

APPLICATION 2. DISTANCES ET ACCES AUX SERVICES : LES MATERNITES EN FRANCE METROPOLITAINE

La DREES (service d'études et de statistiques du Ministère des Affaires sociales et de la Santé) a publié en 2012 une étude sur les temps d'accès aux maternités en France métropolitaine (revue Etudes et résultats de la DREES n°814, octobre 2012). Cette étude s'appuie sur une base de données qui recense, pour chaque accouchement, la commune de la maternité, la commune de résidence de la femme ayant accouché, et le temps de trajet par la route séparant ces communes. On s'intéresse ici aux méthodes de mesure de l'accessibilité aux services et aux éclairages qu'apportent ces mesures sur l'évolution de la localisation des maternités en France.

1. ENJEUX DE L'EVOLUTION RECENTE DE L'ACCESSIBILITE SPATIALE AUX MATERNITES

1. Quelle est la nature du service étudié, par rapport à l'ensemble des services de santé ? En quoi l'accessibilité spatiale à ce service est-elle importante pour les populations (document 1) ?
2. Quels sont les enjeux contemporains de l'évolution de l'accessibilité spatiale aux maternités (document 2) ? En quoi ces enjeux illustrent-ils les notions d'efficacité et d'équité spatiale ?

2. QUELLE EVOLUTION DE L'OFFRE ET DES TEMPS D'ACCES AUX MATERNITES DEPUIS 10 ANS ?

1. Commentez l'évolution récente de l'offre de maternités en France métropolitaine, par rapport à l'évolution du nombre d'accouchements (document 3).
2. Que montrent les résultats sur les temps d'accès médian aux maternités ? Que montrent ceux sur la part des accouchements dans des maternités à plus de 30 minutes du domicile des femmes concernées (document 3) ? Quel lien pouvez-vous faire entre ces deux indicateurs et les notions d'efficacité et d'équité spatiale ?

3. EVOLUTIONS A L'ECHELLE DES DEPARTEMENTS

1. A partir de l'exemple de la Haute-Saône en Franche-Comté (document 4), expliquez, à l'aide d'un schéma, comment les données élémentaires sur les accouchements ont été transformées pour construire ce tableau. Complétez le tableau et construisez les deux courbes d'accessibilité aux maternités en 2001 et en 2010 (document 5). Puis dégagez les principales caractéristiques de l'évolution représentée, en vous aidant du document 6, qui présente une situation voisine de celle de ce département.
2. Identifiez les différents types d'évolutions départementales présentées dans les documents 7 et 8. En repartant de la définition des différentes composantes de l'accessibilité (cf cours), proposez des hypothèses pour expliquer les évolutions des temps médians.

Document 1 : Accessibilité spatiale et accessibilité sociale aux services publics

La plupart des recherches en géographie sur l'accessibilité aux services publics portent sur la localisation de ces services, évaluée au regard du bénéfice qu'en retire la population et du coût supporté par la collectivité (Peeters, Thomas, 2001). Cette démarche soulève plusieurs questionnements théoriques.

En premier lieu, quelles sont les attentes de la collectivité envers le service public ? Si l'objectif est d'assurer une répartition équitable des services, cela peut se traduire en termes géographiques par une minimisation de la distance parcourue (distance moyenne, ou médiane, ou encore maximale). Mais des nuances doivent être apportées suivant le type de service public considéré. Si la pertinence de cette configuration ne peut être remise en question dans le cas des services répondant aux droits élémentaires de la population (par exemple, médecine d'urgence ou formation primaire et secondaire), d'autres logiques, comme la complémentarité de l'offre, entrent en œuvre pour les services moins diffus dans l'espace car plus coûteux et/ou desservant une population plus nombreuse (aéroports, universités, services hospitaliers spécialisés).

En deuxième lieu, l'accessibilité aux services publics se pose non seulement en termes spatiaux mais aussi en termes sociaux. Si la distance joue parfois un rôle dissuasif dans la fréquentation des services publics, les caractéristiques sociales des populations peuvent aussi avoir un effet explicatif – par exemple, en matière de santé, quand certains groupes ne disposent pas d'assurance-maladie. Comme le souligne Martin Powell (1995) dans une revue de la littérature consacrée à l'accès aux soins, les caractéristiques personnelles telles que l'âge, la classe sociale, le genre ou l'appartenance ethnique devraient être analysées avant toute recherche d'effet de la distance afin de ne pas traquer les effets spatiaux là où il n'y en a pas. Par ailleurs, une mauvaise accessibilité spatiale ne doit pas toujours être interprétée comme pénalisante. Selon Robin Haynes (1987), un rendez-vous chez le médecin généraliste ou chez le dentiste sera considéré par beaucoup de gens comme suffisamment sérieux pour rendre les considérations de coût, de temps ou de distance relativement triviales. Johan Van der Heyden *et al.* (2003) constatent, dans le cas de la Belgique, que les caractéristiques socio-économiques des patients, telles que le niveau d'études et le revenu du ménage, sont plus significatives que les caractéristiques de l'offre pour expliquer la fréquentation des services de santé, bien que la relation exacte varie en fonction du type de service.

