

La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017

Entre 2000 et 2017, la part des femmes en âge de procréer résidant à respectivement plus de 30 minutes et plus de 45 minutes d'une maternité augmente. Ce constat global, corroboré par les différents outils de mesure mobilisables, résulte de deux effets de sens contraire : l'évolution de la répartition des femmes en âge de procréer sur le territoire a plutôt conduit à un rapprochement de celles-ci des maternités, mais dans le même temps, de nombreuses maternités ont fermé depuis 2000 et ce dernier effet l'emporte. Par ailleurs, ces estimations ne tiennent pas compte des éventuelles améliorations du réseau routier intervenues au cours de la période.

Au niveau départemental, la situation est contrastée. L'accessibilité se dégrade dans le Lot, la Nièvre et le Cantal, où l'effet des fermetures de maternités sur le temps d'accès est important. À l'inverse, la part des femmes éloignées des maternités se réduit dans les deux départements de Corse et dans les Alpes-de-Haute-Provence, car elles sont plus nombreuses à résider à proximité des établissements.

La décision de fermer des maternités en France s'appuie souvent sur des considérations de sécurité des soins. Les maternités qui ferment sont plus petites et celles qui demeurent sont de taille plus importante. Elles réalisent davantage d'accouchements et elles se sont spécialisées dans la prise en charge des grossesses à risque, comme les maternités de type 3. L'accessibilité à ces dernières est stable entre 2000 et 2017 même si, dans onze départements, les femmes en âge de procréer résident toutes à plus de 45 minutes d'une maternité de ce type.

Alice Bergonzoni, avec la collaboration de Marion Simon (DREES)

En 2017, la moitié des femmes en âge de procréer¹ résident à moins de 9 minutes de la maternité la plus proche². Ce temps d'accès médian progresse légèrement depuis 2000, où il était de 8 minutes, soit une progression de 15,3 % (tableau 1). La situation se dégrade davantage dans le sud et l'est de la France (carte 1). Ces estimations ont été calculées à partir des communes de résidence des femmes, selon la répartition des femmes sur le territoire administratif et l'adresse exacte des établissements de santé qui disposent d'une autorisation de soins en obstétrique au 31 décembre de l'année considérée (encadré 1). Elles ne tiennent pas compte des évolutions du réseau routier ; c'est celui de l'année 2018 qui a été pris en compte pour les statistiques des différentes années.

Entre 2000 et 2017, les femmes sont plus nombreuses à être éloignées d'une maternité

Suivant cette méthode d'estimation, la part des femmes résidant à plus de 30 minutes d'une maternité augmente d'un tiers environ entre 2000 et 2017 pour se situer autour de 7 %³. La part de celles résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente également (+40 % environ) et s'établit entre 1 % et 2 % suivant la méthode de calcul utilisée. Plusieurs travaux analysent ces proportions de femmes éloignées d'une

...

1. Dans cette étude, la population des femmes en âge de procréer est approchée par celle des femmes âgées de 15 à 44 ans. Plusieurs publications retiennent celle des femmes de 15 à 49 ans. Cependant, les données de population disponibles au cours de la période ne permettaient pas d'étudier cette tranche d'âge-là.

2. Dans une précédente étude de la DREES (Baillot et Evain, 2012), les temps de trajet analysés correspondaient aux durées réellement parcourues par les femmes pour accoucher. Dans cette étude, sont analysés les temps de trajet à la maternité la plus proche pour chaque femme résidant en France et en âge de procréer (15-44 ans).

3. Soit 900 000 femmes environ, sur les 11 900 000 femmes en âge de procréer en France métropolitaine et dans les trois DROM (Guadeloupe, Martinique et La Réunion) en 2017.

TABLEAU 1

Temps et distance médians d'accès à la maternité la plus proche pour les femmes en âge de procréer

	2000	2008	2017
Temps médian de trajet (en minutes)	7,9	8,5	9,1
Distance médiane de trajet (en kilomètres)	5,4	6,0	6,5

Champ • France métropolitaine et DROM sauf Guyane et Mayotte (y compris les petites îles non reliées par un pont au continent et dont les communes sont entièrement situées sur l'île, exemple : Belle-Île-en-Mer).

Sources • DREES, SAE 2000, 2008 et 2017 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 1999, 2008 et 2017 ; traitements DREES avec le logiciel OSRM.

maternité (respectivement plus de 30 ou plus de 45 minutes de temps de trajet), notamment à cause du risque d'accouchement hors maternité et de ses conséquences pour la santé de la mère et de son enfant (Chabernaud, 2004, Goddet et al., 2015 et Nguyen et al., 2016).

