

DREES MÉTHODES

N° 2 • juillet 2022

La base ARES : agrégats régionaux sur les établissements de santé

**Méthodologie de constructions de séries régionales
de la SAE depuis 2013**

Aurélie Delaporte, Gaëlle Gateaud, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde (DREES)

La base ARES : agrégats régionaux sur les établissements de santé

Méthodologie de constructions de séries régionales de la SAE depuis 2013

Aurélie Delaporte, Gaëlle Gateaud, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde (DREES)

Remerciements : Manuella Baraton, Alice Bergonzoni, Bénédicte Boisguérin, Claire Charavel, Marion Simon, Charline Sterchele, Thomas Vacher, Albert Vuagnat (DREES), Théo Damperon, Maxime Diaz (Ensaï), Claire Pages (Mazpiro)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

DREES MÉTHODES

N° 2 • juillet 2022

Synthèse La base ARES : agrégats régionaux sur les établissements de santé

**Méthodologie de constructions de séries régionales
de la SAE depuis 2013**

Aurélie Delaporte, Gaëlle Gateaud, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde (DREES)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

L'enquête SAE a été lancée pour la première fois en 1995 (pour l'exercice 1994). Elle concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DROM), y compris les structures qui ne font qu'un seul type d'hospitalisation (exemple : hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, etc.) ou qui ont une autorisation pour une activité de soins donnée. Sont également inclus les services pénitentiaires des établissements de santé et les secteurs militaires des établissements de santé. La SAE interroge les établissements de santé sur quatre grandes catégories d'information : capacités d'accueil (en lits, places, nombre de structures), volume d'activité (en séjours, journées, séances, actes, file active ou nombre de patients), équipements (imagerie, bloc opératoire, biologie, véhicules de secours) et personnels.

La SAE est de plus en plus mobilisée : elle alimente l'ouvrage annuel « Les établissements de santé » (collection Panorama de la DREES), mais aussi les travaux de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du Ministère ou des agences régionales de santé (ARS), et sert de source pour remplir les obligations internationales de la France en matière de production d'indicateurs statistiques sur le système de soins (Eurostat, OCDE et OMS). Depuis quelques années, une demande croissante d'utilisation de la SAE « en évolution » et plus seulement en niveau est ainsi apparue, conduisant la DREES à mettre en chantier une réflexion sur la meilleure manière de produire des séries temporelles fiables.

Plusieurs avancées ont permis la conduite de travaux de consolidation des bases statistiques de la SAE, présentés dans ce dossier méthodologique. La refonte de 2014 a permis une interrogation systématique à l'entité géographique, qui rend possible la production d'indicateurs localisés, notamment au niveau régional. Puis une « démarche qualité » a été conduite pour structurer et documenter une succession d'efforts de la DREES pour améliorer la production de la SAE rénovée. En particulier, la DREES a travaillé à améliorer la cohérence intertemporelle des résultats de la SAE, son processus de production n'étant pas initialement construit pour en inférer des évolutions totalement fiables. Toutes ces révisions conduisent finalement la DREES à re-publier l'intégralité des bases statistiques des SAE 2013 à 2020, dans une version corrigée qui annule et remplace les précédentes mises à disposition.

Ces travaux permettent la construction d'indicateurs régionaux plus fiables, dont l'analyse est robuste en niveau comme en évolution. Il a été décidé de ne pas inclure dans le champ de ces indicateurs les effectifs rémunérés par les établissements de santé (bordereaux Q20 à Q24 de la SAE rénovée. La DREES a en effet décidé, depuis 2020, d'assurer le suivi des évolutions de l'emploi salarié du secteur hospitalier non pas à partir de la SAE, mais à partir des données sociales (Charnoz et alli, 2020). La révision de l'ensemble des données fines sur plusieurs années a représenté une lourde charge de travail. De futurs travaux viseront à produire des séries longues consolidées avant 2013.

La DREES mettra donc désormais à jour chaque année la base dite ARES, pour « agrégats régionaux sur les établissements de santé ». Elle se compose de 21 agrégats répartis en 3 fichiers :

- **Nombre d'établissements de santé en France (3 agrégats)** : comprend des décomptes de nombres d'entités géographiques (au sens du répertoire Finess) disposant de capacités d'accueil en hospitalisation, ou d'autorisations de structure d'urgences ou de SMUR ;
- **Capacités et activité en MCO en France (8 agrégats)** : comprend des indicateurs de capacités d'accueil et d'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;
- **Capacités, activité et équipements hors MCO en France (10 agrégats)** : comprend des indicateurs de capacités d'accueil en psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD) et unités de soins de longue durée (USLD), et des indicateurs de nombre de salles de chirurgie.

Ce dossier illustre quelques-unes des utilisations qui peuvent en être faites. Dans sa dernière partie, il expose enfin les perspectives pour les prochaines années en matière de produits de diffusion issus de la SAE.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	2
■ DES EXIGENCES ACCRUES DE QUALITÉ	3
Une demande croissante de données interprétables en évolution	3
La démarche qualité : une montée en gamme par paliers	3
Des anomalies à corriger pour produire des séries longues fiables.....	4
■ LES CHANTIERS DE CORRECTION CONDUITS POUR FIABILISER LES BASES STATISTIQUES DE LA SAE	5
Grandes lignes de la méthode retenue pour corriger les bases statistiques.....	5
Chantier non-réponse : amélioration de la couverture des bases statistiques.....	5
Chantier psychiatrie : consolidation des réponses des établissements	6
Chantier médecine d'urgence : opération qualité sur les autorisations de soins	6
Bordereau Urgences.....	6
Bordereau SMUR-SAMU.....	7
Chantiers de capitalisation : maternités et soins critiques	7
Chantier de capitalisation : apurement des places d'oncologie et gériatrie	7
Chantier médecine ambulatoire : remise en qualité du partage HP / séances.....	8
Chantier mécaniques de calcul : corrections et améliorations des fonctionnalités de la chaîne de production des bases	10
Corrections de défaillances des outils de production des bases diffusées.....	10
Améliorations des fonctionnalités de la chaîne de production des bases.....	10
■ LA BASE DES AGRÉGATS RÉGIONAUX SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ 12	
Liste des agrégats régionaux des établissements de santé (ARES).....	12
Illustration des possibilités d'analyse offertes par la base ARES	13
Le suivi du « nombre de sites hospitaliers » et ses précautions d'emploi	13
L'évolution de la densité de lits d'hospitalisation complète dans les régions.....	15
L'évolution de la densité de places d'hospitalisation partielle dans les régions	16
Quelques évolutions de la médecine d'urgence dans les régions	18
■ PRODUITS DE DIFFUSION EN ROUTINE : ENGAGEMENTS DE PUBLICATIONS ET PERSPECTIVES	20
Mise en ligne de la base ARES et de bases statistiques corrigées	20
Les autres productions annuelles issues de la SAE et publiées en routine	20
Perspectives d'évolution des produits de diffusion de la SAE.....	21
Une nouvelle refonte de la SAE en 2025 pour intégrer la réforme des autorisations de soins	21
Un nouvel exercice de reprise des bases statistiques pourra être programmé ensuite	21
■ POUR EN SAVOIR PLUS.....	22
■ GLOSSAIRE	23
Annexe 1. La refonte de la SAE en 2014	25
Annexe 2. Les statistiques européennes sur la santé	26
Annexe 3. La démarche qualité de la SAE	28
Annexe 4. Arrêté du 9 septembre 2010 relatif à la SAE.....	33

■ INTRODUCTION

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. Les échanges d'informations entre les établissements de santé et l'État, dans lesquels s'inscrivent la SAE, sont régis par le code de santé publique depuis 1993¹. La SAE fait l'objet d'un arrêté au bulletin officiel du ministère². Depuis la SAE 2009, une circulaire annuelle précise le contenu et fixe les dates de fin de collecte de la campagne à venir.

La SAE concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France (métropole, DROM et COM de Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris les structures qui ne font qu'un seul type d'hospitalisation (exemple : hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, etc.) ou qui ont une autorisation pour une activité de soins donnée. Sont également inclus les services pénitentiaires des établissements de santé et les secteurs militaires des établissements de santé.

La SAE interroge les établissements de santé sur quatre grandes catégories d'information :

- Leurs capacités d'accueil, exprimées en lits, en places, en nombre de structures ;
- Leur activité, exprimée en séjours, en journées, en séances, en actes, en file active ou nombre de patients ;
- Leurs équipements (imagerie, bloc opératoire et salles d'intervention, biologie, véhicules de secours) ;
- Leurs personnels concourant à l'activité (approche volume de travail) et ceux rémunérés par l'établissement (approche contrats et rémunérations).

Cette enquête administrative constitue la colonne vertébrale du système d'information sur les établissements de santé. Elle permet en effet de mettre en relation l'ensemble des sources sur les établissements de santé utilisant le numéro Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) comme identifiant. Elle a fait l'objet de deux refontes depuis 1995 : la première en 2001 (pour la SAE 2000) et la seconde en 2014 (pour la SAE 2013).

La refonte de 2014 visait deux objectifs : assurer une plus grande cohérence du système d'information sur les établissements pour les utilisateurs ; aller vers une simplification du recueil des données pour les établissements (voir [Annexe 1](#)). En particulier, la stabilisation et la routinisation du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information, produit par l'ATIH) en a fait une source centrale de suivi de l'activité hospitalière, avec laquelle il était souhaitable d'articuler plus systématiquement la SAE. À l'occasion de cette refonte, les équipes de l'ATIH et de la DREES se sont donc largement rapprochées et coopèrent depuis plus étroitement, pour la collecte des données de la SAE mais aussi pour entretenir la cohérence des données de la SAE et du PMSI, avec une boucle qualité qui rétroagit *in fine* sur le PMSI.

En pratique, les deux évolutions majeures de cette refonte, outre l'évolution du contenu des questions, ont été :

- Interrogation systématique des établissements géographiques : avant la refonte, les établissements publics étaient interrogés uniquement à l'entité juridique, ce qui rendait difficile la localisation fine des capacités d'accueil et de l'activité.
- Pré-remplissage des données d'activité de la SAE par les données du PMSI, rendu possible par le fait que chaque établissement géographique remplit une SAE. Outre un allègement de la charge de collecte pour les établissements, ce pré-remplissage a permis de consolider la précision des données, en permettant des contrôles de cohérence entre capacités d'accueil et activité.

Ces avancées rendent désormais possible la localisation des données hospitalières, tout en ouvrant des perspectives de consolidation de la qualité des données. La construction d'indicateurs à un niveau régional robuste comme leur analyse en évolution sont donc une des avancées majeures permises par la refonte de 2014.

Ce document méthodologique a pour but de détailler la manière dont la SAE a permis de construire des agrégats régionaux dont les évolutions d'une année sur l'autre peuvent être utilisées de manière fiable pour rendre compte de l'évolution de l'offre de soins hospitaliers. Dans une première partie, les étapes de « montée en gamme » de l'enquête sont présentées, comme un préalable à la production systématique de séries longues à partir de la SAE. Dans une deuxième partie, les méthodes de vérifications et de correction des données de la SAE sont présentées, sous forme de « chantiers thématiques ». Une troisième partie rend compte de la liste des agrégats produits et illustre quelques-unes des utilisations qui peuvent en être faites. Enfin, une quatrième partie trace des perspectives pour les prochaines années en matière d'amélioration des produits de diffusion issus de la SAE.

¹ Décret n°93-328 du 12 mars 1993 relatif à l'échange d'informations entre les établissements de santé, l'État et les organismes d'assurance maladie et au système commun d'information de l'État et des organismes d'assurance maladie, et modifiant le code de la santé publique.

² Arrêté du 9 septembre 2010 relatif à la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'établissement de la statistique annuelle des établissements de santé.

■ DES EXIGENCES ACCRUES DE QUALITÉ

Une demande croissante de données interprétables en évolution

La SAE donne certes une image de l'état des lieux une année donnée, mais son processus de production ne permet pas *a priori* d'en inférer des évolutions totalement fiables. Même si l'équipe de production de la DREES reste attentive à la comparabilité dans le temps de certaines questions centrales (les lits et les places notamment), le questionnaire évolue en continu, avec parfois des ruptures conceptuelles, de définition ou de périmètre.

Or la SAE est de plus en plus mobilisée, dans de nombreux produits statistiques ou études. Au sein de la DREES, elle alimente ainsi chaque année les analyses publiées dans l'ouvrage « Les établissements de santé » (collection Panorama de la DREES). Parallèlement, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère en charge de la santé comme les agences régionales de santé (ARS) utilisent la SAE pour leurs besoins de suivi de l'offre de soins, dans leur rôle de régulateur.

La SAE sert également de source pour remplir les obligations de la France en matière de production d'indicateurs statistiques sur le système de soins : chaque année, Eurostat, l'OCDE et l'OMS récupèrent ainsi des données issues de la SAE. Cet usage de la SAE pour élaborer des statistiques européennes va prendre une acuité nouvelle l'an prochain : alors que les transmissions de données étaient jusqu'ici régies par un « gentlemen's agreement » engageant les pays européens, un règlement européen est désormais en cours de finalisation, qui devrait entrer en vigueur en 2023 ([Annexe 2](#)).

Depuis quelques années, une demande croissante d'utilisation de la SAE « en évolution » et plus seulement en niveau est ainsi apparue, conduisant la DREES à mettre en chantier une réflexion sur la meilleure manière de produire des séries temporelles fiables.

La démarche qualité : une montée en gamme par paliers

Suite à la dernière « revue par les pairs » de 2014, l'Insee a élaboré un plan d'action pour l'ensemble du système statistique public (SSP), avec pour objectif de développer plus systématiquement une démarche qualité et de se conformer de mieux en mieux au Code de bonnes pratiques de la statistique européenne. En tant que partie du SSP, la DREES s'est donc engagée à mettre en place une démarche qualité pour ses processus structurants, dont la SAE.

Pour l'équipe SAE, cela s'est traduit par un investissement spécifique sur ce sujet en 2018 et 2019. Une démarche qualité complète a été menée, qui a conduit à produire un certain nombre de documents-types : fiche d'identité du processus, analyse fournisseurs-utilisateurs, description fine du processus, analyse des risques et analyse de la qualité (voir [Annexe 3](#) pour une synthèse de cette démarche). En pratique, cet exercice a surtout conduit à structurer et documenter une succession d'efforts de l'équipe SAE pour améliorer la production de la SAE rénovée.

Les principales améliorations progressivement apportées à l'une ou l'autre des phases de travail sont les suivantes :

- SAE 2013 : introduction des « imports PMSI » pour MCO et HAD ;
- SAE 2014 : amélioration des définitions et des libellés de question pour mieux distinguer séances et hospitalisation partielle, évolution du mode d'interrogation des USLD situées à la même adresse qu'un autre établissement interrogé ;
- SAE 2015 : meilleur repérage des antennes de SMUR, qui remplissent désormais chacune une SAE propre, restriction des questions sur l'activité externe à la seule activité facturée pour permettre une vérification avec le PMSI ;
- SAE 2016 : introduction d'imports PMSI pour le SSR, mise à disposition de résultats agrégés par groupement hospitalier de territoires (GHT), systématisation de l'archivage dans un « fichier remords » des anomalies ponctuelles repérées après publication des bases statistiques ;
- SAE 2017 : premières réflexions sur la possibilité de réviser un jour les bases statistiques ;
- SAE 2018 : introduction de corrections de la non-réponse totale et partielle pour compléter les bases statistiques ;
- SAE 2019 : révision de la méthodologie de repérage automatique des anomalies (phase de validation des données administratives), introduction d'une question visant à mesurer le temps de remplissage de la SAE, formalisation des relations de travail avec l'équipe de l'ATIH pour sécuriser les imports PMSI, mise à disposition systématique de résultats localisés sur les lits de soins critiques.
- SAE 2020 : mise à disposition systématique de la liste de maternités en France, élaborée à partir de la SAE.

