



N° 814 • octobre 2012

Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures

Près de 790 000 accouchements, répartis dans 535 maternités, ont eu lieu en 2010 en France métropolitaine. Un chiffre en augmentation de 5 % par rapport à 2001. Dans le même temps, un cinquième des maternités ont fermé. Ces fermetures découlent d'un mouvement amorcé dans les années 1970, dont le but est de rendre l'accouchement plus sûr en fermant les maternités à faible activité. Les maternités sont désormais moins nombreuses, mais mieux équipées.

Malgré la réduction du nombre de maternités, le temps d'accès médian observé pour s'y rendre est resté stable entre 2001 et 2010 : la moitié des femmes mettent moins de 17 minutes pour aller accoucher. Les différences entre les communes se sont réduites, celles qui avaient un temps d'accès élevé en 2001 ayant vu ce temps diminuer. Cette stabilité globale des temps d'accès tient principalement à un recours plus fréquent qu'avant à la maternité la plus proche du domicile.

Les disparités des temps d'accès entre départements restent néanmoins fortes et huit départements ont un temps d'accès médian supérieur à 30 minutes.

Audrey BAILLOT, Franck EVAÏN

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Ministère de l'Économie et des Finances

Ministère des Affaires sociales et de la Santé

Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

AFIN DE SÉCURISER la prise en charge de la mère et de l'enfant lors de l'accouchement, l'offre de soins en maternité n'a cessé de se concentrer depuis quarante ans. Elle a été repensée en un réseau moins dense, mais d'un meilleur niveau d'équipement. Une plus grande sécurité des soins a été recherchée, notamment en adaptant la prise en charge au niveau de risque évalué pour chaque grossesse. Cette étude dresse le bilan de ces restructurations du strict point de vue du temps d'accès.

En 1975, 1370 maternités étaient implantées en France métropolitaine; on n'en comptait plus que 814 en 1996. Le décret du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des maternités a accéléré cette concentration. Il stipule que seules les maternités qui pratiquent au moins 300 accouchements par an sont autorisées à exercer l'activité obstétrique. Il organise aussi cette activité en trois types d'établissements, qui travaillent en réseau, afin de permettre une prise en charge adaptée au niveau de risque évalué. Les maternités de type 1 sont équipées de la seule unité d'obstétrique, celles de type 2 d'unités d'obstétrique et de néonatalogie et celles de type 3 d'unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Moins de maternités de type 1 pour une prise en charge mieux adaptée au niveau de risque

Suite au décret du 9 octobre 1998 qui définit l'environnement périnatal,

l'offre de soins s'est réorganisée. Des services ont fermé et d'autres se sont regroupés, aboutissant parfois à une offre de soins de type supérieur éventuellement déplacée sur un site nouveau.

En 2001, 679 établissements disposaient d'une maternité; ils ne sont plus que 535 en 2010 (tableau 1). Cette baisse d'un cinquième du nombre de maternités en dix ans correspond à une réduction de 10% du nombre de lits. Cette réduction a été compensée par la baisse de 11% de la durée moyenne de séjour, de 5,6 jours en 2001 à 5 jours en 2010¹, permettant ainsi de libérer les lits plus rapidement. Au cours de cette période, les densités de lits par habitant se sont par ailleurs homogénéisées entre les départements.

Ce sont les petites maternités, d'en moyenne vingt lits, qui ont été fermées. Celles encore en activité comptent en moyenne 42 lits. Comme elles avaient une activité souvent plus faible, les maternités de type 1 ont été les plus touchées par les fermetures: en 2010, on dénombre 152 services de type 1 de moins qu'en 2001. Certaines maternités de type 1 se sont reconverties en centres périnataux de proximité, s'insérant dans l'offre locale. Ces centres ne pratiquent pas d'accouchement, mais assurent entre autres les consultations pré- et postnatales et les cours de préparation à la naissance. Conformément à l'un des objectifs du Plan périnatalité 2005-2007, ils permettent de maintenir une offre périnatale de proximité, en lien avec les services de protection maternelle et infantile et les sages-femmes libérales.

Les fermetures des maternités de faible taille n'ont toutefois pas été systématiques: des établissements ont été maintenus afin d'assurer la prise en charge des populations des zones trop éloignées de villes équipées. En 2010, 14 maternités réalisent encore moins de 300 accouchements par an.

Pour renforcer l'offre de soins et améliorer ainsi la prise en charge des patientes, quatre maternités de type 2 et quatre autres de type 3 ont été ouvertes entre 2001 et 2010. Moins nombreuses mais plus grandes et disposant de plateaux techniques adaptés, les maternités s'organisent donc différemment. En 2010, celles de type 2 et 3 prennent en charge une plus grande part des accouchements qu'en 2001 (72% – dont 48% pour les maternités de type 2 et 24% pour celles de type 3 – contre 58% en 2001).

Des fermetures dans la quasi-totalité des régions, mais une offre plus homogène

En 2010, 424 communes sont équipées d'une maternité, soit 70 de moins qu'en 2001. Depuis 2001, 86 communes ont vu fermer leur unique maternité et 16 communes sont nouvellement équipées (carte). Les femmes qui, en 2001, ont accouché dans les 86 communes qui ne sont plus équipées en 2010 ne totalisaient toutefois que 7% des accouchements.