Différents indicateurs peuvent être utilisés pour mesurer l'éloignement des femmes aux maternités. Lorsque les études se concentrent sur les temps de trajet effectivement parcourus par les femmes pour accoucher, l'indicateur est une estimation de la durée réelle parcourue par les femmes pour se rendre à leur maternité d'accouchement. Cette étude mesure l'accessibilité à la maternité la plus proche, qui peut donc différer de celle choisie par la femme pour son accouchement.

Différents outils de mesure des durées théoriques ont été testés et ils conduisent à des estimations assez différentes de la part des femmes éloignées d'une maternité (*encadré 2*). De fait, tous présentent des inconvénients susceptibles de réduire la fiabilité des temps de trajet obtenus. En particulier, le temps de trajet peut varier fortement pour une même distance (en fonction de l'état de la route, des embouteillages, du mode de conduite, etc.), mais ces temps de trajet réels ne peuvent être estimés qu'au prix de nombreuses hypothèses. Cependant, tous ces outils de mesure indiquent une tendance à la hausse de la part des femmes éloignées d'une maternité. L'analyse de l'évolution des temps de trajet théoriques étant plus robuste, elle est privilégiée dans cette étude.

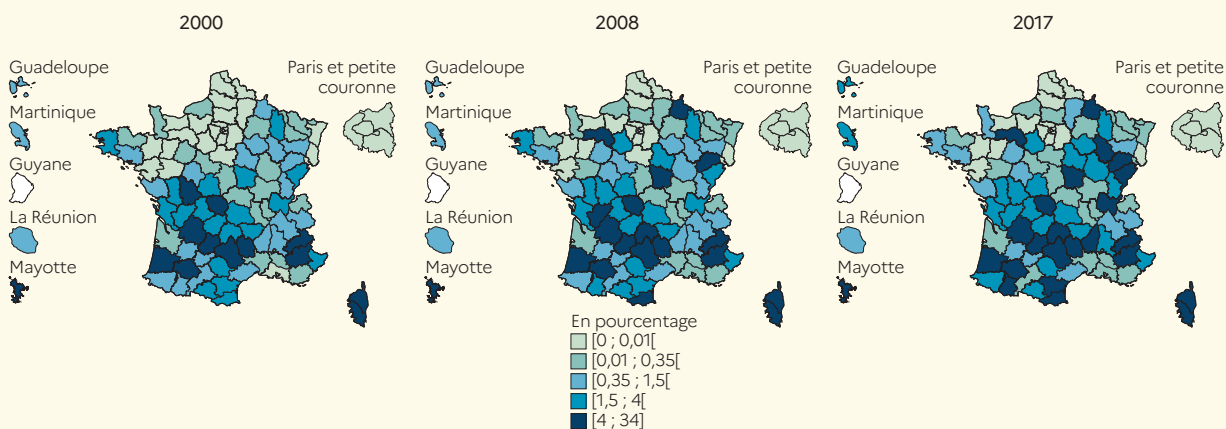
L'éloignement des femmes aux maternités s'explique par les fermetures d'établissements

Plusieurs facteurs contribuent à expliquer l'évolution du temps d'accès à une maternité des femmes en âge de procréer. D'une part, la répartition des femmes sur le territoire s'est modifiée au cours de la période étudiée. En moyenne, la localisation des femmes en âge de procréer évolue vers des lieux de résidence plus proches des maternités, ce qui tend à réduire la part des femmes éloignées d'une maternité. D'autre part, le nombre de maternités a diminué entre 2000 et 2017, passant de 717 à 496, réduisant ainsi l'offre de soins. Ce dernier effet prend le dessus pour expliquer l'éloignement plus important des femmes aux maternités, puisque la part des femmes éloignées d'une maternité a augmenté entre 2000 et 2017. Un troisième facteur concerne l'évolution du réseau routier, qui ne peut toutefois pas être pris en compte *via* les outils disponibles.

Si l'offre de maternités était restée inchangée entre 2000 et 2017, les mouvements de population au cours de la période auraient conduit à un rapprochement des femmes des maternités. Ainsi, la part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes de la maternité la plus proche aurait diminué de 11 % si les implantations des maternités étaient restées identiques depuis

CARTES 1

Part des femmes en âge de procréer (15-44 ans) à plus de 45 minutes d'une maternité



Note • Les bornes sont identiques pour les trois cartes et correspondent à une répartition en quintiles pour l'année 2008.

