

10 ans

de recompositions hospitalières en France

JANVIER 2009

D

Dexia a confié en juillet 2007 à la Nouvelle Fabrique des Territoires (Mme Sandrine Haas, Directrice Générale, Pr Emmanuel Vigneron, Conseiller Scientifique) une étude sur les recompositions hospitalières en France survenues au cours des dix dernières années. Les auteurs se sont entourés d'un comité de pilotage qui a rassemblé de nombreux décideurs du monde hospitalier (directeurs de CH et de CHU, d'ARH, Conseillers Généraux de l'hospitalisation, Administration Centrale, Fédérations de l'Hospitalisation, Chercheurs...).

Cette étude livre des résultats qui viennent à point nommé dans l'actualité (Rapports Bur, Flageolet, Larcher, Ritter et leurs suites, ARS, Commission Paul de l'Assemblée Nationale, Loi Hôpital, patients, santé et territoires en discussion) et qui le seront plus encore dans les semaines et les mois à venir. Alors même que des débats passionnés se cristallisent autour de situations de conflits, la dernière en date étant celle de Carhaix, cette étude a vocation à établir ou à rétablir sans polémique un certain nombre de faits.

L'étude repose sur la constitution d'une base de données qui retrace l'histoire des quelques 2 100 établissements hospitaliers français de court séjour ayant existé depuis 1994. Pour chaque établissement sont décrites les capacités de l'offre, en même temps que sont identifiées et qualifiées les opérations de recomposition qui les ont affectées. L'étude permet ainsi de saisir plus d'un millier d'opérations de recomposition (1 146 exactement) ayant eu lieu au cours des 12 années étudiées, et impliquant 1 251 établissements. Pour illustrer cette démarche de reconstitution, prenons, comme dans le tableau suivant, la génération des établissements de 1995 et suivons-en la destinée.

Une note annexe décrit plus avant les sources d'information, la méthode d'élaboration des données mise en œuvre, puis leurs techniques d'analyse.

Un premier résultat de cette étude est donc de fournir une base de données inédite, et sans commune mesure, par son exhaustivité, avec les diverses enquêtes précédemment conduites, qui sont toutes restées partielles. Son analyse permet d'apporter des réponses non équivoques à bien des questions fréquemment posées : les recompositions ont-elles été nombreuses ? Y a-t-il une géographie des recompositions ? Quelles sont les caractéristiques des territoires et des établissements concernés ? Le secteur public est-il en retard ? Ces restructurations ont-elles aggravé l'accessibilité aux soins ? Ont-elles créé des problèmes d'emploi ? Quel a finalement été le rôle des ARH alors que l'on s'apprête à créer des ARS ?

DEXIA

Les différentes études d'impact et les bilans des recompositions hospitalières en France

4 grandes lignes de travaux sont actuellement conduites :

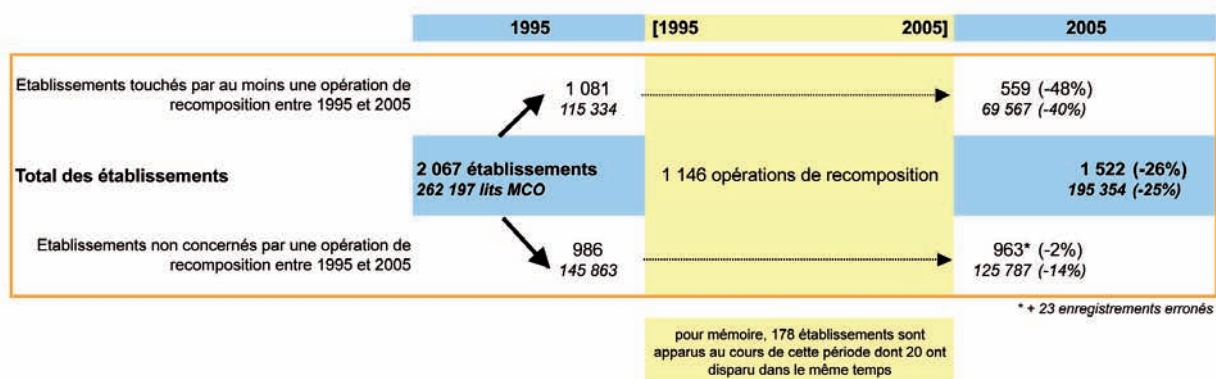
- 1- Le travail de **Edouard Bichier et Francis Fellingner**, respectivement secrétaire national et président de la Conférence des Présidents de Commissions Médicales d'Établissements, portant sur "les fermetures de chirurgies et de maternités publiques en France entre 1997 et 2005", qui sous forme de questionnaires auprès des équipes médicales, apprécie la satisfaction de ces dernières et l'apport des opérations de recomposition sur les conditions de travail et de soins. Ce travail porte donc sur les seuls CH et est conduit sur la base des déclarations fournies par les établissements, recoupées par les responsables de l'enquête.
- 2- **La Cour des Comptes** a annoncé en 2007 conduire des investigations sur l'impact des opérations de recomposition hospitalière sur les établissements, l'amélioration de leur organisation interne, leurs équilibres financiers... Il s'agit d'une approche de type audit des établissements recomposés. Il semble que ce travail procédera par quelques enquêtes localisées dans différentes régions et auditions sans analyse statistique.
- 3- Les travaux de **l'Observatoire des Recompositions hospitalières** ont tenté de dresser un inventaire des opérations sur la base des remontées issues des ARH. Un premier atlas a été publié en 1999 suivi d'une actualisation en 2002. Mais depuis 2005, l'observatoire est en sommeil et le contenu de son site internet n'a plus évolué depuis trois ans au moins. En 2007, un travail comparable d'observation des recompositions hospitalières a été confié par la DHOS à deux Conseillers Généraux de Santé. Il a d'abord visé à en dresser un bilan par questionnaire adressé aux ARH. Ce travail n'a semble-t-il pas abouti. Il a permis, au moins, de se rendre compte que la mémoire du passé et l'archivage des documents étaient souvent défectueux.
- 4- Le travail réalisé par la **Nouvelle Fabrique des Territoires pour Dexia** a pour objectif de dresser un panorama complet des recompositions hospitalières depuis 15 ans, sur des données individuelles d'établissement, avant d'analyser leur impact sur les flux de patients, et le positionnement géographique des établissements dans l'organisation territoriale des soins.

Pour compléter, il faudrait également tenir compte des éventuels travaux réalisés par les organismes privés pour analyser l'impact des rachats, fusions et acquisitions sur les stratégies territoriales des établissements privés. Ces travaux ne sont pas connus, si tant est qu'ils existent.

Au chapitre des travaux putatifs, il conviendrait d'ajouter ceux qui découleront peut-être de l'appel d'offres de la DIACT (Délégation Interministérielle à l'Aménagement et à la Compétitivité des Territoires) sur les "Impacts économiques sanitaires et sociaux de la réorganisation de l'offre hospitalière", pour autant que cet appel d'offres, clos en mai 2008, ne demeure pas infructueux.

