



HAL
open science

Enjeux autour de l'accessibilité spatiale aux maternités en France

Hugo Pilkington

► **To cite this version:**

Hugo Pilkington. Enjeux autour de l'accessibilité spatiale aux maternités en France. Géographie. Université Paris 8 - Saint-Denis, 2019. tel-03457990

HAL Id: tel-03457990

<https://cnrs.hal.science/tel-03457990>

Submitted on 30 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Hugo PILKINGTON

Mémoire d'habilitation à diriger des recherches

Volume 1

Enjeux autour de l'accessibilité spatiale aux maternités en France



Garant : Professeur Alphonse Yapi-Diahou (Université Paris 8 Vincennes – Saint-Denis)

Université Paris 8 (Vincennes – Saint-Denis), UFR études, recherches et ingénierie en
Territoires, Sociétés et Environnements (ériTES) ; UMR CNRS 7533 Ladyss

Mémoire d’habilitation à diriger des recherches

Volume 1

Position et projet scientifique

Enjeux autour de l’accessibilité spatiale aux maternités en France

Présentée le 4 décembre 2019 à l'Université Paris 8 (Vincennes Saint-Denis) devant un jury composé de :

Pr Jeanne-Marie Amat-Roze (Université Paris-Est Créteil)
Pr Paul Anoh Kouassi (Université Félix Houphouët-Boigny, Cocody-Abidjan)
Pr Gérard Bréart (Inserm, Université Pierre et Marie Curie)
Pr Yamna Djellouli (Le Mans Université)
Pr Vincent Godard (Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis)
Pr Anne-Peggy Hellequin (Université Paris Nanterre)
Pr Alphonse Yapi-Diahou (garant, Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis)

Université Paris 8 (Vincennes – Saint-Denis), UFR études, recherches et ingénierie en Territoires, Sociétés et Environnements (ériTES) ; UMR CNRS 7533 Ladyss

Photo de couverture : vue de la maternité de Baudelocque – Port-Royal. Hospice fondée par la Convention en 1795, vouée à l'accouchement (bâtiment de l'Oratoire) et l'allaitement (ancienne abbaye de Port-Royal). Elle devient maternité de Port-Royal en 1814 abritant les services et l'école d'accouchement puis en 1890, la clinique Baudelocque. En 1966, la Maternité Port-Royal est installée dans de nouveaux bâtiments récemment rénovés. Ce lieu central pour la pratique et l'enseignement de l'accouchement en France a vu notamment la naissance de la néonatalogie française (et européenne) autour d'Alexandre Minkowski (1915-2004) et celle de l'épidémiologie périnatale émergente et la création d'indicateurs de santé périnatale par l'unité 149 de l'Inserm mise en place sous l'égide de Claude Rumeau-Rouquette (née en 1928). Des enquêtes nationales y sont menées, étudiant, pour la première fois, l'évolution de nombreux indicateurs de santé au cours de la grossesse et de l'accouchement.

To my family, in all its wonderful, complex geometry

*“Home is where one starts from. As we grow older
The world becomes stranger, the pattern more
complicated/Of dead and living. Not the intense moment
Isolated, with no before and after,
But a lifetime burning in every moment
And not the lifetime of one man only
But of old stones that cannot be deciphered.”*

T.S. Eliot “East Coker”

Sommaire

Remerciements	vii
Liste des figures	ix
Liste des tableaux	x
Avertissement.....	xi
Introduction : Distance, santé et inégalités territoriales de santé périnatale, quels enjeux ?	1
Première partie : Un enjeu de santé publique, comprendre « quelle distance » affecte la santé périnatale	7
Deuxième partie : Qualifier et quantifier l'accessibilité spatiale en santé périnatale, un enjeu théorique et méthodologique	41
Troisième partie : L'accessibilité spatiale aux maternités en France, un enjeu territorial	74
Conclusion : La santé périnatale, avenir d'un enjeu	108
Références	112

Remerciements

Un effort tel que celui-ci, la rédaction d'un manuscrit, a l'effet paradoxal d'insérer l'auteur dans l'urgence du moment présent tout en le renvoyant à son passé professionnel et personnel : ce fut une belle autoanalyse. Aussi, cet effort ne se fait pas seul mais est partagé. Je remercie vivement mon ami et collègue Alphonse Yapi-Diahou de m'avoir soutenu lors de cette traversée et en quelque sorte d'en avoir été l'initiateur. Et cela est vrai surtout dans les moments, nombreux, de doutes sur mes capacités d'effectuer un tel travail. Je remercie également chaleureusement mon amie et collègue Bezunesh Tamru de m'avoir encouragé du début à la fin et ses remarques pertinentes sur mon travail ainsi que l'encouragement amical et intellectuel d'Olivier Archambeau, de Séverine Mardirossian et de Jacqueline Descarpenteries. Bouziane Semmoud m'avait encouragé à entamer l'exercice de l'habilitation et je n'oublierais jamais nos échanges autour d'un verre à Port-au-Prince ! Et je n'oublie pas mes collègues qui sont un soutien dans les moments durs et « sources » de discussions passionnantes : Johan, Thierry, Jean-François, Ségolène, Pascale, Hélène, Antoine, François, Pascal, Isis, Ange, Ib, Julie, William, Philippe et André merci ! Ce n'est pas du favoritisme, juste un clin d'œil.

Ce travail s'insère dans un cadre professionnel qui peut être difficile mais qui est quand même le métier le plus chouette du monde : produire et transmettre des connaissances. Aussi, une pensée amicale à tous mes collègues du département de géographie de l'Université Paris 8 et du laboratoire Ladyss. Le département, c'est le village gaulois mais on y retourne à chaque fois...pour de passionnantes aventures. Très chers Claire, Martine, Baptiste : nous sommes une équipe administrative qui gagne. Faire une HDR en tant que directeur d'UFR n'aurait pas été possible sans vous ! Une pensée particulière pour mes collègues de l'équipe Epopé de l'Inserm, notamment Jennifer Zeitlin et Béatrice Blondel qui m'ont tellement appris sur ce domaine incroyablement fertile qu'est la périnatalité (le jeu de mot est voulu). J'espère, grâce à votre grande bienveillance amicale, avoir pu glaner un peu de la rigueur scientifique qui est la marque de l'unité. Et une pensée pour toi Françoise, tu es partie trop tôt. Une pensée très amicale également pour nos collègues haïtiens qui malgré un environnement difficile gardent le cap. J'ai grand plaisir à travailler avec vous.

Ce travail s'inscrit dans une lignée : mes pensées respectueuses à mes enseignants, particulièrement Daniel Noin et Roland Pourtier, Jeann-Marie Amat-Roze et Philippe Deloron ainsi qu'à Marie-Hélène Bouvier-Colle et Claude Lejeune. Et mes pensées affectueuses à mes

étudiant(e)s. Notamment celle qui achève son doctorat alors que j'écris ses lignes, elle se reconnaîtra.

Mes amis sont ma colonne vertébrale, n'est-ce pas Olivier, Marc, Ségo et Sandrine ? Sans vous, je la ramènerai beaucoup moins. Surtout que la dernière mentionnée se trouve embarquée dans la même galère au même moment... voilà une belle « distance qui unit ».

Ma famille n'est jamais loin, c'est un de mes refuges. Je vous embrasse et sais que vous êtes là, toujours (et inversement). Surtout ceux de Fayence et de Beaconsfield mais également à ceux du Royaume-Uni, de Nouvelle-Zélande et des Etats-Unis. Et toi Nam Son qui a relu ce travail, merci pour ta belle énergie.

J'ai peur d'avoir oublié quelqu'un. Ce doit être la fatigue. Je t'en prie, pardonne cet oubli.

Liste des figures

Figure 1 Facteurs de risque pour la mortinatalité : une toile de causes proximales et distales	16
Figure 2 Taux de mortalité néonatale par pays en Europe, 2010 et 2015	17
Figure 3 Augmentation de la mortalité néonatale en fonction de la distance du lieu d'accouchement dans 21 pays.....	29
Figure 4 Deux exemples historiques d'analyse de l'accessibilité spatiale.....	45
Figure 5 Taux de fermeture (en %) des maternités par régions administratives en France métropolitaine entre 1998 et 2003.....	67
Figure 6 Mesure de l'impact de la fermeture des maternités sur le choix du lieu de naissance et l'accessibilité en Aquitaine et en Midi-Pyrénées.	67
Figure 7 Répartition spatiale et hiérarchie des structures de soins de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince (Haïti) en 2013	72
Figure 8 Aire métropolitaine de Port-au-Prince et secteurs d'étude. Figure tirée de Milian et Tamru (2018).....	73
Figure 9 Image issue d'un tract d'une association de défense de droits des usagers contre la fermeture d'une maternité dans les Vosges	85
Figure 10 Image parue dans un quotidien national illustrant l'impact émotionnel face à la menace de fermeture de la maternité de Blanc (Indre)	86
Figure 11 Image présentant les caractéristiques du réseau de périnatalité de Nouvelle- Aquitaine	86
Figure 12 Image reproduite d'un fac-similé d'une question d'un parlementaire lors de la 13 ^{ème} législature	96
Figure 13 Exemple d'un réseau de périnatalité (Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale)	97
Figure 14 Carte des établissements participant au réseau de santé périnatale Alpes-Isère en 2019 (capture d'écran).....	101
Figure 15 Emprise territoriale du Réseau de Santé périnatal parisien (RSPP) en 2019.....	102

Liste des tableaux

Tableau 1 Mesures de la mortalité spécifiques à la période entourant la grossesse et la naissance.....	10
Tableau 2 Définitions de trois causes de morbidité périnatale les plus fréquentes.....	13
Tableau 3 Principales causes de mortinatalité dans les pays à haut revenu	14
Tableau 4 Facteurs de risque principaux pour la mortinatalité dans les pays à haut revenus ..	15
Tableau 5 Proposition de recueil d'indicateurs sur le système de soins en relation avec la santé périnatale et maternelle au début des années 2000, avec sources possibles de ces indicateurs	19
Tableau 6 Synthèse des principales études portant sur le lien entre accessibilité spatiale (temps/distance/lieu de résidence) et santé périnatale entre 2009 et 2019 dans les pays développés.....	22
Tableau 7 Mesures d'association usuelles en épidémiologie	24
Tableau 8 Normes de sécurité pour les maternités, relatives aux personnels et aux locaux, règles d'organisation issues des décrets de 1998	33
Tableau 9 Évolution du nombre de maternités en Métropole selon le type d'autorisation et le statut	35
Tableau 10 Accouchements en Métropole et dans les DROM	36
Tableau 11 Dimensions classiques de l'accessibilité selon Penchansky et Thomas (1981) ainsi que les propositions de rajouts	51
Tableau 12 Etapes et dimensions dans l'accessibilité aux soins selon Guagliardo (2004) avec des exemples de nos travaux dans le domaine de la périnatalité	53

Avertissement

La présentation de ce dossier suit les grandes lignes suit les recommandations de la section 23 du Comité National des Universités (CNU) pour une Habilitation à Diriger des Recherches en Géographie. Il y a donc deux volumes : le premier est intitulé « position et projet scientifique » tandis que le second correspond à un ensemble d'annexes présentant d'une part le parcours -curriculum vitae détaillé, d'autre part la production scientifique et académique sous la forme d'un recueil de publications et travaux.

Le volume « position et projet scientifique » présenté ici et intitulé *Enjeux autour de l'accessibilité spatiale aux maternités en France* s'inscrit dans la continuité de la majorité des travaux de recherche que j'ai menés et qui concernent l'accessibilité aux maternités en France face à la réduction de l'offre de maternités depuis les années 1970. J'expose ainsi dans les deux premières parties un état des lieux sur les enjeux liés à la santé périnatale en France à l'heure actuelle ainsi qu'une réflexion distanciée sur le concept d'accessibilité en santé périnatale (et sa mesure) avant d'adopter une posture beaucoup plus prospective sur le dispositif spatial de santé périnatale en France, avec des pistes de recherches pour l'avenir.

C'est pourquoi, toujours selon les recommandations de la section 23 du CNU, j'ai tenté de mettre en perspective mon approche et ma production scientifique, dont une sélection de publications est présentée dans le volume 2. Ce premier volume constitue donc une réflexion distanciée sur ma pratique de chercheur de géographie de la santé – « dans un format relativement bref » afin « d'éviter de rédiger une « thèse bis ».

Introduction : Distance, santé et inégalités territoriales de santé périnatale, quels enjeux ?

« L'espace de notre vie n'est ni continu, ni infini, ni homogène, ni isotrope. (...) J'aimerais qu'il existe des lieux stables, immobiles, intangibles, intouchés et presque intouchables, immuables, enracinés ; des lieux qui seraient des références, des points de départ, des sources. »

Georges Perec (1974) « *Espèces d'espaces* »

La distance¹, « *enjeu même de la géographie* » (Lévy, 2009) est au cœur du fonctionnement des sociétés. L'éloignement relatif des lieux, des groupes sociaux et des individus fonde des configurations spatiales particulières de regroupement et d'exclusion qui sont identifiables, mesurables et qui définissent l'espace² (Lévy et Lussault, 2013). Ces configurations sociales et territoriales résultent nécessairement par produire des inégalités entre les différents membres d'une société, eux-mêmes identifiables en termes de caractéristiques spécifiques, comme par exemple la position sociale ou le genre. Ces inégalités favorisent ou pénalisent, à leur tour, l'accessibilité au système de soins par le truchement de l'offre et de l'éloignement relatif des structures, des équipements et des personnels de santé disponibles. Un

¹ La distance est entendue ici comme étant un degré de séparation relative entre deux espaces, mesurée par une métrique conventionnelle en unités de longueur ou en unités temporelles. Ainsi, la distance caractérise des situations spatiales – des localisations relatives dans l'espace – et donc leur éloignement relatif. La mesure de la distance sous forme de distance-coût ou distance-temps permet d'appréhender l'accessibilité spatiale d'un lieu, comme la somme des distances qui le séparent de tous les autres, pondérées par le coût, le temps ou la difficulté de franchissement de chacune. La distance rentre également dans les représentations : la distance perçue fait partie des distances cognitives qui sont des représentations psychologiques, individuelles ou collectives. (Pumain, 2004).

² Puisque l'espace est « *une des dimensions de la société correspondant à l'ensemble des relations que la distance établit entre différentes réalités* » (Lévy et Lussault, 2013).

des objectifs de la géographie de la santé – cette manière « un peu particulière de faire de la géographie » (Salem, 1998) – est d’en comprendre les ressorts afin de qualifier et de mesurer ces états objectifs d’inégalités de santé et d’accessibilité entre individus et territoires (Meade et Emch, 2010). Il sera donc question ici de distance, d’inégalités et d’accessibilité dans leurs dimensions spatialisées autant que d’issues de santé en périnatalité. Une des questions fondamentales qui sera posée ici sera nécessairement celle de l’écart et de la complémentarité entre une distance « objectivée » et une distance « subjectivée »³ (Pumain, 2009) ; l’intrication de ces deux réalités fondant l’essence même de l’étude de l’accessibilité en santé comme « transaction sociale » (Brunet, 2009; Rosenberg, 2014).

L’étude de l’accessibilité spatiale aux système de soins – et plus précisément l’accessibilité spatiale au système de soins en tant que processus favorisant l’apparition d’inégalités socio-territoriales de santé – dans le domaine de la santé périnatale est une interrogation systématique de la « rugosité de l’espace »⁴ qui contraint le rapport à l’espace des sociétés humaines en limitant les possibilités d’interaction en fonction du couplet distance-temps à parcourir afin d’atteindre une offre de service désirée ou nécessaire, appliquée à une problématique fondamentale de santé publique. Il faut donc qualifier cette rugosité spatiale puis la quantifier, dans un jeu de va et vient entre démarches qualitative et quantitatives, afin de tirer des enseignements pertinents pour la pratique de la santé publique d’une part, pour la pratique de la géographie de la santé appliquée à une population et à des territoires vulnérables, d’autre part. Et c’est bien cette approche systématique de la rugosité qui fournit la valeur ajoutée de la

³ Alors que la distance « objectivée » serait « celui d’un observateur extérieur examinant de manière rationnelle un monde étendu et illimité dans lequel tous les points seraient équivalents », la distance « subjectivée » part du constat que « la représentation individuelle « spontanée » de l’espace est toujours centrée sur l’individu : la conception anthropologique de l’espace est d’abord égocentrée, elle organise notre représentation de l’espace en fonction des distances qui nous séparent des objets proches ou des objets éloignés ». La combinaison de ces deux conceptions de la distance résultant en l’espace géographique, défini « comme un ensemble (fini) de lieux (plus ou moins étendus) et de relations entre ces lieux » (Pumain, 2009). On comprend bien dès lors pourquoi « la distance physique entre deux lieux ne se saisit pas de façon simple » et « n’a d’existence réelle en géographie que comme transaction sociale » (Brunet, 2009).

⁴ L’espace n’étant pas isotrope, l’espace géographique est « produit, traversé par des champs de forces, constitutivement anisotrope, et même fondamentalement dissymétrique. » (Brunet, 2017)

géographie de la santé pour la santé publique, la distingue d'une démarche d'épidémiologie spatiale et lui confère – parfois – un discours d'expert dans les situations de conflits territoriaux d'aménagement des équipements de santé. Au-delà des paroles techniques, le savoir se mue de fait en recul critique (Guermond, 2016) en même temps que la place prise tant méthodologique que thématique par la géographie de la santé en santé publique est en augmentation constante ces dernières années (Rosenberg, 2014, 2016).

Le territoire français est profondément structuré par des inégalités sociales, territoriales et de genre en santé. Par ailleurs, ces inégalités territoriales n'ont pas reculé depuis la fin du XX^{ème} siècle (Vigneron et Haas, 2012). L'espérance de vie à la naissance en 2018 est de 77,2 ans pour les hommes (83,3 ans pour les femmes) dans les Hauts-de-France contre plus de 81,1 ans (85,9 ans pour les femmes) dans l'Ile-de-France, soit un écart de près de 6 ans en défaveur des hommes⁵, écart le plus élevé observé en Europe de l'Ouest. La mortalité prématurée (moins de 65 ans) varie du simple au double entre la Haute-Savoie et le Pas-de-Calais. L'espérance de vie en bonne santé à 35 ans des cadres dépasse de 10 années celles des ouvriers, tendance plus marquée pour les hommes que pour les femmes (Barbieri, 2013). Mais ces inégalités « *ne se limitent plus à la classique opposition France du Nord/France méridionale mais se retrouvent à toutes les échelles géographiques selon un dispositif général centre/périphérie* » comme le démontre Vigneron (2013). En effet, ces situations inégalitaires se caractérisent davantage par une persistance du poids du fait régional (en modes de vie ou de consommation, peut-être de climat), la convergence de l'état de santé des habitants des grandes villes (du fait de la dynamique démographique et des modes de vie qui se ressemblent), et la situation défavorable des périphéries des grandes villes, comme en témoignent les taux plus élevés de mortalité

⁵ L'espérance de vie à la naissance en 2018 pour la France entière est estimée à 79,4 ans pour les hommes et 85,3 ans pour les femmes.

prématurée entre les cantons proches et éloignés des villes préfectorales de leur département et dont l'Ile-de-France en fournit une bonne illustration (Vigneron et Haas, 2012).

La mortalité infantile, phénomène très sensible à l'environnement social et plus particulièrement aux conditions de l'accouchement (comme la naissance prématurée ou la taille de l'unité urbaine de résidence de la mère), est près de trois fois plus élevée dans les départements et régions d'outre-mer qu'en France métropolitaine (Papon, 2018). De la même manière que pour la mortalité générale, il existe de fortes inégalités entre les groupes sociaux (Azria, 2015) ; la mortalité infantile est plus élevée pour les enfants de mères inactives ou de catégorie sociale inconnue, de pères ouvriers ou de femmes originaires d'Afrique subsaharienne (Niel, 2011) et dans les zones urbaines présentant des caractéristiques sociales défavorables, comme par exemple un taux de chômage élevé (Pilkington, Blondel, Drewniak et Zeitlin, 2014).

La répartition spatiale de l'offre de soins revient également très souvent dans les discours à la fois politiques et publiques et suscite des interrogations autour de création de « déserts médicaux », c'est-à-dire de zones où l'offre de praticiens de santé ainsi que celle d'établissements de santé seraient en sous-nombre par rapport aux besoins de la population et qui créeraient ainsi une rupture de « l'égalité des citoyens devant l'offre médicale » (Cour des Comptes, 2014). L'idée implicite derrière cette crainte liée aux déserts médicaux est qu'une sous offre en matière d'établissement de santé ou de praticiens crée automatiquement des difficultés d'accès effectif aux soins pour les populations. Ainsi la question de la territorialisation des politiques de santé publique, leur éventuelle décentralisation, leur déclinaison éventuelle à l'échelle locale, les compétences dévolues aux « territoires » et plus généralement la problématique d'un accès effectif aux soins pour toute la population reviennent régulièrement sur le devant de la scène (Amat-Roze, 2011). Or, la France est un des seuls pays mettant en avant la notion de proximité dans l'accès aux soins dans les politiques publiques, cette dimension revêt donc une importance symbolique capitale dans la gestion et l'organisation des

services de soins dans le pays, « une forme d'exception française » (Lucas-Gabrielli, Nabet et Tonnelier, 2001).

L'analyse de la répartition spatiale de l'offre de soins en France permet d'ailleurs de dégager des tendances de fond qui reflètent en partie celles évoquées plus haut pour l'espérance de vie à la naissance et la mortalité générale et infantile : espaces défavorisés en déclin du Nord-Est, littoraux attractifs, métropole et couronnes favorisées, espaces ruraux en marges (Chevallard et Mousquès, 2018). Comparée à d'autres pays européens, la France présente des indicateurs d'état de santé périnatale plutôt défavorables : un taux de mortinatalité de 3,0 p. 1000 en 2015 et un taux de mortalité néonatale de 2,4 p. 1000 naissances vivantes pour la même année placent le pays en mauvaise position face à des pays voisins et/ou comparables⁶. De plus, les taux n'ont connu aucune baisse favorable depuis quelques années, ce qui amène à s'interroger sur les raisons de cette stagnation alors que d'autres pays présentant des taux similaires ont connu des baisses de leur taux mortinatalité et de mortalité néonatale (Blondel, Durox et Zeitlin, 2019).

Le moment entourant l'accouchement et la naissance est un moment crucial de sécurité pour la mère et pour l'enfant. En France, la très grande majorité des naissances a lieu dans une maternité, pour des raisons médicales, culturelles et socio-historiques et ce malgré la baisse continue du nombre de maternités depuis les années 1970⁷ (Houzelle, Cecchi et Ricard, 2007; Jacques, 2007; Pilkington, Blondel, Carayol, Breart et Zeitlin, 2008). En effet, un accès aux soins adéquat et une prise en charge médicale rapide sont en effet impératifs lors de situations mettant en danger la vie de la mère ou du fœtus et afin d'éviter un accouchement inopiné hors structure hospitalière (Blondel, Drewniak, Pilkington et Zeitlin, 2011; Combié et al., 2019; Jones et al., 2011; Sheiner et al., 2002). Dans ce domaine, des constats empiriques associent un

⁶ Les mesures classiques de la mortalité spécifiques aux nouveau-nés sont présentées dans le Tableau 1.

⁷ La France compte 517 maternités en 2016 : 497 en métropole et 20 dans les DROM, soit une baisse de 39 % depuis 1995 (Fresson, Rey, Vanhaesebrouck et Vilain, 2017).

défaut d'accessibilité aux soins à de mauvais résultats de santé périnatale (Combier, Charreire, Le Vaillant, et al., 2013; Grzybowski, Stoll et Kornelsen, 2011; Parker, 2000; Ravelli et al., 2011).

Il est donc pertinent de se demander quels sont les enjeux dans l'accessibilité aux maternités à l'heure actuelle en France. Plus précisément, de quelle manière l'accessibilité spatiale aux structures de soins pour la santé périnatale impacte-t-elle l'état de santé des nouveau-nés ?

Afin de répondre à ce questionnement, cette synthèse est structurée en trois parties⁸. La première partie revient sur l'enjeu que constitue l'étude de l'effet de la distance sur l'accessibilité spatiale aux maternités pour les enfants nouveau-nés et leurs mères au cours de la période périnatale et présente de nombreux travaux sur la situation française mais également européenne, ainsi qu'une perspective internationale. La deuxième partie de ce travail développe des réflexions sur les enjeux plus théoriques à propos de l'étude scientifique de l'accessibilité aux soins, en géographie de la santé comme dans d'autres disciplines. Y seront notamment abordées les questions relatives aux développements d'indicateurs d'accessibilité et aux dimensions qui caractérisent ce concept. Enfin, la troisième partie, plus prospective, est une proposition d'analyse des enjeux socio-spatiaux de l'accessibilité aux structures de soins pour la période périnatale en tant que « dispositif spatial » entourant le moment de la naissance et participant de la « gouvernementalité » des individus, largement inspiré de la pensée de Michel Foucault. Cette partie exploratoire correspond plutôt à des envies à déployer dans l'encadrement futur de thèses ainsi que dans la mise en place de programmes de recherche.

⁸ Le développement des idées qui suit articule des recherches déjà réalisées et qui figurent dans le volume de publications et d'autres qui sont en cours, ou même parfois au stade de simples pistes de travail.

Première partie : Un enjeu de santé publique, comprendre « quelle distance » affecte la santé périnatale

Distance, n.f. : XIII^{ème} siècle, au sens d'écart, intervalle dans l'espace. Emprunté du latin distantia, « distance, éloignement », « différence ».

Dictionnaire de l'Académie française, 9^{ème} édition

Quel est l'impact réel de l'éloignement des structures de soins pour la période périnatale sur l'état de santé des nouveau-nés et notamment l'éloignement de l'offre de maternités du lieu de domicile des femmes enceintes ? Comment l'éloignement contribue-t-il à la production et au maintien des inégalités sociales et territoriales de santé périnatale ?

L'état de santé est inégalement distribué dans toutes les sociétés, à la fois entre groupes sociaux et entre territoires, à toutes les échelles. L'ampleur de ces inégalités de santé est déterminée en partie par les inégalités qui existent à des degrés divers dans toute société (Wilkinson et Pickett, 2011). Ceci est particulièrement vrai pour la période périnatale qui constitue un moment très sensible dans le développement de l'enfant et qui aura un impact tout au long de sa vie⁹. Ainsi, les pays les plus inégalitaires connaissent des niveaux de mortalité infantile nettement plus élevés que les pays les plus égalitaires¹⁰ : les Etats-Unis et le Royaume-Uni présentent des taux de mortalité infantile près de deux fois plus élevés que le Japon ou la Suède. De fait, le niveau et la qualité des soins de santé ainsi que l'environnement de vie de l'enfant et de sa mère ont un impact fondamental sur les issues de santé pendant la petite enfance

⁹ La période périnatale est définie par l'OMS comme la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance. Mais certains auteurs prolongent cette période à une voire 3 années de vie après la naissance et/ou adoptent la terminologie « avant, pendant et après la naissance », plus floue et donc moins strictement tournée vers l'analyse épidémiologique mais plus près du ressenti des mères, de la famille et... de la politique publique.

¹⁰ La mesure de l'égalité ici mentionnée renvoie aux travaux de Wilkinson et Pickett (2011) et leurs mesures prenant en compte une sélection large de paramètres décrivant l'égalité sociale, comme l'espérance de vie, la mobilité sociale ou la prévalence de troubles psychiatriques.

et très probablement tout au long de la vie de l'individu, comme le montrent la Figure 1 et le Tableau 1.

