



LES FERMETURES DE CHIRURGIES ET MATERNITES PUBLIQUES EN FRANCE :

BILAN DE 9 ANNEES (1997 – 2005) ET PROSPECTIVE

Edouard BICHIER (Saumur), Secrétaire National

Francis FELLINGER (Haguenau), Président

1°) INTRODUCTION OBJECTIFS

La réorganisation de l'offre de soins hospitaliers est un enjeu majeur de notre politique de santé .La refonte de la carte hospitalière et la création de communautés hospitalières ou d'établissements publics de territoire envisagées dans la prochaine réforme témoignent de l'importance actuelle de cette question .La fermeture de certains services de chirurgies et maternité publiques dans le cadre d'une redéfinition de la répartition des plateaux techniques sont au cœur de cette problématique .

La Conférence nationale des présidents de CME des centres hospitaliers a publié en 2005 (1) et 2006 (2) une évaluation rétrospective de différentes restructurations publiques en France ,montrant que celles-ci étaient vécues comme globalement positives par les communautés médicales hospitalières . En 2007 une base de données a été constituée ciblant plus particulièrement l'ensemble des fermetures de chirurgies et maternités sur une période de 7 années (données non publiées) .

Objectifs :

Il nous a semblé pertinent d'actualiser et de focaliser les travaux précédents sur les fermetures de maternités et des services de chirurgie, avec une étude à moyens termes des conséquences de ces fermetures. Une projection sur les structures à activité comparable à celles ayant fermé complète le travail..

2) METHODOLOGIE :

Un recensement exhaustif des fermetures des chirurgie et maternité des centres hospitaliers (publics) en France métropolitaine de 1997 à 2005 est colligé, à partir de sources de données disponibles (SAE , BDHF ...). L'étude commence en 1997 (données antérieures à 1996 non disponibles) et se poursuit jusqu'en 2005 (données les plus récentes : 2006) L'analyse couvre sur une période de 5 ans autour de l'année « n » de la fermeture (n-1 à n+3). Nous analysons les données concernant la typologie, le personnel, les finances et l'activité.médicale. .

3) DONNEES GENERALES :

La période de l'étude (9 années :1997 – 2005) a comporté 88 fermetures de services (47 chirurgies et 41 maternités) dans 76 Centres Hospitaliers .

3-1) les fermetures au cours du temps :

- 1)Restructurations hospitalières : Les médecins plutôt favorables
Edouard BICHIER , Francis FELLINGER ,La Revue Hospitalière de France Nov-Déc 2005 N°507 , 36-38
- 2) Restructurations hospitalières , *Dr Edouard BICHIER, Dr Francis FELLINGER, Les Cahiers Hospitaliers ,Mai 2006,N°223, 19-20*

