

Ministère des solidarités et de la santé

Ministère du travail

Ministère de l’action et des comptes publics

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques**  **Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie**  Bureau des établissements de santé |  | | Paris, le 27 juillet 2017  DREES-BES N° 28\_17  Chemin d’accès document :  28\_17\_CR copil SAE 07072017.docx |
|  | |  | |

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DU 7 JUILLET 2017

**OBJET** : Comité de pilotage de la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé)

**REDACTEUR** : Gaëlle GATEAUD

**TYPE DE COMPTE RENDU** : Pour avis

Définitif ⌧

**PARTICIPANTS** :

Philippe GERARD-DEMATONS (ANAP)

Françoise BOURGOIN (ATIH)

Christelle CODE (ARS ILE-DE-FRANCE)

Tugba TEMEL (ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES)

Nathalie POLITI (ARS BRETAGNE)

Bernadette DE LA ROCHERE, Marie-France KMITA (ARS OCCITANIE)

Géraldine TONNAIRE (ARS PROVENCE-ALPES-CÔTE-D’AZUR)

Audrey BLAZY, Namik TARIGHT (AP-HP)

Audrey HENGEL (Caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole)

Jérôme DROUIN (CNAMTS)

Séverine BUISINE (CNG)

Stéphanie JEANNAS (Conférence Nationale des Directeurs Généraux des CHU)

Christophe ANDREOLETTI, Mikaël LE MOAL, Xavier POULAIN, Pierrick BONNIEU-MILOT (DGOS)

Marie SEVAL (DGS)

Fanny TRAVER (DSS)

Sandra GOMEZ (FHF)

Emmanuel DAYDOU (FHP)

Elie LACROIX (FEHAP)

Marie-Claude HITTINGER (HAS)

Christophe LAMBOU (UNICANCER)

**DREES :** Muriel BARLET, Claire CHARAVEL, Françoise DRAGOL, Gaëlle GATEAUD, Elodie PEREIRA, Fabien TOUTLEMONDE

**DESTINATAIRES** : Mesdames et messieurs les membres du comité de pilotage de la Statistique Annuelle des établissements de santé (SAE), les participants,

**POUR INFORMATION**:Mesdames et messieurs les statisticiens régionaux des ARS,

Jean-Louis LHERITIER (directeur de la DREES par interim),

Nathalie Fourcade (sous-directrice chargée de l’observation de la santé et de l’assurance maladie à la DREES).

**PJ : le diaporama présenté en séance**

*Muriel BARLET* *(DREES)* a introduit le comité de pilotage et *Fabien TOUTLEMONDE (DREES)* a indiqué la volonté du bureau Établissements de santé (BES) de procéder à un allègement sensible du questionnaire de la SAE, étalé sur les 5 prochaines années, en concertation avec les membres du comité de pilotage de la SAE. Cette orientation fait suite aux contraintes de moyens rencontrées par la Drees mais aussi par les ARS : le recul des moyens humains disponibles dans les ARS pour accompagner la collecte et la validation de la SAE conduit à une accentuation de la charge de travail pour l’équipe SAE. Il conduit aussi à un risque accru de dégradation de la qualité et a des coûts croissants reportés par le prestataire mobilisé par la Drees, sur qui se reporte une partie de la charge de travail des ARS. Il a ensuite précisé les points de l’ordre du jour proposé.

**Ordre du jour :**

1. Bilan de la SAE 2016 :
   * Bilan de la collecte
   * Bilan des imports PMSI (MCO, HAD et SSR) effectués
   * Bilan de la phase de validation
   * Présentation du calendrier de diffusion des données
2. Mise en place de l’enquête SAE 2017 :
   * Présentation du calendrier
   * Quelques évolutions du questionnaire
   * Mise en place de nouveaux imports
3. Perspectives à plus long terme :
   * Premiers résultats des travaux exploratoires d’imports PMSI pour l’activité externe en MCO
   * Autres pistes de réflexion pour pré-remplir la SAE à partir du PMSI ou d’autres sources
   * Allègement du questionnaire pour les SAE 2017 et 2018
   * Travaux en cours de la DGOS

# Bilan de la SAE 2016

1. ***Bilan de la collecte***

*Claire CHARAVEL (DREES)* a présenté le bilan de la collecte de la SAE 2016.

Comme l’an passé, les établissements ont été répartis en deux vagues de collecte avec des dates de retour différenciés selon les vagues. Les principes de la répartition des établissements dans les deux vagues n’ont pas été modifiés par rapport à la SAE 2015.

La collecte s’est déroulée selon un rythme comparable aux années antérieures, avec un retour aux dates de collecte classique. Un petit retard a été observé en milieu de collecte car les établissements de SSR attendaient leurs données PMSI, qui ont été importées pour la première année dans la SAE. Ce retard a été comblé à la fin de la campagne. Comme pour la SAE 2015, la collecte a débuté une semaine plus tard par rapport aux SAE 2013 et 2014 (soit une semaine de collecte de moins, ce qui n’a pas posé de problème particulier, peu d’établissements répondant auparavant en tout début de collecte). Le taux de réponse est cette année à nouveau très bon (99,3 % soit 4 061 établissements sur 4 118, mais certains établissements doivent encore répondre) ; le nombre d’établissements répondant via internet a légèrement augmenté : 24 établissements ont répondu sur papier contre 39 pour la SAE 2015.

Cet excellent taux de remplissage de l’enquête est réalisé grâce à des moyens et des procédures adaptés.

Ainsi, les relances complémentaires et les contacts personnalisés par la DREES, les ARS et le prestataire de l’enquête contribuent à faire progresser le taux de réponse de 71,8 % à la clôture officielle de la collecte début avril 2017) à 99,3 % en fin d’exercice (début juillet 2017). Comme chaque année, le taux de retour est très élevé dans les derniers jours avant la fermeture du site de collecte.