Parmi les déterminants sociaux de santé, l'accessibilité aux soins est primordiale. Dans le domaine de la périnatalité, une accessibilité spatiale correcte aux maternités constitue un facteur essentiel de bon déroulement de l'accouchement puisque la grande majorité des accouchements en France a lieu dans une maternité. Un accouchement inopiné hors maternité est un facteur de risque pour un état de santé péjoré pour le nouveau-né (Jones et al., 2011). En France, le taux d'accouchement hors maternité est deux fois plus élevé pour les femmes résidant à plus de 30 km de la maternité la plus proche (Blondel et al., 2011) et représente un événement plus fréquent pour les femmes vivant en milieu rural et plus défavorisé (Combiér et al., 2019). D'où la place particulière accordée, pour des raisons historiques, à l'offre de maternités sur le territoire sur laquelle nous reviendrons dans la troisième partie.

Dans cette première partie, nous décrivons les variations de l'état de santé périnatale et les principales mesures utilisées en Europe et dans les pays à revenu faible et/ou intermédiaire ainsi que l'état des connaissances sur l'impact de l'éloignement des maternités du domicile des femmes sur l'état de santé des nouveau-nés.

Une inégale distribution sociale et spatiale des états de santé et de la mortalité prématurée dans le monde

L'inégale distribution de la santé dans la société est tributaire de facteurs inévitables (en l'état actuel des connaissances) mais également de différences dites « évitables ». On considère en effet, dans l'état actuel des connaissances et de la pratique médicales d'une société donnée

que certaines pathologies ne doivent pas déboucher sur le décès des individus¹¹. De plus, la fréquence et la gravité de ces pathologies sont l'expression « des forces politiques, sociales et économiques » présentes (selon les conclusions de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] sur les déterminants de santé). Autrement dit, les causes principales à l'œuvre derrière ces inégalités évitables résident dans des facteurs socio-économiques, environnementales et territoriales. Les causes de décès évitables sont réparties en trois groupes : les causes liées à des comportements inévitables à risque, les causes liées au système de soins et les causes « autres ». Parmi les causes liées au système de soins, on retrouve la mortalité maternelle et périnatale¹².

¹¹ Les réflexions autour de la notion de mortalité évitable débutent dans les années 1980 aux Etats-Unis avant de donner lieu à une réflexion en France et en Europe dans les années 1990 qui débouchera sur une réflexion géographique poussée, puisqu'il s'agira de cartographier sous forme d'un atlas de la mortalité évitable à l'échelle de l'Europe un certain nombre de causes de décès « sentinelles » pour lesquels, « *dans un pays où le système de soins est performant* », aucun décès ne devrait survenir (HCSP, 2013).

¹² Du moins jusqu'en 2002. Pour les rapports sur l'état de santé en France, la définition de ces comportements liés au système de soins manque de consensus. Les auteurs du rapport sur la mortalité prématurée et évitables émettent une recommandation favorable à l'utilisation d'un indicateur lié au système de soins en ces termes : « *ensemble des causes de décès qui, compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à une bonne qualité du système de soins (en considérant, si justifié, certaines limites d'âge).* » (HCSP, 2013)

Tableau 1 Mesures de la mortalité spécifiques à la période entourant la grossesse et la naissance

<i>Type de mortalité</i>	<i>Période concernée</i>	<i>Calcul</i>	<i>Intérêt en santé publique</i>
<i>Infantile</i>	Enfants de moins de 1 an	Nombre de décès pour une année donnée, p. 1000 naissances vivantes	Reflète de la qualité du système de soins
<i>Néonatale</i>	Moins de 28 jours de vie	Nombre de décès d'enfants âgés de moins de 28 jours p. 1000 naissances vivantes	Reflète les soins entourant le moment de la naissance et dans l'environnement familial immédiat du nouveau-né
<i>Néonatale précoce</i>	Moins de 7 jours après la naissance	Nombre de décès d'enfants âgés de moins de 7 jours p. 1000 naissances vivantes	Reflète particulièrement les risques liés à la qualité de la prévention reçue par la mère pendant la grossesse et l'accouchement
<i>Néonatale tardive</i>	Entre 7 jours et 28 jours après la naissance	Nombre de décès d'enfants entre 7 et 28 jours p. 1000 naissances vivantes	Reflète particulièrement les risques entourant le moment du retour dans le domicile
<i>Post-néonatale</i>	Entre 28 jours et 1 an de vie	Nombre de décès d'enfants entre 28 jours et 1 an de vie, p. 1000 naissances vivantes	Reflète les conditions exogènes au système de soins et plus directement sensibles aux conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les nourrissons
<i>Mortinatalité</i>	Après 22 semaines d'aménorrhée ¹³	Rapport du nombre d'enfants nés sans vie à l'ensemble des nés vivants et nés sans vie, p. 1000	Reflète les conditions de la mortalité néonatale et des conditions de la grossesse
<i>Périnatale</i>	Entre 22 semaines d'aménorrhée et moins de 7 jours de vie	Rapport du nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés à moins de 7 jours à l'ensemble des nés vivants et des nés sans vie p. 1000	Reflète le niveau du système de soins entourant la naissance

¹³ Cette définition peut varier selon les pays. Ainsi au Québec, toutes les naissances vivantes, les mortinaissances et les décès périnataux sont inclus dans le calcul du taux de mortalité périnatale, peu importe le poids à la naissance et la durée de gestation. En France, il s'agit de la définition recommandée par l'OMS : 22 semaines d'aménorrhée (date du dernier jour des dernières règles) ou 500 grammes. En 2008, cette définition a été modifiée pour permettre de délivrer un certificat médical d'accouchement mais les critères retenus pour la majorité des études épidémiologiques restent ceux l'OMS. Voir Fresson et Blondel (2013) pour plus de précisions sur le cas français.

L'accouchement : un moment très sécurisé en France

Le moment entourant l'accouchement est particulièrement sécurisé en France : la quasi-totalité des naissances a lieu dans une maternité. Ceci est en contraste avec d'autres pays comparables, comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas qui ont mis en œuvre d'autres dispositifs de soins en direction des femmes enceintes et des nouveau-nés. Ainsi, moins de 1 % des naissances se font à domicile en France¹⁴, alors que 30 % des femmes accouchent à la maison au Pays-Bas. Ces pratiques sont le fruit d'évolutions historiques propres à chaque pays et représentent autant d'expressions différentes du dispositif spatial de périnatalité ; constructions socio-historiques qui se traduisent des configurations socio-spatiales socialement, médicalement et culturellement particulières (Houzelle et al., 2007; Jacques, 2007).

Variabilité géographique de l'état de santé des nouveau-nés en Europe : état des lieux

Evolution des états de santé des nouveau-nés dans les pays à haut revenu et facteurs de risque

Globalement, les taux de mortinatalité en 2015 varient de 1,3 à 1,8 p. 1000 dans les pays à dits « hauts revenus » avec des réductions moyennes sur la période 2000-2015 allant de moins de 1 % à plus de 4 % (Flenady et al., 2016). Les facteurs de risque classique de mortalité périnatale et néonatale dans les pays à haut revenu¹⁵ sont les pathologies placentaires et leur répercussion sur le retard de croissance intra utérin (30 %), les infections maternelles (12 %), les malformations congénitales (6 %), les pathologies maternelles comme l'hypertension artérielle et le diabète (5 %), la primiparité, l'obésité, l'âge de la mère de plus de 35 ans et le tabagisme (le Tableau 3 définit trois des principales causes de morbidité de la période périnatale). Nombre

¹⁴ Sur la période 2014-2016 pour la France entière, les naissances hors maternités représentent chaque année 0,6 % des naissances totales (Bellamy, 2017).

¹⁵ Les études qui font autorité dans le domaine et donc citées ici font référence aux « pays à haut revenu au sens de la Banque Mondiale », ce qui ne concerne en réalité qu'une sélection de ces pays qui ont effectivement des données de qualité sur la mortinatalité. Nous reprenons donc ce terme ici, imparfait, par souci de lecture et de cohérences avec les publications.

de facteurs de risque sont liés aux statuts socioéconomiques désavantageux : obésité de la mère, âge élevé de la mère et tabagisme (résumés dans le Tableau 3 et le Tableau 4). Ce sont également, pour la plupart d'entre eux, des facteurs « modifiables » en ce sens qu'ils sont tributaires du comportement individuel et de ce fait, susceptible d'être atténués avec des interventions de santé publique appropriés. Ces facteurs de risque forment une toile complexe de causes distales et proximales et renvoient bien entendu à des configurations sociales et territoriales qui sont plus ou moins favorables à la mise en œuvre des politiques de lutte contre ces causes de santé périnatale péjorée dont l'accessibilité aux services de santé qui en constitue un socle majeur, comme résumé dans la Figure 1 (Amat-Roze, 2011; Azria, 2015).

Tableau 2 Définitions de trois causes de morbidité périnatale les plus fréquentes

<i>Pathologie majeure de la période périnatale</i>	<i>Définition</i>
<i>Naissance prématurée</i>	<p>On distingue :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prématurité moyenne qui correspond à une naissance intervenant entre la 32^{ème} et la 36^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) révolue (7 mois à 8 mois de grossesse) • La grande prématurité qui correspond à une naissance intervenant entre la 28^{ème} et la 32^{ème} SA (6 mois à 7 mois de grossesse) • La très grande prématurité pour les naissances intervenant avant 28 semaines SA, soit en deçà de 6 mois de grossesse.
<i>PAG – petit poids pour l'âge gestationnel</i>	<p>Une estimation de poids foetal isolée ou un poids de naissance inférieur à un seuil donné en référence à une courbe, classiquement le 10^{ème} percentile, permet de qualifier l'enfant de petit poids pour l'âge gestationnel ou PAG, ou de PAG sévère en-dessous du 3^{ème} percentile, selon l'avis des experts en France et en l'absence d'un étalon international accepté (Ego, 2013).</p>
<i>Petit poids de naissance</i>	<p>Indépendant du choix d'une courbe de référence et correspond aux enfants de faible poids de naissance (<2500g), quel que soit leur âge gestationnel (Ego, 2013; WHO, 2014)</p>

Tableau 3 Principales causes de mortinatalité dans les pays à haut revenu. Tableau adapté des données de Flenady et al. (2011)¹⁶. Les contributions sont classées par ordre d'importance décroissante.

<i>Cause du décès</i>	<i>Contribution estimée par Flenady et al., (2011)</i>	
<i>Caractéristiques médicales de la grossesse Sans origine connue</i>	Pathologies placentaires	50 %
	Infection Cordon	
	Pas d'examen ni documentation, sans autopsie ou bien cause restant inconnue malgré évaluation et/ou malgré autopsie	30 %
<i>Caractéristiques périnatales</i>	PAG (petit poids pour l'âge gestationnel)	26 %
	Autres causes médicales (dont soins inadéquats)	
<i>Caractéristiques médicales du fœtus</i>	Anomalies congénitales	13 %
	Inconnues	
<i>Caractéristiques maternelles</i>	Intrapartum	
	Hypertension artérielle/diabète	10 %
	Obésité (IMC sup. ou égale à 30 kg/m ²)	
	Tabagisme	
	Antécédents obstétricaux	

¹⁶ Les données utilisées pour établir ce tableau proviennent d'une analyse détaillée des causes directes et associées de décès à travers la mise en œuvre d'une classification standardisée de la mortinatalité dans 6 pays à haut revenu selon la définition de la Banque Mondiale (Australie, Canada, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, USA). Voir Flenady et al., (2011). IMC=indice de masse corporelle.

Tableau 4 Facteurs de risque principaux pour la mortinatalité dans les pays à haut revenus. Tableau adapté des données de Flenady et al. (2011)

<i>Facteurs de risque principaux concourant au risque de mortinatalité¹⁷</i>	<i>Dimensions et mécanismes de contribution à la mortinatalité</i>
<i>Maternelles</i>	<p>Ethnicité : Taux de mortinatalité doublés (population aborigène, Australie ; population afro-américaines, USA), voire triplés (population Inuit, Canada) par rapport à la population générale du pays.</p> <p>Niveau d'éducation : Probabilité de mortinatalité doublée par rapport à un niveau d'éducation plus élevé (>12 ans de scolarité) mais forte influence de l'ethnicité comme facteur défavorisant (aux USA, les femmes afro-américaines bénéficient moins de cet effet protecteur, à niveau de scolarité égal)</p> <p>Niveau socioéconomique désavantagé : Mesures hétérogènes et impact important sur les populations déjà marginalisées</p> <p>Tabagisme : Accroît le risque de mortinatalité de 36 %</p> <p>Obésité : Concerne près de 58 % des femmes en âge d'avoir des enfants</p> <p>Age maternel sup. ou égal à 35 ans : Accroît le risque de mortinatalité de 65 %</p>
<i>Liés à la grossesse ou médicaux</i>	<p>Primiparité : Liée à 15 % des cas de mortinatalité</p> <p>Antécédents obstétricaux : Grossesse multiple, mort-né précédent, césarienne précédente</p>
<i>Liés au système de soins</i>	<p>Soins inadéquats : Liés aux pratiques médicales : manque de réactivité ou de mise en pratique de recommandations Peu ou pas de visites prénatales Barrières dans l'accessibilité aux soins Statut de migrante</p>

¹⁷ Les données utilisées pour établir ce tableau proviennent d'une compilation de 96 études ayant eu lieu dans 13 pays à haut revenu selon la classification de la Banque Mondiale. Les pays inclus sont : Etats-Unis (n=29), Suède (n=16), Canada (n=9), Australie (n=12), Royaume-Uni (n=9), Danemark (n=6), Belgique (n=5), Norvège (n=3), Italie (n=2), Allemagne (n=2), ainsi qu'une étude pour l'Ecosse, l'Espagne et la Nouvelle-Zélande. Voir Flenady et al., (2011).

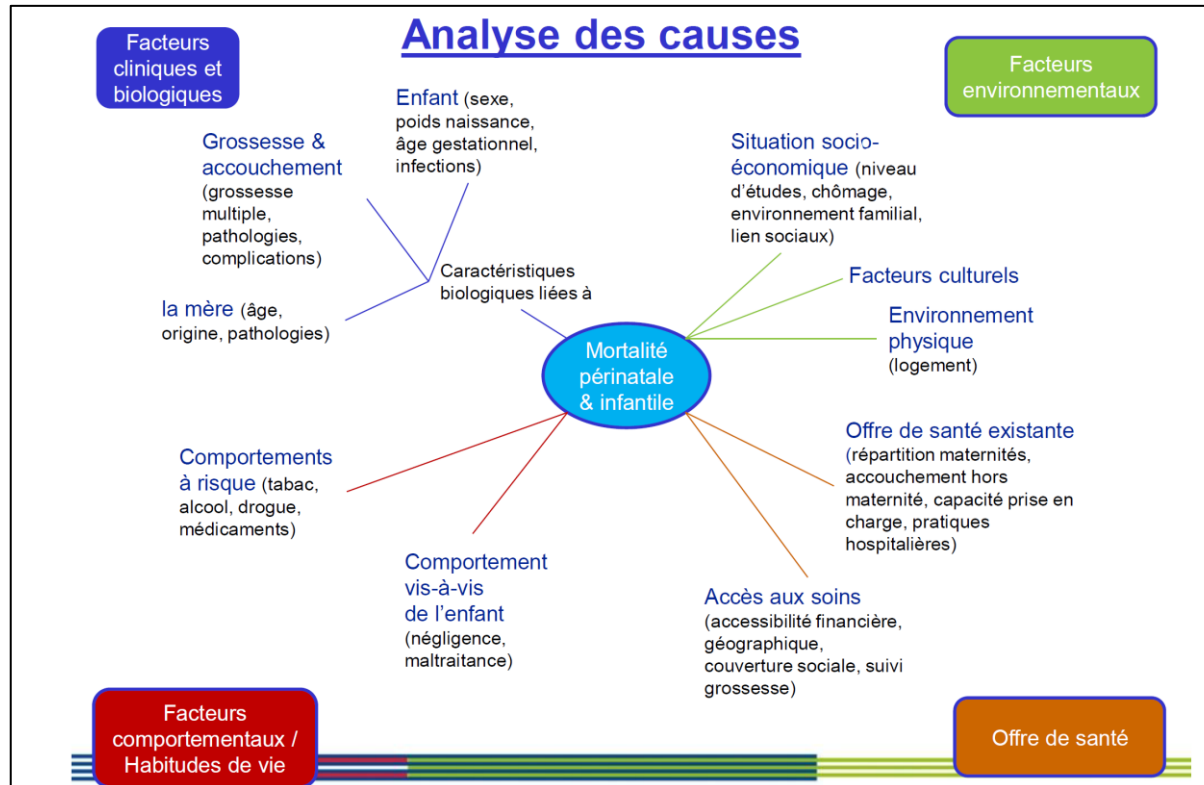


Figure 1 Facteurs de risque pour la mortalité : une toile de causes proximales et distales.
Figure tirée de ARS (2017)

Variations de l'état de santé des nouveau-nés en Europe

Les mesures classiques de l'état de santé du nouveau-né varient entre les pays européens et en fonction d'un gradient socioéconomique assez classique (Zeitlin, Mortensen, Prunet, et al., 2016).

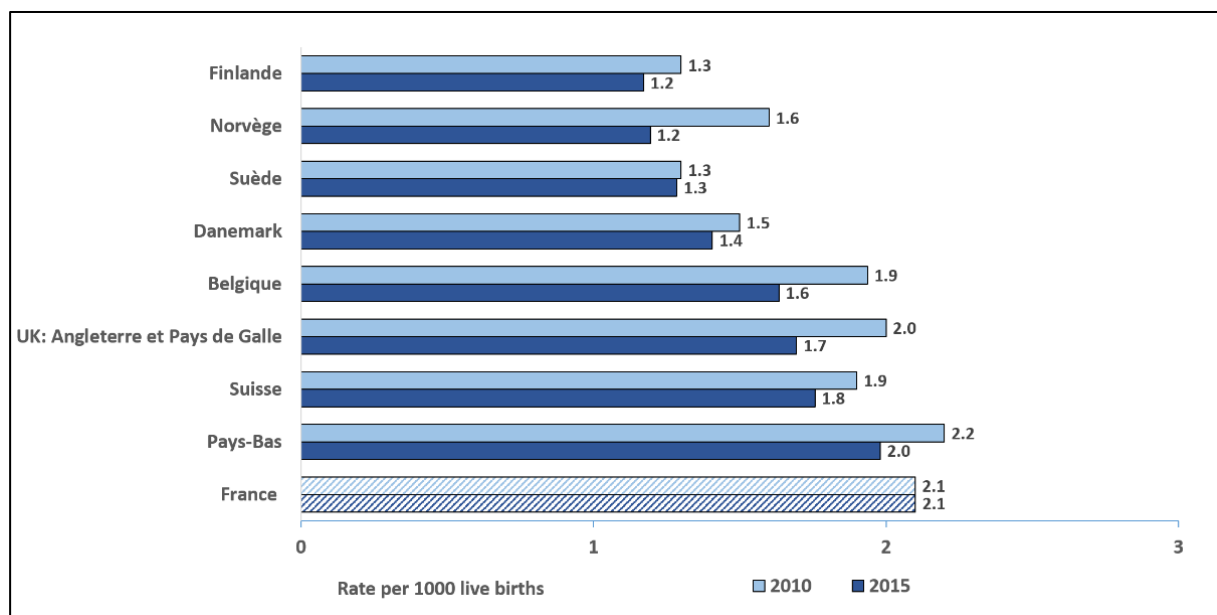


Figure 2 Taux de mortalité néonatale par pays en Europe, 2010 et 2015. Les taux sont exprimés pour 1000 naissances vivantes (rate per 1000 live births). Figure tirée de (Euro-Peristat, 2018)

Ainsi, en 2010 et à l'échelle européenne, les taux de mortalité varient de moins de 2,0 p. 1000 en République Tchèque à plus de 4,0 p. 1000 en France. Les autres mesures de santé périnatale, comme la prématurité et la mortalité néonatale témoignent de tendances similaires (Euro-Peristat, 2018; Zeitlin et al., 2019; Zeitlin, Mortensen, Cuttini, et al., 2016; Zeitlin, Mohangoo et Delnord, 2013)¹⁸, comme le montre la Figure 2. La situation en 2015 est similaire : le taux de mortalité médian est de 2,7 p. 1000 pour l'ensemble des pays étudiés avec des variations de 1,4 p. 1000 à 5,7 p. 1000. Les pays connaissant les taux les plus faibles

¹⁸ Ces chiffres sont issus du rapport du consortium de recherche Euro-Peristat (<https://www.europeristat.com/>) qui fournit la meilleure source d'information standardisée disponible pour une macro-région mondiale entière à l'heure actuelle. Ce consortium est un effort collectif de déclaration standardisée de différents indicateurs de santé périnatale et maternelle de tous les pays de l'Union européenne ainsi que l'Islande, la Norvège et la Suisse, soit 31 pays qui représentent au total près de 5 millions de naissances. Le consortium est coordonné par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) à Paris.

sont la Chypre, le Danemark, la Finlande, l'Islande et les Pays-Bas. Les taux élevés se trouvent en Bulgarie, Hongrie, Roumanie et en Slovaquie. Certains pays connaissent une baisse de leur taux de mortalité depuis 2010, comme l'Angleterre-Pays de Galles, l'Ecosse, les Pays-Bas et la Pologne. En ce qui concerne la mortalité néonatale, les tendances sont très similaires. Les taux varient de moins de 1,3 pour 1000 naissances vivantes en Estonie, en Finlande, en Islande, au Luxembourg, en Norvège, en République Tchèque et en Slovénie à environ 2,0 dans les Pays-Bas, en Lettonie, en Lituanie et à plus de 3,2 p. 1000 en Bulgarie, Irlande du Nord, Malte, Roumanie. De plus, la baisse des taux de mortalité et de mortalité néonatale entre 2010 et 2015 diffère selon les pays. En tout, la baisse de la mortalité sur l'ensemble des pays atteint 6 %, ce qui constitue une moindre baisse que celle qui avait été observée sur la période 2004-2010 (de l'ordre de 17 %). Pour la mortalité néonatale, la baisse est de 15 % sur la période 2010-2015, une baisse moindre que celle qui avait été observée auparavant en 2004-2010, de l'ordre de 29 %. Il existe également des disparités marquées dans la fréquence des naissances prématurées en Europe, avec un taux médian de naissances prématurées de 7,3 % mais qui varie de moins de 6,0 % en Estonie, Finlande, Lettonie, Lituanie et Suède à plus de 8,0 % en Allemagne, Belgique, Chypre, Ecosse, Hongrie et Roumanie (Zeitlin, Szamotulska, et al., 2013).

Offre de santé périnatale en Europe et indicateurs de suivi

Les tendances décrites précédemment sont vraisemblablement liée aux évolutions des situations économiques nationales mais avant tout à des variations territoriales de la qualité des soins en direction de cette population vulnérable (Evers et al., 2011; Richardus et al., 2003). Pour suivre correctement les variations sociales et spatiales de l'état de santé des nouveau-nés et les interpréter, il faut disposer d'indicateurs de suivi. De plus, l'offre de service de santé périnatale varie bien entendu considérablement au sein même d'une macro-région

« développée » comme l'Union européenne. Il est donc nécessaire de disposer également d'indicateurs décrivant correctement l'offre de services de santé. Ces indicateurs doivent être standardisés et comparables entre pays, d'où la mise en place de projets européens de suivi de santé périnatale comme le consortium Euro-Peristat (voir la description dans la note de bas de page 18). Pour mesurer ces tendances, le projet européen Euro-Peristat a donc mis en place une batterie d'indicateurs résumés dans le Tableau 5¹⁹.

*Tableau 5 Proposition de recueil d'indicateurs sur le système de soins en relation avec la santé périnatale et maternelle au début des années 2000, avec sources possibles de ces indicateurs²⁰.
Tableau tiré de (Bouyer, Bréart, Rochebrochard et Sarlon, 2005)*

Système de soins Indicateurs	Sources de données possibles				
	Enquête nationale périnatale	Statistiques de natalité	CS8	PMSI ¹⁸	Audipog ¹⁹
Distribution des naissances selon le mode d'accouchement	+		+/-	+	+/-
Proportion de grossesses faisant suite à un traitement d'infertilité	+				+/-
Distribution de l'âge gestationnel à la 1 ^{ère} visite prénatale	+		?		
Distribution des naissances selon le type de début du travail	+		+/-	+/-	+/-
Distribution des lieux de naissance	+	+	+/-	+	
Proportion des enfants allaités après la naissance	+		+		?
Proportion des naissances très prématurées survenues dans une maternité ne possédant pas un service de réanimation néonatale				+	
Indicateur de soutien maternel					
Indicateur de satisfaction maternelle					
Proportion d'accouchements assistés par une sage-femme	+/-			?	?
Proportion d'accouchements sans intervention médicale	+/-	+/-		?	?

+ Information recueillie, codée, exploitée

+/- Information codée mais non exploitée ou recueil à améliorer (exhaustivité ou qualité)

? Information non recueillie ou indicateur à construire ou à évaluer ou on ne sait pas

¹⁹ Bien entendu, l'offre et l'accessibilité aux soins constituent une dimension fondamentale du niveau et de la qualité des soins prodigués. Et parmi les facteurs déterminants dans l'accessibilité aux soins se trouvent l'accessibilité « géographique », pour reprendre la terminologie de la grille de lecture désormais incontournable et classique de l'accessibilité de Thomas et Penchansky (1981) sur laquelle nous reviendrons plus loin.

²⁰ **Enquête nationale périnatale (ENP)** : Ces enquêtes ont été mises en place par le plan gouvernemental périnatalité de 1993 (le premier a eu lieu en 1995) pour fournir des informations sur les principaux indicateurs de la période périnatale et pour constituer un échantillon de référence permettant aux systèmes de protection maternelle et infantile (PMI) de situer leur département ; les **statistiques de natalité** : comprennent l'enregistrement des naissances obligatoire sur le territoire français, il est sous la responsabilité des mairies, les statistiques démographiques sont élaborées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ; le **Certificat de santé du 8^{ème} jour (CS8)** : il est rempli pour chaque enfant pendant la première semaine

Ce tableau, tiré de Bouyer (2005), montre la diversité des indicateurs à recueillir pour caractériser le fonctionnement du système de soins en tant qu'outil « complémentaire » de la surveillance de l'état de santé périnatale et maternelle. Il propose pour chaque indicateur une source disponible potentielle en France au début des années 2000 (les détails de ces sources se trouvent en note de bas de page 20 ci-dessus). Un de ces indicateurs fait clairement référence à une information de nature spatiale, la « distribution des lieux de naissances » et servira, entre autres, de base à diverses études sur l'impact de la distribution spatiale des maternités sur la santé des nouveau-nés ainsi qu'à l'accessibilité aux maternités en France, dans un contexte de baisse de l'offre de maternités (Blondel et al., 2011; Combiere, Charreire, Le Vaillant, et al., 2013; Pilkington et al., 2010, 2018; Pilkington, Blondel, Drewniak et Zeitlin, 2012)²¹. La grande majorité de ces études s'appuiera sur l'Enquête nationale périnatale (ENP) dont la justification et la méthodologie sont détaillées dans Blondel (2012). Cependant, à l'heure actuelle, le recueil des données sur le système de soins en Europe ne fait plus figurer la nécessité de recueillir la localisation du lieu de naissance, ce qui compromet la faisabilité d'études à l'échelle européenne (Euro-Peristat, 2018). De quelles preuves empiriques disposons-nous donc pour associer états de santé périnatale péjorée et distance ? La situation des pays à haut revenu et des pays à revenu intermédiaire et/ou faible montrent des résultats contrastés.

suivant la naissance. Il comprend des informations sur l'état de santé, la prise en charge médicale pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques des parents ; Le **Programme de médicalisation du système d'information (PMSI)** : le PMSI a pour objectif de fournir des données d'activité médicale utiles pour fixer les règles d'allocation des ressources aux établissements de soins, il repose sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'informations administratives et médicales pour chaque hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie ou d'obstétrique, d'un établissement public ou privé ; L'**Association des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie (Audipog)** : c'est une association créée en 1982 dans le but de promouvoir l'informatisation des maternités et l'utilisation d'un « dossier périnatal » commun, des maternités publiques et privées recueillent des données informatisées selon un cadre commun et les rassemblent au sein de l'Audipog, ce système offre aux maternités participantes un outil unique pour évaluer leurs pratiques et se comparer aux autres services membres de cette association. Commentaires tirés de Bouyer (2005).