Au total, chaque région compte entre 4 et 96 maternités en 2010. Les maternités qui ont cessé leur activité entre 2001 et 2010 sont réparties sur l'ensemble du territoire. La Corse et

1. ATIH, PMSI-MCO 2001 et 2010.

■ TABLEAU 1

Évolution de l'offre et des temps d'accès aux maternités, entre 2001 et 2010

	Ensemble		Type 1		Type 2		Type 3	
	2001	2010	2001	2010	2001	2010	2001	2010
Nombre de maternités *	679	535	415	263	208	212	56	60
Nombre de communes équipées d'une maternité	494	424	356	240	191	196	49	56
Nombre de lits et répartition	19 025	16 986	48 %	34 %	36 %	45 %	16 %	21 %
Nombre d'accouchements et répartition	751 186	789 508	42 %	28 %	40 %	48 %	18 %	24 %
Nombre de lits pour 1 000 accouchements	25,3	21,5	29,3	25,9	22,6	20,2	22,2	19,0
Temps d'accès médian observé à la maternité (en minutes)	17,0	17,0	16,5	17,0	17,0	18,0	17,5	16,0
Part des accouchements à plus de 30 min du domicile	22,0 %	22,7 %	20,2 %	20,2 %	22,3 %	23,7 %	25,5 %	23,9 %
Part des accouchements à plus de 45 min du domicile	7,9 %	7,6 %	7,1 %	6,1 %	7,4 %	7,5 %	10,9 %	9,6 %

* Nombre de sites géographiques (d'établissements FINISS) avec au moins un accouchement déclaré dans la SAE.

Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2001 et 2010; DREES, SAE 2001 et 2010, traitements DREES.

Communes équipées d'au moins une maternité en 2001 ou 2010

le Limousin, régions qui comptaient le moins de communes équipées en 2001 (respectivement 3 et 8), sont les seules à avoir conservé le même maillage communal², même si des services ont été fermés dans des communes disposant de plusieurs maternités. Les maternités implantées aux frontières de départements ruraux ont été particulièrement concernées par les fermetures, par exemple entre la Nièvre et l'Yonne ou entre le Cantal et la Corrèze. Parfois, les maternités qui ont disparu étaient relativement éloignées des autres sites de prise en charge. Les communes nouvellement équipées sont, quant à elles, souvent situées en périphérie de villes déjà équipées, comme Saint-Grégoire à côté de Rennes. Il s'agit alors généralement d'un déménagement sur un nouveau site et non d'une véritable création.

L'écart important du nombre de maternités d'une région à l'autre est à la fois lié aux différences de taille de population et aux différences de superficie. Les capacités sont réparties de manière plus homogène en 2010 qu'en 2001. Ainsi, alors que le nombre moyen de lits pour 1 000 accouchements a diminué sur la période (25 en 2001 contre 22 en 2010), les disparités interrégionales³ ont été réduites d'un tiers.

Un temps d'accès stable au niveau national, mais de forts contrastes entre départements

Dans l'ensemble, malgré la concentration de l'offre de soins, les femmes ne mettent pas plus de temps pour se rendre à la maternité : tout comme en 2001, la moitié des femmes y accèdent en moins de 17 minutes⁴. La part des accouchements réalisés à plus de 30 minutes du domicile est également stable (23%).

Au niveau départemental, le bilan apparaît toutefois contrasté avec une hétérogénéité des temps de trajet et des hausses ou baisses touchant aussi bien les départements où les temps d'accès sont courts que ceux où les temps d'accès sont longs. Par exemple, dans huit départements (Alpes-de-Haute-Provence, Ariège, Creuse, Gers, Haute-Corse, Haute-Saône, Lot et Lozère), plus de la

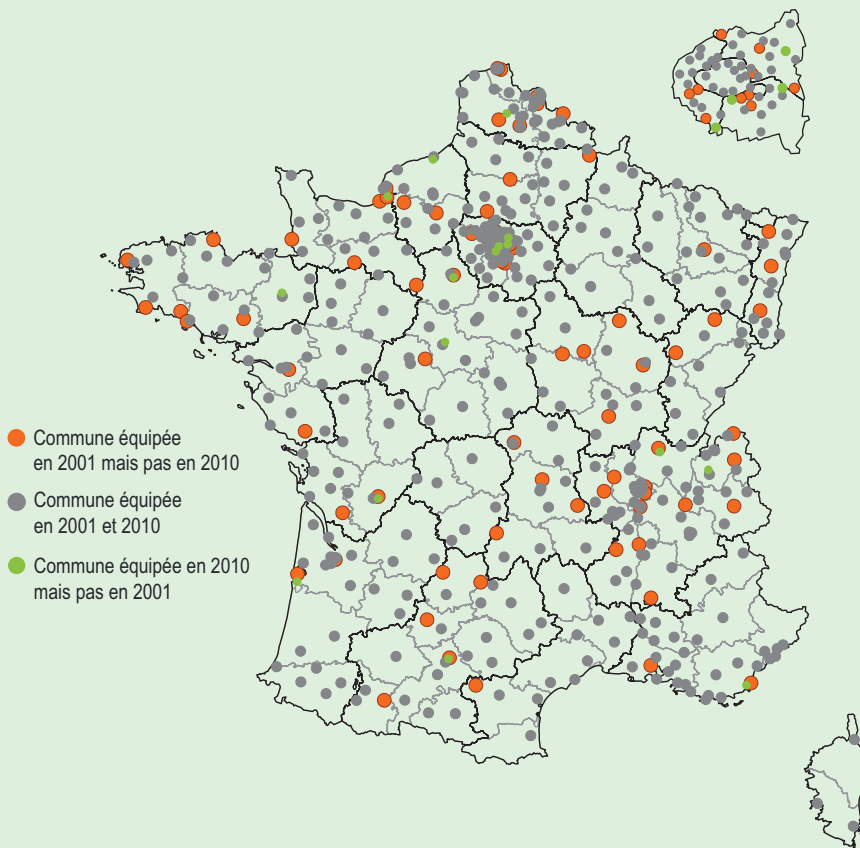
moitié des femmes accouchent à une demi-heure ou plus de leur domicile alors que moins de 15% sont dans ce cas en Île-de-France et dans le département du Nord. Les départements pour lesquels plus de la moitié des femmes accouchent à une demi-heure ou plus de leur domicile ne rassemblent toutefois que 1,7% des femmes en âge d'accoucher et 1,5% des accouchements. Ce sont en effet des départements plutôt ruraux et peu peuplés : 160 000 habitants en moyenne, soit quatre fois moins que la moyenne nationale et des densités faibles, comprises entre 15 et 45 habitants/km².

