problèmes de fertilité, endométriose, traitement de la ménopause, ostéoporose, incontinence urinaire..., en relation avec les inégalités sociales de santé et le vieillissement.

1.2. LE RESEAU DES CES : UN OUTIL AU POTENTIEL EPIDEMIOLOGIQUE UNIQUE



La CNAMTS gère une centaine de centres d'examen de santé (CES) qui réalisent environ 600 000 bilans de prévention par an.

Ces CES sont répartis sur tout le territoire. Ils bénéficient d'un plateau technique de grande qualité permettant d'effectuer des bilans de santé très complets.

Sauf accords locaux, les consultants sont des affiliés du Régime général de Sécurité sociale. Le bilan est entièrement pris en Charge par l'Assurance Maladie

1.3. LA COHORTE

1.3.1. L'inclusion

Un échantillon de 200 000 volontaires représentatif de la population couverte par le Régime général pour le genre, la profession et l'âge seront inclus lors d'une de leur visite dans un des 16 centres Constances. Ils bénéficieront d'un bilan de santé particulièrement complet.

Un examen médical et paramédical : biométrie, tension artérielle, audiogramme, vision, spirométrie, biologie ; pour les plus âgés : tests cognitifs, de marche, d'équilibre, tonus musculaire.

Des questionnaires

- Auto administrés : modes de vie, histoire professionnelle, histoire familiale, vie affective, réseaux sociaux, conditions de vie, ...
- Par entretien : antécédents familiaux et personnels, recours aux soins.

Un Suivi individuel de très longue durée s'effectuera de façon active et à partir de différentes sources

Un suivi annuel

- par auto questionnaire postal : état de santé et morbidité, facteurs de risque personnels, alimentation, exercice physique, événements de vie, environnement social, conditions de travail, etc.
- Au travers des grandes bases de données nationales :
 - Le Système National d'Information Inter Régime de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM) : soins remboursés (médicaments, consultation médicales, biologie, kinésithérapie..), Affections longue durée, PMSI. Il permettra un recueil prospectif de données médicalisées pour tous les volontaires, y compris s'ils changent de régime.
 - La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) : Trajectoire professionnelle, situation d'emploi, prestations sociales.
 - L'Inserm (CépiDc) pour le statut vital et les causes de décès.

1.3.2. Le suivi dans les CES :

Invitations périodiques de suivi en fonction de considérations scientifiques et pratiques ; cette périodicité sera variable selon les groupes de population (plus fréquente pour les personnes âgées, par exemple), ou les questions scientifiques posées.

L'équipe en charge de ce projet bénéficie de partenariats multiples : les unités Inserm 149, 508, 558, 569, 708, E361, le Département Santé Travail de l'InVS.

Elle bénéficie également de partenariats avec des équipes étrangères (Londres, Düsseldorf, Stockholm, Harvard (USA), Montréal).

C'est dans le cadre de la mise en place de la cohorte Constances que s'inscrit cette étude d'exploration des bases de données mises en place et gérées par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

2. INTRODUCTION

L'Assurance Maladie a pour principal objectif le remboursement ou le paiement de prestations en rapport avec la santé des assurés. Le volume des demandes est considérable : le Régime général traite à lui seul 1 milliard de feuilles de soins par an. Le développement du système d'information a eu pour objectif premier d'optimiser le paiement des assurés (rapidité et meilleure productivité des caisses). Au cours des dernières années s'est surajouté le besoin de maîtriser les dépenses de santé, ceci impliquant nécessairement une meilleure connaissance des soins remboursés, des bénéficiaires et des prescripteurs. Le système d'information et les données recueillies ont évolué en conséquence : en termes de volume, de qualité et de précision.

Aujourd'hui, l'archivage de ces données dans des bases historiques constitue une source considérable d'informations pour des études médico-économiques (dans le cadre de la maîtrise des dépenses, de l'évaluation du risque), mais également pour les études épidémiologiques (1). Ces données permettent de repérer certaines pathologies (celles ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur par exemple), d'en estimer la prévalence (2-4), et d'obtenir des indications sur l'état de santé des sujets au travers de leurs consommations de médicaments ou des actes réalisés (5;6)... Dans le cadre de cohortes épidémiologiques, ces bases offrent des perspectives intéressantes dans la mesure où elles permettent un suivi systématique des consommations de soins des participants. Ce « suivi passif » au travers des bases de données de l'Assurance Maladie nécessite cependant une bonne connaissance du recueil et du circuit des données, afin d'en comprendre les limites.

On détaillera dans un premier temps le circuit des données et le contenu des bases du Régime général (RG). Ce régime compte *stricto sensu* près de 46 millions de bénéficiaires, et plus de 53 millions si l'on y inclut les affiliés des Sections Locales Mutualistes¹ (SLM) et des mutuelles étudiantes (soit au total environ 86 % de la population française)².

¹ Les Sections Locales Mutualistes servent aux affiliés des régimes dits « particuliers » (fonctionnaires, étudiants, enseignants, salariés d'EDF-GDF...) les prestations de base de l'assurance maladie (assurance obligatoire), et les prestations complémentaires qu'ils peuvent souscrire de façon facultative. Les prestations de base sont cependant prises en charge par le régime général, et reversées aux SLM par la CPAM du domicile de l'assuré.

² Données de l'Assurance Maladie au 31 décembre 2003.

Les données provenant des SLM bénéficient – à peu de choses près – des mêmes traitements et se retrouvent dans les mêmes bases archives. Le circuit des données concernant les assurés des autres régimes ne sera pas détaillé ici. Trois régimes spéciaux (militaires, cultes et clercs de notaire) ont délégué le traitement de leurs données aux structures du RG. Les autres ont leurs propres circuits de traitement.

Les données de l'ensemble des régimes sont regroupées dans la grande base inter régimes que constitue le Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIR-AM) qui sera détaillé dans un deuxième chapitre.

3. LE SYSTEME D'INFORMATION DU REGIME GENERAL

3.1. ORGANISATION GENERALE

Le système d'information du Régime général développé par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) se compose schématiquement :

Des données « de production » : informations sur les prestations prises en charge, provenant de sources diverses (professionnels de santé, pharmacies, hôpitaux, service médical de l'Assurance Maladie) et sur des supports différents (feuilles de soins papier ou électroniques).