²¹ Également en Europe mais la localisation des maternités a nécessité des données complémentaires (Pilkington et al., 2010) et s'est appuyé sur un autre projet européen, MOSAIC (Blondel et al., 2009), pour la population particulière des naissances très prématurées (de 24 à 31 semaines d'âge gestationnel).

Une relative absence d'études sur l'impact de la distance sur les issues de santé périnatale dans les pays à haut revenu

Il n'existe pas à l'heure actuelle beaucoup d'études sur l'impact de la distance sur les issues de santé périnatale. Une revue rapide de la recherche publiée montre une relative abondance d'études portant sur les pays (ou territoires situés dans ces pays) en développement, ce qui contraste avec le peu d'études sur les pays développés. En effet, seules huit études récentes²² ont été identifiées, portant sur le Canada (le pays entier ou bien la Colombie britannique), sur l'Islande et sur la France traitent spécifiquement des issues de santé périnatales.

Le Tableau 6 résume les principales caractéristiques des études citées ici. Ces études mettent en évidence soit une augmentation significative des états de santé périnatale péjorée en fonction de la distance qui sépare les femmes des maternités ou bien une augmentation qui est expliquée après ajustement sur d'autres facteurs de risque de la mortalité périnatale en fonction de l'éloignement de la maternité la plus proche (Haraldsdottir, Gudmundsson, Bjarnadottir, Lund et Valdimarsdottir, 2015; Pilkington et al., 2014). Enfin, signalons une étude japonaise²³ qui a étudié l'impact de la réorganisation de l'offre de soins entre 2002 et 2006 sur les issues de santé périnatale au Japon. Ce travail met en évidence une réduction significative des taux de mortalité néonatale entre les deux dates, baisse associée à une diminution importante du temps de trajet entre le domicile des femmes et la maternité la plus proche (Aoshima, Kawaguchi et Kawahara, 2011).

²² Cette revue rapide la littérature a porté sur la période 2009-2019 et a consisté en une interrogation de la base de données publiques Medline. Nous avons utilisé les opérateurs booléens d'interrogation de la base standardisés appelés « Medical Subject Headings » (MeSH) suivants : (Health Services Accessibility)* AND Infant Mortality*. L'interrogation a porté sur la question large de la mortalité périnatale/infantile, en dehors des populations à haut risque (grossesses à bas risque) et nous avons privilégié ces indicateurs généraux de mortalité plutôt que les causes de morbidité, beaucoup moins standardisés selon les études. Nous avons enfin exclu les études qui ne comportaient pas une mesure d'accessibilité spatiale quelconque (temps, distance, lieu de résidence ou offre de structures de santé en relation avec l'accessibilité) ou qui portaient sur les pays à revenu faible ou intermédiaire.

²³ Nous n'incluons pas cette recherche dans le tableau des études recensées car elle ne porte pas explicitement sur une étude de l'effet de la distance sur les issues de santé périnatale mais sur l'effet associé de la réduction du temps de transport sur ces issues.

Tableau 6 Synthèse des principales études portant sur le lien entre accessibilité spatiale (temps/distance/lieu de résidence) et santé périnatale entre 2009 et 2019 dans les pays développés

Auteur	Période	Lieu	Mesure d'accessibilité et/ou zonage	Résultats principaux
Combiér et al., 2013	2000-2009	Bourgogne (région entière)	Temps de trajet du domicile de la mère à la maternité la plus proche	Temps de trajet longs non associés à la mortalité périnatale ²⁴ mais états de santé péjorés pour le nouveau-né associés
Featherstone et al., 2016	2010-2012	Caroline du Sud (état entier)	Temps de trajet du domicile de la mère à la maternité d'accouchement	Aucune association entre mortalité périnatale et temps d'accès à la maternité d'accouchement
Haraldsdottir et al., 2015	2000-2009	Islande (pays entier)	Domicile de la mère située dans la zone capitale/hors zone capitale	Accroissement de mortalité périnatale (période 2005-2009)
Kornelsen, et al., 2009	2000-2004	Canada (pays entier)	Domicile de la mère située dans la circonscription sanitaire de la maternité de référence/en dehors	Taux plus élevés de déclenchement du travail en dehors de la circonscription sanitaire de la maternité
Lisonkova et al., 2011	1999-2003	Colombie britannique (province entière)	Domicile de la mère : - Rural/urbain - Catégories de distance à la maternité la plus proche (<50, 50-150, >150 km)	Accroissement de la mortalité périnatale en fonction de la distance à la maternité la plus proche
Paranjothy et al., 2014	1995-2009	Pays de Galles	Temps de trajet du domicile de la mère à la maternité d'accouchement/offre totale de maternités ouvertes	Accroissement de la mortalité périnatale en fonction du temps d'accès à la maternité d'accouchement
Pilkington et al., 2014	2001-2008	France métropolitaine	Distance du domicile de la mère à la maternité la plus proche	Aucune association entre distance longue à la maternité la plus proche et mortalité périnatale
Stoll et Kornelsen, 2014	2003-2008	Colombie britannique (province entière)	Domicile de la mère est situé en Zone urbaine/en dehors des zones urbaines	Accroissement de la mortalité périnatale en fonction de la distance à la maternité la plus proche

²⁴ Mais il existe une tendance non-significative associant temps de trajet long et mortalité.

Quand la distance a un effet propre sur l'état de santé périnatale

Dans les pays à haut revenu ayant fait l'objet de cette revue, la distance à la maternité la plus proche peut avoir un effet propre (ou « direct » si l'on préfère) sur la fréquence de la mortalité périnatale. Ainsi, en Colombie britannique (Canada), pour une population de mères âgées (35 ans et plus), le risque de mortalité périnatale était significativement plus élevé en 1999-2003 (OR=1,5 ; IC_{95%} : 1,1–2,1 – voir le Tableau 7) en fonction de la distance croissante à la maternité la plus proche mesurée en catégories de distance (<50, 50-150, >150 km) (Lisonkova et al., 2011). Une autre étude menée dans cette même province canadienne concluait également à un accroissement de la mortalité périnatale pour les femmes résidant à plus de deux heures des services de santé pour la période 2003-2008 (Stoll et Kornelsen, 2014). Il est intéressant de noter qu'aucune de ces deux études canadiennes n'avancent d'hypothèses quant à l'effet pénalisant – et les éventuelles raisons explicatives de l'effet propre – de la distance sur la mortalité périnatale. Elles se contentent d'avancer la nécessité d'études complémentaires sur le rôle des services de santé en milieu rural ou sur les caractéristiques des territoires ruraux eux-mêmes²⁵. Or, une étude sur les caractéristiques de la ruralité et de « l'isolement rural » menée en 1991-2000 concluait bien à un accroissement des risques de mortalité périnatale pour les territoires situés en dehors des zones d'influence des métropoles ou bien dans les territoires où cette influence est « faible » (Luo et Wilkins, 2008). Les auteurs font appel à des mécanismes explicatifs mettant en jeu l'isolement spatial, par l'intermédiaire de la distance aux services de santé les plus proches. Enfin, une dernière étude canadienne met en évidence une probabilité accrue de déclenchement du travail pour les femmes résidant à l'extérieur de la circonscription sanitaire de leur maternité de référence (l'étude porte en partie sur un sous-échantillon de trois maternités). Ce type de pratique est révélateur de cultures spécifiques des équipes prenant en charge les accouchements. Certaines préfèrent déclencher le travail de femmes résidant à

²⁵ Comme il est de coutume dans ce champ scientifique tellement précautionneuse qu'est l'épidémiologie... d'autant plus de précautions sont prises quand le sujet se trouve politiquement et socialement chargé.

distance afin de limiter la probabilité d'accouchement hors structures hospitalières des personnes habitant loin de la maternité (Kornelsen et al., 2009). Cette pratique semblerait d'ailleurs se développer en France pour les femmes vivant dans des communes particulièrement isolées comme en Bourgogne (Combier, Charreire, Vaillant, et al., 2013).

Tableau 7 Mesures d'association usuelles en épidémiologie

<i>Mesure du risque²⁶</i>	<i>Calcul</i>	<i>Sigle usuel</i>
<i>Risque absolu</i>	Proportion de malades parmi les exposés	R
<i>Risque relatif</i>	Rapport des risques absolus chez les exposés et non exposés	RR
<i>Rapports de cotes (Odds Ratio)</i>	Rapport de la cote de la maladie chez les exposés sur la cote de la maladie chez les non-exposés	OR

La distance en tant que « masque » du territoire

Mais la distance peut également jouer un rôle de « masque » d'autres facteurs territoriaux. Ainsi, en Islande (Haraldsdottir et al., 2015), la probabilité de mortalité périnatale était presque double en dehors de la « zone capitale » pour la période 2005-2009 (OR=1,87 ; IC_{95%} : 1,18–2,95), même compte tenu des caractéristiques socio-démographiques et gestationnelles des

²⁶ Dans la littérature épidémiologique, on retrouve ces mesures le plus souvent assorties d'un intervalle de confiance, généralement à 95 %, ainsi que d'un degré de significativité. Cette notion permet de définir une « marge d'erreur » entre les résultats d'une enquête sur un échantillon et ceux qui seraient en théorie obtenus sur la population totale. Plus précisément, on associe à un niveau de confiance α réalisé à partir de cet échantillon tout intervalle contenant p avec une probabilité supérieure ou égale à α . Pour plus de précisions, voir Bouyer et al. (1995)

mères en fonction de la zone de résidence (dans ou en dehors de la zone capitale). Les auteurs avancent un défaut de qualité du dépistage de certaines pathologies de la grossesse associées à la mortalité périnatale dans les zones rurales, plutôt qu'un effet propre de la distance à la maternité la plus proche ou bien la couverture des soins par l'offre de maternités en dehors de la zone capitale qui concentre la majorité des naissances du pays.

En France, nous n'avons trouvé qu'une association en trompe l'œil entre distance à la maternité la plus proche et la mortalité périnatale et néonatale (Pilkington et al., 2014). En effet, l'importance des effets du lieu de résidence sur les inégalités de mortalité périnatale est flagrante – quoique contre-intuitive – quand on examine l'effet combiné de l'accessibilité spatiale et les caractéristiques socioéconomiques des femmes et de la commune de la résidence. La mortinatalité²⁷ est plus fréquente en milieu urbain et en milieu rural qu'en milieu périurbain. Elle est plus élevée aussi bien proche (<5 km – 9,4 p. 1000) que loin (≥ 45 km) de la maternité la plus proche (8,9 p. 1000). La mortalité néonatale est plus fréquente en milieu urbain (2,5 p. 1000) et en milieu rural (2,2 p. 1000). Elle l'est également à proximité d'une maternité (<5 km – 2,7 p. 1000). La mortalité suite à un accouchement inopiné hors maternité est plus élevée en milieu rural (7,3 p. 1000) et quand la maternité la plus proche est située à plus de 45 km du domicile de la femme (10,0 p. 1000).

Mais la prise en compte de variables socioéconomiques de la commune de résidence connues pour être associées à la santé périnatale (taux de chômage, pourcentage de personnes nées à l'étranger et pourcentage de familles monoparentales) fait disparaître tout lien avec le fait d'habiter loin d'une maternité – seule demeure l'association entre la distance et les décès suite un accouchement hors maternité. Inversement, la mortinatalité et la mortalité néonatale sont plus élevées dans les communes avec les plus forts taux de chômage (>15,3 %) et de

²⁷ Dans cette étude, la mortinatalité est observée sur la période 2002-2005 et la mortalité néonatale ainsi que les décès à la suite d'un accouchement hors maternité sur la période 2001-2008.

personnes nées à l'étranger (>15,4 %) et ce en tenant compte de facteurs de risque individuels (âge de la mère et parité). Or, les communes où l'on retrouve ces taux élevés sont plus proches d'une maternité et sont situées principalement en milieu urbain. Les mécanismes explicatifs doivent donc faire appel à une notion plus subtile de « distance sociale » ou de défaut de capital social nécessaire à déployer pour naviguer correctement dans le système de santé français qui peut représenter des obstacles à l'accès aux soins pour certaines femmes (Murayama, Fujiwara et Kawachi, 2012). Le milieu urbain conduirait donc à des mécanismes de démultiplication de facteurs de risque, comme cela a été observé aux Pays-Bas (Poeran, Denktas, Birnie, Bonsel et Steegers, 2011) et n'impacterait pas toutes les femmes de la même manière : les mères d'origines « non-occidentales » trouveraient dans leur quartier et/ou leur réseau social un soutien supplémentaire par un effet de « communauté » qui les soutiendrait dans leur démarches et favoriserait un bon accès au système de soins (Poeran et al., 2013)²⁸.

Une autre possibilité d'explication est que l'implantation physique des maternités en milieu urbain coïncide avec les zones les plus désavantagées – les coûts de l'immobilier étant moins élevés dans espaces défavorisés et les structures hospitalières nécessitant beaucoup d'espace. Enfin, comme cela a été noté sur l'étude en Bourgogne, il se peut que les équipes médicales déploient de plus en plus de stratégies de gestion du risque lié à la distance que l'on retrouve d'une certaine manière captée ici.

²⁸ Dans une autre étude sur la prématurité en Seine-Saint-Denis, nous avons trouvé des résultats assez similaires : les taux de naissances prématurées étaient moins élevés pour les femmes nées en Afrique subsaharienne habitant dans les quartiers défavorisés, malgré des taux généralement plus élevés que les femmes nées en France, en Afrique du Nord ou ailleurs (Zeitlin et al., 2011). Ces résultats peuvent s'expliquer (entre autres hypothèses) par des réseaux de voisinage favorisant un bon accès aux soins, par exemple.

Les études sur l'impact de la distance sur les issues de santé périnatale dans les pays à revenu intermédiaire/modéré ou faible

Si l'effet propre de la distance sur la mortalité périnatale est modéré ou bien tributaire d'autres effets liés à des caractéristiques territoriales désavantageuses dans les pays à haut revenu, il n'en est pas de même pour les pays à bas revenu. Ainsi, une revue de la littérature portant sur 21 pays²⁹ de 1990 à 2010, classés en pays à faible revenu ou à revenu modéré, met en évidence le rôle spectaculaire de la distance à la maternité ou bien au lieu médicalisé pouvant prendre en charge un accouchement la plus proche³⁰ (Karra, Fink et Canning, 2017). Les nouveau-nés dont la mère réside à plus de 10 km du lieu d'accouchement présente un risque de mortalité néonatale de près de 27 % plus élevé que ceux qui vivent dans un rayon d'un kilomètre seulement. Ce risque accru se fait sentir dès le premier kilomètre supplémentaire franchi, avec un risque de mortalité néonatale presque 8 % plus élevé dès 2 km de la maternité la plus proche par rapport à 1 km. La Figure 3 (tirée de l'étude de Karra, 2017) montre l'augmentation du risque en fonction de la distance du lieu d'accouchement. Ce surplus de risque est par ailleurs attribuable à la seule distance, d'autres facteurs susceptibles d'expliquer ce surrisque ayant été pris en compte par l'étude³¹. Il n'est pas facile d'interpréter de tels résultats seuls. Il existe de grandes disparités dans l'offre de soins entre les pays et entre les dates des études utilisées pour faire la synthèse des résultats. Ainsi, la majorité des nouveau-nés résident à proximité d'un service médicalisé au Vietnam et en Jordanie alors que la plupart des nouveau-nés vivent loin

²⁹ Bangladesh, Bénin, Bolivie, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Haïti, Jordanie, Kenya, Maroc, Malawi, Mali, Niger, Nigéria, Ouganda, République Centrafricaine, Tchad, Vietnam, Zimbabwe.

³⁰ Dans cette étude, la distance n'était pas forcément celle à la maternité la plus proche mais à n'importe quel service médicalisé susceptible de prendre en charge un accouchement avec un minimum de sécurité : dispensaire, hôpital ou médecin.

³¹ Les variables suivantes ont été prises en compte dans cette étude comme étant des facteurs pouvant expliquer la relation par ailleurs (facteurs de confusion). Ils ont donc fait l'objet d'un ajustement statistique. Variables maternelles : indice de revenus pour le foyer (en quintiles), plus haut niveau d'éducation atteint (aucun, primaire, secondaire, supérieure), rang de naissance, âge, statut marital, lieu de résidence (urbain/rural) ; variables liées à l'enfant : temps écoulé entre la naissance et l'enquête, sexe, parité. L'étude a également pris en compte des facteurs spatiaux en ajustant sur des informations sur le niveau moyen de revenus et d'éducation pour les lieux de résidence des femmes.

(plus de 10 km) de telles structures au Burkina Faso. Globalement, les auteurs notent que sur l'ensemble de la (vaste) période étudiée, un peu plus de la moitié des nouveau-nés vivaient à proximité relative (moins de 3 km) d'une structure de santé.

Une autre synthèse de la littérature scientifique portant sur les pays à revenu bas de Buttha et al., (2009) souligne également l'impact défavorable de la distance, combinée au coût et au temps consacré au déplacement sur la santé périnatale. De plus, en une revue synthétique de la littérature de (Gabrysch et Campbell, 2009) met en évidence l'impact des caractéristiques propres du lieu de résidence sur l'offre de structures de soins et donc l'accessibilité physique à ces structures, avec un accent tout particulier sur les conditions de déplacement à partir du moment où un choix a été effectué de recourir à une structure de soins : en effet, pour ces femmes devant parcourir une longue distance à pied alors qu'elles ont parfois commencé le travail sur des routes parfois mauvaises (et dangereuses), il existe un risque important de décès lors du trajet. La route et le trajet à parcourir représentent donc une forme particulièrement cruelle « d'épreuve spatiale » s'il en est (Lussault, 2010).

Enfin, une autre revue de la littérature de Bohren (2014) interroge les représentations des femmes sur les barrières pour l'accessibilité aux structures de soins (y compris après l'accouchement), comme la facilité d'accéder non seulement en termes d'accessibilité spatiale mais également en termes de praticabilité de ces structures : attente, peu de confiance dans les structures hospitalières, etc. Ces dimensions de l'expérience et de la représentations des services de santé en termes qualitatifs peuvent avoir un réel impact sur la mortalité néonatale (Adams et Smith, 2018). En effet, la qualité attendue des soins dans une structure est un facteur déterminant dans le choix d'utilisation de cette structure, tout autant que la proximité : face à une offre considérée comme étant de mauvaise qualité, une stratégie de détournement est mise en place, même dans un contexte de d'offre peu abondante de structures de soins (Acharya et Cleland, 2000; Pilkington, 2017; Thaddeus et Maine, 1994).

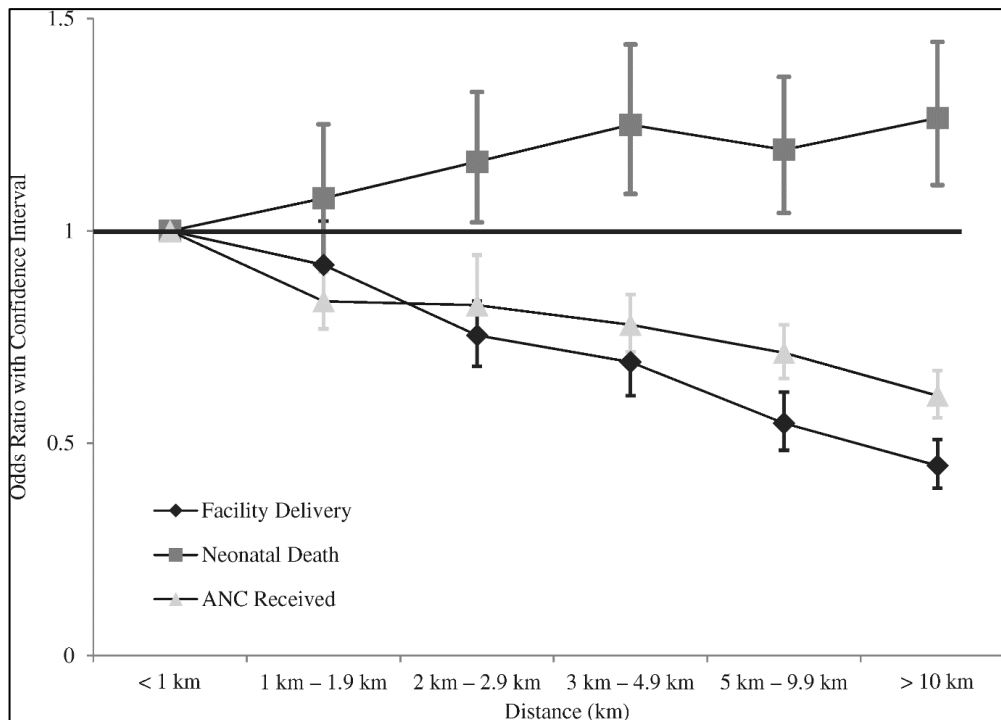


Figure 3 Augmentation de la mortalité néonatale en fonction de la distance du lieu d'accouchement dans 21 pays. Lecture : la probabilité de décès néonatal (Neonatal Death) est augmentée de 16,0 % (OR=1,16) avec un intervalle de confiance à 95 % s'étalant de 1,02 – 1,33 pour une femme qui réside entre 2 et 3 km du lieu d'accouchement. Même lecture pour un accouchement dans une structure de santé (Facility Delivery) et niveau de soins prénatals satisfaisant, c'est-à-dire nombre de visites prénatals=4 (ANC Received). Figure tirée de (Karra et al., 2017).

L'enseignement principal de cette synthèse des études publiées sur la question se trouve donc dans le grand impact de l'éloignement sur l'utilisation effective des services de soins : ne pas vivre à côté de, ou devoir se déplacer sur une longue distance pour atteindre des services de soins susceptibles de prendre en charge correctement un accouchement a un impact indépendant et fort sur le niveau de la mortalité néonatale. La proximité, dans ces conditions, n'est pas un luxe.

Distance et situations particulières

Les accouchements hors structure hospitalière : un cas-limite

Le cas particulier des accouchements hors structure hospitalière fournit un exemple des enjeux dans l'accessibilité spatiale aux maternités. Ce type d'accouchement est lié à des risques accrus pour la mère et l'enfant³². Dans une étude menée sur la période 2005-6 nous avons mis en évidence une association significative entre la distance à la maternité la plus proche et l'incidence³³ de l'accouchement hors maternité (Blondel et al., 2011), ce qui a été confirmé par une étude plus récente (Combiér et al., 2019)³⁴. En 2005-6, l'incidence de naissances hors maternité dans l'échantillon de naissances étudié était de 4,3 p. 1000 naissances sur cette période³⁵, situation comparable à d'autres pays européens comme le Royaume-Uni (2,3 p. 1000 en Angleterre et 1,2 p. 1000 en Ecosse) ou bien au Canada (1,2 p. 1000). L'association avec des facteurs de risque classiques déjà décrits dans la littérature est bien entendu retrouvée ici, comme le statut social bas, la parité et l'âge la mère. En effet le fait d'avoir déjà eu un ou plusieurs enfants affecte la vitesse de la naissance du prochain bébé, pour des raisons physiologiques (Vahratian, Hoffman, Troendle et Zhang, 2006). De plus, le fait de vivre dans un pays dont le discours et les pratiques médicales n'encouragent pas l'accouchement à domicile implique que ce type d'accouchement est davantage pratiqué soit dans des situations de difficultés sociales exacerbées (avec notamment les difficultés liées aux moyens de transport et toutes les conséquences que cela peut avoir sur l'accès aux maternités) ou bien lié à un statut

³² Une étude norvégienne s'est attachée à décrire les causes de décès des bébés nés inopinément hors structure hospitalière, entre 1999 et 2013. Les causes de décès les plus fréquents étaient les infections, la prématurité extrême et les ruptures placentaires. De plus, la majorité des cas, le décès étaient associée à un suivi prénatal sous-optimal (Gunnarsson, Fasting, Skogvoll, Smáráson et Salvesen, 2017).

³³ En épidémiologie, l'incidence rapporte le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période donnée à la population dont sont issus les cas (pendant cette même période). Les taux d'incidence peuvent être exprimés en p. 1000, par exemple. La deuxième mesure importante en épidémiologie est la prévalence, définie comme la proportion actuelle de personnes dans une population présentant un « évènement de santé » (maladie, handicap...) et exprimée en pourcentage ou p. 1000. Ainsi, ces deux mesures constituent des mesures de fréquence.

³⁴ Cette étude a identifié 6733 naissances hors structures hospitalières sur la période 2012-14 et a estimé une incidence des accouchements de ce type à 3,0 p. 1000.

³⁵ Cette étude porte sur 1 349 751 naissances en France métropolitaine en 2005-6.

social élevé et l'envie d'adopter des pratiques en matière de naissance considéré comme « alternatives » ou bien « novatrices ». Mais de manière étonnante, cette étude n'a pas trouvé de lien entre la fréquence des accouchements hors structure hospitalière et la survenue d'une fermeture récente d'une maternité dans un rayon de 15 kilomètres. Cela peut être expliquée de plusieurs manières mais il semble que les fermetures qui ont affecté la plupart des régions françaises au début des années 2000 ont finalement eu lieu dans les espaces où l'offre de maternités était déjà relativement abondante. Ceci n'a donc pas eu d'effet notable (ni mesurable) sur la fréquence des accouchements hors maternité, effets adverses s'il en est de la distance sur la santé périnatale. Mais l'impact de l'éloignement à la maternité la plus proche est bien confirmé par le fait que l'incidence des accouchements hors structure hospitalière est très élevée lorsque la commune de domicile de la mère se situe à plus de 45 km de la maternité la plus proche : 11,6 p. 1000 (contre 3,1 p. 1000 pour les femmes résidant dans des communes à moins de 5 km de la maternité la plus proche). L'incidence est également plus élevée en milieu rural (7,4 p. 1000) comparé au milieu urbain (3,3 p. 1000).

Si l'on considère donc que les deux facteurs de risques spatiaux principaux pour un accouchement hors maternité en France résident dans le fait d'habiter loin d'une maternité et/ou bien dans un contexte rural isolé et que la part des femmes combinant ces deux facteurs de risque est inévitablement amenée à s'accroître, compte tenu de la poursuite actuelle de la fermeture des maternités en France, il devient donc nécessaire de mettre en place système de surveillance dans les territoires qui présente la combinaison de ces deux facteurs de risque, à des degrés divers. Dans ces territoires, il serait judicieux de mesurer de la fréquence des fermetures de maternités et d'aborder une réflexion autour de la mesure de l'impact de ces fermetures sur le risque afférent sur la santé périnatale. Ceci afin d'en tirer des conséquences sur l'organisation des services de soins en direction des femmes enceintes et des nouveau-nés. Par exemple, des pays européens comme la Suède ou la Finlande pratiquent une approche

différente des questions de politique de périnatalité, ont recours à des maisons de naissances³⁶, parfois associé à un regroupement systématique des femmes sur le point d'accoucher dans des structures adaptées dans des « *maternity waiting homes* » dont une traduction française possible serait « hospitel » (WHO, 1996).

