

LA REFONTE DE LA STATISTIQUE ANNUELLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (SAE) : VERS UNE PLUS GRANDE COHÉRENCE DU SYSTÈME D'INFORMATION SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Gwennaëlle BRILHAULT¹ (*), Christelle MILLIEN² (*), Jeanne PAGES³ (*), Emilie RODRIGUEZ⁴ (*)

(* Drees, Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie

Résumé

La Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) est une enquête historique de la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Elle renseigne annuellement sur les capacités (lits, places), l'activité (nombre de séjours), les équipements et les personnels de tous les établissements de santé du champ sanitaire. Depuis les années 2000, une nouvelle source de données sur les établissements de santé est apparue pour permettre la mise en place du financement à l'activité des établissements de santé : le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information). La refonte de la SAE menée à bien en 2014 a eu notamment pour but de mettre en cohérence les visions de l'activité des établissements de santé que proposent ces deux sources, renseignées en général par des services différents au sein des établissements (administratif pour la SAE, médical pour le PMSI) ; ceci se fait en pré-remplissant dans la SAE les données sur l'activité des établissements de santé à l'aide de données du PMSI, ce qui vise à alléger in fine la charge de collecte pour les établissements. Cette mise en cohérence a nécessité en amont des ajustements des deux sources, et une coordination étroite entre la Drees et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en charge des données PMSI. Lors de la première collecte renouvelée, ce changement profond de logique de la SAE a suscité beaucoup de questions de la part des établissements de santé, mais a bien fonctionné techniquement et a globalement été salué comme un progrès pour la cohérence d'ensemble du système d'information sur les établissements de santé.

Abstract

Since the 1980's, the research, evaluation, studies and statistics department (Drees) of the French ministry of health has conducted every year a national survey on hospitals, called SAE. This survey collects data on hospital beds, activity, medical technology and staff. Meanwhile, a French hospital database (called PMSI) has been created in the late 1990's to register the hospitals' activity; it aims at enabling the activity-based financing of French hospitals, which is now in use in France since 2005 for curative care. This new data source offers the possibility to reduce the response burden of the SAE for the hospitals, by pre-filling the SAE parts dedicated to hospitals activity. To achieve this goal, a close collaboration has been developed between the Drees and the ministry agency in charge of the PMSI (called ATIH). This collaboration led to adjustments of both data sources, and was a technical success. This work has been greeted as a progress for the internal consistency of the information system on French hospitals.

¹ Gwennaëlle.brilhault@sante.gouv.fr

² Christelle.millien@sante.gouv.fr

³ Jeanne.pages@sante.gouv.fr

⁴ Emilie.rodriquez@sante.gouv.fr

Mots-clés

Données administratives, réduction de la charge d'enquête, établissements de santé

Introduction

La Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) est une enquête historique de la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Elle renseigne annuellement sur les capacités (lits, places), l'activité (nombre de séjours), les équipements et les personnels de tous les établissements de santé du champ sanitaire. Elle existe depuis 1994 sous une forme proche de la forme actuelle (avec des refontes régulières pour s'adapter à l'évolution de l'offre de soins par les établissements de santé).

Depuis les années 2000, une nouvelle source de données sur les établissements de santé a été développée pour permettre la mise en place de la tarification à l'activité des établissements. Il s'agit des données PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) qui depuis 2001 sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

La refonte de la SAE mise en place en 2014 pour collecter les données 2013 a été l'occasion de réaliser une convergence de ces deux sources permettant d'alléger la charge de collecte de la SAE pour les établissements de santé. En effet, la SAE est désormais pré-alimentée par les données du PMSI pour les données d'activité, données auparavant déclarées dans le questionnaire SAE par les établissements de santé.

L'article propose de revenir sur ce rapprochement d'une source administrative et d'une enquête, avec tout d'abord une présentation des deux sources de données sur les établissements de santé, puis des informations plus détaillées sur la refonte, avant d'en dresser le bilan et de donner les perspectives à venir pour les prochaines collectes de la SAE.

1. Présentation des deux sources sur l'hôpital : l'enquête SAE et la base administrative PMSI

1.1. Présentation de l'enquête SAE

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la Drees auprès de tous les établissements de santé de France (environ 4 200 en 2014), pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnels médicaux et non-médicaux.

L'enquête SAE a été lancée pour la première fois en 1995 (pour l'exercice 1994). Auparavant, il existait deux enquêtes (EHP et H80) qui concernaient respectivement les établissements publics et les établissements privés et n'étaient pas complètement uniformisées. Elle constitue la colonne vertébrale des données sur les établissements de santé, et est utilisée pour calculer de nombreux indicateurs les concernant.

Cette enquête collecte énormément de données, et représente donc une charge importante de travail pour les établissements de santé. Certains font appel à des sociétés d'éditeurs de logiciels qui conçoivent des algorithmes visant à piocher dans le système d'information de l'établissement les informations nécessaires au questionnaire de l'enquête.

La SAE fait l'objet d'un arrêté au bulletin officiel du ministère. Depuis la SAE 2009, une circulaire annuelle précise le contenu et fixe les dates de fin de collecte de la campagne à venir.

Cette enquête a pour principaux objectifs de :

- caractériser de façon précise les établissements : structure, capacités, équipements des plateaux techniques et personnels ;
- caractériser l'activité réalisée par type d'activité ou de discipline d'équipement (court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique), psychiatrie, soins de suite, etc.) ;

- recueillir des indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation.

Elle permet ainsi :

- une cartographie fine des établissements de santé ;
- une analyse de l'activité mise en regard des moyens ;
- l'alimentation d'indicateurs des tableaux de bord, d'indicateurs de suivi des agences régionales de santé (ARS), du site de données de santé Scope Santé.