■ HISTOIRE NATURELLE DE LA COHORTE D'ÉTABLISSEMENTS* DE L'ANNÉE 1995

* Établissements au sens des enregistrements du FINESS



Source : SAE, FINESS 1995-2005
Traitements : NFT, juillet 2008

■ LES RECOMPOSITIONS ONT-ELLES ÉTÉ NOMBREUSES ?

On retiendra qu'en France entre 1995 et 2005, près de deux établissements sur trois (60 %) ont été impliqués dans une opération de recomposition. Pour autant 80 % des établissements

n'ont connu qu'une seule opération sur la période, contre seulement 20 % qui en ont connu plus d'une.

Les opérations de recomposition hospitalière en France entre 1995 et 2005

TYPES D'OPERATIONS DE RECOMPOSITION	Nombre d'opérations de recomposition	Répartition des établissements recomposés par statut			
		Privé Commercial	Privé non Lucratif	Public	
Fermetures	199	85%	10%	4%	
Conversion de l'Obstétrique ou de la Médecine & de l'Obstétrique	Conversion de la chirurgie	113	22%	26%	52%
	Conversion du court séjour	126	57%	7%	35%
	Conversion de la Médecine	98	41%	33%	27%
	Ensemble des conversions	89	40%	26%	34%
Ensemble des conversions	426	41%	22%	37%	
Extension d'activités de court-séjour	75	62%	14%	24%	
Fusion public/public et public/privé	Fusion privé/privé	85	82%	18%	0%
	Fusion public/public et public/privé	73	8%	1%	91%
Ensemble des fusions	158	48%	10%	42%	
Coopérations entre établ de tous statuts	40	31%	15%	55%	
Redistribution d'activité entre plusieurs établ.	59	49%	6%	44%	
Ensemble des coopérations	99	42%	10%	49%	
Regroupement total sur site privé/privé	46	91%	9%	0%	
Regroupement total sur site public/public ou public/privé	18	10%	10%	80%	
Total des regroupements	64	70%	9%	21%	
Autres	125	29%	20%	52%	
Ensemble des opérations de recomposition	1146	51%	14%	34%	

Sources : SAE, Finess

Traitements NFT-Juillet 2007

On peut distinguer deux grandes catégories d'opérations. D'un côté, nous avons les **opérations individuelles**, qui concernent un seul établissement : elles comprennent les fermetures, les réductions significatives des capacités, nommées ici conversions, ou encore les extensions importantes de capacités. Parmi ces opérations menées en solo, il y a eu 199 fermetures, soit 17 % du total des opérations, qui ont concerné essentiellement de très petits établissements privés, et 426 conversions (37 %), notamment en chirurgie et obstétrique.

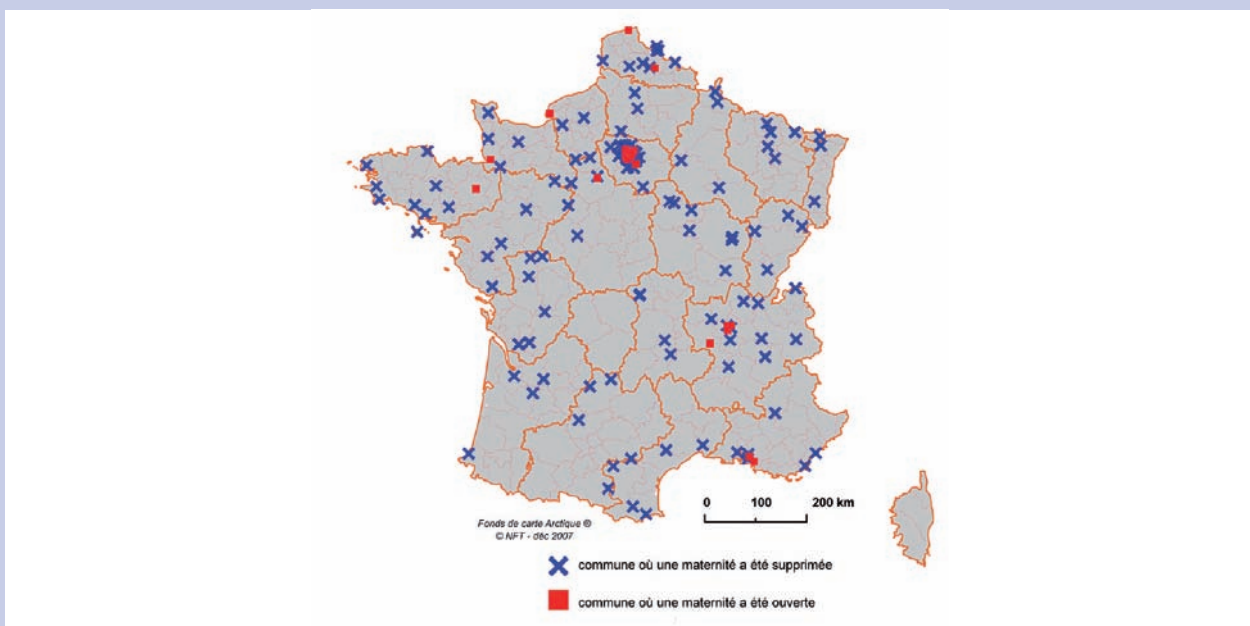
De l'autre côté, nous avons les **opérations de partenariat**, qu'il s'agisse des fusions, regroupements, ou partages d'activité. Ces opérations de partenariat étant bien plus lourdes, en termes de négociations, de gestion et d'investissement, elles sont évidemment moins nombreuses : on recense néanmoins 158 fusions (14 %), 64 regroupements sur site (6 %), et 99 coopérations et redistributions d'activité (9 %). Ces opérations de type partenarial ont finalement engagé plus de 700 établissements (712 exactement), et l'on peut donc dire que si elles ont été presque deux fois moins nombreuses que les opérations plus courantes de conversion, elles n'en ont pas moins été structurantes sur le paysage de l'offre hospitalière.

■ LES RECOMPOSITIONS ONT-ELLES ÉTÉ ASSEZ LOIN ?

• Dans le domaine de l'**obstétrique**, les recompositions ont été très nombreuses : près de 180 opérations ont porté sur cette activité ; elles se sont soldées par des fermetures de services de maternité (127) qui ont démarré dès 1995 et, depuis 2003, par une quarantaine de regroupements. Ces derniers s'achèvent aujourd'hui par la constitution de pôles de maternité public-privé souvent financés dans le cadre du Plan Hôpital 2007. La poursuite des recompositions doit désormais être examinée avec prudence et intégrer la question

de l'accessibilité géographique aux soins. Les évolutions réglementaires qui conduiraient à élever encore le seuil d'activité méritent que les gains espérés de qualité soient mis en regard des risques accrus associés à l'éloignement des patientes au lieu d'accouchement. Ainsi, il est significatif de constater que les petites maternités qui demeurent, celles de moins de 500 accouchements, sont localisées en zone montagnaise et/ou isolée. Les marges d'action possibles sur ces établissements sont certainement limitées.