Distance et populations particulières

Si l'on considère l'impact de la distance sur le lieu d'accouchement – facteur de risque majeur pour les issues de santé périnatales défavorables – cette fois-ci en ce qui concerne des populations particulières, il existe un risque spécifique pour les grossesses pathologiques. En effet, l'augmentation de configurations locales caractérisées par une offre réduite de maternités à proximité pourrait présenter un supplément de risque pour les nouveau-nés nécessitant une prise en charge dans un centre spécialisé, comme les bébés nés prématurés. Une étude menée dans plusieurs grandes régions européennes (dont six des huit départements de la région Ile-de-France) a montré que le risque de ne pas accoucher dans une maternité de type III³⁷ augmente si une femme réside à plus de 30 km du centre de type III le plus proche, pour les enfants nés très prématurément (à moins de 32 semaines d'âge gestationnel) (Pilkington et al., 2010). Une étude en Seine-Saint-Denis a également montré le rôle de la distance dans le risque de ne pas accoucher dans une maternité de niveau III pour les femmes enceintes ayant accouché d'enfants très prématurés. Les femmes résidant les plus loin de ce type de structure avait une probabilité moindre d'y accoucher, y compris lorsque d'autres facteurs étaient pris en compte (Zeitlin et al., 2008).

³⁶ Structures dans lesquelles la prise en charge des femmes enceintes et des accouchements est assurée par des sages-femmes. Elles permettent aux femmes d'accoucher sans être hospitalisées.

³⁷ Voir le Tableau 8 pour le détail des décrets de 1998 et des niveaux de maternités à l'heure actuelle en France.

Tableau 8 Normes de sécurité pour les maternités, relatives aux personnels et aux locaux, règles d'organisation issues des décrets de 1998

Niveau (décret de 1998)	Caractéristiques
Type I	Grossesses sans problème identifié
Type IIA	Service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique
Type IIB	+ présence de lits dédiés aux soins intensifs en néonatalogie
Type III	Grossesses « à risque », service de réanimation néonatale + service de néonatalogie

- Le premier décret de 1998³⁸ définit un « seuil minimal d'activité », les petites maternités réalisant moins de 300 accouchements par an ne peuvent se voir accorder l'autorisation de pratiquer l'obstétrique « *qu'à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population* ».
- Par ailleurs, une organisation en réseau des établissements est préconisée dans le but de permettre aux parturientes d'accoucher dans la maternité la plus adaptée au niveau de risque associé à leur grossesse, les établissements étant liés entre eux par des conventions. Ces réseaux de santé en périnatalité permettent l'identification des facteurs

³⁸ Décret du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale, et décret du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.

de risque pour la mère et pour l'enfant en cours de grossesse, et leur orientation (autant que possible in utero pour l'enfant) vers une structure adaptée aux besoins estimés de l'enfant.

- Un second décret définit les normes minimales de sécurité (s'appliquant à l'ensemble des maternités quel que soit leur statut juridique) concernant le personnel médical (médecins et sages-femmes) et les locaux des sites d'obstétrique. Pour les médecins, elles portent sur les conditions de fonctionnement de la permanence des soins qui exigent la présence de médecins ou leur disponibilité sous astreinte selon des règles variant avec le niveau d'activité de l'établissement. Pour les sages-femmes et le personnel paramédical, les effectifs requis sont fixés également en fonction du nombre de naissances annuel de la structure de soins. Enfin, des règles sont établies en matière d'organisation des locaux, précisant le nombre de lits et les conditions de fonctionnement du secteur d'accueil et du secteur de naissance.

Texte repris et adapté de Cour des Comptes (2014)

Tableau 9 Évolution du nombre de maternités en Métropole selon le type d'autorisation et le statut, tableau tiré de Fresson (2017)

	2003	2010	2016
I-Public ou ESPIC ³⁹	181	156	129
I-Privé à but lucratif	160	106	85
IIA-Public ou ESPIC	98	84	97
IIA-Privé à but lucratif	34	38	44
IIB-Public ou ESPIC	81	84	76
IIB-Privé à but lucratif	9	6	6
III-Public ou ESPIC	56	61	60

³⁹ ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif.

Tableau 10 Accouchements en Métropole et dans les DROM, tableau tiré de Fresson (2017)

	Métropole	DROM
Nombre d'accouchements en 2015	752787	38548
Répartition des accouchements selon le type d'autorisation		
I	23%	13%
IIA	30%	14%
IIB	21%	11%
III	26%	62%
Répartition des accouchements selon la taille des établissement (accouchements par an)		
< 500	3%	2%
500 à 999	15%	10%
1000 à 1499	16%	9%
1500 à 1999	15%	13%
2000 à 3499	35%	32%
≥ 3500	15%	34%
Répartition des accouchements selon le statut		
Public ou ESPIC	75%	79%
Privé à but lucratif	25%	21%

Données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Distance et sensibilité de l'échelle territoriale utilisée

Si l'on change d'échelle, l'association entre la distance et les états de santé périnatale peut être modifiée. A l'échelle de la France, une première étude n'avait pas noté d'augmentation des temps de trajet pour aller accoucher malgré une baisse importante de l'offre de maternités (Pilkington et al., 2008). Mais une étude en Bourgogne fournit une illustration de l'impact de la distance et de la fermeture des maternités sur les issues de santé périnatales au cours de la période 2000-2009 (Combiere, Charreire, Le Vaillant, et al., 2013). Cinq maternités ont fermé sur cette période, passant de 20 à 15 et leur distribution spatiale a affecté à la fois les communes urbaines et les communes rurales. Le temps moyen de trajet à la maternité la plus proche a augmenté de quatre minutes lors de la période analysée (de 20 à 24 minutes). De plus, le temps maximal d'accès à la maternité s'est accru de 11 minutes (61 à 72 minutes). Et le nombre de femmes mettant plus de 30 minutes pour atteindre la maternité la plus proche est passé de 6,7 % à 8,8 %. L'étude sur les temps d'accès aux maternités en France (Baillot et Evain, 2012) avait bien noté une augmentation des temps de trajet médian dans trois des quatre départements qui constituent cette région (Nièvre, Saône-et-Loire et Yonne) mais pas en Côte-d'Or. Or, cet accroissement de la distance et sa traduction en termes d'allongement de temps de trajet a bien eu un effet négatif sur les issues de santé périnatales.

L'association entre la distance à la maternité la plus proche et différentes pathologies est apparente pour des signes de souffrance fœtale aiguë comme les anomalies du rythme cardiaque fœtale ou la présence de méconium dans le liquide amniotique. Par ailleurs, l'étude met en évidence une association significative entre le déclenchement de l'accouchement par l'équipe médicale ainsi que l'accouchement inopiné hors structure hospitalière. Seules la mortinatalité et la mortalité périnatale n'étaient pas associées de manière significative avec la distance même si une tendance à l'augmentation de la mortalité en fonction de la distance est nette. Il est intéressant de noter que la distance et le temps de trajet sont associés aussi à la

fréquence d'hospitalisation des mères avant ou après l'accouchement (notamment dans les 24h avant l'accouchement), comme si les équipes médicales avaient commencé à développer des stratégies de prise en charge du risque associé à la distance/temps de trajet et la survenu d'un début d'accouchement inopiné.

Diversité des classifications et des mesures dans les études

Toutes les études très diverses que nous recensons ici soulignent les limites des classifications adoptées, notamment entre pays à haut revenu (pour reprendre le terme de la Banque Mondiale utilisé dans les études citées auparavant) et les pays à revenu faible/intermédiaire (là encore, reprise du terme cité par les études). En réalité, la diversité des situations et l'hétérogénéité au sein d'un même pays entre espaces ruraux et urbains, entre statuts socioéconomiques et entre les mesures de désavantage relatif à différentes échelles (de l'individu, à la famille voire au quartier) employées rendent les études difficilement comparables entre elles. Il serait hors de propos ici de procéder à une longue critique des catégories employées mais il est important d'en noter le caractère limitant y compris lorsqu'il s'agit de revues de la littérature qui font l'effort d'adopter des normes standardisées afin de ne pas introduire trop de biais dans la comparaison des différentes situations rencontrées. Ces disparités dans les catégories très englobantes n'invalident pas, en revanche, les conclusions majeures que sont l'impact fort et indépendant (propre) de la distance en tant que facteur aggravant des états de santé périnatale dans les pays à revenu faible/intermédiaire aussi bien que dans les pays à haut revenu. Notons enfin que ces études interrogent les catégories spatiales utilisées pour qualifier et mesurer la distance ainsi que la mesure de la distance elle-même, en temps ou en kilomètres. Nous reviendrons en détail sur les enjeux de cette diversité méthodologique dans la deuxième partie.

Quel rôle joue donc la distance sur les issues de santé périnatale ? conséquences de ce rapide état des lieux

Enfin, quel est le rôle de la distance sur la santé périnatale ? D'abord, il s'agit d'un aspect finalement peu étudié dans les pays développés, alors que l'on met systématiquement en avant la notion de proximité aux services de santé comme un déterminant fort de la bonne santé périnatale, en France comme ailleurs. Et ce, aussi bien dans le discours de santé publique générale que dans le discours public « citoyen », comme les nombreuses manifestations contre les fermetures de maternités en France peuvent en témoigner. Il existe certes des études sur le rôle de l'offre sur l'accessibilité ainsi que sur les issues de santé périnatale mais cette dimension essentielle de l'accessibilité aux soins qu'est l'accessibilité spatiale se trouve reléguée en quelque sorte aux « vieilles revendications des territoires en déprise » ou bien franchement isolés dans de vastes espaces faiblement peuplés. Que les études portant spécifiquement sur la distance viennent du Canada n'est pas, de fait, un hasard. La distance n'est-elle plus un problème scientifique dans les contextes développés ? Deuxièmement, la problématique de la distance ne joue pas le même rôle selon le pays, le contexte territorial (l'isolement rural étant un exemple flagrant) et le niveau de développement. Cette problématique se décline à un niveau individuel également, la distance ne jouant pas le même rôle pour toutes les femmes ni toutes les situations. Enfin, ce sont les différentes dimensions de l'accessibilité qui jouent sur la santé périnatale : l'existence et la qualité des soins dans les pays en développement conditionne le niveau de la mortalité néonatale de manière franche ; dans des pays développés il sera plutôt question de l'éloignement et des délais de prise en charge ainsi que le gradient de défaveur socioéconomique qui sont associés à de mauvais résultats de santé périnatale. Or, c'est ce rôle exact de la distance sur les états de santé périnatale péjorés qu'il faut tenter de comprendre de manière systématique, en France comme ailleurs.

Plusieurs conclusions peuvent être retirées de ce qui précède. Avant tout, que la distance et le temps d'accès à la maternité la plus proche ont un impact réel, propre et mesurable sur l'état de santé des nouveau-nés (et de leur mère). De nombreuses études dans les pays à « revenu faible » ou « en développement » (selon les choix de classification opérés par les auteurs) le démontrent clairement. Mais en dehors de ces contextes, le peu d'études disponibles sur la santé périnatale et l'accessibilité spatiale dans les pays développés – et les nôtres en France, particulièrement – montre une tendance certes atténuée mais similaire et réelle. Quelque soient les conditions dans lesquelles le couplet temps/distance intervient de façon à pénaliser une accessibilité spatiale optimale aux soins lors de la période périnatale, ce duo intervient soit de manière dramatique, soit de manière concomitante à d'autres facteurs de risque et dans des circonstances socio-territoriales bien précises d'isolement spatial ou social (comme les naissances inopinées hors maternité en France).

L'accessibilité spatiale, souvent étudiée sous l'angle de la distance et/ou du temps d'accès à la maternité la plus proche, pose de redoutables défis de mesure et de qualification. Il n'existe aucune approche standardisée de la mesure de l'éloignement, ni de la zone géographique de référence, ni de la mesure de l'offre disponible qui fasse consensus. De plus, l'accessibilité est un concept protéiforme qu'il faut décrypter. Ces questions seront donc abordées dans la deuxième partie.

Deuxième partie : Qualifier et quantifier l'accessibilité spatiale en santé périnatale, un enjeu théorique et méthodologique

« L'explication de la localisation des investissements médicaux (matériels et humains) ; et de leur « zone d'intervention », est à chercher à une échelle qui dépasse celle du lieu, et souvent la dépasse de beaucoup (...) »

Milton Santos (1977)

Des réponses aux questions de Michel Foucault : est-il possible de faire une géographie de la médecine ?
Hérodote, 6, 28–29.

Si l'accessibilité spatiale aux maternités semblent jouer un rôle crucial dans le bon déroulement de l'accouchement, elle n'est qu'une facette dans l'accessibilité aux soins qui comportent d'autres dimensions. L'analyse de l'accessibilité⁴⁰ au système de soins passe généralement par l'analyse de l'accessibilité à l'offre de soins⁴¹ dont le modèle classique reste le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé proposé par Aday et Andersen en 1974 (Aday et Andersen, 1974; Andersen, 1995). Ce modèle reste à ce jour parmi les plus utilisés pour expliquer les dimensions comportementales de l'accessibilité aux soins, particulièrement aux Etats-Unis et au Royaume-Uni (Babitsch, Gohl et von Lengerke, 2012). Initialement, le modèle confrontait les caractéristiques liées à la population à celles du système de santé (dont l'offre de services de soins) à l'utilisation des services disponibles. Ainsi, cette grille avait notamment pour objectif d'évaluer le niveau d'équité dans l'accès au système de

⁴⁰ Faut-il parler d'accessibilité ou bien d'accès aux soins ? Guagliardo (2004) propose une distinction en termes d'accès potentiel et réalisé dont nous discuterons plus loin. L'auteur précise que la difficulté linguistique provient du fait que l'accessibilité est à la fois un substantif (renvoyant au potentiel d'utilisation de l'offre de soins) et un verbe (renvoyant à l'idée d'avoir effectivement reçu des soins), ce qui reste vrai en langue française. Et cela ajoute une certaine ambiguïté au langage, car il risque d'y avoir une confusion entre la capacité d'obtenir des soins, le fait de rechercher des soins, le fait d'avoir reçu des soins et les différents indicateurs qui en découlent. Nous employons donc dans la quasi-totalité de ce texte le terme « accessibilité » en précisant à chaque fois qu'il est nécessaire le sens précis du terme en rapport avec le contexte des recherches citées. Nous réservons le terme « d'accès » au concept général d'avoir effectivement reçu des soins.

⁴¹ Lorsque nous évoquons dans la suite de ce texte les aspects théoriques de l'accessibilité, nous nous référons au système de soins. Lorsqu'il s'agit d'études sur la périnatalité, nous parlerons de maternités.

soins. Ce modèle a par la suite connu plusieurs évolutions, dont celle qui consiste à incorporer une mesure du niveau de satisfaction des personnes⁴². Cette évolution est importante car elle consiste à introduire un niveau de représentation individuelle des personnes ayant recours au système de soins et constitue une mesure de « satisfaction » et non une simple série de variables « objectivées » sur la performance du système de soins ne tenant pas compte de son efficacité véritable. En effet, la prise en compte de la représentation de la qualité des soins reçus mène à une boucle de rétroaction et influence de ce fait les modalités de recours futurs aux soins. Finalement, ce modèle mesure en définitive l'accès effectif aux soins comme mesure de l'accessibilité, c'est-à-dire l'accès réalisé par les personnes demandeuses de soins. Ce modèle servira en outre de base (de travail et de critique) à celui que de Penchansky et Thomas sur la « satisfaction des consommateurs » que nous détaillerons plus loin et qui nous a toujours servi de grille de lecture de l'accessibilité (Penchansky et Thomas, 1981) dans le foisonnement successifs de grilles de lecture théoriques et méthodologiques du domaine (Ricketts et Goldsmith, 2005). En géographie de la santé, la définition du terme « accessibilité aux soins » est curieusement ardue mais en filigrane, derrière toute interrogation sur ce terme, se situe un questionnement central sur le niveau de soins auquel peut réellement atteindre un individu, compte tenu de différents paramètres individuels et collectifs (Rosenberg, 2014).

Dans cette partie, nous interrogeons donc le concept d'accessibilité tel qu'il est abordé en géographie de la santé, en particulier selon la grille classique de Penchansky et Thomas. Nous proposons des dimensions complémentaires à cette grille, avant de détailler l'accessibilité spatiale en tant que concept formel ainsi que ses mesures. Enfin, nous examinons la notion de choix, sous-exploitée dans les études d'accessibilité.

⁴² Dans un article de réflexion rétrospective, Andersen rappelle que le modèle comportemental qu'il développe à la fin des années 1960 se focalisait essentiellement sur l'échelle de la famille en tant qu'unité mais que les itérations successives au cours des années suivantes portent plutôt sur l'individu. La raison en est la difficulté de développer des mesures qui aient un sens à l'échelle familiale étant donnée la nature hétérogène de la famille, entendue comme l'hétérogénéité des caractéristiques des membres de ce construit social (Andersen, 1995).

Développement et bases du concept d'accessibilité

De façon générale, l'accessibilité d'un lieu en géographie peut être définie en première approche (et de manière tout à fait classique) comme la plus ou moins grande facilité avec laquelle on peut atteindre ce lieu à partir d'un ou plusieurs autres lieux, par un ou des individus empruntant un ou plusieurs modes de transport (Chapelon, 2004). Cette « facilité » est mesurée par une distance évaluée en unités de longueur – l'intervalle à franchir entre deux lieux – mais aussi le plus souvent sous la forme d'un couplet distance-temps pour se rendre d'un lieu à un autre (Pumain, 2004). De ce fait, définie de manière « simple » en géographie humaine, l'accessibilité se retrouve cantonnée dans les définitions les plus simples disponibles à la simple dimension du célèbre couplet espace-temps, couplet auquel viennent se greffer quelques éléments de « rugosités du terrain » qui introduisent selon des modalités d'intensité variable une inévitable « friction » pénalisant une adéquation entre offre et demande qui est de fait analysée en termes d'économétrie spatiale, forcément réductrice⁴³.

Développements historiques du concept d'accessibilité spatiale aux soins

Or, la recherche sur l'utilisation des services de soins a mis en évidence depuis longtemps que la distance que doit parcourir un individu pour atteindre un service est un facteur déterminant dans l'accès effectif à ce service. Un des premiers domaines dans lequel cette tendance a été observée est celui de l'accès au service de soins en santé mentale par les patients

⁴³ Voici la définition que donne l'encyclopédie en ligne Hypergéo (francophone) de l'accessibilité : « *En géographie, l'accessibilité d'un lieu est généralement définie comme la plus ou moins grande facilité avec laquelle ce lieu peut être atteint à partir d'un ou de plusieurs autres lieux, par un ou plusieurs individus susceptibles de se déplacer à l'aide de tout ou partie des moyens de transport existants. (...) Ainsi, l'accessibilité ne renvoie pas uniquement à la seule possibilité d'atteindre ou non un lieu donné, mais elle traduit également la pénibilité du déplacement, la difficulté de la mise en relation appréhendée le plus souvent par la mesure des contraintes spatio-temporelles.* » (Chapelon, 2004) qui est à contraster avec une définition purement topologique comme celle de Dumolard (1999) : « *L'accessibilité d'un espace à un lieu central peut justement être définie comme l'ensemble des chemins minimaux de tous les lieux à ce centre.* ». L'auteur note d'ailleurs que le déplacement de l'espace de référence du concret vers l'abstrait, par l'ajout de dimensions comme le cognitif, le social, etc. fonde l'application mathématiques, dont l'analyse spatiale.

dans le Canada du milieu du XIX^{ème} siècle, étudié par Jarvis. Le sens général donné à ses observations est connu depuis sous le nom de « loi de Jarvis ». L'accès à un service de santé donné est fonction inverse de la distance à parcourir pour atteindre ce service – éventuellement après prise en compte de différents cofacteurs comme le mode de transport, l'état de la circulation, l'état du réseau routier, le coût du déplacement. Le modèle de Jarvis est lui-même précédé par celui, très classique, de von Thünen, modèle de structure auréolaire fréquemment observé en analyse spatiale et menant à une lecture interprétative possible opposant le centre et la (ou les) périphérie(s), opposition caractérisée par des centres et des distances⁴⁴ (Baron, 2014). Bien que ce modèle n'ait pas été développé pour des questions d'analyse de l'accessibilité à des services mais plutôt dans une optique de rentabilisation de terres agricoles, ses applications dans le domaine de l'accessibilité des soins a été discutée (Roghmann et Zastowny, 1979) en partant du constat que chaque service a sa distance socialement « acceptable » (Figure 4) et que la gestion de la distance, par l'intermédiaire de la répartition spatiale de l'implantation des activités, entraîne toutes sortes de ruptures par discontinuités (Brunet, 2009). Ainsi, le paradigme⁴⁵ central accepté depuis longtemps en géographie humaine comme en géographie de la santé est l'effet de friction de la distance qui produit une fonction de fréquence d'utilisation d'un service de soins inversement proportionnelle à l'éloignement de ce service. Par suite, l'éloignement des services de soins constitue une barrière dans l'utilisation effective de ces soins et donc un handicap non seulement en ce qui concerne l'accessibilité spatiale aux soins mais également au déploiement de politiques de santé publique à l'échelle d'un territoire par

⁴⁴ Le modèle de von Thünen (1842) permet de comprendre la répartition des productions agricoles dans une plaine isotrope en fonction de la distance à une unique ville, à partir d'observations empiriques menées dans des domaines agricoles de Prusse orientale. Au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la ville-marché, la rente foncière maximale de différentes cultures baisse (Baron, 2014).

⁴⁵ Nous utilisons le terme de paradigme, terriblement galvaudé, dans le sens strictement kühnien du terme : un ensemble d'accords partagés par les praticiens de la recherche qui guident les recherches, identifient les problèmes et indiquent ce qui est acceptable comme méthode et comme résultat (Kuhn, 2012). Par ailleurs, le but de la science « normale » étant de garantir des solutions mais non la « découverte » de façon « inattendue », le paradigme de la proximité et de la fréquence d'utilisation des services de soins écarte des problèmes qui ne sont pas en accord avec cet énoncé – comme en témoigne la focalisation actuelle en France sur l'égalité supposée entre proximité et sécurité, comme nous le verrons dans la troisième partie.

défaut d'accessibilité spatiale. C'est donc bien ce paradigme central qu'il faut interroger ici, en préciser la portée actuelle ainsi que les limites.

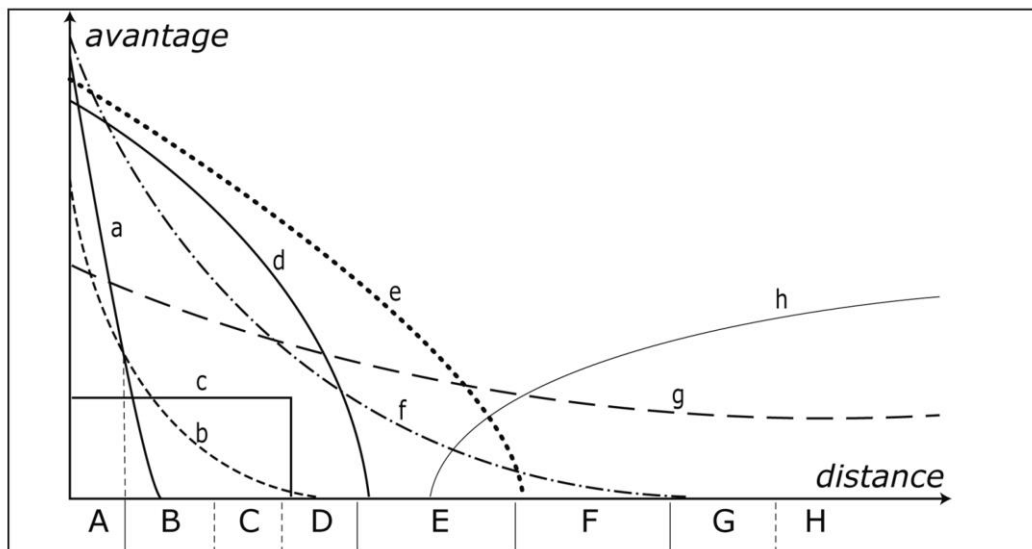
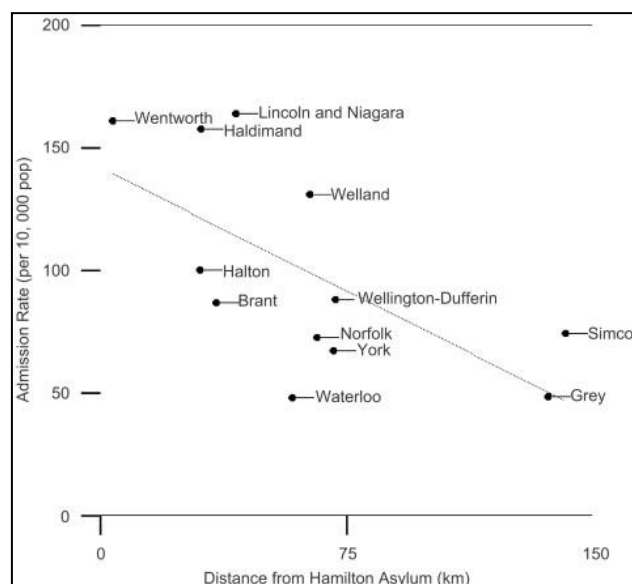


Figure 3 : Distance et discontinuités : choix d'affectation des sols

La figure s'inspire des principes du modèle de von Thünen. Chaque activité est représentée par une courbe décrivant l'effet de la distance au centre (à la ferme, etc.) sur l'avantage attendu en fonction de la fréquence, de la masse, du coût des déplacements et des transports, de la sécurité, etc. La distance est une contrainte forte pour a ou b, mais compte peu pour g. Il peut même y avoir des effets contraires comme pour b (en raison du bruit, des odeurs ou d'autres nuisances). Le résultat se traduit par des plages de préférence: rationnellement, la courbe e suppose une implantation en E, etc. Ces plages de distance se traduisent dans l'espace par des auréoles autour du centre, ou des bandes à partir d'un axe ou d'une interface. C'est une base possible du zonage.

Figure 4 Deux exemples historiques d'analyse de l'accessibilité spatiale : (a) Le modèle de von Thünen de 1826 (Thünen, 1842) vu par Brunet (2009), reproduit ici avec sa légende ; (b) l'accès au service de soins en santé mentale : la loi de Jarvis (Ontario, Canada), figure tirée de Smith et al. (2007).



En effet, par la suite d'autres approches de l'accessibilité spatiale viennent complexifier la donne en introduisant la nécessaire dimension du choix de la part des individus dans leur recours à tel ou tel service de soins, des conditions de ce choix ainsi que l'échelle à laquelle les conditions de ce choix est opéré (ou déployé, ou consenti, comme l'on veut), ce que nous développerons plus loin en ce qui concerne le choix du déplacement vers un service de soins. Du coup, la dimension « opérationnelle » du concept en tant que grille de lecture perd en clarté ce qu'il gagne peut-être en pertinence mais n'autorise pas (ou à un degré moindre) l'exploitation de grandes bases de données comme celles qui existent en France et ailleurs et qui permettent de générer une vue d'ensemble du phénomène⁴⁶.

Vers une conception multi-dimensionnelle formalisée de l'accessibilité en santé

L'accessibilité spatiale selon Thomas et Penchansky : histoire d'une interaction

Penchansky et Thomas (1981) donnent au concept d'accessibilité un sens à la fois plus adapté aux problématiques de santé et qui intègre plus d'éléments que les seules dimensions purement métriques de la distance et de l'éloignement relatif des individus aux services de santé. Notamment, les auteurs proposent une grille de lecture des différentes barrières à l'accès effectif aux soins recherchés. Nous en résumons les principales caractéristiques dans le Tableau 11. Ces deux auteurs appréhendent l'accès aux soins comme étant la résultante croisée de la volonté et de la capacité du « consommateur »⁴⁷ à « se procurer » des soins. Il s'agit donc de décrire les relations réciproques entre le niveau d'adéquation entre les attentes des

⁴⁶ Ainsi, Lévy (2013) évoque la question des « solvabilités » qui répondent à l'accessibilité définie comme un élément d'un marché, variables dans l'espace et dans le temps. Par exemple, je n'accepterai probablement pas de faire deux heures de marche pour aller travailler à Paris ou à Rome mais je consentirai un temps de déplacement plus long ou dans des conditions plus difficiles à Port-au-Prince ou à New Delhi. Et Gregory (2009) évoque la « facilité relative d'atteindre des sites d'activités désirées » (*desired activity sites*) en fonction de la mobilité, de la friction de la distance, de la qualité de vie, du genre...