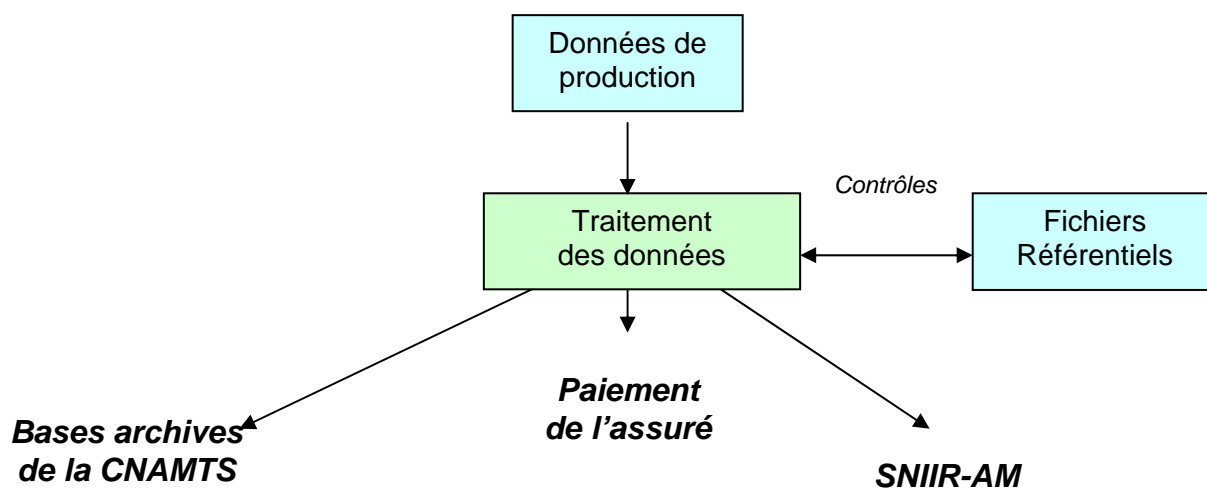
De fichiers « référentiels » : fichiers permanents où sont répertoriées et mises à jour les données sur les assurés, les professionnels de santé, les établissements de soins ainsi que les nomenclatures faisant référence pour le codage des actes et prestations.

D'un dispositif unique de traitement des données qui garantit une homogénéité de contrôle quelle que soit l'origine des données. Ce dispositif est hébergé par des Centres de Traitement Informatique régionaux (CTI)³.

De bases de données « informationnelles » : fichiers où sont archivées les informations. Aux bases archives propres à la CNAMTS, on peut rajouter la grande base archive inter régimes que constitue le SNIIR-AM.

La figure suivante schématise l'organisation générale du système d'information de la CNAMTS.

³ Il existe actuellement 9 CTI régionaux en France, chacun rassemblant et traitant les données d'un ensemble de CPAM.



3.2. LES DONNEES DE PRODUCTION

Le domaine de la « production » regroupe l'ensemble des opérations qui aboutissent au paiement de l'assuré (ou du tiers en cas de tiers payant). Les « données de production » constituent l'ensemble des données recueillies dans ce cadre. Elles concernent deux grands types de prestations :

3.2.1. Les prestations en nature (PN)

Les prestations en nature sont les dépenses de santé remboursées par l'Assurance Maladie. Elles comprennent :

- Les consultations des professionnels de santé
- Les actes réalisés par ces professionnels
- Les médicaments remboursables prescrits et délivrés par un pharmacien
- Les transports sanitaires
- Les séjours hospitaliers

3.2.2. Les prestations en espèces (PE)

Les prestations en espèces sont les sommes versées par l'Assurance Maladie pour compenser une perte de salaire ou un manque à gagner du fait de problèmes de santé. Elles comprennent :

- Les indemnités journalières : versées en cas d'arrêt de travail pour maladie, accident, ou congé maternité ;
- Le capital décès : versé aux ayants droit d'un assuré décédé, lorsque leurs ressources annuelles sont inférieures à un certain montant ;

- La pension d'invalidité : destinée à compenser une capacité de travail réduite chez les travailleurs de moins de 60 ans ;
- Les rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle : lorsque les séquelles d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sont consolidées, le médecin-conseil convoque l'assuré pour un examen et évalue son taux d'incapacité permanente (IPP). Une rente est alors attribuée en cas d'incapacité permanente (IPP) $\geq 10\%$; en cas d'IPP $< 10\%$, cette rente est versée sous la forme d'un capital.

3.3. LES FICHIERS REFERENTIELS

Il s'agit de répertoires mis en place par la CNAMTS concernant :

- les bénéficiaires (assurés et leurs ayants droits)
- les professionnels de santé
- les établissements de santé
- les nomenclatures en vigueur pour le codage des actes et prestations

Ces fichiers servent en particulier de tables de référence lors du traitement des données (étapes de contrôle).

3.3.1. *Les fichiers de bénéficiaires*

Les données administratives concernant les bénéficiaires se retrouvent dans des bases régionales et un fichier national.

Ces fichiers se caractérisent actuellement par une gestion par « famille » (ayants droit rattachés à un assuré), en attendant une évolution du système d'information vers une gestion par individus (Référentiel Individus en préparation).

✂ *La Base de Données Opérante (BDO) Famille*

Cette base comprend les données administratives concernant les assurés et bénéficiaires pris en charge par le Régime général, ainsi que certaines données liées aux prestations en espèces ou à caractère médico-administratif (cures, appareillages...).

Il s'agit d'une base régionale, hébergée dans les CTI. Chaque base régionale regroupe tous les individus gérés par l'ensemble des caisses de la région. Elle est mise à jour en temps réel par les techniciens des caisses. Elle est sollicitée en permanence lors du contrôle des données dans les traitements de production.

Le Fichier index des assurés

Il s'agit d'un fichier national géré par le Centre d'Exploitation National (CEN) de Valenciennes. Il est constitué à partir des données des BDO régionales. Il s'agit essentiellement d'un fichier d'échange de données avec les partenaires extérieurs (Ex : la CNAV, la CAF...). Il existe des mises à jours réciproques entre ce fichier et le RNIAM (Répertoire National Inter-régimes des bénéficiaires de l'Assurance Maladie)⁴.

3.3.2. Le Fichier National des Professionnels de Santé (FNPS)

Il s'agit d'un fichier destiné à la gestion des informations relatives aux professionnels de santé. C'est un fichier de la CNAMTS, distinct du fichier ADELI des professionnels de santé détenu par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Il couvre l'ensemble des professionnels de santé libéraux (pour lesquels l'Assurance Maladie peut être amenée à rembourser des prestations) de manière exhaustive.

C'est un fichier central unique, hébergé par le Centre d'Exploitation National (CEN) à Valenciennes. Il est alimenté par les CPAM, les Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS), jouant le rôle des CPAM pour les Départements d'Outre-Mer) et par les DDASS. Depuis janvier 2004, chaque CPAM est responsable de la mise en cohérence de l'ensemble des données (identifiant, civilité, adresse...) entre le formulaire fourni par le professionnel de santé (pièce justificative) et les systèmes d'information (FNPS et ADELI).

Pour chaque professionnel, ce fichier comporte des informations sur :

- son état civil (nom, prénom, sexe, date de naissance),
- son identification professionnelle (numéro ADELI, adresse professionnelle),
- sa spécialité et ses exercices particuliers éventuels,
- son conventionnement...