Services de maternité fermés ou ouverts entre 1995 et 2005



Les petits services de maternité existant en 2005

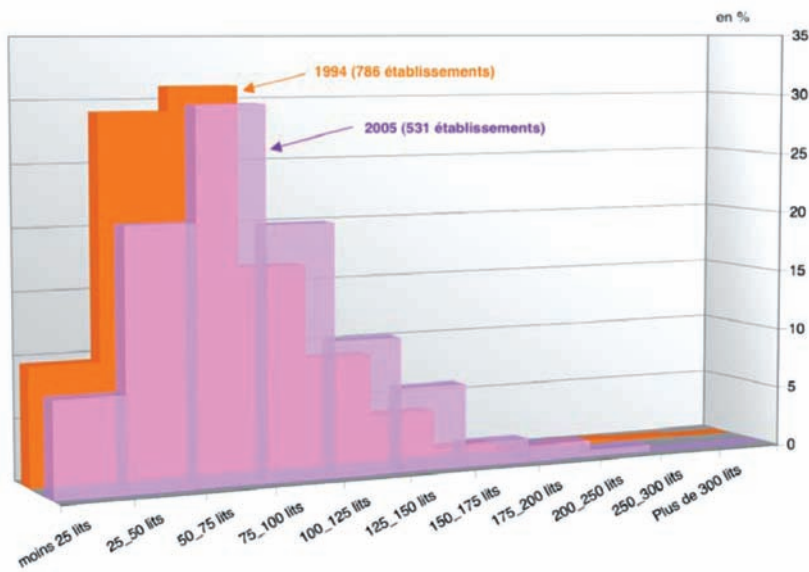


• En **chirurgie**, il faut d'abord noter que, contrairement à ce qui est souvent entendu, les diminutions de lits dans le secteur public ont été tout aussi importantes que dans le secteur privé commercial. Pour autant, les logiques qui ont présidé à ces mouvements n'ont pas été les mêmes. Dans le secteur privé, on a enregistré de nombreuses fermetures de petits établissements dans de grandes villes notamment ou des conversions préparant les établissements à des opérations de fusion et de regroupement. Dans le secteur public, la baisse généralisée du nombre de lits a conduit à l'augmentation du nombre de petits établissements qui ont été les premiers touchés par les conversions et qui dans le meilleur des cas ont trouvé à s'adosser à de plus gros hôpitaux.

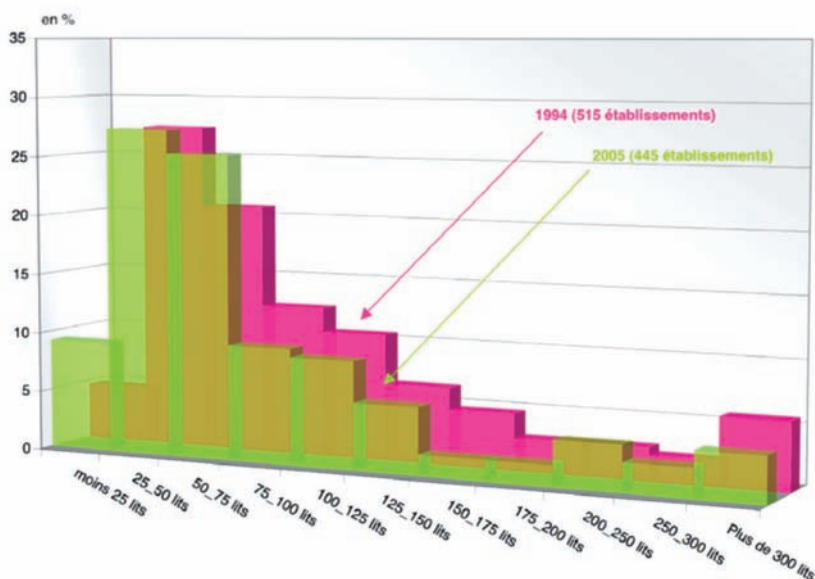
Ces établissements publics, dont les capacités d'accueil ont sensiblement été affectées par la tendance générale de réduction des lits, sont aujourd'hui les cibles des restructurations à venir.

Au total, il y a au moins une *centaine* d'établissements publics et privés en France à se trouver actuellement dans des tranches de taille ne permettant pas une activité soutenable. Mais là encore, ces restructurations doivent désormais prendre en compte les questions d'accessibilité autant que de qualité car l'une et l'autre sont liées. Pour mémoire, rappelons ici que le rapport du Comité National de Chirurgie d'avril 2006

Distribution par taille des services de chirurgie des établissements privés commerciaux en 1994 et 2005



Distribution par taille des services de chirurgie des établissements publics en 1994 et 2005