Lecture • Dans l'Aube, le pourcentage de femmes en âge de procréer à plus de 45 minutes d'une maternité est de 1,2 % en 2000, de 1,4 % en 2008 et de 3,3 % en 2017.

Champ • France métropolitaine et DROM sauf Guyane (y compris les petites îles non reliées par un pont au continent et dont les communes sont entièrement situées sur l'île, exemple : Belle-Île-en-Mer).

Sources • DREES, SAE 2000, 2008 et 2017 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 1999, 2008 et 2017 (pour Mayotte au 1^{er} janvier 2002, 2007 et 2017) ; traitements DREES avec le logiciel OSRM.

2000 (tableau 2). Réciproquement, si la répartition des femmes sur le territoire était restée identique entre 2000 et 2017, la part des femmes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité aurait augmenté de 68 % au cours de la période. Une fermeture de maternité n'entraîne pas systématiquement une augmentation de la part des femmes éloignées de plus de 30 ou 45 minutes d'une maternité. Par exemple, la fermeture d'une maternité à Châtelleraut ne provoque pas un éloignement plus important des femmes aux maternités dans le département de la Vienne, du fait de l'implantation des maternités restantes. L'évolution de l'accessibilité aux

maternités ne résulte donc pas seulement des fermetures, elle est aussi due aux restructurations des maternités. Certaines ont déménagé et d'autres se sont regroupées sur un seul site déjà existant ou en ont rejoint un nouveau. Dans le cas où l'ouverture d'une maternité résulte de la fusion de plusieurs établissements, il n'y a pas nécessairement d'amélioration de l'accessibilité des femmes aux maternités. Cette situation est aujourd'hui majoritaire lors des ouvertures de maternité. En effet, entre 2008 et 2017, seules deux maternités ont ouvert sans que cela soit le résultat d'un déménagement ou d'un regroupement d'activité⁴.

L'accessibilité aux maternités se dégrade fortement dans le Lot, la Nièvre et le Cantal

Dans certains départements, la baisse du nombre de maternités entre 2000 et 2017 conduit à une augmentation de la part de femmes éloignées d'un établissement (carte 2). C'est le cas du Lot, où le pourcentage des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité passe de 6 % en 2000 à 24 % en 2017, à la suite de la fermeture de trois des quatre maternités présentes en 2000. L'accessibilité se dégrade aussi fortement dans la Nièvre : en 2017, 16 % des femmes qui y habitent sont à plus de 45 minutes d'une maternité, alors qu'elles n'étaient



4. Entre 2000 et 2017, 38 « nouvelles » maternités ont été répertoriées dans Finess (établissements géographiques) et 36 d'entre elles correspondaient à des déménagements ou regroupements de maternités existantes.

ENCADRÉ 1

Méthode d'estimation des temps d'accès à la maternité la plus proche et de la part des femmes éloignées

La population retenue dans l'étude est celle des femmes en âge de procréer, approchée par la population des femmes âgées de 15 à 44 ans donnée par l'Insee¹. Leurs temps d'accès à la maternité la plus proche sont calculés pour chaque commune française. Les chiffres nationaux ou départementaux sont calculés comme des moyennes des temps d'accès des communes qui les composent, pondérées par la population des femmes âgées de 15 à 44 ans de chaque commune.

Les résultats portent sur la France entière hors Guyane et Mayotte, qui n'ont pas pu être incluses dans l'étude. La Guyane a été écartée de l'analyse, car une proportion importante du territoire n'est accessible que par avion ou par voie fluviale. Quant à Mayotte, les données antérieures à 2011 (date à laquelle elle est devenue un département) sont moins fiables, ce qui ne permet pas de conduire les analyses en évolution.

Les temps d'accès communaux des femmes en âge de procréer à leur maternité la plus proche sont calculés en utilisant un carroyage du territoire français : le territoire est ainsi « découpé » en carreaux de 200 mètres de côté. Le temps d'accès à la maternité la plus proche sera le même pour toutes les femmes résidant dans un carreau donné. Il est égal à la durée du trajet en voiture entre le centre du carreau et la maternité la plus proche², calculé par le distancier OSRM (encadré 2). Le temps d'accès communal est défini comme la moyenne des temps d'accès des carreaux d'une commune³, pondérés par la population résidant dans chaque carreau de la commune⁴. Les communes situées sur une petite île (par exemple Quessant), pour lesquelles il n'est pas possible de calculer un temps

de trajet en voiture aux maternités, sont considérées comme étant à plus de 45 minutes de la maternité la plus proche. La population de ces îles représente 0,02 % de l'ensemble de la population de la France métropolitaine.