Les mises à jour du fichier sont diffusées quotidiennement aux partenaires internes (CTI régionaux) et externes (MSA...). Il existe une mise à jour réciproque de ce fichier avec le fichier ADELI alimenté par les DDASS et les DRASS, et enregistrant les membres des professions réglementées par le code de la santé publique ayant

4 Le RNIAM est un fichier géré par la CNAV, qui a pour but la certification de l'identifiant (NIR) des bénéficiaires de l'Assurance Maladie et l'enregistrement, pour chaque bénéficiaire, de l'organisme d'assurance obligatoire auquel il est affilié.

l'obligation de faire enregistrer leur diplôme (selon l'arrêté du 27 mai 1998 – Journal Officiel du 17 juillet 1998).

3.3.3. Les fichiers d'établissements sanitaires et sociaux

Au niveau national, le Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales répertorie les structures autorisées à installer des équipements sanitaires et sociaux, ainsi que les lieux dans lesquels sont installés ces équipements et les activités de soins qui s'y rapportent. Ce Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) répertorie ainsi les établissements hospitaliers, relevant de la loi hospitalière, à caractère sanitaire, pour l'enfance handicapée, pour adultes handicapés, pour personnes âgées, etc... La DREES est responsable de ce fichier ; les DDASS et les DRASS en assurent les mises à jour. Les établissements sont identifiés grâce à leur « numéro FINESS » : à chaque établissement et à chaque entité juridique d'un ou plusieurs établissements est attribué un numéro à 9 chiffres dont les 2 premiers correspondent au département d'implantation. Les établissements sont caractérisés par leur catégorie et les disciplines qu'ils sont autorisés à exercer.

Le RG possède ses propres fichiers d'établissements. A la différence du fichier des professionnels de santé, ces fichiers sont constitués au niveau régional et local par les CRAM et les CPAM. Les fichiers des CRAM sont appelés répertoires BREX (pour « Bases Régionales des Etablissements sous uniX ») et comportent des informations d'identification (n°FINESS, informations géographiques) et d'équipement (nombre de lits et de places et de tarification). Les mises à jour sont transmises aux CTI. Chaque CTI élabore alors un fichier séquentiel régional (ETACET) à partir des données des BREX ainsi que de certaines données supplémentaires fournies par les CPAM (notamment la domiciliation bancaire). ETACET contient ainsi toutes les données relatives aux établissements dont l'Assurance Maladie a besoin pour la tarification.

Tous les fichiers ETACET régionaux sont transmis sur un serveur national, afin de fabriquer un fichier national ETANAT. C'est ce fichier qui est transmis périodiquement aux différents partenaires internes (CTI) et externes (MSA...).

3.3.4. Les fichiers de nomenclatures des actes et prestations

Tous les actes et prestations susceptibles d'être remboursés par l'Assurance Maladie sont codés et référencés dans des tables ou fichiers. Ce sont ces codes qui

figurent dans le système d'information et qui permettent de connaître de façon précise les consommations de soins d'un individu.

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

La NGAP établit la liste et la cotation des actes professionnels (réalisés par des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux) pris en charge par l'Assurance Maladie.

Depuis le 30 mars 2005, elle est presque entièrement remplacée par la CCAM (cf. ci-dessous). Seule une NGAP « résiduelle » subsiste pour les actes non repris à la CCAM.

La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

C'est l'outil de référence de description et de codage des actes techniques médicaux, pour l'activité hospitalière et libérale.

Dans le cadre de l'activité hospitalière, elle se substitue à l'ancien catalogue des Actes médicaux (CdAM). Elle est obligatoire dans le cadre du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) depuis janvier 2004. Dans le cadre de l'activité libérale, elle se substitue progressivement à la NGAP. Elle entraînera à terme la disparition des cotations en lettres-clés. La CCAM est obligatoire dans le cadre de l'activité libérale depuis septembre 2005.

Elle ne concerne pour l'instant que les actes réalisés par les médecins. A terme, il est prévu le codage des actes de tous les autres professionnels de santé pour créer la Classification Commune des Actes de Professionnels de Santé (CCAPS).

Elle ne concerne pour l'instant que les actes techniques (hors actes référencés par la Table Nationale Biologie). Son second volet, la CCAM clinique (consultations) devrait être engagé avant la fin de l'année 2006.

La Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et la Table Nationale Biologie (TNB)

La NABM établit, avec leur cotation, la liste des actes de biologie médicale (y compris les actes de cytologie et d'anatomie pathologique) susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie.

La TNB, entrée en vigueur en août 2002, recense sous forme de fichier automatisé tous les actes inscrits à la NABM, ainsi que les caractéristiques de chacun en matière de santé publique, de sécurité sociale et de nomenclature. Elle est

organisée en 17 chapitres. Chaque acte y est référencé sous forme d'un code à 3 ou 4 chiffres (Ex : Glycémie : 552).

La Liste des Produits et Prestations (LPP)

Elle recense l'ensemble des fournitures et appareillages médicaux susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie (code à 7 chiffres) en précisant leur base tarifaire de remboursement. Elle remplace l'ancien TIPS (Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires).

Elle est établie par une instance nationale (la Commission consultative des prestations sanitaires) et comprend quatre chapitres : (1) dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements ; (2) orthèses et prothèses externes ; (3) dispositifs médicaux implantables issus de dérivés d'origine humaine ou en comportant, et greffons tissulaires d'origine humaine ; (4) véhicules pour handicapés physiques.

Le Code Inter Pharmaceutique (CIP)

Il s'agit d'un code à 6 chiffres (+ une clé) permettant d'identifier de façon unique les différentes présentations pharmaceutiques (dénomination, forme galénique, dosage, nombre d'unités).

Il fait partie du code barre figurant sur la vignette des médicaments, et peut ainsi être saisi de façon électronique par le pharmacien avant d'être transmis à la caisse. Il permet ainsi de connaître précisément quel médicament a été délivré par le pharmacien, et en quelle quantité. Par exemple : 352 917 8 correspond à une boîte d'Effergal, en comprimés de 500 mg, contenant 8 comprimés.

3.4. LE TRAITEMENT DES DONNEES

3.4.1. Les supports d'entrée

On distingue deux formes de supports : le support « papier » traditionnel et le support électronique introduit dans les années 80. Actuellement, le Régime général reçoit pour traitement environ 1 milliard de feuilles de soins par an, dont environ 70 à 80 % sous forme de flux électroniques.

Les supports « papier »

Ce sont des documents « Cerfa », dont les principaux utilisés sont, pour les prestations en nature : la feuille de soins Médecins (S3110) ; la feuille de soins Auxiliaire Médical (S3129) ; la feuille de soins Sage-Femme (S3127) ; la feuille de

soins Pharmaciens ou Fournisseurs (S3115) et, pour les prestations en espèces, l'avis d'arrêt de travail (Volet n° 2 – S3116).