Après la forte augmentation du nombre de questions liées à la refonte pour la SAE 2013 (trois fois plus que les années antérieures), la collecte de la SAE 2016 a suscité moins de questions pour l’équipe SAE et un nombre équivalent à la SAE 2014 pour la hotline ; le nombre de questions se rapproche peu à peu de celui de la SAE 2012 : 3 600 à destination de la hotline et 1 210 à destination de la DREES (contre respectivement 3 000 et 1 420 pour la SAE 2015 et 1 790 et 1 140 avant la refonte). Les questions restent néanmoins plus nombreuses que pour les années antérieures à la refonte (respectivement + 101 % et + 6 %).

Ces questions ont porté surtout sur des demandes de modifications des données PMSI, des questions de concepts ou de compréhension de l’aide au remplissage et de suivi des régions (relances, validation, etc.).

1. ***Bilan des imports PMSI MCO, HAD et SSR effectués***

*Claire CHARAVEL (DREES)* a ensuite présenté le bilan des imports PMSI MCO, HAD et SSR effectués en cours de collecte.

Pour mémoire, l’import des données PMSI MCO, HAD et SSR en cours de collecte, à la place de données remplies avant la refonte par les établissements, vise à augmenter la cohérence entre les sources SAE et PMSI et à réduire la charge de réponse pour les établissements. Il a nécessité des adaptations du PMSI MCO et HAD courant 2013 afin de permettre la réconciliation entre les deux visions de l’activité des établissements que donnent les deux sources, grâce à une collaboration étroite entre l’ATIH et la DREES (travail sur les Finess géographiques et le typage des unités médicales). Les programmes de calcul des données PMSI importées en cours de collecte dans la SAE ont été mis au point en concertation entre la DREES et l’ATIH. Ce travail conséquent a également été mené en amont de la collecte de la SAE 2016 pour la discipline SSR.

Les imports, effectués en centrale par l’ATIH et la DREES après la transmission et la validation régionale du M12 2016, ont concerné 1 699 établissements de MCO et 1 829 établissements de SSR (imports effectués chaque semaine du 15 février au 30 mars, une semaine après la validation régionale des données PMSI) et 307 établissements de HAD (importés en trois fois le 1er, le 15 et le 30 mars, dont 89 % dès le 1er mars). Un import à blanc spécifique a été fait pour certains établissements de radiothérapie (qui n’ont pas de PMSI), pour certains établissements de dialyse (dont les données PMSI présentes dans les fichiers RSFA n’ont pas été exploitées dans les calculs mis en place) et pour certains établissements ayant un centre périnatal de proximité (ne remontant pas de PMSI).

En cours de collecte, quelques modifications ont été apportées pour des déclarations groupées ou des établissements ne remontant pas de PMSI (18 établissements en MCO, 22 en SSR et 7 en HAD). Les principales difficultés ayant donné lieu à rectification concernent comme pour la SAE 2015 des problèmes de typage des unités médicales (entre médecine, chirurgie et obstétrique ou entre hospitalisation complète et partielle), en regard des capacités déclarées.

Les données importées sont soit non modifiables (dans ce cas les établissements peuvent demander une intervention à la DREES pour les nombres de séjours ou de journées), soit modifiables directement par les établissements (comme les données des bordereaux HAD et SSR par exemple).

Au total, pour le tableau de synthèse du bordereau MCO dont les données étaient non modifiables, une modification des données importées a été acceptée pour 62 établissements sur 1 699 (contre 71 pour la SAE 2015) ; pour 16 de ces 62 établissements la modification est liée à un problème de typage d’unité médicale en M, C ou O.

Pour d’autres bordereaux comme PERINAT ou URGENCES, des imports à vide ou ré-imports ont dû être menés en cours de collecte mais les données importées ont été peu modifiées : elles l’ont été pour 60 établissements pour un problème de codification des IVG médicamenteuses dans le PMSI, données modifiables par l’établissement depuis la SAE 2015, et les données UHCD ont été ré-importées pour 40 établissements qui déclarent ne pas avoir d’UHCD ou ne déclarent pas d’UM d’UHCD dans le PMSI.

Pour le bordereau SSR, première année des imports PMSI SSR, les données modifiables directement par les établissements l’ont été pour 341 établissements, soit 19 % des établissements concernés, et les écarts entre les données importées et les données déclarées par l’établissement sont *in fine* peu importants.

Enfin, pour le bordereau HAD dans lequel les données importées étaient également modifiables, elles l’ont été effectivement pour 20 établissements sur 307 (contre 20 pour la SAE 2015). En revanche, pour la moitié des établissements qui modifient leurs données de séjours ou de journées, les écarts entre les données importées et les données déclarées par l’établissement sont très importants, supérieurs à 20 %.

Globalement, la qualité de ces imports, qui avaient déjà bien fonctionné pour la première collecte rénovée, reste la même pour la SAE 2016 (quasiment autant de modifications ont été demandées) ; les spécifications de calcul des cases importées seront à nouveau affinées à la marge pour la prochaine collecte. Pour les imports SSR, il n’existe pas de point de comparaison, mais globalement, les imports donnent des résultats satisfaisants : ils ont généré peu de modifications importantes.

*Mikaël LE MOAL (DGOS)* a demandé quel regard le BES portait sur les imports PMSI et les demandes de modifications intervenues pendant la collecte. *Gaëlle GATEAUD (DREES)* rappelle qu’il y a très peu de modifications effectuées au regard du nombre d’établissements importés et que le nombre de changements reste constant, voire diminue légèrement. Ce constat est à relativiser pour le SSR, pour lequel les imports ont été effectués pour la première fois cette année. Les modifications sont peut-être liées à une mauvaise compréhension des nouveaux concepts demandés pour se rapprocher de ceux du PMSI. De plus, les imports dans la SAE permettent également d’améliorer le PMSI. Elle précise que pour le MCO, les volumes d’activité ne sont pas modifiés pour rester cohérent avec l’activité déclarée dans le PMSI, et seule la répartition entre les disciplines ou le type d’hospitalisation est revue. *Fabien TOUTLEMONDE (DREES)* ajoute que les imports sont corrects pour la majorité des établissements, mais qu’il existe quelques cas particuliers qui s’adaptent mal aux imports. Il subsistera toujours une intervention manuelle pour les quelques exceptions observées chaque année. Lors du prochain comité de pilotage de la SAE, la présentation fera un focus sur l’évolution des demandes de modification.