Les départements aux temps d'accès élevés ont connu des évolutions contrastées

Ces huit départements ont connu des évolutions différentes entre 2001 et 2010, avec des temps médians à la hausse (la Haute-Saône, le Lot, le Gers et l'Ariège), à la baisse (la Creuse et les Alpes-de-Haute-Provence) ou encore stables (la Haute-Corse et la Lozère).

La Haute-Saône et le Lot

présentent des situations similaires : tous deux disposaient de trois communes équipées d'une maternité en 2001 et n'en ont plus qu'une en 2010 (Vesoul⁵ et Cahors). Parallèlement, alors que le nombre de femmes en âge d'accoucher est resté stable sur la période, le nombre de lits a été divisé par trois : de 55 à 18 lits dans le Lot et de 70 à 28 lits en Haute-Saône. Les taux d'occupation des lits⁶ de ces deux départements sont désormais plus proches de la moyenne nationale, voire légèrement supérieurs en Haute-Saône, alors qu'ils en étaient très inférieurs en 2001. Ces évolutions ont aussi eu pour conséquence d'allonger les temps médians de 8 minutes, pour atteindre 32 minutes en Haute-Saône et 35 minutes dans le Lot (graphique 1). Les distributions cumulées des temps de parcours en Haute-Saône permettent de mesurer les écarts entre 2001 et 2010 : alors que 62% des patientes accouchaient à moins de 30 minutes de leur domicile en 2001, cette proportion n'est plus que de 45% en 2010 (graphique 2). Dans ces départements,



Champ • France métropolitaine.
Sources • DREES : SAE 2001 et 2010, traitements DREES.

2. Les données portant sur l'ensemble de l'activité annuelle, la transformation en 2010 de la maternité de Rethel de la région Champagne-Ardenne en centre périnatal de proximité n'est pas représentée sur la carte 1.

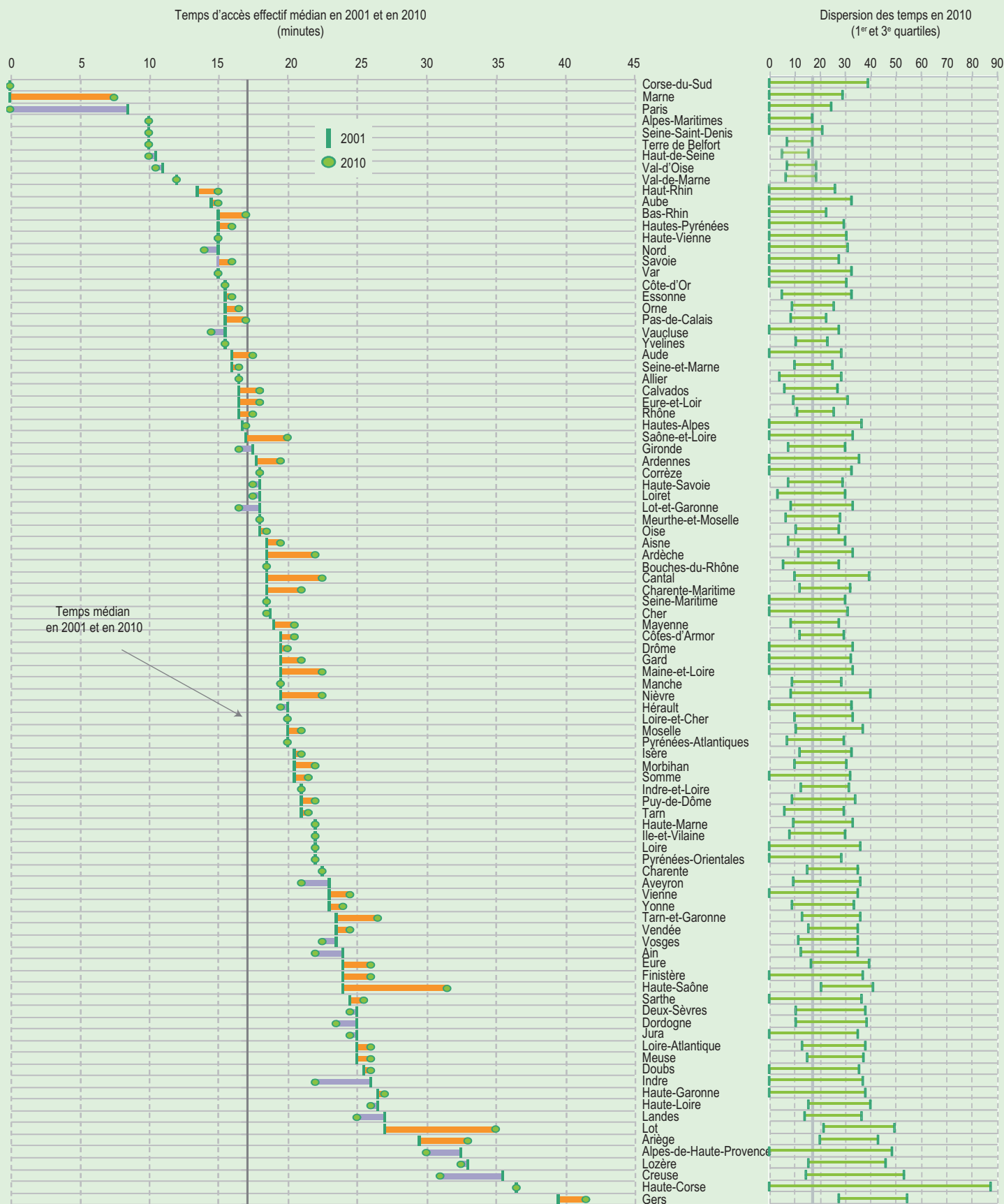
3. Mesurées ici par le coefficient de variation.