Les informations figurant sur ces documents comprennent :

- l'identification du patient
- l'identification du professionnel exécutant (et du prescripteur s'il y a lieu)
- la description de l'acte réalisé, selon la nomenclature en vigueur
- les dates de soins et de facturation (parfois date de prescription)
- le montant des honoraires, l'exonération éventuelle du TM
- le volet « médecin traitant » nouvellement introduit en 2005

Ces documents, remplis par le professionnel de santé et par l'assuré, sont transmis au centre de paiement (par dépôt direct, par voie postale ou, dans le cas du dispositif de tiers payant, grâce à différents dispositifs de collecte auprès des professionnels).

Après réception par l'Assurance Maladie, les informations sont saisies pour pouvoir être traitées de façon électronique. De plus en plus fréquemment, la saisie est mutualisée entre plusieurs CPAM. Cette saisie peut se faire soit manuellement par les techniciens des caisses, soit par scannerisation des feuilles de soins et Lecture Automatisée de Documents.

La Feuille de Soins Electronique (FSE)

Le support électronique concerne actuellement :

- les feuilles de soins du médecin, du chirurgien-dentiste et de la sage-femme
- le volet de facturation du pharmacien
- les feuilles de soins établies par les auxiliaires médicaux et les laboratoires d'analyses.

La FSE contient les mêmes données que la feuille de soins papier.

Les flux réalisés à partir d'un poste SESAM-VITALE, signés électroniquement par l'assuré (via sa carte VITALE) et le professionnel de santé (via sa carte CPS), sont dits sécurisés et remplacent totalement la feuille de soins papier réglementaire. Le professionnel de santé doit être équipé d'un logiciel agréé SESAM-VITALE et de lecteurs de cartes VITALE et CPS homologués. Les flux provenant de logiciels plus anciens sont dits « B2 classiques » (ex : flux provenant des cliniques privées) et ne sont pas sécurisés.

Les FSE sont transmises sous forme de flux électronique via différents réseaux. Elles aboutissent toutes finalement au niveau des CTI, où elles sont traitées *via* le système IRIS.

3.4.2. Le système de traitement IRIS

Les informations arrivant dans les CTI sont intégrées dans le système de traitement IRIS. IRIS est un outil unique de tarification (calcul des sommes à payer) et d'ordonnancement (ordre de mise en paiement) des flux de prestation en nature, qu'ils soient d'origine externe (Ex : SESAM-VITALE) ou interne (saisie manuelle).

IRIS effectue un certain nombre de contrôles automatiques. Ces contrôles portent sur le respect des normes d'échanges, sur la qualité des données ou sur les dépenses proposées au remboursement. En particulier, IRIS compare les données saisies ou transmises à celles figurant dans les fichiers référentiels (en principe, ce sont ces dernières qui priment). En cas d'erreur repérée, la feuille est rejetée pour correction. Les contrôles peuvent être aléatoires ou sélectifs grâce à des paramètres de contrôle définis (exemple : factures de transports en ambulance > 80 euros).

Après vérification et correction par les techniciens des caisses (avec éventuellement un retour à l'assuré ou au professionnel de santé), l'autorisation de mise en paiement est donnée par l'agent comptable.

L'ensemble des informations portant sur les remboursements sont enregistrées dans les fichiers DEC-ENR (Décompte Enregistrement), qui constituent le niveau d'information le plus fin sur les décomptes de paiement des prestations, avant l'alimentation des bases archives.

3.5. LES AVIS DU SERVICE MEDICAL

Certaines demandes de prestations nécessitent un avis du service médical⁵. Ce sont les médecins conseil qui sont chargés d'examiner les demandes, de convoquer éventuellement l'assuré pour une visite médicale, et de rendre un avis sur la demande de prestation (avis pouvant être contesté par l'assuré).

⁵ Le service médical dispose d'un pôle auprès de chaque CPAM.

La gestion et le suivi des dossiers se fait sur des applications particulières. Les informations saisies sont ensuite stockées dans des bases informationnelles sécurisées (et différentes de celles des consommations de soins). Une sélection de ces informations se retrouve dans le SNIIR-AM.

Les informations figurant dans les bases concernent essentiellement deux types d'affections :

- les affections longue durée
- les accidents du travail et maladies d'origine professionnelle

3.5.1. Les Affections Longue Durée (ALD) :

Selon l'article L. 322-3 du code de la Sécurité Sociale, un certain nombre d'affections sont susceptibles d'ouvrir droit à une exonération du ticket modérateur. Depuis le plan Seguin de 1983, cette exonération est strictement limitée aux soins en rapport avec la (les) affection(s) entrant dans ce cadre. Ces affections, dites « affections longue durée » sont classées en 3 catégories :

- Les affections de la liste ALD 30 : affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret. Cette liste est révisée régulièrement après avis du Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale. Le Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, publié au journal officiel du 5 octobre fixe la liste actuelle des 30 ALD (cf annexe 1).
- Les affections dites « hors liste » : il s'agit de maladies graves de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemple : malformation congénitale des membres, embolie pulmonaire à répétition, dégénérescence maculaire).
- Les polyopathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (exemple : une personne de 90 ans atteinte de cécité et ayant des séquelles d'une fracture de hanche n'ayant pas permis la reprise de la marche).

L'article L 324 du code de la Sécurité Sociale, modifié récemment par la loi du 13 août 2004 sur l'Assurance Maladie, définit les conditions de prise en charge des assurés en ALD. Celle-ci est constatée par le médecin traitant, qui doit alors établir un certificat médical et remplir un protocole de soins définissant la (les)

pathologie(s) reconnaissable(s) en tant qu'ALD chez son patient. Il transmet ensuite ces documents au médecin conseil de la Caisse primaire dont dépend l'assuré. Ce protocole constitue un véritable contrat de soins entre le patient, son médecin traitant et le médecin conseil.

Toutes les demandes de mise en ALD sont examinées ; ces demandes et les avis donnés font l'objet d'une procédure locale de recueil et d'enregistrement (système « HIPPOCRATE Production ») avec une remontée nationale d'informations anonymes. Les informations enregistrées comprennent le numéro de l'ALD (la prise en charge au titre des affections hors liste et des polyopathologies étant codées respectivement en 31 et 32), le(s) diagnostic(s) en code CIM10.

3.5.2. Les accidents du travail et maladies professionnelles

Ce paragraphe concerne uniquement le Régime Général *stricto sensu*, les régimes particuliers (fonction publique, EDF-GDF...) possédant leurs propres systèmes de réparation des AT- MP⁶.

Les accidents du travail (AT) et les maladies professionnelles (MP) sont déclarés sur des formulaires papier, dont un des volets est adressé à la CPAM : soit par l'employeur dans le cas des AT, soit par l'assuré lui-même dans le cas des MP.

Le service AT-MP de la caisse primaire met alors en œuvre une enquête administrative pour vérifier la matérialité de l'accident ou la réalité de l'exposition au risque. Les certificats médicaux réalisés par le médecin traitant sont transmis au médecin conseil, qui doit s'assurer de la réalité des lésions physiques imputables à l'AT ou reconnaître la conformité des symptômes avec ceux des tableaux pour les MP, et éventuellement déterminer un taux d'incapacité.