⁴⁷ Nous reprenons ici le terme utilisé par les auteurs et qui reflètent l'origine nord-américaine de leur réflexion. Un terme francophone plus adapté au contexte français serait « usager ».

« consommateurs » et les caractéristiques des services de soins. Il faut également noter que cette approche repose sur le niveau de satisfaction des « consommateurs » qu'il convient de mesurer à travers des enquêtes de satisfaction auprès des utilisateurs des services de santé (Thomas et Penchansky, 1984).

L'accessibilité spatiale est définie comme résultante de l'adéquation entre la localisation de l'offre des services de santé et la localisation des usagers, compte tenu de la distance réelle, de la possibilité de se déplacer, des moyens et des coûts de transport vers ces services. Mais l'accessibilité spatiale se trouve en interaction constante avec les quatre autres dimensions fondamentales conditionnant la possibilité d'accès au système de santé : la disponibilité (l'adéquation entre le volume et la diversité des services en terme de nombre de structures, nombre de professionnels et les attentes/besoins des usagers), l'accessibilité financière (l'adéquation entre les ressources financières des usagers et le coût réel de l'accès aux services de santé), le degré d'organisation et de souplesse des services de santé (prise de rendez-vous, horaires d'ouverture...) et l'acceptabilité (l'adéquation entre les attentes des usagers et des professionnels et la réalité). Ces cinq dimensions constituent en quelque sorte le « niveau d'adéquation totale » entre l'utilisateur et le système de santé. Elles permettent de qualifier et de quantifier le degré d'accès réel au système de santé et en déterminent l'accès effectif.

Deux dimensions supplémentaires ont récemment été proposées pour compléter la grille de Penchansky et Thomas : *l'intégration territoriale* proposée par Raynaud (2013) dans sa thèse de doctorat et *l'acculturation*⁴⁸, proposée par Saurman (2016) . Elles nous semblent tout à fait aptes à décrire une bonne partie des besoins à prendre en compte dans le domaine de la

⁴⁸ En réalité, Saurman propose le terme anglais de « *awareness* » qui est difficilement traduisible autrement que par le terme français de « conscience ». Ce terme est l'apanage des techniques de méditation ancestrales désormais passées dans le domaine de la psychiatrie et du bien-être sous le terme de « pleine conscience ». Nous avons donc préféré éviter l'ambiguïté et nous référer à un terme plus technique mais qui correspond mieux, à notre sens, à l'interaction de savoir partager entre groupes sociaux... et nous assumons ce fait en pleine conscience.

périnatalité, nous les décrivons donc brièvement ici et nous les avons intégrées dans le Tableau 11.

Deux aspects complémentaires : l'intégration territoriale et l'acculturation

L'intégration territoriale⁴⁹ est une proposition de Raynaud (2013) dans son travail de doctorat portant sur les concepts et mesures d'accès aux soins appliqués notamment au cas du Languedoc-Roussillon. L'auteure avance la nécessité de prendre en compte à la fois les représentations des « *interactions des acteurs dans la dynamique des territoires* » que sont les acteurs de la santé et qui ont pour tâche l'organisation et la déclinaison territoriale de l'offre de soins, en s'appuyant notamment sur l'analyse des besoins ressentis sur le territoire tout autant que les contraintes exercées sur les acteurs eux-mêmes, car « *les professionnels de santé sont des acteurs majeurs créant l'offre de soins qu'ils développent et organisent sur les territoires* » (Raynaud, 2013, p. 105). En périnatalité, cette organisation territoriale est matérialisée, par exemple, par les réseaux de périnatalité dont l'objectif est d'accroître la sécurité autour du moment de la naissance par la mutualisation des professionnels de santé et des établissements intervenant dans le secteur. Il peut s'agir notamment de mise en place de protocoles de transfert de femmes en fonction de difficultés au moment de l'accouchement vers des établissements équipés pour la prise en charge d'urgences médicales obstétriques. Or ces réseaux territoriaux ont connu une mise place difficile historiquement, en France, comme nous le verrons dans la troisième partie (Papiernik et Keith, 1995). Cette interaction entre professionnels-acteurs de santé, usagers et pouvoirs publics nationaux, régionaux et locaux produit des configurations territoriales qui forment des profils d'accès aux soins très différents, comme nous l'avons montré

⁴⁹ L'auteure ne propose pas explicitement le terme « d'intégration territoriale » et nous en assumons donc la pleine responsabilité, au risque de trahir sa pensée. Raynaud discute de « l'interface entre l'ensemble des acteurs et les territoires » (Raynaud, 2013, p. 104).

dans différentes régions européennes (Pilkington et al., 2010) ou, à une autre échelle, en Bourgogne (Combiere, Charreire, Vaillant, et al., 2013).

Saurman (2016) avance de son côté le concept « d'acculturation » avec comme objectif explicite de compléter la grille de lecture de Panchansky et Thomas. Cette notion décrit le niveau de connaissance des praticiens et des patients, aspect qui ne figure pas dans la grille de lecture classique précitée, si ce n'est en filigrane en termes d'acceptabilité des services de soins proposés, et encore. Il s'agit du degré de connaissances réelles des personnes sur les possibilités offertes en termes de soins (par exemple la palette et les différentes options de traitement disponibles), des indications de traitement disponibles ainsi que de l'existence de structures ou d'espaces de dialogues qui favorisent le dialogue entre praticiens et patients. Il s'agit donc du degré d'acculturation des patients sur leur propre condition de « demandant de soins » ainsi que celui des praticiens en tant que « pourvoyeur de soins », une notion qui se situe à l'articulation du capital social des personnes (entendu ici comme le réseau de relations mobilisables par une personne) et de leur capital culturel (entendu ici comme l'ensemble des ressources-connaissances mobilisables par une personne). Ainsi, cette notion qualifie à la fois les connaissances⁵⁰ des patients mais également des praticiens car le colloque singulier médecin-malade n'est pas à sens unique : comme le montrent de nombreux travaux sur le niveau de connaissances des personnes sur les options de traitement disponibles dans le domaine de la cancérologie (Urquhart et al., 2016) ou du VIH/Sida (Bhatta et Liabsuetrakul, 2016; Martel, 2008), le savoir est souvent approprié et véhiculé du côté du patient ou de l'utilisateur, a contrario de la relation de pouvoir verticalisé qui a longtemps prévalu dans la pratique de la médecine,

⁵⁰ Notons au passage qu'il s'agit bien de connaissances et non pas explicitement de représentations des personnes. Dans le cas d'un colloque singulier médecin-malade, nous serions tenté de discuter de la présence de champs de représentations partagées entre le praticien et la personne qui consulte : un accord se fait entre représentation des options de traitements disponibles, par exemple, entre le praticien et ses connaissances, la représentation du praticien et des propres représentations de la personne qui consulte. Ainsi, une femme au capital culturel élevé peut tout à fait imposer le fait d'accoucher à la maison à son gynéco-obstétricien, là où le praticien imposerait d'emblée un accouchement en maternité conformément à la pratique régulièrement établie et acceptable en France, face à une femme au capital culturel moins élevé.

notamment dans les possibilités des patients d'accès à l'information (Fainzang, 2014). Nos propres études déjà évoquées dans le domaine de la périnatalité montrent l'importance dans cette dimension de l'accessibilité aux soins, car elle peut être déterminante dans l'atténuation ou l'aggravation de la distance sociale, facteur essentiel dans ce domaine. Cette acculturation joue aussi bien dans un contexte urbain où la mortalité périnatale et la fréquence des naissances prématurées est en partie conditionnée par le capital social des femmes (Pilkington et al., 2014; Zeitlin et al., 2011) que dans le choix du lieu de naissance en France (Pilkington et al., 2012) ou bien dans le contournement suspecté des infrastructures de santé de proximité en fonction de la qualité supposée des soins à Port-au-Prince, étude discutée plus loin (Pilkington, 2017).

Tableau 11 Dimensions classiques de l'accessibilité selon Penchansky et Thomas (1981) ainsi que les propositions de rajouts de Raynaud (2013) et de Saurman (2016). Avec exemples d'applications dans le domaine de la périnatalité.

<i>Dimension (terme anglais originale)</i>	<i>Caractéristiques théoriques</i>	<i>Exemples en périnatalité</i>
<i>Disponibilité (availability)</i>	Quantité et à la localisation des points d'offre par rapport à la demande	Offre de maternités et autres structures de santé pour la période périnatale
<i>Accessibilité (accessibility)</i>	Capacité de déplacement entre la localisation du patient et des points d'offre (mobilité, transport mobilisable, le trajet à parcourir en temps, en distance et en coût)	Proximité des maternités du domicile des femmes, réseau routier, possibilité de transport, trajet en distance et en temps, etc.
<i>Commodité (accomodation)</i>	Manière dont les structures de soins sont organisées pour l'accueil : horaires d'ouverture, accueil sans rendez-vous, délai d'attente	Difficultés administratives pour accéder à la maternité de son choix, possibilités de suivi par une sage-femme à domicile, etc.
<i>Capacité financière (affordability)</i>	Relation entre le prix des prestations/ce que les individus sont prêts à payer	Niveau de prestations proposées, assurance maladie complémentaire, etc.
<i>Acceptabilité (acceptability)</i>	Caractéristiques sociales et culturelles du patient et des professionnels de santé ; attitudes à l'égard de la santé et du système de santé	« Normes » et médiation culturelles, connaissances et aptitudes et pratiquer le système de santé français, maîtrise de la langue, etc.
<i>Intégration territoriale (Raynaud, 2013)</i>	Représentations et interactions des acteurs dans la dynamique des territoires	Développement et organisation de l'offre de soins par les acteurs de santé sur les territoires : mise en place d'un réseau de périnatalité ⁵¹ , hopsitels...
<i>Acculturation (awareness) – (Saurman, 2016)</i>	Connaissance des services de santé et de leurs indications	Culture médicale croisée des patients et des praticiens, bonnes pratiques médicales, dialogue pluridisciplinaire (entre médecins et sages-femmes, par exemple)

⁵¹ Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Nous reviendrons sur les spécificités des réseaux de périnatalité dans la troisième partie de cette synthèse.

Une formalisation du concept d'accessibilité spatiale

L'approche proprement géographique de l'accessibilité, dite accessibilité spatiale, repose sur une distinction fondamentale entre les deux dimensions de l'accès réel aux services de soins et de l'accessibilité potentielle aux services de soins. Cette approche a par ailleurs connu un réel succès en tant qu'objet de recherche et de représentation visuelle, l'apport de la cartographie étant évidente à la fois pour l'identification des aires géographiques connaissant des difficultés d'accès aux soins et dans la communication des résultats. Guagliardo (2004) a proposé une synthèse abondamment citée dans la recherche des études disponibles sur l'accessibilité spatiale et le Tableau 12 reprend ses principales conclusions, tout en recensant en exemple quelques-uns de nos propres travaux. De manière générale, la plupart des recherches dans le domaine de l'accessibilité aux soins s'interrogent sur la manière dont le contexte influence le choix de recourir aux soins, étant donné les caractéristiques de l'offre de soins et le territoire où vivent les personnes. Ces recherches interrogent de ce fait de quelle manière les caractéristiques individuelles des personnes interfèrent dans cette relation par le truchement des critères de choix des patients, variables explicatives des distances parcourues pour accéder aux soins. Par ailleurs, la diversité des études invite à s'interroger systématiquement sur les hypothèses sous-jacentes au choix des variables décrivant chaque dimension de l'accessibilité.

Tableau 12 Etapes et dimensions dans l'accessibilité aux soins selon Guagliardo (2004) avec des exemples de nos travaux dans le domaine de la périnatalité

	<i>Accès potentiel</i>	<i>Accès réalisé</i>
<i>Dimensions spatiales</i>	<p>Études de distance et de disponibilité qui ne considèrent pas les mesures d'utilisation des services</p> <p><i>Ex : impact de la fermeture des maternités sur l'accessibilité potentielle en France (Pilkington et al., 2008)</i></p>	<p>Études portant sur l'utilisation d'un service croisé avec des facteurs spatiaux</p> <p><i>Ex : impact de l'offre de maternités de niveau III et probabilité d'accouchement dans de telles structures pour des mères d'enfant très prématurés en Europe (Pilkington et al., 2010)</i></p>
<i>Dimensions a-spatiales</i>	<p>Facteurs non-spatiaux qui ne considèrent pas les données sur l'utilisation réelle des services (capacité financière, capital social, etc.)</p> <p><i>Ex : caractéristiques des quartiers de résidence des femmes et fréquence des naissances très prématurées en Angleterre et en France (Bonet, et al., 2013)</i></p>	<p>Études d'utilisation qui considèrent les facteurs culturels et autres facteurs a-spatiaux (capacité financière, capital social, etc.)</p> <p><i>Ex : probabilité de ne pas accoucher dans une maternité de niveau III en fonction de caractéristiques sociodémographiques de mères d'enfants très prématurés en région parisienne (Zeitlin et al., 2008)</i></p>

L'apport de cette grille de lecture est fondamental en ce qu'elle clarifie les étapes et les dimensions de l'accessibilité. Ainsi peut-on distinguer les étapes de « potentiel » de soins ("*potential*" for care delivery), suivi d'une « réalisation » des soins ("*realized*" delivery of care). Le potentiel définit la coexistence d'une population ayant des besoins dans un lieu et à une époque donnée avec un système de soins capable et souhaitant réellement offrir ces soins (*a willing and able healthcare delivery system*) ce qui débouche donc sur un accès réalisé (ou réel) après que toutes les barrières dans l'accessibilité aux soins aient été surmontées (Guagliardo, 2004). Ainsi, d'un point de vue opérationnel, on distingue l'accessibilité réelle aux services de soins où l'on entend une mesure de l'utilisation réelle de ces services, mesurée par une base de données administrative (sur les consommations de soins par exemple) ou bien par des enquêtes déclaratives de fréquentation des services de soins. Et par accessibilité potentielle l'on entend une mesure qui confronte l'offre réel de services de soins sur un territoire concerné avec la localisation de la population ou bien une combinaison quelconque de ces deux mesures.

Cinq « couplets » pour appréhender l'accessibilité spatiale de façon quantitative

Apparicio (2017) recense la diversité des approches utilisées pour étudier l'accessibilité spatiale aux services de soins et distingue cinq couplets de conceptualisations associées à des métriques spécifiques. Nous distinguons ici cinq « couplets » utiles pour l'appréhension et la mesure de l'accessibilité spatiale.

La distance ou le temps minimal d'accès

Le premier de ces couplets est l'étude du temps d'accès minimal ou bien de distance d'accès minimal au service de soins le plus proche. Il s'agit d'une des méthodes d'accessibilité spatiale les plus couramment utilisées dans les études disponibles. La mesure la plus utilisée

dans ce type d'étude consiste à calculer la distance⁵² qui sépare en moyenne une population du service de soins le plus proche ou bien à calculer un temps d'accès moyen en fonction d'un nombre quelconque d'hypothèses de modalités et de conditions de transport (vitesse, type de véhicule, état des routes...). Le calcul est effectué grâce à un système d'information géographique ou bien en utilisant une algorithmique disponible sur en ligne (par exemple Google Maps).

Le calcul de la distance qui sépare une population du service de soins le plus proche ou de l'ensemble de services de soins le plus proche dépend bien entendu de plusieurs facteurs. Par exemple, il convient de s'assurer de la répartition spatiale de la population au sein de l'unité administrative utilisée comme base à ce calcul. Très souvent, en France comme ailleurs, il est d'usage d'utiliser un équivalent de l'échelle de la commune ou bien une sous-division communale pour laquelle sont disponibles les données du recensement, comme celle qui existent en France (IRIS⁵³) ou en Angleterre/Galles (Census Output Areas). Ce type de calcul se fonde l'hypothèse que la population est également répartie sur toute l'étendue spatiale de la commune, ce qui est bien entendu le plus souvent faux. D'autres solutions existent pour pallier ce phénomène, comme par exemple des fichiers géométriques d'unités administratives dont la géométrie a été modifié afin que le centroïde représente le centre de gravité où se situe le point moyen de la population. Différentes méthodes de calcul de la distance sont également disponibles, la plus simple étant le calcul à vol d'oiseau qui ne tient pas compte du réseau routier. D'autres possibilités existent, comme par exemple tenir compte du réseau routier ou bien de corriger, en fonction d'un certain nombre d'algorithmes, la distance réellement parcourue.

⁵² Les calculs de la distance les plus utilisées dans les études sur l'accessibilité spatiale sont la distance euclidienne (à vol d'oiseau), la distance de Manhattan ou « taxi-distance » (en se fondant sur un triangle rectangle) ou la distance basée sur un réseau modélisée quelconque.

⁵³ Pour « îlots regroupés pour l'information statistique »

L'offre totale disponible

Une deuxième stratégie consiste à analyser l'offre totale disponible dans un rayon quelconque autour d'une unité géographique de référence. Cette approche se concentre essentiellement sur l'offre réellement disponible. La difficulté réside dans le choix du rayon d'analyse autour d'un centre défini de l'une unité géographique de référence. Bien entendu, un certain nombre d'hypothèses doivent être émises quant au point de calcul de départ, ou « centre de référence » de l'unité géographique considérée. Mais en pratique on se trouve limité par la géométrie disponible dans les fichiers de fonds de référence cartographiques. Notamment, dans beaucoup d'analyses en France qui s'effectuent à l'échelle de la commune, c'est le centroïde (le centre géométrique de l'unité spatiale de référence considérée) de la commune qui est ainsi souvent utilisé et qui ne correspond pas réellement à l'implantation réels de la population concernée. De plus, la question se pose pour le choix de la taille du rayon dans lequel calculer l'offre de soins ; le plus souvent ce rayon doit être choisi en fonction de la connaissance du contexte territoriale dans laquelle se déroule l'analyse. Par exemple, pour calculer l'offre de maternités à l'échelle de communes en France nous avons choisi d'effectuer des calculs se basant sur des rayons de 15 km, car c'est à cette distance de leur domicile qu'accouche la plupart des femmes dans le pas (Doisneau, 2003; Pilkington et al., 2008). D'un point de vue plus formalisé, il s'agit là d'une mise en œuvre empirique, une distance-seuil⁵⁴, du constat d'une discontinuité spatiale introduisant une rupture des pratiques spatiales individuelles qui nous a servi d'hypothèse pour l'investigation de pratiques de recours aux soins.

⁵⁴ Concept finement décrit par Brunet (2009).

Distance moyenne à l'offre

La troisième approche consiste à évaluer la distance moyenne à une offre de services de soins déterminée auparavant. C'est en quelque sorte le « miroir » du couplet précédent et consiste à examiner le seuil à partir duquel on rencontre un panier de services de soins. Par exemple, il peut s'agir de calculer à quelle distance moyenne se trouve une offre de trois maternités ou plus, à l'échelle des communes en France (Pilkington et al., 2012). Ainsi, il s'agit de déterminer un indicateur numérique de la diversité de l'offre disponible pour la population. Cet indicateur peut concerner un service de soins unique, comme par exemple l'offre de maternités, ou bien peut concerner une mesure de diversité de soins, comme par exemple les soins de santé primaire ou secondaire. Dans ce cas il s'agit d'analyser l'offre cumulée d'un certain nombre de services de soins qui sont considérés comme « essentiels » mais de nature diverse ou bien qui reflète une diversité de l'offre médicale se rapportant à une pathologie, à une population particulière ou bien à une offre qui est considéré comme étant particulièrement intéressante pour l'analyse. Par exemple il pourrait être intéressant de développer un indicateur de diversité de l'offre en matière de soins de santé périnatale se situant à une distance ou à un temps de trajet quelconque : le nombre de pédiatres, le nombre de professionnels de santé exclusivement dirigée vers la population des enfants de moins de 6 ans, le nombre de maternités ainsi que le nombre de centres de PMI. Bien entendu, les mêmes problèmes et les mêmes limites méthodologiques qu'auparavant se posent pour le calcul de ce type de calcul.

De manière générale pour les trois approches que nous avons citées précédemment, c'est l'offre qui est considérée dans les études plutôt que la « demande », pour parler en termes strictement économiques. Autrement dit, la question se pose de savoir si l'on peut adapter la mesure de l'offre en fonction de la localisation de la population pour créer un indicateur qui confronte les deux et qui permette d'apprécier le niveau réel d'accessibilité potentielle, en fonction de la localisation des populations concernées.

Etude simultanée de la localisation de l'offre et de la demande

Le quatrième couplet consiste justement à intégrer simultanément la localisation de l'offre et la localisation de la demande pour tenter de développer des mesures qui concernent ces deux dimensions prises ensemble. Parmi ces indicateurs, ceux fondés sur des modèles gravitaires ou bien sur des métriques plus sophistiquées comme les « *2-step floating catchment areas* » ou 2FCA ont été développés dans la littérature. En France, la mesure de l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes confronte à la fois la demande (c'est-à-dire la population à l'échelle des communes) et l'offre en termes de disponibilité réelle de praticiens en fonction du degré et du niveau d'activité des médecins libéraux (mesuré en nombre de praticiens en équivalent temps plein) ainsi que de la localisation et de l'offre à proximité de l'unité géographique étudiée, dans les communes voisines.

Confronter distance subjectivée et objectivée dans l'analyse de l'accessibilité spatiale

Ce qui précède débouche sur la nécessité de concilier les mesures de distances « objectivées » géométriques et la représentation phénoménologique de la distance ainsi que les opportunités d'accéder à des services de soins désirés pour tenter d'avancer dans l'analyse de l'accessibilité aux soins pour la période périnatale. En effet, aucun des indicateurs précédant, ni la grille de lecture de Penchansky et Thomas, n'intègrent la représentation de l'espace comme élément pouvant influencer l'accessibilité aux soins. L'accessibilité spatiale dans la grille de lecture citée précédemment n'incorpore qu'en filigrane des notions de mobilité, entendue comme opportunités de déplacement et de trajet en termes de distance-coût ou barrières à un déplacement vers un service de soins. Ceci est reflété dans la grande majorité des études qui s'appuient sur cette grille théorique. Or il est bien évident que le trajet vers une structure de

soins est tributaire avant tout d'une *demande* de soins – étudiée depuis longtemps en anthropologie de la santé – mais également et par suite d'une *représentation* du chemin à parcourir vers un lieu. Ce lieu – centre de santé, maternité, hôpital – revêt des caractéristiques qui lui confèrent un certain nombre de qualités désirables ou non, qui lui confèrent un attrait plus ou moins grand et qui impactent sur la notion de « solvabilité » du trajet, élément d'un marché, variables dans l'espace et dans le temps, terme de Lévy (2013) que nous avons déjà évoqué. Il en découle qu'il ne s'agit pas seulement du degré de désirabilité de l'offre de santé qui entre en jeu dans la décision d'effectuer un trajet quelconque mais les caractéristiques mêmes du trajet (de la route, du mode de transport, du coût, du temps météorologique...) qui jouent pour arbitrer et former la décision d'effectuer ou non le trajet. Ces caractéristiques propres au trajet peuvent même prendre le pas sur les autres propriétés attribuables sur la nécessité de recourir aux soins, comme le montre l'exemple parfois dramatiques des conditions de mobilité décrites par Gabrysch et Campbell (2009) et qui débouchent quelquefois sur le décès de la mère et/ou du fœtus. Donc « *il faut bien se demander ce que l'on entend au juste par distance, ce que l'on en fait, qui s'en sert et pourquoi ; quel sens on lui donne* » (Brunet, 2009, p. 14) et réfléchir à une toute autre catégorie comme dimension caractéristique de l'accessibilité : la représentation de la distance qui sera un élément-clé dans la compréhension de la représentation du trajet à effectuer. En effet, une littérature scientifique importante existe déjà sur les éléments déclenchant les comportements de recours aux soins – les recherches sur les parcours de soins, par exemple, que nous avons longuement explorés en thèse de doctorat (Pilkington, 2004). Mais des études sur la représentation des « trajets » manquent, du moins dans le domaine de l'accessibilité aux soins pour la période périnatale dans les pays à haut revenu. Faut-il donc inclure à la grille de Penchansky et Thomas une notion de distance représentée par celle du trajet à effectuer et si oui, comment ?

En effet, la représentation du trajet et la mobilité sur l'accessibilité aux soins a été très peu étudié en France dans le domaine de la périnatalité, si ce n'est de manière indirecte comme en Bourgogne où la modification des flux de femmes allant accoucher a été étudiée et pose des questions en termes de choix du lieu d'accouchement aussi bien que de modalités du trajet (Combiér, Charreire, Vaillant, et al., 2013) ou bien en Seine-Saint-Denis où les barrières physiques peuvent jouer un rôle dans l'accessibilité aux soins, notamment en ce qui concerne les visites prénatales (Charreire et Combiér, 2009). Or, la représentation du trajet semble jouer un rôle essentiel face à la réduction du nombre de maternités en France qui confronte les femmes à une diversification de l'offre de choix (qui est souvent une diminution). La question est de comprendre si l'offre disponible est l'élément-clé dans la prise de décision de se rendre à une maternité donnée ou bien le trajet qui découle de ce choix, ou encore plus vraisemblablement une combinaison des deux. Ainsi, mieux comprendre l'accessibilité aux structures de soins pour la période périnatale nécessite de décrypter deux facteurs essentiels. Premièrement, il convient de mieux comprendre le choix opéré par les femmes en matière de lieux d'accouchement. Deuxièmement, et par suite, il s'agit de mieux comprendre la représentation des modalités qui entrent en jeu quant à la mobilité impliquée par le trajet vers les structures de soins. Il est quelque peu artificiel de séparer ces deux composantes car elles interagissent clairement l'une avec l'autre, jusqu'à un certain point⁵⁵. Cependant, pour les besoins de la démonstration et par souci analytique, nous les traitons séparément dans ce qui suit.

⁵⁵ Par exemple, si je souhaite aller au cinéma mais qu'il se met à pleuvoir fortement, cet événement météorologique aura certainement un impact sur ma décision de rester à la maison ou non (je n'ai pas de parapluie et je me déplace à pied et bien qu'étant d'origine britannique, je ne suis pas pour autant totalement imperméable). En revanche une femme sur point d'accoucher aura moins d'options et devra se rendre à la maternité où elle a choisi d'accoucher en dépit des obstacles sur le trajet, au risque d'accoucher hors structure hospitalière.

Comprendre les modalités du choix du lieu d'accouchement

Comprendre la représentation de la distance et des questions de solvabilités de du trajet implique d'en saisir la portée « en biais » par l'intermédiaire de l'investigation du choix du lieu d'accouchement effectué par les femmes enceintes en fonction de l'offre disponible de maternités. Il s'agit là d'une démarche plutôt pragmatique, car elle peut être effectuée au moyen d'une enquête de nature qualitative ou bien quantitative. Par exemple en utilisant des bases de données telles que l'Enquête Nationale Périnatale, déjà citée (et dont la méthodologie est résumée dans la note de bas de page 20), en France. En effet, cette enquête comporte déjà une question relative au choix du lieu d'accouchement : les femmes peuvent signaler qu'elles ont choisi leur lieu d'accouchement en fonction de la proximité ou de la technicité (par exemple) de la maternité où elles ont donné naissance.