4. Du fait de l'absence de données infracommunales sur la localisation des femmes, celles qui accouchent dans leur commune de résidence ont un temps d'accès considéré comme nul par convention. Pour Paris, Lyon et Marseille, les distances sont calculées au niveau des arrondissements (encadré 1).

5. En Haute-Saône, deux maternités isolées ont fermé tandis que celle de Vesoul, au centre du département, s'est développée pour permettre une prise en charge de type 2.

6. Le taux d'occupation se définit comme le rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre de journées « exploitables », c'est-à-dire le nombre de lits potentiellement disponibles sur 1 an.

Évolution du temps d'accès médian à la maternité entre 2001 et 2010, par département



Lecture • Pour chaque département, les temps d'accès médians observés en 2001 (rectangle vertical vert) et en 2010 (point vert) sont représentés. La barre horizontale représente la variation du temps d'accès médian observé au cours de cette période. Les départements dont l'évolution est représentée en orange sont ceux pour lesquels le temps d'accès médian a augmenté entre 2001 et 2010. Ceux dont l'évolution est représentée en violet sont ceux pour lesquels le temps d'accès médian a diminué sur la période. Ceux dont le trait vert et le point sont superposés ont un temps d'accès médian identique en 2001 et 2010.

Un temps d'accès médian de 0 signifie que plus de la moitié des femmes ont accouché dans la commune où elles vivaient. La médiane n'est qu'un indicateur de la distribution des temps d'accès dans le département; elle ne donne pas d'information sur la dispersion des temps dans le département. Le graphique de droite, présentant les premier et troisième quartiles de temps d'accès, donne cette information. Par exemple, en Corse du sud, plus de la moitié des femmes ont accouché dans leur commune de résidence en 2010 (graphique de gauche), mais un quart des femmes ont eu un temps de trajet supérieur à 39 minutes pour se rendre à la maternité (3^e quartile, graphique de droite).

Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2001 et 2010; DREES, SAE 2001 et 2010, traitements DREES.

la réduction de l'offre de soins s'est donc accompagnée d'une augmentation du temps d'accès médian à la maternité.

Le temps d'accès a également augmenté dans le Gers et l'Ariège, alors que le nombre de communes équipées y est resté stable. Dans ces départements, la demande semble s'être éloignée de l'offre. C'est particulièrement vrai en Ariège, où la commune la plus peuplée (Pamiers) ne possède pas de maternité alors que la natalité y est dynamique, avec une hausse de 54% des accouchements pour ses habitantes en dix ans. Dans le Gers, département où le temps d'accès médian est le plus élevé (42 minutes), plus des deux tiers des femmes sont concernées par des trajets supérieurs à 30 minutes. Un éloignement particulièrement contraignant pour celles qui sont suivies en intégralité à la maternité⁷ et qui doivent donc effectuer de longs et fréquents déplacements.

Deux départements aux temps élevés en 2001 voient en revanche ceux-ci diminuer en 2010, même s'ils restent importants : la Creuse (31 minutes) et les Alpes-de-Haute-Provence (30 minutes). Dans ces départements, la baisse du temps d'accès est essentiellement due au fait que les femmes résident désormais plus près des maternités. Dans les Alpes-de-Haute-Provence, l'augmentation de la taille moyenne des communes de résidence des femmes ayant accouché atteste de l'urbanisation de ce département. Dans la Creuse, la baisse des temps d'accès s'est accompagnée d'une diminution du nombre d'accouchements de 16% entre 2001 et 2010.

