

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Description

En 1975, il existait déjà une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés, renouvelée en 1985. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en tant que telle est mise en place en 1994, et refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de la première refonte étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs et de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). Les objectifs de la seconde refonte (en 2013) étaient d'améliorer la connaissance du système médical pour répondre aux besoins des utilisateurs, de permettre une analyse localisée de l'offre de soins et d'alléger la charge de réponse des établissements de santé en intégrant les informations sur l'activité des établissements de santé provenant du PMSI-MCO et du programme de médicalisation des systèmes d'information relatif à l'hospitalisation à domicile (PMSI-HAD).

La SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon plus précise les établissements, de disposer d'indicateurs sur la mise en œuvre des politiques nationales et le suivi des activités de soins soumises à autorisation, et d'avoir un recueil d'informations homogène entre les secteurs public et privé. La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (Métropole et DOM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins¹. Les services des établissements

de santé assurant la prise en charge sanitaire des détenus et les établissements du service de santé des armées (SSA) sont également compris. Les données des établissements du SSA sont intégrées dans les résultats depuis 2010, sauf indication contraire dans l'ouvrage. Le questionnaire se compose de bordereaux regroupés selon les thèmes suivants :

- identification, structure et organisation de l'établissement de santé ;
- équipements et activité ;
- activités de soins soumises à autorisation ;
- personnels.

Les bordereaux sur les activités de soins sont articulés autour de quatre parties : capacités, activité, équipement et personnel. Depuis la refonte de la SAE pour les données 2013, certaines données d'activité, qui étaient jusque-là déclarées par les établissements, sont préremplies au cours de la collecte de la SAE avec des données issues des PMSI-MCO et HAD (certaines étant modifiables par les établissements dans le questionnaire SAE, d'autres étant non modifiables). Les données validées par les établissements de santé en fin de collecte de la SAE sont intégralement mises à disposition sur le site de diffusion de la SAE et sur le site Data.Drees (sous forme de bases de données)². Par ailleurs, certaines données peuvent faire l'objet de retraitements statistiques dans le cadre d'études.

Le mode d'interrogation de la SAE

De manière générale, depuis la refonte de 2013, l'interrogation se fait au niveau de l'établissement géographique pour les établissements publics et privés (exception faite de la psychiatrie), alors qu'à la refonte de 2000 le recueil de l'information s'effectuait au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics.

1. Les activités de soins d'assistance médicale à la procréation (AMP), de transplantation et prélèvement d'organes font l'objet de recueils d'informations distincts et ne sont pas concernées.

2. www.sae-diffusion.sante.gouv.fr et www.sante.gouv.fr, rubrique Open data, Établissements de santé.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information 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 de la Santé. 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 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-HAD est exploité par la DREES dès 2006. Après une première expérimentation, le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie se met en place à partir de la fin 2006 (RIM-P). Ces recueils portent sur l'activité suivie par séjour ou par semaine de prise en charge. Ils permettent également d'agréger des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, fondé sur le numéro de Sécurité sociale, la date de naissance, le sexe, etc.), qui permet de faire le lien entre les différentes hospitalisations d'un même patient. On se restreint alors aux patients pour lesquels cette clé ne contient pas d'erreur.

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour, depuis 1997. Lors de la sortie d'un patient d'un établissement de court séjour (MCO), un compte rendu de son hospitalisation est produit. Celui-ci fournit des informations qui déterminent le classement de chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM). Ce classement présente une double homogénéité en matière de caractéristiques médicales, d'une part, et de durée de séjour, d'autre part. Les nomenclatures utilisées pour le codage sont la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation

mondiale de la santé (OMS), éventuellement complétées d'extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). La version V11g de la classification des GHM est utilisée dans cet ouvrage. La nomenclature des GHM en V11g comportant près de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués en utilisant une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à regrouper les GHM en groupes d'activité, eux-mêmes regroupés en groupes de planification, puis en domaines d'activité. Ces groupes tiennent compte à la fois de la discipline médico-chirurgicale ou de la spécialité (ophtalmologie, cardiologie, etc.) et de la nature de l'activité.

• Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-MCO et la SAE

Le PMSI-MCO et la SAE sont appariés par la DREES afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. Cela permet également d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains de ces écarts peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvre pas totalement l'activité en MCO. Certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondent pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. Du fait de la forte amélioration de l'exhaustivité du PMSI-MCO au fil du temps, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité en 2005, ce redressement n'est plus nécessaire. En MCO, les données d'activité et les durées de séjour présentées dans cet ouvrage proviennent du PMSI. Les durées moyennes de séjour sont calculées sur les séjours en hospitalisation complète de plus de un jour, hors nouveau-nés restés près de leur mère, et en prenant en compte les jours de décès, non comptabilisés dans le PMSI, pour être homogène avec la SAE.