Conceptualiser la notion de choix

Le concept de *choix* peut être décrit comme étant l'opportunité ou le privilège de choisir librement une ou plusieurs options ou modalités qui sont effectivement disponibles pour une personne, à un moment donné. Cette façon de voir n'est pas sans rapport avec la théorie des capacités mise en avant par Sen (1985, 2001). En effet, Sen postule bien dans sa théorie des capacités l'existence de *possibilités* ou de *libertés de choix* pour la vie que l'on désire mener. Ce qui distingue donc bien la nature des différents *fonctionnements* : une femme qui accouche à domicile en France, est le plus souvent une personne à capital culturel élevé, sachant s'entourer de toutes les précautions nécessaires à un accouchement à domicile afin d'éviter des situations dangereuses pour elle et pour son enfant à naître, notamment le risque d'un accouchement hors structure hospitalière si le besoin de se rendre à l'hôpital se matérialise. En revanche, une part des accouchements à domicile en France sont le résultat d'absence de choix au préalable – et donc absence de préparation – qui peuvent mener à des situations désastreuses

pour la santé de la mère et du fœtus. Or, il est à noter que les accouchements inopinés hors structure hospitalière est une situation plus fréquente en milieu rural (Blondel et al., 2011; Combiere et al., 2019) : le lieu de vie et la structure du territoire donnent donc forme à cette capabilité, indépendamment des seuls capitaux social ou culturel.

Ainsi définie, le choix devient une dimension explicative du comportement d'une personne qui révèle des éléments particulièrement probants dans l'analyse de l'accessibilité spatiale : regarder le choix effectivement opéré par une personne (par exemple sur le lieu de l'accouchement en fonction de toutes les options disponibles) révèle la tension – c'est-à-dire le jeu de transaction entre le possible et le réel – entre l'accessibilité potentielle et réelle de la personne. Analyser cette question nécessite le recours à donc d'autres modalités de lecture du comportement, comme la prise en compte de l'ensemble des choix disponibles à un moment donné, développé par Le Grand (1991). Sans entrer dans le détail d'une discussion qui ne fait pas l'objet de cette synthèse, remarquons simplement que le concept de « l'ensemble de choix disponibles » (*choice sets*) est mis en avant par cet économiste en tant que modalité complémentaire de la compréhension de l'équité dans l'accessibilité aux soins⁵⁶. Simplement dit, l'ensemble ou l'étendue des choix dont peuvent bénéficier une personne à un moment donné sont fortement liés au concept d'équité en ce qu'ils révèlent le niveau d'opportunités dont peut réellement profiter un individu sur le point de choisir un recours aux soins, de manière générale et de manière particulière, pour choisir une structure de soins. L'auteur parle de l'équité conçue comme celle d'une « égalités des opportunités » (*equality of opportunities*) dont les niveaux varient en fonction des individus mais également entre groupes sociaux et territoires. Nous avons mis en œuvre cette grille de lecture dans une recherche sur le choix du lieu

⁵⁶ Ce concept a par ailleurs été formalisé mathématiquement par McFadden (1974), en dehors de l'application à l'étude de l'équité. Cette modélisation a notamment été utilisé pour étudier les caractéristiques du choix des femmes en Seine-Saint-Denis en fonction de leur statut socioéconomique, absence ou présence de couverture sociale et niveau de désavantage de leur quartier de résidence (Zeitlin et al., 2008a). Mais la discussion du modèle de McFadden et ses conditions d'applications statistiques dépassent le cadre de cette synthèse.

d'accouchement en France face à la réduction du nombre de maternités (Pilkington et al., 2012) dont nous présenterons plus loin les quelques résultats intéressants pour cette discussion sur les dimensions du choix comme indicateur d'accessibilité.

Représentation des temps de trajets entre le domicile et lieu de l'accouchement

Les travaux sur la représentation du temps de trajet peuvent également fournir des cadres d'investigation sur la représentation du trajet à effectuer pour atteindre une structure de soins qui peut, en retour, conditionner le choix de la structure. Nous nous sommes ainsi attachés à décrire la représentation du temps de trajet chez les femmes en France en 2010 pour aller accoucher en comparaison des temps de trajets estimés par un algorithme publiquement disponible, Google Maps (Pilkington et al., 2018). Les résultats de cette comparaison révèlent une bonne concordance entre la représentation du temps de trajet en milieu rural et périurbain mais une discordance entre les temps représentés et calculés en milieu urbain. De plus, la représentation de la fréquence des temps de trajets « longs » (plus de 30 mn dans cette recherche) était plus élevée en milieu urbain, chez les femmes d'origines étrangères et celles qui n'avaient pas bénéficié d'un suivi prénatal optimal. D'autres études ont montré que les paysages urbains denses pouvaient impacter la représentation du temps de trajet ainsi que l'expérience vécue de la mobilité : les distances paraissent plus courtes en ville par rapport à la campagne (Crompton 2006; Crompton and Brown 2006), ce qui montre l'importance d'étudier l'impact du milieu urbain dans les défauts d'accessibilité spatiale aux soins. Surtout s'il s'agit de populations vulnérables, comme les femmes d'origine étrangères ou habitant dans des quartiers défavorisés (Azria, 2015; Charreire et Combiere, 2009; Pilkington et al., 2018; Poeran et al., 2013).

Deux exemples de recherches sur les modalités de choix

Les deux exemples de recherches qui suivent illustrent des opportunités pour mettre en œuvre une recherche sur les représentations de la mobilité liée aux conditions dans lesquelles s'effectuent les trajets vers les structures de soins.

Choix du lieu d'accouchement en fonction de l'offre disponible

Nous avons appliqué cette grille de lecture afin de tenter de comprendre les logiques de choix du lieu d'accouchement en France face à la réduction du nombre de maternités (Figure 5) entre 1998 et 2003, période charnière qui a vu une réduction de près de 20 % du nombre de maternités sur le territoire métropolitain. En effet, la situation française est paradoxale : alors qu'un nombre important de maternités ont fermé, ce qui a résulté en une contraction spatiale de l'offre de maternités sur tout le territoire⁵⁷, les temps de trajets des femmes pour aller accoucher n'ont pas augmenté (Pilkington et al., 2008). Une étude a noté que les temps de trajets médians n'ont pas augmenté en France entre 2001 et 2010, même s'il existe de fortes disparités entre départements (Baillot et Evain, 2012). La moitié des femmes met moins de 17 minutes pour aller accoucher et la part des naissances à plus de 30 minutes du domicile de la mère est restée stable à 23 %⁵⁸.

⁵⁷ Le nombre de maternités en France est passé de 1747 en 1972 à 1128 en 1981, 816 en 1995, 535 en 2010 et 517 en 2016 (Fresson et al., 2017). Pour la seule période 1998-2003, 20 % des maternités ont fermé sur tout le territoire et l'offre de maternités a baissé de 18 % dans la moitié des régions. La répartition spatiale de l'offre de maternités sur le territoire s'est diluée : plus de 24 % des maternités se retrouvent à plus de 30 km de la maternité la plus proche, contre 17 % en 1998 (Pilkington, Blondel, Carayol, Breart et Zeitlin, 2008). Nous reviendrons plus en détail sur cette situation dans la troisième partie.

⁵⁸ Dans certains départements ruraux (comme la Creuse ou la Lozère), plus de la moitié des femmes mettent plus d'une demi-heure pour aller accoucher en 2010. Dans certains de ces départements peu denses et faiblement peuplés, ce temps de trajet est en hausse par rapport à 2001 (la Haute-Saône, le Lot, le Gers et l'Ariège) mais dans d'autres, le temps de trajet s'est réduit (La Creuse et les Alpes-de-Haute-Provence) ou est resté stable (en Haute-Corse et en Lozère). L'étude de Baillot (2012) signale également que moins de 15 % des femmes ont mis plus de 30 minutes pour aller accoucher en Ile-de-France ou dans le département du Nord, espaces densément peuplés et urbanisés. A l'échelle des communes, on constate également une diminution du temps de trajet pour celles où les femmes mettaient plus de 30 minutes pour aller accoucher en 2001 (un recul moyen de 2 minutes) – cette situation concerne 16 % des naissances totales.

Une étude de cas sur les régions Aquitaine et Midi-Pyrénées (Figure 6) montre bien cette contraction de l'accessibilité spatiale et de l'offre de maternités en fonction de la commune de domicile de la mère⁵⁹. Ces deux régions avaient connu des taux de fermetures de maternités élevées entre 1998 et 2003 : 24,4 % pour l'Aquitaine et 19,5 % pour la région Midi-Pyrénées. La Figure 6 montre la proportion de naissances pour les deux années selon quatre catégories : en vert les communes sans contraintes pour l'accessibilité spatiale et un choix de maternités diversifié (la maternité la plus proche est à moins de 30 km du domicile de la mère et la deuxième maternité la plus proche est également située à moins de 30 km de la première maternité), en jaune les communes sans contraintes d'accessibilité spatiale mais avec un choix appauvri sur la période étudiée (la maternité la plus proche est à moins de 30 km du domicile de la mère mais la deuxième maternité la plus proche est située à plus de 30 km de la première maternité), en orange les communes avec des contraintes d'accessibilité spatiale mais avec un choix « maintenu » sur la période étudiée (la maternité la plus proche est à plus de 30 km du domicile de la mère mais la deuxième maternité la plus proche est située à moins de 30 km de la première maternité) et enfin en rouge les communes ayant des contraintes d'accessibilité spatiale et un choix appauvri sur la période étudiée (la maternité la plus proche est à plus de 30 km du domicile de la mère et la deuxième maternité la plus proche est située à plus de 30 km de la première maternité). La carte montre clairement que dans ces deux régions l'accessibilité spatiale n'a que très peu varié entre 1998 et 2003. L'impact principal de la fermeture des maternités est celui de la réduction de la diversité de l'offre. En effet, les communes sans

⁵⁹ Dans cette recherche, l'accessibilité spatiale était mesurée par la distance (à vol d'oiseau) à la maternité la plus proche. L'offre est caractérisée par le nombre de maternités dans un cercle de 15 km autour du domicile des mères. Les deux questions les plus fréquentes qui surgissent face à ces choix est celle de la valeur du « tampon » de 15 km et celle de la valeur-seuil à 30 km caractérisant une offre de proximité. Nous avons choisi 15 km car cette distance est celle du trajet de la plupart des naissances en France (Doisneau, 2003) et une distance de 30 km regroupe donc la quasi-totalité des naissances en France métropolitaine. De plus, il est légitime de se demander si les calculs à « vol d'oiseau » affecte les résultats mais des recherches montrent que les calculs effectués à l'échelle d'un pays restent robustes par rapport à d'autres méthodologies, ce qui n'est pas le cas dans les régions à réseaux de transports denses ou bien en milieu urbain (Phibbs et Luft, 1995).

contraintes d'accessibilité spatiale mais avec un choix appauvri représentent 11,2 % des naissances en 2003 contre 3,7 % en 1998.

Or, le comportement des femmes en matière de choix du lieu d'accouchement semble avoir été profondément modifié face à la fermeture des maternités (Pilkington et al., 2012), ce qui serait une explication logique à ce « paradoxe ». En effet, nos résultats principaux (et sur la France entière) indiquent qu'un des facteurs les plus importants qui ressortait dans le choix de la maternité où les femmes accouchaient était bien la proximité mais que cette proximité était pondérée par la distance entre la maternité la plus proche et la deuxième maternité la plus proche (une mesure indirecte de l'offre de proximité) ainsi que par d'autres caractéristiques individuelles (l'âge, la parité et le statut socioéconomique). De plus, l'importance de cette différentielle de distance varie en fonction de la distance absolue à la plus proche maternité du lieu de domicile des mères : les femmes habitant loin d'une maternité avaient tendance à effectuer un trajet plus long que d'autres femmes (ce qui est très logique) mais également à choisir une maternité pour une raison autre que celle de la simple proximité. Il est donc possible que les femmes, face à une offre amoindrie, choisissent de privilégier la proximité sur toute autre considération dans le choix (libre, en France) de leur lieu d'accouchement. Et ce choix de la proximité est d'autant plus fréquent chez les femmes les plus jeunes, multipares et ayant un niveau socioéconomique plus bas. Cela rejoint bien les conclusions de Vaguet (2001) qui avait constaté que les mères avec un niveau d'éducation élevé privilégiaient les aspects techniques de la maternité sur la proximité. Au-delà de ces aspects qui relèvent du capital social et du capital culturel des femmes, il est également possible que des questions de mobilités interviennent dans les modalités de choix liés au lieu d'accouchement : le choix de la proximité serait dans ce cas dicté par des possibilités de déplacement. La question de la solvabilité du trajet se pose dès lors en termes de pauvreté de « palette de choix », donc serait celui de la proximité « par défaut ».

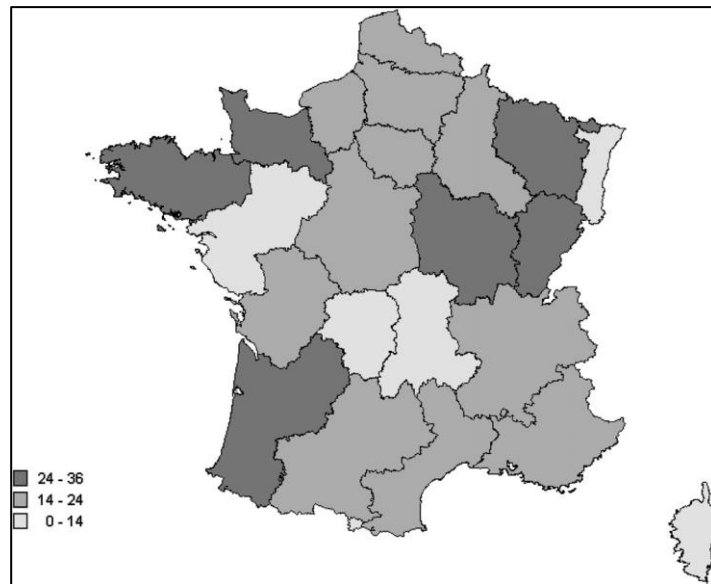


Figure 5 Taux de fermeture (en %) des maternités par régions administratives en France métropolitaine entre 1998 et 2003. Figure tirée de Pilkington (2008).

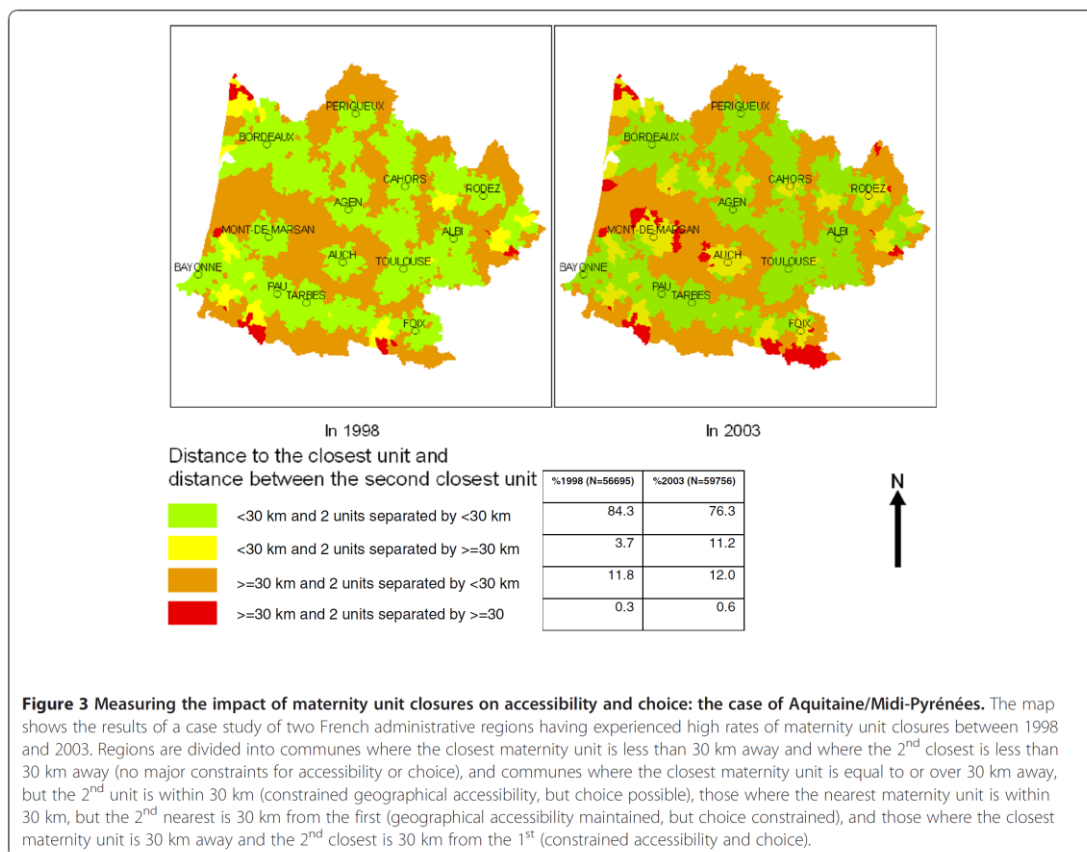


Figure 6 Mesure de l'impact de la fermeture des maternités sur le choix du lieu de naissance et l'accessibilité en Aquitaine et en Midi-Pyrénées. Figure tirée de Pilkington et al., (2012).

Mais la totalité des dimensions, notamment qualitatives (dans le sens de la représentation des modalités) qui rentrent dans le choix d'une maternité (ou de tout autre service de santé) restent difficiles à modéliser et cette étude ne peut répondre à l'ensemble des questionnements ni comprendre les processus complexes de choix sur le lieu d'accouchement. Il importe donc d'intégrer des éléments de représentations de la distance dans la modélisation du choix mais également des éléments de représentations de la qualité représentée des structures de soins et d'opportunités de mobilité liées aux caractéristiques du trajet à emprunter pour accéder aux soins.

Qualité représentée des structures de soins et contournement à Port-au-Prince (Haïti)

C'est bien le sens d'une partie de nos travaux actuels (Pilkington, 2017) sur les variations intraurbaines sur la qualité et l'accessibilité spatiale des services de soins à Port-au-Prince (Haïti)⁶⁰, contexte bien éloigné géographiquement et socialement de la situation française. Ces interrogations ne portent pas sur des maternités mais elles posent des questions similaires : la proximité d'une structure de soins implique-t-elle nécessairement un recours à cette structure ? Notre interrogation sur la variabilité dans la qualité des structures de soins se fonde sur le constat que l'offre de structures seule (leur seule disponibilité physique) ne garantit pas une bonne accessibilité pour la population à ces services essentiels. Ce constat est d'autant plus pertinent qu'il se vérifie également dans des contextes d'offre réduite (Yaffee et al., 2012) mais aussi en situation post-crise/catastrophe (Akachi, Tarp, Kelley, Addison et Kruk, 2016).

⁶⁰ Le projet dans lequel s'insère cette recherche « Port-au-Prince : entre vulnérabilités et croissances urbaines, constructions d'une métropole caribéenne – Programme de recherches dans le champ de l'urbain (PRCU) » est décrit dans le volume 2 de ce mémoire de HDR.

Nous nous sommes donc intéressés à l'ensemble de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince⁶¹, espace urbain vulnérable (Milian et Tamru, 2018). Nos résultats préliminaires montrent une concentration excessive de services de soins dans l'aire métropolitaine de la capitale haïtienne (Figure 7) qui ne se traduit pas par une mesure globale de qualité correspondante à l'offre⁶². Et d'après des résultats préliminaires d'une enquête qualitative sur les modalités de recours aux soins dans plusieurs quartiers de l'aire métropolitaine (Figure 8), les habitants font état de choix de structures de soins liés principalement à la proximité mais également à la qualité et au niveau de sécurité supposés de ces structures. Ces résultats nécessitent d'être creusés davantage pour étayer l'hypothèse que la « proximité ne fait pas tout » dans les modalités de recours aux soins ainsi que la représentation du trajet à effectuer, dans des conditions parfois très dangereuses, et son impact sur le choix de la structure de soins. La recherche dans un tel contexte pose par ailleurs des défis méthodologiques et pratiques redoutables (Yapi-Diahou, 2003).

⁶¹ L'extension de l'aire urbaine de cette enquête permet ainsi de saisir la diversité dans la composition du tissu urbain et de l'organisation sociospatiale de Port-au-Prince, un contexte marqué par une pléthore d'interventions « humanitaires » peu ou mal coordonnées aux contours spatiaux « flous » (Lombart et al., 2014).

⁶² L'analyse préliminaire des données montre qu'une bonne partie des structures de santé, tous niveaux confondus, se trouve à Port-au-Prince (N=331, soit 34 % de l'ensemble du pays). La majorité des structures de santé de niveau supérieur se trouve également dans l'aire urbaine : hôpitaux (30 %) et centres de santé avec lits (12 %). En revanche, cette offre plutôt fournie en comparaison du reste du pays ne se traduit pas par un niveau de qualité correspondant. Seuls 35 % des structures de santé de Port-au-Prince offrent des prestations reconnues comme étant des « services de base » (définie par l'OMS), contre 52 % sur l'ensemble du pays. De plus, la proportion des structures de santé présentant une panoplie complète de cette « infrastructure de base » n'est pas en adéquation avec la taille de la population desservie. Par exemple, alors que 79 % des structures de santé présentent une source d'eau améliorée (contre 65 % à l'échelle du pays), l'ensemble de l'aire métropolitaine concentre près d'un quart de la population haïtienne. Indication très révélatrice de cette situation de sous-offre, seuls 36 % des structures de santé proposent une forme quelconque de transport d'urgence (contre 42 % dans le reste du département de l'Ouest). Les structures de santé de l'aire métropolitaine sont également systématiquement sous-dotées en matière d'offre « d'équipements de base » (définie par l'OMS) : seuls 45 % disposent d'une balance pour enfant et 49 % d'un pèse-bébé, par exemple. Cette situation relègue les structures de santé de Port-au-Prince en dernière position du pays pour ces deux équipements. L'étape suivante de l'analyse de ces données est en cours, celle de la description des variations intraurbaines de l'offre de structures et de la disponibilité des services de base. (Pilkington, 2017).

Conséquences théoriques et méthodologiques des approches actuelles de l'accessibilité aux soins

Que retenir de ce rapide tableau des enjeux théoriques et méthodologiques dans l'analyse de l'accessibilité spatiale aux maternités pour la période périnatale ? Il ne fait aucun doute que la recherche sur l'accessibilité spatiale fait l'objet d'avancées méthodologiques à l'heure actuelle dont le raffinement mathématique mais également conceptuel témoignent de l'intérêt porté à ces sujets par de nombreux chercheurs de champs scientifiques variés. Ainsi, aussi bien les épidémiologistes, désormais convaincus de la démarche incluant analyse spatiale et cartographie que les économistes (spatiaux ou non), férus de planification sanitaire, s'appuient sur des indicateurs qui se soucient de la distance que parcourent les femmes pour aller accoucher, de l'offre disponible que des conditions de déplacement (comme le réseau routier). En revanche, ces avancées se situent dans un paradigme très quantitativiste et dominé par des métriques d'allocation spatiale des ressources sur le principe d'une équité entendue comme la présence effective d'une égale accessibilité sur le territoire métropolitain : la prééminence de la proximité comme fin en soi. Il nous faut donc interroger cette exigence de proximité dans le débat politique et sociétal français à l'heure actuelle pour en saisir la portée et dépasser les contradictions où s'enferment la réflexion.

De plus, la distance « objectivée » établie comme mesure suprême de la difficulté dans l'accessibilité spatiale semble prioritaire sur la distance « subjectivée », dans la littérature scientifique. Pourtant, la mesure de l'appréhension phénoménologique de la distance et les calculs de « solvabilités » nécessaires restent incontournables dans la compréhension des possibilités offertes aux femmes face à l'offre territoriale de soins qui est la leur. L'approche par la prise en compte de la représentation des choix des femmes sur le lieu de leur accouchement en fonction de l'ensemble des possibilités qui leur est ouvert ainsi que l'exploration de la représentation du trajet à accomplir est certainement une piste à explorer.

Comment concilier dès lors ces approches de l'offre de soins spatialisée au regard des besoins de la population ? Autrement dit, quelle est l'échelle et la forme pertinentes d'analyse de l'offre disponible dans un territoire qui ferait sens dans une approche complète et intégrée de l'accessibilité spatiale aux maternités ? C'est ce questionnement que nous abordons dans la troisième partie de cette synthèse.