Toutes les informations nécessaires à la gestion des dossiers, depuis la déclaration jusqu'à la reconnaissance, sont saisies par les techniciens des services AT-MP dans l'application ORPHEE, centralisée dans les CTI. Ce système gère un historique des sinistres par victime et par employeur et affiche les échéances liées aux délais légaux de contestation, à l'envoi de courriers, etc...

⁶ Pour plus de précisions, se référer au rapport : *Les systèmes d'information des régimes de sécurité sociale relatifs aux accidents de travail et aux maladies professionnelles : vers un entrepôt national de données ?* Anne Chevalier. InVS – Département santé et travail, Août 2006.

Une fois l'affection reconnue au titre d'AT ou de MP, les informations pour la gestion des rentes sont alors saisies dans d'autres applications : STAR et bientôt EURYDICE (actuellement en test à la CPAM de Bobigny).

Les CTI alimentent le Datamart AT-MP du SNIIR-AM pour ce qui concerne les prestations payées au titre des AT-MP, les événements de gestion du dossier AT-MP (ORPHEE) et les informations sur les bénéficiaires d'une rente et ses prestations (EURYDICE). Des informations sur les employeurs et les prestations imputées sont également transmises au SNIIR-AM, par les CRAM.

Il existe des liaisons entre les services administratifs et les services médicaux tout au long de la gestion des dossiers. Les médecins conseils saisissent les informations concernant les demandes d'avis dans leur propre système d'information, HIPPOCRATE (cf paragraphe 3.6.2). Les informations saisies comportent notamment le taux d'IPP attribué par le médecin conseil, les codes des diagnostics des pathologies à l'origine de l'incapacité permanente selon la classification internationale des maladies – 10ème révision (CIM 10) et la notion d'accident de trajet. Le codage de la pathologie est effectué par le médecin conseil qui examine la victime et établit le rapport d'incapacité permanente. Les renseignements sur l'âge du patient et son sexe sont directement issus du fichier des bénéficiaires de l'Assurance Maladie, ce qui évite les erreurs de saisie.

3.6. LES BASES INFORMATIONNELLES

Les données de production sont stockées dans des bases archives (ou informationnelles) qui permettent la réalisation d'études.

3.6.1. Erasme

Les bases ERASME (Extraction Recherches Analyses pour un Suivi Médico-Economique) permettent l'exploitation des données individuelles issues de la liquidation suivant différents axes d'analyse :

- les prestations
- les bénéficiaires (données individuelles uniquement accessibles aux organismes locaux et régionaux)
- l'activité de l'offre de soins (uniquement pour sa clientèle du Régime général)

Le système ERASME existe actuellement sous plusieurs formes au sein du Régime général :

ERASME régional V0 : hébergée dans les CTI, cette base constitue le système informationnel des CPAM et des échelons locaux du Service Médical. Elle comporte des données « brutes », directement issues du système de production. Ces données sont individuelles et non anonymes. Chaque organisme n'a accès qu'à ses données, selon un système d'habilitations.

Les bénéficiaires sont identifiés par leurs noms, prénoms, date de naissance, sexe, adresse. Chaque bénéficiaire est rattaché au Numéro d'Inscription au Répertoire national d'identification des personnes (NIR) de son ouvrant droit.

ERASME national V0 : destinée aux utilisateurs de la CNAMTS. Elle permet d'accéder aux données de l'ensemble des régions (concaténation des bases Erasme régionales), mais ne permet pas l'exploitation des données individuelles des bénéficiaires. Cette base n'est plus alimentée depuis janvier 2006.

Depuis janvier 2005, existe une nouvelle version d'Erasme National : la version V1. Les données d'**ERASME national V1** sont issues d'une extraction du SNIIR-AM (uniquement pour le Régime général). Contrairement à la version V0, les données d'Erasme national V1 ont donc les mêmes caractéristiques que celles du SNIIR-AM : elles sont individuelles, anonymes, contrôlées... Cette base est interrogeable directement (sans passer par des Datamarts).

3.6.2. Hippocrate

Le service médical de l'Assurance Maladie possède son propre système d'information.

La base « HIPOCRATE Décisionnel » est alimentée par les médecins conseil à partir de l'application « HIPPOCRATE Production » (les données saisies dans HIPPOCRATE Production sont archivées tous les mois dans la base archive « HIPPOCRATE Décisionnel »). Cette base permet un traitement statistique des informations saisies par les services médicaux locaux. Ce système permet de connaître les pathologies à l'origine des prestations, tout en garantissant la confidentialité des informations médicales.

Comme la base ERASME, cette base est hébergée et administrée par les CTI. Elle contient les données médicales des patients en ALD, AT et MP (« Dossier Médical Informatisé »).

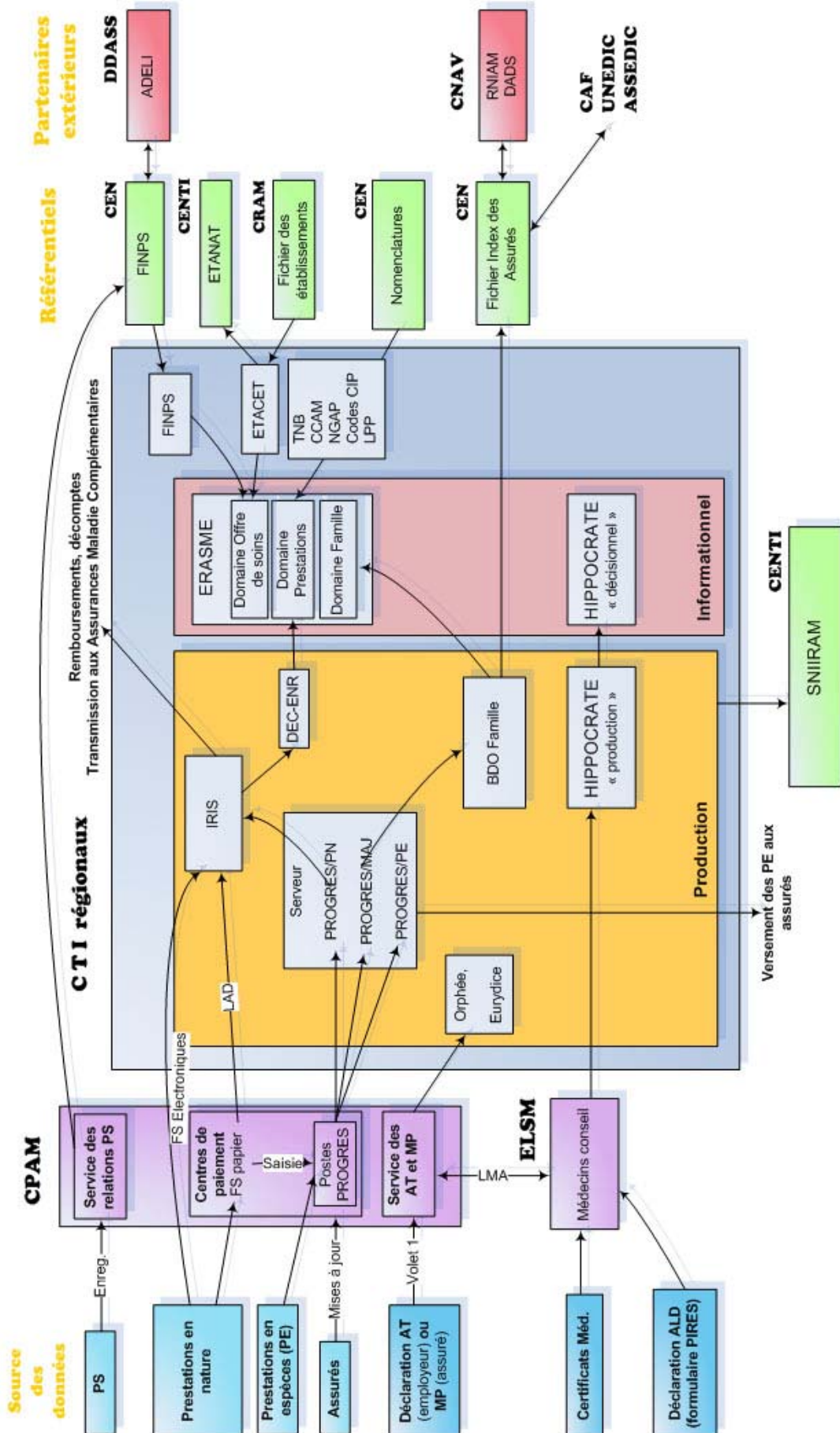
En termes épidémiologiques, ces informations sont à interpréter avec prudence. Pour les ALD par exemple, la prévalence de ces affections est en effet systématiquement inférieure à la prévalence réelle car :