• Quelques nuances dans les définitions entre les deux sources

La mesure de l'activité hospitalière

L'activité hospitalière est mesurée en séjours et en journées. La rénovation de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour but de rapprocher

ces concepts entre le PMSI-MCO et la SAE. Pour les fiches de cet ouvrage se fondant sur le PMSI-MCO, l'ensemble des séances ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés pour lesquels aucun soin particulier n'a été effectué (nouveau-nés restés près de leur mère) sont ainsi exclus du PMSI-MCO. Du fait de la nouvelle refonte de la SAE à partir des données 2013, la convergence entre SAE et PMSI-MCO sur les concepts d'activité s'est encore renforcée, puisque les variables portant sur l'activité en MCO dans la SAE sont désormais préremplies grâce à des données issues du PMSI-MCO. Par exemple, les séjours comptabilisés dans la SAE correspondent désormais aux séjours terminés dans l'année, alors qu'auparavant la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, ce qui pouvait occasionner de légers écarts avec les séjours recensés par le PMSI.

Hospitalisation à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus de un jour

Des différences sensibles existent entre la SAE et le PMSI-MCO dans les optiques retenues pour la répartition des séjours selon les différents modes d'hospitalisation et les différentes disciplines. Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation. On parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans des lits, même si le séjour dure moins de un jour), et d'hospitalisation partielle quand elle mobilise une place pour une hospitalisation de jour, de nuit ou d'anesthésie – chirurgie ambulatoire. On s'appuie alors, pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE, sur la répartition de l'activité du PMSI-MCO, que permet le typage des unités médicales du PMSI entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle. Une autre optique est néanmoins envisageable à partir du PMSI-MCO, celle de définir le mode d'hospitalisation en fonction de la durée constatée du séjour. Celle-ci est alors mesurée en faisant la différence entre la date de sortie et la date d'entrée. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée sera nulle et le séjour sera classé en hospitalisation partielle quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour comportant au moins une nuit sera

classé en hospitalisation complète. Cette dernière optique est retenue dans cet ouvrage pour les fiches décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers.

Classification des séjours selon les disciplines d'équipement

Ces distinctions entre lieu d'hospitalisation et contenu effectif du séjour induisent également des différences entre les deux sources de données concernant la classification des séjours selon les disciplines d'équipement. Dans la SAE, pour la répartition entre médecine et chirurgie, les journées sont comptabilisées dans la discipline à laquelle appartient le lit où séjourne le patient (médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie). Un séjour est chirurgical lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré ; il est médical si le lit est catalogué en médecine. Ce classement est cohérent avec la logique de la SAE, qui est orientée vers l'analyse des moyens (facteurs de production) mobilisés pour un malade, et se fonde là aussi sur le typage des unités médicales dans le PMSI, entre unités de médecine, de chirurgie, obstétrique ou odontologie. Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'optique est davantage de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du groupe homogène de malades du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il sera classé en obstétrique. L'affectation se fera en séjour chirurgical si au moins un acte opératoire significatif (« classant ») est réalisé entre les dates d'entrée et de sortie de l'entité, quelle que soit la discipline à laquelle le lit où séjourne le patient est rattaché. Enfin, s'il n'entre pas dans les deux précédentes catégories, le séjour sera qualifié de médical. Pour ces deux types de répartition de l'activité (entre hospitalisation complète et partielle, d'une part, et entre médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie d'autre part), les données du PMSI permettent de comparer les deux optiques possibles : celle de la SAE en matière de lieu d'hospitalisation grâce au typage des unités médicales, et celle relative à l'activité réalisée (tableaux 1 et 2).

Le PMSI-SSR

Le PMSI-SSR, apparié par la DREES avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant

des soins de suite et de réadaptation et de disposer chaque année, au niveau national et régional, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis le décret du 17 avril 2008, les conditions techniques de fonctionnement et d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation ont évolué. On ne distingue plus les soins de suite de ceux de rééducation et de réadaptation, mais une modalité unique d'activité en SSR, qui peut se développer dans le cadre de plusieurs prises

en charge. D'une part, les prises en charge spécialisées des conséquences fonctionnelles d'un certain nombre d'affections (appareil locomoteur, système nerveux, cardiovasculaire, respiratoire, etc.), d'autre part, les prises en charge des populations (enfants, adolescents et personnes âgées).