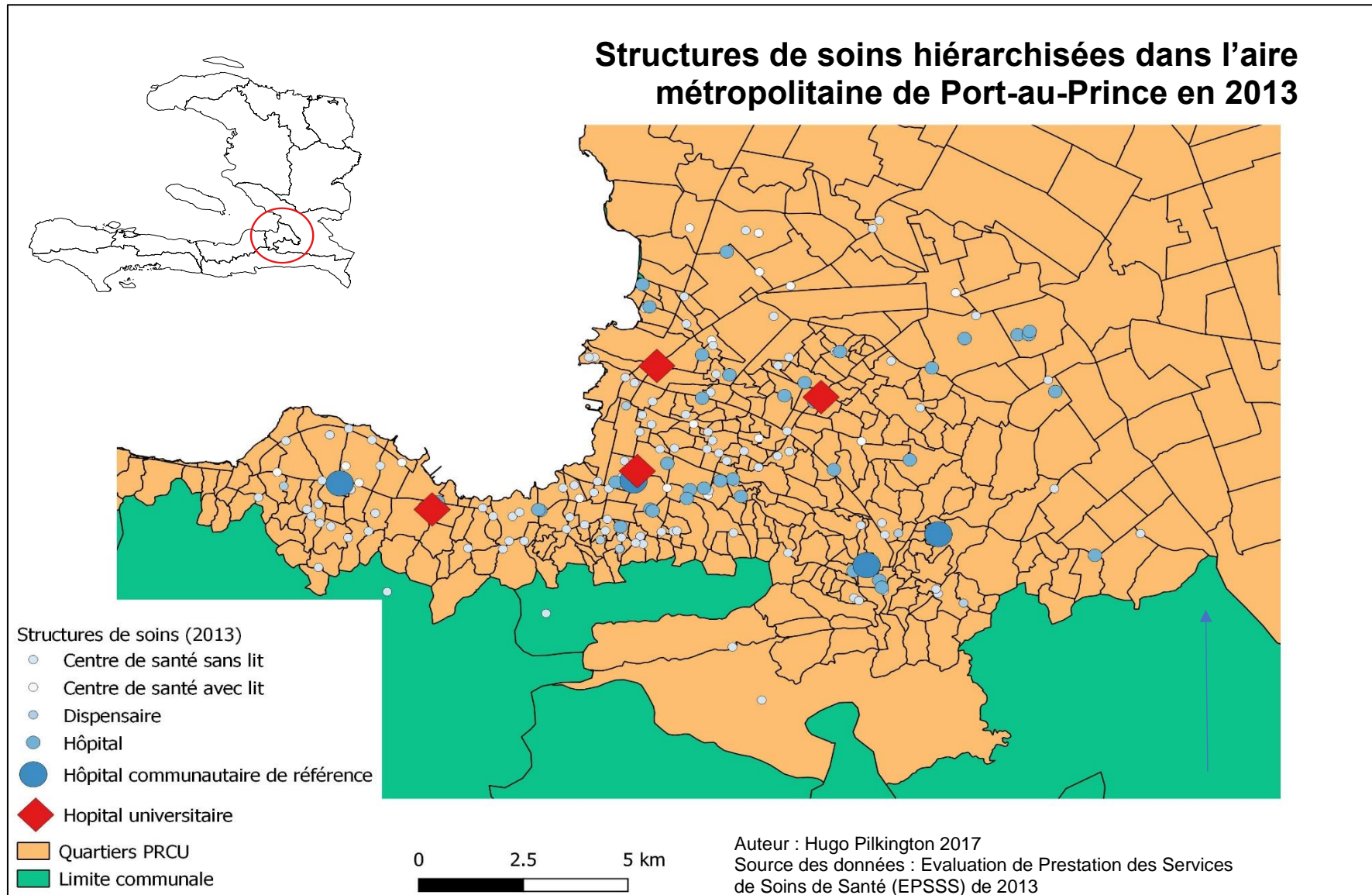


Figure 7 Répartition spatiale et hiérarchie des structures de soins de l'aire métropolitaine de Port-au-Prince (Haïti) en 2013

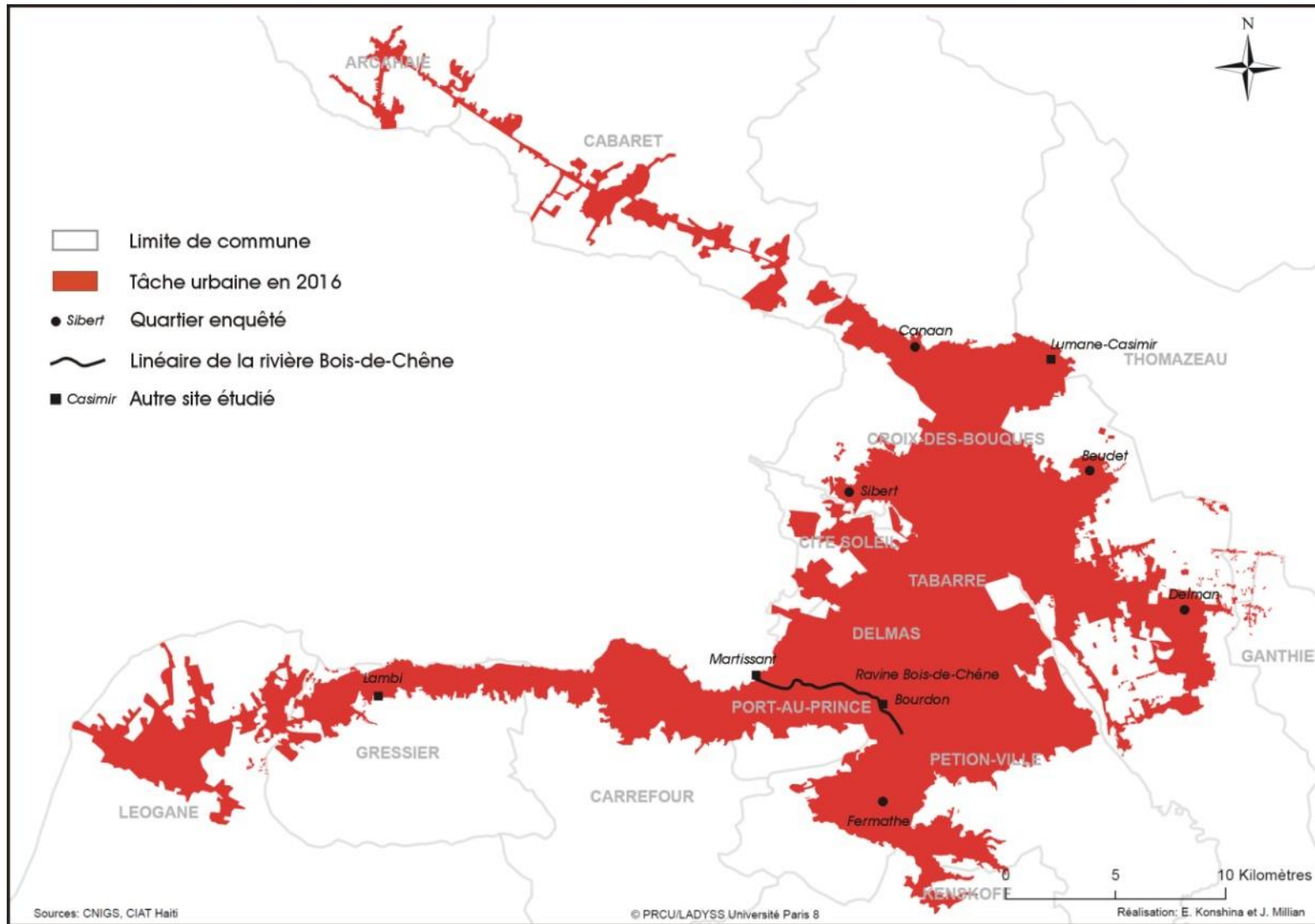


Figure 8 Aire métropolitaine de Port-au-Prince et secteurs d'étude. Figure tirée de Milian et Tamru (2018)

Troisième partie : L'accessibilité spatiale aux maternités en France, un enjeu territorial

« Je n'ai pas voulu dire : « Voilà ce que je pense », car je ne suis pas encore très sûr de ce que j'avance. Mais j'ai voulu voir si ça pouvait être dit, et jusqu'où ça pouvait être dit, et, bien sûr, ça risque d'être très décevant pour vous. Ce qu'il y a d'incertain dans ce que j'ai écrit est certainement incertain. »

Michel Foucault (1994), *Dits et Ecrits Tome III*

La troisième partie de cette synthèse est beaucoup plus prospective que les deux précédentes et certainement pas prescriptive. Cette partie correspond à des pistes, des hypothèses à explorer et des volontés en matière d'orientations de recherches futures (y compris en matière d'encadrement de thèses). Il faut donc voir cette partie comme une amorce de discussion où les deux premières nous ont logiquement conduit et quelles réflexions sont les nôtres à ce stade. A ce titre, comme le dit l'expression commune, il y a sans doute à « prendre ou à laisser ».

L'accessibilité spatiale aux maternités en France, un enjeu socio-spatial

Les inégalités socio-territoriales décrites dans les deux premières parties de cette synthèse montrent que l'enjeu de l'accessibilité aux maternités pour les femmes enceintes revêt parfois le caractère d'une véritable « épreuve spatiale » (Lussault, 2010) aux conséquences très réelles en matière de santé périnatale péjorée, notamment parce que la distance n'a pas la « même valeur pour toutes les femmes » (Vigneron, 2001). Or c'est bien la prise en compte de la dimension spatiale de l'organisation des services de soins pour cette période si particulière

qui est interrogée dans les politiques de périnatalité qui ont vu le jour au fil des ans en France, notamment leur insistance sur la proximité entre la population et les structures de soins, au nom d'une accessibilité qui se veut de nature égalitaire – une égalité territoriale dans l'accès effectif aux soins, en somme.

L'accès effectif au système de soins est donc considéré comme un enjeu d'équité en santé⁶³. Le troisième plan périnatalité de 2005-2007 avait mis en avant la nécessité d'une égalité d'accès à des soins adaptés pour les femmes enceintes et leur enfant en liant notamment de manière explicite la sécurité autour du moment de la naissance à la proximité des femmes au dispositif de suivi pré- et postnatal dans le cadre de dispositifs spécifiques, dont les « réseaux de périnatalité »⁶⁴ (Breart, Puech et Rozé, 2003; Puech, Pauchet-Traversat et Patureau, 2007). Mais à la fin de la décennie, la Cour des Comptes a émis le constat que le plan périnatalité 2005-2007 n'avait que partiellement été implémenté, tout en soulignant les disparités régionales de mortalité infantile importantes en France, ainsi que de grandes variations entre départements dans la mise en œuvre des recommandations du plan (Cour des Comptes, 2012). Ce rapport a été suivi d'un autre sur les maternités en 2014 qui évoque des lacunes dans l'offre de santé périnatale en France, notamment la « sécurité de la naissance » qui doit encore être améliorée. Le rapport souligne de fait des inquiétudes liées à la démographie médicale qui va de pair avec (et qui est en partie expliquée par) des « *problèmes de sécurité parfois aigus, en particulier dans les établissements ou les zones géographiques les moins attractifs ou les plus isolés* ». Cette situation est doublée du constat d'une réorganisation peu cohérente et inaboutie des

⁶³ Une discussion précise sur la nature de l'équité dans la répartition spatiale de l'offre de soins dépasse le cadre de cette synthèse.

⁶⁴ Le premier décret du 9 octobre 1998 (modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale – voir la note de bas de page 38) avait préconisé une organisation en réseau des établissements dans le but de permettre aux parturientes d'accoucher dans la maternité la plus adaptée au niveau de risque associé à leur grossesse, les établissements étant liés entre eux par des conventions. Ces réseaux de santé en périnatalité permettent l'identification des facteurs de risque pour la mère et pour l'enfant en cours de grossesse, et leur orientation (autant que possible in utero pour l'enfant) vers une structure adaptée aux besoins estimés de l'enfant.

maternités en niveaux de spécialisations (voir le Tableau 8), nécessitant une « *optimisation de la carte et du rôle des réseaux de périnatalité* », pour la prise en charge des grossesses et des accouchements qui le nécessitent, dans les maternités de niveau III (Cour des Comptes, 2014, p. 10-11). Dès lors, il est facile de comprendre les multiples interrogations qui ont surgi autour de l'accessibilité des maternités, de l'organisation des services et de la prise en charge des femmes enceintes, comme le dit explicitement le titre d'un éditorial paru dans une revue spécialisée, « *Faut-il craindre les fermetures et fusions de maternités en France ?* » (Blondel et Zeitlin, 2013). C'est donc en tenant compte de ce contexte qu'il faut interroger la spatialisation des structures de soins dédiées à la santé périnatale en France, en ce qu'elle relève certainement de la structuration territoriale d'une politique de santé mais également de pratiques, us et coutumes et d'une historicité propre à cette construction socio-spatiale.

Proposition : l'organisation de la santé périnatale en France est un dispositif spatial

La proposition que nous faisons ici est assez simple. Quelques-unes des interrogations suscitées dans les parties précédentes trouveraient une lecture beaucoup plus pertinente si nous acceptons de considérer la périnatalité comme un dispositif spatial, « dispositif » étant entendu au sens foucauldien du terme (Foucault, 1971, 1976a, 2003), reformulé en géographie par Lussault (1998), véritable « importation » d'un concept lié à la question du politique (Dumont, 2011) ; un système qui déploie discrètement un pouvoir et des normes en les inscrivant matériellement en des lieux bien précis, les maternités et les réseaux de périnatalité. De plus, plutôt que de se concentrer, en matière de recherche, uniquement sur les implications de ce dispositif spatial autour de la santé périnatale en termes d'aménagement du territoire et de jeux d'acteurs ainsi que de représentations d'usagers des politiques publiques qui s'ensuivent face au déploiement de ce dispositif spatial – approche qui garde tout son intérêt – nous proposons de considérer le dispositif spatial de périnatalité comme étant un des opérateurs spatiaux

constituant un déterminant⁶⁵ pertinent (au sens épidémiologique du terme) et une échelle pertinente auxquels étudier les issues de santé périnatale en France, puisqu'ils produisent du territoire qui est doté de contraintes pour l'accessibilité aux soins de santé périnatale⁶⁶.

Autrement dit, nos deux hypothèses sont : que la santé périnatale en France constitue un dispositif spatial (i) et que ce dispositif spatial a des effets mesurables sur les issues de santé périnatale et devrait donc en constituer une échelle pertinente d'analyse (ii). Il n'est pas pertinent de procéder ici à longue démonstration de la formulation de ces deux hypothèses liées car ce serait l'objet de tout un programme de recherche ici proposé. Aussi, nous allons nous contenter de fournir un éclaircissement rapide des concepts et des termes que nous employons avant d'esquisser quelques intuitions de pistes de recherches possibles dans ce domaine.

Qu'est-ce qu'un dispositif spatial ?

Le concept de dispositif chez Foucault

Michel Foucault définit un dispositif – terme classique de la philosophie⁶⁷ – en ces termes :

Ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions

⁶⁵ Il n'y a bien entendu aucune velléité de déterminisme dans l'utilisation de ce terme que nous employons ici, faute de mieux, dans son acception usuelle en épidémiologie : un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit isolément, soit en association avec d'autres facteurs. La causalité en épidémiologie et en géographie de la santé mériterait toute une discussion qui dépasse l'ambition de cette synthèse.

⁶⁶ Raffestin (2005) considère ainsi la construction du territoire : « *le territoire est une production à partir de l'espace [...] or, la production, par tous les éléments qu'elle met en jeu, s'inscrit dans un champ de pouvoir* », cité par Dumont (2011) qui ainsi compris est un jeu de relation débouchant sur un système territorial doté de propriétés qui peuvent l'objet notamment d'analyses spatiales.

⁶⁷ Agamben (2014, p. 8, 11) note qu'en réalité, Foucault ne donne pas vraiment de définition de ce terme. Alors que le terme de dispositif recouvre dans le langage commun trois acceptations différentes qui se retrouvent également dans la pensée de Foucault : un sens strictement juridique, un sens technologique et un sens militaire. Foucault utilise initialement le terme de « *positivité* ».

philosophiques, morales, philanthropiques, bref : du dit, aussi bien que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entre ces éléments. (Foucault, 1994)

C'est au cours de ce même entretien, initialement paru dans *Ornicar ? Bulletin périodique du champ freudien* en 1977⁶⁸ que le philosophe rajoute deux autres descriptifs à la notion de dispositif : d'une part, qu'il existe un « *lien entre ces différents éléments hétérogènes* », étant entendu qu'un même élément peut servir à la fois comme programme (d'une institution, par exemple) ou bien comme justification (ou de masque) d'une pratique ; d'autre part, que le dispositif est une « *formation, qui, à un moment historique donné, a eu pour fonction majeure de répondre à une urgence. Le dispositif a donc une fonction stratégique dominante* » comme le démontre le champ de la psychiatrie institutionnelle (« *contrôle-assujettissement de la folie* ») ou le recours à l'emprisonnement pour les criminels car à une époque donnée « *les mesures de détention sont apparues comme l'instrument le plus efficace, le plus raisonnable que l'on puisse appliquer au phénomène de la criminalité* »⁶⁹. Dans son entretien dans le premier numéro de *Hérodote* en 1976, Foucault précise également que « *la description spatialisante des faits de discours*⁷⁰ ouvre sur l'analyse des effets de pouvoir qui leur sont liés » avant de lancer sa célèbre conclusion (pour les géographes), « *la géographie*

⁶⁸ Toutes les citations, en italiques, proviennent de cet entretien reproduit dans le texte no. 206 du tome III de *Dits et Ecrits* de Foucault (1994). Nous le signalons ici afin d'éviter d'alourdir inutilement la lecture.

⁶⁹ Cette notion de formation (discursive) à un moment donné renvoie au concept foucauldien d'*épistémè*, développé dans *Mots et les Choses* (Foucault, 2005). Foucault établit à la fois une continuité et une limite entre son premier concept et celui de *dispositif* mais en fait une distinction fondamentale qui le sépare de ce dernier, celle de l'existence d'une *stratégie* toujours inscrit dans un jeu de pouvoir qui est donc le caractère distinctif et l'apanage du dispositif. Ainsi, le dispositif est « *toujours lié aussi à une ou à des bornes de savoir, qui en naissent mais, tout autant, le conditionnent* » (autrement dit il est lié à l'*épistémè*) et est donc constitué d'autres choses que de simples pratiques discursives, ses « *éléments étant beaucoup plus hétérogènes* » (Foucault, 1994).

⁷⁰ Etant entendus donc comme figurant parmi les éléments hétérogènes d'un *dispositif* – qu'il ne nomme pas en tant que tel dans cet entretien. Foucault décrit plutôt son concept de panoptisme, « *un ensemble de mécanismes qui jouent parmi tous les faisceaux de procédure dont se sert le pouvoir* », qu'illustrent brillamment la surveillance de groupes scolaires ou de malades ou bien encore l'appareil policier de l'administration napoléonienne et son « *regard universel* » (Lacoste, 1976, p. 79-80).

doit bien être au cœur de ce dont je m'occupe. » (Lacoste, 1976, p. 85)⁷¹. Finalement, le dispositif peut avoir pour finalité le contrôle ou la gouvernementalité des corps, ce que Foucault développera plus tard en tant qu'analyse du « *gouvernement de la multiplicité* » (Raffestin, 2005) sous la non moins célèbre appellation de « bio-pouvoir » : « *l'ensemble des mécanismes par lesquels ce qui, dans l'espèce humaine, constitue ses traits biologiques fondamentaux va pouvoir entrer à l'intérieur d'une politique, d'une stratégie politique, d'une stratégie générale de pouvoir.* » (Foucault, Ewald et Fontana, 2004, p. 3). Et un de ces mécanismes est justement le déploiement territorial d'un dispositif de contrôle, d'incitation, d'encouragement, de régulation et d'encadrement par un système de normes (on choisira le terme le plus approprié en fonction du problème) de la régulation du *corps-espèce*⁷² que constitue le renouvellement de la population. La pensée de Foucault autour des dispositifs de savoir/pouvoir et cette notion de gouvernementalité ne manquent donc d'interpeller d'emblée les géographes soucieux des manifestations matérielles – la matérialité – des politiques de santé sur les territoires. Par exemple, une manifestation de ces mécanismes est celle de la mise en place en France de politiques natalistes et de ses retombées en matière de contraintes subtiles sur l'organisation et la prescription des normes liées au lieu d'accouchement, au début du XX^{ème} siècle, sur lesquels nous reviendrons plus loin. Or, pour fonctionner, ces politiques, ces pratiques et ces normes ont besoins de structures dans lesquelles elles incarnent ce duo de savoir et de pouvoir, les institutions.

⁷¹ Cette citation est même mise en épigraphe de l'entretien mené avec Yves Lacoste. Pourtant, pendant la quasi-totalité de l'entretien, Foucault se défend d'un quelconque lien explicite ou privilégié avec la géographie en avançant, par exemple, que son utilisation du mot *champ* renvoi à l'économie et au droit ou que son emploi du mot *région* renvoi plutôt au domaine militaire ou fiscal... Il est vrai qu'il esquisse, à la toute fin de l'entretien, un programme futur de recherche sur l'armée comme « *matrice d'organisation et de savoir* » où ses « *préoccupations* » pourraient rejoindre les méthodes des géographes avant de conclure par la célèbre citation qui en constitue la dernière phrase du texte retranscrit (Lacoste, 1976, p. 85).

⁷² Genel (2004) explique que dans *La volonté de savoir*, Foucault

souligne qu'à partir de la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle, la vie de l'espèce humaine devient l'enjeu des stratégies politiques, marquant le « seuil de modernité biologique d'une société ». On voit apparaître des techniques de pouvoir, des mécanismes régulateurs ou assurantiels, qui encadrent la vie des corps-espèces et contrôlent les processus biologiques affectant les populations. C'est ce que Foucault nomme la « bio-politique » dans le dernier chapitre de la Volonté de savoir. (Foucault, 1976b)

Foucault est particulièrement attentif aux *institutions* et de leur rôle dans les dispositifs. Ces institutions sont de nature très variée : école, caserne, hôpitaux, familles ; ces institutions sont « *tout comportement plus ou moins contraint, appris. Tout ce qui, dans une société, fonctionne comme système de contrainte, sans être un énoncé, bref, tout le social non discursif, c'est l'institution.* » (1994). L'institution pour Foucault n'est donc pas simplement un « corps constitué » matérialisé par une structure matérielle. Elle l'est, bien entendu mais en même temps elle dépasse sa simple existence en tant qu'objet matériel pour incarner une abstraction utile, opératoire et qui contraint l'individu, que celui-ci soit femme (en tant que femme enceinte ou en tant que mère, par exemple) ou bien citoyen(ne) dans son rapport à l'hôpital qui est bien un lieu mais également une abstraction qui agit sur la société (et qui structure un territoire). Il définit ainsi la notion d'institution de deux manières successives au cours de son œuvre (Sauvêtre, 2009). Dans une première phase, en partant de l'analyse de la mise en place de la médecine clinique et de la psychiatrie institutionnelle, il s'intéresse à l'institution comme structure concrète matérialisant la répression au service d'un discours normalisateur (notamment de la clinique) et qui ont pour rôle la correspondance des pratiques de répression aux discours. Puis dans une deuxième phase, Foucault s'intéresse à l'écart entre la rationalité du discours que tient l'institution sur elle-même et la rationalité de l'exercice effectif de son fonctionnement, ouvrant le champ à l'étude d'une *microphysique du pouvoir* plutôt que celle de l'institution en elle-même. Par exemple, c'est le gestuel et la position du corps de l'élève qui sera l'objet de l'étude en ce qu'ils révèlent des relations de pouvoirs dans l'institution qu'est l'école plutôt que l'école en tant qu'institution vouée à dispenser le savoir qui intéresse Foucault. Cette approche a toute son importance pour nous en ce qu'il va de pair avec l'émergence chez l'auteur de l'étude de contraintes institutionnelles sur les corps des individus, contrainte qui s'exerce de manière continue et notable dans le domaine de la périnatalité. Ainsi, ne faisant pas de différence entre « *l'École militaire par Gabriel, et la construction de l'École*

militaire elle-même », la principale chose qui intéresse Foucault est l'incarnation d'un rapport de pouvoir en un lieu donné (les « petits lieux » comme l'usine ou la salle de classe) sur le corps des individus. De même manière, la maternité en tant que structure hospitalière et le véhicule que représente cette institution dans l'imaginaire collectif impose, dans le discours nataliste dominant depuis le début du XX^{ème} siècle en France, un accouchement dans un tel lieu. Le corps des femmes est donc contraint en ce sens au nom de tout un appareillage discursif invoquant notamment la sécurité du moment de l'accouchement et son corollaire, la proximité⁷³. On voit donc les points de jonction possible entre la pensée foucauldienne de la contrainte et des pratiques contraignantes, notamment dans le domaine la médecine, qui préoccupera longtemps le philosophe (notamment la psychiatrie).

Agamben (2006, 2014) reprend et densifie le concept de dispositif. Chez cet auteur, le dispositif est érigé au rang de terme technique essentiel dans la pensée de Foucault. En partant d'une généalogie du terme et des complexes ramifications chez des auteurs dont Foucault emprunte sa terminologie⁷⁴, Agamben souhaite dépasser la pensée foucauldienne en posant une distinction fondamentale entre « *les êtres vivants (ou les substances), de l'autre les dispositifs à l'intérieur desquels les êtres vivants ne cessent d'être saisis* » (Agamben et Rueff, 2006, p. 29). Il propose donc d'élargir le concept. Pour lui, le dispositif est :

(...) tout ce qui a, d'une manière ou d'une autre, la capacité de capturer, d'orienter, de déterminer, d'intercepter, de modeler, de contrôler et d'assurer les gestes, les conduites, les opinions et les discours des êtres vivants. Pas seulement les prisons donc, les asiles, le panoptikon, les écoles, la confession,

⁷³ Il n'est bien évidemment pas question de remettre en cause ici la sécurité au moment de l'accouchement, ce serait un non-sens. Il s'agit d'interroger les discours sur les conditions dans lesquelles cette sécurité peut s'exercer qui prennent des formes multiples dans le monde.

⁷⁴ Et notamment à la théologie chrétienne, par le truchement de *l'oikonomia* qui deviendra chez les pères latins de l'Eglise le *dispositio* dont les dispositifs foucauldien sont « articulés », par héritage. Foucault aurait trouvé le terme qu'il utilise initialement, la « positivité », dans des écrits de son ancien professeur (et « maître ») de khâgne et de l'Ecole normale supérieure, Jean Hyppolite (Agamben et Rueff, 2014, p. 12). Le terme de dispositif place Foucault dans une grande proximité sémantique de Hegel et de Heidegger (Agamben et Rueff, 2006, p. 28).

les usines, les disciplines, les mesures juridiques, dont l'articulation avec le pouvoir est en un sens évidente, mais aussi, le stylo, l'écriture, la littérature, la philosophie, l'agriculture, la cigarette, la navigation, les ordinateurs, les téléphones portables, et, pourquoi pas, le langage lui-même, qui est peut-être le plus ancien dispositif dans lequel, il y a plusieurs milliers d'années, un primate, probablement incapable de se rendre compte des conséquences qui l'attendaient, eut l'inconscience de se faire prendre. (Agamben et Rueff, 2006, p. 29-30)

Agamben développe donc le concept de dispositif en lui conférant une acceptation plus large, plus diversifiée que ne l'était celle de Foucault : d'autant plus que le « *développement infini des dispositifs de notre temps correspond un développement infini des processus de subjectivation* ». L'individu est à la fois femme enceinte, future mère, usagère d'un système de santé souhaitant accéder aux soins mais également habitante d'une commune rurale isolée, migrante, etc. qui sont autant de prises possibles des dispositifs pluriformes⁷⁵. De sorte « *qu'il n'y ait plus un seul instant de la vie des individus qui ne soit modelé, contaminé, ou contrôlé par un dispositif.* » (Agamben et Rueff, 2006, p. 30). Or, si ces dispositifs sont à ce point développés à l'heure actuelle, l'une des raisons de cette infinie extension se trouve vraisemblablement dans leur capacité de déploiement dans l'espace des sociétés, sous forme de dispositif spatial. Cette approche n'a pas manqué de servir de point d'ancrage (même indirectement) à la pensée géographique en France et ailleurs, notamment par une relecture spatialisée des propos d'Agamben sur des dispositifs qu'il qualifie lui-même de « géographies d'exceptions »⁷⁶ (Agamben, 1997) et constituent une manifestation territoriale de la bio-

⁷⁵ Agamben mentionne les « utilisateurs de téléphones portables » (objet dont la prévalence de l'usage semble d'ailleurs l'obséder) ainsi que les « danseurs de tango », à chacun ses références...

⁷⁶ Les auteurs anglophones parlent de *spaces of exception* (espaces d'exception) ou de *state of exception* (état d'exception) dans la pensée d'Agamben.

politique à l'ère de la gouvernamentalité occidentale moderne (Leibovici, 2005; Minca, 2007; Peters, 2014)⁷⁷.

L'apport de la dimension spatiale par Lussault

La notion de dispositif spatial en tant que telle est peu formalisée en géographie. Reprenant la définition de Foucault, Lussault (1998) avance que le dispositif spatial est « *un ensemble d'éléments hétérogènes, activé par une institution stratégique qui vise à produire des effets normatifs sur les individus* » par l'intermédiaire du territoire qui articule la matérialité et les rapports de pouvoirs. Plus, Lussault va jusqu'à dire que pour Foucault⁷⁸, « *la conjonction du savoir et du pouvoir – qui permet à la force et au pouvoir de se cristalliser dans des savoirs – se réalise dans des dispositifs spatiaux* » (Lussault, 2013) et, par suite, dans des opérations spatiales telles que l'implantation, le déplacement, la délimitation... En effet, un ensemble d'institutions détentrices d'une autorité et détentrices de savoirs (comme par exemple une agence régionale de santé ou un cabinet d'experts) exerce un rapport de pouvoir sur des acteurs (humains) et des actants (non-humains ou entités abstraites), parmi lesquels on retrouve le territoire (Dumont, 2011). Or, le territoire joue un rôle dans les rapports de pouvoir, telle une personne. Et ce rôle est très souvent manifesté par des images qui donnent à voir le territoire sous de multiples facettes, rendant tangible la matérialité du territoire. Ceci implique que diverses incarnations du dispositif – comme des cartes ou des plans – sont plus que de simples supports d'information mais de véritables véhicules hybrides de matérialité et d'idéalité

⁷⁷ Ainsi, Gregory (2006) montre que le camp américain de détenus de Guantanamo (Cuba) constitue bien un espace d'exception, échappant à la fois à la législation américaine (par sa situation d'extra-territorialité) ainsi que celle des autorités cubaines et constituant ainsi un espace de redéploiement des normes et rapports de pouvoir entre détenus et gardiens.

⁷⁸ Alors qu'il n'est pas du tout certain que Foucault ait jamais employé l'adjectif « spatial » accolé au terme de dispositif. Et ce, même si Lussault fait part des « obsessions spatiales » qu'évoque le philosophe dans son entretien avec Lacoste (Lussault, 2013, p. 379).

