

Annexe 3

Les grandes sources de données sur les établissements de santé

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Description

Depuis 1975, il existe une enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en tant que telle a été mise en place en 1994, puis refondue en 2000 et en 2013. Les objectifs de ces refontes étaient de mieux répondre aux besoins des utilisateurs, d'améliorer la connaissance du système médical, de permettre une analyse localisée de l'offre de soins, de tenir compte de la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), notamment en intégrant les informations sur l'activité des établissements de santé qui y sont recueillies, afin d'alléger la charge de réponse des établissements. À l'occasion du millésime 2023, de nombreux bordereaux ont également été modifiés pour adapter l'enquête à la réforme concomitante des autorisations de soin.

La SAE permet de rendre compte de l'organisation des soins, de caractériser de façon 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 de bénéficier d'un recueil d'informations homogènes entre les secteurs public et privé. 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 ;
- personnel.

Les bordereaux concernant les activités de soins s'articulent autour de quatre parties : capacités, activité, équipements et personnel.

Champ

La SAE est une enquête administrative exhaustive et obligatoire effectuée auprès des établissements de santé publics et privés installés en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), incluant les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. 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.

Mode d'interrogation

Depuis la refonte de la SAE en 2013, l'interrogation est réalisée au niveau de l'établissement géographique pour les établissements publics et privés (à l'exception des établissements psychiatriques et de soins de longue durée)¹, alors qu'elle s'effectuait auparavant au niveau de l'entité juridique (EJ) pour les établissements publics. Depuis, certaines données d'activité, jusque-là déclarées par les établissements, sont préremplies au cours de la collecte de la SAE avec des données issues des programmes de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) et en hospitalisation à domicile (HAD), certaines étant modifiables par les établissements

1. Il existe deux exceptions pour les modalités de collecte : pour tous les établissements de psychiatrie, l'interrogation est groupée sur un seul représentant par entité juridique, en général par département ; pour les unités de soins de longue durée situées à la même adresse qu'une autre entité géographique déjà interrogée, et uniquement dans ce cas, l'interrogation est groupée avec celle de cette entité géographique.

dans le questionnaire SAE et d'autres non. Depuis la SAE 2016, les données d'activité sur les soins médicaux et de réadaptation (SMR) sont également préremplies à partir du PMSI-SMR.

Diffusion

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 Open Data de la Drees sous forme de bases de données. Dans le cadre de statistiques ou d'études, il est cependant recommandé d'utiliser les bases de données dites statistiques², qui ont pu bénéficier de retraitements statistiques ultérieurs.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (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 de la Santé. Depuis 2001, les informations issues du PMSI 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), rendu 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 médicalisé en psychiatrie (RIM-P) est instauré à partir de la fin 2006. Ces recueils portent sur l'activité suivie par séjour ou par semaine de prise en charge. Il est possible d'agrèger également des informations par patient grâce à une clé de chaînage (numéro anonyme permanent et unique attribué à chaque patient, établi à partir de son numéro de Sécurité sociale, de sa date de naissance, de son sexe, etc.), qui permet de faire le lien entre

les différentes hospitalisations d'un même patient. Les fiches 12, « Les patients suivis en psychiatrie » et 17, « Les parcours de soins hospitaliers » de cet ouvrage se limitent aux patients pour lesquels cette clé ne contient pas d'erreur.

Le PMSI-MCO

• Le recueil PMSI-MCO

Le PMSI-MCO recueille depuis 1997, 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. 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, d'une part en matière de caractéristiques médicales, et d'autre part en matière de durée de séjour. Les nomenclatures en cours pour le codage sont la classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10^e révision (CIM-10), éventuellement complétées par des extensions ATIH pour les diagnostics, et la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cet ouvrage utilise la version V2023 de la classification GHM. La nomenclature des GHM en V2023 comportant plus de 2 600 postes, des regroupements ont été effectués à l'aide d'une nomenclature élaborée par l'ATIH. Cette dernière consiste à rassembler les GHM en groupes d'activité, eux-mêmes rassemblés 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, les équipements et le personnel des établissements.

2. Ces bases de données sont disponibles sur le site de la Drees : https://data.Drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/708_bases-statistiques-sae/information/.

