

*Entre 1975 et 1996, le nombre de maternités a diminué sous l'effet d'un mouvement continu de reconversion et de concentration, particulièrement accentué au sein des cliniques privées. Ces restructurations se sont inscrites dans un contexte de baisse de la population des zones rurales, puis d'atonie économique et démographique de certains départements ou villes moyennes. Au cours de cette période, les disparités régionales se sont quelque peu réduites mais demeurent encore importantes, en particulier dans l'activité du secteur privé. Ces mouvements se sont accompagnés d'un accroissement de l'emploi des sages-femmes, notamment dans le secteur public, ce qui a permis d'améliorer le suivi des grossesses et la sécurité des naissances. Toutefois, en 1996, plus d'un tiers des grossesses multiples n'était pas pris en charge par des maternités comportant des unités de néonatalogie ou de réanimation néonatale.*

**Dominique BAUBEAU**

Ministère de l'Emploi et de la solidarité  
DREES

**Serge MORAIS**

Équipe « Espace, santé, territoire », Institut santé et développement, Université Paris X-Nanterre

**Antoine RUFFIÉ**

Interne de santé publique

## Les maternités de 1975 à 1996 : un processus de restructuration sur longue période

Les maternités ont connu un mouvement important et continu de restructuration depuis le début des années 70 et, en particulier, depuis 1975<sup>1</sup>. Le nombre de maternités qui effectuaient moins de 300 accouchements par an était de 90 en 1996, alors qu'on en comptait 489 en 1975, puis 248 en 1985. Ces changements se sont réalisés au cours d'une période de baisse limitée de la natalité (-2,6% sur la période) et de modifications de la répartition territoriale de la population (encadré 1). Le nombre moyen d'accouchements par maternité (encadré 2) est ainsi passé de 528 en 1975, à 698 en 1985, pour atteindre 840 en 1996.

1. L'année 1975 a été choisie pour des raisons de disponibilité des données.



## Un mouvement de restructuration initié depuis le début des années 70

La parution en 1972 du décret Dienech<sup>2</sup> a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Néanmoins, en 1975, les

maternités privées étaient encore majoritaires par rapport au secteur public (716 sur un total de 1369). Après un léger redressement, des fermetures et des regroupements se sont opérés à nouveau dès 1976, à la fois pour atteindre le seuil de lits exigé par le décret (15 lits) et parce que l'activité était devenue moins lucrative, compte tenu des nouvelles exigences en personnel, en locaux et en matériel. 190 maternités privées ont ainsi cessé leur activité entre 1975 et 1985 (tableau 1).

Dans le secteur public, les autorités ont mis en œuvre des normes identiques à celles du décret Dienech, ce qui a surtout visé les maternités des hôpitaux locaux, peu fréquentées et placées sous la responsabilité de médecins généralistes. 100 maternités « rurales » ont ainsi fermé entre 1975 et 1985, ces établissements se recentrant désormais sur la prise en charge des personnes âgées.

Malgré l'ampleur de ces mouvements (334 sites fermés en dix ans pour 329 établissements, alors que, dans le même temps, 209 établissements ont cessé de faire de la chirurgie), le nombre de lits supprimés est demeuré relativement modeste (3 200 lits), les maternités concernées étant généralement de très petite taille, souvent inférieure à 10 lits.

Depuis le milieu des années 80, le mouvement se poursuit de façon plus ralentie : 221 maternités ont cessé leur activité entre 1985 et 1996. La diminution du nombre des lits d'obstétrique a été plus marquée (4 400 lits) parce que les maternités concernées étaient de taille plus importante et que toutes ont réduit leurs lits excédentaires. En effet, la durée moyenne des séjours en obstétrique a sensiblement diminué, passant en vingt ans de 6,7 jours à 4,7 jours dans le secteur public, de 6,7 jours à 5,5 dans le secteur privé.

À la fin de cette période, le secteur privé est devenu minoritaire en nombre de maternités (384 sur 814). De plus, alors qu'il totalisait 36% des lits en 1975 (France métropolitaine), il n'en représente plus que 33% en 1996.