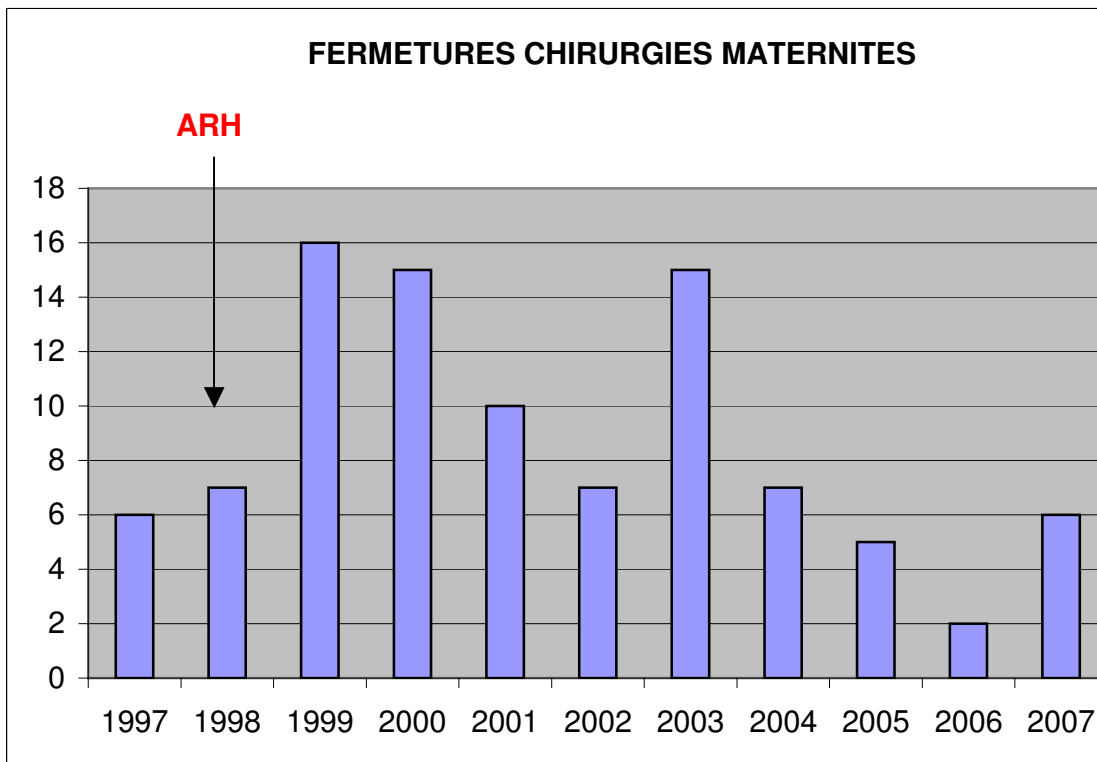


Tableau : fermetures des chirurgies ou maternités sur une période de 11 ans

La création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (A.R.H.) a initialement dynamisé les fermetures de services de chirurgie et maternité publics (tableau 1) . Par la suite cet effet s'est estompé et depuis 2004 le niveau est comparable voire inférieur à celui observé avant 1998 .

3-2) Contexte général de ces fermetures :

La fermeture des services de chirurgie et / ou maternité concerne des villes rurales, ayant en moyenne 12 000 habitants (2 700 à 36 000), avec une exception (Neuilly sur Seine, 60 000 hab.). Les 76 établissements de l'étude ont une faible capacité d'accueil en MCO ,en moyenne de 85 lits (15 à 219) . La distance moyenne du plateau chirurgical le plus proche est de 19 km (1 à 54) pour les fermetures de chirurgies , inférieure à celle des maternités (30 km) , avec toutefois un temps d'accès pour l'établissement le plus éloigné de 50 minutes.

Pour les 88 fermetures étudiées la suppression totale du plateau technique public (bloc opératoire) n'a lieu que dans la moitié des cas (54%) . Ceci signifie que la suppression de ces activités n'entraîne pas obligatoirement la suppression des plateaux techniques

4) DONNEES D'ACTIVITE : (définie par le nombre de journées d'hospitalisation en Médecine Chirurgie Obstétrique MCO et en Soins de suite)

4-1) Variation de l'activité à court et moyen terme (1 ans et 3 ans après la fermeture)

	88 fermetures chirurgies et maternités	500 CH de taille comparable (< 500 lits) n'ayant pas fermé	Différence entre CH ayant perdu et n'ayant pas perdu chirurgie ou maternité
Variations des entrées MCO à 1 an	- 7,4 %	- 5 %	- 2,4 %
Variations des entrées MCO à 3 ans	- 7,5 %		

Tableau 2 : Variation de l'activité (journées hospitalisation MCO et SSR) à court et moyen terme

Globalement la fermeture de la chirurgie et/ ou de la maternité entraîne une diminution d'activité très modérée lorsque celle-ci est comparée à des hôpitaux de taille similaire .

4-2) FERMETURES DE 41 MATERNITES PUBLIQUES

Le nombre moyen annuel d'accouchements au cours de l'année précédant la fermeture) est de 300 (134 à 504).

L'impact sur l'activité globale MCO (médecine, chirurgie et obstétrique de cours séjour) montre une perte moyenne de 12 % que ce soit un an ou trois ans après la fermeture . Au delà de cette moyenne, il existe une grande disparité : 30% de ces établissements réussit à maintenir voire augmenter leur activité dans les 3 années suivant la fermeture.

Dans 83% des cas, soit pour 34 maternités, la fermeture s'est accompagnée de la création d'un **Centre Périnatal de Proximité** (CPP) ; l'absence de CPP est le plus souvent liée, soit à la présence d'une maternité dans la même agglomération, soit à une fusion d'établissements dans le cadre intercommunal.