Des anomalies à corriger pour produire des séries longues fiables

Chaque année, l'exploitation des bases statistiques, notamment dans le cadre de la production du Panorama des établissements de santé, conduit à identifier quelques ruptures de séries, qui traduisent la persistance de petites anomalies. Ces anomalies sont souvent le fait d'erreurs déclaratives des établissements, soit sur l'année considérée, soit sur les années antérieures. À partir de 2018 (pour la SAE 2017), et dans la logique du démarrage de sa démarche qualité, l'équipe de production de la SAE s'est organisée pour effectuer un recensement systématique de ces petites erreurs ponctuelles.

En pratique, une « réunion d'arbitrage » est organisée en décembre entre l'équipe qui exploite pour le Panorama les bases statistiques (publiées fin octobre) et l'équipe SAE : elle permet d'examiner des cas d'évolutions atypiques et de décider conjointement s'il y a matière ou non à corriger³. Lorsque le diagnostic posé est celui d'une erreur, l'équipe SAE travaille à en identifier la cause et à proposer une valeur corrigée. Cette dernière est alors utilisée dans le Panorama. L'erreur et sa valeur corrigée sont documentées dans un « fichier remords » en vue d'un exercice de remise à plat à venir. Bien entendu, les réunions d'arbitrage sont également l'occasion d'identifier des contrôles supplémentaires à mettre en place lors de la collecte ou lors du passage des bases administratives aux bases statistiques.

Au total, ce nouveau « verrou » de qualité a permis ces dernières années de repérer trois grands types d'évolutions atypiques : des anomalies ponctuelles liées à des erreurs déclaratives des établissements ; des évolutions atypiques qui traduisent des évolutions du questionnaire ou du contexte juridique et institutionnel des établissements de santé ; des erreurs techniques ou calculatoires dans la chaîne de traitement de l'équipe de production, sans rapport avec la déclaration de l'établissement.

Des anomalies ponctuelles

Les méthodes de vérification et de recoupement mises en place ces dernières années offrent plusieurs occasions de relever des erreurs déclaratives ponctuelles des établissements :

- Lors de la phase de validation des données collectées (mai à juin N+1) : des établissements signalent s'être trompé en N ou les années précédentes, lorsqu'il leur est demandé de s'expliquer sur une évolution atypique entre N et N-1.
- Lors de la constitution des bases statistiques : un outil statistique liste automatiquement les évolutions atypiques entre N et N-1. Lorsque celles-ci proviennent manifestement d'une déclaration erronée pour N, elle est imputée. Mais il arrive que ce soit plutôt la donnée N-1 qui soit en cause (voire plusieurs années antérieures d'un coup).
- Lors de la réunion d'arbitrage : là encore, des évolutions atypiques sont examinées, pouvant conduire soit à relever une erreur en N, soit à relever une erreur en N-1 (voire plusieurs années d'un coup).

Dans les deux premiers cas, les erreurs en N sont directement corrigées en base (base administrative dans le premier cas, base statistique dans le second), et les erreurs N-1 (ou antérieures) sont documentées en « remords ». Dans le troisième cas, toutes les erreurs sont documentées en « remords ».

Des évolutions de questionnaire et de contexte juridique et institutionnel

Chaque année, l'accent est mis sur la mise en conformité des concepts et des définitions avec les dernières évolutions du cadre réglementaire et institutionnel, de manière à produire des données les plus utiles possibles aux acteurs du système de soins (ministère, ARS, établissements de santé, fédérations hospitalières). De même, les questions évoluent au gré des besoins de connaissance de ces acteurs. Cette façon de fonctionner peut conduire à des ruptures conceptuelles, souvent modestes par leur ampleur mais affectant la comparabilité dans le temps.

Quelques erreurs de production dont certaines corrections sont reportées faute de moyens

La chaîne de traitement de la SAE est un ensemble d'outils complexes, avec de nombreux procédés calculatoires qu'il faut parfois ajuster dans l'urgence, notamment en cas de remaniement profonds du questionnaire, d'ajustements demandés dans les produits de diffusion ou d'évolutions du contexte réglementaire. Citons par exemple comme points sensibles des outils :

- Le calcul automatique d'agrégats par somme sur plusieurs champs ou sous-champs ;
- La mise en cohérence automatique entre plusieurs bordereaux différents dont les totaux sont censés être identiques (par exemple pour le personnel rémunéré) ;
- La mise à disposition sur internet de produits de diffusion à jour, sans erreur d'appel des bonnes données dans les bonnes cases de l'outil.

³ Il n'est pas toujours évident d'identifier si un saut de valeur pour un établissement donné résulte d'une erreur déclarative ou bien d'un changement réel survenu sur le terrain. Et il n'est pas non plus toujours facile d'obtenir une réponse claire d'un établissement pour le savoir.

■ LES CHANTIERS DE CORRECTION CONDUITS POUR FIABILISER LES BASES STATISTIQUES DE LA SAE

Grandes lignes de la méthode retenue pour corriger les bases statistiques

Le travail dont ce document rend compte est le résultat de la prise en charge de toutes les anomalies relevées sur l'ensemble de la période 2013-2020. Il s'appuie largement sur le « fichier remords » mis en place en 2017 (pour les anomalies ponctuelles), mais aussi sur un travail de mise en cohérence dans le temps des concepts et des outils techniques. Il constitue le premier exercice de « re-publication des bases statistiques » de l'histoire de la SAE. Cette consolidation permet d'inférer de ces bases statistiques corrigées des séries longues fiables à un niveau régional.

En pratique, l'exercice repose sur trois types de travaux :

- **Prise en compte de chantiers structurels** : il s'agit de lister des chantiers méthodologiques transversaux appelant une reprise des données sur l'ensemble de la période 2013-2020 sur un axe donné de mise en qualité. Ces chantiers conduisent à construire un premier jeu de bases statistiques corrigées ;
- **Intégration de l'ensemble des corrections archivées dans le « fichier remords »** : il s'agit d'une étape plus « manuelle », où toutes les corrections individuelles sont intégrées aux bases statistiques corrigées ;
- **Vérification des agrégats régionaux obtenus** : il s'agit de construire les agrégats régionaux susceptibles d'être diffusés à l'issue de l'exercice, en plus des bases statistiques corrigées. Cette étape est itérative car elle donne lieu, lors de l'examen des séries, au repérage d'un ultime jeu de corrections ponctuelles à intégrer.

La révision de l'ensemble des données fines sur plusieurs années a représenté une lourde charge de travail, de l'ordre de 0,5 ETP pendant 3 années complètes. Concernant l'activité hospitalière, la DREES en fait le suivi et l'analyse à travers le PMSI pour la plupart des grandes disciplines, à l'exception des USLD pour lesquelles seule la SAE donne des informations. Pour cette raison, seule l'activité d'USLD a été examinée dans le cadre des travaux de révision des données et de construction de séries longues d'agrégats régionaux.

Enfin, il a été décidé de ne pas inclure dans le champ de ces travaux les données des effectifs rémunérés par les établissements de santé (bordereaux Q20 à Q24 de la SAE rénovée). La DREES a en effet décidé, depuis 2020, d'assurer le suivi des évolutions de l'emploi salarié du secteur hospitalier non pas à partir de la SAE, mais à partir des données sociales (Charnoz et alli, 2020). Les données de personnel de la SAE n'ont donc pas vocation à intégrer la base des séries longues d'agrégats régionaux.

Chantier non-réponse : amélioration de la couverture des bases statistiques

Chaque année, les bases administratives de la SAE ne contiennent que les réponses des établissements ayant « validé » leur SAE (statut « validé établissement »). Les établissements qui n'ont pas validé leur questionnaire mais ont renseigné une partie des données (statut « saisie en cours ») ainsi que ceux n'ayant pas saisi leur SAE (statut « non saisi ») ne sont pas présents dans les bases administratives.

Depuis la SAE 2018, ces établissements sont ajoutés en routine aux bases statistiques (lorsqu'il est possible de trouver des données validées sur les deux années précédentes) alors qu'ils ne l'étaient pas avant. Un chantier a donc été mené pour étendre ce dispositif aux SAE des années 2013 à 2017. Ceci permet d'améliorer la couverture de l'enquête dans les bases statistiques et de garantir une plus grande robustesse des évolutions temporelles analysées à partir d'agrégats de la SAE : ceci permet de faire disparaître les à-coups qui étaient parfois observés par le passé du simple fait de l'absence ponctuelle d'un établissement dans les bases administratives pour une année donnée alors qu'il était là le reste du temps.

Dans le détail, les retraitements sont les suivants :

- **Pour les établissements au statut « saisie en cours »** : les données complétées par l'établissement sont récupérées (ainsi que les données PMSI importées) et intégrées aux bases statistiques, et quelques données manquantes sur les principaux indicateurs (notamment les capacités d'accueil et les données de personnel) sont ajoutées en utilisant les données N-1 ;
- **Pour les établissements « non saisis »** : les données PMSI importées pour l'activité sont récupérées et les données manquantes sont imputées en utilisant, le plus souvent, les données N-1.

Sur l'ensemble de la période 2013-2020, 25 établissements géographiques seulement n'ont finalement pas été réintégrés. Ces cas ont été étudiés, puis validés en l'état, avec la typologie suivante :

- 6 établissements sortis du champ pour les SAE 2014 ou 2015 sans avoir jamais répondu avant : laissés à l'écart ;
- 9 établissements n'ayant jamais répondu ou ayant répondu une seule fois sur toute la période 2013-2020 : laissés à l'écart ;
- 3 établissements non répondants l'année de leur entrée dans le champ, mais répondant ensuite : la première année d'enquête est laissée vide car il arrive que la mise en action effective soit retardée par rapport à la date d'autorisation ;
- 5 établissements dont la réponse devient groupée avec celle d'un établissement de rattachement : les données étant déjà déclarées ailleurs, pas d'action de réintégration à mener ;
- 2 établissements sortant du fait de modifications (autorisations ou statut juridique) identifiées tardivement : laissés à l'écart.

Chantier psychiatrie : consolidation des réponses des établissements

Un travail spécifique sur l'ensemble des données d'activité et de capacité d'accueil du bordereau PSY a été conduit parallèlement au travail de l'équipe de production de la SAE. Il devrait conduire à la production de séries longues localisées pour les établissements de santé mentale de 2008 à 2019. Dans l'attente de l'aboutissement de ce travail, plusieurs améliorations ont été intégrées en routine pour la publication des bases statistiques corrigées à l'été 2022 :

- **Prise en charge des soins de santé mentale des détenus** : elle est réalisée par des unités spécialisées parfois difficiles à repérer ou que les établissements de santé peuvent oublier de documenter. Des vérifications ont été conduites sur toute la période pour les unités hospitalière sécurisées interrégionales (UHSI), les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), de manière à représenter le plus fidèlement possible la réalité. Des contrôles de cohérence sur la déclaration de l'activité ont accompagné ce travail de meilleur repérage : par exemple, si une entité géographique dispose d'une UHSA, elle est censée déclarer de l'activité et des capacités d'accueil pour la ligne « PEN » du questionnaire (prise en charge des détenus).
- **Psychiatrie hospitalière ambulatoire et secteur privé** : les cliniques privées (à but lucratif) ne doivent pas répondre à la partie « psychiatrie ambulatoire » du questionnaire. Lorsque des réponses de ce type apparaissaient malgré tout sur l'une des années entre 2013 et 2020, elles ont été supprimées.
- **Erreurs déclaratives affectant le bordereau BLOCS** : des établissements autorisés uniquement en psychiatrie renseignent parfois le bordereau BLOCS pour leur activité de sismothérapie⁴. Pourtant, cette activité ne doit pas être remontée par l'établissement de psychiatrie, mais par l'établissement de MCO qui pratique effectivement cette activité (la sismothérapie doit être effectuée dans un établissement MCO et ne peut l'être dans un établissement autorisé exclusivement en psychiatrie). Le bordereau BLOCS a donc été supprimé pour les établissements de psychiatrie concernés (groupes 05, 14 et 15).

Chantier médecine d'urgence : opération qualité sur les autorisations de soins

Bordereau Urgences

Sur la plupart des bordereaux, une vérification complète des autorisations détenues par les établissements a été conduite pour repérer des erreurs ou incohérences lors du travail de mise en qualité des bases statistiques. C'est particulièrement le cas pour les autorisations de médecine d'urgence détenues par les entités géographiques répondant à la SAE : elles ont fait l'objet d'une vérification systématique pour apprécier si les passages déclarés étaient ou non de véritables « passages aux urgences » et non des « prises en charge urgentes » réalisées dans un autre cadre réglementaire.

En particulier, plusieurs établissements de santé disposent de services de type « urgences spécialisées » (mains, dentaires, ophtalmologiques, cardiologiques, gynécologiques) qui ne sont pas régis par une autorisation de médecine d'urgence. Un travail a donc été réalisé pour retirer les réponses de ces établissements lorsque le cas n'avait pas été vu durant la collecte (ce qui reste le cas majoritaire). Il en va de même des « urgences maternité » qui sont du ressort du fonctionnement habituel de la maternité, et non des « passages aux urgences ».

⁴ La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (ECT) est mobilisée dans le traitement de la dépression sévère ou de la mélancolie profonde. Le principe consiste à faire passer un courant alternatif entre deux électrodes placées de part et d'autre du crâne, pour provoquer une convulsion et faire « décharger » plusieurs neurones, par la stimulation des centres à l'origine de crises d'épilepsie. Auparavant considéré comme brutal, ce traitement s'effectue aujourd'hui dans un environnement sécurisé, sur un patient ayant subi une anesthésie et un traitement par curare pour atténuer l'effet douloureux des secousses musculaires.

Il apparaît en outre dans les bases des bordereaux URGENCES des cas avec une autorisation de médecine d'urgence à « oui » (à tort) alors qu'il n'y a pas de capacité d'accueil ni d'activité. Ces cas sont à corriger. Ils proviennent du fait qu'un établissement qui n'a plus de service d'urgence ne pense pas forcément à le signaler : dans le bordereau URGENCES, les cases « oui / non » pour les autorisations détenues sont pré-remplies par la DREES à l'aide du référentiel Finess.

Enfin, plusieurs petites anomalies qui reviennent chaque année ont été aussi passées en revue et corrigées :

- Pour les urgences générales, la variable sur le nombre total d'hospitalisations présentait parfois un écart avec la somme des hospitalisations par discipline, probablement en raison d'une correction portée en base statistique sur une seule des disciplines sans recalculer la somme.
- Certains établissements ayant une autorisation d'urgences générales mais pas d'urgences pédiatriques déclarent parfois des passages aux urgences pédiatriques. Dans ces cas-là, comme durant le processus courant de validation des données collectées, les passages pédiatriques déclarés sont ajoutés aux passages aux urgences générales.
- Inversement, certains services disposant d'une autorisation d'urgences pédiatriques oublient d'en déclarer les passages. Il faut alors échanger avec le service concernés pour récupérer les données pédiatriques (qui sont parfois incluses dans les données des urgences générales déclarées dans la SAE).

Bordereau SMUR-SAMU

Là encore, les autorisations de SMUR et de Samu ont fait l'objet d'une vérification systématique. En particulier, le nombre de Samu (très stable dans le temps) et de SMUR a été décompté année après année pour assurer une cohérence dans le temps.

Par ailleurs, certains établissements ont renseigné avoir un SMUR mais n'ont pas indiqué le type de SMUR dont il s'agit. Lors du comptage des SMUR, les corrections ont été apportées en fonction des réponses de l'établissement l'année précédente ou l'année suivante. Là encore, des erreurs déclaratives avec des confusions entre SMUR général et pédiatrique sont possibles (mais plus rares).