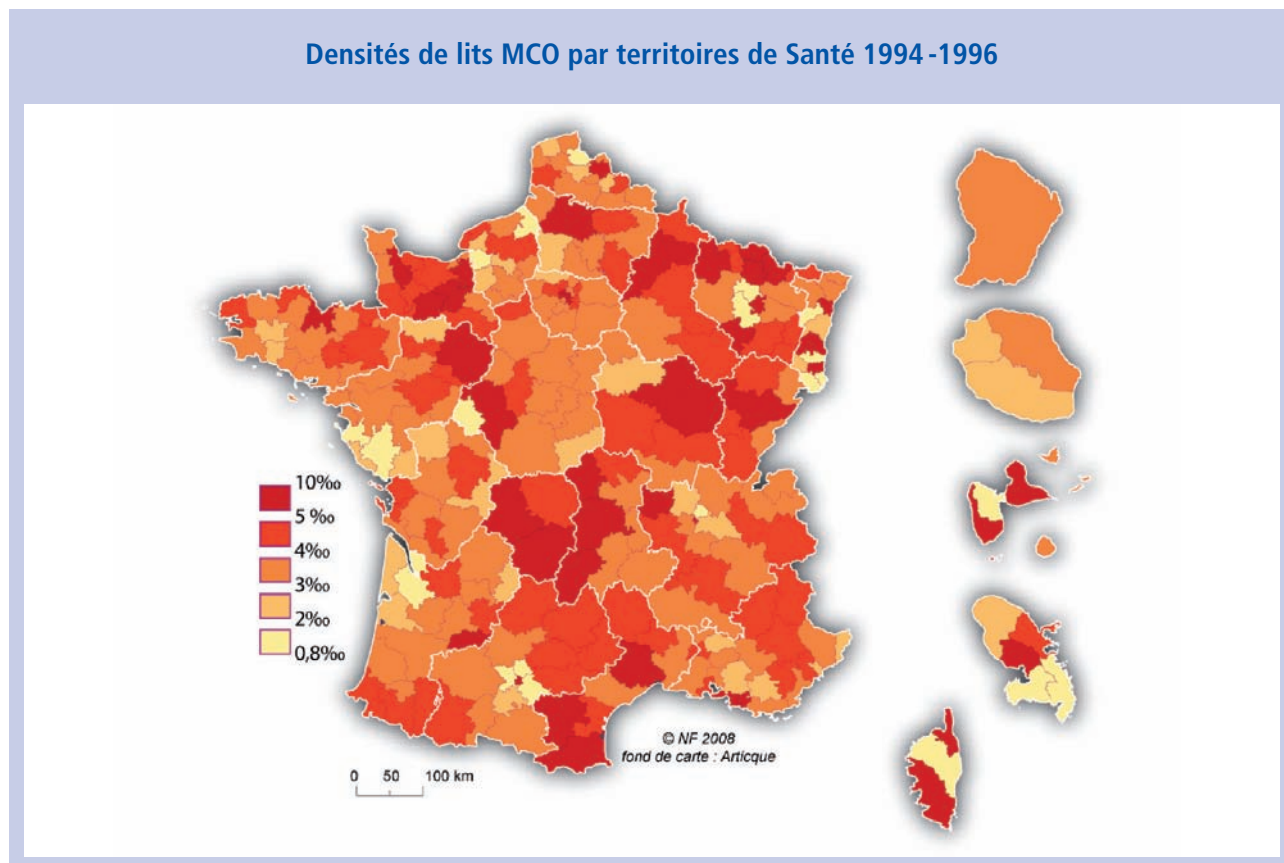


définissait 120 établissements chirurgicaux devant être fermés ou encore que l'Atlas hospitalier et médico-social de la FHF en décembre 2007 qualifiait de vulnérables plus de 240 établissements pratiquant la chirurgie et/ou l'obstétrique. Dans l'un et l'autre cas, on sait comment la presse et le débat public s'en sont emparés. Notre étude converge avec ces résultats au sens où elle reconnaît qu'il existe encore un potentiel de recomposition en chirurgie, les ordres de

grandeurs sont même comparables pour ce qui concerne l'étude du Conseil National de la Chirurgie. Mais le seul critère de taille retenu dans toutes ces approches, qu'il s'agisse du nombre de séjours, de lits, de chirurgiens, reste un critère insuffisant pour conclure, et les critères d'ordre géographique devront être pris en considération pour apprécier le potentiel réel des recompositions envisageables en chirurgie.

■ Y A-T-IL UNE GÉOGRAPHIE DES RECOMPOSITIONS ?

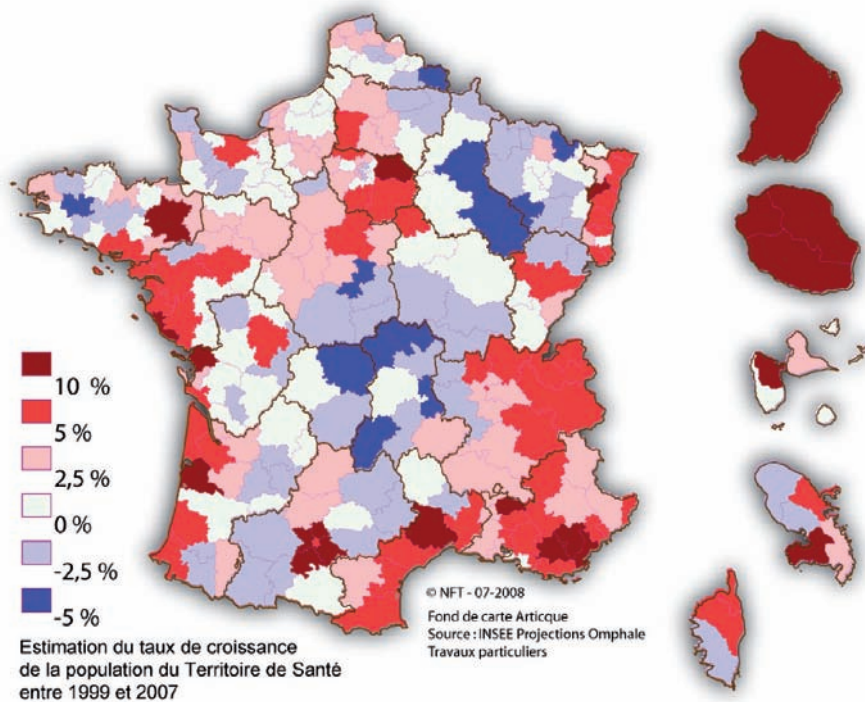
Densités de lits MCO par territoires de Santé 1994-1996



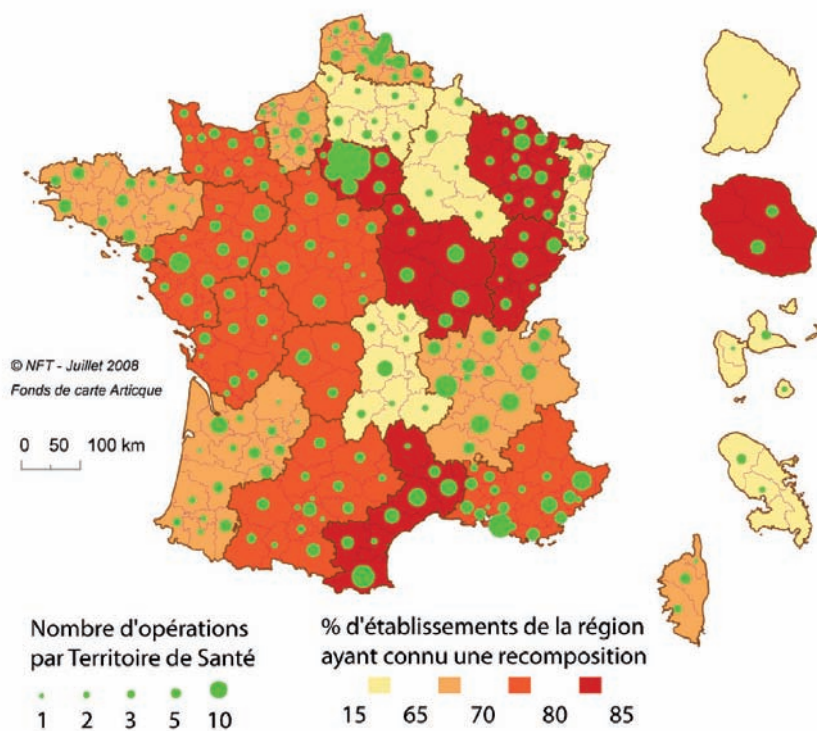
Les recompositions ne se sont pas spécifiquement produites sur les territoires où les changements démographiques ont été les plus sensibles, non plus que sur ceux où la proportion de petits établissements était la plus importante. En réalité, on note une très grande variabilité inter régionale de l'ampleur comme des outils de recomposition du paysage hospitalier, prouvant sans

aucun doute l'importance des opportunités, des contextes politiques locaux, du facteur humain et de la pédagogie de la réforme qui a été déployée. Clairement, les recompositions hospitalières ne répondent à aucune vision d'ensemble de l'aménagement du territoire au niveau national même si à l'échelle des différentes régions cela a pu être isolément le cas.