L'activité de consultation de ces CPP se traduit par une forte croissance (84% à deux ans), par rapport à l'activité de consultation avant fermeture de la maternité, malgré une diminution de 50% des effectifs de gynécologues et de sage-femmes. Il s'agit, par conséquent, d'une alternative efficiente, en réponse au besoin de proximité.

4-3) FERMETURES DE 47 CHIRURGIES PUBLIQUES

Le nombre moyen de chirurgiens avant fermeture (2,8 ETP) ne permet pas le maintien d'équipes minimale pour assurer la permanence des soins dans les 2 spécialités de proximité que sont la chirurgie orthopédique et viscérale (minimum de 6 ETP) .

Les conséquences sur l'activité de l'établissement sont proches de celles décrites pour les maternités : perte moyenne d'activité en MCO de 5 % un an et 5 ans après la fermeture et une grande hétérogénéité des situations (de - 60% à +17 %) .

Pratiquement la moitié des hôpitaux (48%) ont maintenu voire développé leur activité globale et ce de manière stable à moyen terme (3 ans après la fermeture) .

Quand l'établissement a fermé la chirurgie en maintenant la maternité (36% des cas), on observe une augmentation significative de l'activité de gynécologie-obstétrique (+22 et + 39%) . Il y a également un maintien voire une augmentation des effectifs d'anesthésistes et de gynécologues. Ces maternités n'ont pas d'augmentation de la mortalité néonatale après fermeture de la chirurgie (base PMSI), cette mortalité reste comparable aux établissements publics et privés de même typologie (maternité niveau 1).

4-4) DEVELOPPEMENT D'ACTIVITES COMPENSATRICES AUX FERMETURES : MEDECINE OU SOINS DE SUITE READAPTATION (SSR) :

Comme il est dit plus haut Il existe une grande hétérogénéité dans les variations d'activité et la fermeture de ces services n'implique pas nécessairement une perte d'activité : près de la moitié (45 %) des CH ont réussi à maintenir voire développer leur activité en notamment en développant ou créant une activité de soins de suite réadaptation .

Pour les 54 CH ayant l'activité de SSR avant la fermeture (exprimée en journées d'hospitalisation) celle-ci a fortement augmenté : en moyenne + 24% à 2 ans et + 54 % à 4 ans . A l'inverse 29% des CH étudiés n'ont pas de SSR lors de la fermeture et in fine 14% des CH ferment leur chirurgie ou maternité sans saisir l'opportunité de créer cette activité de substitution répondant aux besoins de proximité .

Il nous semble souhaitable de proposer systématiquement une création voire une extension du SSR à ces hôpitaux .

5°) DONNEES SOCIALES : LES PERSONNELS

	2 ans après fermeture	4 ans après fermeture
Variation ETP médicaux	- 2,2 %	+ 3,4 %
Variation ETP soignants	- 2,2 %	+ 2 %
Variation ETP non médicaux	- 0,4 %	+ 3%

Tableau 4 : Variation moyenne des effectifs 2 ans et 4 ans après fermeture

Le tableau 4 montre qu'en moyenne le nombre de personnels diminue très faiblement et augmente à distance de la fermeture . Les départs de personnels correspondent le plus souvent à quelques emplois très spécifiques (chirurgiens ou sage femmes notamment) pour lesquels un offre d'emploi est le plus souvent proposée dans l'établissement proche ayant repris l'activité .

Ces suppressions d'activité n'entraînent pas de perte d'emploi pour les Hôpitaux concernés .

6°) ANALYSE BUDGETAIRE

16 indicateurs financiers et budgétaires ont été analysés (recettes, dépenses globales, recettes et dépenses par titres, capacité d'autofinancement, poids des intérêts, renouvellement des immobilisations, réserve de trésorerie, etc.).

L'évolution globale des données budgétaires est peu significative, avec un gain de l'ordre de 0,5%, ce qui est logique compte tenu du poids des charges salariales dans ce type d'établissement et du maintien de l'emploi.

La balance recettes/dépenses se positive dans 24% des cas, et se négative dans 20%.

Les seuls indicateurs qui se modifient significativement sont la capacité d'auto financement qui s'améliore (de 68 à 55%) et rejoint la moyenne des autres établissements de même catégorie, et le taux moyen d'intérêt de la dette qui s'améliore d'un point (de 6,9 à 5,9%), mais reste élevé par rapport à la moyenne des établissements de même catégorie (4%) .