• **Le recueil PMSI-SSR**

Depuis 2003, le PMSI-SSR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence,

Tableau 1 Répartition du nombre de séjours en fonction du lieu d'hospitalisation et de l'activité réalisée en 2015

En milliers

Lieux des hospitalisations (issus du typage des unités médicales)	Répartition des séjours en fonction de l'activité réalisée (via le groupage GHM)			
	Chirurgie	Médecine	Activité interventionnelle (techniques peu invasives)	Obstétrique
Chirurgie	5 011	952	2 003	46
Médecine	358	5 326	1 065	26
Gynécologie-obstétrique	176	130	38	1 184
Dialyse	0	2	1	0
Urgence	15	1 111	8	2

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 011 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 003 milliers), mais 952 milliers sont des séjours de médecine et 46 milliers des séjours d'obstétrique.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris les SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

Tableau 2 Répartition du nombre de séjours en fonction du mode d'hospitalisation issu du typage des UM et de la durée effective du séjour (avec ou sans nuitée) en 2015

En milliers

Modes d'hospitalisation (issus du typage des unités médicales)	Nombre total de séjours	Nombre de séjours de plus de un jour (avec nuitée)	Nombre de séjours de moins de un jour (sans nuitée)
Hospitalisation complète (HC)	10 702	9 548	1 154
Mixte (HC/HP) ¹	978	635	343
Hospitalisation partielle (HP)	5 776	57	5 719

1. Lors du typage des unités médicales dans le PMSI, pour certaines unités médicales, le mode d'hospitalisation n'est pas pré-défini comme complet ou partiel, et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'unité médicale comme étant mixte entre hospitalisation complète et hospitalisation partielle (c'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique (UM 27 et 28)).

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris les SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2015, traitements DREES.

morbidity, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). La morbidité est détaillée grâce aux recueils de la finalité principale de prise en charge, de la manifestation morbide principale, de l'affection étiologique, pour ce qui est de la morbidité principale, et grâce au recueil des diagnostics associés pour la morbidité secondaire. La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les RHS dans des catégories majeures (CM), puis dans des groupes nosologiques (GN) à partir de tests effectués sur les trois variables diagnostiques de la morbidité citées ci-dessus. Lorsque le GN est déterminé, le RHS est orienté dans des racines de groupes médico-économiques (RGME), puis dans des groupes médico-économiques (GME), selon l'âge du patient, la dépendance physique ou cognitive, les actes pratiqués, la date d'intervention chirurgicale, etc. La nomenclature utilisée est la classification internationale des maladies (CIM, version 10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le codage des variables de morbidité, la classification commune des actes médico-techniques (CCAM) pour les actes médico-techniques, et le catalogue spécifique des activités de rééducation-réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation-réadaptation. Publié en 2012, ce dernier est utilisé depuis 2013 dans le PMSI-SSR, exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements de SSR.

- **Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-SSR et la SAE**

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, pour mettre en regard les données d'activité, de capacité, d'équipement et de personnel des deux sources. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité en soins de suite et de réadaptation. En 2015, la couverture du PMSI-SSR est quasi exhaustive, à treize établissements près. Par ailleurs, depuis 2013, on considère que les structures ne fournissant pas

de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SSR (0,3 % des journées), et on ne pondère plus le PMSI pour corriger la non-réponse. Le recueil PMSI fournit des indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour. Les durées de séjour sont recalculées à partir de ces informations.

- **Calcul de l'activité : mise en cohérence du PMSI-SSR et de la SAE**

Jusqu'en 2014, des écarts existaient au niveau de la mesure de l'activité. En particulier, la SAE mesurait les séjours commencés dans l'année, contrairement au PMSI, qui mesure tous les séjours. Depuis 2015, la convergence entre SAE et PMSI-SSR sur les concepts d'activité est assurée. La SAE mesure tous les séjours, qu'ils aient commencé en 2015 ou avant, et qu'ils se soient terminés en 2015 ou non. La méthode de décompte des journées est également identique entre la SAE et le PMSI-SSR.

Le PMSI-HAD

- **Le recueil PMSI-HAD**

Le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'HAD et de disposer chaque année, au niveau national et régional, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), des diagnostics principaux et des traitements prescrits lors du séjour, et ce, depuis 2005. Les informations fournies déterminent le classement de chaque séjour dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC). À chaque GHPC est associée une pondération qui module le tarif journalier en HAD en fonction de la durée du séjour.