Différentes méthodes de calcul ont été utilisées pour tester la sensibilité des résultats. La population des femmes par tranche d'âge n'étant pas disponible par carreau pour chaque année, deux méthodes ont été utilisées pour l'approcher⁵. La différence de résultats entre ces deux méthodes est très faible et ne change pas les analyses. Ainsi, en 2017, les temps médians d'accès à la maternité la plus proche diffèrent de moins d'un quart de minute et la part des femmes à plus de 45 minutes diverge de moins d'un demi-point de pourcentage. Pour estimer l'impact d'une estimation du temps d'accès à partir d'un carroyage de la commune, par rapport à l'utilisation du chef-lieu de la commune pour l'ensemble des femmes de la commune, les deux méthodes ont été comparées pour la Martinique. Les résultats pour 2017 sont proches avec les deux méthodes de calcul et ne changent pas les analyses : moins d'un point de pourcentage de différence pour la part des femmes à plus de 45 minutes d'une maternité et une minute de différence pour le temps médian d'accès. L'utilisation des données au carreau de 200 mètres issues du fichier localisé de revenus sociaux et fiscaux de 2015, plutôt que de 2010, donne également des résultats très similaires. Ainsi, le temps d'accès médian n'augmente que d'un dixième de minute et la part des femmes à plus de 45 minutes d'une maternité ne baisse que de 0,03 point de pourcentage.

1. Pour les maternités de 2000, la population Insee utilisée est celle de 1999. Pour les maternités de 2008 et 2017, la population Insee utilisée est respectivement celle de 2008 et 2017.

2. La DREES a créé un fichier recensant l'ensemble des établissements de santé qui disposent d'une autorisation en obstétrique au 31 décembre de l'année considérée, et leur adresse exacte.

3. Les carreaux qui se trouvent à cheval sur plusieurs communes sont attribués à la commune qui inclut le centre du carreau.

4. Les données carroyées de population sont issues des fichiers localisés sociaux et fiscaux (source base Filosofi, Insee). Elles ne sont pas disponibles pour chacune des années étudiées ici (2000, 2008, 2017), mais uniquement pour 2010. Disposer d'un découpage infracommunal fin de la population féminine de chaque commune est pourtant important, notamment dans le cas de communes très étendues, pour éviter d'attribuer à toutes les femmes d'une commune la même « maternité la plus proche », ce qui n'est pas toujours pertinent. Pour simuler une telle répartition au carreau, la structure infracommunale des données 2010 est utilisée à chaque fois. Les femmes en âge de procréer en 2000, 2008 et 2017 (source recensement de la population, Insee) sont alors réparties sur leur commune de résidence en fonction de la population au carreau de 2010, avec pour hypothèse que les femmes ont la même répartition dans la commune que la population générale.

5. La méthode utilisée dans cette étude multiplie le nombre d'habitants au carreau par la part des femmes en âge de procréer de la commune et par l'évolution de la population entre l'année étudiée (qui correspond à la population Insee de référence au sens du recensement) et l'année des carreaux (2010). Une méthode « améliorée » a été testée, partant du constat que la somme de la population des carreaux attribués à une commune dans nos calculs n'est pas toujours identique à la population Insee de référence de cette commune, notamment du fait des hypothèses à formuler pour attribuer les carreaux se trouvant à cheval sur plusieurs communes. La seconde méthode utilise donc le calcul de la première méthode, multiplié par un facteur de correction entre la population 2010 donnée par l'Insee et celle donnée par l'ensemble des carreaux attribués à la commune dans nos calculs.

que 3 % en 2000. Dans ce département, deux des quatre maternités en activité en 2000 ont fermé entre-temps⁵. Dans le Cantal aussi, deux des quatre maternités présentes en 2000 ont fermé avant 2017. Dans ce département, la part des

femmes résidant à plus de 45 minutes d'un établissement passe de 3 % à 13 %. Dans d'autres départements, ce sont les fermetures de maternités aux frontières du département qui dégradent l'accessibilité. C'est le cas de la Corrèze : malgré

une offre de maternités stable (trois maternités en 2000 comme en 2017), la part des femmes fortement éloignées d'une maternité y augmente au cours de la période à cause de la fermeture de la maternité du Centre hospitalier de