Au total les fermetures génèrent très peu d'économies pour la collectivité . Néanmoins notre étude montre que dans certaines conditions, pour certains CH des économies substantielles ont pu être faites : Une attention particulière doit être portée aux CH qui ferment simultanément la chirurgie et la maternité (donc le plateau technique) pour lesquels 6/7 (86%) dégagent des excédents budgétaires à n+3 qui peuvent être supérieurs à 5% du budget global .

, Plus que la fermeture des activités , c'est la fermeture totale du plateau technique qui est génératrice d'économies .

7°) AMENAGEMENT DU TERRITOIRE :

7- 1°) ETUDE DES BASSINS DE PROXIMITE : EVOLUTION DES ACTIVITES DE CHIRURGIE ET OBSTETRIQUE :

BASSINS DE PROXIMITE	<u>Fermetures Maternité</u>	<u>Fermetures chirurgies</u>
Récupération de l'activité dans le bassin de proximité (exprimé en nombre d'entrées gynéco obstétrique ou chirurgie)	94 %	87 %
Tendance nationale (tous CH et clinique ayant l'activité)	98 %	97 %

Tableau 5 : Evolution de l'activité après fermeture dans les bassins de proximité

La répercussion de la fermeture sur les flux de patients un an après la fermeture montre que pour les maternité la patientèle reste presque en totalité dans le bassin de proximité ,ce qui n'est pas le cas de la chirurgie où l'on constate une légère fuite hors du bassin de proximité, de l'ordre de 10%.

7- 2°) TYPOLOGIE DES FERMETURES EN MATIERE D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE DANS LES BASSINS DE PROXIMITE : LE MODELE DES CENTRES HOSPITALIERS INTERCOMMUNAUX (C.H.I.C)

On peut distinguer 4 types de restructuration en terme d'aménagement du territoire :

- 1) Fermeture au profit d'une clinique dans la même ville
- 2) Fermeture au profit d'un CH situé dans une autre ville du même territoire
- 3) Fermeture dans le cadre de la création d'un C.H.I.C. (Centre Hospitalier Inter Communal)(
- 4) Fermeture avec disparition du bassin de proximité et dilution dans un gros bassin voisin (grande ville avec CH ou CHU et cliniques), correspondant à la disparition complète de l'offre sur un territoire.

Le modèle des CHIC comme préfigurant les établissements de territoire :

La création des C.H.I.C. , souvent associée à une restructuration (20% des CH de notre étude) , constitue la première forme de ce qu'on appelle aujourd'hui « les établissement publics de territoire » avec la volonté affichée « de stratégie d'alliance entre établissements publics »

Les CHIC sont créés entre 2 (ou 3 CH) distants en moyenne de 24 km ,toujours inférieure à 30 km. Au-delà de cette distance les établissement du territoire restent juridiquement indépendants .

Plusieurs constats peuvent être faits :

- 1°) Les CHIC dans leur globalité permettent une meilleure récupération de l'activité sur le bassin de proximité que les 3 autre types décrits (96% vs 88 %).

- 2°) Dans les CHIC les **sites** fermant leur chirurgie ou leur maternité enregistrent :

- la perte d'activité la plus importante par rapport aux autres types de restructuration territoriale
- la diminution la plus importante du nombre d'ETP médicaux (-10% vs -1 % à n+1 et -5% vs +5% à n+3) et non médicaux (-10% vs + 7% à n+3)
-

Tableau 6 : variation d'activité (en journées d'hospitalisation) selon le type de restructuration pour les CH ayant fermé leur chirurgie ou maternité .

Il existe donc, en cas de création d'un Centre Hospitalier Inter Communal (CHIC), un effet de recentrage des activités sur le site le plus important.

8°) ETUDE PROSPECTIVE DE 122 HOPITAUX, AYANT UNE ACTIVITE COMPARABLE EN CHIRURGIE:

Les fermetures de plateaux chirurgicaux et de maternités publiques ont concerné plus de 14% des CH, et près de 20% des Centres Hospitaliers qui exerçaient cette activité.