- le patient peut être atteint de l'une de ces maladies, mais ne pas répondre aux critères de sévérité ou d'évolutivité exigés
- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (autre ALD, invalidité)
- le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité...)

La qualité du codage n'a jamais été évaluée.

Les médecins de l'Echelon Local ont accès à l'identité des patients (nom, prénom, adresse). Les médecins de l'Echelon Régional n'ont qu'une version anonymisée de la base. L'anonymisation se fait au niveau du CTI.

Schéma récapitulatif du circuit des données du Régime général



4. LE SNIIR-AM

Le SNIR-AM est la première base d'information inter régimes à regrouper données de ville et d'hospitalisation, données du privé et du public, pour tous les régimes.

Il a été créé le 23 décembre 1998 par la loi de financement de la sécurité sociale, et a reçu l'avis favorable de la CNIL pour sa mise en œuvre le 18 octobre 2001. Sa création a été officialisée le 11 avril 2002, par arrêté ministériel.

Le SNIIR-AM a pour objectifs de contribuer :

- à la connaissance des dépenses de l'ensemble des régimes de l'Assurance Maladie : par circonscription géographique, par nature de dépenses, par catégorie de professionnels responsables de ces dépenses, par professionnel ou établissement ;
- à la transmission en retour aux prestataires de soins d'informations pertinentes relatives à leur activité, leurs recettes, et s'il y a lieu, à leurs prescriptions ;
- à la définition, au suivi et à l'évaluation des politiques de Santé Publique (loi de santé publique du 9 août 2004).

Il est constitué d'une seule grande base (« entrepôt ») de données située à Evreux, et géré par le CENTI (Centre National de Traitement Informatique) de la CNAMTS.

4.1. ORIGINE DES DONNEES

Les données du SNIIR-AM proviennent :

- de la liquidation et du remboursement (données de production)
- des services médicaux
- des fichiers référentiels
- des séjours pris en budget global
- du PMSI

L'entrepôt est alimenté quotidiennement pour les données du Régime général, tous les 15 jours pour le Régime social des indépendants (RSI), mensuellement pour les autres régimes, et trimestriellement pour le PMSI.

4.2. ARCHITECTURE

Afin d'optimiser les temps de réponses aux requêtes, les données du SNIIR-AM ont été partitionnées en bases de restitution, ou « datamarts ». Chaque datamart est

obtenu par duplication partielle de l'entrepôt général et comprend des données correspondant à un thème d'analyse. Il est prévu à terme une dizaine de datamarts, chacun répondant à des objectifs précis :

- OFFRE DE SOINS
- CONSOMMATIONS DE SOINS
- DEPENSES DE SANTE
- PATHOLOGIES ET TRAITEMENT DU PATIENT
- PREVENTION, EDUCATION, INFORMATION
- AT / MP
- SUIVI FILIERES ET RESEAUX
- QUALITE
- CONTROLE DE GESTION
- CONTENTIEUX

Les données enregistrées dans les datamarts peuvent être individuelles ou agrégées (on parle alors de « cubes » pour désigner les agrégats).

Les datamarts sont alimentés régulièrement par les données de l'entrepôt. Toutefois, on n'attend pas l'exhaustivité des régimes pour les mettre à jour. Ils sont actualisés à des intervalles de temps fixes, en principe mensuellement. Des moyens sont mis à la disposition des utilisateurs du SNIIR-AM pour connaître l'exhaustivité des données.

Dans l'entrepôt, les données sont conservées 2 ans + l'année en cours. Dans les datamarts, les données peuvent être conservées plus longtemps.

4.3. LE PLAN QUALITE

Les données contenues dans le SNIIR-AM incluent tous les régimes de l'Assurance Maladie (CNAMTS, MSA, RSI, régimes spéciaux et particuliers) et concernent aussi bien la médecine de ville que les hospitalisations.

Un plan de qualité commun à tous les régimes s'appuie sur un traitement homogène des données. Il s'appuie en particulier sur une norme unique d'échange de données (norme NEC) et sur un programme de contrôles communs (QUALIFLUX).

Le programme de contrôles communs est composé :

- de contrôles techniques sur la gestion des flux (présence de doublons, exhaustivité et intégrité des données, syntaxe, identification de l'origine de l'envoi)
- de contrôles de cohérences des données (sur le code « nature de prestation », sur le prestataire de soins, sur le bénéficiaire, sur les montants, la compatibilité des dates...)

Ces contrôles se font après la liquidation et le paiement à l'assuré, mais avant la transmission des données au CENTI. Les données non conformes sont rejetées et recyclées pour correction. A leur arrivée au CENTI, les données subissent une deuxième vague de contrôles identiques (« module miroir »). Si le module miroir détecte plus de 5 % d'anomalies (pourcentage calculé par rapport au montant des remboursements), le flux est renvoyé à l'émetteur.