Les données recueillies auprès des établissements de santé dans le cadre de l'enquête SAE portent principalement sur :

- les évolutions juridiques des structures ;
- les modes de coopération inter hospitalière, avec des médecins et autres professionnels de santé non hospitaliers, et avec des services sociaux et médico-sociaux ;
- des indicateurs de suivi des politiques nationales ;
- les capacités d'accueil par type d'activité et par disciplines d'équipement regroupées ;
- l'activité réalisée par type d'activité et par disciplines d'équipement regroupées ;
- l'équipement, l'activité et le personnel du plateau technique ;
- les interruptions volontaires de grossesse ;
- l'équipement, l'activité et le personnel des principales activités de soins soumises à autorisation ;
- les effectifs, qu'il s'agisse des personnels médicaux salariés ou libéraux, des internes, des sages-femmes et des personnels non médicaux, des emplois aidés.

Le questionnaire est organisé sous la forme d'une trentaine de bordereaux thématiques.

Le bureau des établissements de santé de la Drees est responsable de l'enquête et de ses supports de collecte, en collaboration avec le département des méthodes et systèmes d'information de la Drees. Le champ de l'enquête est constitué à partir du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) et de l'enquête précédente.

Depuis 2000, les données peuvent être recueillies par internet : chaque année, l'ensemble des établissements de santé sont sollicités par voie postale et peuvent répondre à l'enquête via un site internet de collecte (mode de réponse majoritaire à plus de 95 %) ou un questionnaire papier (entre 2 et 5%).

Les gestionnaires SAE en poste dans les agences régionales de santé (ARS) valident le champ de l'enquête et participent à la collecte en contrôlant notamment les réponses déclarées par les établissements de santé.

Une société de service aide à l'animation de la collecte (routage des questionnaires, hot line, relances, reporting, gestion des réponses via un questionnaire papier, saisie des questionnaires papier sur le site). Une seconde société maintient et met à jour le site internet de collecte.

Les données collectées sont diffusées sous plusieurs formes :

- l'enquête étant de nature administrative, l'intégralité de ses données doit être mise à disposition de tous dans les quatre mois suivant la collecte, comme le spécifie l'arrêté au bulletin officiel du ministère. Les données diffusées dans ce cadre sont dites données administratives et sont celles validées par les établissements lors de la collecte et de la phase de validation qui la suit, pendant laquelle les ARS, le prestataire de suivi de la collecte et la Drees peuvent revenir vers les établissements pour vérifier des données avec eux.

Ces données administratives sont diffusées sous deux formes : des bases de données consultables sur le site data.drees et un site de diffusion internet (www.sae-diffusion.sante.gouv.fr) qui permet de sélectionner un champ d'intérêt et d'obtenir les données agrégées pour ce champ au format des bordereaux de collecte.

- le bureau des établissements de santé produit dans un second temps des données dites statistiques à des fins d'études, qui peuvent différer des données administratives si des erreurs manifestes ont été détectées dans les données administratives au cours du processus d'analyse des données, sans pouvoir être corrigées dans les données administratives avant leur diffusion. Ces données statistiques sont diffusées sous forme de bases de données sur le site data.drees. Elles sont utilisées notamment par la Drees dans le cadre de la rédaction de l'ouvrage annuel « Le Panorama des établissements de santé ».

1.2. L'émergence d'une source administrative : le PMSI

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) s'est progressivement mis en place dans les années 1990, sous l'impulsion de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère chargé de la santé. Cette source de données médico-administrative a été développée pour permettre la mise en place de la tarification à l'activité des établissements de santé en France, en remplacement du système de dotations qui existait auparavant.

Les établissements de santé y documentent chaque séjour hospitalier, en donnant tous les éléments nécessaires au calcul de ce que l'Assurance maladie doit rembourser à l'établissement pour ce séjour. Ce principe suit celui du système de financement à l'activité retenu dès les années 1980 aux Etats-Unis, puis au Canada, en Australie, en Nouvelle-Zélande, puis dans différents pays d'Europe à partir du début des années 1990. Ce sont les médecins d'information médicale et leurs équipes qui, dans chaque établissement, fournissent l'ensemble des informations de ce recueil.

La montée en charge de ce processus a été progressive, cette nouvelle source de données gagnant peu à peu en exhaustivité.

Depuis 2001, les informations correspondantes sont collectées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dans un premier temps, le PMSI ne concernait que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En 1993 apparaît un recueil de type PMSI pour les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (SSR) qui sera obligatoire pour les établissements publics à partir de 1997 avant d'être généralisé en 2003. Mis en place en 2005, le PMSI-Hospitalisation à domicile (HAD) est exploité par la Drees depuis le millésime 2006. Le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (après une première expérimentation) se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P).

Cette source de données est de bonne voire très bonne qualité (de couverture et de remplissage) depuis qu'elle est concrètement utilisée pour la tarification des établissements de santé au milieu des années 2000, pour la partie court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique - MCO). L'exhaustivité des autres champs (SSR, HAD, RIM-P) s'améliore également peu à peu.

Elle s'impose alors comme une source de données très riche sur les établissements de santé, notamment pour les données d'activité (nombre de séjours, d'actes, etc.).

La question de la cohérence des données collectées dans la SAE sur la mesure de l'activité des établissements se pose donc face à cette nouvelle source désormais incontournable pour mesurer cette activité. Cette mise en cohérence a été l'une des dimensions de la refonte de la SAE qui s'est concrétisée lors de la collecte des données 2013, courant 2014.

2. La refonte de la SAE – Imports des données PMSI

La refonte de la SAE a visé plusieurs objectifs : tout d'abord alléger la charge de collecte des établissements de santé et davantage intégrer la SAE dans les systèmes d'informations des établissements. Pour atteindre cet objectif, un pré-remplissage de données d'activité demandées dans le questionnaire de la SAE a été mis en place grâce à des données issues du PMSI. Ensuite, la refonte a été l'occasion de mieux localiser l'offre de soins en plaçant l'interrogation au niveau de l'entité géographique, alors qu'elle se situait jusque là au niveau de l'entité juridique pour une partie des établissements de santé. Cette modification de l'unité statistique interrogée a permis de réaliser une interrogation au niveau le plus fin possible et d'éviter des interrogations en double présentes avant la refonte (interrogation au niveau de l'entité juridique et de l'établissement géographique). Enfin, le questionnaire a été adapté pour prendre en compte les nouvelles problématiques des établissements de santé comme les regroupements d'établissement ou le développement de la télémédecine par exemple. Il est également devenu modulable grâce au bordereau FILTRE qui sélectionne les bordereaux à remplir par les établissements en fonction des activités de soins qu'ils réalisent. Cette sélection s'effectue grâce aux autorisations de soins des établissements de santé délivrées par les agences régionales de santé (dans l'application ARHGOS) et présentes dans le répertoire Finess.