### Persistance des inégalités régionales, notamment pour l'activité du secteur privé

En 1975, les maternités étaient inégalement réparties selon les régions : à titre d'illustration, leur nombre allait de 53 en Languedoc-Roussillon, à 43 en Picardie et 25 en AL-

2. Le décret du 21 février 1972 applicable aux cliniques privées d'accouchement imposait des normes très détaillées pour les locaux et le plateau technique.

#### Encadré 1 Qu'est-ce qu'une « maternité » ?

Les statistiques hospitalières, parce qu'elles sont calquées sur le régime juridique des autorisations, s'intéressent aux « personnes morales » titulaires d'autorisations. Or, dans le secteur public, cette notion « d'entité juridique » titulaire de l'autorisation de pratiquer des accouchements diffère de celle d'établissement au sens de « site géographique ». Par exemple, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) constitue une seule entité juridique ; dès lors, SAE totalise sous un seul chiffre tous les accouchements de l'AP-HP, comme s'il n'existait qu'un établissement, alors qu'en réalité 17 hôpitaux réalisent des accouchements. De même, un certain nombre de fusions administratives réalisées ces dernières années aboutissent à globaliser l'activité de deux (ou trois) établissements parfois éloignés de plusieurs dizaines de kilomètres, sous une seule entité. Lorsque l'on s'intéresse à la prise en charge de la naissance et aux conditions de fonctionnement des maternités, il faut donc s'intéresser aux sites géographiques eux-mêmes. C'est la notion retenue ici chaque fois que l'on parle de « maternité » (tableau 1).

Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont, désormais, organisées en trois niveaux de soins :

- les maternités de type 1 qui disposent uniquement d'une unité d'obstétrique,
- les maternités de type 2 qui associent une unité d'obstétrique à une unité de néonatalogie,
- les maternités de type 3 qui associent, en plus de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie, une unité de réanimation néonatale permettant d'assurer des soins spécialisés à des enfants présentant des détresses graves ou des risques vitaux nécessitant des soins de réanimation.

#### T.01 évolution entre 1975 et 1996 du nombre d'établissements et de lits autorisés en chirurgie et obstétrique

	1975			1985			1996		
	public	privé	total	public	privé	total	public	privé	total
Nombre d'établissements pratiquant la chirurgie	488	1 265	1 753	472	1 072	1 544	419	910	1 329
Nombre de lits correspondants	68 043	66 249	134 292	66 235	65 487	131 722	51 091	59 473	110 564
Nombre d'établissements pratiquant l'obstétrique	619	716	1 335	480	526	1 006	395	384	779
Nombre de maternités = nombre de sites géographiques	653	716	1 369	509	526	1 035	430	384	814
Nombre de lits correspondants	19 052	14 695	33 747	17 952	12 607	30 559	15 551	10 608	26 159

Source : SESI.

sace, pour des populations de femmes en âge de procréer équivalentes. Parallèlement, le nombre moyen d'accouchements par maternité variait respectivement de 376 à 615 pour atteindre 845 en Alsace. En 1996, ces trois régions se sont rapprochées : le Languedoc-Roussillon ne dispose plus que de 31 maternités

avec un niveau moyen d'activité de 800 accouchements, la Picardie de 26 (886 accouchements) et l'Alsace de 20 (1 094 accouchements).

Par ailleurs, le nombre de lits pour 1 000 accouchements variait au début de la période de 61 en Corse, à 33 en Nord - Pas-de-Calais (carte 1). Vingt années après, malgré l'impor-