Enfin, les départements de la Haute-Corse et de la Lozère, dotés d'une seule commune équipée d'une maternité en 2001 comme en 2010 (Bastia et Mende), ont gardé les mêmes temps d'accès médians : respectivement 37 et 33 minutes.

Dans les autres départements, le temps d'accès médian augmente plus souvent qu'il ne diminue

Parmi les départements aux temps d'accès plus faibles, si le temps diminue sensiblement pour deux d'entre eux – les Alpes-Maritimes en raison d'un effet de seuil (encadré 1) et l'Indre parallèlement à la baisse du nombre d'accouchements –, la majorité des évolutions sont des augmentations. La plupart sont toutefois faibles. Seuls les départements de l'Ardèche, du Cantal, de la Charente-Maritime, du Maine-et-Loire, de la Nièvre, de la Saône-et-Loire, du Tarn-et-Garonne et de la Marne ont en effet vu leur temps d'accès augmenter de plus de 2 minutes. Ces départements ne représentent que 6% des accouchements, d'où une stabilité au niveau national. La Marne est en outre un cas à part, puisque l'augmentation de 8 minutes du temps médian est due là aussi à

7. Dans les zones très rurales, ce sont souvent des sages-femmes exerçant en libéral qui se déplacent au domicile pour assurer la prise en charge prénatale.

■ ENCADRÉ 1

Sources et méthode

Sources

Cette étude s'appuie en partie sur un ensemble d'outils d'analyse (kit) de l'accès aux soins développé par la DREES et l'INSEE. Ce kit permet d'analyser l'accessibilité des services de santé en ville ou en établissement de santé, leur fréquentation et l'adéquation entre l'offre et la demande. Deux bases de données sont principalement utilisées dans ce kit : le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) et les données du SNIIR-AM (Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance maladie). La présente étude porte sur les accouchements ayant eu lieu en établissement de santé, recensés dans les bases PMSI-MCO 2001 et 2010.

Méthode

En 2001, une dizaine de maternités, représentant 0,5% des accouchements, étaient non répondantes au PMSI. Leurs séjours ont été imputés à partir des bases PMSI des autres années. Grâce au code de résidence – code postal ou regroupement de codes postaux – figurant dans le PMSI pour chaque patiente, des codes communaux de résidence ont également été imputés, par tirage aléatoire pondéré par la population de chaque commune.

Les codes communaux des maternités sont obtenus grâce à la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), indispensable pour localiser correctement les maternités appartenant à des entités juridiques comportant plusieurs sites. Dans de rares cas, différents sites géographiques appartiennent à la même entité juridique rendant la bonne ventilation des séjours de ces entités parmi les différents sites impossible.

Ces sites étant le plus souvent proches les uns des autres, l'impact sur le temps médian reste faible. Il est même quasiment nul en évolution, puisque ces cas se retrouvent le plus souvent en 2001 et en 2010. Par ailleurs, le type des maternités est également obtenu à partir de la SAE.

Le distancier utilisé n'intégrant pas les DOM, le champ de l'étude est limité à la France métropolitaine. En 2010, les DOM disposent cependant du même maillage communal qu'en 2001, hormis la Guadeloupe où la maternité de la commune de Saint-Claude a fermé.

Toutefois, la commune de Basse-Terre située à 6 km est équipée.

Définitions

Les temps de trajet par la route entre les communes de résidence des patientes et les communes d'implantation des maternités sont estimés grâce au logiciel Odomatrix, développé par l'Institut scientifique de la recherche agronomique (INRA). Les femmes et les établissements sont localisés au centre-ville de leur commune, généralement à la mairie, et non à leur adresse exacte. Celles qui accouchent dans leur commune de résidence se voient ainsi affecter un temps de trajet nul. Pour Paris, Lyon et Marseille, les distances sont calculées au niveau des arrondissements.

Le temps médian de parcours a été privilégié comme indicateur par rapport au temps moyen. Cette valeur est la durée au-dessous et au-dessus de laquelle se situent 50% des temps. La médiane est moins sensible que la moyenne aux valeurs extrêmes, qu'il s'agisse des temps de trajet nuls par convention ou des temps anormalement élevés (dus à une mauvaise localisation des patientes, par exemple). L'inconvénient de la médiane est qu'elle peut faire apparaître des effets de seuil, en particulier lorsque près de la moitié des accouchements sont réalisés dans la commune de résidence. Selon qu'il y en a 51% ou 49%, le temps médian peut par exemple passer de 0 à plusieurs minutes.

un effet de seuil : 52% des femmes accouchaient dans leur commune de résidence en 2001, 49% en 2010.

Parmi ces départements, seul le Maine-et-Loire (23 minutes en 2010) a autant de communes équipées qu'auparavant. Dans les autres, le nombre de communes équipées diminue. La Saône-et-Loire (20 minutes) et la Charente-Maritime (21 minutes), avec cinq communes équipées d'une maternité, de même que l'Ardèche (22 minutes) avec quatre communes équipées, conservent toutefois un maillage du territoire efficace qui permet de limiter les déplacements. En revanche, les trois maternités de la Nièvre (23 minutes) sont toutes situées dans l'ouest du département et les deux maternités du Cantal (23 minutes) au sud du département. Suite aux fermetures, de larges portions de ces territoires ne sont ainsi plus couvertes par une maternité. Un quart des habitantes de la Nièvre et du Cantal parcourent de ce fait plus de 40 minutes de trajet pour aller accoucher. Dans le Tarn-et-Garonne (27 minutes), la fermeture de la maternité de Moissac a contribué à accentuer la part des femmes accouchant hors du département (16% en 2001, 24% en 2010), notamment en raison de l'attractivité du CHU de Toulouse.