Concernant le premier objectif de la refonte qui vise à assurer une meilleure cohérence d'ensemble des données sur les établissements de santé, la Drees a collaboré étroitement avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui réceptionne et valide les données PMSI. Dans un premier temps, il a été décidé de restreindre le pré-remplissage de la SAE avec des données importées du PMSI aux champs de l'activité de court séjour (médecine chirurgie et obstétrique - MCO) et de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD) car sur ces deux champs le PMSI est de bonne qualité et quasiment exhaustif. Le champ MCO en particulier est un domaine d'activité pour lequel les établissements de santé sont tarifés à l'activité : les établissements remontent tous les mois ces données à l'ATIH pour pouvoir bénéficier des remboursements de l'assurance maladie, ce qui joue en faveur de la qualité et de l'exhaustivité des données de séjours hospitaliers transmises.

Pour pouvoir mener à bien la convergence des données SAE et PMSI dans la refonte SAE, plusieurs adaptations ont été apportées à ces deux sources.

2.1. Adaptation des deux sources SAE et PMSI

Les adaptations nécessaires pour permettre le pré-remplissage de parties de la SAE avec des données PMSI sont de deux ordres : le niveau d'interrogation a été revu dans la SAE et dans le PMSI, et les concepts d'activité ont été rapprochés.

2.1.1. Révision de l'unité statistique

Avant la refonte, l'interrogation s'effectuait dans la SAE, soit au niveau de l'entité juridique, soit au niveau de l'établissement géographique, soit une combinaison des deux, selon les types établissements. Désormais on interroge uniquement au niveau de l'établissement géographique. Cette définition de l'unité à enquêter s'avère pertinente notamment dans un contexte de regroupements et de coopérations entre établissements de santé. Cette modification permet donc de collecter une information localisée utile et d'analyser plus finement l'accès aux soins.

De plus, elle permet de simplifier les interrogations en double présentes avant la refonte (établissement géographique et entité juridique) et de ne plus gérer de doubles comptes en diffusion. Cette modification a entraîné une nécessaire adaptation de la part des établissements de santé et a particulièrement posé question pour les données mutualisées (personnel mutualisé entre plusieurs établissements, par exemple celui du siège social, données mutualisée pour la pharmacie, la biologie, les plateaux techniques).

La révision de l'unité statistique dans la SAE a eu un impact à la hausse du nombre d'unités répondantes à l'enquête. Dans le secteur privé, il y a eu peu de modification car l'interrogation s'effectuait déjà au niveau entité géographique. Dans le secteur public en revanche, où l'interrogation portait jusque là sur les entités juridiques et certains de leurs établissements géographiques (mais pas tous), la refonte a modifié largement la liste des unités répondantes.

Le nouveau mode d'interrogation a également eu un impact sur la diffusion des données collectées : les bases brutes étaient auparavant très difficiles à exploiter du fait des nombreux doubles comptes présents dans les données. La simplification apportée par la refonte a permis de mettre à disposition les bases en libre-service sur le site [data.drees](http://data.drees.fr) (accessible également depuis le site [data.gouv](http://data.gouv.fr)).

La source PMSI a également été adaptée concernant l'unité statistique. Avant la refonte de la SAE, la transmission des données PMSI s'effectuait au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics de santé et de l'entité géographique pour les autres établissements (établissements de santé privés d'intérêt collectif ou ESPIC, cliniques privées). Pour pouvoir importer des données issues du PMSI dans la SAE au niveau établissement géographique, il a été indispensable d'adapter la source PMSI à ce nouveau mode d'interrogation.

En effet, dans la source PMSI deux identifiants sont présents :

- le numéro Finess e-PMSI qui est la clef d'identification des établissements pour la remontée de leur PMSI à l'ATIH (en théorie le Finess juridique pour les entités publiques) ;
- le numéro Finess géographique rempli pour chaque unité médicale qui doit être renseigné et correspondre à un Finess géographique ouvert et appartenant au numéro Finess juridique déclarant.

Or ce dernier était peu utilisé auparavant et n'était donc pas renseigné correctement pour tous les établissements.

L'ATIH a donc imposé aux établissements de santé de renseigner leur numéro Finess géographique lors des remontées des données PMSI dès le début de l'année 2013 (dès la remontée des données de janvier 2013, les remontées PMSI se faisant mois par mois au fil de l'année). Des contrôles bloquants ont également été mis en place portant sur le numéro Finess géographique à partir du mois d'octobre 2013 (blocage de la remontée vers l'ATIH si le Finess géographique n'était pas correctement renseigné).

2.1.2. Convergence des concepts d'activité entre PMSI et SAE

Avant la refonte, la SAE demandait aux établissements de renseigner leur activité au travers du nombre de journées ou du nombre d'entrées par disciplines d'équipements : médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, etc. Cette activité était également découpée selon le mode d'hospitalisation : complète ou partielle. L'activité des établissements de santé y est donc recensée en classant les séjours en fonction du type d'unité dans laquelle leur patient a été hospitalisé (par exemple dans une unité médicale de psychiatrie en hospitalisation complète).

L'optique du PMSI est très différente. En effet, le PMSI s'intéresse d'abord au contenu des séjours, donc aux diagnostics principaux posés pour les patients et aux actes pratiqués sur eux, quelle que soit l'unité médicale dans laquelle les soins ont été prodigués. Néanmoins, le PMSI enregistre également pour chaque séjour l'unité médicale au sein de laquelle il s'est déroulé⁵, les unités médicales reflétant l'organisation et la structure de l'établissement de santé (il y a par exemple des unités médicales de chirurgie, d'autres en médecine et d'autres encore en gynécologie-obstétrique).