tance des restructurations intervenues dans toutes les régions et l'existence de la carte sanitaire<sup>3</sup>, ces disparités persistent (carte 2). Certaines régions moins équipées ont rattrapé leur retard comme la Picardie, la Bretagne, Poitou-Charentes et le Centre ; d'autres, par contre, restent moins dotées que la moyenne comme les Pays de la Loire, la Haute-Normandie et le Nord - Pas-de-Calais. L'Île-de-France, auparavant en situation moyenne, est désormais, si l'on considère l'ensemble de la région, la plus faiblement équipée. Parmi les régions qui disposaient d'un nombre de lits nettement supérieur aux autres, certaines (les plus nombreuses) conservent leur avantage comme la Basse-Normandie, la Lorraine, l'Alsace, la Franche-Comté, l'Aquitaine, le Limousin, l'Auvergne et la Corse. En Midi-Pyrénées s'est opérée une forte diminution de lits, si bien que cette région a rejoint la médiane. En revanche, Rhône-Alpes, mais surtout Languedoc-Roussillon et PACA se situent en 1996 assez nettement au-dessous de la moyenne nationale. Ces deux dernières régions, dans lesquelles le secteur privé était très implanté, ont connu de fortes réductions. L'importance des cessations d'activité dépend en effet de la situation régionale initiale : présence plus ou moins forte du secteur privé qui a eu tendance à se retirer lorsque l'activité se réduisait, taille des établissements, densité d'hôpitaux locaux, démographie médicale, etc.

Des disparités très sensibles concernent donc aussi la part d'activité du secteur privé<sup>4</sup>. Celui-ci réalise en

3. La loi hospitalière du 31 décembre 1970 instaure une carte sanitaire qui délimite des secteurs de population auxquels s'appliquent des indices de besoin, précisant le nombre minimal et maximal de lits par habitant.

4. Compte tenu du changement intervenu en vingt ans dans les règles tarifaires des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), les comparaisons ne seront effectuées que sur les établissements à but lucratif. En outre, les données d'accouchements ne sont pas disponibles en 1975.

**Encadré 2**

**Les communes concernées par les restructurations**

**E**ntre 1975 et 1985, les fermetures de structures privées ont surtout touché les grandes agglomérations urbaines et la région parisienne. Elles se sont souvent opérées dans des villes de plus de 20 000 habitants comptant plusieurs maternités (graphique 1). Au contraire, les villes concernées par les fermetures de maternités publiques sont de petite taille. Elles comptent moins de 5 000 habitants pour une grande majorité d'entre elles (graphique 2). Il s'agit de gros bourgs ruraux rayonnant sur un espace marqué par le caractère rural et agricole. Ainsi un département peu peuplé comme la Lozère comptait sept maternités alors que la seule ville de taille importante est Mende, la préfecture, qui concentre presque le tiers de la population du département. Si cette première période de fermeture touche essentiellement des petites villes marquées par l'exode rural, il existe des exceptions. La carte des fermetures souligne pour 1975 la place notable du Nord - Pas-de-Calais, avec des villes comme Orchie, Saint-Amand-des-Eaux ou bien encore Haumont qui comptaient bien plus de 10 000 habitants en 1975. Les fermetures de materni-

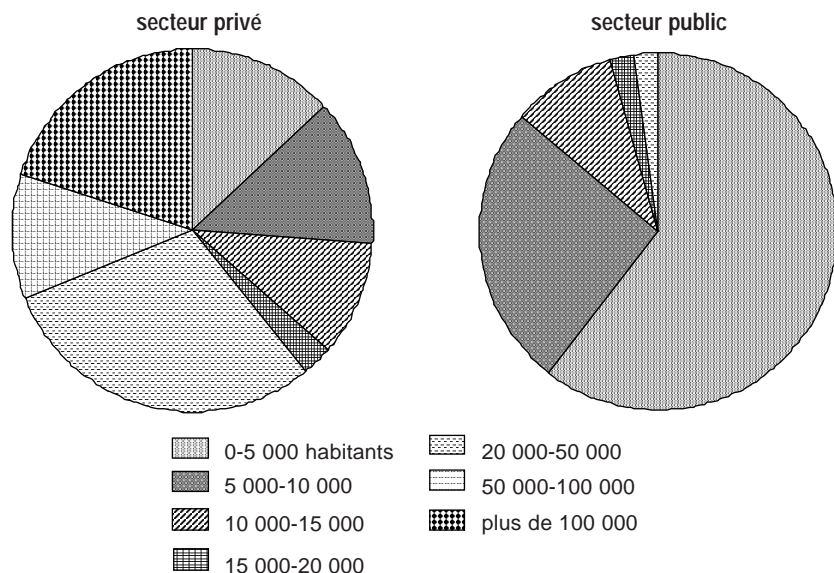
tés ont accompagné dans cette région une crise économique plus vaste, dont les incidences sont aussi d'ordre démographique avec une baisse des naissances.