- **Les traitements statistiques effectués sur le PMSI-HAD et la SAE**

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données du PMSI-HAD sont rapprochées de celles de la SAE par la DREES, afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, l'équipement et le personnel des établissements. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures pratiquant l'HAD. En 2015, la couverture du PMSI-HAD est quasi exhaustive, à trois établissements près. Par ailleurs, les structures ne fournissant pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale d'HAD. En outre, afin de corriger

la non-réponse sur certaines variables, d'autres traitements sont effectués sur les caractéristiques individuelles, notamment sur les prises en charge liées à la périnatalité et les incohérences entre âge du patient et mode de prise en charge principal. Enfin, les durées de séjour sont recalculées. La refonte de la SAE a permis de renforcer la convergence entre les deux sources sur les concepts d'activité. Depuis 2013, les séjours et les journées de la SAE sont préremplies avec le PMSI-HAD.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P), équivalent du PMSI-MCO, a été mis en place en 2006, puis généralisé en 2007 par l'ATIH à l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Il fournit une description médicale détaillée de l'activité psychiatrique en distinguant trois natures de prise en charge : l'hospitalisation à temps complet, l'hospitalisation à temps partiel et l'ambulatoire (consultations et soins externes). Le recueil repose sur la collecte de données concernant les caractéristiques des patients suivis par ces établissements (âge, sexe, pathologies, etc.), et leurs modalités de prise en charge. Les prises en charge hospitalières à temps complet et à temps partiel (réalisées dans les établissements publics et privés) sont décrites à travers des séjours enregistrés au moyen d'un ou de plusieurs résumés appelés « séquences ». Les prises en charge ambulatoires (réalisées dans des établissements publics et des établissements privés d'intérêt collectif [ESPIC]) sont décrites à travers des actes en fonction de leur nature, du lieu de réalisation et du type d'intervenant.

Les déclarations annuelles de données sociales (DADS)

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative commune aux administrations sociales et fiscales, que toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année doit remplir. Les principales informations recueillies dans les DADS sont de deux sortes : des mentions générales sur l'établissement (numéro SIRET, code APE (activité principale exercée), nombre de salariés inscrits au 31 décembre, montant total

des rémunérations annuelles, etc.), et des mentions particulières à chaque salarié (âge, sexe, nature de l'emploi, type de contrat, périodes d'emploi, nombre d'heures salariées, montant des rémunérations avant et après déduction des cotisations sociales). Le fichier statistique qui en est issu, appelé DADS – Grand format, permet notamment d'observer l'emploi et les rémunérations versées dans les établissements de santé, publics et privés.

Le système d'information des agents du secteur public (SIASP)

Le système d'information des agents du secteur public (SIASP) est une source d'information spécifique aux trois fonctions publiques. Ces données, produites par l'INSEE, sont exploitées par la DREES sur le champ de la fonction publique hospitalière (FPH). Le SIASP intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, notamment liés au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). Auparavant traitées de la même manière que les données du secteur privé, les données relatives à la FPH sont, depuis 2009, incluses dans le dispositif du SIASP, ce qui implique une rupture de série. La nomenclature des emplois hospitaliers (NEH) présente dans le SIASP est une nomenclature statutaire de la FPH. Au même titre que la nomenclature des emplois territoriaux (NET) pour la fonction publique territoriale, ou que la nouvelle nomenclature des emplois (NNE) pour la fonction publique d'État, la NEH permet d'observer finement l'emploi et les salaires par corps, grades et catégories de la fonction publique hospitalière.

Concepts utilisés dans les DADS et dans le SIASP

Poste : au sens des DADS – Grand format et du SIASP, un poste correspond à une personne dans un établissement. Les salariés ayant changé d'établissement au cours de l'année ou exerçant à temps partiel dans plusieurs établissements distincts ont donc plusieurs postes. Cette notion de poste permet ainsi de recenser l'ensemble des personnes en emploi (hors intérimaires) au cours d'une année, et de décrire cette période d'emploi (nombre d'heures travaillées, début et fin de la période d'emploi, durée de la période d'emploi). La durée du poste sert de

pondération dans le calcul du salaire moyen sur l'année des personnels à temps plein. À partir de la notion de poste et des variables de durée, on peut construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents le 31 décembre de l'année pour aboutir à une statistique d'effectifs, soit en rapportant le nombre d'heures travaillées d'un poste à la durée de travail réglementaire pour obtenir un volume d'activité en équivalent temps plein (ETP). Ainsi, la statistique de poste est plus générale que les notions d'effectifs de la SAE et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, par exemple, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, on recensera deux postes (un dans chaque établissement) dans les DADS – Grand format ou dans le SIASP, un seul finissant au 31 décembre. En revanche, au sens de la SAE, on recensera un seul emploi présent au 31 décembre, dans le second établissement. Avant la refonte de la SAE en 2013, les effectifs étaient comptabilisés comme le nombre de personnes physiques sous contrat en décembre, et les ETP étaient calculés pour les personnels rémunérés en décembre. À partir de 2013, on compte les effectifs comme le nombre de personnes physiques sous contrat au 31 décembre et les ETP sont des ETP moyens annuels (moyenne des ETP moyens mensuels). Par ailleurs, à partir de l'exercice 2011, le champ du SIASP et des DADS – Grand format est plus large que celui de la SAE. Le SIASP et les DADS – Grand format recensent l'ensemble des emplois des entités juridiques sanitaires, tandis que la SAE comptabilise le personnel des établissements sanitaires uniquement, à l'exclusion des emplois des établissements médico-sociaux et de formation dépendant d'entités juridiques sanitaires.