Dynamisme de la population des territoires de santé 1999-2007



Densité des recompositions par région entre 1994 et 2005



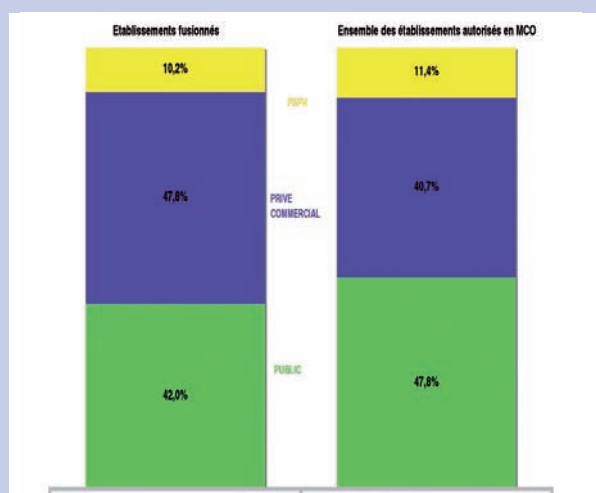
■ LE DYNAMISME DES RECOMPOSITIONS ENTRE LE SECTEUR PUBLIC ET LE SECTEUR PRIVÉ EST-IL COMPARABLE ?

Plus de la moitié (51 %) des opérations de recomposition a touché des établissements privés commerciaux, alors même que ces derniers ne représentaient pas plus de 41 % des établissements présents en moyenne sur la période. Les re compositions concernent donc proportionnellement moins les établissements publics (34 %) que privés. Ceci est particulièrement vrai pour les fermetures évidemment mais aussi pour les opérations de fusions ou de regroupements.

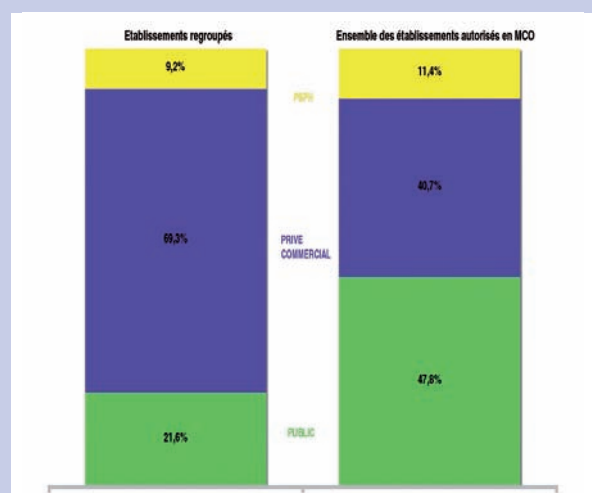
Au-delà du nombre d'établissements concernés ce sont aussi les logiques de recomposition qui sont les plus contrastées entre les établissements publics et privés. Offensives, stratégiques et partenariales dans les établissements privés commerciaux, les re compositions sont plus progressives, plus lentes et plus contraintes dans les établissements publics.

Ainsi, les établissements privés qui ont converti l'obstétrique sont plutôt de gros établissements de chirurgie, qui ont fait le choix de renforcer leur position par une spécialisation de leurs activités en chirurgie et de maintenir ainsi leurs capacités là où leurs homologues, i.e. l'ensemble des autres établissements privés commerciaux, les réduisaient. À l'inverse, les établissements publics qui ont converti leurs activités d'obstétrique sont des établissements de petite taille, dont les capacités ont été maintenues à bout de bras avant l'opération de conversion, et qui connaissent la fin progressive de leurs activités chirurgicales. De même, les fusions d'établissements privés se déroulent entre les établissements plutôt bien établis, dont les capacités sont supérieures à celles des autres, et qui, en se rapprochant parviennent à les maintenir. Les fusions d'établissements publics sont en revanche plus défensives, se déroulent entre des établissements vulnérables qui partagent au moins autant leurs difficultés que leurs atouts.

La répartition par statut des établissements fusionnés entre 1995 et 2005



La répartition par statut des établissements regroupés entre 1995 et 2005



■ LES RECOMPOSITIONS ONT-ELLES MODIFIÉ LES RAPPORTS PUBLIC-PRIVÉ AU SEIN DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE ?

En termes de capacités d'hospitalisation offertes, on note une stabilité du poids relatif de chaque secteur mais en termes de nombre d'établissements le privé commercial est aujourd'hui bien moins présent qu'il ne l'était il y a 10 ans. Un tiers des établissements privés ont disparu contre 4 % dans le secteur public. Le secteur privé s'est fortement concentré au sein de plus gros établissements (65 lits en moyenne en 2005 contre 50 lits en 1995). Il a également accentué sa spécialisation en chirurgie, tandis qu'il se désengageait de l'obstétrique et poursuivait son retrait des activités de médecine.

Entre 2000 et 2006, avec une proportion constante de 48 % des lits installés en chirurgie, la part du secteur privé commercial

est passée de 54 à 50 % des séjours d'hospitalisation complète, son poids en chirurgie ambulatoire s'est encore confirmé atteignant 80 % des places et 90 % de l'activité. Comme dans le même temps, la chirurgie ambulatoire n'a cessé de se développer, le secteur privé commercial assure 66 % de l'activité de chirurgie (hospitalisation complète et ambulatoire confondus) en 2006 contre 64 % en 2000.

Dans le secteur privé, les re compositions ont donc été l'occasion d'une spécialisation dans le domaine de la chirurgie et d'une concentration géographique tandis que le secteur public continue dans son ensemble à couvrir toute la gamme de soins en évoluant vers une organisation territoriale graduée

avec la reconversion de nombreux sites de la chirurgie et de l'obstétrique vers la médecine.

On notera que cet approfondissement du partage des rôles dans l'offre hospitalière n'a pas été synonyme de coopérations entre les établissements publics et privés. Les opérations de

recomposition ne traversent en effet que très rarement les "frontières" statutaires : les partenariats publics privés, regroupements (15) ou fusions (9), font encore figure d'exception. Néanmoins, les projets annoncés se multiplient, laissant peut-être présager une évolution des relations entre les secteurs public et privé.

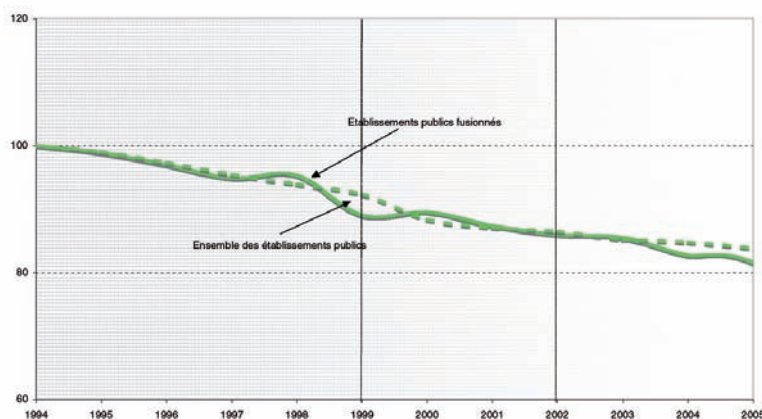
■ QUEL A ÉTÉ L'IMPACT DES RECOMPOSITIONS SUR LES CAPACITÉS DES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS ?