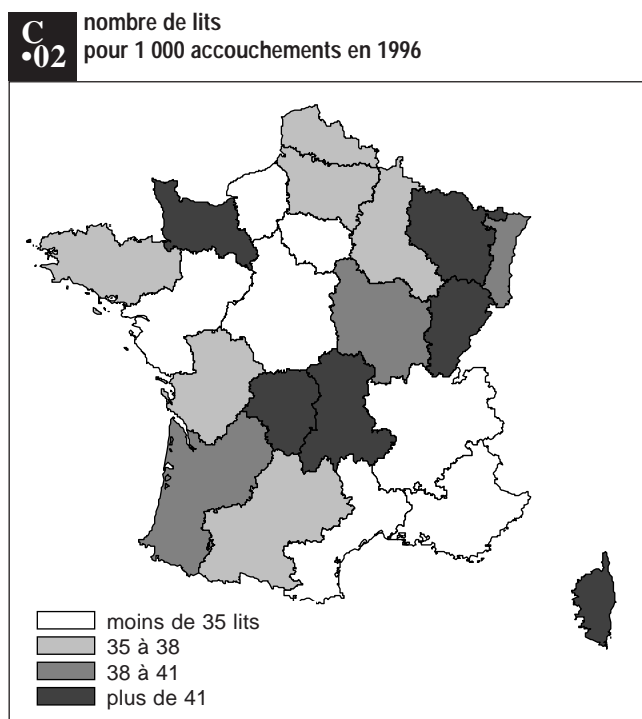
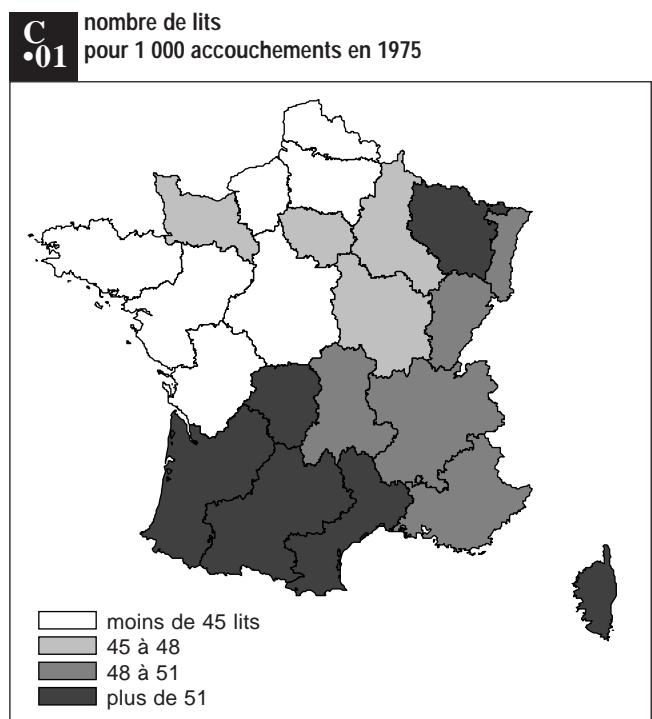
Entre 1985 et 1996, les maternités publiques qui ont fermé avaient plus souvent une activité supérieure à 150 accouchements par an ; elles étaient situées dans des villes plus importantes et dans des départements présentant un profil moins rural. Lorsque des difficultés économiques et l'atonie démographique se combinent, peuvent alors être concernées des petites villes qui gardaient un poids local important (Thiers ou Brioude dans le Massif Central), ou des villes situées à la périphérie de régions industrielles en crise : c'est le cas de Liévin ou Béthune dans le Nord - Pas-de-Calais.

La répartition géographique des maternités a donc suivi, pour partie, celle de l'activité économique et démographique. Elle reflète l'existence de zones vieillies et en déclin, parfois baptisées « France du vide ».