4.4. CONTENU DE L'ENTREPOT (CF. ANNEXE 2)

L'entrepôt comprend des données sur :

- Les organismes de prise en charge : identification
- Les décomptes de remboursement : lien d'archive, type de saisie
- Les bénéficiaires (données individualisées et anonymes) : informations administratives (numéros d'anonymat de l'assuré et du bénéficiaire, sexe, année et mois de naissance, département et commune de résidence...) et médico-administratives (numéro ALD, numéro de maladie professionnelle, codes pathologies CIM 10, dates de grossesse, numéro de dent, données du Résumé de Sortie Anonyme (RSA) pour les hospitalisations : pathologie principale et pathologie secondaires diagnostiquées, liste des actes médicaux dispensés, catégorie majeure de diagnostic et groupe homogène de malade...)
- Les prestations : nature détaillée des actes, biens et services présentés au remboursement, date des soins et de remboursement, mode de prise en charge, montant...
- Les professionnels de santé (données individualisées, non anonymes) : identification, sexe, date de naissance, spécialité médicale, nature d'exercice, statut conventionnel, caisse de rattachement, département et commune du cabinet principal...
- Les établissements de santé : identification, RSA du PMSI, informations de séjour pour les établissements sous dotation globale...
- Les données comptables

4.5. ANONYMISATION ET CHAINAGE DES DONNEES

L'anonymisation des variables identifiantes est réalisée par le module FOIN : Fonction d'Occultation des Informations Nominatives. Cette fonction a été élaborée par le CESSI (Centre d'Etudes des Sécurités des Systèmes d'Information) de la CNAMTS. Cette fonction a été initialement utilisée pour l'anonymisation des données du PMSI. L'anonymisation repose sur les mêmes identifiants que pour le PMSI : le NIR de l'ouvrant droit ; la date de naissance du bénéficiaire ; le sexe du bénéficiaire. Les données sont anonymisées en deux étapes :

- la première anonymisation est réalisée par chaque organisme fournisseur, avant la transmission des données au SNIIR-AM (FOIN1) ;
- une seconde anonymisation est réalisée au niveau du CENTI, avant l'intégration des données à l'entrepôt national (FOIN2). Cette anonymisation est irréversible : il est impossible de remonter du numéro d'anonymat à l'identification du sujet correspondant.

Le chaînage des informations repose sur ce numéro d'anonymat.

Cela pose différents problèmes quant au chaînage des données dans les cas suivants :

- il est impossible de différencier les données d'hospitalisation dans le cas de jumeaux de même sexe (alors que pour les soins de ville, les jumeaux peuvent être différenciés grâce au NIR anonymisé du bénéficiaire) ;
- il existe une rupture pour les personnes qui passent du statut d'ouvrant droit à celui d'ayant droit (ou vice versa) : cette personne change complètement de numéro d'anonymat ;
- un enfant assuré par ses deux parents (possible depuis 2002) apparaît sous 2 numéros différents et est donc considéré comme 2 personnes physiques.

4.6. ACCES AUX DONNEES

L'accès aux données du SNIIR-AM est réglementé. Les utilisateurs ne peuvent accéder au SNIIR-AM qu'après avoir été identifiés et authentifiés par une carte de sécurité ou par un mot de passe et que s'ils figurent sur un annuaire géré par la CNAMTS.

La politique d'autorisation d'accès au SNIIR-AM définit les droits d'accès en fonction des différentes catégories d'utilisateurs (personnel des régimes, services de l'Etat, ARH, Professionnels de santé, URML, centres de recherche). En fonction de leur profil, les utilisateurs peuvent avoir accès à des données :

- nationales, régionales et/ou locales
- individuelles ou agrégées
- en clair ou anonymisées (pour les données individuelles portant sur les professionnels de santé ou les établissements ; les données des bénéficiaires étant toujours anonymes)
- médicales (codes « pathologie » et « ALD ») ou non médicales
- sensibles (commune de résidence du bénéficiaire, mois et année de naissance du bénéficiaire et date des soins) ou non sensibles

L'interrogation du SNIIR-AM se fait soit par la connexion au réseau RAMAGE pour les organismes du Régime général, soit *via* un portail sécurisé sur Internet pour les autres utilisateurs (<https://sniiram.centri.cnamts.fr>). L'accès aux données se fait alors via les datamarts. Différents outils de requêtes informatiques sont utilisables.

5. ANNEXES

5.1. ANNEXE 1 : LISTE DES ALD 30

1. Accident vasculaire cérébral invalidant.
2. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques.
3. Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques.
4. Bilharziose compliquée.
5. Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves.
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses.
7. Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH).
8. Diabète de type 1 et diabète de type 2.
9. Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave.
10. Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères.
11. Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves.
12. Hypertension artérielle sévère.
13. Maladie coronaire.
14. Insuffisance respiratoire chronique grave.
15. Maladie d'Alzheimer et autres démences.
16. Maladie de Parkinson.
17. Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé.
18. Mucoviscidose.
19. Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif.
20. Paraplégie.
21. Périartérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive.
22. Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave.
23. Affections psychiatriques de longue durée.
24. Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives.
25. Sclérose en plaques.
26. Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est ≥ 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne.
27. Spondylarthrite ankylosante grave.
28. Suites de transplantation d'organe.
29. Tuberculose active, lèpre.
30. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique.

5.2. ANNEXE 2 : LISTE DES DONNEES DU SNI IR-AM

ORGANISME DE PRISE EN CHARGE

- Grand régime
- Organisme d'affiliation
- Organismes servant une protection complémentaire CMU
- Type de procédure de paiement CMU

INFORMATIONS SUR LE DÉCOMPTE

- Identification
- Type de saisie
- Type de saisie affinée

BÉNÉFICIAIRE

- NIR du bénéficiaire rendu anonyme
- NIR de l'assuré rendu anonyme
- Rang gémellaire
- Qualité de bénéficiaire
- Sexe
- Date de naissance rendue anonyme
- Année de naissance
- Mois de naissance
- Département de résidence
- Commune de résidence
- Bureau distributeur (code postal)
- Adhérent à un contrat de référent
- Informations réseaux et filières ou EHPAD
- Bénéficiaire de la CMU complémentaire
- Identifiant de la pension d'invalidité rendu anonyme
- Identifiant de la rente AT-MP rendu anonyme
- Qualité de bénéficiaire de la pension d'invalidité
- Salaire de référence
- Montant des gains salariés
- Montant des gains non salariés

PRESTATION

- Nature de prestation
- Complément d'acte
- Forfait journalier non pris en charge par le régime obligatoire
- Prestation affinée exécutée ou délivrée
- Prestation affinée prescrite
- Motif de substitution
- Type de prestation fournie
- Motif du transport
- Indication de prestation exécutée dans le cadre d'un contrat de référent
- Indication de prestation prescrite dans le cadre d'un contrat de référent
- Informations réseaux et filières

Prestation consécutive d'un accident
Tiers responsable en cas d'accident
Mode de traitement
Mode de fixation des tarifs
Discipline de prestation
Code tarif
Enveloppe ONDAM
Nature d'exercice pour la prestation exécutée
Nature d'exercice pour la prestation prescrite
Département d'exécution de la prestation
Département de prescription de la prestation
Commune d'exécution de la prestation
Commune de prescription de la prestation