L'impact des recompositions sur l'offre des établissements est très différent selon le statut des établissements, et au-delà selon la logique qui prévaut aux opérations de recomposition qu'ils mènent. Les deux graphiques qui suivent illustrent ces différences d'impact pour ce qui concerne les établissements qui ont fusionné entre 2000 et 2002. Les fusions des établissements publics, qui peuvent affecter la répartition des capacités entre les sites, n'affectent pas les capacités d'ensemble des nouveaux établissements qui se constituent : ces derniers suivent le mouvement général de réduction des lits de l'ensemble des établissements publics. Au contraire, les

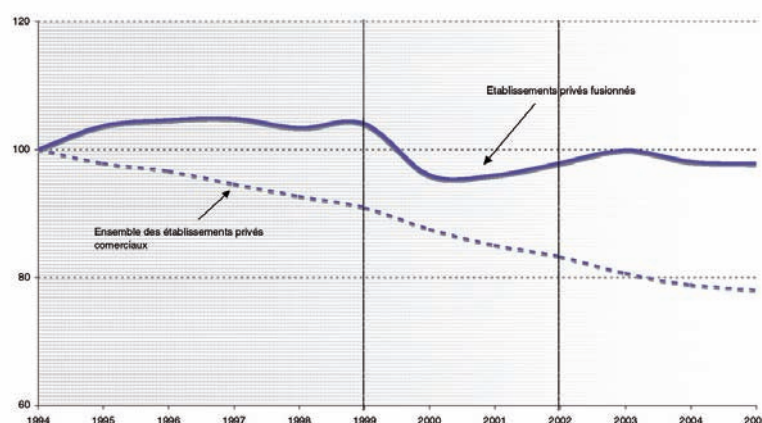
fusions dans le secteur privé épargnent aux établissements qui les engagent, la réduction des lits enregistrée pour l'ensemble des autres établissements du secteur.

Ainsi l'analyse de l'impact des fusions et regroupements sur les capacités de l'offre permet de dire que les stratégies de fusions et de regroupements privés confortent des positions "gagnantes" des établissements qui les engagent. De l'autre côté, les fusions et regroupements d'hôpitaux publics n'inversent pas clairement les tendances à la réduction des capacités des établissements fragiles qui s'y engagent... peut-être trop tardivement.

Évolution des lits MCO des établissements publics fusionnés entre 2000 et 2002



Évolution des lits MCO des établissements privés fusionnés entre 2000 et 2002



■ QUEL A ÉTÉ L'IMPACT DES RECOMPOSITIONS SUR L'EMPLOI DANS LES ÉTABLISSEMENTS ?

Quelques 302 opérations ayant eu lieu entre 2000 et 2002 ont été analysées. Dans tous les cas, il faut convenir que les opérations de recomposition n'ont pas clairement d'effet péjoratif sur l'emploi des établissements concernés.

Elles semblent avoir un effet plutôt neutre sur l'emploi administratif, peut-être en raison des besoins nouveaux de gestion induits par la recomposition. Mais globalement, le constat est surtout celui d'une grande variété d'évolution

selon le secteur, l'activité concernée, et le type d'opération. Les recompositions ont finalement en elles-mêmes moins d'impact que les modes d'organisation qui les portent et les stratégies variées de redéploiements qu'elles visent. Elles ne modifient pas les tendances lourdes, dont les déterminants sont tout autres (réglementaire, démographique, ...).

Évolution 2000-2005 de l'emploi selon le type de restructurations (%)

	Emploi Non Med Service de soins	Emploi Non Med Hors Service de soins
Reconversion de la chirurgie	7	6
Coopérations entre établissements	8	8
Reconversion totale du court-séjour	0	-11
Conversion de la médecine	8	4
Conversion de l'obstétrique	11	18
Extensions	17	10
Fermetures	-100	-100
Fusion entre établissements privés	18	27
Fusion entre établissements publics ou public et privé	10	9
Redistribution d'activités entre plusieurs établissements	13	35
regroupement total sur site entre privés	-10	5
regroupement sur site entre public et privé	5	3
Total	8	12
Tous établissements	15	13

source : bases SAE 2000-2005

Traitements : NFI

■ QUEL A ÉTÉ L'IMPACT DES RECOMPOSITIONS SUR L'ATTRACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET LA COUVERTURE DES BESOINS DE SOINS DU TERRITOIRE ?

Pour répondre à cette question qui suppose une observation fine des flux de patients, nous avons procédé à une série de huit monographies de territoires (Aubagne-La Ciotat, Calais, Chamonix/Sallanches, Cognac, Foix/Pamiers, Marmande/Tonneins, Nancy, Valognes). Elles permettent d'avancer quelques résultats sans doute à bien des égards généralisables.

Les recompositions ont dans l'ensemble un impact plus limité qu'on ne le pense sur la couverture des soins hospitaliers. Pour beaucoup de personnes, les recompositions de l'offre hospitalière sont synonymes d'une dégradation de la couverture des besoins de soins des habitants ; en réalité, une telle assertion n'est pas vérifiée en l'état des restructurations.

Pour les **établissements publics**, les opérations de fusions et de regroupements d'activités enregistrées ces dix dernières années ont eu lieu entre des établissements plutôt de petite taille, et entre des établissements relativement proches les uns des autres. Par ailleurs, ces opérations ont principalement concerné les activités de chirurgie et d'obstétrique, dont les séjours sont rarement récurrents et n'imposent pas de déplacements répétés. Ainsi, la fermeture et le transfert de l'activité d'un site à l'autre ont concerné un petit nombre de séjours, et n'ont généralement pas induit la nécessité d'accéder aux soins en dehors du territoire de santé : de ce point de vue la couverture des soins s'est rarement dégradée. Au contraire, cette réorganisation de l'offre publique sur le territoire a bien souvent permis de maintenir, pour l'établissement dans son ensemble, et donc pour les habitants du territoire, le niveau d'activité de court séjour requis pour répondre aux exigences économiques, de démographie médicale et de qualité qui ont eu cours dans les années 90. Pour autant, ces exigences n'ont cessé de se durcir et les seuils d'activité d'augmenter. De ce fait, l'intérêt d'une stratégie de résistance par la fusion des établissements publics est remis en cause en ce sens que cette stratégie peut, dans certains contextes, s'avérer n'avoir eu que des effets transitoires.