*Christophe ANDREOLETTI (DGOS)* demande combien d’entités juridiques ont répondu à la SAE cette année. *Gaëlle GATEAUD (DREES)* rappelle que depuis la refonte de la SAE sur les données 2013, le niveau d’interrogation est l’établissement géographique, sauf si au sein d’une entité juridique privée, tous ses établissements de santé mentale sont situés dans le même département. Dans ce cas, l’entité juridique est effectivement interrogée. Pour la SAE 2016, ces entités sont au nombre de 48.

1. ***Bilan de la phase de validation***

Avant d’aborder la diffusion des résultats, un point a été fait, par *Élodie PEREIRA (DREES)*, sur la phase déterminante de la validation des données collectées par les ARS, la DREES et le prestataire, phase qui s’est achevée au 30 juin. Depuis six ans, ce contrôle des données est partagé entre les ARS et le prestataire en charge du suivi de la collecte. La possibilité d’externaliser tout ou partie de la validation pour les ARS sera reconduite l’an prochain, les ARS ne pouvant assumer seules la charge de validation (la question leur sera posée via une instruction à l’automne comme les années précédentes). Pour la SAE 2016, la tendance des ARS à déléguer davantage la validation vers le prestataire se poursuit, ce qui dénote des évolutions d’organisation des ARS, notamment avec la mise en place de la réforme territoriale. Le report de validation représente 2 % d’établissements (soit 80 établissements) à valider en plus pour le prestataire.

Comme pour la SAE 2015, l’accent est mis dans cette phase sur les incohérences entre les capacités renseignées dans la SAE et l’activité importée du PMSI, qui sont à traiter en priorité. Pour la SAE 2016, une attention particulière a aussi été portée au bordereau SMURSAMU, pour dénombrer correctement les SMUR et les antennes SMUR, et au bordereau URGENCES, pour assurer la cohérence entre le remplissage du bordereau et les autorisations détenues.

Comme l’an dernier, le kit de validation fourni par la DREES aux ARS et au prestataire vise à donner une aide pour prioriser le travail sur les principales sources d’incohérence.

Ce kit reconstitue également des données au niveau entités juridiques pour les données de personnel, afin de contrôler l’évolution des grandes masses (risque de perte de données, ou comptage en double).

Des contrôles supplémentaires sont effectués pour garantir la qualité des données à un niveau agrégé. La DREES transmet aux ARS et au prestataire un fichier des plus fortes anomalies qui impactent les évolutions au niveau agrégé, en complément des macro-contrôles qui peuvent être réalisés par les ARS.

1. ***Présentation du calendrier de diffusion des données***

*Élodie PEREIRA (DREES)* a ensuite présenté brièvement le calendrier de la diffusion de la SAE 2016.

La diffusion de la SAE 2016 sera réalisée dans le calendrier habituel. Les données administratives de la SAE 2016 seront ainsi mises à disposition fin juillet 2017 sur le site [www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr), aux formats CSV et SAS (le format ACCESS n’étant plus mis à disposition), puis via le site internet de diffusion [www.sae-diffusion.sante.gouv.fr](http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/) fin août 2017.

Les données statistiques, conçues à des fins d’études et sur lesquelles des redressements peuvent être effectués, devraient être disponibles à l’automne 2017.

L’ouvrage « Le panorama des établissements de santé - édition 2017 » (qui s’appuie sur les bases statistiques SAE notamment), portant sur les données 2015, a été publié fin juin 2017.

Les bases diffusées intégreront deux nouvelles variables : dep\_diff (département de diffusion) et reg\_diff (région de diffusion). Ces deux variables correspondront au département et à la région où est effectivement réalisée l’activité. L’offre de soin pourra ainsi être mieux localisée. Ces deux variables sont complémentaires aux deux variables déjà présentes dans les bases : dep (département) et reg (région) qui permettent de localiser l’activité où elle est recensée. Des différences existent uniquement pour les entités juridiques privées de psychiatrie du groupe 05. En effet, les variables dep\_diff et reg\_diff sont différentes de dep et reg lorsque l’entité juridique répondant pour ses établissements est localisée dans un département différent de celui de ses établissements géographiques. Dans ce cas, les variables dep et reg correspondent à la localisation de l’EJ et les variables dep\_diff et reg\_diff à celle des établissements géographiques non interrogés directement.

Deux nouvelles tables seront mises à disposition sur data.drees :

* + - Une base SYGEN correspondant à la fiche de synthèse « Activité générale et activités autorisées ». Cette base centralisera l’ensemble des informations synthétiques déjà diffusées dans plusieurs tables. Cela simplifiera l’utilisation des données de la SAE et permettra d’éviter de consulter plusieurs tables pour récupérer les données structurantes pour un établissement.
    - Une base GHT sur le contour des GHT au 31 décembre 2016. Cette base regroupera un certain nombre de variables, comme les capacités, l’activité, des données sur les équipements et le personnel, qu’il peut être intéressant de connaître à ce niveau d’agrégation.

Ces bases seront diffusées aux formats SAS et CSV, à partir des données administratives fin juillet 2017 et ensuite, à partir des bases statistiques fin octobre 2017. À noter que la base GHT pourra être diffusée plus tardivement que les données administratives, la DREES attendant un retour de la DGOS pour constituer cette base.

*[Post-réunion : La base GHT sera mise en ligne en même temps que les bases administratives, la DGOS ayant répondu à toutes les interrogations de la DREES.]*

*Géraldine TONNAIRE (ARS PACA)* souhaiterait pouvoir commencer la validation plus tôt car parfois cela nécessite de contacter des établissements trop tardivement par rapport à la date de retour de leur questionnaire SAE. *Gaëlle GATEAUD (DREES) et Elodie PEREIRA (DREES)* indiquent qu’il n’est pas possible d’avancer le calendrier de la validation car l’équipe SAE est prise par les réponses aux questions pendant la phase de collecte et par les imports PMSI qui demandent un travail important. Par ailleurs, la formation validation est donnée à quelques jours d’intervalle au prestataire et aux ARS. Il n’est pas possible de décaler cette formation car le prestataire est occupé à temps plein sur la hotline. De plus, pour transmettre le kit de validation et ajouter des éventuels cas problématiques à regarder attentivement en validation, il faut disposer d’un nombre assez important d’établissements qui ont répondu à la SAE pour détecter de potentielles nouvelles anomalies. En revanche, le guide de validation de la SAE 2016 peut servir de base pour débuter la validation car il reste valide et évoluera à la marge pour la prochaine enquête. Les ARS peuvent aussi utiliser le nouveau statut « Validation région en cours » introduit pour la SAE 2015. Il peut servir comme une information sur la prise en charge des établissements en validation en attendant d’avoir le kit de validation et le résultat de la validation agrégée, avant de passer les établissements en statut « validé région » si aucune anomalie n’est détectée et si les réponses à la SAE sont de bonne qualité. En dernier recours, si un établissement a été validé trop rapidement, il est toujours possible de demander à l’équipe SAE de « dévalider » un établissement pour rendre la main à l’ARS.