Source : De Ruffray S., Hamez G., 2009, « La dimension sociale de la cohésion territoriale. L'exemple de l'accessibilité aux maternités dans la Grande Région », *L'Espace Géographique*, vol. 38, p.328-344.

Document 2 : Les enjeux de la fermeture des petites maternités

Conformément au décret publié en 1998¹, les maternités fermées peuvent être remplacées par des centres périnataux de proximité (CPP) dont les missions sont d'assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, etc., mais en aucun cas d'effectuer

¹ Décret n°98-900 du 9 octobre 1998, publié au Journal officiel du 10 octobre - Art. R. 712-88. – « L'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée [...] que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population. »

des accouchements [...]. Au-delà du débat et des vives réactions suscitées lors de la fermeture d'un service d'obstétrique de proximité, la question de la qualité de la prise en charge des urgences vitales que sont, par exemple, les urgences obstétricales de survenue inopinée reste posée. En planification sanitaire, deux pôles sont généralement opposés : sécurité-qualité, d'une part, et accessibilité spatiale-proximité, d'autre part (Vigneron, 2001). C'est cette recherche de qualité des soins liée à la concentration des moyens qui est un des objectifs des décrets du 9 octobre 1998 prenant acte de la fermeture des petites maternités de moins de 300 accouchements. Pour la population, le risque hospitalier dans un contexte d'urgence vitale est décomposé en deux parties : le risque extrahospitalier, c'est-à-dire le risque de décéder avant d'arriver à l'hôpital, et le risque intrahospitalier, c'est-à-dire le risque de décéder une fois la parturiente admise à l'hôpital. Si l'objectif de la planification sanitaire est de maintenir l'égalité des chances pour toutes, c'est le risque global (extra et intrahospitalier) qui doit être pris en compte (Combiere et al., 2007).

Source : Charreire H. et al., 2011, « Une géographie de l'offre de soins en restructuration : les territoires des maternités en Bourgogne », *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 55, n° 156, p. 491-509.

Document 3 : Evolution de l'offre et des temps d'accès aux maternités en France métropolitaine, entre 2001 et 2010

	Tous types de maternités			Type 1*			Type 3*		
	2001	2010	Variation 2001-2010	2001	2010	Var. 2001-10	2001	2010	Var. 2001-10
Nombre de maternités	679	535	-21,2%	415	263	-36,6%	56	60	7,1%
Nombre de lits	19 025	16 986	-10,7%	9 132	5 775	-36,8%	3 044	3 567	17,2%
Nombre d'accouchements	751 186	789 508	5,1%	315 498	221 062	-29,9%	135 213	189 482	40,1%
Temps médian d'accès à la maternité (mns)	17	17	0%	16,5	17	3,0%	17,5	16	-8,6%
Part des accouchements à plus de 30 min du domicile	22,00%	22,70%	-	20,20%	20,20%	-	23,70%	25,50%	-