Pour les **établissements privés**, les opérations de concentration se sont déroulées principalement dans les grandes villes, et n'ont donc pas directement affecté le niveau de couverture des besoins, qui reste très élevé sur les grandes agglomérations. L'impact de la recomposition de l'offre des établissements privés sur la couverture des soins doit donc être plutôt considéré à l'échelle des territoires voisins de ces ensembles urbains. La concentration de l'offre des cliniques privées sur les métropoles, les investissements massifs dont elles ont bénéficié, leur fréquente relocalisation sur des axes autoroutiers de la proche périphérie sont de puissants facteurs de déstabilisation de l'offre de chirurgie dans les territoires périphériques des métropoles. Les cliniques y rencontrent d'importantes difficultés pour se maintenir face à la concurrence de leurs homologues établies et déjà recomposées dans la grande ville voisine. Suivant les filières du secteur privé, les habitants se reportent moins sur l'offre publique locale que sur cette offre de la métropole, aggravant encore la situation locale. Finalement l'hôpital public parvient difficilement à maintenir autre chose qu'une chirurgie d'urgence. De telles situations, qui ont vu le jour au milieu de cette décennie, sont donc clairement défavorables à la couverture territoriale des soins, et incitent à des stratégies de rapprochement public/privé qui peinent cependant à se concrétiser.

Les recompositions hospitalières sont des vecteurs de la concentration territoriale de l'offre de soins de court séjour et si jusqu'à présent, leurs effets sur la couverture locale des besoins ont été limités, elles sont susceptibles de générer à terme une détérioration de cette couverture. Mais les recompositions hospitalières sont aussi une réponse apportée par les établissements à la concurrence grandissante des établissements déjà concentrés. À ce titre elles participent au maintien de l'offre locale. En réalité, plus que les recompositions hospitalières, ce sont leurs déterminants, les contraintes démographiques, économiques, et réglementaires, qui ont un impact sur la couverture territoriale des besoins de soins de court séjour de la population.

■ FINALEMENT, LES ARH ONT-ELLES EU UN RÔLE DANS CES RECOMPOSITIONS ?

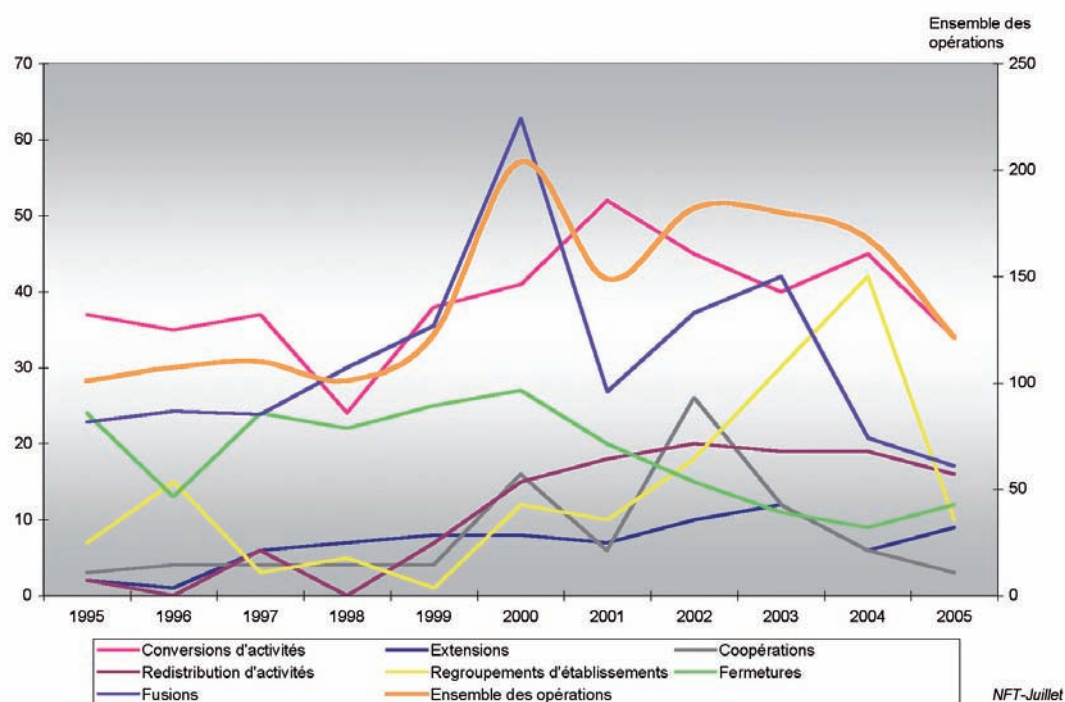
L'analyse des rythmes des recompositions marque clairement le rôle des ARH comme facteurs d'accélération des recompositions et de leur visée stratégique pour les territoires.

Dans un tout premier temps, les ARH ont poursuivi en l'accélération une phase de réduction du nombre d'établissements et de lits déjà engagée dans les années 90 : mise en accord des autorisations avec les capacités réellement installées, mises aux normes, fermetures des établissements les plus vétustes. À partir de 1999 et jusqu'en 2003-2004, ont été mises en œuvre des opérations plus partenariales,

impliquant souvent plusieurs établissements dans le cadre de fusions et de regroupements, plus structurantes pour l'organisation régionale des soins. Les ARH et le Plan Hôpital 2007 ont eu ici un rôle probablement déterminant.

Sans doute peut-on retirer de ce passé récent l'enseignement que l'impulsion des politiques publiques comme le ciblage des moyens publics, par exemple par les plans Hôpital 2007 ou Hôpital 2012, est incitatif. Leur efficacité reste conditionnée à l'inscription des projets dans une politique explicite, territorialisée et partagée par les différents acteurs.

Le rythme des recompositions entre 1995 et 2005



■ ANNEXE

Matériel et méthode de l'étude

Établir un bilan des recompositions, pour peu que l'on se soucie de sa représentativité statistique, suppose d'abord d'en dresser l'inventaire. L'étude ici présentée a d'emblée fait le choix d'une reconstitution de l'histoire de l'ensemble des établissements de France métropolitaine et des DOM quand bien même c'était là consacrer une large part des efforts à la collecte et à la mise en forme de l'information. Il nous a paru néanmoins qu'une telle base de données, susceptible d'actualisation, pourrait constituer un produit utile quoique dérivé de notre étude et dans tous les cas indispensable à son utilité réelle.

Concrètement, à partir d'une reconstitution de l'historique des établissements hospitaliers, il s'est donc agi, à partir des points de rupture de leurs évolutions en termes de capacité, ou de toute autre information par ailleurs vérifiée, d'identifier les opérations qui les ont touchées.