Chantiers de capitalisation : maternités et soins critiques

Ces dernières années, deux catégories de travaux ont abouti à la mise à disposition, sur le site d'*open data* de la DREES, de deux jeux de données thématiques :

- [Les lits de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue en France](#) : dans le cadre de son appui aux équipes en charge de la gestion de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, la DREES a mobilisé la SAE pour dénombrer, par département et région, les lits de soins critiques en état d'accueillir des patients, tels que recueillis dans la SAE.
- [La liste des maternités en France depuis 2000](#) : suite à des demandes récurrentes de fournir une liste des maternités françaises à partir de la SAE, la DREES a entrepris la construction routinisée de cette liste, qui recense l'ensemble des maternités en France au 31 décembre en 2000 et chaque année de 2008 à 2020, leur adresse, nombre de lits et activité (nombre d'accouchements). Un établissement est inclus dans la liste pour une année donnée s'il possède au moins un lit et un type (1, 2a, 2b ou 3) au 31 décembre de cette année et s'il a effectué au moins un accouchement dans l'année.

Lors de l'élaboration de ces deux produits de diffusion spécifique, les équipes de la DREES ont repéré des anomalies sur les autorisations de soins et des incohérences de déclaration d'établissements, pour lesquelles des corrections ont été proposées. Un des chantiers a donc logiquement consisté à capitaliser sur ces investissements en ajoutant ces cas au « fichier remords ».

Chantier de capitalisation : apurement des places d'oncologie et gériatrie

Dans le cadre de la préparation du futur règlement d'application européen ([Annexe 2](#)), la DREES a travaillé sur la construction d'indicateurs du nombre de places d'hospitalisation partielle en oncologie et en gériatrie. Pour ce faire, les données SAE ont été confrontées à celle de l'activité réalisée dans les unités dédiées à ces prises en charge, telle que remontée dans le PMSI-MCO. Cet exercice a conduit à des redressements ponctuels de réponses de certains établissements, pour produire des indicateurs fiables en niveau comme en évolution. Là encore, un chantier de capitalisation sur ces avancées liées aux besoins des organismes internationaux a été traité, en alimentant le « fichier remords ».

Attention : dans la SAE, la notion d'unité dédiée (pédiatrie, gériatrie, oncologie) repose sur le fait que l'établissement a enregistré dans son PMSI une unité médicale (UM) de la spécialité concernée pour y affecter les séjours d'hospitalisation concernés. Dans le cas où l'activité est déclarée dans le PMSI-MCO comme étant réalisée dans une UM de médecine ambulatoire « générique », alors la SAE considère qu'il n'y a pas d'unité dédiée (même quand, sur le terrain, cette unité existe). C'est une

convention de travail structurante de la SAE, où le rôle des DIM (département d'information médicale, en charge de renseigner le PMSI) est capital pour que les remontées PMSI soient configurées pour rendre l'image la plus fidèle possible du terrain.

Chantier médecine ambulatoire : remise en qualité du partage HP / séances

Avec la refonte de la SAE et la mise en place des imports PMSI, les définitions ont été revues pour les prises en charge hospitalières de médecine sans nuitée, en distinguant plus nettement les hospitalisations de jour d'une part (HDJ de médecine, pour lesquelles des places et des séjours sont comptés) et les séances d'autre part, qui concernent notamment les prises en charge ambulatoires pour dialyse et traitement du cancer (radiothérapie et chimiothérapie). Les établissements de santé comme les imports PMSI⁵ ont toutefois mis du temps à s'adapter totalement aux nouveaux concepts. De ce fait, dans les SAE 2013 et 2014, il est fréquent que les établissements aient déclaré à tort comme des places d'HDJ de médecine des capacités d'accueil pour des séances. Cela s'est traduit par une surestimation des places d'HDJ de médecine en 2013 et 2014.

L'objectif de ce chantier était donc d'identifier et corriger les confusions de déclaration des places de médecine en 2013 et 2014. Des instructions plus explicites dans l'aide au remplissage fournie aux établissements de santé à partir de la SAE 2015 ont permis ensuite d'éviter ce phénomène. Sur les millésimes 2014, 2015 et 2016, beaucoup d'établissements ont d'ailleurs ajouté des commentaires sur le remplissage de leur nombre de places de médecine indiquant précisément que le changement d'instruction de remplissage est à l'origine du changement de déclaration par rapport à l'année précédente.

L'état des lieux a porté sur les données annuelles de la SAE de 2013 à 2017 des établissements ayant déclaré des places d'hospitalisation partielle de médecine : en 2013, 848 établissements géographiques sont ainsi concernés (sur 4 197 enquêtés). Les travaux de correction se sont appuyés sur les éléments suivants disponibles dans la SAE :

- Le nombre de séjours d'hospitalisation partielle importé du PMSI-MCO ;
- Le nombre de séances importé du PMSI-MCO ;
- Les autorisations de médecine détenues ;
- Les commentaires de l'établissement, accompagnant chaque année la saisie.

Au total, les données de près de 500 établissements géographiques ont été étudiées dans le détail, selon la méthodologie décrite dans le [tableau 1](#). La série obtenue après correction montre désormais une progression régulière du nombre de places d'hospitalisation partielle de médecine de 2013 à 2019 ([figure 1](#)).

⁵ Les imports PMSI ont été améliorés progressivement pour écarter des séjours de 0 jours qui étaient en réalité des séances.

Tableau 1 • Typologie des corrections conduites pour le chantier sur les places de médecine

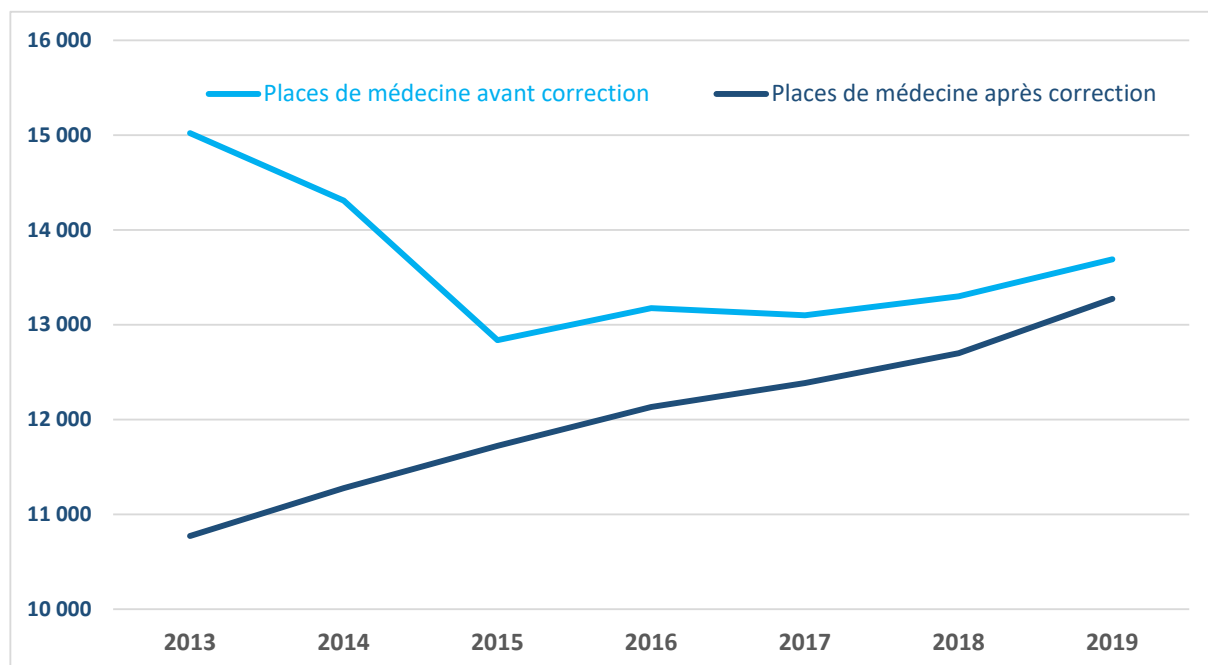
Groupe général	Groupe détaillé		Règle de correction	Nombre d'établissements géo. Concernés
Places M sans autorisation de médecine	1.1	Pas de séjours HP en M	Places mises à 0	8
	1.2	Séjours HP renseignés, le plus souvent endoscopies	Pas de correction	5
Places M avec autorisation de médecine, mais groupe de collecte incohérent ou atypique	2.1	Centre de dilayse	Places mises à 0	3
	2.2	Centre de chimiothérapie ou radiothérapie AVEC commentaires	Places mises à 0 ou réduites, selon le commentaire	15
	2.3	Centre de chimiothérapie ou radiothérapie SANS commentaires	Consultation mail des établissements concernés, puis traitement	7
Places M avec autorisation de médecine, mais pas de séjours HP en M sur au moins une année de 2013 à 2019	3.1	Pas de commentaires et série de places ou de séjours HP quasi vide ou nulle	Places mises à 0	6
	3.2	Pas de commentaires et série de places ou séjours HP variable	Pas de correction	16
	3.3	Commentaire confirmant les places M (endoscopies ou autre)	Traitement au cas par cas, avec impact éventuel sur les places de chirurgie	9
	3.4	Commentaires de collecte	Places mises à 0 ou réduites, selon le commentaire	50
Places M avec autorisation de médecine, il existe des séjours HP en M, mais commentaires indiquant une confusion avec les séances ou C	4.1	Commentaires clairs sur une confusion avec séances ou autres	Suivre la correction du commentaire	142
	4.2	Commentaire sur une confusion mais correction non univoque	Traitement au cas par cas, avec impact éventuel	26
	4.3	Confirmation de places dédiées	Pas de correction	14
Places M avec autorisation de médecine, des séjours HP en M, bon groupe d'interrogation, aucun commentaire, mais baisse des places en 2014 2015	5.1	Série de places constante à partir de 2015-2016, chiffres de séjours assez constants	Retropolation à niveau constant à partir de celui observé en 2015 ou 2016	32
	5.2	Série de places constante à partir de 2015-2016, chiffres de séjours inconstants	Retropolation à niveau constant à partir de celui observé en 2015 ou 2016	10
	5.3	Série quasi vide ou nulle sauf une valeur en 2013 ou 2014	Mise à zéro de la valeur aberrante	20
	5.4	Baisse très observée très faibles	Pas de correction	59
	5.5	Pas de profil clair	Traitement au cas par cas	19
	5.6	Série très partielle (1 ou 2 données seulement sur la série)	Pas de correction	18
	5.7	Commentaire de saisie univoque	Pas de correction	9
Cas particuliers des impacts croisés M et C	6		Examen détaillé cas par cas	10
Nombre de cas étudiés				478
Nombre de cas corrigés				286

M : médecine ; C : chirurgie ; Commentaires : commentaires renseignés par les établissements de santé sur le site de collecte de la SAE.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy classés avec la Guadeloupe), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2013 à 2019, traitements DREES.

Figure 1 • Nombre total de places d'hospitalisation partielle de médecine en France, avant et après correction



Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy classés avec la Guadeloupe), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2013 à 2019, traitements DREES.

Chantier mécaniques de calcul : corrections et améliorations des fonctionnalités de la chaîne de production des bases

Corrections de défaillances des outils de production des bases diffusées

Durant les travaux d'intégration des remords et de vérification des impacts sur les agrégats régionaux et nationaux, plusieurs petites anomalies ont été repérées dans les outils :

- Bordereau ID : plusieurs éléments ont été repris pour vérifier et consolider des variables pré-remplies à l'aide du référentiel Finess (statut juridique STJ, statut juridique regroupé STJR, groupe d'interrogation GRP, code commune Insee COMINSEE, code région REG) qui étaient parfois manquantes dans les bases diffusées ;
- Bordereau DIALYSE : plusieurs calculs automatiques de sommes de séances ont été introduits progressivement, puis consolidés. Un travail a été fait pour vérifier et corriger les calculs des totaux de séances sur toute la période 2013-2020 ;
- Bordereau SSR : une erreur a été repérée dans la constitution des bases de données à diffuser, avec un décalage d'une ligne dans la restitution des résultats. La chaîne de production a été corrigée, ainsi que toutes les bases statistiques sur la période 2013-2020.

Améliorations des fonctionnalités de la chaîne de production des bases

Dans la SAE 2016, deux nouvelles variables REG_DIFF et DEP_DIFF ont été ajoutées pour les cas où le département et la région de l'établissement interrogé sont différents de ceux du ou des établissements pour lesquels il répond (cas de la psychiatrie). Par exemple, un établissement de psychiatrie d'Ile de France qui répond pour des établissements de Bretagne. Cette variable a été reconstruite aussi pour les SAE 2013 à 2015.

Tableau 2 • Liste des fichiers SAE ayant été corrigés, par rapport aux bases statistiques diffusées jusqu'à fin 2021

Table	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
BIO	X	X	X	X	X	X	X	
BLOCS	X	X	X	X	X	X	X	X
BLOCS_P	X	X	X	X	X			
BRULES								
BRULES_P	X	X	X	X	X			
CANCERO	X	X	X	X	X	X	X	X
CHIRCAR	X	X	X	X	X		X	X
CHIRCAR_P								
COVID19								
DIALYSE	X	X	X	X	X	X	X	
DIALYSE_P								
DOULEUR		X		X		X		X
FILTRE	X	X	X	X	X	X	X	X
FIN								
HAD	X	X	X	X	X	X	X	
HAD_P			X					
ID	X	X	X	X	X	X	X	X
IDB	X	X	X	X	X	X		
IMAGES	X	X	X	X	X	X	X	X
IMAGES_P	X	X	X	X	X	X		X
INFOMED	X	X	X	X	X	X		X
MCO – MCOGER	X	X	X	X	X	X	X	X
MCOAVC								
MCOPED		X	X	X				
NEUROCHIR		X						
NEUROCHIR_P								
ORG	X	X	X	X	X	X		X
PALIA	X		X		X		X	
PERINAT	X	X	X	X	X	X	X	
PERINAT_P	X							
PHARMA	X	X	X	X	X	X		X
PN	X	X	X	X	X	X	X	X
PSY	X	X	X	X	X	X	X	X
PSY2	X	X	X	X	X	X		X
Q20	X	X	X	X	X	X	X	
Q21	X	X	X	X	X	X	X	
Q22	X	X	X	X	X	X		
Q23	X	X	X	X	X	X	X	
Q24	X	X	X	X	X	X	X	
Q25 – Q26	X	X	X	X				
REA	X	X	X	X	X	X	X	X
SMURSAMU	X	X	X	X	X	X	X	
SMURSAMU_P		X	X	X				
SSR	X	X	X	X	X	X	X	
SSR_P	X		X	X	X			
SSR2	X	X	X	X	X			
ST			X	X	X	X		
STB	X	X	X	X	X	X	X	X
TELEMED	X	X	X	X	X	X		X
URGENCES	X	X	X	X	X	X	X	X
URGENCES_P	X	X	X	X	X	X	X	X
URGENCES2	X	X	X	X	X	X	X	X
USLD	X	X	X	X	X	X		
USLD_P		X	X					

Corrigé	Non corrigé	Absent
X		

Légende : les tables suffixées « _P » sont les tables contenant uniquement des données de personnels concourant à l'activité.

LA BASE DES AGRÉGATS RÉGIONAUX SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Liste des agrégats régionaux des établissements de santé (ARES)

Le travail de reprise systématique des réponses individuelles des établissements pour apporter des corrections fines à l'ensemble des bases statistiques de la SAE de 2013 à 2020 conduit d'abord à disposer de bases corrigées avec une plus-value immédiate pour les utilisateurs de la SAE : celles-ci remplacent à l'été 2022 les bases précédemment publiées, permettant aux utilisateurs d'accéder à des données de bien meilleure qualité, en termes de cohérence intertemporelle notamment.