**G.01** type de communes touchées par les restructurations entre 1975 et 1985

**G.02** type de communes touchées par les restructurations entre 1975 et 1985





moyenne, en France métropolitaine, une proportion d'accouchements de 36% en 1996 (équivalente à celle de 1985), mais les situations régionales sont très contrastées (tableau 2). Les

cliniques privées à but lucratif ne représentaient en 1985 et ne représentent encore qu'environ 2% des accouchements en Alsace et moins du quart en Basse-Normandie et en Picardie. En revanche, elles réalisent toujours la majorité des accouchements en Languedoc-Roussillon et en Midi-Pyrénées, alors que leur part s'est réduite en Corse et en PACA, passant en deçà de la barre des 50%.

Par contre, le nombre d'accouchements par lit d'obstétrique est progressivement devenu plus homogène. En 1975, l'écart entre les régions allait de 16 accouchements par lit (Corse) à 30 (Nord - Pas-de-Calais), avec une moyenne nationale de 22. En 1996, le nombre d'accouchements par lit s'est concentré entre 26 et 30, avec une moyenne à 28 (sauf pour la Corse où ce ratio est à 22).

tifs : entre 1986 et 1996, le nombre global de sages-femmes employées par les maternités publiques et privées s'est ainsi accru de 1,6% par an en équivalent temps plein<sup>5</sup>. Les mouvements de restructuration des établissements et les fluctuations d'activité ont toutefois influé de façon différente sur ces évolutions selon le contexte régional et le secteur. En retenant comme indicateur d'activité le nombre d'accouchements, plutôt que le nombre d'entrées, on observe un lien fort entre l'évolution du nombre de sages-femmes et l'activité dans le secteur privé lucratif entre 1985 et 1996. Alors que dans le secteur public et participant au service public hospitalier, l'évolution de l'emploi semble très liée à des situations régionales particulières, notamment à l'offre de formation.

Deux régions ont connu des restructurations du secteur privé lucratif particulièrement importantes au cours des dix dernières années,

**Des relations complexes avec les effectifs de sages-femmes employées**

Le renforcement du suivi des grossesses et la médicalisation croissante des accouchements ont conduit à un relèvement des quotas de formation de sages-femmes, ce qui a induit une importante croissance de leurs effec-

5. Lire à ce sujet, Annick Vilain : « Sages-femmes : une profession en expansion », Études et résultats n° 17, mai 1999. Les sages-femmes constituent la seule catégorie de professionnels de santé concernée par les maternités pour lesquels on dispose de données statistiques sur une longue période.

**T.02** évolution de la part des accouchements réalisés dans les maternités privées à but lucratif

	Part des accouchements réalisés par le secteur privé lucratif	
	en 1985	en 1996
Île-de-France	46%	40%
Champ.-Ardenne	38%	39%
Picardie	23%	26%
Haute-Normandie	37%	28%
Centre	24%	31%
Basse-Normandie	15%	21%
Bourgogne	31%	31%
Nord - Pas-de-C.	26%	34%
Lorraine	26%	32%
Alsace	2%	2%
Franche-Comté	24%	20%
Pays de la Loire	37%	36%
Bretagne	37%	35%
Poitou-Charentes	38%	36%
Aquitaine	47%	44%
Midi-Pyrénées	51%	54%
Limousin	39%	38%
Rhône-Alpes	37%	37%
Auvergne	41%	32%
Lang.-Roussillon	56%	55%
PACA	55%	47%
Corse	58%	44%
France métropol.	37%	36%

PACA et Midi-Pyrénées. Dans la première, vingt maternités privées ont disparu, soit une réduction de 24% des lits dans ce secteur ; en région Midi-Pyrénées, neuf maternités privées ont fermé avec une diminution de lits privés identique (24%). En PACA, ces opérations se sont traduites par une diminution des accouchements dans cette catégorie d'établissements : 3 500 accouchements de moins (-12%), alors que les entrées continuaient à augmenter. Dans la région Midi-Pyrénées, au contraire, la fréquentation des cliniques a progressé de 1 000 accouchements

(+7%) malgré ces fermetures. Le nombre de sages-femmes salariées de ce secteur suit une évolution opposée dans ces deux régions, qui correspond à la courbe des accouchements (tableau 3) et non à celle du nombre de lits. Cette observation se vérifie dans les autres régions où les établissements privés lucratifs ont connu des mouvements de forte concentration.