L'application aux structures existantes des seuils d'activité des plateaux techniques fermés (90° percentile, soit 414 accouchements, ou 1 830 admissions en chirurgie) concernerait 35 (10%) des 350 maternités publiques, et 122 services de chirurgie publics (40 % des services de chirurgie de CH) . La restructuration de l'obstétrique publique est, par conséquent, quasiment terminée, mais une réflexion sur la chirurgie s'impose particulièrement pour les 122 établissements sus-cités .

8-1°) Données d'activité de 122 services de chirurgie susceptibles de fermer (données 2005) :

Ces CH ont en moyenne 1040 entrées d'hospitalisation complète et 350 séjours d'hospitalisation partielle soit un taux de 33% .

Nombre de passages aux urgences 41 (moyenne nationale 47)

Nombre de médecins pour 10 000 passages aux urgences :4,3 (moyenne nationale 3,8)

Acte chirurgical traceur	% de CH ayant l'activité	Nombre moyen d'actes réalisés	Durée moyenne de séjour (moyenne nationale)
Chirurgie du cancer colon rectal	89 %	13	22,8 (19,5)
Chirurgie du cancer du sein	83 %	25	9,5 (6,2)
Prostatectomie trans-urétrale	49%	17	9,3 (7,3)
Fracture du col du fémur	96 %	61	17 (15,8)

Tableau 7 : Activité chirurgicale des 122 CH susceptibles de fermer

Chirurgie ambulatoire :

	% de CH ayant l'activité	Nombre moyen d'actes réalisés	Taux d'ambulatoire (moyenne nationale)
Décompression du canal carpien	95 %	35	77% (85,5%)
Arthroscopie du genou	84 %	43	46 % (49,7%)

Tableau 8 Activité de chirurgie ambulatoire

Pour des actes spécifiques (tableaux 7 et 8) ces établissements ont une activité faible (inférieure à une par semaine pour les activités programmées) , la seule activité conséquente (fracture du col fémoral) concernant une pathologie du sujet âgé prise en charge en urgences ; Les indicateurs de qualité de prise en charge montrent des DMS supérieures à la moyenne nationale et un taux d'ambulatoire plus faible .

8-2°) Données financières et budgétaires

Equilibre budgétaires des CH :

	Bilan annuel moyen	% CH en déficit	% déficit > 3%
76 CH ayant fermé (année n-1)	+ 0,75 %	27 %	1 %
122 CH susceptibles de fermer 2005	- 0,2 %	50 %	12 %
122 CH susceptibles de fermer 2006	- 1,7 % (ref. CH < 300 lits - 2,8%)	60 %	22 %

Tableau 9 : Déficit des CH ayant fermé (76) ou susceptibles de fermer

Coût moyen des GHS (année 2004) :

	Coût moyen du GHS des 122 C H	Coût moyen base nationale	Différence
Chirurgie orthopédique	3213	3063	+ 5 %
Chirurgie viscérale	3996	4337	- 8 %
Coût total (Case mixed des 122 C H)	307 943 910	310 676 040	- 1 %

Tableau 10 : Coût de revient de la chirurgie de proximité dans les petits établissements

L'équilibre budgétaire de ces 122 Hôpitaux est plutôt meilleur que la moyenne nationale des CH en France .(tableau 9)

L'activité de chirurgie de proximité produite par les petits établissements ayant une faible activité n'est pas produite à un coût plus élevé que la moyenne des CH en France . La fermeture de ces activités ne permettra donc pas de générer de substantielles économies pour la collectivité (tableau 10) .

En conclusion l'argument financier n'est pas pertinent pour justifier la suppression de ces activités .

8-3° Données qualitatives (sources PMSI 2004) :

Appendicectomies	Taux d'appendicectomies pour les 122 CH	Valeurs extrêmes	Moyenne nationale
	22 %	5 à 56 %	14 %

Tableau 11 : Taux d'appendicectomies (par rapport à l'activité totale de chirurgie viscérale)

	Nombre moyen d'actes	Taux de mortalité pour les 122 CH	Taux de mortalité de référence (case mixed comparable)
Chirurgie orthopédique totale	455	1,1 %	0,6 %
Chirurgie orthopédique majeure dont hanche et genou	118	3,7 %	2 %
Chirurgie digestive totale	270	1,7 %	1,1 %

Tableau 12 : Taux de mortalité comparatif des 122 CH susceptibles de fermer

Le tableau 11 montre, pour activité spécifique, une grande disparité avec un taux d'appendicectomie double de la moyenne des Centres Hospitaliers Français. Plus que cet écart (qui peut s'expliquer au moins en partie par des raisons épidémiologiques et d'absence d'autre activité chirurgicale plus « lourdes »), ce qui nous interpelle c'est la grande disparité entre les 122 CH avec des taux qui peuvent varier de 1 à 11. De tels écarts renvoient à la pertinence des pratiques mais nécessitent une analyse plus fine, et au cas par cas..