Il a aussi permis à l'équipe en charge de la SAE de produire des séries longues sur de nombreux agrégats identifiés comme ayant un intérêt prioritaire pour les utilisateurs institutionnels de la SAE (DREES, ARS, DGOS, ATIH, etc.). Pour limiter la charge de travail, et parce qu'il n'était pas possible de vérifier la qualité des séries produites pour un grand nombre d'indicateurs, l'attention a été portée dans un premier temps sur les agrégats prioritaires au regard des deux critères suivants : ceux dont les évolutions sont systématiquement commentées dans l'ouvrage annuel de la DREES « Les établissements de santé » (collection Panorama-Santé de la DREES) ; ceux qui sont mobilisés pour alimenter les livraisons Eurostat ([annexe 2](#)).

La « base ARES » (agrégats régionaux sur les établissements de santé) se compose finalement de 3 fichiers ([tableau 3](#)) :

- **Nombre d'établissements de santé en France (3 agrégats)** : comprend des décomptes de nombres d'entités géographiques (au sens du répertoire Finess) disposant de capacités d'accueil en hospitalisations, ou de structures autorisées d'urgences ou de SMUR ;
- **Capacité et activité en MCO en France (8 agrégats)** : comprend des indicateurs de capacités d'accueil et d'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ;
- **Capacité, activité et équipements hors MCO en France (10 agrégats)** : comprend des indicateurs de capacités d'accueil en psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD) et unités de soins de longue durée, et des indicateurs de nombre de salles de chirurgie.

Tableau 3 • Liste des agrégats régionaux sur les établissements diffusés dans la base ARES issue de la SAE

Agrégat	Sous-agrégats	Bordereau	Case(s)*
Fichier « Nombre d'établissements de santé en France »			
Nombre d'entités géographiques	Public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif	MCO, PSY, SSR, USLD	D1, D6 / A9, G9, H9 / B22, C22 / A1
Nombre de structures d'urgences autorisées	Ensemble des structures, dont structures pédiatriques	URGENCES	A2, A4
Nombre de structures de SMUR autorisées	Ensemble des structures, dont structures pédiatriques	SMURSAMU	A2, A4
Fichier « Capacités et activité en MCO en France »			
Nombre de lits d'hospitalisation complète (HC) en MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique	MCO	A1, B1, C1 et D1
Nombre de journées-lits exploitables d'HC en MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique	MCO	A2, B2, C2 et D2
Nombre de lits de médecine gériatrique (HC)		MCO	A42
Nombre de places d'hospitalisation partielle (HP) en MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique	MCO	A6, B6, C6 et D6
Nombre de places de médecine gériatrique (HP)		MCO	B42
Nombre total de séances	Chimiothérapie, radiothérapie externe, curiethérapie / irathérapie, dialyse	CANCERO, DIALYSE	A10, A15, A16 / C4 à C10, C20
Nombre total de passages aux urgences	Urg. générales, urg. pédiatriques	URGENCES	A18, A28
Nombre total de sorties SMUR		SMURSAMU	A17

* : le repérage des numéros de case du questionnaire de la SAE 2021 est donné à titre d'exemple.

Tableau 3 • Liste des agrégats régionaux sur les établissements diffusés dans la base ARES issue de la SAE

Agrégat	Sous-agrégats	Bordereau	Case(s)*
Fichier « Capacités, activité et équipements hors MCO en France »			
Nombre de lits d'hospitalisation temps plein (HTP) en psychiatrie		PSY	A9
Nombre de journées d'HTP en psychiatrie		PSY	B13
Nombre de places d'hospitalisation de jour (HDJ) en psychiatrie		PSY	G9
Nombre de venues en HDJ de psychiatrie		PSY	I13
Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD		HAD	A10
Nombre de lits en USLD		USLD	A1
Nombre de journées en USLD		USLD	A2
Nombre de lits d'hospitalisation complète (HC) en SSR	Adultes, enfants	SSR	B1, B12, B22
Nombre de places d'hospitalisation partielle (HP) en SSR	Adultes, enfants	SSR	C1, C12, C22
Nombre de salles de chirurgie	Chirurgie conventionnelle, Chirurgie ambulatoire	BLOCS	A7, C7

* : le repérage des numéros de case du questionnaire de la SAE 2021 est donné à titre d'exemple.

Illustration des possibilités d'analyse offertes par la base ARES

NB : la crise sanitaire s'est traduite par des évolutions très atypiques des agrégats hospitaliers en 2020 (et 2021), que ce document ne vise pas à commenter. L'exercice d'illustration proposé ici se centre donc sur la séquence 2013-2019.

Le suivi du « nombre de sites hospitaliers » et ses précautions d'emploi

La base ARES propose un fichier qui décompte, pour chacune des régions, le nombre d'établissements de santé : il s'agit du nombre d'entités géographiques issu du répertoire Finess titulaires d'une ou plusieurs autorisations de soins et disposant de capacités d'accueil en hospitalisation complète ou partielle (au moins un lit ou une place). Les centres de dialyse et de radiothérapie ne sont donc pas comptabilisés.

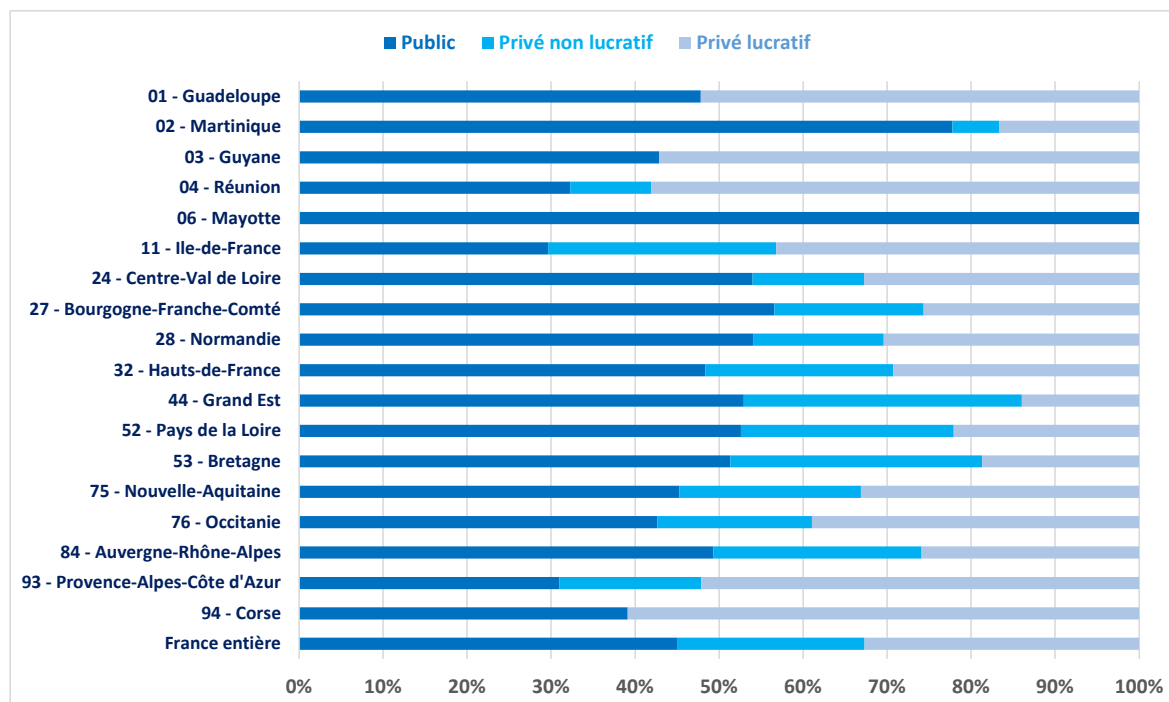
La répartition du nombre d'entités géographiques hospitalières par statut juridique est très variable d'une région à l'autre (*figure 2*). La part des entités publiques varie ainsi, au 31 décembre 2019, de 31 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [88 entités publiques sur 284 tous statuts confondus] à 78 % à la Martinique (14 des 18 entités sont publiques). Mayotte est à part, avec une unique entité géographique publique immatriculée dans Finess.

Le nombre d'entités géographiques disposant de capacités d'accueil hospitalières a reculé de 3,8 % entre fin 2013 et fin 2019, et cette baisse s'observe dans toutes les régions (*tableau 4*). Deux régions font exception : Mayotte, qui ne dispose que d'un unique hôpital public sur toute la période, et la Guadeloupe qui dispose d'une entité géographique publique de plus fin 2019 par rapport à fin 2013, le nombre d'entités géographiques privées y ayant été stable pendant ce temps.

Il est tentant d'assimiler ces décomptes à un « nombre de sites hospitaliers » dans une perspective d'analyse localisée de l'offre de soins. Sans que cet usage soit complètement fallacieux, il faut toutefois garder en tête quelques précautions d'usage, liées principalement au mode de collecte de la SAE :

- Il est possible que deux entités géographiques ou plus voisinent à la même adresse, chacune répondant à la SAE. Ce phénomène tend à surestimer le nombre de sites géographiques hospitaliers distincts. En se limitant aux entités géographiques déclarant au moins un lit ou une place, le risque semble toutefois modeste.
- À l'opposé, pour les établissements de santé mentale, la SAE collecte des informations regroupées, avec un unique répondant pour toutes les entités géographiques d'une même entité juridique situées dans le même département. Ceci tend à sous-estimer largement le nombre de sites géographiques de santé mentale. Pour la SAE 2019 par exemple, 612 entités géographiques ont répondu et sont donc dénombrées dans la base ARES. Mais ces répondants couvrent les réponses de près de 4 800 entités géographiques. Certaines de ces structures peuvent à leur tour coordonner de plus petites structures de psychiatrie ambulatoire éparpillées pour se rendre proche des patients (CMP, CATTP notamment), si bien que le nombre de lieux de prise en charge peut approcher les 7 600 structures.

Figure 2 • Répartition du nombre d'entités géographiques hospitalières par statut juridique au 31 décembre 2019



Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy classés avec la Guadeloupe), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2013 à 2019, traitements DREES.

Tableau 4 • Évolution du nombre d'entités géographiques par statut juridique entre fin 2013 et fin 2019 (en %)

Région	Public	Privé à but non lucratif	Privé à but lucratif	Ensemble
01 - Guadeloupe	10,0	0,0	0,0	4,5
02 - Martinique	-17,6	0,0	-25,0	-18,2
03 - Guyane	50,0	-100,0	33,3	16,7
04 - Réunion	0,0	50,0	12,5	10,7
06 - Mayotte	0,0	0,0	0,0	0,0
11 - Île-de-France	-4,8	-4,4	-4,4	-4,6
24 - Centre-Val de Loire	-6,2	15,4	-14,0	-6,6
27 - Bourgogne-Franche-Comté	-11,3	3,8	-2,5	-6,7
28 - Normandie	-3,6	-4,2	0,0	-2,6
32 - Hauts-de-France	-4,0	-1,8	-1,4	-2,8
44 - Grand Est	-4,6	-2,2	-7,3	-4,2
52 - Pays de la Loire	-5,8	5,4	-5,6	-3,1
53 - Bretagne	-8,3	4,7	-12,5	-5,7
75 - Nouvelle-Aquitaine	-6,3	8,5	-7,5	-3,9
76 - Occitanie	3,0	-9,2	-2,3	-1,5
84 - Auvergne-Rhône-Alpes	-3,7	-9,0	-2,1	-4,7
93 - Provence-Alpes-Côte d'Azur	-5,4	-5,9	0,0	-2,7
94 - Corse	0,0	0,0	-6,7	-4,2
France entière	-4,6	-2,2	-3,6	-3,8

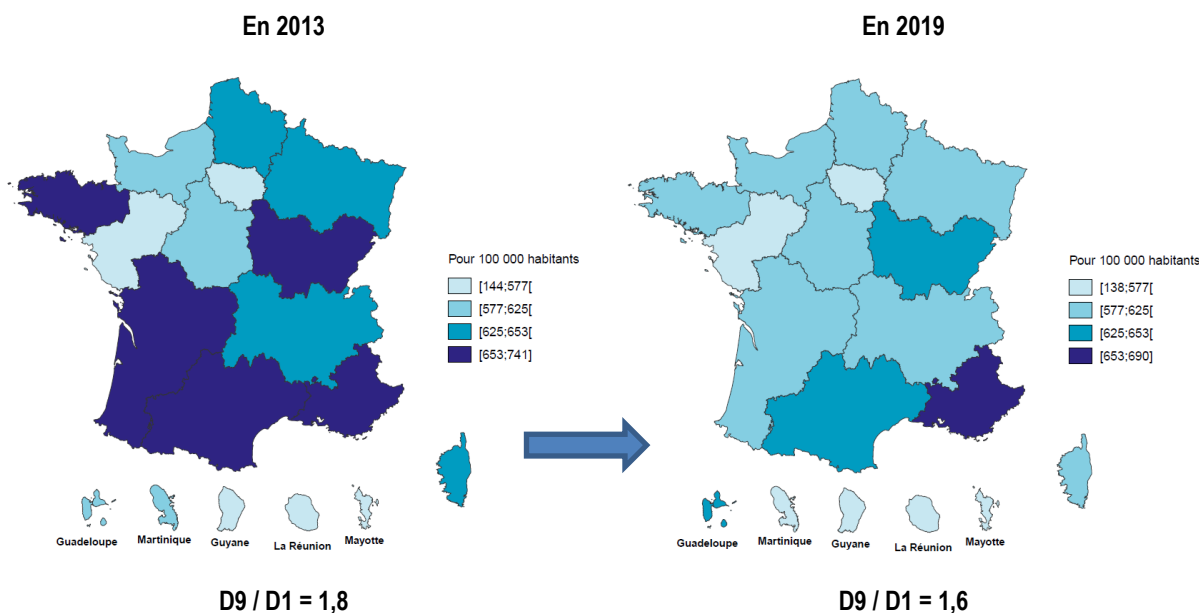
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy classés avec la Guadeloupe), y compris le SSA.
Sources > DREES, SAE 2013 à 2019, traitements DREES.

L'évolution de la densité de lits d'hospitalisation complète dans les régions

Les données de la base ARES permettent d'étudier les évolutions des capacités d'accueil hospitalières au niveau régional. Au niveau national, le nombre de lits a reculé régulièrement, si bien que la densité de lits d'hospitalisation complète (toutes disciplines confondues) pour 100 000 habitants est passé de 630 lits fin 2013 à 584 lits fin 2019 (-7,4 %). Cette baisse est observée dans toutes les régions (**cartes 1**), à l'exception des deux régions où cette densité progresse : La Réunion (+7,8 %) et la Guadeloupe (+1,7 %).

Durant toute la période d'étude, la densité la plus faible est observée à Mayotte et la plus forte est observée en Paca, avec un rapport de 1 à 5 entre ces deux extrêmes. Toutefois, les disparités de densité de lits entre régions se sont légèrement réduites entre fin 2013 et fin 2019, comme en témoigne le rapport interdécile⁶ qui passe de 1,78 à 1,64⁷.

Cartes 1 • Densités régionales de lits d'hospitalisation complète aux 31 décembre 2013 et 2019



D9/D1 : rapport interdécile. D9 représente le 9^e décile : 90 % des régions ont une densité de capacités d'accueil inférieure à cette valeur. D1 représente le 1^{er} décile : 10 % des régions ont une densité de capacités d'accueil inférieure à cette valeur.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy classés avec la Guadeloupe) y compris le SSA. Disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), psychiatrie en hospitalisation à temps plein, soins de suite et de réadaptation (SSR) et soins de longue durée.