Cela permet également d'identifier les quelques établissements non répondants à l'une ou l'autre des deux sources. Certains des écarts constatés peuvent notamment s'expliquer par le fait que le champ du PMSI ne couvrirait pas totalement l'activité en MCO. Certains centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux et des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, entre autres, n'y répondaient pas. Jusqu'en 2009, un redressement était effectué à partir de la SAE, afin de compenser la non-réponse des établissements au PMSI-MCO. En raison 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 (T2A) 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 la base des séjours d'hospitalisation complète de plus d'un jour hors nouveau-nés restés auprès de leur mère, et en prenant en compte une durée d'un jour en cas de décès le jour de l'admission, comme dans 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 refonte de la SAE au début des années 2000 a eu notamment pour objectif d'harmoniser la mesure de l'activité entre le PMSI-MCO et la SAE. Pour les fiches de cet ouvrage se fondant sur le PMSI-MCO, l'ensemble des séances de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse, ainsi que les séjours concernant les nouveau-nés restés auprès de leur mère sont exclus des agrégats totaux d'activité³. Toutefois, à partir de l'édition 2021 de cet ouvrage, les volumes d'activité liés aux séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère sont affichés « à part » pour les rendre davantage visibles. La refonte de la SAE en 2013 a renforcé la convergence entre SAE et PMSI-MCO sur la mesure de l'activité, puisque les variables portant sur

l'activité en MCO dans la SAE sont depuis pré-remplies 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.

Hospitalisations à temps complet ou à temps partiel et hospitalisation de moins ou de plus d'un jour

Des différences notables existent entre la SAE et le PMSI-MCO sur les critères retenus pour la répartition des séjours selon les modes d'hospitalisation et les disciplines. Ainsi, dans la SAE, ce sont les moyens mis en œuvre qui définissent le mode d'hospitalisation. On parle d'hospitalisation complète lorsque le patient est accueilli dans une unité comprenant un hébergement, pour une durée généralement supérieure à un jour (et par conséquent dans un lit, même si le séjour dure moins d'un jour), et d'hospitalisation partielle quand elle mobilise une place pour une hospitalisation de jour, de nuit, ou encore d'anesthésie ambulatoire ou de chirurgie ambulatoire. Le typage des unités médicales du PMSI entre unités médicales d'hospitalisation complète et unités médicales d'hospitalisation partielle permet d'utiliser la répartition de l'activité du PMSI-MCO pour préremplir certaines variables d'activité de la SAE. Le critère retenu à partir du PMSI-MCO est de définir le mode d'hospitalisation en fonction de la durée constatée du séjour. Celle-ci est mesurée selon les dates d'entrée et de sortie. Si l'entrée et la sortie ont lieu le même jour, alors la durée est nulle et le séjour classé en hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et l'unité de prise en charge. Un séjour comportant au moins une nuit est classé en hospitalisation complète. C'est ce critère qui a été retenu dans cet ouvrage pour les fiches décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers.

3. À l'exception de la fiche 17 « Les parcours de soins hospitaliers », qui prend également en compte les séances de dialyse, chimiothérapie et radiothérapie, et qui inclut l'ensemble des nouveau-nés

Classification des séjours par discipline 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 par discipline 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 et odontologie). Un séjour est considéré comme « chirurgical » lorsque le lit est répertorié en chirurgie, même si le patient n'est pas opéré, et comme « médical » si le lit est recensé 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 qui se fonde là aussi sur le typage des unités médicales du PMSI entre unités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Dans les fiches de cet ouvrage décrivant spécifiquement les séjours hospitaliers, l'ambition est davantage de décrire les prestations délivrées au patient. Le classement retenu pour les séjours par discipline d'équipement correspond donc au calcul de l'activité de soins effectué par l'ATIH à partir du GHM du séjour. Si le séjour a pour catégorie majeure de diagnostic « obstétrique », il est classé en obstétrique. L'affectation se fait 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 est qualifié de médical. Les données du PMSI permettent de comparer les deux types de répartitions de l'activité entre hospitalisations complète et partielle d'une part, et MCO d'autre part (le critère de la SAE étant la localisation de l'activité dans l'unité médicale) [tableaux 1 et 2].