Le tableau 12 montre une différence significative en terme de mortalité pour la chirurgie « lourde » dans les établissements à faible activité : (1,5 à 1,8 fois le taux théorique pour la même activité). Le taux de mortalité n'est que l'ultime indicateur de la qualité des soins et une étude d'indicateurs de morbidité serait souhaitable.

Nous n'avons pas étudié les taux de fuite par établissement.

L'argument de la qualité des soins est certainement l plus important et l plus pertinent que l'argument d'économie pour justifier de l'arrêt d'une activité auprès des usagers .

CONCLUSION

Les principaux enseignements de cette étude sont de 2 ordres :

- Les fermetures de ces activités **ont été et seront une nécessité incontournable** particulièrement pour la chirurgie pour des raisons démographiques médicales : la présence de moins de 3 chirurgiens pour assurer une activité de proximité dans les 2 spécialités minimales ne permet pas le maintien d'équipe à activité réduite.
- Ces restructurations **ne doivent pas être subies et vécues comme des fatalités** car de nombreux aspects positifs et insuffisamment connus existent indéniablement :
 - le vécu de ces restructurations par les communautés médicales est globalement positif
 - l'activité s'est maintenue voire développée dans près de la moitié des cas avec la possibilité de faire encore mieux pour les opérations à venir . Les reconversions d'activité ainsi obtenues permettent une meilleure réponse aux besoins de santé et à la prise en charge des maladies chroniques et au vieillissement de la population.
 - les fermetures de ces services n'entraînent pas de perte d'emploi , élément rassurant pour les habitants de ces bassins de proximité

Deux éléments méritent d'être soulignés :

La réforme en cours fait état de regroupement de plateaux techniques et de création d'établissement ou de communautés hospitalières de territoire : Il est impératif que ces nouveaux établissements et ces regroupements permettent un réel aménagement du territoire en maintenant une offre équilibrée et diversifiée sur tous les sites . Ceci n'a pas été suffisamment mis en œuvre lors des opérations précédentes de création des C.H.I.C .

Notre étude montre également que la principale raison d'être de cette réforme n'est pas à rechercher dans les économies potentielles réalisées pour la collectivité mais dans la **qualité des soins et du service médical rendu aux usagers** . C'est un travail long de pédagogie auquel il faudra s'employer auprès des professionnels mais aussi et surtout des usagers et des politiques . Les résultats présentés ici peuvent constituer un des supports de cette pédagogie . D'autres études paraissent nécessaires ciblant de manière plus spécifique la qualité (morbidity ...) ainsi que la pertinence des actes et des pratiques.

Dans les petites villes ou les petits bassins de vie, l'hôpital focalise les enjeux de l'emploi, du maintien des services publics et de l'identité locale, d'où l'intérêt d'associer les élus et les usagers au processus de décision et de communiquer largement avec les professionnels et la population dès le début, toujours ardu, de la mise en œuvre. La réussite s'appuie sur la construction d'un véritable projet médical.

**LISTE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS AYANT FERME LEUR SERVICE
DE CHIRURGIE ET/OU DE MATERNITE ENTRE 1997 ET 2005**