Sources > DREES, SAE 2013 et 2019 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2013 (2014 pour Mayotte) et au 1^{er} janvier 2019 ; traitements DREES.

Ce type d'analyse peut se décliner pour plusieurs disciplines spécifiques, comme par exemple les lits d'hospitalisation complète des unités de gériatrie⁸, dont le maillage territorial constitue un des enjeux de l'offre de soins dans un contexte de vieillissement de la population. Les capacités d'accueil des unités de gériatrie tendent logiquement à progresser, contrairement à la tendance observée dans les autres disciplines. Au niveau national, la densité de lits des unités de gériatrie pour 100 000 habitants est passé de 176 lits fin 2013 à 206 lits fin 2019 (+17,3 %). Ce mouvement s'observe dans toutes les régions de France métropolitaine (**cartes 2**). Dans les DROM, la situation est plus disparate : si des unités de médecine gériatriques sont apparues en Guadeloupe (où elles n'existaient pas en 2013), ce n'est pas le cas à Mayotte où elles demeurent inexistantes. En Martinique et à La Réunion, la densité de lits de gériatrie a reculé de près d'un quart entre fin 2013 et fin 2019.

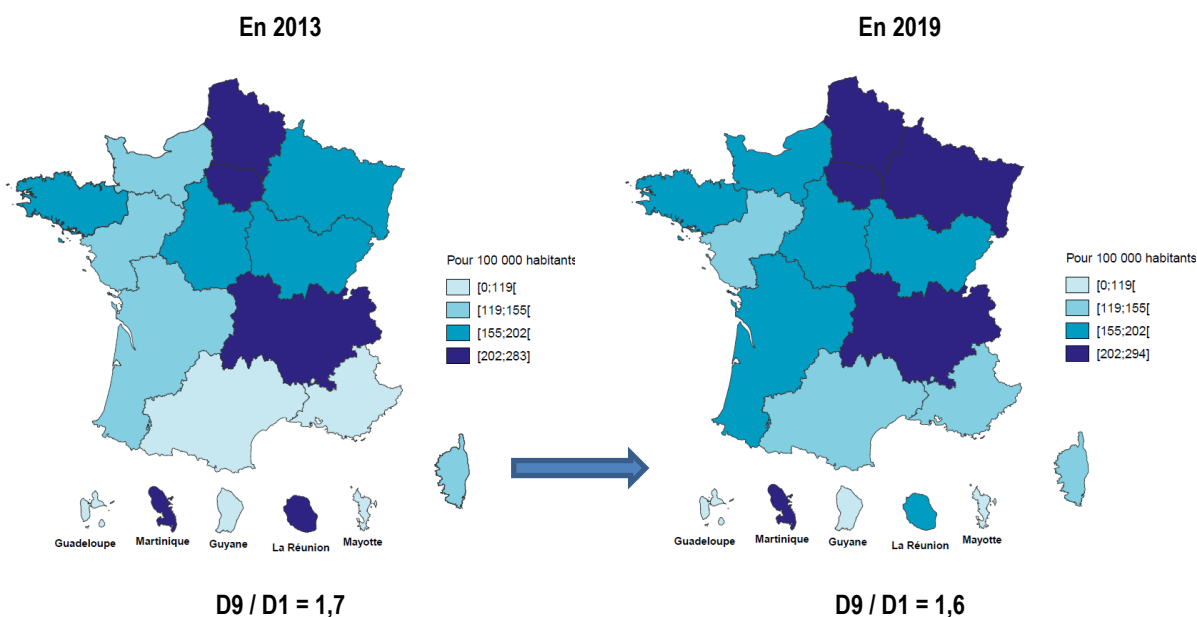
⁶ Le rapport interdécile permet de mesurer les inégalités d'une distribution. Le rapport des déciles D9/D1 met en évidence l'écart entre le haut (9^e décile) et le bas de la distribution (1^{er} décile).

⁷ Le rapport interdécile est utilisé ici par analogie avec d'autres publications de la DREES décrivant les inégalités territoriales d'offre de soins. Toutefois, appliqué aux 18 régions françaises, cela revient en pratique à comparer la valeur de la 17^e région à celle de la 2^e région. Les deux régions ayant la valeur la plus basse et la plus élevée sont écartées pour apprécier l'éventail de dispersion sans être perturbé par les cas les plus atypiques.

⁸ Dans la SAE, ce ne sont pas les lits de gériatrie qui sont repérés, mais les lits des unités de gériatrie, telles que déclarées dans le PMSI-MCO : les capacités d'accueil en gériatrie des unités de médecine sont déclarées comme spécialisées en gériatrie dans le PMSI ne sont donc pas décomptées. En tout état de cause, le chiffre de la SAE propose donc un minorant des capacités totales d'accueil en médecine gériatrique.

C'est en Martinique que les capacités étaient les plus élevées fin 2013 (282 lits pour 100 000 habitants), mais c'est dans les Hauts-de-France qu'elles le sont fin 2019 (293 lits). Les disparités de densité de lits entre régions se sont aussi légèrement réduites entre fin 2013 et fin 2019, avec un rapport interdécile qui passe de 1,71 à 1,64.

Cartes 2 • Densités régionales de lits en unité de gériatrie aux 31 décembre 2013 et 2019



D9/D1 : rapport interdécile. D9 représente le 9^e décile : 90 % des régions ont une densité de capacités d'accueil inférieure à cette valeur. D1 représente le 1^{er} décile : 10 % des régions ont une densité de capacités d'accueil inférieure à cette valeur.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy classés avec la Guadeloupe) y compris le SSA, unités de médecine gériatrique uniquement. Les densités sont calculées sur la population âgée de 75 ans et plus.

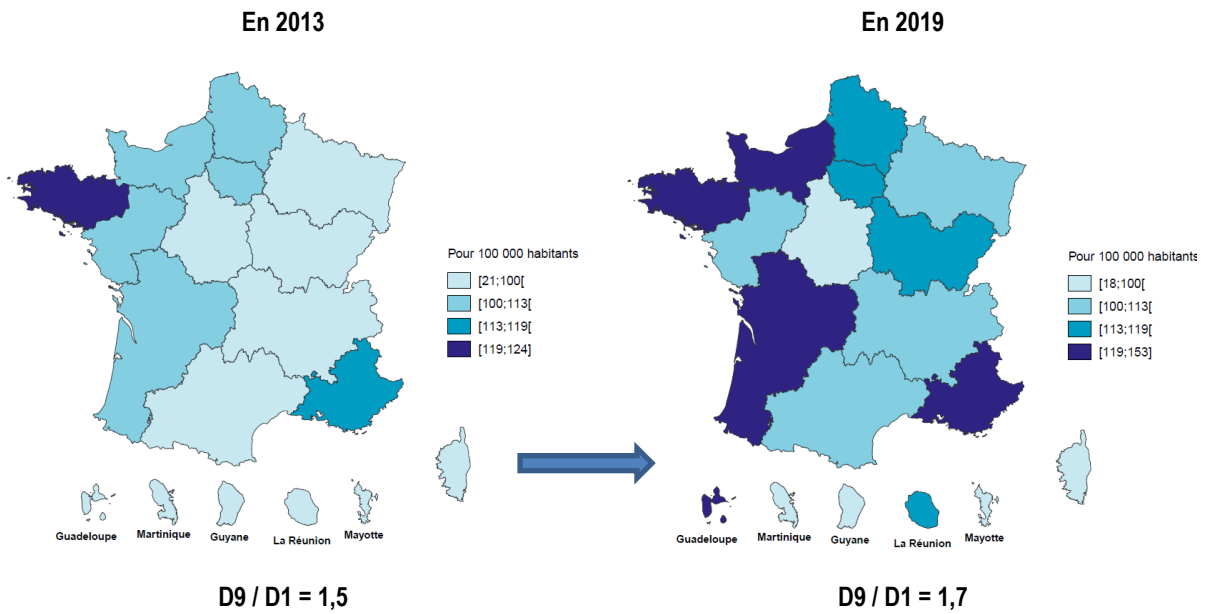
Sources > DREES, SAE 2013 et 2019 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2013 (2014 pour Mayotte) et au 1^{er} janvier 2019 ; traitements DREES.

L'évolution de la densité de places d'hospitalisation partielle dans les régions

La baisse tendancielle du nombre de lits d'hospitalisation complète s'explique notamment par l'effet des réorganisations des prises en charge qui se font de plus en plus en hospitalisation partielle, sans nuitée hospitalière. En témoigne ainsi la progression régulière du nombre de places d'hospitalisation partielle, avec une densité (toutes disciplines confondues) pour 100 000 habitants qui est passé de 101 places fin 2013 à 115 places fin 2019 (+14,1 %). Cette progression est observée dans toutes les régions (**cartes 3**), à l'exception de Mayotte où la densité de places est passée de 22 à 19 places pour 100 000 habitants.

Durant toute la période d'étude, la densité la plus faible est observée à Mayotte et la plus forte est observée en Bretagne, avec un écart qui s'est accru assez nettement. Cela fait écho à l'accroissement des disparités de densité de places entre régions entre fin 2013 et fin 2019, avec un rapport interdécile qui passe de 1,53 à 1,73. En mettant Mayotte de côté (dont la situation est très spécifique et est la plus éloignée, en 2013, de la moyenne nationale), les disparités sont un peu plus modestes et progressent moins fortement (de 1,38 à 1,52).

Cartes 3 • Densités régionales de places d'hospitalisation partielle aux 31 décembre 2013 et 2019



D9/D1 : rapport interdécile. D9 représente le 9^e décile : 90 % des régions ont une densité de capacités d'accueil inférieure à cette valeur. D1 représente le 1^{er} décile : 10 % des régions ont une densité de capacités d'accueil inférieure à cette valeur.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy classés avec la Guadeloupe) y compris le SSA. Discipline de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), psychiatrie en hospitalisation de jour et soins de suite et de réadaptation (SSR).

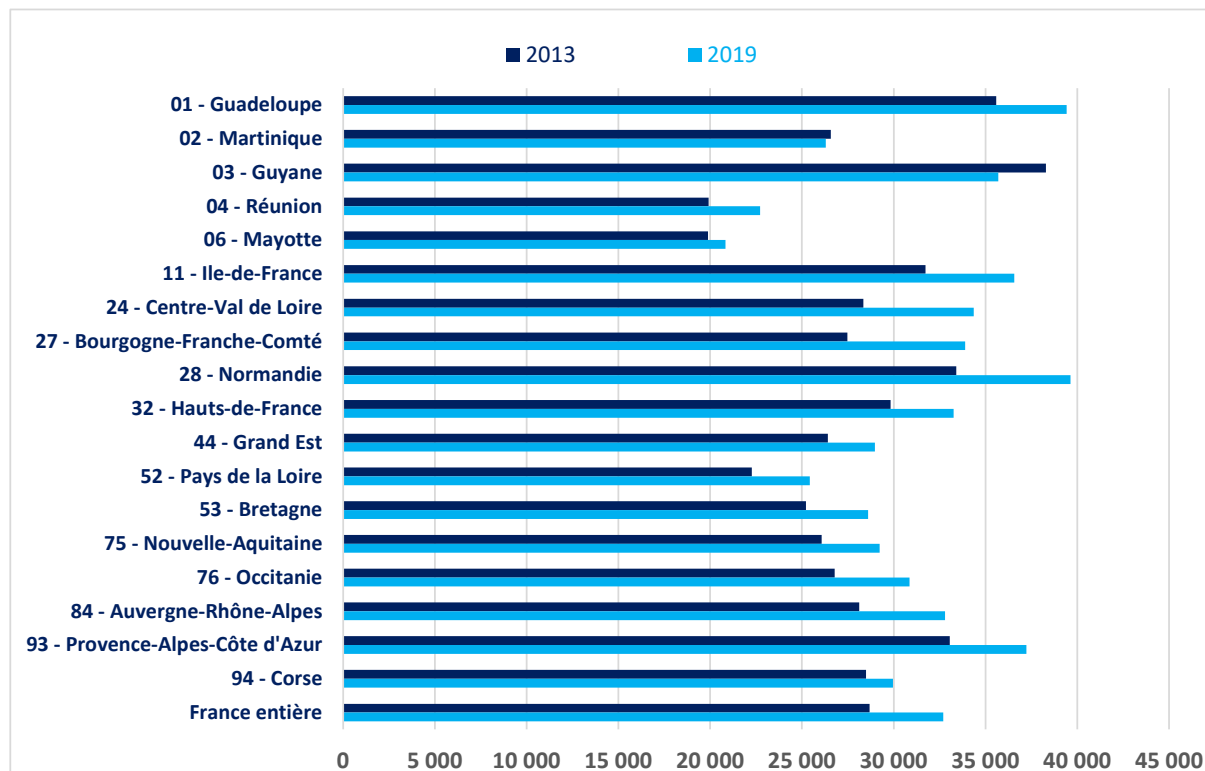
Sources > DREES, SAE 2013 et 2019 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2013 (2014 pour Mayotte) et au 1^{er} janvier 2019 ; traitements DREES.

Quelques évolutions de la médecine d'urgence dans les régions

La base ARES permet également de suivre les évolutions de la médecine d'urgence, notamment grâce aux indicateurs sur le nombre de passages aux urgences et le nombre de sorties SMUR. Entre 2013 et 2019, le recours aux urgences pour 100 000 habitants a régulièrement progressé au niveau national, passant de 28 700 passages pour 100 000 habitants en 2013 à 32 700 en 2019 (+14,0 %).

Au niveau régional, les situations de la France métropolitaine hors Corse, de la Corse et des DROM sont cependant assez différentes. Une progression soutenue est observée dans toutes les régions de France métropolitaine hors Corse (*figure 3*), tandis que le nombre de passages aux urgences rapporté à la population recule en Martinique (-1,0 %) et en Guyane (-6,8 %), et connaît une progression modeste en Corse (+5,1 %) et à Mayotte (+4,8 %). Parmi les DROM, c'est en Guadeloupe que le recours aux urgences est plus dynamique (+10,8 %), quoique moins que la moyenne nationale.

Figure 3 • Nombre total de passages aux urgences pour 100 000 habitants par région en 2013 et 2019



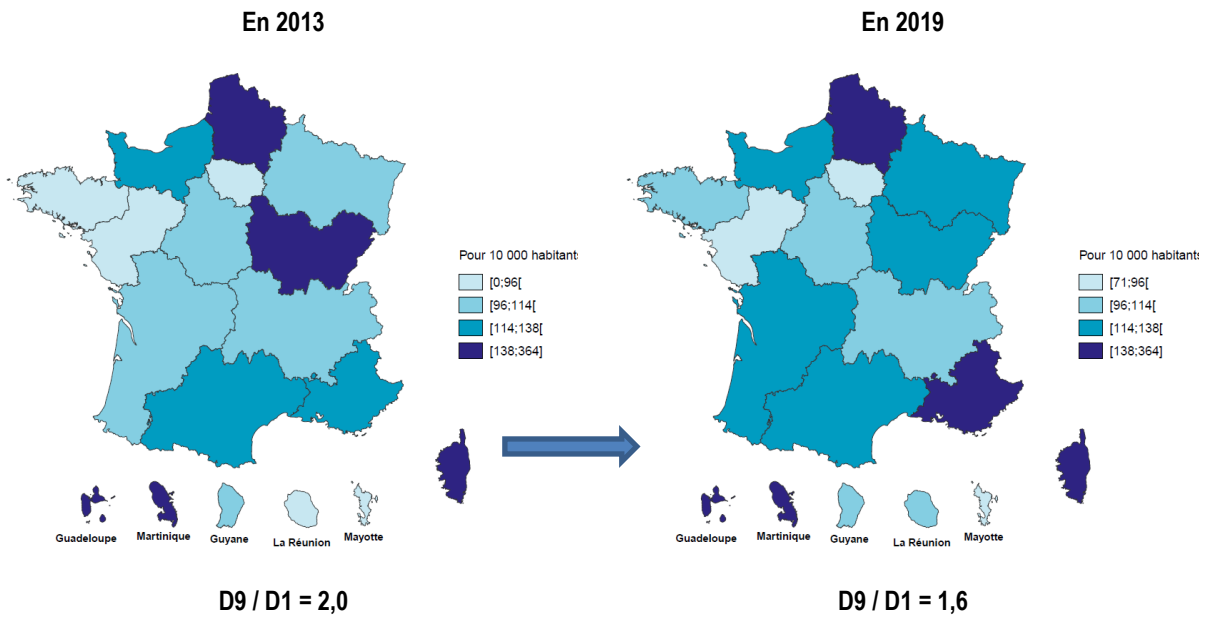
Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy classés avec la Guadeloupe), y compris le SSA. Établissements disposant d'une structure des urgences (généralistes et/ou pédiatriques) autorisée.