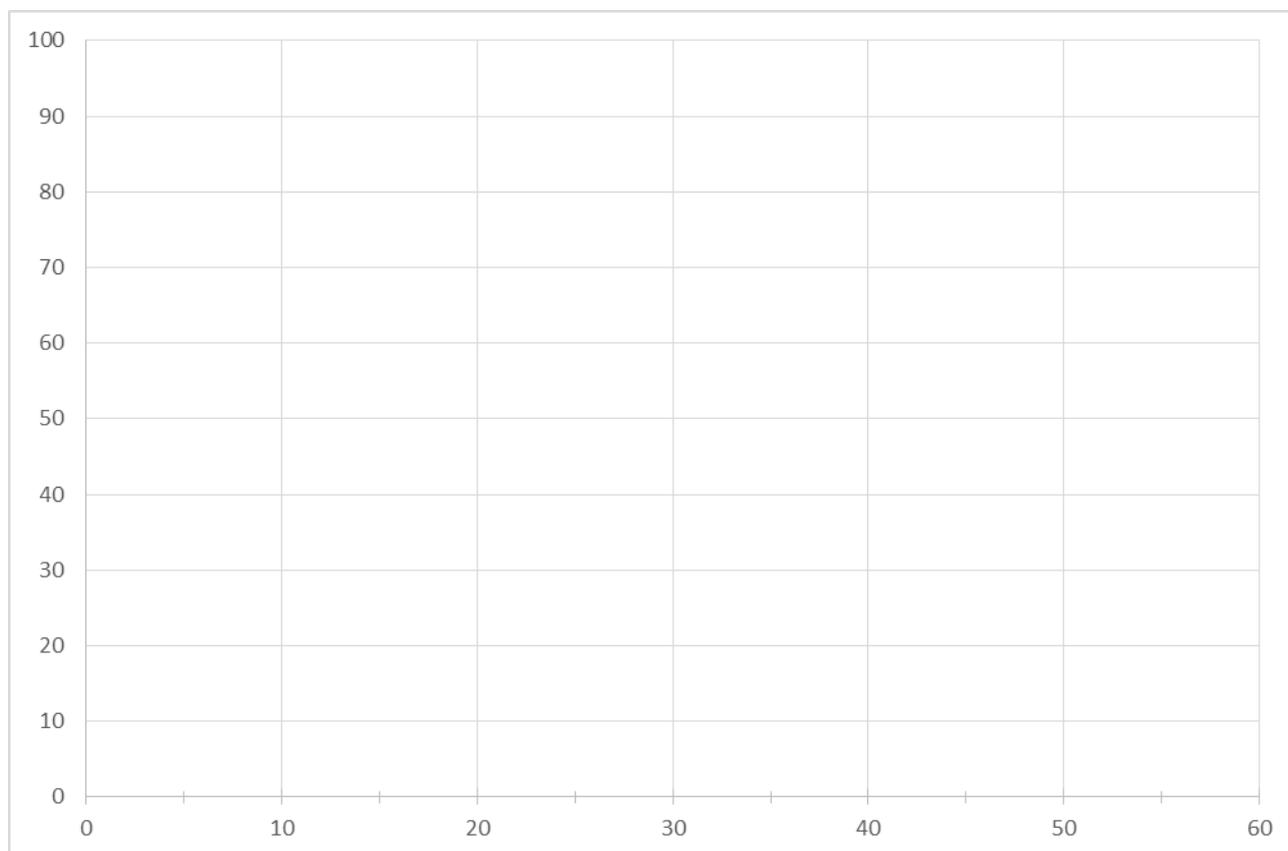
*Depuis 1998, les maternités sont classées en 3 niveaux de soins, en fonction des moyens dont elles disposent : type 1 (soins courants), type 2 (présence d'une unité de néonatalogie), type 3 (néonatalogie et unité de réanimation). Pour simplifier le tableau, le type 2 n'est pas représenté ici.

Document 4 : Distributions cumulées des temps de parcours des femmes ayant accouché en maternité et résidant en Haute-Saône, en 2001 et en 2010

Temps d'accès (en minutes)	% des séjours en 2001	% des séjours en 2010	% cumulé des séjours en 2001	% cumulé des séjours en 2010
0	12	8		
] 0-5]	2	0		
] 5-10]	6	3		
] 10-15]	9	4		
] 15-20]	13	8		
] 20-25]	12	15		
] 25-30]	8	6		
] 30-35]	12	16		
] 35-40]	6	13		
] 40-45]	5	7		
] 45-50]	4	6		
] 50-55]	4	4		
] 55-60]	1	3		

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

Document 5 : Distributions cumulées des temps de parcours des femmes ayant accouché en maternité et résidant en Haute-Saône, en 2001 et en 2010



Document 7 : Evolution du temps d'accès médian à la maternité, en 2001 et en 2010, pour quelques départements

Département	Temps d'accès médian		Evolution du nombre de maternités 2001-2010
	2001	2010	
Nièvre	19	22,5	Réduction
Haute-Corse	36,5	36,5	Stable
Lot	27	35	Réduction
Ariège	29,5	33	Stable
Lozère	33	32,5	Stable
Haute-Saône	24	31,5	Réduction
Creuse	35,5	31	Stable
Alpes-de-Hte-Prov	32,5	30	Stable

Document 8 : Communes équipées d'au moins une maternité en 2001 ou 2010