Dans le secteur public et, plus largement, dans les établissements sous dotation globale, l'emploi des sages-femmes s'est accru sensiblement entre 1985 et 1996 dans tous les cas de

figure, particulièrement dans les régions qui disposent d'un fort potentiel de formation (nombre de places au sein des écoles de sages-femmes), comme la région Lorraine. Certaines spécificités du secteur public expliquent en grande partie ce phénomène. L'éventail des activités des sages-femmes en milieu hospitalier public est en effet plus large : elles assurent les séances de préparation à la naissance, alors qu'en secteur privé, les patientes sont plus souvent adressées aux sages-femmes libérales ; de plus, les études montrent un recours plus fréquent à l'anesthésie péridurale en secteur privé, ce qui diminue la demande de préparation à l'accouchement. En outre, dans les établissements publics, elles sont aussi employées dans les services spécialisés en gynécologie (chirurgicale et médicale) ou en néonatalogie.

Les restructurations sur longue période n'ont donc pas eu un impact homogène sur le territoire, ni identique selon les secteurs. En tout état de cause, si le nombre annuel d'accouchements réalisé par équivalent temps plein de sages-femmes diminue entre 1985 et 1996 dans toutes les régions du fait d'un renforcement global de l'encadrement médical, l'écart entre la région la mieux et la moins dotée reste de l'ordre du simple au double (de 75 pour Midi-Pyrénées, à 136 en Picardie, en 1985 ; de 53 pour la Lorraine, à 104 pour la Picardie en 1996)<sup>6</sup>.

6. Il est possible qu'intervienne la capacité de formation en sages-femmes des régions. En effet, certaines régions, comme PACA, Corse et Rhône-Alpes, qui étaient initialement mieux dotées que la moyenne en 1985 mais qui perdent leur avantage en 1996, ont des capacités de formation (« quotas » rapportés au nombre de femmes en âge de procréer) inférieures à la moyenne nationale. À l'inverse, on constate que les régions qui ont les plus fortes capacités de formation (Lorraine, Limousin, Auvergne) maintiennent ou renforcent leurs positions dans l'échelle entre 1985 et 1996.

**T**  
**03** évolution des maternités publiques et privées dans 4 régions à fortes restructurations du secteur lucratif entre 1985 et 1996

Secteur privé lucratif					
PACA	1985	1996	Midi-Pyrénées	1985	1996
Établissements	47	27	Établissements	29	20
Lits	931	704	Lits	569	433
Accouchements	28 883	25 407	Accouchements	12 963	14 427
Effectifs sage-femmes	242	250	Effectifs sage-femmes	122	167
<i>dt temps plein</i>	219	176	<i>dt temps plein</i>	110	114
ETP sages-femmes	236	220	ETP sages-femmes	119	144
Secteur sous dotation globale					
PACA	1985	1996	Midi-Pyrénées	1985	1996
Établissements	35	29	Établissements	25	24
Lits	1 027	950	Lits	600	568
Accouchements	20 441	24 274	Accouchements	12 168	12 179
Effectifs sage-femmes	333	442	Effectifs sage-femmes	225	269
<i>dt temps plein</i>	310	332	<i>dt temps plein</i>	189	214
ETP sages-femmes	327	408	ETP sages-femmes	216	282
Secteur privé lucratif					
Aquitaine	1985	1996	Languedoc Roussillon	1985	1996
Établissements	33	22	Établissements	29	17
Lits	637	490	Lits	499	418
Accouchements	15 064	13 547	Accouchements	12 887	13 733
Effectifs sage-femmes	149	157	Effectifs sage-femmes	114	151
<i>dt temps plein</i>	127	104	<i>dt temps plein</i>	104	117
ETP sages-femmes	144	132	ETP sages-femmes	112	137
Secteur sous dotation globale					
Aquitaine	1985	1996	Languedoc Roussillon	1985	1996
Établissements	23	19	Établissements	14	11
Lits	764	668	Lits	395	333
Accouchements	16 564	16 547	Accouchements	7 269	9 149
Effectifs sage-femmes	221	279	Effectifs sage-femmes	139	220
<i>dt temps plein</i>	168	177	<i>dt temps plein</i>	124	168
ETP sages-femmes	208	245	ETP sages-femmes	135	201

Source : DREES – SAE.