Le PMSI-SMR

Le PMSI-SMR, apparié par la Drees avec la SAE, permet de mesurer l'activité des structures exerçant des soins médicaux et de réadaptation

(SMR), et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients. Depuis l'entrée en vigueur, en juin 2023, d'une réforme des autorisations, la dénomination « soins médicaux et de réadaptation » (SMR) a remplacé celle de « soins de suite et de réadaptation » (SSR). Cette réforme instaure également une structuration des prises en charge autour de mentions spécifiques, qui définissent les types de prises en charge qu'un établissement est autorisé à proposer (« gériatrie », « locomoteur », etc.). Une nouvelle mention, appelée « polyvalent », est introduite pour encadrer les prises en charge qui ne relèvent pas d'une spécialité ciblée. Par ailleurs, la réforme crée une nouvelle modalité « cancer » (regroupant la mention « oncologie et hématologie » et une nouvelle mention « oncologie »), ainsi qu'une nouvelle modalité « pédiatrie » regroupant les deux nouvelles mentions « enfants et adolescents » (de 4 à 17 ans inclus) et « jeunes enfants, enfants et adolescents » (de 0 à 17 ans inclus). Dans l'ancien régime d'autorisations, la pédiatrie était traitée comme une modalité transversale pour chaque activité spécialisée ou non de SSR, elle devient désormais une modalité structurante à part entière. L'objectif est d'harmoniser les pratiques entre établissements et régions. L'ancien bordereau SSR a été conservé pour la SAE 2024. Dans le cas d'un établissement passé au nouveau régime de SMR courant 2024, ses données d'activité PMSI relatives aux nouvelles modalités de SMR ont été reclassées dans les anciennes activités de SSR les plus proches. Ainsi, les données d'activité de la nouvelle modalité « pédiatrie » ont, par exemple, été importées en tant qu'activité de SSR polyvalent enfant.

• Le recueil PMSI-SMR

Depuis 2003, le PMSI-SMR recueille, pour chaque semaine de prise en charge, des informations relatives au patient (sexe, âge, lieu de résidence, morbidité, degré de dépendance) et aux soins réalisés (actes médico-techniques et de rééducation-réadaptation). Les indications sur la présence des patients pour chaque journée de chaque semaine du séjour permettent de calculer des durées de séjour.

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 comorbidité.

La dépendance est recueillie à travers des variables mesurant le degré d'autonomie physique et d'autonomie cognitive des patients dans les actions de la vie quotidienne. Toutes ces informations composent le résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Elles permettent de classer les séjours 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 séjour 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.

Les nomenclatures utilisées sont la CIM-10 pour le codage des variables de morbidité, la CCAM pour les actes médico-techniques, et le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) pour les actes de rééducation et de réadaptation. Publié en 2012, ce dernier est utilisé depuis 2013 dans le PMSI-SMR, exclusivement pour décrire et coder l'activité des professionnels concernés dans les établissements ayant une activité de SMR.

Tableau 1 Répartition des séjours en fonction du lieu d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de l'activité réalisée en 2024

En milliers

Lieu d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Répartition des séjours en fonction de l'activité réalisée (via le regroupement de GHM)			
	Chirurgie	Médecine	Activité interventionnelle (techniques peu invasives)	Obstétrique
Chirurgie	5 615	853	2 445	45
Médecine	335	5 215	1 261	52
Gynécologie-obstétrique	163	656	34	998
Dialyse	0	2	1	0
Urgence	79	1 967	19	3

GHM : groupe homogène de malades.

Lecture > La majorité des séjours se déroulant dans une unité médicale de chirurgie sont accompagnés d'un acte de chirurgie (5 615 milliers) ou d'un acte interventionnel (2 445 milliers), mais 853 milliers sont des séjours de médecine et 45 milliers des séjours d'obstétrique.

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2024, traitements Drees.

Tableau 2 Répartition des séjours en fonction du mode d'hospitalisation issu du typage des unités médicales et de la durée effective du séjour en 2024

En milliers

Mode d'hospitalisation (issu du typage des unités médicales)	Nombre total de séjours	Nombre de séjours de plus d'un jour (avec nuitée)	Nombre de séjours de moins d'un jour (sans nuitée)
Hospitalisation complète (HC)	10 424	9 124	1 300
Mixte (HC/HP) ¹	672	420	252
Hospitalisation partielle (HP)	8 647	53	8 595

1. Lors du typage des unités médicales (UM) dans le PMSI, pour certaines UM, le mode d'hospitalisation n'est pas prédéfini comme « complet » ou « partiel » et la possibilité est laissée aux établissements de définir le mode d'hospitalisation de l'UM comme étant mixte. C'est le cas, par exemple, des unités de médecine gériatrique ou pédiatrique (UM 27 et 28).

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-MCO 2024, traitements Drees.