L'étude n'a concerné que les opérations de reconstitution des établissements disposant d'autorisations de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique. De même sont exclues les structures de coopérations de type syndicat interhospitalier (SIH) ou groupement de coopération sanitaire (GCS) car ces opérations concernent "la quasi-totalité (95 %) des établissements qui appartient à une structure de coopération telle qu'un GCS, un réseau inter-établissements ville-hôpital, ou à un partenariat pour hospitalisation à domicile et soins infirmiers à domicile"¹, incidence si forte et si systématique qu'elle en relativise la signification. De même, les opérations immobilières lorsqu'elles sont propres à un établissement et indépendante d'une opération de reconstitution ont été écartées de l'investigation.

Une première étape a consisté dans le montage d'une base de données de tous les établissements existants ou ayant existé à un moment ou un autre au cours de la période allant de 1994 à 2005 et présents dans les statistiques annuelles du ministère chargé de la santé (SAE et FINESS). À partir de cette base, pour chacun des territoires de santé arrêtés dans le cadre des SROS 3, une lecture attentive de l'évolution des établissements a permis de repérer les points de rupture dans la vie des établissements, de les lier, le cas échéant, à ceux des établissements voisins, et d'identifier l'opération expliquant ces ruptures de capacités ou les changements de Finess, ou d'identification juridique. L'investigation s'est alors poursuivie à partir de tous les documents disponibles qu'il s'agisse de documents "papiers" ou "électroniques". Ainsi, ce travail d'investigation a-t-il "fait feu de tout bois", jusqu'à obtenir, pour les différents établissements, les explications les plus probables, celles vers lesquelles les informations convergent pour identifier chaque opération et en définir la nature et le contenu.

Le choix de retenir les évolutions des capacités en lits et places installés comme indicateur de la reconstitution de l'offre s'explique par au moins trois raisons. Tout d'abord, c'est le seul indicateur disponible sur 15 ans. Ensuite, malgré les évolutions récentes des modes de prise en charge, évolutions qui ne touchent encore principalement que la chirurgie, il est un bon indicateur de l'éventail d'activités offertes des établissements. Enfin, les ruptures dans les séries se sont avérées, après les tests initialement expérimentés sur quelques régions, être de bons marqueurs de transformations majeures de l'offre des établissements qui pouvaient être qualifiées de reconstitution parce que les lits - c'est-à-dire les capacités concrètes d'hospitalisation - résument tout un environnement médical auquel leur installation est réglementairement soumise.

¹ Cf *Études et Résultats* n°633, avril 2008, DREES

Compte tenu de la qualité des fichiers initiaux de données, et des enregistrements multiples, un important travail de redressement a dû être réalisé.

La qualification des opérations de recombinaison ne va pas toujours de soi. D'un côté, il est nécessaire pour toute analyse d'être en mesure de simplifier la grande diversité juridique, institutionnelle, financière et d'organisation que recouvrent les opérations de recombinaison. De l'autre côté, toute simplification représente une perte d'information. La typologie construite s'est attachée à rester la plus fidèle possible aux différentes logiques qui, selon les documents et informations recueillies, ont présidé aux opérations engagées par les établissements. On peut d'abord distinguer les opérations individuelles, n'engageant qu'un seul établissement (fermetures, créations, conversions, extensions) des opérations partenariales (fusions, regroupements, coopérations) où plusieurs établissements se trouvent impliqués.

Le traitement des données porte donc sur une base originale, retraçant l'historique des capacités autorisées de tous les établissements ayant existé sur la période, et des opérations de recombinaison qui ont pu intervenir au cours de cette tranche observée de 10 ans de leur vie. Quatre types de traitements ont été réalisés :

- *Une analyse descriptive générale* d'évolution des lits, de la taille moyenne et de la répartition par taille des établissements par activité, de la géographie des établissements et des densités de lits.
- *Une analyse des opérations de recombinaison* en deux temps. D'abord, une analyse générale du nombre de ces différentes opérations, du rythme des recombinaisons, et une comparaison régionale de l'intensité des recombinaisons. Ensuite, une analyse par type d'opération, par laquelle sont comparés les profils des établissements recomposés avec un profil moyen d'établissements, constitué à partir de l'ensemble des établissements présents en 2000.
- *Une analyse d'impact des recombinaisons sur les capacités et sur l'emploi.* Cette analyse est menée à partir d'une comparaison de tous les établissements ayant été recomposés entre 2000 et 2002 avec l'ensemble des établissements présents entre 1994 et 2005.
- *Une analyse d'impact des recombinaisons sur l'attractivité des établissements concernés.* À partir de données de flux des habitants des territoires sièges d'opération, données extraites des PMSI de 1999 à 2006, nous avons cherché à préciser les effets des recombinaisons du triple point de vue de leurs effets sur l'attractivité des établissements sur les patients de leur territoire, sur l'autarcie des territoires concernés et sur les choix des patients. Compte tenu de la complexité de ces derniers calculs, c'est ici la voie d'une approche monographique qui a été retenue. Un sondage stratifié nous a permis de réunir des établissements qui apparaissent comme tout à fait typiques des différentes situations observées.

Les membres du groupe de travail réunis autour de **Sandrine Haas et d'Emmanuel Vigneron**

■ **Dr Edouard Bichier**

Secrétaire de la Conférence des Présidents de CME de CH, CH de Saumur

■ **Claire Bouinot**

Direction des Études de Dexia Crédit Local

■ **Jean Michel Budet**

Directeur Général Adjoint de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

■ **Jean-Charles Clément-Grandcourt**

Direction du Développement de Dexia Crédit Local

■ **Patrick Colombel**

Directeur Général CH de St Nazaire

■ **Jean-Pierre Demolis**

Direction du Développement de Dexia Crédit Local

■ **Gérard Dumont**

Directeur général des services de la mairie de Lille

■ **Dr François Fellingner**

Président de la Conférence des Présidents de CME de CH, CH de Haguenau

■ **Loïc Geffroy**

Conseiller Général des Établissements de Santé, DHOS, Ministère de la Santé

■ **Didier Haas**

Délégué général du Groupe Hospitalier de la Mutualité Française

■ **Dominique Hoorens**

Directeur des Études de Dexia Crédit Local

■ **Thomas Le Ludec**

Directeur Général du CH de Lagny-sur-Marne

■ **Vincent Le Tallandier**

Directeur de la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier

■ **Judith Lévitán**

Direction des Études de Dexia Crédit Local

■ **Philippe Mossé**

Directeur de recherche CNRS, Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail, Université d'Aix-Marseille

■ **Benoit Pericard**

Directeur du département santé de KPMG

■ **Jean-Paul Segade**

Directeur général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille

■ **Sébastien Villeret**

Direction des Études de Dexia Crédit Local

■ **Michèle Vignes**

Directrice de Projet, Caisse des Dépôts et Consignations



Contacts

Tél. : 04 67 81 71 01 - 06 84 54 21 44
Sandrine-Haas@nft.fr
Emmanuel-Vigneron@nft.fr



Dexia Crédit Local

Direction des Études
Tour Dexia - La Défense 2
1, passerelle des Reflets - TSA 92202
92919 La Défense cedex
Tél. : 01 58 58 75 73
www.dexia-creditlocal.fr