Sources > DREES, SAE 2013 et 2019 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2013 (2014 pour Mayotte) et au 1^{er} janvier 2019 ; traitements DREES.

L'activité des SMUR a également progressé pendant la période d'étude. Le nombre total de sorties SMUR pour 10 000 habitants est passé de 112 en 2013 à 116 en 2019 (+3,6 %). Mais la situation est beaucoup plus disparate d'une région à l'autre⁹ que dans les exemples cités plus haut (*cartes 4*). Le recours aux SMUR a ainsi nettement reculé en Guadeloupe (-26,6 %), mais aussi en Bourgogne-Franche-Comté (-9,2 %). En Centre-Val de Loire, Corse et Occitanie, il est resté quasi stable. Le recours aux SMUR a augmenté dans toutes les autres régions, avec des progressions marquées dans la région Grand Est (+11,1 %), mais aussi dans les DROM hors Guadeloupe. À Mayotte notamment, une activité SMUR est apparue au cours de la période d'étude, qui s'est rapidement rapproché du niveau moyen (95 sorties pour 10 000 habitants en 2019). Les disparités entre régions se sont très légèrement réduites, au vu du rapport interdécile qui passe de 2,04 en 2013 à 1,63 en 2019.

⁹ Pour une étude fine des déterminants de ces disparités d'activité des SMUR, se reporter à l'étude de Seimandi publiée par la DREES en 2019.

Cartes 4 • Nombre total de sorties SMUR pour 10 000 habitants par région en 2013 et 2019



Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy classés avec la Guadeloupe), y compris le SSA.

Sources > DREES, SAE 2013 et 2019 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2013 (2014 pour Mayotte) et au 1^{er} janvier 2019 ; traitements DREES.

■ PRODUITS DE DIFFUSION EN ROUTINE : ENGAGEMENTS DE PUBLICATIONS ET PERSPECTIVES

Mise en ligne de la base ARES et de bases statistiques corrigées

En même temps que ce document méthodologique, la DREES va procéder en juillet 2022 à :

- **La mise à jour de l'ensemble des bases statistiques des SAE 2013 à 2020, dans leur version corrigée.** Elles resteront téléchargeables sur l'open data de la DREES, aux formats SAS et CVS. Les versions initiales des bases vont donc être retirées définitivement du site internet de la DREES ;
- **Les 3 fichiers de la base ARES (agrégats régionaux sur les établissements de santé).** Ils seront téléchargeables au format xlsx.

L'objectif est de remettre à jour chaque année les 3 fichiers de la base ARES, une fois les bases statistiques publiées. La prochaine mise à jour pourrait intervenir en décembre 2022, avec l'ajout de l'année 2021.

Parallèlement, la DREES va pérenniser l'entretien d'un « fichier remords » qui visera à préparer les mises à jour, y compris sur les années déjà disponibles, des fichiers de la base ARES.

Les autres productions annuelles issues de la SAE et publiées en routine

Ces nouveaux produits de diffusion viennent compléter la production existante, qui vise à mettre à disposition chaque année, à date fixe, un certain nombre de fichiers favorisant l'usage de la SAE. Les produits de diffusion issus de la SAE chaque année sont listés avec leurs échéances ci-dessous :

- **Les bases administratives (fin juillet N+1) :** l'arrêté SAE de 2010 oblige la DREES à mettre à disposition sur internet l'intégralité des réponses des établissements, telles que validées par les établissements, dans un délai d'un mois après la fin de la collecte (*annexe 4*). Les établissements qui n'ont pas répondu ou n'ont pas validé leurs réponses ne sont pas intégrés à cette base. Seules les propositions de corrections de la DREES qui sont explicitement validées par les établissements de santé avant la fin de la collecte (fin juin N) y sont prises en compte.
- **SAE-Diffusion, le site de consultation des bases administratives (fin août N+1) :** l'arrêté SAE de 2010 oblige la DREES à mettre à disposition du public les bases administratives sur le site internet SAE-Diffusion dans un délai de quatre mois après la fin de la collecte. L'équipe SAE parvient presque toujours à mettre à jour SAE-Diffusion pour fin août.
- **Les bases statistiques (fin octobre N+1) :** après publication des bases administratives, la DREES procède à une nouvelle série de redressements, avec notamment la correction d'une partie de la non-réponse totale et partielle. Pour cette étape de correction, l'accord explicite des établissements n'est pas demandé.
- **Les lits de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue (décembre N+1) :** depuis l'année 2020, la DREES procède à l'extraction de données fines spécifiques sur les lits de soins critiques recensés dans la SAE, dont l'utilisation par les services du ministère en charge de la santé est devenue plus intensive avec la crise sanitaire.
- **La liste des maternités (décembre N+1) :** pour pouvoir répondre aux besoins de connaissance des effets des fermetures de maternités sur l'accès des femmes en âge de procréer aux maternités, la DREES a mis en place un fichier qui donne pour plusieurs années cette liste. Suite à la publication d'une étude comparant la situation en 2000 et en 2017¹⁰, la DREES a décidé de mettre à jour et publier chaque année cette liste.

Les bases administratives ne sont jamais modifiées après leur publication, puisqu'elles visent à rendre compte des données que les établissements de santé eux-mêmes ont validé durant la collecte, conformément à l'arrêté SAE de 2010.

Tous les autres fichiers peuvent théoriquement faire l'objet de révisions sur l'ensemble de la période couverte, ce dont rend compte ce document méthodologique pour les bases statistiques. Pour autant, re-publier des bases statistiques corrigées est un exercice coûteux, qui ne peut être régulier. La dernière section de ce document trace des perspectives pour organiser un travail de mise à jour soutenable.

¹⁰ Voir l'étude de Bergonzoni publiée en juillet 2021 par la DREES.

Perspectives d'évolution des produits de diffusion de la SAE

Une nouvelle refonte de la SAE en 2025 pour intégrer la réforme des autorisations de soins

Une importante réforme des autorisations de soins, conduite par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère en charge de la santé, est en cours de finalisation. Tous les textes des autorisations de soins vont être profondément modifiés et de nouvelles autorisations de soins vont voir le jour (notamment pour la médecine nucléaire). Une partie des décrets en conseil d'État est déjà publiée, et tous devraient l'être d'ici la fin de l'année 2022, avec une entrée en vigueur programmée pour juin 2023. Les ARS devront alors faire un très gros travail pour délivrer des autorisations de soins conforme aux nouvelles règles, si bien que les effets sur le terrain devraient se voir en 2024.

Le questionnaire de la SAE 2024 devra donc être revu en profondeur, tout comme les outils d'identification des établissements à enquêter (refonte des systèmes d'information sur les autorisations de soins) et l'ingénierie de collecte (adaptation des filtres et des contrôles automatiques). Parallèlement, une refonte du référentiel Finess est en cours, sur laquelle la réforme des autorisations de soins aura également un impact.

La DREES prépare donc une refonte de la SAE pour absorber ces chocs multiples. La première année de refonte concernera la SAE 2024, dont la collecte puis la diffusion sera assurée en 2025, avec probablement un système transitoire puisque anciennes et nouvelles autorisations pourront coexister de juin 2023 à fin 2024, le temps que les ARS absorbent le choc de transformation de leurs autorisations. Jusqu'à fin 2025, les équipes de la DREES seront principalement mobilisées par l'important travail que va présenter cette refonte. Il ne sera donc pas programmé de fortes évolutions des produits de diffusion durant cette période. Le « fichier remords » continuera cependant d'être scrupuleusement alimenté par les efforts de contrôle et de mise en cohérence des données.

Un nouvel exercice de reprise des bases statistiques pourra être programmé ensuite

Il pourrait être opportun de programmer un nouvel exercice de mise à jour des bases statistiques début 2026, avec trois objectifs :

- évaluer la qualité des agrégats construits à partir des SAE 2020 à 2024, en tirant partie du recul sur la crise sanitaire des années 2020 et 2021 pour évaluer le besoin de corrections à apporter à des données collectées dans des conditions très compliquées pour les établissements de santé ;
- intégrer dans les bases statistiques détaillées les éléments du « fichier remords » : ce fichier est désormais conçu pour que l'intégration de son contenu soit automatisée et peu coûteux. L'essentiel du coût réside dans l'analyse, chaque année, de la pertinence des évolutions obtenues avec la SAE et dans la recherche du ou des établissements dont les réponses se traduisent par des anomalies des séries longues ;
- tirer un premier bilan de refonte, notamment en terme de pertinence des évolutions macro entre 2023 et 2024 qui ressortent de la compilation des réponses des établissements.

Cet exercice devra être planifié dès l'été 2025, pour identifier des ressources dédiées et construire une programmation soutenable de ces travaux.

Ces éléments prospectifs sont livrés à titre indicatif ici. Ils feront l'objet d'une réflexion plus poussée dans le cadre du bilan du plan d'action de la SAE, fin 2022. Ils pourront alors alimenter le plan d'action 2023-2025 dans le cadre de la démarche qualité de la SAE.

■ POUR EN SAVOIR PLUS

Bergonzoni, A. (2021, juillet). [La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017](#). DREES, Études et Résultats, 1201.

Boisguérin, B., Delaporte, A., Vacher, T. (2021, septembre). [Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile](#). DREES, Études et Résultats, 1208.

Charnoz, P., Delaporte, A., Dennevault, C., Pereira, E., Toutlemonde, F. (2020, décembre). [Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans - Méthodologie de construction d'agrégats nationaux](#). DREES, Dossiers de la DREES, 69.

Seimandi, T. (2019, décembre). [Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires](#). DREES, Études et Résultats, 1136.

Toutlemonde, F. (dir) (2021, juillet). [Les établissements de santé – édition 2021](#). Paris, France, DREES : coll. Panoramas de la DREES-Santé.

Données en open data :

[Bases administratives de la SAE](#)

[Bases statistiques de la SAE](#)

[SAE-Diffusion](#)

[Les lits de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue](#)

[Liste des maternités en France depuis 2000](#)

■ GLOSSAIRE

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

ARES : base d'agrégats régionaux sur les établissements de santé

ARS : agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CH : centre hospitalier

CMP : centre médico-psychologique

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DIM : département de l'information médicale

DMS : durée moyenne de séjour

DROM : départements et régions d'outre-mer

EG : entité géographique

EJ : entité juridique

ETP : équivalent temps plein

Eurostat : autorité statistique communautaire désignée par la Commission européenne pour développer, produire et diffuser des statistiques européennes.

Finess : fichier national des établissements sanitaires et sociaux

GHT : groupement hospitalier de territoire

HAD : hospitalisation à domicile

HC : hospitalisation complète

HDJ : hôpital de jour

HP : hospitalisation partielle

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

Paca (région) : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

RIM-P : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie

SAE : statistique annuelle des établissements de santé

Samu : service d'aide médicale urgente

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation

SSA : service de santé des armées

SSR : soins de suite et de réadaptation

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

UHSI : unités hospitalière sécurisées interrégionales

UM : unité médicale

USLD : unité de soins de longue durée

Annexe 1. La refonte de la SAE en 2014

La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est l'une des principales sources de référence du ministère en charge de la santé sur les établissements de santé, complémentaire du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information), puisqu'elle renseigne sur les capacités, les équipements et les personnels. Actualisée tous les ans, elle alimente de nombreux indicateurs (notamment pour le suivi des plans urgence, Alzheimer, etc.) et tableaux de bord (Scope Santé, PQE...). Les données de la SAE sont mises à disposition six mois après la date de collecte. La SAE 2013 (collectée au printemps 2014 pour des données relatives à l'année 2013) a été la première enquête au format rénové.

Objectifs de la refonte de 2014

La refonte opérée en 2014 sur la SAE était rendue nécessaire par l'évolution des systèmes d'information (hospitaliers et administratifs), des organisations et modes de coopérations et du paysage institutionnel régional. Elle avait pour objectifs principaux de collecter la bonne information au bon niveau, d'alléger la charge de collecte des établissements et de mieux répondre aux besoins des utilisateurs.

Cette refonte a effectivement permis une plus grande cohérence du système d'information sur les établissements pour les utilisateurs et une simplification du recueil des données pour les établissements.

Collecter la bonne information au bon niveau

Le recueil de la SAE rénovée s'effectue au niveau de l'établissement géographique, pour le secteur public comme pour le secteur privé (exception faite de la psychiatrie), alors que le recueil pour les établissements publics était auparavant réalisé au niveau de l'entité juridique. Ce nouveau mode d'interrogation permet une analyse localisée de l'offre de soins pour répondre aux besoins de connaissance sur l'accès aux soins et supprime les interrogations en double entre l'entité juridique et l'entité géographique. Cette évolution a rendu nécessaire une meilleure immatriculation de tous les établissements géographiques dans le référentiel Finess.

Le questionnaire de la SAE rénovée est aussi devenu modulable, en fonction d'un bordereau « filtre » initial, nouveau, ayant pour but de définir les modules de questionnement devant être soumis à chaque établissement. Toutes les questions sur les autorisations sont pré-remplies à partir du répertoire Finess, lui-même alimenté par ARHGOS (applicatif de gestion des autorisations d'activités de soins des structures sanitaires), mais peuvent être modifiées si besoin par l'établissement.

Relier la SAE aux autres recueils réglementaires

La convergence entre la SAE et le PMSI a été amplifiée par le pré-remplissage de la SAE avec les données d'activité du PMSI. Cette alimentation automatique est effectuée en cours de collecte et permet aux établissements de valider les données de facteurs de production de la SAE en cohérence avec les données d'activité du PMSI.

Le fichier des unités médicales (UM) du PMSI-MCO est devenu un préalable incontournable : avant la refonte, la ventilation de l'activité de court-séjour retenue dans le PMSI (fondée sur les actes) différait de celle retenue par la SAE (fondée sur les lits). Ces deux approches ont été mises en correspondance grâce à un enrichissement du fichier de description des UM du PMSI : les unités médicales sont désormais rattachées à un numéro Finess géographique et la nomenclature des unités médicales a été enrichie.

Les données d'activité du PMSI peuvent de cette façon être ventilées par site et discipline au sens de la SAE. La DREES et l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) travaillent ainsi ensemble à la consolidation du système d'information sur les établissements. L'allègement de la charge de collecte pour les établissements est estimé à 10 %.

Répondre aux besoins des utilisateurs

Le questionnaire a lui aussi 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 désormais au plus près les évolutions de la loi, mais aussi les schémas régionaux d'organisation des soins et les prises en charge ciblées donnant lieu à des financements spécifiques (missions d'intérêt général notamment).