5. Depuis, une des deux maternités du département encore en activité au 31 décembre 2017 a également fermé.

ENCADRÉ 2

L'impact du distancier dans l'estimation du temps d'accès à la maternité la plus proche

Le calcul des temps de trajet mobilise des outils appelés distanciers permettant le calcul théorique de la durée de trajet en voiture¹ entre deux coordonnées géographiques. Dans cette étude, les temps de trajets ont été calculés grâce au service libre *Open Source Routing Machine* (OSRM). Les temps de trajets obtenus avec le distancier MEsture des TRajets Inter-Communes (METRIC) développé par l'Insee ont également été calculés pour tester la sensibilité des résultats au changement de distancier. Les ordres de grandeur de la part des femmes éloignées d'une maternité diffèrent sensiblement entre les deux distanciers utilisés (tableau encadré ci-dessous), mais les évolutions entre 2000 et 2017 sont concordantes.

Le distancier OSRM s'appuie sur le réseau routier *Open Source de OpenStreetMap* (OSM) de 2018. Aussi tous les temps d'accès calculés sont théoriques, car ils se réfèrent à un même réseau routier (ainsi dans cette étude les évolutions du réseau routier ne sont pas prises en compte). OSRM permet de calculer le temps d'accès par la route entre deux coordonnées géographiques précises du territoire, et donc d'exploiter les données de population à un niveau fin (données carroyées, [encadré 1]). En revanche, il ne tient compte ni du fait que la circulation puisse être ralentie dans les zones plus denses, ni des difficultés de circulation. Le distancier METRIC de l'Insee s'appuie sur le réseau routier de la BDTOPO

de l'Institut national de l'information géographique et forestière (IGN) dans sa version de 2012 (comme pour OSRM, les évolutions du réseau routier ne sont pas prises en compte). Les distances sont calculées de chef-lieu de commune à chef-lieu de commune. Ainsi, les résultats obtenus avec METRIC ne tiennent pas compte de la répartition des femmes dans une commune, ce qui pose problème pour les communes très étendues. METRIC permet d'obtenir des temps d'accès en heures pleines, pour comptabiliser les difficultés de circulation. Il ne s'appuie cependant pas sur des données de trafic, mais sur des données de densité de population. Ainsi, en zone dense ou très dense, des pénalités prédéfinies permettent d'obtenir des temps d'accès plus longs. Néanmoins, les résultats obtenus ne correspondent pas forcément à l'état d'engorgement des routes.

Les distanciers calculent des temps de trajet théoriques qui peuvent différer du temps de trajet réel. Aucun outil n'estime parfaitement ces temps de trajets réels, qui dépendent de multiples facteurs : état de la route, feux de circulation et limitations de vitesse locales, embouteillage, virages, pentes, type de véhicule, style de conduite, etc. Les temps d'accès calculés doivent donc être interprétés avec prudence. C'est pourquoi l'étude se concentre sur l'analyse des évolutions de ces temps de trajet.

Tableau. Temps d'accès à la maternité la plus proche pour les femmes en âge de procréer selon les distanciers OSRM et METRIC

	Maternités 2000 / population 1999			Maternités 2008 / population 2008			Maternités 2017 / population 2017		
	OSRM	METRIC		OSRM	METRIC		OSRM	METRIC	
		Heures creuses	Heures pleines		Heures creuses	Heures pleines		Heures creuses	Heures pleines
De 30 à 45 minutes	4,89	6,53	9,07	5,72	7,51	10,28	6,45	7,85	10,92
De 45 à 60 minutes	0,64	1,10	1,65	0,79	1,31	2,00	0,91	1,39	2,11
60 minutes et plus	0,17	0,34	0,46	0,20	0,41	0,57	0,23	0,46	0,64

OSRM : *Open Source Routing Machine* ; METRIC : MEsture des TRajets Inter-Communes.

Champ • France métropolitaine et DROM sauf Guyane et Mayotte (y compris les petites îles qui incluent une ou plusieurs communes au part entière et qui ne sont pas reliées par un pont, exemple : Belle-Île-en-Mer).

Sources • DREES, SAE 2000, 2008 et 2017 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 1999, 2008 et 2017 ; traitements DREES avec les logiciels OSRM et Metric.