Les communes aux temps les plus élevés en 2001 ont vu leur situation s'améliorer

Au niveau communal, la situation est plus claire. Les communes dont le temps d'accès médian était supérieur à 30 minutes en 2001 représentaient 44% de l'ensemble des communes et 16% des accouchements. Sur

la période 2001-2010, leur temps d'accès a diminué de 2 minutes et demie, tandis qu'il augmentait pour les communes aux temps d'accès plus faibles (tableau 2), témoignant ainsi d'une offre mieux répartie. La situation s'est donc légèrement détériorée pour les habitantes des communes les mieux loties en 2001 et s'est sensiblement améliorée pour les habitantes des communes les moins bien loties.

Un recours plus fréquent à la maternité la plus proche

Le temps d'accès résulte de nombreux paramètres : l'offre proposée, la demande « potentielle », mais aussi les comportements des parturientes. Au global, la stabilité du temps d'accès médian entre 2001 et 2010 malgré la baisse du nombre de maternités s'explique principalement par des modifications comportementales, à savoir un recours plus fréquent à la maternité la plus proche.

On peut décomposer l'évolution du temps d'accès en trois effets distincts (encadré 2). Le premier effet évalue l'influence de la localisation des maternités, donc l'effet propre de la restructuration de l'offre de maternités. Le deuxième effet mesure l'impact des changements de lieu de résidence des femmes qui ont accouché, et donc leur rapprochement des zones urbaines. Enfin, le troisième effet est lié à l'évolution des comportements. Il indique si les femmes ont ou non une propension plus fréquente qu'avant à accoucher dans la maternité la plus proche de leur domicile.

Sur l'ensemble des accouchements de France métropolitaine, les seules

modifications d'implantation des maternités entre 2001 et 2010 font augmenter le temps d'accès médian d'une minute et demie, du fait de la fermeture d'un cinquième des établissements (graphique 3, effet « localisation de l'offre »).

À l'opposé, les modifications de comportements entraînent une baisse des temps d'accès d'une minute et demie (effet « choix de la maternité »). Plusieurs éléments peuvent expliquer le fait que les femmes n'accouchent pas systématiquement dans la maternité la plus proche de chez elles : le niveau de risque associé à la grossesse ; les conseils du gynécologue ou du médecin généraliste, qui n'oriente pas forcément vers la maternité la plus proche ; la réputation des maternités environnantes ; certaines appréhensions qui amèneraient à s'inscrire par précaution dans une maternité mieux équipée que ce qui serait requis *a priori* ; les phénomènes de listes d'attente, notamment dans les maternités des grandes villes ; enfin, le fait d'avoir une distance à la maternité la plus proche déjà importante qui pourrait réduire le coût du kilomètre supplémentaire à parcourir pour se rendre dans une maternité plus éloignée. Le supplément de temps lié à ce recours non optimal en termes de distance n'est plus que de 5 minutes et demie en 2010 contre 7 minutes en 2001. Les femmes ont donc plus souvent recours à la maternité la plus proche, notamment grâce à la montée en gamme de certaines maternités de type 1 en maternités de types 2 et 3. De plus, celles qui résidaient à proximité d'une petite maternité en 2001