Pour illustrer la différence d'optique entre les deux sources, un exemple peut-être éclairant : un patient qui n'a pas subi d'acte chirurgical mais est hospitalisé dans une unité de chirurgie sera classé en chirurgie au sens de la SAE et en médecine au sens du PMSI

Pour pouvoir faire converger les deux sources SAE et PMSI, il a donc été indispensable de construire une nomenclature des différentes unités médicales pour permettre de ventiler toutes les activités par disciplines d'équipement au sens de la SAE.

Chaque unité a été affectée à un type d'unité médicale et un seul, de manière à n'appartenir qu'à une seule discipline d'équipement et à permettre ainsi une partition des unités médicales de l'établissement par discipline d'équipement.

De plus, les unités ont été codées en fonction du mode d'hospitalisation pour lequel elles sont dédiées et structurées : hospitalisation complète ou partielle (de jour ou de nuit). Si l'unité est organisée, dans sa définition initiale, avec un mélange d'hospitalisation complète et partielle, elle peut être qualifiée de mixte (dans ce cas, la ventilation de l'activité entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle sera effectuée selon la durée de séjour : un séjour de 0 jour sera classé en hospitalisation partielle et un séjour avec au moins un jour sera classé en hospitalisation complète)⁶.

Lors des remontées de données PMSI de l'année 2013 pour l'ATIH, chaque établissement a typé ses unités médicales de manière à rendre possible l'alimentation de la SAE via les données PMSI. Le typage s'est effectué sur le code de l'unité médicale et le mode d'hospitalisation.

Par exemple, l'établissement 060785003 - HOPITAL PASTEUR DU CHU DE NICE a codé dans son PMSI une unité médicale 51 (Unité de neurochirurgie) avec un mode d'hospitalisation complet. Dans ce cas, le nombre de séjours et de journées qui se sont déroulés dans cette UM au cours de l'année

⁵ Plus précisément, si le patient lors de son séjour dans l'établissement est passé dans plusieurs unités médicales, chaque unité fournit à la sortie du patient un résumé d'unité médicale (RUM). Chaque RUM contient des données concernant le séjour du patient dans une UM donnée. Par exemple, la date de naissance du patient, sa date d'entrée dans l'UM, date de sortie, ses données médicales. La synthèse des RUM successifs permettra de faire le résumé standardisé de sortie (RSS). Les RSS sont ensuite anonymisés et deviennent alors des RSA (résumés de sortie anonymes). Le PMSI constitue la somme de tous les RSA : c'est ce niveau de donnée que l'établissement envoie à l'ATIH.

⁶ Certaines unités sont d'office typées en hospitalisation complète (ex : réanimation, unité neuro-vasculaire). D'autres unités sont d'office en hospitalisation partielle (ex : hémodialyse, radiothérapie). D'autres comme la chirurgie cardiaque peuvent être codées en hospitalisation partielle, complète ou mixte.

seront importés directement dans la SAE, pour alimenter la case correspondante dans le bordereau NEUROCHIR de l'établissement.

| UM | Type d'UM | Mode d'hospitalisation | Finess géographique | Date d'effet | Date de fin | Nombre de lits déclarés | Nombre de suppléments théoriques |
|------|-------------------|------------------------|---------------------|--------------|-------------|-------------------------|----------------------------------|
| | | | | | | | |
| 2301 | 51 Neurochirurgie | Complet | 060785003 | 01/01/2004 | . | 33 | 12045 |

Enfin, les concepts de journées et de séjours ont été modifiés de manière à obtenir la même définition dans les deux sources PMSI et SAE. En effet, pour les séjours par exemple, la SAE comptabilisait avant la refonte des « entrées » comme le nombre de séjours de patients entrants entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre. Dans la SAE rénovée, les séjours étant comptabilisés par le PMSI, il s'agit du nombre de séjours terminés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre. Pour les journées, la SAE comptabilisait avant la refonte toutes les journées de présence, alors que dans la SAE rénovée, le nombre de journées est calculé pour les séjours clos dans l'année. Ainsi, pour un patient entrant le 28 décembre de l'année N et sortant en N+1, quatre journées étaient comptabilisés dans la SAE avant la refonte alors que dans la SAE rénovée ces journées ne sont pas comptabilisées car le séjour n'est pas terminé en N.

2.2. Modification du questionnaire de la SAE pour un pré-remplissage par le PMSI

Le questionnaire SAE a été entièrement modifié pour prendre en compte notamment les données du PMSI. Tout d'abord, le questionnaire est devenu modulable avec un bordereau FILTRE de manière à prendre en compte les autorisations de soins des établissements de santé. Ensuite, la structure des différents bordereaux a été modifiée avec notamment une séparation des bordereaux par activité. Enfin, le questionnaire a été adapté notamment dans les bordereaux d'activité pour prendre en compte la donnée calculée par le PMSI, donnée auparavant déclarée par les établissements de santé.

2.2.1. Prise en compte des autorisations de soins dans le bordereau FILTRE

Le questionnaire rénové bénéficie d'un bordereau FILTRE alimenté par les autorisations d'activité de soins présentes dans le répertoire Finess (en provenance de l'application ARHGOS que renseignent les agences régionales de santé au fil des autorisations qu'elles attribuent). Il permet une modulation du questionnaire de la SAE en fonction des activités réalisées par chaque établissement de santé : il permet de n'afficher sur le site de collecte internet que les bordereaux auxquels l'établissement doit répondre (avant la refonte, tous les bordereaux s'affichaient). Par exemple, si l'établissement est autorisé à réaliser une activité en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et détient une autorisation d'urgences générales, ceci est indiqué dans le bordereau FILTRE et le site n'affiche pour cet établissement que les bordereaux MCO et URGENCES de la SAE.

Plus concrètement, le bordereau FILTRE est composé de deux colonnes, la colonne B est pré-alimentée par les autorisations de soins ARHGOS et la colonne A permet à l'établissement de rectifier les réponses de la colonne B en fonction de son activité réelle.