TABLEAU 2

Évolution du temps d'accès à la maternité la plus proche pour les femmes en âge de procréer

	Évolutions 2000-2017				Effets de composition entre 2000 et 2017		
	Maternités 2000 / population 1999 (a)	Maternités 2000 / population 2017	Maternités 2017 / population 2017 (b)	Maternités 2017 / population 1999 (c)	Différence 2017-2000 (b-a)	Effet de l'offre de soins (c-a)	Effet de la population (b-c)
De 30 à 45 minutes	4,89	4,59	6,45	6,85	1,56	1,96	-0,40
De 45 à 60 minutes	0,64	0,56	0,91	1,09	0,27	0,45	-0,18
60 minutes et plus	0,17	0,16	0,23	0,27	0,06	0,10	-0,04

Lecture • La part des femmes situées entre 45 minutes et moins d'une heure de la maternité la plus proche passe de 0,64 % en 2000 à 0,91 % en 2017.

Si la structure de population avait été la même en 2017 qu'en 2000, cette part aurait atteint 1,09 % en 2017 : la diminution du nombre de maternités a été en partie compensée par l'évolution de la répartition des femmes en âge de procréer sur le territoire.

Champ • France métropolitaine et DROM sauf Guyane et Mayotte (y compris les petites îles non reliées par un pont au continent et dont les communes sont entièrement situées sur l'île, exemple : Belle-Île-en-Mer).

Sources • DREES, SAE 2000 et 2017 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 1999 et 2017 ; traitements DREES avec le logiciel OSRM.

1. Dans cette étude, seuls les trajets en voiture sont pris en compte, car c'est le mode de transport le plus utilisé dans les zones les plus éloignées des maternités.

Mauriac, située dans le Cantal mais géographiquement proche de la Corrèze.

En Corse et dans les Alpes-de-Haute-Provence, l'accessibilité s'améliore mais reste moindre qu'au niveau national

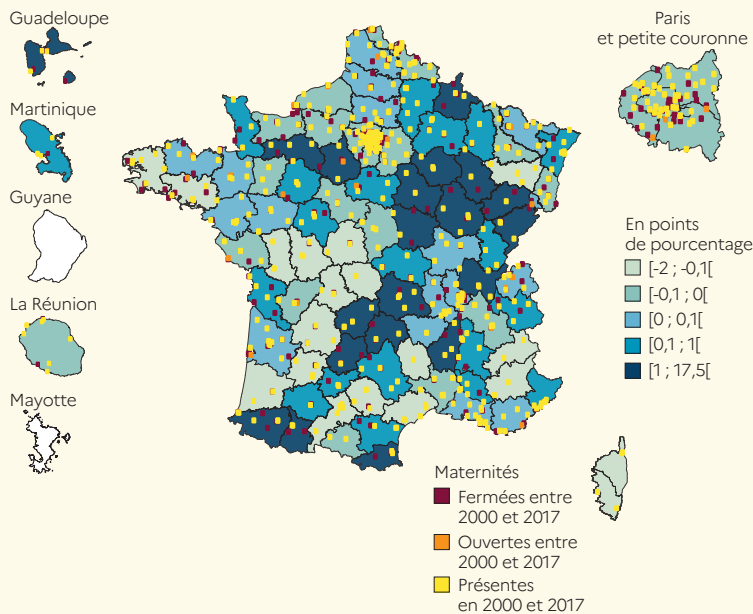
Les départements qui conservent les maternités déjà implantées en 2000 connaissent une amélioration de l'accessibilité de la part des femmes en âge de procréer, du fait de la modification de la localisation des femmes sur leur territoire. Ainsi, deux maternités sont présentes en 2000 comme en 2017 dans les deux départements de Corse et dans les Alpes-de-Haute-Provence. Dans ces trois départements, l'accessibilité s'améliore, même si la part des femmes à plus de 45 minutes d'une maternité y reste importante, supérieure à 10 %. Elle passe de 13 % en 2000 à 11 % en 2017 en Corse-du-Sud, de 14 % à 12 % dans les Alpes-de-Haute-Provence et de 34 % à 32 % en Haute-Corse.

L'offre de soins se concentre sur des maternités plus grandes et plus spécialisées

L'offre de maternités a été profondément réorganisée à la fin des années 1990, amplifiant le mouvement de concentration observé depuis les années 1970 (Baillot et Evain, 2012). Les décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 définissent le contexte juridique dans lequel un établissement de santé peut réaliser une activité

CARTE 2

Évolution de la part des femmes en âge de procréer situées à plus de 45 minutes d'une maternité entre 2000 et 2017 et localisation des maternités



Note • Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

Champ • France métropolitaine et DROM sauf Guyane et Mayotte (y compris les petites îles non reliées par un pont au continent et dont les communes sont entièrement situées sur l'île, exemple : Belle-Île-en-Mer).