REGIONS	DEP.	ETABLISSEMENTS	Type de R "activité"
Alsace	68	Guebwiller	ferm matpub
Aquitaine	33	La Réole	ferm matpub
Aquitaine	33	Sainte Foy la grande	ferm chirpub
Aquitaine	47	Nérac	ferm chirpub
Aquitaine	47	Tonneins	ferm chirpub
Auvergne	43	Brioude	ferm matpub
Basse-Normandie	14	Aunay sur Odon	ferm chirpub et matpub
Basse-Normandie	14	Honfleur	ferm chirpub
Basse-Normandie	50	Valognes	ferm chirpub et matpub
Basse-Normandie	61	Andaines Ferté Macé	ferm matpub
Basse-Normandie	61	Mortagne au perche	ferm chirpub
Bourgogne	89	Avallon	ferm matpub
Bourgogne	89	Joigny	ferm chirpub et matpub
Bourgogne	89	Tonnerre	ferm chirpub
Bretagne	22	Paimpol	ferm matpub
Bretagne	29	Douarnenez	ferm matpub
Bretagne	56	Auray	ferm matpub
Bretagne	56	Hennebont	ferm chirpub et matpub
Bretagne	56	Loudéac	ferm matpub
Centre	18	Saint Amand de Montrons	ferm chirpub
Centre	28	Nogent le Rotrou	ferm matpub
Centre	36	Issoudun	ferm chirpub
Centre	37	Amboise Châteaurenault	ferm matpub
Centre	37	Chinon	ferm chirpub
Centre	41	Vendôme	ferm chirpub
Centre	41	Vendôme	ferm matpub
Centre	45	Gien	ferm chirpub et mat pri
Centre	45	Pithiviers	ferm chirpub
Champagne-Ardenne	51	Sézanne	ferm chirpub
Franche-Comté	70	Gray	ferm chirpub et matpub
Franche-Comté	70	Luxeuil	ferm matpub
Haute-Normandie	27	Pont Audemer	ferm matpub
Haute-Normandie	27	Verneuil sur havre	ferm chirpub et matpub
Haute-Normandie	76	Fécamp	ferm chirpub
Haute-Normandie	76	Lillebonne	ferm chirpub
Haute-Normandie	76	Louviers	ferm chirpub
Ile-de-France	92	Courbevoie	ferm matpub
Ile-de-France	92	Neuilly	ferm chirpub
Languedoc-Roussillon	11	Castelnaudary	ferm matpub
Languedoc-Roussillon	11	Lézignan Corbière	ferm chirpub
Limousin	23	Bourganeuf	ferm chirpub
Limousin	87	Saint yriex	ferm chirpub
Lorraine	54	Pont à Mousson	ferm matpub
Lorraine	57	St Avold CH lemire	ferm chirpub et matpub
Lorraine	88	Vittel	ferm chirpub
Midi-Pyrénées	46	Gourdon	ferm matpub
Midi-Pyrénées	81	Mazamet	ferm matpub
Midi-Pyrénées	82	Castelsarrasin Moissac	ferm matpub

PACA	83	Saint Tropez	ferm chirpub
PACA	84	Carpentras	ferm chirpub
PACA	84	Vaison la Romaine	ferm chirpub
Pays de la Loire	44	Chateaubriant	ferm chirpub
Pays de la Loire	49	Saumur	ferm chirpub
Pays de la Loire	72	Mamers	ferm chirpub
Pays de la Loire	72	Saint Calais	ferm chirpub
Pays de la Loire	85	Fontenay le Comte	ferm chirpub
Pays de la Loire	85	Luçon	ferm chirpub et matpub
Pays de la Loire	85	Montaigu	ferm chirpub et matpub
Picardie	2	Guisse	ferm chirpub
Picardie	60	Méru	ferm matpub
Picardie	80	Corbie	ferm matpub
Picardie	80	Montdidier	ferm matpub
Poitou-Charente	16	Barbezieux Sud Charente	ferm matpub
Poitou-Charente	16	Cognac	ferm chirpub
Poitou-Charente	17	Jonzac	ferm matpub
Poitou-Charente	17	Royan	ferm chirpub
Poitou-Charente	86	Loudun	ferm matpub
Rhone-Alpes	1	Nantua	ferm chirpub
Rhone-Alpes	38	La Mure	ferm chirpub
Rhone-Alpes	38	Pont de Beauvoisin	ferm matpub
Rhone-Alpes	69	Ste Foy les Lyon	ferm chirpub
Rhone-Alpes	69	Tarare	ferm matpub
Rhone-Alpes	73	Aix les Bains	ferm chirpub
Rhone-Alpes	73	Moutiers	ferm matpub
Rhone-Alpes	74	Chamonix	ferm chirpub
Rhone-Alpes	74	Evian	ferm chirpub et matpub

N'ont pas été inclus dans l'étude, les établissements ayant cessés leur activité de chirurgie et maternité en 2006/2007 (Ex : Quimperle, Pertuis, ...) puisque leurs données ne sont pas encore disponibles.