Tableau 2 – Extrait du bordereau FILTRE dont les réponses sont pré-alimentées par les autorisations de soins

| Quelles activités cliniques avec hébergement (1) dispense votre établissement ? | | | |
|---|-----|---|---|
| Médecine | A1 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui Bloc A + bordereau MCO B1 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Chirurgie | A2 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui Bloc A + bordereau MCO + bordereau blocs et sites opératoires B2 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Périnatalité (Obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, IVG) | A3 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui Bloc A + bordereau MCO + bordereau périnatalité B3 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Psychiatrie | A4 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau psychiatrie B4 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Soins de suite et de réadaptation | A5 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau SSR B5 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Soins de longue durée | A6 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau USLD B6 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Quelles activités cliniques sans hébergement (dans l'établissement) dispense votre établissement ? | | | |
| Médecine sans hébergement | A39 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui, bordereau MCO B39 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Chirurgie ambulatoire | A7 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau MCO + bordereau blocs et sites opératoires B7 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Psychiatrie | A8 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau psychiatrie B8 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Radiothérapie ou curiethérapie | A9 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau traitement du cancer B9 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Chimiothérapie (autorisé ou associé) | A10 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau traitement du cancer B10 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Dialyse (techniques d'épuration extra-rénale) | A11 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau Dialyse B11 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| IVG ou AMP clinique ou lactarium | A12 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau MCO + bordereau périnatalité B12 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Centre périnatal de proximité | A13 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau périnatalité B13 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| HAD | A14 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau HAD B14 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Rééducation fonctionnelle (hors SSR) | A15 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | |
| Disposez-vous d'une structure autorisée des urgences (générales ou pédiatriques) au sein de votre établissement ? | A16 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau MCO + bordereau urgences B16 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Disposez-vous d'un SAMU ou d'un SMUR (ou d'une antenne SMUR) au sein de votre établissement ? | A17 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau SAMU/SMUR B17 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| Disposez-vous d'un plateau technique au sein de votre établissement comprenant de façon spécifique ? | | | |
| des activités de bloc opératoire | A18 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau blocs et sites opératoires B18 <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |

De plus, pour certaines questions, le bordereau FILTRE n'est pas pré-alimenté par les autorisations de soins et c'est à l'établissement de cocher oui/non en fonction de son activité et le bordereau correspondant s'ouvre en conséquence. Par exemple, si l'établissement dispose d'une organisation du circuit du médicament alors l'établissement devra répondre oui à la question correspondante (A23) et remplir le bordereau PHARMACIE.

Tableau 3 – Extrait du bordereau FILTRE dont les réponses ne sont pas pré-alimentées par les autorisations de soins

| Prenez-vous en charge d'autres activités médico-techniques ? | | | |
|--|-----|---|---------------------------------------|
| Organisation du circuit du médicament | A23 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau pharmacie |
| Stérilisation des dispositifs médicaux | A24 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau pharmacie |
| Information médicale | A25 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau information médicale |
| Développez-vous une activité de télé-médecine, en lien avec un autre établissement de santé (que ce soit en tant que demandeur ou sollicité) ? | A26 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau télé-médecine |
| Disposez-vous... | | | |
| d'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ? | A27 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | |
| d'une structure d'étude et de traitement de la douleur chronique (centre ou consultation) ? | A28 | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non | Si oui bordereau douleur |

2.2.2. Modification des bordereaux

Le questionnaire a également été rénové pour tenir compte des nouvelles formes de prises en charge, des nouvelles organisations et des nouvelles technologies. La terminologie et la déclinaison des spécialités suivent au plus près la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (dite loi HPST, 2009), les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et les prises en charge ciblées donnant lieu à des financements spécifiques (missions d'intérêt général notamment). Ainsi, de nouveaux bordereaux ont été ajoutés pour être au plus proche de l'activité hospitalière d'aujourd'hui comme par exemple la télé-médecine. Le bordereau PN « Suivi des politiques nationales et des missions de services publics »

a été revu en collaboration avec la Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS) pour permettre le suivi de certaines politiques nationales comme les plans cancer, le plan Alzheimer ou la lutte contre les infections nosocomiales. Certaines questions ont été ajoutées comme la présence dans l'établissement d'un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), les thématiques de l'addictologie et de la génétique par exemple.

Des fiches de synthèse en fin de questionnaire ont été complétées : elles résument l'activité de l'établissement, la permanence des soins et les principaux indicateurs des schémas régionaux d'organisations de soins (SROS). Dans la diffusion des données SAE, ces fiches peuvent être déclinées par établissement et par région afin de répondre aux besoins des établissements, des ARS et des acteurs nationaux.

Tableau 4 – Extrait de la fiche de synthèse sur l'activité générale de l'établissement

Fiche de synthèse : Activité générale et activités autorisées (1/2)

1. Activité hospitalière MCO

| | Hospitalisation complète (dont hospitalisation de semaine) | | | Hospitalisation à temps partiel | | | Consultations, soins externes |
|-------------------------|--|-------------------|--------------------|---|-------------------|--|-------------------------------|
| | | | | Hospitalisation partielle ou ambulatoire ou chirurgie ambulatoire | | Séances* (traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale, de chimiothérapie, de radiothérapie) | |
| | Nombre de lits installés au 31/12 | Nombre de séjours | Nombre de journées | Nombre de places | Nombre de séjours | Nombre | Nombre |
| Médecine | | | | | | | |
| Chirurgie | | | | | | | |
| Gynécologie-Obstétrique | | | | | | | |
| Total MCO | | | | | | | |

*Ces données peuvent différer du nombre de séances déclarées dans le PMSI-MCO-RSA

Existe-t-il un (ou plusieurs) service(s) ou une unité de court séjour pédiatrique dans l'établissement ?

oui non

Existe-t-il un (ou plusieurs) service(s) ou une unité de médecine gériatrique dans l'établissement ?