**La prise en charge  
des naissances multiples :  
un indicateur  
de l'orientation antenatale**

L'un des objectifs poursuivis par la politique périnatale est de faire accoucher les femmes chez lesquelles on suspecte des difficultés, dans des maternités susceptibles de prendre en charge immédiatement les nouveaux-nés (maternités de type 2 ou 3, voir encadré 1) et d'éviter ainsi les transferts post-nataux, toujours à risque. Les grossesses multiples (y compris gémellaires) représentent une catégorie particulière de grossesses à risque dans la mesure où elles sont détectables à l'avance, ce qui devrait faciliter l'orientation antenatale. Il est donc important de suivre la propor-

tion d'enfants issus de grossesses multiples auxquels l'organisation du système de soins permet de naître dans des maternités disposant d'unités de néonatalogie ou de réanimation néonatale. Or, en 1996, sur ces 18 820 enfants potentiellement à risques, 39% étaient nés dans des maternités dites de type 1 ne disposant pas de telles unités<sup>7</sup>. Il existe d'importants écarts entre les régions : plus de 80% de ces enfants étaient nés dans un environnement adapté en Lorraine et en Corse, alors que dans la région Midi-Pyrénées, ils n'étaient que 46% et 35% en Nord - Pas-de-Calais. Ces disparités ne dépendent pas du degré de regroupement des maternités obtenu dans les différentes régions mais du taux d'équipement en lits de maternités disposant

d'une unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale et des pratiques médicales de coordination au sein de réseaux de soins.

Des progrès restaient donc à faire en 1996 en matière d'orientation antenatale. L'organisation de véritables réseaux de coopération et de prise en charge dans chacune des régions devrait accroître la proportion d'enfants issus de grossesses multiples naissant dans un environnement adapté. ●

7. Le classement des maternités, selon qu'elles disposaient ou non d'une unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale à proximité, a pu être réalisé grâce à une enquête particulière auprès des services déconcentrés.

**Sources**

**L**es résultats sont issus de l'enquête annuelle sur les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés en 1975, des enquêtes H80 et EHP 80 pour l'année 1985, et de l'enquête SAE commune aux établissements de santé publics et privés pour l'année 1996.

En 1975, les questionnaires adressés aux établissements privés ne comportaient pas la mention du nombre d'accouchements. C'est la raison pour laquelle certaines analyses ne portent que sur la période 1985-1996. En outre, pour comptabiliser les maternités effectuant un nombre d'accouchements inférieur à 300 en 1975, l'indicateur choisi a été le nombre d'entrées en obstétrique : lorsque celui-ci était inférieur à 300, la maternité était classée dans le groupe des maternités à faible activité.

**Bibliographie**

- « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité », *Rapport du Haut Comité de la santé publique*, janvier 1994.
- *Haut Comité de la santé publique*, « La Santé en France : deuxième partie : l'offre de soins et l'utilisation des ressources », Paris, *La Documentation française*, 1996, p. 89-177.
- « Hôpital : dix ans d'activité », *Solidarité Santé*, n° 3, 1996.
- Décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998, *Journal Officiel du 10 octobre 1998*, p. 15343.