*Nathalie POLITI (ARS BRETAGNE)* signale que depuis deux-trois ans, des collègues lui demandent des extractions sur les données des urgences et des SMUR-SAMU en lien avec la réforme du financement. Elle précise qu’elle peut effectivement faire le traitement à partir du site de collecte mais s’interroge sur la pertinence de transmettre des données non validées. *Christelle CODÉ (ARS ÎLE-DE-FRANCE)* indique qu’elle a la même demande, mais ne diffuse pas des informations non validées. *Fabien TOUTLEMONDE (DREES)* abonde dans ce sens : il est préférable de ne pas fournir des données non validées, d’autant plus que l’exemple de l’ARS ÎLE-DE-FRANCE suggère que les unités métiers des ARS sont effectivement capables d’attendre les données définitives.

# Mise en place de l’enquête SAE 2017

Pour la collecte SAE 2017, l’accent sera mis à nouveau sur une stabilisation du questionnaire afin d’éviter les ruptures de séries. À terme, il est prévu de réduire le nombre de questions dans la SAE pour alléger la charge de collecte des établissements et réduire la charge de validation en ARS.

*Gaëlle GATEAUD (DREES)* présente tout d’abord **le calendrier prévu**, afin de clarifier pour tous les différentes phases du déroulement d’une campagne SAE. En particulier, le questionnaire sera figé dès la mi-septembre 2017 afin de laisser le temps nécessaire à la préparation de l’ensemble de l’enquête dans les délais impartis. Le site de collecte ouvrira, comme pour les SAE 2015 et 2016, une semaine plus tard que pour la SAE 2014, soit le 1er février 2018 et les établissements seront répartis comme chaque année en deux vagues de collecte. La formation à la phase de validation pour les ARS sera prévue comme en 2017 vers mi-mars, date très proche de celle faite pour le prestataire.

Plusieurs modifications d’ajustement du questionnaire sont prévues pour faciliter la compréhension des questions et pour prendre en compte les évolutions du système de la santé. Quelques nouvelles demandes émanent de la part des partenaires, celles-ci devant être motivées et argumentées.

**Concernant le bordereau ORG**, la ligne recensant les CHT sera supprimée car ils n’ont plus d’existence depuis le 1er juillet 2016. Suite à la création des GHT au 1er juillet 2016, la SAE 2016 avait intégré des questions pour suivre leur création. Comme la DGOS a développé un outil COMET pour suivre la constitution des GHT pour les établissements publics, mais qu’elle ne dispose pas de système d’information pour connaître les partenariats avec les établissements privés, il semble pertinent de suivre cette information dans la SAE. Il sera alors demandé, uniquement pour les établissements privés, s’ils sont partenaires d’un GHT et si oui lequel (liste déroulante proposée).

*Sandra GOMEZ (FHF)* a demandé si c’était bien l’ensemble des établissements privés qui seraient concernés par l’interrogation, ce qui sera bien le cas.

*Emmanuel DAYDOU (FHP)* ne voit pas d’opposition à une telle interrogation puisque le questionnement sera simple et concis.

*Namik TARIGHT (APHP)* a demandé si l’APHP, qui n’est pas membre d’un GHT, mais partenaire de plusieurs GHT, devrait répondre à cette partie de questionnaire. *Fabien TOUTLEMONDE (DREES)* répond que l’APHP sera bien exonérée de cette partie de questionnaire car la DGOS a tous les éléments pour suivre l’intégration de l’APHP dans les différents GHT.

**Concernant le bordereau PN**, le bureau SR2 - International, Europe et Outre-Mer - de la DGOS souhaite que des questions sur les coopérations internationales, en termes de volume d’accords-cadres et de conventions, soient introduites dans la SAE.

Étant donné qu’une partie des coopérations internationales sont soumises à MIG, de nombreux échanges ont porté sur l’opportunité d’insérer les questions dans la SAE, alors qu’elles pourraient être insérées dans les questionnaires *ad°hoc* réalisés par DGOS pour le suivi des MIG. En particulier, *Emmanuel DAYDAOU (FHP)* a souligné l’intérêt pour la visibilité et la gestion des MIG de connaître le nombre de coopérations internationales, mais doute de la pertinence d’ajouter ces questions dans la SAE. Cependant, certaines coopérations ne sont pas soumises à MIG et pourraient ne pas être déclarées dans l’enquête *ad hoc* de suivi des MIG. Il a également précisé que peu d’établissements seraient concernés et que les personnes répondant à la SAE ne sont pas les bons interlocuteurs pour renseigner cette information. *Sandra GOMEZ (FHF)* a renchéri en indiquant que les entités juridiques avaient l’information, mais pas les établissements géographiques. Elle met en garde sur les difficultés que connaîtront les établissements pour répondre à cette question. Elle avertit que les réponses risquent d’être de mauvaise qualité. *Namik TARIGHT (APHP)* et *Sandra GOMEZ (FHF)* préfèrent que les informations soient collectées dans les enquêtes *ad hoc* de la DGOS plutôt que dans la SAE, ou alors que la question soit juste une question oui/non.

*Christophe ANDREOLETTI (DGOS)* fait la suggestion de proposer de faire une collecte simple une unique fois (dans la SAE 2018 et pas dans les suivantes), pour aider à orienter une future enquête sous un format mieux adapté.