oui non

2. Activité hospitalière en psychiatrie

| | Prises en charge à temps complet | | | Prises en charge à temps partiel | | | | Prises en charge ambulatoire | | | | File active totale | |
|-------------------------------------|---|--|--|----------------------------------|------------------|-------------------------|------------------|------------------------------|--|--|--|--------------------|---------------------------------------|
| | Nombre de lits ou places installés au 31/12 | Nombre de séjours en hospitalisation temps plein | File active hospitalisée à temps plein | Hospitalisation de jour | | Hospitalisation de nuit | | CATTP | | CMP ou unité de consultation des services de psychiatrie | | | File active exclusivement ambulatoire |
| | | | | Nombre de places | Nombre de venues | Nombre de places | Nombre de venues | Nombre de structures | Nombre d'actes, soins et interventions | Nombre de structures | Nombre d'actes, soins et interventions | | |
| Psychiatrie générale | | | | | | | | | | | | | |
| Psychiatrie infanto-juvénile | | | | | | | | | | | | | |
| Psychiatrie en milieu pénitentiaire | | | | | | | | | | | | | |
| Total psychiatrie | | | | | | | | | | | | | |

3. Activité hospitalière en SSR et SLD

| | Hospitalisation complète | | Hospitalisation à temps partiel | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| | Nombre de lits installés au 31/12 | Nombre de séjours | Nombre de places | Nombre de séjours |
| Soins de suite et de réadaptation | | | | |
| Soins de longue durée | | | | |

4. Activité hospitalière en HAD

| | Nombre de places | Nombre de séjours |
|-----|------------------|-------------------|
| HAD | | |

2.2.3. Import des données PMSI dans les données d'activité

Le questionnaire de la SAE rénovée a conservé cinq parties comme avant la refonte : une partie identification et organisation, une partie sur les activités de soins par discipline (MCO, Psychiatrie, HAD, etc.), une partie sur les équipements et les plateaux techniques, une partie sur les activités de soins soumises à autorisation comme la cancérologie, la périnatalité, la neurochirurgie, les urgences et enfin une partie sur les données de personnel.

Les bordereaux d'activité sont désormais séparés par activité : un bordereau existe pour chacune des activités que sont la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), la psychiatrie, l'hospitalisation à domicile, les soins de longue durée, les soins de suite et de réadaptation, de manière à clarifier l'ensemble des activités des établissements de santé. Dans chacun de ces bordereaux sont demandés les données de capacités (nombre de lits par exemple), l'activité (nombre de séjours) et le personnel concourant à l'activité.

Avant la refonte, un bordereau « capacités d'accueil » récapitulait les capacités par discipline d'équipement et un autre bordereau « activités » résumait l'activité par discipline.

La refonte a ainsi permis de bien séparer les activités de soins par discipline et d'avoir une photographie de chaque activité en mettant en regard pour chaque activité les capacités (nombre de lits) avec l'activité (nombre de séjours, de journées) et le personnel concourant à l'activité.

Tableau 5 – Comparaison des bordereaux d'activité avant et après refonte : exemple pour la discipline médecine-chirurgie-obstétrique pour les capacités et activité en hospitalisation complète

Avant refonte : bordereaux Q01 pour les capacités et Q02A pour l'activité

| Bordereau Q01 | | | Médecine | Chirurgie | Gynécologie Obstétrique | Total MCO (champ calculé) |
|----------------|-----------------------|---|----------|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| | | | 2110 | 2120 | 2130 | 2100 |
| | | | A | B | C | D |
| Hosp. complète | Lits | 6 | | | | |
| | Journées exploitables | 8 | | | | |

| Bordereau Q02A | | | Médecine | Chirurgie | Gynécologie Obstétrique | Total MCO (champ calculé) |
|-----------------|---|--|----------|-----------|----------------------------|---------------------------------|
| | | | 2110 | 2120 | 2130 | 2100 |
| | | | A | B | C | D |
| journées | 2 | | | | | |
| entrées totales | 5 | | | | | |

Après refonte : bordereau MCO avec les capacités et l'activité pré-remplie grâce au PMSI

| Hospitalisation complète | | Médecine | Chirurgie | Gynécologie Obstétrique | Total MCO (calculé) |
|--------------------------|---|----------|-----------|----------------------------|---------------------------|
| | | 2110 | 2120 | 2130 | 2100 |
| | | A | B | C | D |
| Lits installés au 31/12 | 1 | | | | |
| Journées exploitables | 2 | | | | |
| Séjours | 3 | PMSI | PMSI | PMSI | |
| dont séjours de 0 jour | 4 | PMSI | PMSI | PMSI | |
| Journées | 5 | PMSI | PMSI | PMSI | |

Les données calculées grâce au PMSI apparaissent dans plusieurs bordereaux de la SAE (médecine-chirurgie-obstétrique, hospitalisation à domicile, périnatalité par exemple pour l'activité d'obstétrique ou la chirurgie cardiaque).

Les cases pré-remplies grâce au PMSI sont de deux types : des cases non modifiables par les établissements lorsque le calcul produisant la valeur pré-remplie à partir des données PMSI est jugé comme ne soulevant pas de question méthodologique (c'est le cas par exemple pour le nombre de séjours et de journées en MCO) et des cases modifiables par l'établissement de santé pour d'autres données (par exemple le nombre d'actes dans le bordereau BLOCS). Le choix entre les deux types modifiable/non modifiable a été validé suite à un test effectué auprès d'une vingtaine d'établissements fin 2013.

Tableau 6 – Cases modifiables et non modifiables calculées par le PMSI

Pré-remplissage de données PMSI – modifiable par l'établissement PMSI

Pré-remplissage de données PMSI – non modifiable PMSI

Pour pouvoir alimenter les données de la SAE via les données de PMSI, des spécifications de calcul des cases à pré-remplir grâce au PMSI ont été élaborées en collaboration étroite avec l'ATIH. Ces programmes sont exécutés par l'ATIH sur les données annuelles du PMSI (compilation des livraisons de données faites par les établissements pour les douze mois de l'année) pour chaque établissement de santé.

Un même séjour pourra être comptabilisé dans plusieurs bordereaux. Par exemple, un séjour avec un passage en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) après un passage aux urgences, suivi d'un passage dans une unité de réanimation sera compté à la fois dans le bordereau URGENCES et dans le bordereau REA (Réanimation, soins intensifs et surveillance continue). En revanche, les journées associées à ce séjour ne seront pas comptées en double, puisqu'on ne conserve dans chaque bordereau que les durées de séjour partielles dans les unités médicales dédiées. Les données PMSI ne seront calculées que si l'établissement dispose d'une autorisation de pratiquer cette activité de soins.