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

Sur le même principe que le PMSI-MCO, les données d'activité du PMSI-SMR sont comparées à celles de la SAE par la Drees, sur les capacités, les équipements et le personnel. Le premier niveau de cohérence vérifié est celui du nombre de structures exerçant une activité de SMR. En 2023, la couverture du PMSI-SMR est exhaustive. Par ailleurs, depuis 2013, les structures qui ne fournissent pas de recueil représentent un volume négligeable par rapport à l'activité totale de SMR, si bien que le PMSI ne fait plus l'objet d'une pondération pour corriger la non-réponse.

• Calcul de l'activité : mise en cohérence du PMSI-SMR et de la SAE

Jusqu'en 2014, des divergences existaient dans la manière de mesurer l'activité. En particulier, la SAE ne comptabilisait que les séjours commencés dans l'année, contrairement au PMSI, qui recense tous les séjours. Depuis 2015, la convergence entre SAE et PMSI-SMR sur les concepts d'activité a été assurée. Depuis 2016, les séjours et les journées de la SAE sont préremplis avec le PMSI-SMR.

Le PMSI-HAD

• Le recueil PMSI-HAD

Depuis 2005, le PMSI-HAD permet de mesurer l'activité des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et de disposer, chaque année, d'une description des caractéristiques des patients (sexe, âge et lieu de résidence), des diagnostics principaux et des traitements prescrits lors du séjour. 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, la Drees rapproche les données du PMSI-HAD de celles de la SAE, afin de mettre en regard les données d'activité du PMSI avec celles de la SAE sur les capacités, les équipements et le personnel des établissements. En 2023, la couverture

du PMSI-HAD est exhaustive. La refonte de la SAE en 2013 a permis de renforcer la convergence entre les deux sources sur les concepts d'activité. Depuis, les séjours et les journées de la SAE sont préremplis avec le PMSI-HAD.

Le PMSI-psychiatrie (RIM-P)

Mis en place en 2006, le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P), comparable au PMSI-MCO, permet de recueillir des informations standardisées, médicalisées et anonymisées par l'ATIH auprès de 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 prises en charge : le temps complet, le temps partiel et l'ambulatoire (consultations et soins externes). Le recueil repose sur la collecte de données relatives aux patients suivis par ces établissements (âge, sexe, pathologies, etc.) et à 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 ». Il est possible d'obtenir dans ce cadre un parcours, au sein du milieu hospitalier, caractérisé par un nombre donné de séquences, qui reflète la fragmentation des séjours et, dans une certaine mesure, l'interdépendance des séjours pour chaque patient. Les prises en charge ambulatoires sont décrites à travers des actes, en fonction de leur nature, du lieu de réalisation et du type d'intervenant.

Le SNDS et la base reste à charge (RAC)

• Le système national des données de santé (SNDS)

Le système national des données de santé (SNDS) permet de chaîner les données médico-administratives de chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie en France (y compris DROM), à partir de trois grandes sources de données :

- le système national d'information interrégimes d'assurance maladie (Sniiram), ou datamart de consommation interrégime (DCIR), qui contient

les données de remboursement de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire (hors Sénat et Assemblée nationale) ;

- le PMSI géré par l'ATIH (voir *supra*) ;
- les données statistiques relatives aux causes de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de santé et de la recherche médicale (Inserm).

• La base reste à charge (RAC)

La base reste à charge (RAC) est constituée par la Drees à partir des données du SNDS afin de produire, pour une année donnée, des informations synthétiques relatives à l'exhaustivité des dépenses de santé et aux restes à charge associés, regroupées par grands postes de soins. Le champ est semblable à celui du SNDS et porte sur l'ensemble de la population affiliée à l'ensemble des régimes obligatoires (hors Sénat et Assemblée nationale) et ayant consommé au moins un soin au cours de l'année considérée.

Cette édition du *Panorama* utilise le DCIR 2024 et la base RAC 2023 pour identifier les consultations externes des établissements de santé respectivement (sur le seul champ des établissements publics et privés à but lucratif pour le DCIR 2024) [voir fiche 04, « Les autres grandes prises en charge hospitalières »].

Les données sociales

• Les déclarations annuelles de données sociales (DADS)

Les déclarations annuelles de données sociales (DADS) constituaient une formalité déclarative commune aux administrations sociales et fiscales, que toute entreprise ayant employé au moins un salarié au cours de l'année devait 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).