Condition d'emploi : un poste est dit à temps complet (ou à temps plein) dans le SIASP si le salarié effectue le nombre d'heures journalier conforme à la durée légale. Un poste est dit à temps partiel dans les autres cas (sous condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

Salaire net annuel moyen (SNA) : il est calculé à partir du revenu net fiscal disponible dans les sources en entrée des DADS – Grand format ou du SIASP. Il est net de toute cotisation sociale, y compris de la CSG (contribution sociale généralisée)

et de la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale). Pour chacun des postes, le salaire est donné en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à ce qu'aurait perçu le salarié s'il avait travaillé toute l'année à temps plein. Les moyennes sont obtenues en pondérant les salaires annualisés par les ETP, c'est-à-dire au prorata de la durée et de la quotité travaillées de chaque poste. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 euros compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 euros par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 euros compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 euros par an. Le salaire net annuel moyen correspond au salaire net moyen versé par les établissements.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des établissements de santé sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) pour les entités juridiques des hôpitaux publics, et par la société Altares pour les cliniques privées à but lucratif. Ces dernières déposent leurs liasses fiscales auprès des greffes des tribunaux de commerce. Pour les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), ce sont les données de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH, qui sont utilisées.

Données de consommation des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) de la liste en sus

Dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), un dispositif dérogatoire est prévu afin de garantir le financement des produits innovants et particulièrement onéreux, ce qui permet à la fois d'assurer la diffusion du progrès technique et de prendre en compte des profils de pathologie atypiques. Ces spécialités sont inscrites sur la liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite liste en sus. Les données de cette liste sur les médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) consommés par les établissements de santé proviennent du PMSI, et plus précisément du FichComp, fichier que tous les établissements de santé doivent produire et transmettre à l'ATIH.

Ces données contiennent le montant au prix d'achat et le nombre administré pour chaque code unité commune de dispensation (UCD), pour les médicaments, ou code liste des produits et prestations (LPP), pour les DMI.

Des données agrégées sur la consommation globale de médicaments et DMI de la liste en sus sont accessibles via le portail ScanSanté de l'ATIH, qui est une plateforme de restitution en ligne de données sur les établissements de santé. Ce portail, en accès libre, met à disposition des informations financières, d'activité, de qualité et de performance des établissements publics et privés sur les différents champs d'activités : MCO, HAD, SSR et psychiatrie. Mis en place en 2015, il succède au système national d'information sur l'hospitalisation (SNATIH).

Bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

Initié dans les années 1990 et généralisé au début des années 2000, le bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé (bilan LIN) a été piloté conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS), puis par la seule Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Le bilan LIN servait alors à établir le tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN), diffusé publiquement à partir de 2006. Le bilan LIN porte sur l'organisation, les

moyens et les actions de la lutte contre les infections, ou sur l'hygiène des mains. Il est saisi par les établissements de santé sur une plateforme dédiée de l'ATIH (bilan LIN). Le calcul de certains indicateurs s'appuie sur des données issues de la SAE. À l'issue de chaque recueil annuel, les agences régionales de santé (ARS) contrôlent les données dans 10 % des établissements concernés.

Les indicateurs du TBIN relatifs à l'année 2015 ont été intégrés aux indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la Haute autorité de santé (HAS). Le TBIN est renommé et devient le thème « Infections associées aux soins » (IAS) pour dépasser le cadre des infections strictement hospitalières, en cohérence avec le programme national de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS). ■

Dans cette publication, et sauf mention contraire, les données sur les capacités, quelle que soit la discipline, et les données sur les activités de psychiatrie et de soins de longue durée sont issues de la SAE. Les données sur l'activité de médecine, chirurgie obstétrique et odontologie, d'hospitalisation à domicile et de soins de suite et de réadaptation, les caractéristiques des séjours sont, elles, issues du PMSI-MCO, du PMSI-HAD et du PMSI-SSR. Les séances ne sont pas comptabilisées dans l'activité en hospitalisation complète ou partielle, de même que les consultations.