Sources • DREES, SAE 2000, 2008 et 2017 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 1999, 2008 et 2017 ; traitements DREES avec le logiciel OSRM.

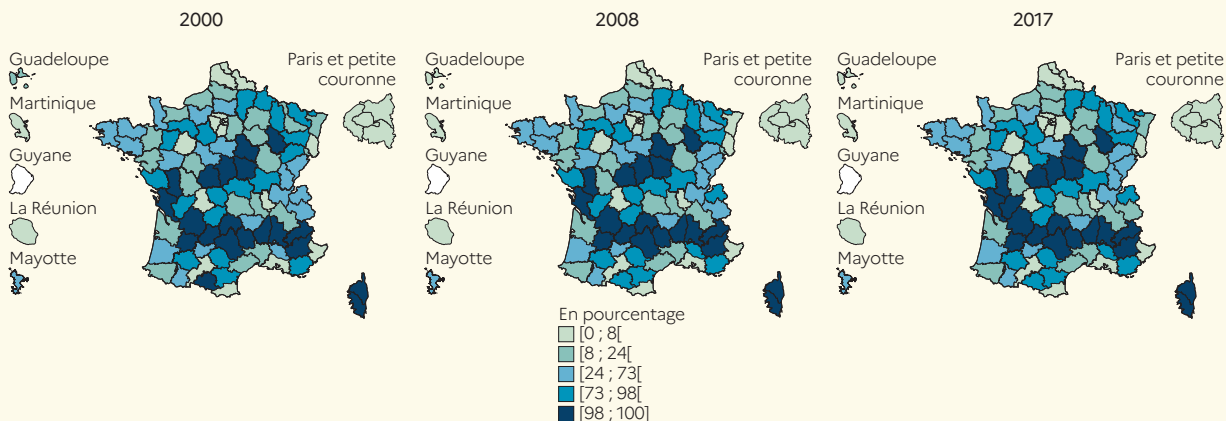
d'obstétrique, de néonatalogie (avec ou sans soins intensifs) et de réanimation néonatale, ces différents services

permettant de classer les maternités en « type » 1, 2a, 2b et 3⁶. Ces décrets établissent les critères nécessaires

6. Un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il a aussi un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, de type 2b s'il a aussi un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose, sur le même site que le service d'obstétrique, des deux services précédents ainsi que d'un service de réanimation néonatale.

CARTES 3

Part des femmes en âge de procréer à plus de 45 minutes d'une maternité de type 3



Note • Les bornes sont identiques pour les 3 cartes et correspondent à une répartition en quintiles pour l'année 2008.

Champ • France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique, Réunion et Mayotte (y compris les petites îles qui incluent une ou plusieurs communes au part entière et qui ne sont pas reliées par un pont, exemple : Belle-Île-en-Mer).

Sources • DREES, SAE 2000, 2008 et 2017 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 1999, 2008 et 2017 (pour Mayotte au 1^{er} janvier 2002, 2007 et 2017) ; traitements DREES avec le logiciel OSRM.

pour les maternités en matière d'organisation, de personnels, de locaux ou d'activités de soins. Ainsi, sauf dérogation spécifique (lorsque la maternité est géographiquement trop isolée), les maternités réalisant moins de 300 accouchements par an doivent fermer : les autorités sanitaires estiment qu'en deçà de ce seuil, la sécurité des soins n'est plus assurée. Les soins sont par ailleurs coordonnés et gradués au niveau régional. Ainsi, dans le cas d'une grossesse à haut risque, les femmes doivent être adressées à une maternité de type 3, car un meilleur pronostic est observé pour les grands prématurés nés dans ce type de structures, par rapport à une naissance en maternité de types 1 ou 2 (HAS, 2012).

L'offre de soins des établissements de santé autorisés en obstétrique s'est modifiée à la suite de ces décrets. Entre 2000 et 2017, le nombre de petites maternités (principalement des types 1) s'est réduit, passant de 448 en 2000 à 202 en 2017 : certaines ont fermé, d'autres sont devenues des maternités de type plus élevé. Celles qui restent ont augmenté leur volume

d'activité (en réalisant davantage d'accouchements). De son côté, le nombre des maternités de type 2a, 2b et 3 a augmenté (*tableau complémentaire A*) [Toutlemonde, et al., 2019].