## Études et résultats numéros disponibles

- Georges Gadel, Catherine Nunes : « *Les toxicomanes suivis dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1998* », Études et résultats n° 1 décembre 1998.
- Simona Rusu-Dragos, Brigitte Haury, Nathalie Guignon, Claudine Parayre, Anne Delhommeau, Bertrand Thélot : « *Le recours aux soins hospitaliers pour hépatite C chronique* », Études et résultats n° 2 janvier 1999.
- Ève Roumigières : « *Le revenu moyen des médecins varie, en 1997, de 300 000 à 900 000 francs selon la spécialité* ». Études et résultats n° 3 janvier 1999.
- Marie-Claude Mouquet, Martine Dumont, Marie-Cécile Bonnevie : « *La santé en prison : un cumul des facteurs de risques* », Études et résultats n° 4 janvier 1999.
- Marc Cohen-Solal, Philippe Montigny, Jean-Marie Saunier : « *Les transferts sociaux en Europe* », Études et résultats n° 5 février 1999.
- Annick Vilain : « *Les biologistes médicaux : environ dix mille biologistes en activité jusqu'en 2010* », Études et résultats n° 6 février 1999.
- Cédric Afsa : « *État de santé et insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI* », Études et résultats n° 7 février 1999.
- Gérard Badeyan, Nathalie Guignon : « *Vaccination contre la tuberculose : deux tiers des enfants de six ans ont entièrement satisfait à l'obligation vaccinale* », Études et résultats n° 8 mars 1999.
- Stéphane Rican, Marc Simon, Alain Charraud, Gérard Salem : « *Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines - des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes* », Études et résultats n° 9 mars 1999.
- Emmanuel Woitrain : « *Hébergement social : environ 35 000 adultes et enfants sans logement sont hébergés en établissement* », Études et résultats n° 10 mars 1999.
- Claire Lesdos-Cauhapé : « *La conjoncture des hôpitaux publics et privés participant au service public hospitalier au troisième trimestre 1998 : léger ralentissement de l'activité* », Études et résultats n° 11 mars 1999.
- Annick Vilain, Xavier Niel : « *Les infirmiers en activité : croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années* », Études et résultats n° 12 mars 1999.
- Catherine Borrel : « *La prestation spécifique dépendance. Premier bilan au 31 décembre 1998* », Études et résultats n° 13 avril 1999.
- Nicole Coeffic : « *Le cumul emploi-retraite : plus fréquent chez les hommes de moins de 60 ans* », Études et résultats n° 14 avril 1999.
- Marc Beudaert : « *Les honoraires des médecins généralistes entre 1985 et 1995* », Études et résultats n° 15 avril 1999.
- Dominique Demailly : « *Les sorties du RMI : des motifs souvent multiples et imbriqués* », Études et résultats n° 16 mai 1999.
- Annick Vilain : « *Les sages-femmes : une profession en expansion* », Études et résultats n° 17 mai 1999.
- Hui-Quan Cong, François Bourdillon, Jean-Marc Nadal, Marc Joubert, Marie-Claude Mouquet, Edwige Masson : « *Les actes chirurgicaux liés au cancer du sein en 1997 à travers le PMSI* », Études et résultats n° 18 juin 1999.
- Diane Lequet, Pierre Volovitch : « *La protection santé des personnes à bas revenus dans les pays européens* », Études et résultats n° 19 juin 1999.

### Pour obtenir *Études et résultats*

Écrire au ministère de l'Emploi et de la solidarité, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, Place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 ● Envoyer un Fax au 01 44 36 91 40 ● Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère <http://www.sante.gouv.fr/drees>

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes, consulter :

Internet : <http://www.sante.gouv.fr>



un quatre pages d'informations :

## ÉTUDES et RÉSULTATS

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

téléphone : 01 44 36 92 00

télécopie : 01 44 36 91 40

trois revues trimestrielles :

- REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES
  - DOSSIERS SOLIDARITÉ et SANTÉ
  - CAHIERS de RECHERCHE de la MiRe

des ouvrages annuels

- ANNUAIRE DES STATISTIQUES SANITAIRES ET SOCIALES
  - DONNÉES SUR LA SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE
    - LES COMPTES DE LA SANTÉ
  - LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE

et aussi ...

- CHIFFRES ET INDICATEURS DÉPARTEMENTAUX, édition 1998
  - INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES  
comparaisons internationales - évolution 1980-1994  
(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)
- CHIFFRES REPÈRES SUR LA PROTECTION SOCIALE  
DANS LES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE (à paraître)
  - STATISS, LES RÉGIONS FRANÇAISES

Minitel 3614 code STATISS

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet



les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris Cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : <http://www.ladocfrancaise.gouv.fr>