Les remarques formulées pendant le comité de pilotage seront rapportées au bureau de la DGOS pour discussion de la marche à suivre.

Concernant le bordereau MCO, les **consultations et actes externes** concernent, depuis la SAE 2015, l’activité facturée. Pour aider les établissements à renseigner cette activité, un tableau Ovalide spécifique à la SAE est disponible sur le site ePMSI de l’ATIH. Il est prévu de ne pas modifier le questionnaire pour commencer une série, car les concepts et les interrogations ont changé tous les ans depuis la refonte. Ce point sera abordé plus en détail par la suite.

**Concernant le bordereau PSY**, pour mieux connaître les différents lieux de prise en charge de la santé mentale, il est proposé de distinguer les CMP et les unités de consultations pour les questions portant sur le nombre de structures et l’activité. L’information concernant l’ouverture de + ou - de 5 jours par semaine ne serait demandée, pour la SAE 2017 que pour les CMP. Aucune opposition n’a été formulée. *Sandra GOMEZ (FHF)* prévient juste qu’il faut bien préciser ce qu’on souhaite mesurer comme activité pour les unités de consultations. Il peut y avoir un problème d’interprétation.

Pour la SAE 2017, **le bordereau PALIA** (sur les soins palliatifs) alternera comme prévu avec **le bordereau DOULEUR** (sur le traitement de la douleur chronique).

**Pour le bordereau CANCERO**, la HAS souhaite connaître le nombre de séances de chimiothérapie en hospitalisation complète. Cette nouvelle question permettrait de mieux connaître l’activité et serait utile pour les indicateurs BilanLin. Les données ne pourront, cependant, pas être importées du PMSI, car l’information n’est pas disponible dans cette base.

Avant la réunion, les représentants de l’Inca (qui ne pouvaient être présents au comité de pilotage) et d’Unicancer ont indiqué la difficulté des établissements à renseigner cette nouvelle information. *Sandra GOMEZ (FHF)*, *Emmanuel DAYDOU (FHP)*, *Stéphanie JEANNAS (CHRU de LILLE)* et *Elie LACROIX (FEHAP)* ont également souligné ces difficultés pour renseigner cette donnée. *Sandra GOMEZ (FHF)* indique cependant qu’il serait possible, et peut-être pertinent, de demander le « nombre de séjours pour chimiothérapie en hospitalisation complète », en s’appuyant par exemple sur le GHM, ou alors de croiser les informations avec la liste des médicaments recensée dans les FICHCOMP. *Marie-Claude HITTINGER (HAS)* entend les remarques et les problèmes soulevés par la demande de la HAS. Elle va consulter ses collègues et faire une nouvelle proposition de question qui permettra de s’approcher du besoin initial tout en étant plus facile à renseigner pour les établissements.

Toujours dans l’optique de réduire la charge de collecte des établissements, l’équipe SAE essaie de mettre en place de nouveaux imports PMSI, même si les marges de manœuvre deviennent de plus en plus réduites car beaucoup d’informations sont déjà pré-remplies par cette source.

En particulier, les données importées du PMSI HAD, actuellement modifiables par les établissements, seront pour la SAE 2017 non modifiables. En effet, les établissements modifient peu les données importées (voir supra). Ce changement permettra de connaître la raison de la modification souhaitée par les établissements et d’être au plus proche des données d’activité déclarée dans le PMSI.

Le seul nouvel import envisagé correspond à la variable « Indice de gravité simplifié médian » (IGS2 médian) dans le bordereau REA. La non-réponse à cette question est importante - près de la moitié des établissements ne remplissent pas cet indicateur - et les réponses semblent de mauvaise qualité. En particulier, les répondants semblent souvent renseigner la moyenne plutôt que la médiane de l’IGS2. De plus, il n’existe pas de difficulté, ni de champ, ni de calendrier, pour importer les données car toute l’activité de ce bordereau est déjà pré-remplie par les données du PMSI MCO.

*Namik TARIGHT (APHP)* a demandé quel était l’indice de gravité retenu dans le cas où un patient voyait son niveau de gravité évoluer au cours d’un même séjour.

*[Post-réunion : Le calcul se fait sur l’ensemble des IGS2 affectés aux UM. Donc, dans le cas d’un séjour multi-UM pour un même patient qui passerait deux fois par le service de réanimation, les deux indices seront retenus dans le calcul.]*

# Perspectives à plus long terme

## Premiers résultats des travaux exploratoires d’imports PMSI pour l’activité externe en MCO

Dans la logique de poursuivre les imports PMSI, une étude exploratoire a été réalisée sur la mise en place d’imports de l’activité externe à partir du PMSI ACE. En effet, depuis la SAE 2015, l’activité externe collectée dans le bordereau MCO de la SAE correspond à l’activité facturée, soit l’activité déclarée dans le PMSI ACE. Cette modification de concept a été introduite pour se rapprocher de la définition du PMSI ACE. D’ailleurs, figurait dans l’aide au remplissage une indication d’utiliser les tableaux Ovalide déjà existants sur ePMSI pour faciliter le remplissage de la SAE. Pour la SAE 2016, il a ensuite été mis à disposition un tableau Ovalide spécifique SAE sur la plateforme ePMSI, le programme ayant été construit en collaboration avec l’ATIH. Ce travail a été rendu possible par le fait que depuis le PMSI 2016, le Finess géographique doit obligatoirement être renseigné dans le PMSI ACE.

Un test de comparaison a pu être effectué à la fois sur le champ et le volume d’activité. Les premiers résultats montrent des écarts de champ importants : 737 établissements sont présents dans les deux sources, mais 128 établissements remontent de l’activité externe dans le PMSI sans en déclarer dans la SAE. Et inversement, 38 établissements renseignent de l’activité externe dans la SAE, sans en remonter dans le PMSI ACE. Le Finess géographique n’étant présent de manière obligatoire que depuis 2016 dans le PMSI, il peut y avoir encore une déclaration sous le mauvais Finess géographique dans une des deux sources.

Concernant l’activité déclarée sur le champ commun (737), les premières conclusions indiquent que, sur l’ensemble des agrégats (consultations et actes techniques) disponibles dans la SAE, l’activité déclarée dans la SAE est systématiquement supérieure à celle présente dans le PMSI. Cependant, si l’étude porte sur l’ensemble des établissements, sans se restreindre au champ commun, l’activité est toujours supérieure dans la SAE, mais les écarts se réduisent. Ce constat incite à penser qu’il y a une mauvaise déclaration du Finess géographique au sein de l’entité juridique dans le PMSI-ACE.

L’étude des divergences doit être approfondie, cependant quelques pistes d’explication peuvent déjà être avancées :

* + - Mauvaise couverture de l’activité au moment des remontées PMSI. En effet, les écarts de mesure peuvent provenir du fait que les établissements ont jusqu’à 13 mois pour transmettre les consultations facturées. De fait, il peut exister un décalage de transmission entre la date des consultations/actes réalisés et la date de transmission des données ;
    - Absence possible de déclaration d’une partie de l’activité libérale des praticiens hospitaliers dans le PMSI ;
    - Présence de l’activité de certains centres hors champ SAE dans les réponses SAE, comme les centres dentaires, alors qu’elle ne devrait pas être comptabilisée dans le bordereau MCO de la SAE ;
    - Existence possible d’erreurs de saisie dans la SAE.

Cette confrontation des sources, peu concluante, nous conduit à proposer de différer le projet de pré-remplissage par le PMSI-ACE de la partie consultations externes du bordereau MCO, car les écarts de champ et de données sont trop importants. Pour la SAE 2017, il est tout de même proposé de mieux communiquer sur l’existence du tableau Ovalide 2.D.SAE spécifique SAE sur ePMSI et d’améliorer l’aide au remplissage en précisant mieux les définitions. Le champ devrait être consolidé dans le PMSI et la SAE. De plus, l’activité facturée arrivée tardivement dans les remontées PMSI sera mesurée avec l’aide de l’ATIH pour estimer l’erreur de mesure si cette activité n’est pas remontée à temps dans le PMSI. À l’issue de la SAE 2017, une nouvelle comparaison sera menée et si les résultats sont satisfaisants (réduction significative des écarts de champ et données comparables), il sera envisagée d’importer les données du PMSI ACE dans la SAE 2018.

*Sandra GOMEZ (FHF)* indique que les écarts observés ne la surprennent pas car si un centre hospitalier est multidisciplinaire, il peut avoir intérêt financièrement à déclarer son activité externe, SSR par exemple, dans le PMSI ACE du MCO. Par ailleurs, elle informe que la CNAMTS a déjà réalisé des comparaisons entre leurs données et celle du PMSI ACE. La DREES prendra contact avec la CNAMTS pour connaître les résultats de leur comparaison.

## Autres pistes de réflexion pour pré-remplir la SAE à partir du PMSI ou d’autres sources

Pour continuer d’alléger la charge de collecte des établissements, des études sont en cours pour pré-remplir plus de cases à partir des différents fichiers du PMSI ou pour se rapprocher d’autres sources afin d’améliorer la qualité des données. Pour l’instant, ces travaux exploratoires donnent des résultats peu probants.

Les informations qui peuvent éventuellement être importées à partir du PMSI ou d’autres sources sont :

* **Les consultations externes du bordereau PERINAT**. Il est cependant proposé de finaliser l’étude de faisabilité pour l’activité externe du bordereau MCO avant de prévoir un pré-remplissage à partir du PMSI ACE ;
* **Les données sur le nombre de passages aux urgences du bordereau URGENCES**. Une possibilité était d’utiliser le nombre de passages aux urgences à partir des RPU, mais cette source est encore trop fragile et incomplète pour certaines régions, voire de mauvaise qualité pour certaines régions. Une autre possibilité serait d’utiliser les fichiers RSA et RSFA du PMSI. Les comparaisons sont encore à mener. Cependant, s’il est envisagé d’importer les données dans le bordereau URGENCES, il faudrait prévoir de modifier le questionnaire car il n’est pas possible de repérer les passages aux urgences selon le type d’autorisation (urgences générales ou urgences pédiatriques). Sinon, si les résultats des comparaisons sont satisfaisants, les données pourraient au moins être utilisées pendant la validation pour contrôler le nombre de passages aux urgences déclaré dans la SAE.
* **Le nombre d’examens renseigné dans le bordereau BIO** en utilisant les données de BIOMED, application recensant les déclarations d’activité des laboratoires de biologie médicale (LBM) privés de ville et des établissements sanitaires. Des premières comparaisons ont été conduites sur les données 2014 et 2015. Le champ commun aux deux sources n’est que de 311 établissements géographiques. Un quart des établissements ayant une activité de biologie dans la SAE ne sont pas présents dans la source BIOMED. En particulier, l’ensemble des établissements privés lucratifs de la SAE est absent de BIOMED. De plus, il n’est pas possible de connaître s’il existe des laboratoires d’établissements de santé suivis dans BIOMED et ne déclarant pas d’activité dans la SAE, car il n’est pas possible de distinguer facilement le type de laboratoire. Cependant, nous savons que BIOMED ne couvre pas encore l’ensemble du champ des LBM. Concernant l’activité déclarée sur un champ commun, les données au niveau agrégé sont comparables dans les deux sources (écart de 1 %), mais pour seulement moins de la moitié des établissements (47 %), les données sont similaires (soit une différence de moins de 5 % en valeur absolue). Par ailleurs, le calendrier de collecte de BIOMED s’étale de janvier à mars, donc il ne sera pas possible de pré-remplir les données de la SAE avec celles de BIOMED. Ces dernières pourraient toutefois servir pendant la phase de validation si les résultats s’améliorent au niveau établissement. Des contacts sont en cours avec l’équipe BIOMED de la DGS pour comprendre les divergences de champ et de données établissement par établissement.

Pour calculer les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales, la HAS récupère des informations de la SAE sur le nombre de journées en hospitalisation à temps complet et sur le nombre de séjours à temps partiel pour plusieurs disciplines. Pour affiner ces indicateurs, la HAS demande à disposer des informations sur le nombre de journées à temps plein et le nombre de séjours à temps partiel en addictologie pour les trois disciplines MCO, SSR et PSY. Les données sur 2016 ont été collectées manuellement sur la plateforme BilanLin. Elles vont être comparées par l’ATIH aux données émanant des algorithmes mis à disposition par l’ATIH sur Scansanté pour les 3 champs. Pour les données 2017, la même mécanique va être reproduite, en affinant, si besoin, l’algorithme de l’ATIH au vu des résultats de la comparaison sur 2016. Si les résultats sont concluants, il sera envisagé, pour la SAE 2018, de recueillir l’information dans l’enquête. Pour les deux disciplines MCO et SSR, ces données seraient alors importées directement du PMSI. Seules les informations sur la PSY seraient à renseigner, ce qui constituera une charge supplémentaire de collecte.

## Allègement du questionnaire pour les SAE 2017 et 2018

*Gaëlle GATEAUD (DREES)* présente ensuite les évolutions prévues à plus ou moins long terme pour alléger le questionnaire dans le but de réduire la charge de réponse des établissements et de diminuer la charge de validation des ARS et du prestataire.

Pour la SAE 2017, il était prévu de mettre en alternance le bordereau de télémédecine (TELEMED) en alternance et de ne pas l’interroger cette année, mais le développement de la télémédecine est une priorité forte de la feuille de route de la Ministre. Il est donc exclut de le mettre en rotation. L’équipe SAE envisage tout de même de supprimer certaines questions, après avoir consulté le bureau de la DGOS suivant ce sujet.

Les données des bordereaux Q25 (emplois aidés) et Q26 (intérim ou mise à disposition de personnel) sont peu mobilisées et le prestataire Ipsos nous indique que ces deux parties de questionnaires sont mal renseignées : il est proposé de les supprimer. Pour connaître les emplois aidés, il est possible d’utiliser la DADS et la DSN, sources de bien meilleure qualité pour suivre ces contrats particuliers.

*Sandra GOMEZ (FHF)* indique utiliser ces deux bordereaux pour les établissements publics, mais convient que la SAE n’est pas nécessairement la meilleure source. *Christophe ANDREOLETTI (DGOS)* se renseignera auprès des bureaux de la DGOS concernés par ces thématiques pour valider la suppression de ces deux bordereaux. L’équipe SAE restera disponible pour les orienter vers des sources de données alternatives.

Pour la SAE 2018, il est prévu de supprimer la question sur le nombre de conseils de secteur dans le bordereau PSY, la partie concernant la prise en charge de pathologies cancéreuses du bordereau Suivi des politiques nationales (PN), et la distinction de l’activité et des capacités par mentions (autorisations) détaillées dans le bordereau SSR, à condition que les différents partenaires n’utilisent pas ces informations. Pour le bordereau SSR, la distinction des prises en charge adultes et enfants serait cependant conservée. La FHP, lors d’une présentation des imports PMSI SSR dans la SAE, avait d’ailleurs indiqué à l’équipe SAE qu’il était difficile de renseigner les capacités et même l’activité déclarée du PMSI au regard des autorisations. *Sandra GOMEZ (FHF)* abonde en ce sens et précise que la solution de proratiser les lits au regard de l’activité est une bonne solution. Elle indique également qu’il faudrait pouvoir pré-remplir les données sur l’existence de plateaux techniques en fonction des autorisations. *Gaëlle GATEAUD (DREES)* indique que c’est une bonne idée mais que l’équipe SAE risque de se heurter à la mise à jour des systèmes d’informations Finess-Arhgos.

Avant le comité de pilotage de la SAE, l’ARS GRAND EST avait fait connaître son opposition à la suppression des mentions dans le SSR. *Tugba TEMEL (ARS AUVERGNE-RHONE-ALPES)* indique également qu’elle ne souhaite pas cette suppression car un service de son ARS utilise ces données détaillées chaque année. Elle insiste sur le fait que si la suppression était actée, l’ARS conduirait certainement sa propre enquête en parallèle de l’enquête SAE auprès des établissements de santé et que cela serait contreproductif. *Christelle CODÉ (ARS ÎLE-DE-FRANCE)* précise qu’un service de son ARS lui a aussi demandé les informations détaillées, mais que c’est la première année qu’on lui demande les données aussi finement. Elle ne sait pas si cette demande sera renouvelée l’année prochaine.

*Namik TARIGHT (APHP)* signale que les autorisations sont un moyen de contrôle pour le MCO et que cela pourrait le devenir pour la discipline SSR.

Enfin, pour la SAE 2019, l’objectif est de viser une suppression de l’ordre d’une vingtaine de cases.

Avant de conclure, l’idée de réaliser des réunions de concertation des utilisateurs a été évoquée afin de savoir si les données de la SAE étaient utilisées et pour quel usage. *Christophe ANDREOLETTI (DGOS)* propose qu’un comité d’exploitation soit mis en place avec l’ensemble des bureaux de la DGOS pour connaître leur utilisation des données de la SAE et la fréquence de leur utilisation. Cette réunion permettrait un meilleur suivi dans la SAE de la réglementation. La première réunion pourra se tenir à l’automne.

*Stéphanie JEANNAS (CHRU DE LILLE)* souhaiterait disposer d’un retour auprès de l’ensemble des établissements sur l’utilisation des questions de la SAE. Elle informe que cela permettra de motiver les établissements pour répondre correctement à la SAE. Par ailleurs, elle indique, comme lors du précédent comité de pilotage de la SAE, leur difficulté à déclarer les effectifs des activités supports, par nature mutualisés sur l’ensemble des établissements de l’entité juridique : l’affectation par établissement géographique se fait arbitrairement et selon la même règle chaque année, mais les indicateurs qui peuvent en découler au niveau des établissements géographiques sont alors un peu faux. *Gaëlle GATEAUD (DREES)* précise qu’il est important d’appliquer toujours la même règle pour avoir une cohérence en évolution.

*Sandra GOMEZ (FHF)* indique que le problème se posera également pour le personnel mutualisé des GHT. *Marie-Claude HITTINGER (HAS)* indique que la HAS souhaiterait connaître les mutualisations réalisées dans le cadre des GHT et la nature de celles-ci.

*Audrey BLAZY (APHP)* interroge l’équipe SAE sur le devenir des imports PMSI pour la PSY et pour les sorties primaires des SMUR qui peuvent extraites des FICHESUP. *Fabien TOUTLEMONDE (DREES)* répond que les travaux sur la PSY n’ont pas encore pu débuter à cause de la charge de travail de la chargée d’études sur le champ psychiatrique, mais que l’étude du champ sera menée au second semestre 2017. Concernant les FICHESUP, les données commencent seulement à être bien renseignées ; des travaux d’exploitation et de comparaison seront conduits avec le bureau R2 - premiers recours de la DGOS - sur les données 2016 et 2017.

## Travaux en cours de la DGOS

*Gaëlle GATEAUD (DREES)* fait un point d’information sur les travaux menés par la DGOS et qui peuvent impacter la collecte SAE. Comme évoqué lors du comité de pilotage de la SAE 2015, la DGOS travaille sur une **simplification des autorisations**. Les réflexions ne sont qu’au début et devraient aboutir à horizon fin 2018. Cependant, la simplification pourrait avoir un impact sur la SAE car les autorisations sont utilisées pour pré-remplir les filtres de certains bordereaux, en particulier le bordereau FILTRE qui est structurant pour l’enquête. Par ailleurs, les autorisations sont un outil de contrôle et servent au moment de la validation. Par exemple, si un établissement est autorisé en SSR sans hébergement, il doit renseigner un nombre de places et non un nombre de lits. C’est donc un outil pour la validation. L’équipe SAE sera donc vigilante sur ce chantier.

*[Post réunion, comme annoncé au comité de pilotage de la SAE, l’équipe SAE a rencontré la DGOS qui a conscience de l’impact de la réforme sur l’enquête SAE. Des points d’avancement du projet seront présentés régulièrement, tous les 6 mois, à l’équipe SAE.]*

Un groupe de travail a été monté sur l’activité interventionnelle sous imagerie en lien avec la réforme des autorisations. Le but est de définir les actes relevant de technique exploratoire pure ou de techniques interventionnelles plus ou moins invasives avec un objectif thérapeutique ou non.

Pour la SAE, cela permettra de définir une liste d’actes pour décrire l’activité recensée dans le bordereau IMAGERIE, puis d’envisager des imports PMSI et de compléter la liste d’actes utilisés pour pré-remplir l’activité réalisée au bloc opératoire. Le groupe de travail devrait rendre ses conclusions très prochainement. Dès qu’elles seront connues, une liste d’actes sera mise à disposition sur le site de collecte, même en cours de collecte si les conclusions arrivent après le début de l’enquête. Une communication sera alors mise en place pour avertir de cette mise à disposition sur le site de collecte.

**En guise de conclusion**, *Gaëlle GATEAUD (DREES)* souligne que la collecte de la SAE 2016, quatrième collecte au format rénové, a été à nouveau marquée par un grand nombre de questions même s’il a été moindre que l’année précédente pour l’équipe SAE. Le marché du prestataire a été renouvelé en 2016 et la même entreprise a été retenue. La même équipe a géré la hotline et a été en charge de la validation. L’équipe a pu ainsi capitaliser et gagner en expérience. Elle a donc transmis moins de questions, d’où la baisse observée du nombre de questions pour l’équipe SAE. En revanche, le nombre de questions a augmenté pour la hotline. En particulier, les questions ont été plus nombreuses à cause de la mise en place pour la première année des imports PMSI SSR. Ces imports se sont certes bien déroulés, mais cela a généré beaucoup de questions, de l’ordre d’environ 200 questions arrivées à la hotline et les demandes de report de délais ont aussi été plus fréquentes.

Pour l’édition 2017, des études se poursuivront pour étudier la possibilité de pré-remplir plus de cases avec les différents fichiers du PMSI, comme par exemple l’activité externe à partir du PMSI ACE, ou de se rapprocher d’autres sources pour améliorer la qualité des données de la SAE.

Une question pour les établissements privés, pour savoir s’ils sont ou non partenaires d’un GHT, et si oui lequel, sera intégrée au bordereau ORG. L’évolution proposée pour le bordereau PSY (distinction des CMP des unités de consultations) sera également mise en place dès la SAE 2017. Les différents propos exposés lors du comité de pilotage de la SAE seront présentés au bureau de la DGOS demandeur de l’ajout d’une question sur les coopérations internationales. Et de nouveaux échanges avec la HAS suivront pour déterminer une question qui peut être renseignée par les établissements réalisant une activité de chimiothérapie.

Dans l’objectif de continuer d’alléger la charge de collecte des établissements et de réduire la charge de validation du fait de l’existence de tensions sur les moyens humains et du risque de connaître des restrictions budgétaires, l’équipe SAE vise une stabilisation du questionnaire ainsi qu’un mouvement de suppression de questions. L’ajout de nouvelles demandes ne pourra se faire que si le besoin est argumenté et que la SAE apparaît comme le support incontournable. Même si le bordereau TELEMED ne sera pas mis en alternance du fait des priorités de la Ministre, il sera certainement réduit et les bordereaux Q25 et Q26 seront supprimés.

Enfin, *Gaëlle GATEAUD (DREES)* a présenté un bilan de la mise en place d’un questionnaire en septembre 2016 qui a permis de déterminer si les établissements souhaitaient toujours recevoir les différents documents papier envoyés en début de collecte, enquête conduite dans une démarche environnementale. Sur un taux de réponse d’un peu plus de 50 %, il a été possible de réduire d’environ 15% le nombre d’exemplaires imprimés et envoyés pour chaque type de documents (aide au remplissage, questionnaire papier, nomenclatures et manuel utilisateur). De plus, une centaine d’adresses mails ont été mises à jour, ce qui a facilité les échanges en début de collecte et a permis une meilleure communication des informations transmises au lancement de l’enquête. Cette petite enquête sera reconduite début septembre 2017 pour recenser les besoins des établissements en documentation papier. Cette enquête est également l’occasion d’informer les établissements de la diffusion de leurs données sur le site de diffusion de la SAE.

**Le prochain comité de pilotage de la SAE aura lieu début juillet 2018.**