De nouvelles « fiches de synthèse » portent sur l'offre de soins, l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé, ou les principaux indicateurs SROS. Ces fiches sont déclinées par établissement et par région afin de répondre aux besoins des établissements, des ARS et des acteurs nationaux.

Annexe 2. Les statistiques européennes sur la santé

Du gentlemen's agreement au règlement européen de 2023

Le règlement européen n° 1338/2008 établit un cadre commun pour la production systématique de statistiques communautaires sur la santé publique et la santé et la sécurité au travail. Il prévoit l'élaboration d'actes d'exécution et décrit les thèmes des soins de santé à couvrir. Dans un premier temps, les statistiques hors dépenses de santé (établissements de santé, ressources humaines de santé et utilisation des soins de santé) n'ont pas fait l'objet d'un acte d'exécution : pour recueillir ces statistiques, un questionnaire conjoint OCDE / Eurostat / OMS-Europe (appelé JQNMHCS) est mis en place depuis 2010. De nombreuses mesures ont ensuite été prises pour améliorer cette collecte de données et pour accroître à la fois la comparabilité et la couverture des données, mais tout en restant dans le cadre d'un « gentlemen's agreement ».

Depuis quelques années, Eurostat travaille en parallèle à la formalisation de tout ou partie de ces livraisons de données dans un règlement d'application. Un groupe de travail dédié a été mis en place en 2019, auquel a pris part la DREES, pour définir l'ensemble des variables qui pourraient devenir obligatoires dans le futur règlement. Ces travaux ont conduit Eurostat à élaborer une première version du texte, de la liste des variables obligatoires et de leur définition. Les représentants des États membres (équipes techniques et directeurs des statistiques sociales) ont été consultés pour converger progressivement vers un texte en cours d'adoption.

Le règlement d'application devrait entrer en vigueur en 2023, avec une collecte d'indicateurs en février, portant sur des données 2021.

Les données de la SAE utilisées pour répondre aux obligations européennes

Seul un sous-ensemble des données du JQNMHCS a été sélectionné pour entrer dans le cadre du règlement. La collecte des autres données du questionnaire commun reste facultative. Dans le cas de la France, la quasi-totalité des données facultatives continuera d'être livrée. La DREES coordonne cette réponse et assure elle-même la production d'une très grande partie des indicateurs, en s'appuyant le cas échéant sur des données de la Cnam, de Santé publique France ou encore de l'ATIH. La SAE constitue une source centrale pour alimenter Eurostat, dans le cadre du questionnaire commun et du futur règlement.

Voici les variables alimentées par la SAE pour la livraison de février 2022, dans leur labélisation/déclinaison Eurostat :

Physical resources

- Total number of hospitals
 - of which Publicly owned hospitals
 - of which Not-for-profit privately owned hospitals
 - of which for-profit privately owned hospitals
- Operation theatres in hospital
- Day care places
 - of which Surgical day care places
 - of which Oncological day care places
 - of which Psychiatric day care places
 - of which Geriatric day care places
- Total hospital beds
 - of which Publicly owned hospitals
 - of which Not-for-profit privately owned hospitals
 - of which for-profit privately owned hospitals
- Total hospital beds
 - of which Somatic care beds
 - of which Psychiatric care beds
- Total Curative care beds
 - of which Somatic care
 - of which Psychiatric care
- Total Rehabilitative care beds
 - of which Somatic care
 - of which Psychiatric care
- Long-term care beds
 - of which Somatic care
 - of which Psychiatric care
- Other hospital beds
 - of which Somatic care
 - of which Psychiatric care

Medical technology

- Medical technology available in hospitals
 - Number of Mammographs
 - Number of Radiation therapy equipment

Hospital employment (head counts and FTE*)

- Total hospital employment
 - of which Physicians employed by hospital
 - of which Professional nurses and midwives employed by hospital
 - of which Associate Professional nurses employed by hospital
 - of which Health care assistants employed by hospital
 - of which Other Health service providers employed by hospital
 - of which Other staff employed by hospital

Collecte pilote « Intensive care » (livraison partielle en 2022)

- Intensive care units beds (livré en 2022)
 - Total ICU beds
 - of which Total adult ICU beds
 - of which Total critical care adult beds
 - of which Total neonatal ICU beds
 - of which Total pédiatric ICU beds
- Intensive care units use (non livré en 2022)
 - Total adult bed days
 - Total adult ICU occupancy rate

* FTE : Full time équivalent.

Annexe 3. La démarche qualité de la SAE

Les objectifs de la démarche qualité réalisée en 2018-2019 sur la SAE

L'Insee, dans son rôle de coordinateur du service statistique public, s'est engagé à faire en sorte que les services statistiques ministériels cartographient l'ensemble de leurs processus et installent une démarche qualité continue. En 2017, la DREES a donc démarré des premières démarches d'autoévaluation, avec pour objectif d'avoir réalisé l'analyse complète d'au moins un de ses processus phares à la fin de l'année 2019. Cette première démarche qualité complète a été menée en 2018 et 2019 sur la SAE, l'un des plus anciens processus de la DREES.

Pour la DREES, l'objectif était de se familiariser avec les méthodes et les livrables de la démarche qualité, en identifiant des référents qualité au sein de ses services et en formant progressivement ses agents. Pour l'équipe en charge de la SAE, l'objectif était de réaliser une évaluation de ce processus complexe, avec un état des lieux du fonctionnement actuel et des risques qu'il comporte.

Ce diagnostic visait à mieux communiquer sur les forces et les faiblesses de la SAE, en vue de rehausser ou conforter la confiance de ses utilisateurs. Parallèlement, cet exercice a conduit à identifier des actions à mener pour sécuriser la qualité et le fonctionnement de la SAE, dans un contexte de fortes contraintes sur les moyens, pour la DREES comme pour ses partenaires.

Trois enjeux ont été identifiés pour cette démarche qualité :

- Que les différents acteurs du processus (DREES, prestataire de collecte, ATIH, ARS) aient une vision partagée du processus grâce à sa description dans le cadre de la démarche qualité.
- Qu'elle conduise à disposer d'un socle documentaire, synthétique et pédagogique pour les utilisateurs de la SAE, pour faire connaître la complexité et les contraintes de la SAE, et donner des gages de qualité.
- Qu'elle serve de laboratoire pour illustrer le coût et les bénéfices de la démarche qualité, en vue de l'institutionnaliser à la DREES.

Le bilan synthétique de la démarche, en 4 étapes

Étape 1, description du processus : cette étape s'est avérée très utile pour avoir une vision globale du processus, partagée par les différents acteurs du processus. Elle a permis de prendre la mesure du grand nombre d'interactions clés et de contraintes qui conditionnent la bonne réalisation de l'enquête. Elle a aussi permis de lister de manière plus complète les systèmes d'informations dépendant, en aval, de la SAE et d'illustrer ainsi le large panel d'utilisateurs de l'enquête.

Étape 2, analyse des risques : elle a porté aussi bien sur les contraintes et les préoccupations de l'équipe SAE, en charge du pilotage du processus, que sur les besoins des utilisateurs. Conséquence de la complexité du processus, 147 risques ont été identifiés, dont aucun n'a été jugé critique. La plupart de ces risques ont été considérés comme bien maîtrisés. Les points sur lesquels le processus est le plus exposé concernent moins les aspects techniques que les moyens humains et financiers mobilisés.

Étape 3, analyse des forces et faiblesses : la grille d'analyse de la qualité offerte par les 16 principes du code européen des bonnes pratiques de la statistique a été appliquée à la SAE, dont la qualité est proche de celle de l'IPC (indice des prix à la consommation), processus historique phare de l'Insee. Les 2 principales faiblesses identifiées concernent :

- **accessibilité et clarté** : des fonctionnalités améliorées sur le site internet de mise à disposition des bases détaillées (Data.DREES) pourraient faciliter l'exploitation et l'interprétation des résultats par les utilisateurs, notamment pour réaliser simplement des extractions à façon ;
- **adéquation des ressources** : les ressources humaines actuelles au sein de la DREES et dans les ARS ne sont pas quantitativement adaptées, notamment en cas d'absence prolongée d'un des agents au cœur du dispositif. Depuis ce constat, la DREES a décidé de renforcer l'équipe SAE, qui compte 4 agents depuis janvier 2022.

Étape 4, établissement d'un plan d'action : la démarche qualité se conclut par un plan d'actions pour renforcer la maîtrise des risques et maintenir ou améliorer la qualité. Les 34 actions identifiées ont vocation à être menées entre 2020 et 2022, avec un bilan en fin d'année 2022. La mise à disposition de séries longues régionales sur 2013-2019 est une des 34 actions identifiées, qui trouvent donc dans ce document méthodologique son aboutissement.

La description du processus

La premier « livrable » usuel de la démarche qualité pour décrire le processus se présente sous la forme d'un diagramme SIPOC (pour Supplier-Input-Process-Output-Customer), qui ne décrit pas le processus lui-même (*figure A1*), mais plutôt son environnement : les données en entrée du processus et leurs fournisseurs, ainsi que les données en sortie et leurs utilisateurs (les informaticiens utilisent volontiers le terme de « consommateurs de données »). L'enchaînement temporel des activités et les acteurs impliqués à chaque étape est également documenté (*figure A2*).

Figure A1 • Diagramme SIPOC de la SAE en 2019

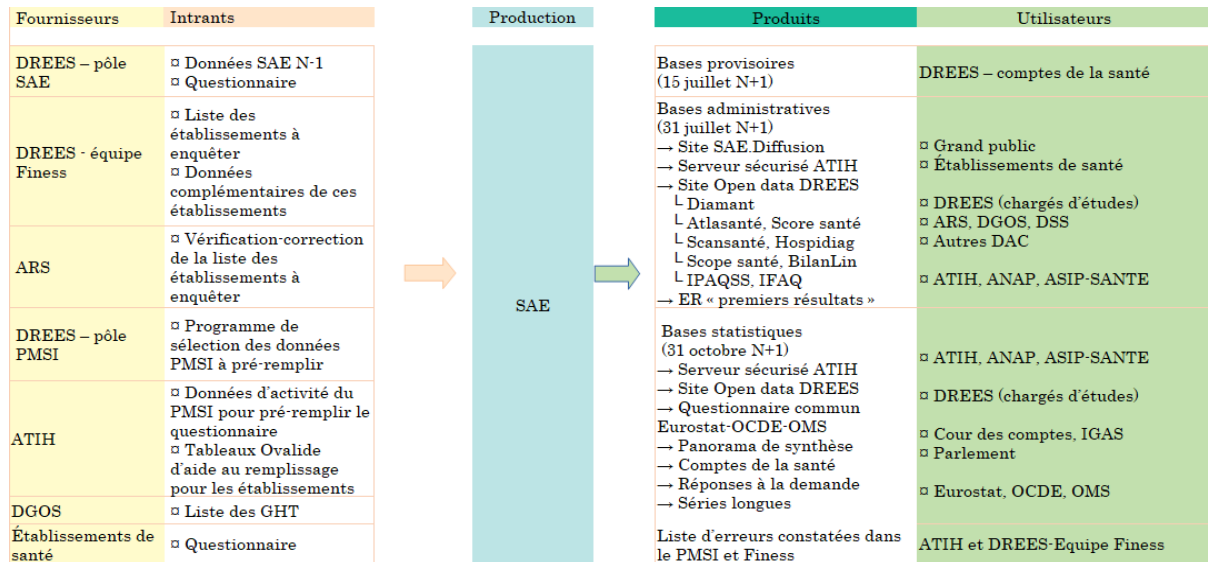
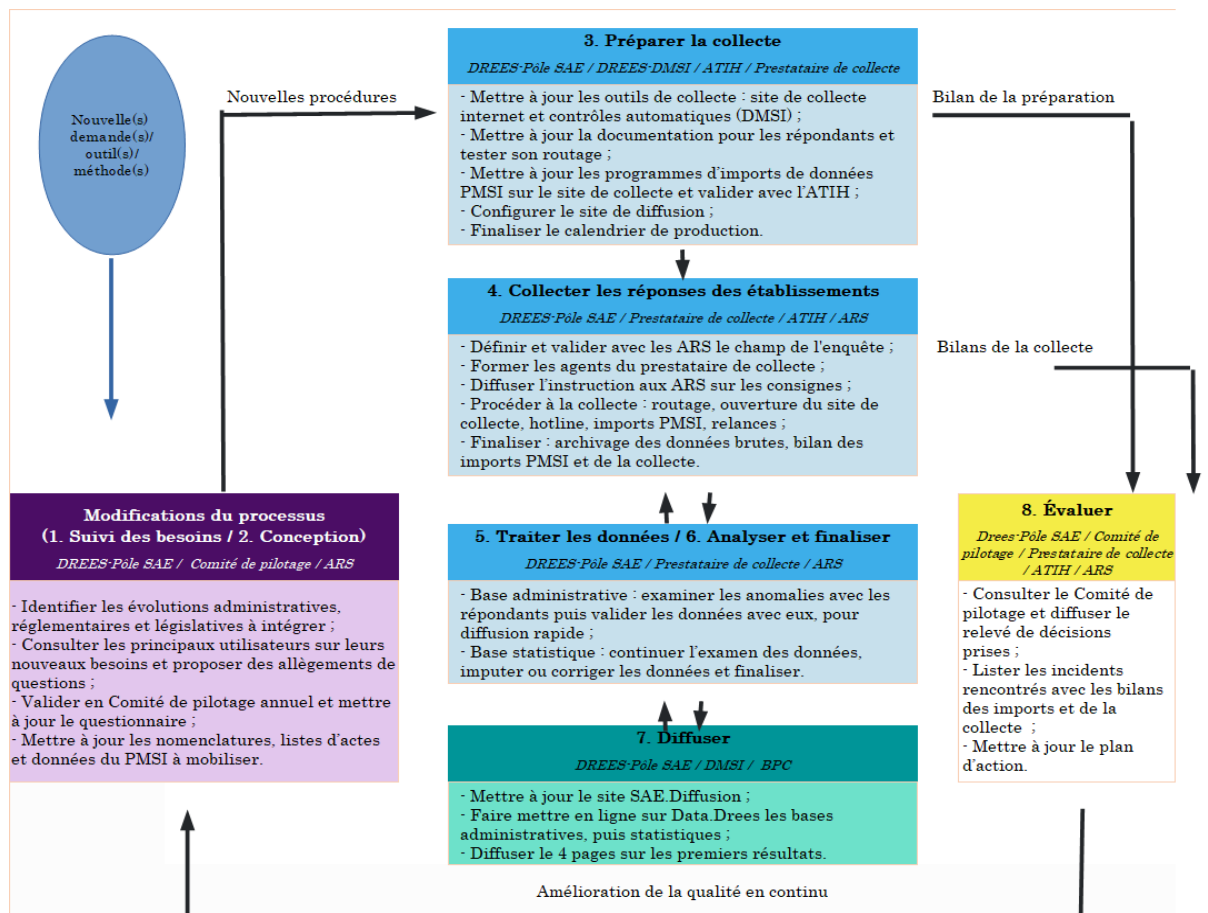


Figure A2 • Schéma représentant les activités et les acteurs de la SAE en 2019

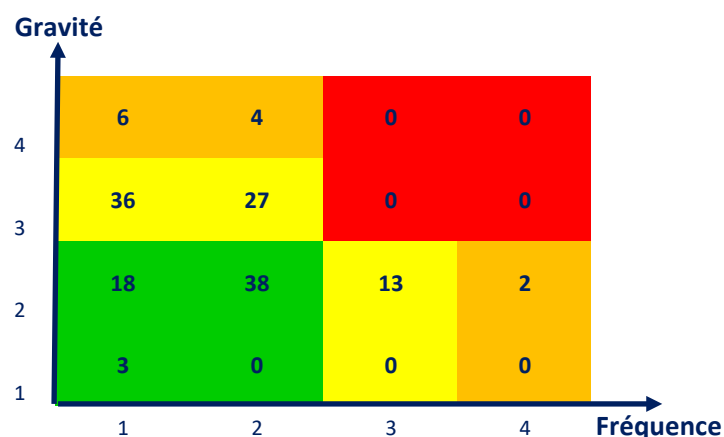


L'analyse des risques

Cette étape de la démarche consiste à : identifier les risques sous la forme de couples « causes-effets » (147 dans le cas de la SAE, *figure A3*) ; estimer la cotation de la criticité de chacun d'eux, en croisant à chaque fois la fréquence probable de ce risque et son degré de gravité ; estimer le degré de maîtrise de chacun de ces risques ; identifier enfin, pour chacun, des solutions préventives, correctives et curatives (lorsque cela est possible).