De plus, des tableaux spécifiques ont été conçus en collaboration avec l'ATIH : ils récapitulent les cases SAE calculées via les données PMSI (tableaux OVALIDE). Ces tableaux sont disponibles sur l'application E-pmsi et permettent aux établissements de santé de visualiser les données qui seront importées plus tard dans leur questionnaire SAE.

Plus précisément, l'importation des données PMSI s'effectue en cours de collecte (entre fin février et la fin de la collecte en avril) une fois par semaine, et concerne les établissements dont les données PMSI ont été validées par les agences régionales de santé depuis la semaine précédente. L'ATIH calcule les cases à importer dans la SAE à partir des données annuelles PMSI validées par les ARS, puis ces données sont importées par la Drees sur le site de collecte de la SAE. Un mail aux établissements de santé est envoyé par la Drees pour les prévenir de l'importation des données sur le site de collecte de manière à ce qu'ils finalisent la saisie de la SAE et valident *in fine* leur questionnaire.

Cette phase nécessite une forte collaboration entre les responsables SAE et PMSI au sein de chaque établissement de santé, le PMSI étant géré par le médecin DIM (médecin au sein du Département de l'Information Médicale) tandis que la SAE est plus traditionnellement remplie par les services administratifs.

3. Bilan de la refonte

La refonte a été globalement un succès, avec une collecte qui a suscité trois fois plus de questions que les années précédentes, ce qui a été une charge de travail non négligeable pour la Drees et le prestataire en hotline. Le bilan des imports PMSI est également très positif, en dépit de quelques ajustements en fin de collecte pour quelques établissements qui avaient mal typé leurs unités médicales. La refonte a été de plus l'occasion de revoir la diffusion de la SAE avec l'élaboration d'un nouveau site de diffusion.

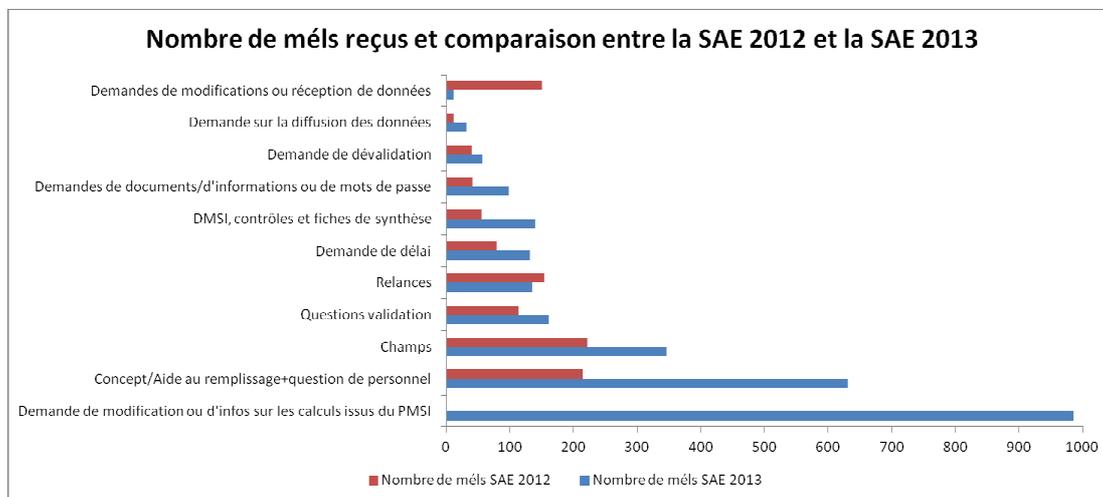
3.1. Bilan de la collecte

Malgré l'importance des changements apportés par la refonte de la SAE, le taux de réponse de la collecte 2014 sur données 2013 est resté très bon, au niveau des années précédentes : 99,5%. Le nombre d'établissement répondant via le site de collecte a augmenté (seulement 27 questionnaires papier) : la modulation du questionnaire avec le bordereau FILTRE et les imports PMSI ont incité encore davantage les établissements à renseigner la SAE via le site de collecte (d'autant que les données PMSI importées en cours de collecte ne figurent pas sur l'impression papier des questionnaires).

Néanmoins, lors de la collecte, la Drees et le prestataire de suivi de la collecte ont dû faire face à un plus grand nombre de questions, de l'ordre de trois fois plus que pour la collecte 2012. Plus précisément, la hotline mise en place par le prestataire a eu 4800 contacts et il y a eu 2800 mails sur la boîte fonctionnelle de la SAE à la Drees. Ces questions ont porté sur des problèmes de champ, des questions de concepts ou de compréhension de l'aide au remplissage (notamment sur le remplissage des données de personnel), sur des demandes de modifications des données PMSI. Elles ont

également porté (de manière plus minoritaire) sur des erreurs se déclenchant sur le site de collecte, des demandes d'informations et de mots de passe et des demandes de délai. Le grand nombre de questions témoignent de la volonté des établissements de répondre aussi bien que possible à l'enquête rénovée.

Graphique 7– Comparaison des mails reçus entre la SAE 2012 et la SAE rénovée



3.2. Bilan des imports PMSI

Les imports PMSI ont concerné environ 1 700 établissements de MCO (imports effectués entre mi-mars et fin mars) et 300 établissements de HAD (importés mi-mars), sur les 4 200 établissements de santé concernés par la SAE

En cours de collecte, quelques modifications ont été apportées aux données importées pour quelques déclarations groupées ou ne remontant pas de PMSI (28 établissements en MCO, 15 en HAD ont été ajoutés). Ce résultat permet de valider l'aspect exhaustif de la donnée PMSI sur les deux champs choisis.