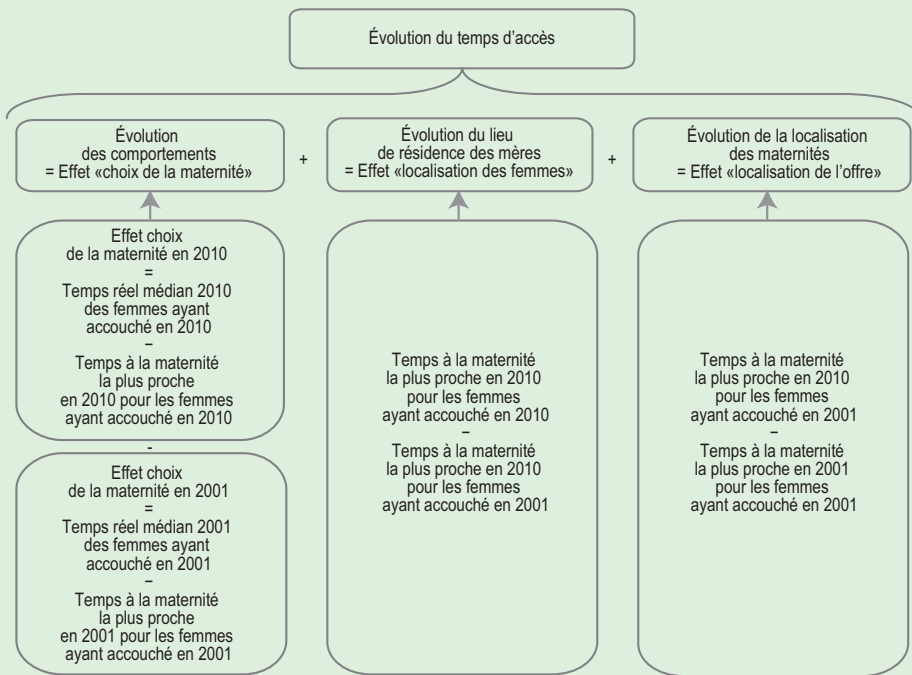
■ TABLEAU 2

Évolution du temps médian selon la situation de la commune en 2001

Situation de la commune en 2001	Répartition des communes en 2001	Répartition des accouchements en 2001	Évolution moyenne du temps médian entre 2001 et 2010 *
Temps médian < 20 min	27%	64%	+0,8 min
20 min ≤ Temps médian < 30 min	29%	20%	+0,3 min
Temps médian ≥ 30 min, dont :	44%	16%	-2,5 min
30 min ≤ Temps médian < 45 min	31%	13%	-0,9 min
Temps médian ≥ 45 min	13%	3%	-8,5 min
Ensemble des communes	100%	100%	+0,1 min

* Pondérée par le nombre d'accouchements en 2001 dans chaque commune.
Champ • France métropolitaine.
Sources • ATIH, PMSI-MCO 2001 et 2010 ; DREES, SAE 2001 et 2010, traitements DREES.

Décomposition de l'évolution du temps d'accès aux maternités

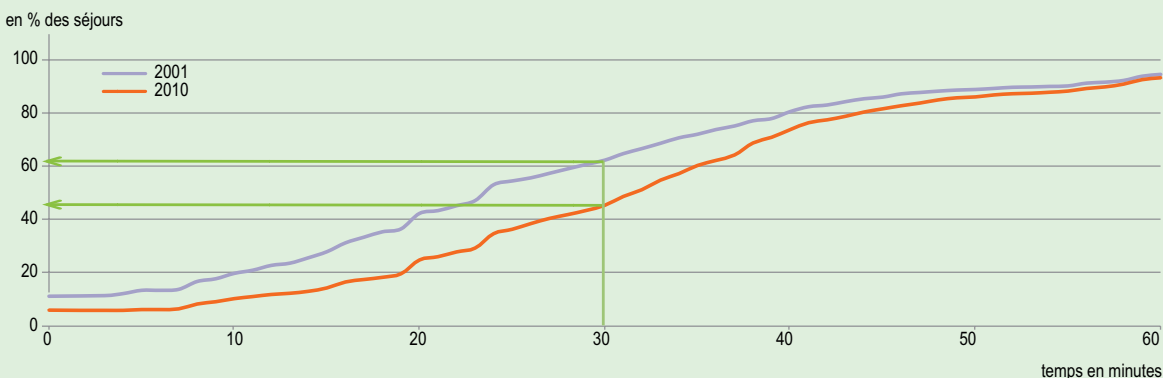


L'effet «choix de la maternité» est un choix guidé. Il dépend avant tout du type de maternité indiqué pour la grossesse et du nombre de maternités près du lieu de résidence de la femme enceinte. Ensuite, les préférences individuelles, les conseils du professionnel de santé qui suit la grossesse ou encore la réputation des établissements peuvent aussi entrer en considération.

Cette décomposition se fait sur l'ensemble des accouchements, même si ceux avec complications peuvent forcer le choix. La part des accouchements avec complications étant stable entre 2001 et 2010, cela ne pose toutefois pas de problème dans l'analyse des évolutions.

■ GRAPHIQUE 2

Distributions cumulées des temps de parcours des parturientes résidant en Haute-Saône en 2001 et 2010



Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2001 et 2010 ; DREES, SAE 2001 et 2010, traitements DREES.

étaient potentiellement tentées de se rendre un peu plus loin pour accéder à une maternité mieux équipée. En 2010, les petites maternités ayant pour beaucoup été supprimées, celles qui ont une activité plus importante et mieux équipées sont parfois devenues les maternités les plus proches.