Malgré un très grand nombre de risques, aucun n'a été jugé critique (cases en rouge de la figure A3). 12 risques sont identifiés comme prioritaires à traiter (cases en orange de la figure A3) et concernent surtout les moyens humains et financiers mobilisés. Le bon déroulement de l'enquête est ainsi dépendant de la disponibilité et de la compétence des 3 agents en charge de la production de l'enquête (pas de solution de repli en cas d'absence prolongée d'un des agents), mais aussi des intervenants informatiques (sollicités pour les plateformes de collecte et de diffusion), des référents SAE dans les ARS et des équipes ATIH et Finess. Enfin, un risque budgétaire important existe pour le recrutement du prestataire de collecte.

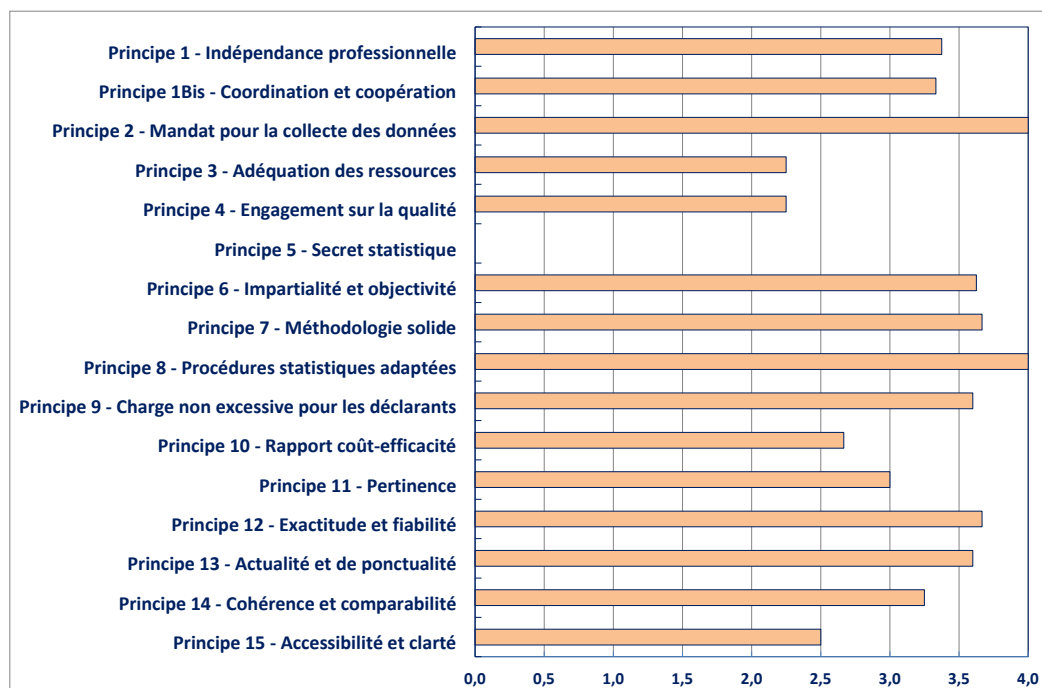
Figure A3 • Diagramme de cotation de la criticité des 147 risques de la SAE en 2019



L'analyse de la qualité

Cette étape de la démarche consiste à évaluer les forces et les faiblesses du processus à l'aide d'une grille de cotation qui comporte plusieurs indicateurs (cotation de 1 à 4 à chaque fois) pour chacun des 16 principes du code de bonnes pratiques de la statistique européenne (*figure A4*).

Figure A4 • Cotation moyenne de la qualité de la SAE en 2019 pour chacun des 16 principes du code de bonnes pratiques de la statistique européenne



Les principaux points forts du processus de la SAE sont les suivants :

- **Mandat pour la collecte des données (4,0/4,0)** : d'un point de vue institutionnel, la collecte des données de l'enquête SAE s'inscrit dans la mission de service statistique public de la DREES (loi n°51-711 du 7 juin 1951). La collecte est encadrée sur le plan réglementaire par l'arrêté du 9 septembre 2010 relatif à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui définit le champ de l'enquête, les grandes catégories de données recueillies et le calendrier de collecte. L'obligation de réponse des établissements de santé relève pour sa part d'une disposition législative du code de santé publique (article L.6113-27).
- **Procédures statistiques adaptées (4,0/4,0)** : les concepts statistiques utilisés pour mesurer les capacités d'accueil et l'activité hospitalière sont les mêmes que ceux utilisés pour la gestion et le suivi administratif des établissements de santé dans les systèmes d'information du ministère (Finess, Arhgos, PMSI).
- **Méthodologie solide (3,7/4,0)** : les méthodes utilisées pour produire les bases statistiques sont stables et homogènes dans le temps, pour garantir la cohérence chronologique des résultats. Les méthodes promues par le *gentlemen's agreement* européen et les concepts, normes et définitions communes en vigueur sont appliquées dès que possible.
- **Exactitude et fiabilité (3,7/4,0)** : à chaque étape du processus, la DREES évalue les données collectées et les résultats statistiques. Les erreurs détectées (en priorité sur le champ des variables les plus attendues des utilisateurs) sont analysées et corrigées. Si besoin, des contrôles automatiques sont ajoutés.
- **Impartialité et objectivité (3,6/4,0)** : les choix des données et des méthodes à mobiliser sont fondés sur des considérations statistiques. Les erreurs dans les chiffres déjà publiés sont corrigées dans les meilleurs délais et documentées dans la note accompagnant la mise à disposition des bases sur internet.
- **Charge non excessive pour les déclarants (3,6/4,0)** : la SAE est renseignée en ligne sur Internet, avec la possibilité d'importer des fichiers pour éviter la saisie manuelle. Les éditeurs de logiciels des établissements sont consultés régulièrement en ce sens. 15 % du questionnaire est pré-rempli avec des données Finess et PMSI, à valider par les établissements.
- **Actualité et ponctualité (3,6/4,0)** : la première mise à disposition de données est réalisée 7 mois après la fin de la période d'observation et un « 4 pages » de premiers résultats est diffusé moins de 10 mois après. Les dates de diffusion sont annoncées dans le calendrier des publications de la DREES, et sont systématiquement respectées depuis 2014, à une exception notable, en juillet 2020, où la DREES a communiqué en amont pour indiquer un décalage de la collecte et de la publication (lié à la 1^{ère} vague de l'épidémie de Covid-19), finalement limité à 15 jours de retard.

Les principaux points faibles identifiés, qui ont alimenté la construction du plan d'action, sont les suivants :

- **Adéquation des ressources (2,5/4,0)** : Les compétences des acteurs en ARS, au sein du pôle SAE ou de l'informatique sont adéquates et permettent de produire un travail de qualité dans les délais impartis. En revanche, du fait des contraintes budgétaires, les ressources humaines en ARS sont en nombre insuffisant pour mener à bien la production annuelle de la SAE : une charge croissante de travail se reporte sur la DREES (qui a conduit la DREES à recruter un agent de plus en janvier 2022 au sein de l'équipe SAE) mais aussi du prestataire en charge de la collecte, avec un coût financier croissant de ce marché, difficile à réguler sans atteinte à la qualité des travaux réalisés. Les ressources humaines des équipes informatiques en charge des outils de la SAE sont aussi en nombre trop contraint, notamment dans un contexte d'obsolescence rapide des supports.
- **Accessibilité et clarté (2,5/4,0)** : la diffusion des statistiques de la SAE est accompagnée des métadonnées associées (site SAE-Diffusion et site Data.drees). La lisibilité et la pédagogie de ces éléments de documentation pourrait être améliorée, notamment pour mieux faire connaître le processus de validation des données collectées et ses contraintes. La mise à disposition auprès du grand public des résultats de l'analyse de la qualité de la SAE y contribuera, ainsi que la mise en place d'indicateurs de suivi de la qualité. Des fonctionnalités améliorées sur le site SAE-Diffusion pourraient faciliter l'exploitation et l'interprétation des résultats par les utilisateurs : les fonctions d'export des données pourraient être perfectionnées, notamment avec la mise en place d'un outil permettant de réaliser des extractions à façon. La mise à disposition de nouveaux produits de diffusion synthétiques, comme la base ARES, visent aussi à faciliter l'utilisation de la SAE par des publics non spécialisés.

Les grandes lignes du plan d'action 2020-2022

Cette dernière étape de la démarche liste des actions à mettre en œuvre pour réduire les risques mal maîtrisés et améliorer les axes faibles de l'analyse qualité (figure A5). Plusieurs des actions de ce plan, élaboré fin 2019, ont été réalisées, notamment sur les axes RH (recrutement d'un agent Insee au poste de responsable de la SAE, et recrutement d'un ETP supplémentaire) et amélioration des produits de diffusion (avec notamment la finalisation de séries longues régionales).

Figure A5 • Principales actions du plan d'action 2020-2022 de la SAE

Objectif	Action	Échéance	Livrable
Actions pour une description en continu du processus	Mettre à jour tous les ans les documents de suivi et de bilan du processus	2022	Dossiers de passation du processus et notes annuelles de bilan de campagne
	Mettre à jour tous les 2 ans les livrables de la démarche qualité	2022	Livrables de la démarche qualité mis à jour à fin 2021
	Réaliser le bilan du plan d'action 2020-2022 et élaborer le plan d'action 2023-2025	2022	Bilan du plan d'action 2020-2022 et plan d'action 2023-2025
Actions relatives à la prévention et à la maîtrise des risques	Sécuriser les ressources humaines du pôle SAE		
	Transformer le poste de responsable de la collecte de la SAE (contractuel) en poste d'attaché de l'Insee	2021	Recrutement d'un attaché dans le cadre de la campagne de mobilité Insee
	Formaliser une procédure de secours en cas de désengagement des ARS ou de l'ATIH	2022	Note interne décrivant la solution organisationnelle de secours
	Discuter d'un plan pour affecter des moyens supplémentaires au pôle SAE en cas de retrait des ARS	2022	Relevé de décisions et note interne décrivant la solution organisationnelle retenue
	Sécuriser les moyens de la collecte		
	Marché de recrutement du prestataire de collecte : inclure une obligation de solution de repli si problème de routage	2020	CCTP du marché
	Marché de recrutement du prestataire de collecte : insister sur la capacité à recruter suffisamment d'agents	2020	CCTP du marché
	Rédiger un guide méthodologique de spécification des paramètres du site de collecte de la SAE	2022	Guide méthodologique de spécification des paramètres du site de collecte
	Sécuriser l'appui informatique du processus		
	Gestion du site de collecte : mettre à jour et tester le guide décrivant les tâches des intervenants informatiques	2022	Guide de gestion du site de collecte à l'attention des intervenants informatiques
Gestion du site de diffusion : identifier comment mieux maîtriser le recrutement et le suivi du prestataire	2022	Note interne décrivant les actions menées et leurs conclusions	
Actions relatives au maintien et à l'amélioration de la qualité de la SAE	Maintenir une forte exigence de ponctualité des mises à disposition de données	2022	Fichier de suivi des dates de mises à disposition
	Informier sur le processus en mettant en ligne une synthèse de l'analyse de la qualité réalisée pour la SAE	2022	Note de synthèse sur la démarche qualité de la SAE, mise en ligne
	Mettre à disposition en ligne des séries longues régionales de la SAE, d'abord sur 2013-2019, puis sur 2000-2012	2022	Fichiers de séries longues régionales de la SAE sur le site d'open data de la DREES
	Discuter de la faisabilité d'améliorations sur le site SAE-Diffusion pour permettre des extractions à façon	2022	Évolutions du site SAE-Diffusion
	Prendre un prestataire pour faire une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs des produits en ligne	2022	Note de restitution des résultats de l'enquête, présentée au Comité de pilotage
	Réaliser une enquête de satisfaction auprès des usagers du site de collecte (établissements et ARS)	2022	Note de restitution des résultats de l'enquête, présentée au Comité de pilotage

Annexe 4. Arrêté du 9 septembre 2010 relatif à la SAE

Arrêté du 9 septembre 2010 relatif à la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'établissement de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

NOR : SASE1030799A

La ministre de la santé et des sports, le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles R. 6113-27 et suivants,

Arrêtent :

Article 1^{er}

Les établissements de santé transmettent chaque année durant le premier semestre leur réponse à l'enquête « statistique annuelle des établissements de santé », dénommée enquête SAE, constituée des données les concernant l'année précédente, sur le site internet www.sae-collecte.sante.gouv.fr. Ce site est accessible à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au niveau national et aux agences régionales de santé (ARS), pour les données de leur ressort géographique. Les établissements qui le souhaitent ont également la possibilité de répondre à l'enquête par papier.

Article 2

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

1. L'identification et l'organisation des structures.
2. Le suivi de certaines politiques nationales.
3. Les capacités d'accueil et l'activité par type d'activité et par disciplines d'équipement regroupées.
4. L'équipement, l'activité et le personnel du plateau technique.
5. L'équipement, l'activité et le personnel des activités de soins soumises à autorisation.
6. Les effectifs :
 - a) Des personnels médicaux salariés rémunérés ou libéraux en activité, en décembre.
 - b) Des internes, des faisant fonction d'internes et des étudiants en diplômes interuniversitaires de spécialité, rémunérés en décembre.
 - c) Des sages-femmes et des personnels non médicaux en décembre.
 - d) Des emplois aidés en décembre.

Article 3

La SAE concerne tous les établissements de santé publics et privés installés en France, y compris les structures qui ne font qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une activité de soins (hors activités d'assistance médicale à la procréation et de prélèvements d'organes). La nature de l'entité interrogée (entité juridique ou établissement géographique) dépend du statut et de la catégorie d'établissement.

Article 4

Les délais dans lesquels les établissements de santé sont tenus de fournir l'ensemble des données de l'enquête SAE et les dates d'ouverture et de fermeture du site de collecte sont définis lors du lancement de chaque campagne annuelle.

Article 5

Une instruction définit la participation à la gestion de l'enquête SAE des agences régionales de santé.

Article 6

Une base nationale réunissant les données transmises par les établissements dans le cadre de l'enquête SAE est constituée avec les données énumérées à l'article 2 dans le mois suivant la fin de la collecte. Cette base est ensuite mise à disposition du public sur le site www.sae-diffusion.sante.gouv.fr dans un délai de quatre mois après la fin de la collecte. Le site permet de consulter les données relatives à un établissement particulier ainsi que des statistiques agrégées au niveau local ou national.

Article 7

L'arrêté du 17 mars 2004 relatif à la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'établissement de la statistique annuelle des établissements de santé est abrogé.

DREES MÉTHODES

N° 2 • juillet 2022

**La base ARES : agrégats régionaux sur les établissements
de santé**

Directeur de la publication
Fabrice Lengart

Responsable d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

ISSN
2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr