

**Méthode.**— Dans cette étude, nous mobiliserons comme source principale les enquêtes établissements de santé depuis 1975 (H74, H80, EHP) devenues la « statistique annuelle des établissements de santé » (SAE) depuis 1994. Ces enquêtes décrivent l'activité et les facteurs de production associés dans les établissements de santé. Nous mobiliserons également le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO) ainsi que les données de l'État civil de l'Insee.

**Résultats.**— Dans les maternités, un processus de restructuration est à l'œuvre depuis le milieu des années 1970 : le nombre de maternités est ainsi passé de 1369 en 1975 à 814 en 1996, pour s'établir à 572 en 2007. Dans les services de gynécologie-obstétrique, le nombre de lits a diminué de plus d'un tiers. Pour autant, les usagères de maternités sont majoritairement satisfaites du déroulement de leur accouchement et l'adéquation entre niveau de maternité et type de grossesse continue de s'améliorer.

**Discussion/conclusion.**— Les restructurations des maternités se traduisent par un fort mouvement de concentration des sites et une modification substantielle des indicateurs associés (capacités, nombre d'accouchements par site, etc.). Quelles sont les raisons de cette concentration, qui perdure au-delà des décrets Dienech (1972) et périnatalité de 1998 ? Comment ont évolué en parallèle les conditions d'accouchement des femmes ?

doi:10.1016/j.respe.2010.02.042

I2

## Une typologie des centres hospitaliers universitaires de France métropolitaine

F. Evain<sup>a</sup>, C. Minodier<sup>b</sup>, S. Arnault<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Paris, France

<sup>b</sup> Ministère chargé de la Santé, Paris, France

**Mots clés :** CHU ; Typologie

**Introduction.**— Les 27 CHU de France métropolitaine, qui prennent en charge un cinquième des séjours en MCO, forment un groupe hétérogène. Après avoir comparé leur activité et leur patientèle à celles des autres établissements de santé, l'objectif est d'identifier des groupes de CHU présentant des caractéristiques similaires.

**Méthode.**— À partir de données du PMSI-MCO 2007, de la SAE et de données démographiques, une classification ascendante hiérarchique est réalisée. Pour ce faire, ont été retenus huit indicateurs quantitatifs pertinents, permettant de caractériser ces établissements et leur environnement. Ceci permet d'identifier quatre groupes de CHU.

**Résultats.**— Cette analyse permet de distinguer les CHU de pointe situés dans des zones dynamiques, les CHU de proximité situés dans des zones où l'offre hospitalière est importante et les CHU situés dans des zones vieillissantes avec une faible offre hospitalière. L'AP-HP forme un dernier groupe à elle seule. L'analyse de ces groupes permet de mettre en évidence le lien fort existant entre la densité de la structure d'offre hospitalière entourant les CHU et leur activité.

**Discussion/conclusion.**— Pour valider et mettre en perspective cette typologie, a été réalisée, dans un premier temps, une mesure des parts activité préférentielle (U) et activité de proximité (CH) pour chaque établissement. La représentation des CHU selon ces deux axes fait apparaître distinctement les quatre groupes issus de la typologie. Dans un second temps, on a regardé si la rentabilité économique variait d'une classe à l'autre. Le lien apparaît très tenuous. Plusieurs hypothèses peuvent être retenues. Tout d'abord, pour des raisons budgétaires et liées à la concurrence, le modèle du CHU associant activité CH et activité U a tendance à être remis en cause au détriment de l'activité de pointe. Par ailleurs, pour que les CHU puissent se consacrer aux missions U, l'offre environnante d'activités CH doit être suffisante, sans être trop concurrentielle sur les activités rentables.

doi:10.1016/j.respe.2010.02.043

I3

## Évolution du taux d'incidence des amputations d'un membre inférieur chez les personnes diabétiques et devenir à trois ans des personnes diabétiques amputées, selon les données du PMSI

S. Fosse<sup>a</sup>, A. Hartemann-Heurtier<sup>b</sup>, S. Jacqueminet<sup>b</sup>, M.-C. Mouquet<sup>c</sup>, P. Oberlin<sup>c</sup>, A. Fagot-Campagna<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Département des maladies chroniques et des traumatismes, InVS, Saint-Maurice, France

<sup>b</sup> Service de diabétologie, hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

<sup>c</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Paris, France

**Mots clés :** Diabète ; Complication ; Amputation

**Introduction.**— Alors que l'amputation d'un membre inférieur (AMI) est une complication grave du diabète, le devenir des personnes amputées a été peu étudié en France. L'objectif de cette analyse est d'estimer l'évolution du taux d'AMI de 2004 à 2007 et d'étudier le devenir à trois ans des personnes diabétiques amputées d'un membre inférieur en 2004 à partir des données du PMSI.

**Méthode.**— Les actes d'AMI ont été extraits de la base PMSI de 2004 à 2007 de métropole. Le diagnostic de diabète a été établi lorsqu'au moins un séjour hospitalier (pour amputation ou autre) reportait un diagnostic de diabète durant cette période. Le suivi à trois ans a été effectué sur les 8002 personnes amputées en 2004 disposant d'un numéro d'anonymat correct.

**Résultats.**— En 2004 et 2007, respectivement 10 265 et 11 442 actes d'AMI ont été enregistrés, chez respectivement 8470 et 9236 personnes diabétiques, alors que le taux d'incidence de l'AMI est resté stable sur cette période, autour de 375/100 000 personnes diabétiques. Il s'agissait en 2004 d'amputations d'orteil (44 %), de pied (19 %), de jambe (19 %) et de cuisse (18 %). Durant cette même année, 12 % des personnes sont décédées à l'hôpital et 18 % ont été réamputées. Après trois ans de suivi, le taux cumulé de décès hospitalier ou de réamputation était de 50 %.

**Discussion/conclusion.**— Le taux de décès hospitalier ou de réamputation à trois ans est extrêmement élevé, témoignant de la gravité de cette complication du diabète. Ce taux est néanmoins sous-estimé car il ne comprend pas les décès survenus au domicile (non disponibles), ni ceux survenus en soins de suite et de réadaptation (lesquels seront recherchés).

doi:10.1016/j.respe.2010.02.044

I4

## Le PMSI au service de la mise en place et de l'évaluation des centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires graves

L. May-Michelangeli<sup>a</sup>, V. Salomon<sup>a</sup>, P. Metral<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Ministère chargé de la Santé, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris, France

<sup>b</sup> Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, Lyon, France

**Mots clés :** PMSI ; Centre de référence infections ostéo-articulaires ; Évaluation ; Activités

**Introduction.**— Devant l'enjeu de santé publique que représente la prise en charge adéquate des infections ostéo-articulaires (IOA), le ministère chargé de la Santé s'est engagé à reconnaître des centres de référence dès fin 2008. Les centres ont une mission de coordination, d'expertise, de formation, de recherche ainsi que de prise en charge des IOA.