Le temps d'accès des femmes en âge de procréer aux maternités de type 3 reste stable

Pour les grossesses à haut risque, le temps d'accès à une maternité spécialisée dans ce type de prise en charge est crucial pour la santé et la sécurité de la mère et du nouveau-né, du fait du risque accru d'accouchement inopiné. Dans ce contexte, il n'est pas rare qu'une hospitalisation avant l'accouchement (dite *ante partum*) soit décidée pour parer au risque d'accouchement extrahospitalier non souhaité, hospitalisation au cours de laquelle la future parturiente aura besoin d'être soutenue par la visite de ses proches. En outre, en cas de naissance d'un grand prématuré, l'hospitalisation est souvent longue, puisqu'elle correspond au temps qui manque au bébé pour être considéré comme « à terme », et la présence assidue des parents au chevet du nou-

veau-né est hautement recommandée pour améliorer son état de santé⁷.

Le quotidien des parents et les premiers jours de leur nouveau-né se compliquent donc quand les temps de trajet jusqu'à une maternité spécialisée sont importants. Depuis 2000, le temps d'accès médian⁸ à une maternité de type 3, spécialisée dans la prise en charge des grossesses à risque et des grands prématurés, a progressivement baissé pour atteindre 22 minutes en 2017 (24 minutes en 2000). Malgré cette amélioration sur le plan national, la situation départementale reste contrastée (*carte 3*). Les maternités de type 3 se trouvent dans des grandes agglomérations ou en périphérie de celles-ci. Les difficultés d'accessibilité concernent donc surtout des départements ruraux. Dans onze de ces départements, la totalité des femmes habitent à plus de 45 minutes d'une maternité de type 3, en 2000 comme en 2017⁹. Sont concernés les départements des Alpes-de-Haute-Provence, des Hautes-Alpes, de l'Aveyron, du Cantal, de la Corse-du-Sud, de la Haute-Corse, de l'Indre, du Lot, du Lot-et-Garonne, de la Lozère et de la Nièvre. ■



7. Des travaux de l'Inserm indiquent que les nouveau-nés ayant de nombreux contacts en « peau à peau » avec leurs parents ont une évolution plus favorable, avec une amélioration du rythme cardiaque, de la fréquence respiratoire ou encore du sommeil.

8. La Corse a été exclue du calcul du temps d'accès médian à une maternité de type 3 la plus proche, car aucune maternité de type 3 n'est présente en Corse.

9. Ces onze départements comptent environ 300 000 femmes en âge de procréer, sur 11 900 000 environ en France métropolitaine et dans les trois DROM (Guadeloupe, Martinique et La Réunion).

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Baillet, A. et Evain, F.** (2012, octobre). Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. DREES, *Études et Résultats*, 814.
- **Battot, V., Villaume, S.** (2020, février). *Toujours moins de naissances et plus de décès. Situation démographique en 2018.* Insee Analyses Grand Est, 109.
- **Chabernaud, J.-L.** (2004, décembre). Accouchement inopiné hors maternité. *Le Praticien en Anesthésie Réanimation*. V. 8, I. 6, 411-480.
- **Cour des comptes** (2014, décembre). *Les maternités Cahier 1 : analyse générale.* Rapport au parlement. Paris, France : La Documentation française.
- **Cour des comptes** (2014, décembre). *Les maternités Cahier 2 : analyses régionales.* Rapport au parlement. Paris, France : La Documentation française.
- **Fourcade, N., von Lennep, F., Grémy, I., et al.** (dir.) (2017, septembre). *L'état de santé de la population en France – Rapport 2017.* Paris, France, DREES.
- **Goddet, N. S., Pes, P., Bagou, G., Templier, F. et Hamel, V.** (2015, juin). Régulation de la femme enceinte : pour un accouchement inopiné, 9^e congrès de la Société française de médecine d'urgence.
- **HAS** (2012, novembre). Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé – Recommandation de bonne pratique, Haute Autorité de Santé.
- **Nguyen, M.-L., Lefèvre, P., Dreyfus, M.** (2016, janvier). Conséquences maternelles et néonatales des accouchements inopinés extrahospitaliers. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. V. 45, I. 1, 86-91.
- **Toutlemonde, F.** (dir.) (2020). *Les établissements de santé - édition 2020.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé, fiches 24 et 25.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication :

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition :

Valérie Bauer-Eubriet

Rédactrice en chef technique :

Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction :

Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages :

Stéphane Jeandet

Conception graphique :

Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information :

drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve

de la mention des sources • ISSN

électronique 1146-9129 • AIP 0001384



STATISTIQUE
PUBLIQUE

La DREES fait partie
du Service statistique
public piloté par l'Insee.