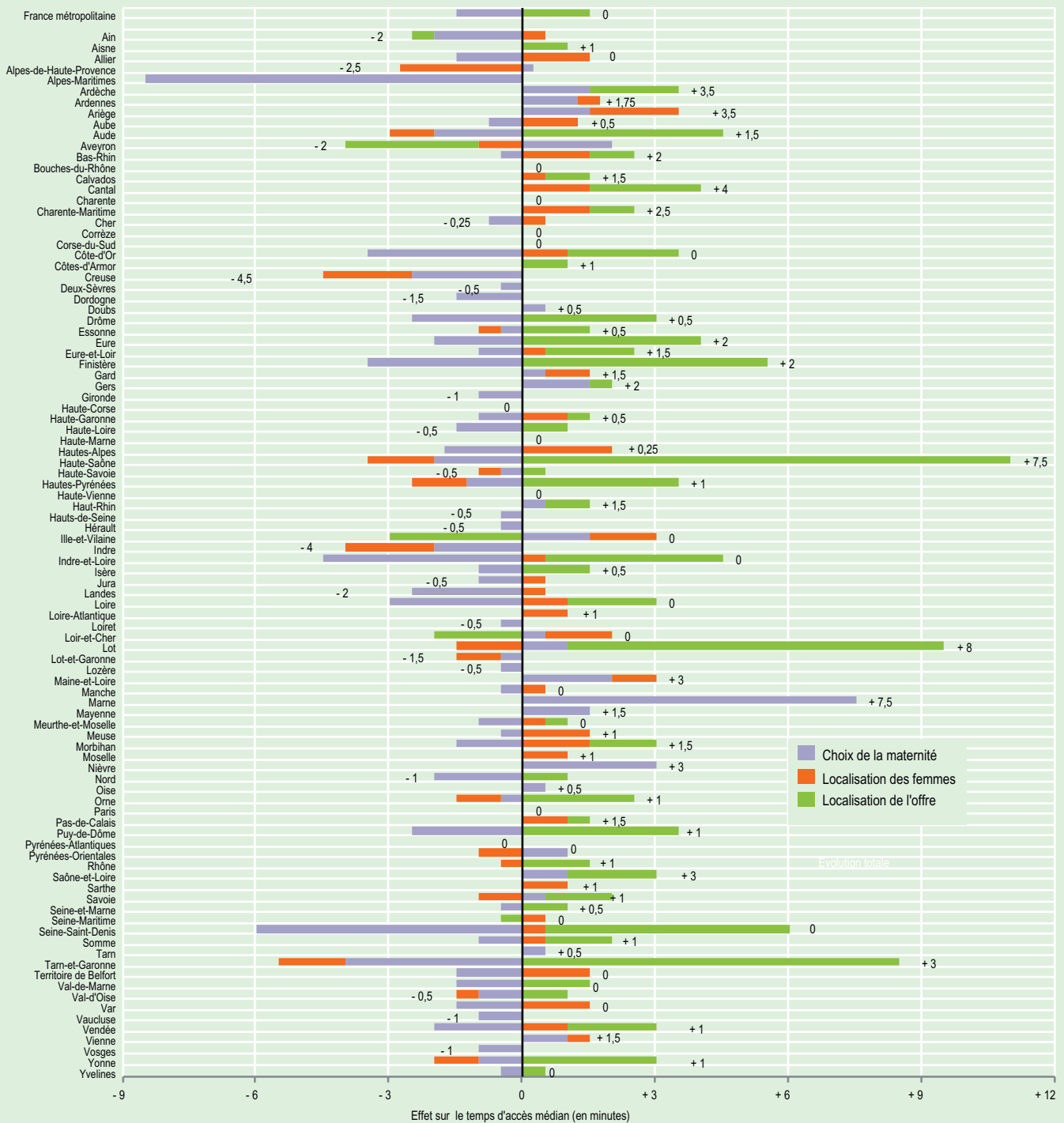
Les changements de lieu de résidence des femmes jouent quant à eux dans les deux sens selon le département, mais influencent peu l'évolution du temps d'accès aux maternités. C'est l'effet «localisation de l'offre de soins» qui a le plus d'impact dans les départements où le temps d'accès médian augmente. Toutefois, ce n'est

pas le cas de la Nièvre où il augmente parce que les femmes vont moins systématiquement accoucher au plus proche, ni de la Marne en raison d'un effet de seuil conjugué à l'effet «choix de la maternité». En revanche, dans les départements pour lesquels le temps baisse, les femmes vivent plus près des maternités (effet «localisation des femmes») ou accouchent plus souvent dans la maternité la plus proche (effet «choix de la maternité»).

Au-delà des temps d'accès et de la qualité technique des prises en charge, les possibilités de choix de la maternité se réduisent donc. Ces seuls résultats sur les temps d'accès ne permettent

toutefois pas d'avoir une appréciation complète de la qualité du service rendu. La distance à la maternité n'est en effet pas le seul critère : l'efficacité de la prise en charge, la disponibilité d'écoute du personnel, le sentiment de sécurité ou le suivi postnatal sont autant d'éléments qui contribuent à la satisfaction des femmes. Le plan périnatalité 2005-2007 intégrait d'ailleurs ces dimensions, en préconisant une offre de soins plus humaine. Une enquête auprès des usagères des maternités – réalisée en 2006 – montrait notamment que les femmes étaient très satisfaites du déroulement de leur accouchement (Collet, 2008). ■

Décomposition de l'évolution des temps d'accès médians aux maternités entre 2001 et 2010



Note de lecture • Entre 2001 et 2010, le temps d'accès médian aux maternités a augmenté de 8 minutes dans le Lot. Cette évolution se décompose de la manière suivante. La compression de l'offre de soins fait augmenter le temps d'accès de 8 minutes et demie. De plus, les femmes ont moins souvent recours à la maternité la plus proche de chez elles, ce qui fait augmenter le temps médian de 1 minute. À l'opposé, les femmes qui ont accouché en 2010 vivent plus près des maternités que celles qui ont accouché en 2001, ce qui fait baisser le temps médian de 1 minute et demie.

Champ • France métropolitaine.

Sources • ATIH, PMSI-MCO 2001 et 2010 ; DREES, SAE 2001 et 2010, traitements DREES.

■ Pour en savoir plus

- Arnault S., Exertier A., 2010, « Les maternités : plus de trente ans d'évolution », *Les établissements de santé – Un panorama pour l'année 2007*, DREES.
- Collet M., 2008, « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », *Études et Résultats*, n° 660, DREES, 2008.
- Pilkington H, Blondel B, Carayol M, Breart G, Zeitlin J, 2008, « Impact of maternity unit closures on access to obstetrical care: The French experience between 1998 and 2003 », *Social Science & Medicine* n° 67 (10), pp. 1521-9.
- Vilain A., 2011, « Les maternités en 2010 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 776, DREES.
- « La situation périnatale en France en 2010 – Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 775, DREES, 2011.