Les données de 2016 sur les champs public et privé sont produites à partir des seules DADS, alors que celles de 2017 ont mobilisé essentiellement les déclarations sociales nominatives (DSN) sur le champ privé : les données utilisées pour 2017 sont donc issues pour partie de la DSN (environ 75 % des entreprises privées) et pour partie des DADS (environ 25 % des entreprises privées). Pour 2018, 1 % des données du champ privé proviennent des DADS ; ce nombre n'est plus que de 0,1 % pour 2019.

En 2022, conformément au décret n° 2016-611 du 18 mai 2016, les employeurs de la fonction publique ont basculé leur système de déclaration sociale en DSN. À cette occasion, ils ont pu revoir leurs systèmes d'information et de déclaration, et donc modifier potentiellement leurs comportements déclaratifs.

• La déclaration sociale nominative (DSN)

La déclaration sociale nominative (DSN) a progressivement remplacé la plupart des déclarations sociales, et notamment les DADS. Les données transmises mensuellement dans la DSN sont le reflet de la situation d'un salarié au moment où la paie a été réalisée. En complément, elle retrace les événements ayant eu un impact sur la paie (changement d'un élément du contrat de travail, fin du contrat de travail, maladie, maternité, etc.) au cours du mois concerné. Ainsi, la DSN rassemble les informations liées à la vie du salarié dans l'établissement (contrat de travail, rémunérations perçues, etc.).

• 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 à partir des déclarations sociales, 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, les données relatives à la FPH étaient traitées de la même manière que les données du secteur privé. Depuis 2009, elles font l'objet d'un traitement spécifique 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 avec précision l'emploi et les salaires par corps, grade et catégorie de la FPH.

• La base tous salariés (BTS)

Des contrôles et traitements statistiques sont appliqués aux données des déclarations sociales (DADS ou DSN) afin de transformer ces déclarations brutes en une information statistique pertinente pour l'analyse économique (contrôle d'exhaustivité, vraisemblance des données, qualité des codages de la catégorie socioprofessionnelle des salariés ou du lieu de travail). Le fichier statistique qui en résulte, après rapprochement avec le Siasp, s'appelle la base tous salariés (BTS) [auparavant DADS-grand format]. Il permet notamment d'observer l'emploi et les rémunérations versées dans les établissements de santé, publics ou privés.

Concepts utilisés dans la base tous salariés (BTS) et le Siasp

• Poste (fiche 08, « Les salaires dans le secteur hospitalier »)

Au sens de la base tous salariés (BTS), 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.

• Effectifs salariés hospitaliers (fiche 07, « Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier »)

Les données issues de la BTS ou du Siasp sont aussi mobilisées pour dénombrer les effectifs salariés, en personnes physiques, des secteurs

hospitaliers public et privé. Ces effectifs salariés correspondent au nombre de personnes physiques différentes occupant un poste au 31 décembre dans un établissement (identifié par son Siret) ayant pour activité principale le secteur des activités hospitalières. Dans le cas où un salarié occupe plusieurs postes dans ce champ, il n'est comptabilisé qu'une seule fois (seul son poste « principal » est retenu, à savoir le poste le plus rémunérateur).

Pour 2022, du fait de la bascule de la quasi-totalité des employeurs de la fonction publique vers la DSN, l'Insee a engagé une refonte des traitements statistiques réalisés sur l'emploi et les rémunérations des agents de la fonction publique, et en a ajusté les concepts. Les résultats publiés ne sont plus totalement comparables à ceux des publications réalisées sur les millésimes antérieurs. Le principal changement conceptuel lié à cette refonte est la prise en compte de la multiactivité à la fois dans les secteurs public et privé, ce qui permet de ne plus comptabiliser dans les effectifs de la fonction publique les agents qui travaillent principalement dans le secteur privé. En effet, dans les publications précédentes, le poste principal au 31 décembre d'un agent était déterminé parmi les postes actifs non annexes occupés au 31 décembre dans le secteur public uniquement. Désormais, le poste principal au 31 décembre d'un agent est déterminé parmi les postes actifs non annexes occupés au 31 décembre à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé. Ainsi, en 2022, environ 30 500 agents occupaient au moins deux postes actifs non annexes au 31 décembre, l'un dans le secteur public et l'autre, beaucoup plus rémunérateur, dans le secteur privé. Désormais, les postes occupés par ces agents dans le secteur public ne sont plus comptabilisés.