PÉRIODE

Date de début des soins, de délivrance, de paiement (rente, pension ou indemnités journalières), de location (TIPS) ou d'entrée (budget global)
Date de fin des soins, de paiement (indemnités journalières), de location (TIPS) ou de sortie (budget global)
Date de début d'hospitalisation
Numéro d'entrée du malade rendu anonyme
Date de début d'accord
Exercice de rattachement Budget Global
Période comptable
Date de l'accident (hors AT)
Date de prescription
Date d'entrée dans le système de production
Date de remboursement

DATES D'EFFET DES PRESTATIONS PERMANENTES

Date d'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente AT
Date d'effet du code état de la pension
Date d'effet du taux IPP
Date de suppression de la rente AT
Date de rachat de la rente AT

MODE DE PRISE EN CHARGE LIÉ AU BÉNÉFICIAIRE

Régime
Exonération du ticket modérateur
Modulation du ticket modérateur
Catégorie de pension d'invalidité
État de la pension d'invalidité
Motif de la suppression de la rente AT
Taux IPP

INFORMATIONS MÉDICALISÉES BÉNÉFICIAIRE

Numéro d'ALD.
Numéro de maladie professionnelle
Codes pathologie

Date de début de prestation en rapport avec une affection identifiée par le Service médical
Date de fin de prestation en rapport avec une affection identifiée par le Service médical
Date présumée de début de grossesse
Numéro de dent

MODE DE PRISE EN CHARGE LIÉ À LA PRESTATION

Nature de l'assurance
Nature de l'accident du travail
Motif d'exonération du ticket modérateur
Code observation
Taux de prise en charge
Qualificatif de la dépense
Organisme de liquidation dans le cas de subsistance
Nature du destinataire du règlement

PROFESSIONNEL DE SANTÉ EXÉCUTANT

Numéro du professionnel
Clé du numéro de professionnel
Numéro d'établissement ou de structure de rattachement
Numéro SIRET du fabricant ou de l'importateur
Sexe
Année de naissance
Catégorie
Spécialité médicale
Nature d'activité pour les non médecins (ou MEP pour les omnipraticiens)
Adhérent à l'option référent
Informations réseaux et filières
Nature d'exercice
Convention
Caisse de rattachement conventionnel
Département d'implantation du cabinet principal
Commune d'implantation du cabinet principal
Bureau distributeur du cabinet principal
Membre d'un groupement ou d'une association

PROFESSIONNEL DE SANTÉ PRESCRIPTEUR

Numéro du professionnel
Clé du numéro de professionnel
Numéro d'établissement ou de structure de rattachement
Sexe
Année de naissance
Catégorie
Spécialité médicale
Nature d'activité pour les non médecins ou MEP pour les omni praticiens
Adhérent à l'option référent
Nature d'exercice
Convention
Caisse de rattachement conventionnel
Département d'implantation du cabinet principal

Commune d'implantation du cabinet principal
Bureau distributeur du cabinet principal
Membre d'un groupement ou d'une association

ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT DE L'EXÉCUTANT OU LIEU DES SOINS

Numéro d'établissement
Clé du numéro de l'établissement
Entité juridique de rattachement
Catégorie d'établissement
Statut juridique
Caisse pivot
Département d'implantation
Commune d'implantation

ÉTABLISSEMENT DE RATTACHEMENT DU PRESCRIPTEUR

Numéro d'établissement
Clé du numéro de l'établissement
Entité juridique de rattachement
Catégorie d'établissement
Statut juridique
Département d'implantation
Commune d'implantation

INFORMATIONS MÉDICALISÉES HÔPITAL RSA

Numéro de version de GENRSA
Nombre de RUM composant le RSS d'origine
Mode d'entrée dans le champ du PMSI
Provenance (si mutation ou transfert)
Mois de sortie du champ du PMSI
Année de sortie du champ du PMSI
Mode de sortie du champ du PMSI
Destination (si mutation ou transfert)
Séjour total de moins de 24 heures
Durée totale du séjour dans le champ du PMSI
Poids à la naissance
Séjour de moins de 24h
Séance et/ou hospitalisation de moins de 24h
Nombre de séances
Diagnostic principal
Nombre de diagnostics associés dans ce RSA
Diagnostics associés

INFORMATIONS MÉDICALISÉES HÔPITAL RSA

Nombre d'actes dans ce RSA
Actes
Indicateur de gravité IGS2
Catégorie Majeure de Diagnostic
Groupe Homogène de Malade
Version du logiciel de groupage du RSA

INFORMATIONS SÉJOUR BUDGET GLOBAL

Discipline d'entrée dans l'établissement
Date d'entrée du malade
Type d'activité discipline d'entrée
Mode d'entrée
Établissement antérieur si transfert
Date de sortie du malade
Nombre de journées d'hospitalisation
Code décès/transfert
Code sortie/présence

MONTANT OU VOLUME DE LA PRESTATION

Montant de la dépense
Montant remboursable
Montant versé ou remboursé au titre du régime obligatoire
Montant du dépassement
Montant valorisé
Montant du ticket modérateur versé par le régime obligatoire au titre de la CMU complémentaire
Montant du forfait versé par le régime obligatoire au titre de la CMU complémentaire
Coefficient des actes
Quantité d'actes
Coefficient global des actes
Coefficient tarifé des actes
Délai de carence
Prix unitaire des actes
Prix unitaire public
Quantité d'actes affinés
Prix unitaire de l'acte affiné

DONNÉES COMPTABLES

Numéro de compte développé commun (MIRCOSS)
Numéro de compte transmis par le régime
Gestion comptable
Sens du mouvement
Signe du mouvement
Montant du mouvement

Bibliographie

- (1) Fender P, Weill A. [Epidemiology, public health and medical rates databases]. Rev Epidemiol Sante Publique 2004; 52(2):113-117.
- (2) Fender P, Paita M, Ganay D, Benech JM. [Prevalence of thirty long term disorders for French health insurance members in 1994]. Rev Epidemiol Sante Publique 1997; 45(6):454-464.
- (3) Lajugie D, Bertin N, Chantelou ML et al. [The prevalence of parkinson's disease and its cost to the French national health fund in metropolitan France in 2000]. Revue Médicale de l'Assurance Maladie 36[2], 113-122. 2005.
Ref Type: Generic
- (4) Ricordeau P, Weill A, Vallier N et al. [The prevalence and Cost of Diabetes in Metropolitan France: What Trends Between 1998 and 2000 ?]. Revue Médicale de l'Assurance Maladie 33[4], 257-265. 2002.
Ref Type: Generic
- (5) Gayet-Ageron A, Amamra N, Ringa V et al. Estimated numbers of postmenopausal women treated by hormone therapy in France. Maturitas 2005; 52(3-4):296-305.
- (6) Micallef J, Pradel V, Thirion X, Jolliet P, Lapeyre-Mestre M. [Use of the health insurance database by the centres for evaluation and information on pharmacodependance: examples, interests and future prospects]. Therapie 2004; 59(6):581-588.