Concernant l'aspect qualitatif de la source PMSI, certaines données importées non modifiables par les établissements ont nécessité une intervention de la Drees. Les données importées PMSI ont été corrigées à la demande de certains établissements en raison d'un problème de typage des unités médicales (répartition entre médecine, chirurgie et obstétrique par exemple) ou de typage du mode d'hospitalisation (complète/partielle). Ainsi, pour le tableau de synthèse du bordereau MCO par exemple, une modification des données importées a été acceptée pour 72 établissements sur 1723 (dont 25 établissements pour cause de problème de typage d'unité médicale et 17 pour un problème de typage du mode d'hospitalisation entre hospitalisation complète et partielle). Pour le bordereau HAD dans lequel les données importées étaient modifiables, 46 établissements sur 309 ont effectivement rectifié au moins une des cases du bordereau. Les écarts entre les données importées et les données validées *in fine* par les établissements sont peu importants.

Ces imports sont donc globalement un succès qui permettra à terme un allègement de la collecte non négligeable pour les établissements. Pour cette première année de collecte rénovée, leur nouveauté a néanmoins demandé une charge de travail accrue pour les établissements qui ont dû s'organiser en interne sur la cohérence entre les données SAE et les données PMSI les concernant. Ce travail en amont permet d'améliorer la cohérence d'ensemble du système d'information sur les établissements de santé.

3.3. Bilan de la validation

Comme chaque année, une phase de validation se déroule entre la fin de la collecte et la diffusion des données. Cette phase est partagée entre les ARS, le prestataire de suivi de collecte et la Drees, et

consiste à recontacter les établissements pour lesquels des incohérences ont été repérées dans le questionnaire SAE. Le but de ces contacts est d'obtenir des établissements des éclaircissements et compléments d'information pour modifier s'il y a lieu, avec leur accord, les données qu'ils ont fournies lors de la collecte (le statut d'enquête administrative implique qu'on ne peut pas modifier les données fournies par les établissements sans leur accord). Cette étape s'est terminée le 8 juillet 2014, le calendrier ayant été décalé de deux semaines en raison de la refonte.

Cette phase de validation a été très délicate en cette année de refonte car les formats des données SAE 2012 et SAE 2013 étaient peu comparables, du fait des modifications du questionnaire et du changement de mode d'interrogation. Afin de limiter les difficultés de comparaison et d'aider les établissements lors de la phase de collecte, des données 2012 avaient été fournies comme historique sur le site de collecte pour les établissements et pour les variables pour lesquels c'était possible. Cet historique 2012 reconstitué pour certaines variables a été utile pour le repérage des principales évolutions 2012-2013 suspectes. Il a été utilisé dans l'outil de validation réalisé par la Drees à l'attention des ARS et du prestataire, qui vise à fournir une aide pour prioriser le travail ; cet outil a également mis l'accent sur les incohérences entre capacité SAE et activité PMSI qui étaient à traiter en priorité. Pour concevoir cet outil, il a fallu reconstituer des données au niveau entités juridiques pour le secteur public afin de contrôler l'évolution des grandes masses.

3.4. Bilan de la diffusion

La SAE est une enquête administrative, toutes ses données sont donc publiques. La diffusion de la SAE consiste principalement en la mise à disposition des bases brutes (en SAS ou CSV), et la diffusion via un site qui permet de visualiser les données de l'enquête au format des bordereaux de collecte (soit au niveau d'un établissement, soit selon des sélections à définir : cumuls des résultats pour une région, une catégorie d'établissement, etc.). Ce site est développé par un prestataire.

La refonte de l'enquête a été l'occasion de redéfinir ces deux modes de diffusion, d'autant plus qu'ils étaient à repenser car le format des données collectées a fortement changé avec la refonte.

Les données brutes sont désormais accessibles à tous sur le site data.drees (précédemment le processus d'obtention était plus compliqué et différencié selon l'origine des demandeurs, et nécessitait la signature de conventions bilatérales).

Le site de diffusion a été entièrement revu dans l'optique de le rendre plus convivial pour les utilisateurs, et plus paramétrable pour la Drees (la Drees n'est plus obligée de faire appel au prestataire pour chaque modification).

Le calendrier de diffusion a été décalé pour l'année 2014 car tous les processus étaient à revoir. Les bases ont été disponibles en septembre 2014, soit trois mois après la fin de la collecte (deux mois de plus qu'en année courante). Ce décalage de calendrier a posé quelques problèmes car les utilisateurs sont habitués à avoir les données très rapidement, notamment pour les calculs d'indicateurs.

L'objectif en 2015 est de revenir au calendrier habituel de diffusion.

4. Perspectives

A l'issue de la première collecte renouvelée, l'opération de refonte a été saluée par les représentants des professionnels des établissements de santé qui jugent qu'elle va dans le bon sens, en renforçant la cohérence d'ensemble du système d'information sur les établissements de santé et en visant à terme un allègement de la charge de collecte de la SAE. Cette refonte a néanmoins suscité un gros surcroît de travail pour tous les participants (établissements, ARS, prestataire, Drees).

De ce fait, les différentes phases de la collecte de la SAE 2014 ont été prévues avec un retour au calendrier habituel en vue d'une diffusion des données en juillet 2015. L'objectif a été également de stabiliser au maximum le questionnaire. Il y a eu quelques modifications à la marge et quelques cases supplémentaires sont calculées via les données du PMSI (nombre d'IVG par exemple dans le bordereau PERINATALITE).

Dans une perspective de plus long terme, la Drees envisage d'étendre les imports au champ du PMSI SSR (soins de suite et de réadaptation) et au RIM-P pour la psychiatrie. Il s'agira dans un premier temps de travailler sur la qualité des Finess géographiques de ces recueils, puis de réfléchir sur les

spécifications de calcul à écrire. Ces travaux sont plutôt envisagés pour le second semestre 2015 pour une inclusion dans le questionnaire de 2016 portant sur les données 2015. Un élément essentiel dans ces réflexions sera le calendrier de validation par les agences régionales de santé des données du PMSI SSR puis du RIM-P, car il n'est pas certain que ce calendrier soit compatible avec le calendrier de la collecte de la SAE. En effet, la validation des données du PMSI SSR et du RIM-P est faite par les agences régionales de santé après celle des données PMSI MCO et HAD, à des dates potentiellement un peu tardives par rapport à la fin de collecte de la SAE.