À partir de la notion de poste et des variables de durée, il est possible de construire des statistiques d'effectifs comparables à celles de l'enquête SAE, soit en sélectionnant les postes présents au 31 décembre de l'année pour aboutir à un nombre de postes de travail au sens de la SAE, 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). En revanche, la statistique de poste des déclarations sociales est plus générale que la notion de poste de travail de la SAE, et elle n'est pas directement comparable avec la SAE. Si, au cours d'une année, un agent à temps plein change d'établissement au bout de six mois, deux postes sont recensés (un dans chaque établissement) dans la BTS ou dans le Siasp, un seul finissant au 31 décembre. En revanche, au sens de la SAE, un seul poste de travail présent au 31 décembre est recensé dans cet exemple, celui du second établissement. Même au sein d'un établissement juridique donné, le champ de la BTS et du Siasp est plus large que celui de la SAE, puisque le champ de la SAE est restreint aux seules entités géographiques sanitaires, mais aussi aux seuls postes de travail sanitaires, alors que les données issues des déclarations sociales comptabilisent l'ensemble des postes de l'ensemble des établissements (sanitaires ou non) des entités juridiques sanitaires.

• **Condition d'emploi (fiche 08, « Les salaires dans le secteur hospitalier »)**

Un poste est dit à temps complet (ou à temps plein) 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 (à condition que le temps et la durée de travail ne soient pas négligeables).

• **Salaires net mensuel moyen (fiche 08, « Les salaires dans le secteur hospitalier »)**

Il est calculé à partir du revenu net fiscal annuel disponible dans les sources en entrée de la BTS ou du Siasp, divisé par douze pour correspondre à un salaire mensuel. Il est net de toute cotisation sociale, y compris de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Pour chacun des postes, le salaire est donné en équivalent temps plein (ETP), ce qui correspond à la somme qu'aurait perçue 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 d'emploi et de la quotité travaillée 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 de consommation des médicaments et dispositifs médicaux implantables 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 pathologies atypiques. Ces spécialités sont inscrites sur la liste des médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) facturables en sus des prestations d'hospitalisation, dite liste en sus. Les données de cette liste sur les médicaments et dispositifs médicaux implantables consommés par les établissements de santé proviennent du PMSI. 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.

Pour le secteur privé à but lucratif des champs MCO et HAD, les informations concernant les médicaments de la liste en sus comme ceux des médicaments sous autorisations d'accès précoce (AAP) ou compassionnel (AAC) sont remontées dans les factures « H » du PMSI. Pour le secteur public de ces mêmes champs, les données sont issues des fichiers ATIH dits « Fichcomp Med » (fichier complémentaire des médicaments onéreux), « DMIP » (table des dispositifs médicaux implantables) et « Medapac » (table des médicaments sous AAP ou AAC). Les données concernant les dispositifs médicaux (MCO) proviennent des factures « P » du PMSI. Les établissements de santé ont l'obligation de produire et transmettre ces fichiers à l'ATIH. Des données agrégées sur la consommation globale de médicaments de la liste en sus et des

DMI de la liste en sus sont accessibles *via* le portail ScanSanté de l'ATIH, plateforme de restitution en ligne de données sur les établissements de santé. Pour la fiche 23, « Les médicaments et dispositifs médicaux onéreux », la distinction entre secteurs public et privé à but lucratif ne repose pas sur leur statut juridique, mais sur leur mode de financement : le secteur public regroupe les hôpitaux publics et la quasi-totalité des établissements privés à but non lucratif ; le secteur privé à but lucratif regroupe les établissements de santé à but lucratif et le reste des établissements privés à but non lucratif.

Données comptables des établissements de santé

Les données comptables et financières des hôpitaux publics (fiche 25, « La situation économique et financière des hôpitaux publics ») sont fournies par la Direction générale des finances

publiques (DGFIP) sur la plateforme Diamant. Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics (extraction du 13 novembre 2025). Les données de la DGFIP sont croisées avec celles de la SAE, afin d'isoler certaines catégories d'établissements (Assistance publique-Hôpitaux de Paris, autres centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux).

Les données comptables et financières des cliniques privées (fiche 26, « La situation économique et financière des cliniques privées ») sont mises à disposition par la société Altares – D&B. Elles proviennent des liasses fiscales des cliniques privées, disponibles par numéro Siren, déposées auprès des greffes des tribunaux de commerce (extraction du 14 avril 2026). La SAE est mobilisée pour classer les établissements selon la nature de leurs activités. ■