(valeurs et idéologies territoriales)⁷⁹. On retrouve bien cette hybridation dans les supports de communication autour de la situation sur les maternités en France, comme en témoignent par exemple les images présentées dans Figure 9 à la Figure 11. En ce sens, le territoire est à la fois *disposé et disposant* : pas uniquement un support d'enregistrement d'activité, un objet « offrant du répondant à la pratique », qui joue un véritable rôle *d'opérateur* d'interactions, « *une entité qui opère des actes constructifs de l'espace social* » (Lussault, 2010). Or, c'est par le truchement de cette idée *d'opérateur spatial* que la pensée de Lussault rejoint et complète celle d'Agamben et, finalement, celle de Foucault, car :

L'espace est aussi composé d'artefacts, des objets qui peuplent aujourd'hui nos sociétés – et notamment des objets techniques et communicationnels qui prolifèrent, et dont le rôle est croissant dans l'organisation de l'espace et des spatialités ; il est aussi composé d'une multitude d'organismes vivants, de toute taille, certains dotés de corps, comme les humains et les animaux, d'autres pas, comme les virus, les micro-organismes, les bactéries ou les végétaux. En vérité, tout ce qui rentre dans l'agencement des réalités au sein d'une situation spatiale quelconque, tout ce qui est susceptible de constituer un « opérateur spatial » (c'est-à-dire une entité qui opère des actes constructifs de l'espace social) (Lussault, 2010)

⁷⁹ Pour Lussault, la politique territoriale est

étudiable sous l'angle du méta-récit qu'elle organise et médiatise, vaste structure narrative, à la fois constative et performative, qui forme l'indispensable vecteur de toute action d'un édile sur son territoire légitime d'intervention. Ce méta-récit, qui mêle textes et figures, s'épanouit dans ses divers registres via de multiples supports : discours et écrits des élus, documents d'urbanisme, journaux municipaux, plaquettes communicationnelles en tout genre... Les trois principaux protagonistes en sont toujours : la ville considérée comme un "quasi-personnage", c'est-à-dire dotée par les discours et l'iconographie d'un corps (la face matérielle du territoire) et d'une personnalité (la face idéale du territoire), voire d'une âme, si l'on s'en tient aux récits qui utilisent souvent ce mot ; le collectif générique des habitants ; l'élu, emblème du pouvoir municipal et en principe représentant et porte-parole de celle-là comme de ceux-ci. (Lussault, 1998)

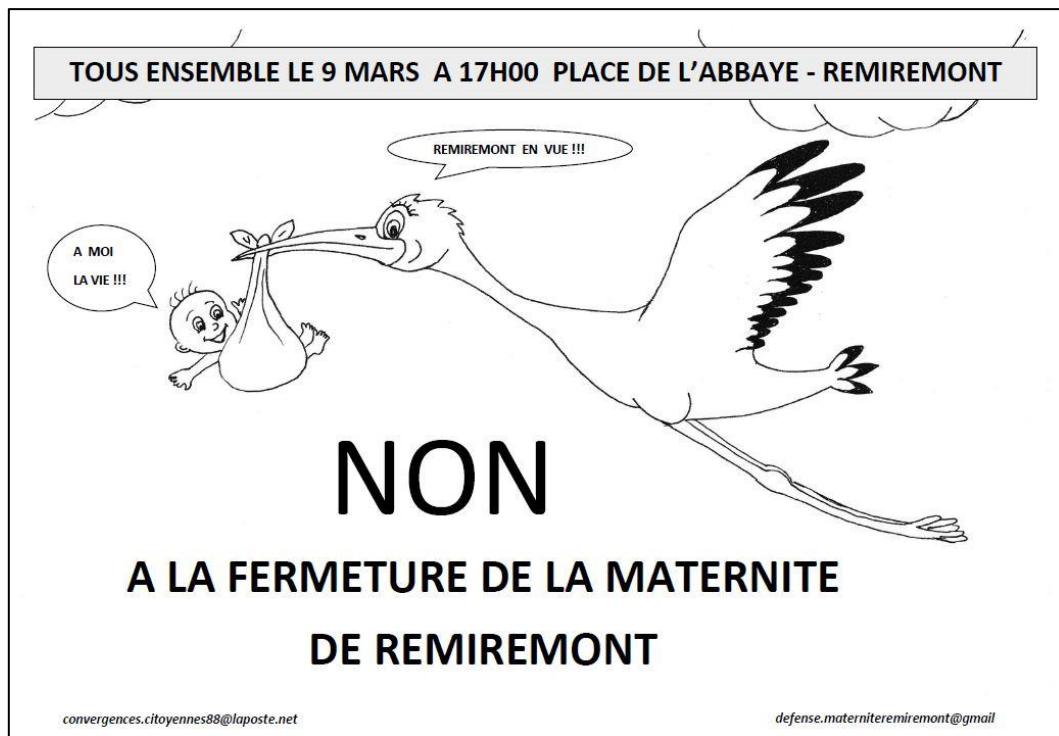


Figure 9 Image issue d'un tract d'une association de défense de droits des usagers contre la fermeture d'une maternité dans les Vosges, véhiculant une charge idéelle forte a propos d'un territoire⁸⁰

⁸⁰ Cette image appelant en outre à une manifestation sera relayée notamment par une mairie. Voir <https://www.mairie-gerardmer.fr/actualites/item/594-non-a-la-fermeture-de-la-maternite-de-remiremont>



Figure 10 Image parue dans un quotidien national illustrant l'impact émotionnel face à la menace de fermeture de la maternité de Blanc (Indre). La grossesse désormais interdite de fait sur le territoire ? (Duvigneau, 2018). Source de l'image : Guillaume Souvent, AFP



Figure 11 Image présentant les caractéristiques du réseau de périnatalité de Nouvelle-Aquitaine (<https://rpna.fr/>) et servant de support de communication. L'image met en avant notamment le financement et les structurations en personnel du réseau (comité scientifique, sages-femmes...)

Nous avons mis évidence (en gras dans le texte) un des aboutissements logiques de cette notion d'opérateur spatial, qui est de considérer des actants non-humains (ou entités abstraites) comme coproducteurs d'un dispositif spatial. Ainsi, Lussault utilise cette grille de lecture du dispositif foucauldien spatialisé sous le vocable de « *dispositif spatial sanitaire* » et prend l'exemple de la gestion des seringues délaissées par les utilisateurs de drogues injectables dans une ville moyenne, Tours. Il montre que face à la multiplicité des acteurs (associations de riverains et associations locales) qui coexistent sur un même territoire et dont la légitimité est a priori celle de la municipalité (et donc celle de la politique publique locale), que « *les espaces publics constituent un "dispositif spatial" d'intervention sanitaire composé d'actant et de collectif et d'agent sociaux.* » (Lussault et Fassin, 1998). Et dont les interactions produisent des agencements territoriaux.

Il est difficile de dire quelles caractéristiques doit comporter exactement un dispositif spatial. La définition de Lussault ainsi que celle de Foucault restent très ouvertes et permettent donc des analyses sur des entités très diverses, c'est un de ses intérêts. Les travaux en géographie francophone sur les dispositifs spatiaux ne sont d'ailleurs pas très nombreux⁸¹. Si l'on excepte ceux de Lussault déjà cités, mentionnons la recherche de Milhaud (2015) sur les prisons et l'étude d'Estebanez (2010) sur les zoos. En géographie anglophone⁸², il existe des études sur l'Inde coloniale (Legg, 2011) et sur les « *smart cities* » ou bien encore sur « l'ère de l'information » (*the information age*) (Klauser, 2013; Klauser, Paasche et Söderström, 2014) qui mobilisent en grande partie le concept de dispositif, sans réellement utiliser le terme de dispositif spatial. Il existe ainsi une grande variété d'objets analysés mais aucune approche

⁸¹ Il n'y aucune prétention à l'exhaustivité dans cette présentation de ces exemples de travaux. Nous signalons ces études à titre d'illustration de la diversité des travaux mobilisant de près ou de loin le concept de dispositif en géographie.

⁸² Le terme de dispositif se traduit en anglais par « *apparatus* » (le terme se rapproche d'appareillage), ce qui n'a pas tout à fait le même sens. Certains auteurs anglophones utilisent de fait également le terme « dispositif », notamment dans la comparaison avec les travaux de Deleuze, comme le fait Legg (2011). Il serait tout à fait passionnant d'étudier l'appropriation et l'enrichissement de la pensée de Foucault qui font suite aux mouvements de va et vient entre les chercheurs et les textes traduits du philosophe, puis retranscrits en français.

spécifiquement reliée à la géographie de la santé, à notre connaissance⁸³. Et ce, même si Kearns (2007) plaide pour l'utilisation des travaux de Foucault en général et l'analyse de processus de discours en particulier (il ne mentionne pas explicitement le concept de dispositif dans son texte), en particulier dans le domaine du VIH/Sida⁸⁴. Et mentionnons au passage les réponses de deux géographes, Guy Jalabert et Milton Santos, aux questions que pose Foucault aux géographes à la suite de son entretien avec Yves Lacoste dans *Hérodote*, une desquelles porte explicitement sur la possibilité de faire une « géographie de la médecine ». Jalabert évoque notamment « *le rôle socio-politique de la fonction médicale au niveau des classes sociales, et le rôle du médecin en tant que « notable », détenteur d'un savoir et d'un pouvoir* » (Jalabert, 1977, p. 25) avant de conclure qu'une telle géographie n'aurait d'intérêt que si elle est « *un moyen d'expliquer la pénétration dans la vie sociale de l'institution médicale sous ses différentes formes, imprégnant l'espace, le quadrillant, comme un élément de l'ordre social* » (Jalabert, 1977, p. 28) alors que Santos précise que « *la géographisation des services médicaux obéit à une politique où les intérêts de classe commandent autant d'un point de vue quantitatif que qualitatif* » (Santos, 1977, p. 28). Reste donc à nous demander en quoi exactement l'organisation de la santé périnatale en France et plus précisément les maternités et autres institutions organisées en réseaux de périnatalité pourraient relever d'un dispositif spatial et ce que cela implique en termes de pistes de recherches pour y parvenir.

⁸³ En dehors des travaux de Lussault déjà évoqués, bien entendu.

⁸⁴ Citons tout de même les travaux de Rabinow (1995), qui tente une approche de la colonisation française et ses « normes différenciées », à travers une approche très large de l'appareillage constitué par les statistiques, la médecine, la biologie, l'architecture, les pratiques d'aménagement d'infrastructures sanitaires et la géographie régionale.

Esquisse de généalogie des enjeux de pouvoirs dans la structuration de l'offre de santé périnatale en France

Construire la périnatalité en tant que dispositif spatial nécessite un bref détour par l'histoire de l'accouchement en France, en ce que cette histoire nous permet de comprendre les pratiques actuelles en matière de périnatalité, notamment celles qui consistent à privilégier l'accouchement dans une maternité⁸⁵.

Brève historique de l'accouchement en France

L'accouchement à l'hôpital est un évènement rare jusqu'au XVIII^{ème} siècle, les femmes mettant au monde le plus souvent à domicile et accompagnées d'une assistance qui relève à la fois des savoirs vernaculaires en matière de pratiques de l'accouchement mais également spirituelles : les matrones et les commères⁸⁶ constituent une aide exclusivement féminine à l'accouchement, la matrone remplaçant souvent le prêtre pour délivrer le rite de baptême, en cas de risque grave pour le fœtus. Pour les femmes n'étant pas intégrées au réseau social, soit par la nature de la grossesse, soit par une quelconque forme d'exclusion, l'hôpital est le seul recours et la mortalité maternelle et infantile prononcée. Dès le XVII^{ème} siècle, l'accoucheur commence à devenir une figure majeure au moment de la naissance, véhiculant un savoir proprement médical qui gagne la confiance des couches aisées de la société (et surtout des

⁸⁵ Les informations historiques de cette partie proviennent de la synthèse de Morel (2008) sur l'histoire de l'accouchement en France ainsi que de ses ouvrages sur les nouveau-nés (Morel, 2016; Rollet et Morel, 2000). Le premier document nous a énormément servi pour rédiger ce court historique, ainsi que l'exposition de la logique des étapes dans l'enchaînement des modalités de l'accouchement en France. En revanche, nous assumons la totale responsabilité de l'interprétation de ces étapes en tant que dispositif foucauldien.

⁸⁶ Les matrones sont généralement des femmes âgées (et donc disponibles) et qui ont accumulé un savoir empirique sur l'accouchement et ses risques. Cette femme a par ailleurs été « validée » par l'autorité du prêtre, bel exemple de structure patriarcale s'immisçant symboliquement dans une « affaire de femmes », celles-ci étant dévolues à la réalité corporelle de l'accouchement. Si le père assiste parfois à l'accouchement (notamment pour de questions de force physique pour tenir sa femme dans une position difficile), celui-ci peut envelopper le nouveau-né dans sa chemise – signalant par ce geste son rôle symbolique de socialisateur de l'enfant. Mais c'est un geste qui réchauffe également le bébé, tout simplement, comme le montre très joliment Morel (2008). Il s'agit donc d'un dispositif social ayant des finalités tout à fait concrètes mais qui renvoient et qui fondent une relation sociale autant que symbolique.

maris, méfiants). En effet, bien que les hommes soient toujours tenus à l'écart de l'accouchement, on peut faire appel à un chirurgien (métier d'hommes) pour délivrer la mère d'un fœtus mort-né. Peu à peu, ces chirurgiens se constituent par l'intermédiaire de textes (traités d'obstétrique) en détenteur d'un savoir particulier et souhaitent exercer leur pratique auprès de femmes sur le point d'accoucher (ne serait-ce que pour des raisons financières). Ce couple savoir/pouvoir se trouve d'ailleurs matérialisé par un instrument inventé dans la deuxième moitié du XVII^{ème} siècle et dont l'utilisation est l'apanage exclusif des hommes : le forceps. Ces instruments permettent la naissance de bébés qui autrefois seraient restés enclavés dans le bassin, provoquant la mort de leur mère. Ainsi le dispositif entourant la naissance passe d'un acte naturel à un acte profondément médicalisé, le forceps représentant l'articulation du savoir et du pouvoir de l'homme⁸⁷ : « *grâce à la pratique instrumentale, l'accouchement cesse d'apparaître comme un acte naturel : il nécessite le recours à un homme de l'art, à la fois savant et fort. C'est un premier pas vers la médicalisation de la naissance.* » (Morel, 2008). L'accouchement est donc devenu un moment qui nécessite de la force et du savoir. Notons toutefois que les matrones continuent d'accoucher les femmes à la campagne, malgré les critiques virulentes des médecins⁸⁸, le savoir obstétrique étant réservés aux couches sociales aisées et urbaines. Face à l'importante mortalité fœtale et maternelle dans les campagnes, les autorités royales incitent dès la deuxième moitié du XVIII^{ème} siècles les matrones à recevoir une formation rapide médicale, afin d'en faire des sages-femmes instruites. Cette formation est assurée par des « accoucheurs-démonstrateurs » dans les provinces mais sous la supervision itinérante d'Angélique du Coudray (1712-1794), maîtresse sage-femme ayant été formée à l'Hôtel-Dieu à Paris. Ces sages-femmes assurent par la suite la majorité des accouchements à la campagne (et dans de meilleures conditions de sécurité), ce qui opère un mouvement de

⁸⁷ L'utilisation du forceps est aujourd'hui encore interdite aux sages-femmes.

⁸⁸ Le médecin-accoucheur Joseph Raulin (1708-1784) dira en 1770 « *tous les jours, elles font périr en même temps la mère et l'enfant, faute des connaissances nécessaires et requises pour les conserver* » cité par Morel (2008, p. 24)

basculement entre les matrones choisies par la communauté villageoise des femmes à une prise en main de l'accouchement par des praticiennes formées « par la ville ». Le dispositif entourant les modalités de l'accouchement à cette époque passe donc d'une cellule villageoise « intime » et au savoir médical vernaculaire à une sphère publique (puisque ces nouvelles pratiques sont impulsées par l'autorité royale) et d'influence urbaine. Cette tendance à la médicalisation est renforcée au XIX^{ème} siècle par la médicalisation de la formation des sages-femmes (qui doivent suivre un an de formation médicale) et qui apprennent le métier dans les hôpitaux. Ainsi, s'opère un basculement des lieux de la formation vers la structure hospitalière qui est en mutation elle aussi, d'un lieu d'accueil et de charité vers une structure qui prodigue des soins. L'inscription dans un tel lieu de l'activité féminine, représentée par la figure de la sage-femme, est conditionnée à une pratique exclusivement naturelle de l'accouchement, seuls les accoucheurs ayant le droit d'utiliser les forceps⁸⁹. La conjonction des découvertes de la microbiologie et des pratiques d'asepsie d'une part, l'utilisation croissante de produits anesthésiant et analgésiques (comme la morphine) dans la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle font basculer les conditions d'accouchement dans les structures hospitalières dont les niveaux de mortalité fœtale et maternelle étaient très élevés⁹⁰. Ainsi, l'hôpital devient petit à petit un dispositif qui commence à incarner à la fois symboliquement le lieu du couple savoir/pouvoir et de la sécurité en matière d'accouchement, même si la grande majorité des naissances

⁸⁹ Une exception notable est celle de la maternité de Port-Royal, où les sages-femmes utiliseront les forceps régulièrement jusqu'à la création du corps des accoucheurs des hôpitaux en 1881.

⁹⁰ Notamment du fait de la fièvre puerpérale, infection de l'utérus au moment de l'accouchement qui peut être notamment due à une expulsion incomplète du placenta. Ignace Semmelweis (1880-1865) montre qu'il s'agit d'un problème d'hygiène des mains des médecins-accoucheurs lors d'un des premiers exemples d'essais cliniques resté très célèbre. La mortalité maternelle était de l'ordre de 10 % dans un des secteurs (« division ») de l'hôpital viennois où l'essai a été mené, en 1847. En comparant différentes variables, dont la position socioéconomique des femmes et le lieu de l'accouchement dans l'hôpital, Semmelweis déduit que le non-lavage des mains d'étudiants en médecine dans une des divisions de l'hôpital était responsable de la fièvre contre une autre division de l'hôpital où les sages-femmes assuraient seules les accouchements. En effet, ces étudiants pratiquaient souvent des autopsies avant un accouchement, ce qui n'était pas le cas des sages-femmes (Noskin et Peterson, 2001). Ce récit, devenu un récit-fondateur à la fois dans la pratique obstétricale et en épidémiologie clinique n'est pas sans appeler le récit-fondateur de la borne-fontaine et l'épidémie de choléra « vaincu » par John Snow à Londres en 1854 – accédant ainsi au statut de « père symbolique de l'épidémiologie moderne » dont tous les étudiants en épidémiologie, santé publique et géographie de la santé ont entendu parler en cours (Frerichs, 2007).

continuent d'avoir lieu à domicile : « *peu à peu l'hôpital cesse de faire peur et apparaît comme un lieu aseptisé, où l'on pratique une médecine qui sauve et qui guérit.* » (Morel, 2008, p. 25). Cette mutation de l'hôpital vers un espace de soins explique l'augmentation du nombre de naissances en maternité en France dès les années 1920-1930, surtout à Paris et dans les grandes villes⁹¹.

La concentration des naissances dans les maternités, phénomène urbain, est due à plusieurs raisons. Avant tout, une prise de conscience de l'Etat de la « dénatalité » dont « souffre » le pays depuis le début du XX^{ème} siècle et qui pèse fort sur le sentiment d'avoir été mal loti en termes de nombre d'hommes lors de la première guerre mondiale engendre des politiques favorables à la natalité⁹². Ces politiques se traduisent notamment par une prise en charge des coûts de l'accouchement pour les femmes les plus pauvres dans une structure hospitalière. De plus, l'hôpital est désormais un lieu plus sûr, hygiénique et sécurisant que ne laissait entendre les récits et les images du passé où l'hôpital était un lieu de charité (et un mouvoir) pour les « pauvresses et les filles-mères » soumise au « regard charitable » (le terme est dérivé de celui de « *regard médical* » de Foucault) confisquant le corps et le réduisant au statut d'objet⁹³. En revanche, en milieu rural, l'accouchement est toujours l'affaire des sages-femmes qui accouchent les femmes à domicile ou bien dans de petites structures rurales mal équipées. Cependant, à partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, la majorité des accouchements à lieu à l'hôpital : 53 % en 1952 et 85 % en 1962 (Morel, 2008). A l'heure

⁹¹ A Paris en 1939 la majorité l'accouchement à l'hôpital concerne la majorité des naissances : 67,8 %, contre 7,7 % à domicile et 24,3 % chez une sage-femme (Morel, 2008, p. 26).

⁹² Le Bras (1993) montre avec beaucoup de provocation les origines à la fois de l'inquiétude populationnelle des élites françaises mais également de l'obsession démographique en France qui pénètre jusque dans la pratique et le champ sémantique de la démographie française elle-même : par exemple, « dépeuplement dangereux », « effondrement » de la natalité (quand il s'agit de la France) ou bien « explosion démographique » ou « bombe P » quand il s'agit du Tiers-Monde... ce vocabulaire dramatique participe bien du dispositif d'encouragement de la natalité en France, face à la menace du dépeuplement (et donc de l'invasion par l'Allemagne).

⁹³ Regard médical qui ne disparaît pas mais devient très technique et moins « charitable ». L'apparition du VIH/Sida en tant qu'épidémie au début des années 1980 provoque en revanche le basculement vers un équilibre de pouvoir entre médecins et malades, ces derniers devenant acteurs de la coproduction des savoirs médicaux sous l'influence d'associations de malades, face aux médecins passablement démunis.

actuelle, presque la totalité des naissances en France a lieu dans une maternité (Bellamy, 2017). Les accouchements hors structure hospitalière sont peu fréquents⁹⁴ et révélateurs de situations sociales et spatiales de précarité et/ou de déficit d'offre de maternités (Blondel et al., 2011; Combier et al., 2019) mais des inquiétudes surgissent, paradoxalement, à propos « *d'un excès de médicalisation qu'il conviendrait de mieux maîtriser à l'avenir* » (Bouvier-Colle, 2007) comme en témoignent les inquiétudes autour du nombre estimé trop élevé de césariennes en France (Coulm, Blondel, Alexander, Boulvain et Le Ray, 2016; Deneux-Tharaux, 2012). Toujours est-il que l'idée de la médicalisation est fermement ancrée dans l'esprit de tous, médecins et femmes enceintes, que cette idée de la médicalisation s'incarne dans l'institution de la maternité et se trouve véhiculée par le dispositif de la périnatalité en France. Le lieu où s'opère l'accouchement en France est donc une histoire qui procède d'une succession de discours au sens foucauldien du terme, discours tenus par ceux qui véhiculent le savoir/pouvoir et qui, de près ou de loin mais pas toujours explicitement construisent un dispositif encouragé, cette fois explicitement, par des politiques publiques. Cette construction historique de la prépondérance de l'hôpital-maternité comme lieu d'accouchement est variable bien entendu dans le temps et dans l'espace, surtout en fonction de la position sociale, du degré d'autonomie des femmes et du milieu urbain ou rural.

Les mutations spatiales du dispositif d'accouchement en France entre fermetures de maternités et exigence de proximité

Ce dispositif a par ailleurs connu des mutations proprement spatiales. Une politique résolument nataliste et basé sur une médicalisation forte nécessite logiquement une offre importante de maternité et que ces maternités soient accessibles, dont à proximité, de la

⁹⁴ L'incidence des naissances hors structures hospitalières en France a été estimée à 4,3 p. 1000 en 2005-6 (Blondel, Drewniak, Pilkington et Zeitlin, 2011) et à 3,0 p. 1000 en 2012-14 (Combier et al., 2019).

population. Cela explique bien le nombre d'autorisations accordées à l'ouverture de maternités en France jusqu'au début des années 1970. Or, le décret Dienesch de 1972, portant les premières normes de sécurité relatives à l'équipement, au personnel et au nombre d'accouchement minimal annuel (et interdisant aux sages-femmes de tenir une maternité) portera un coup d'arrêt à cette tendance (Pilkington et al., 2008). Ces mesures sont étendues et généralisées par les décrets de 1998 (Tableau 8) et résultent en une contraction spatiale rapide de l'offre des maternités sur le territoire métropolitain et une concentration des naissances dans les grandes maternités⁹⁵. Ainsi, le nombre de maternités en France est passé de 1747 en 1972 à 1128 en 1981, 816 en 1995, 535 en 2010 et 517 en 2016 (Fresson et al., 2017). Pour la seule période 1998-2003, 20 % des maternités ont fermé sur tout le territoire et l'offre de maternités a baissé de 18 % dans la moitié des régions. Sur cette période et à l'échelle nationale, l'effet de ces fermetures s'est ressenti sur la distance moyenne qu'une femme doit parcourir pour atteindre la maternité la plus proche de son domicile (de 6,6 km à 7,2 km) et sur la proportion de femmes qui vivent loin d'une maternité. Les fermetures (et donc l'impact sur la distance) sont les plus marquées en milieu rural et dans certaines régions administratives qui ont été les plus touchées par ce phénomène (comme la Bretagne, la Bourgogne ou en Franche-Comté). Par ailleurs, à l'époque de cette étude, le nombre de femmes qui se trouve à plus de 30 km d'une maternité a augmenté d'un tiers ; le nombre de femmes à plus de 45 km a doublé (106 %) – même si cette dernière situation a affecté peu de femmes ayant accouché lors de cette période en France (moins de 1 % des naissances). Enfin, la répartition spatiale de l'offre de maternités sur le territoire s'est diluée : plus de 24 % des maternités se retrouvent à plus de 30 km de la maternité la plus proche, contre 17 % en 1998 (Pilkington, Blondel, Carayol, Breart et Zeitlin, 2008).

⁹⁵ En 2016, 29 % des accouchements avaient lieu dans des maternités faisant plus de 3000 accouchements par an, contre 18,7 % en 2010 (Bréart, 2018).

Il existe donc sur toute cette période une tension quasi-contradictoire entre une exigence de proximité, une volonté de réduction du nombre de maternités au nom de la sécurité (et de considérations financières) alors même que le discours politique français est toujours dominé par une perspective résolument nataliste. Par ailleurs, une fermeture de maternité est vécue comme une véritable perte de territoire, voire une « discrimination territoriale » qui peut être exprimée en ces termes dans d'autres domaines comme en témoigne l'extrait de l'intervention d'un député lors de la 13^{ème} législature à propos d'un sentiment d'injustice vécu par la population d'une commune de l'Essonne (Grigny) (Figure 12). Ce sentiment de discrimination vécue à l'échelle d'un territoire est le plus souvent exprimé en termes de crainte de renforcement des inégalités territoriales d'accessibilité aux soins déjà présentes, comme en témoigne l'extrait suivant des propos rapporté par la presse quotidienne régionale d'une habitante de la commune de Mérigny (Indre) dont la maternité de proximité (au Blanc) est menacée de fermeture et qui a choisi de ce fait d'accoucher à plus de 45 mn (à Châtellerault) : « *Je pense aux gens qui sont dans des situations plus précaires, à leurs difficultés pour effectuer tous ces déplacements désormais... Cela pose la question de l'accès aux soins, et renforce, à mon avis, les inégalités* ». Ce sentiment est d'ailleurs partagé par le comité de soutien de la maternité devant fermer qui va jusqu'à porter plainte contre l'Etat en 2019 pour « mise en danger de la vie d'autrui ». Une action en justice de ce type avait déjà été entreprise dans la Drôme, en décembre 2017 (Le Berre, 2019). Par ailleurs, certains spécialistes rejoignent le débat et avancent des propos très explicites sur le lien entre offre de maternités, accessibilité et mise en danger de la vie des femmes et des nouveau-nés, comme l'illustre le témoignage suivant porté dans une grande émission de chaîne publique française par un médecin et chercheuse en santé publique : « *Fermer une maternité, c'est prendre des risques de tuer (...) De tuer et les femmes, et les enfants. C'est un risque qu'on connaît, et je pense que les décideurs ne peuvent pas ne pas le connaître* » (« Ma maternité va fermer », 2019). Ces exemples anecdotiques

méritent un approfondissement systématique car ce sentiment exprimé publiquement participe des obstacles et des représentations de la mobilité pour aller accoucher et modulent donc de fait l'accessibilité aux soins, comme nous l'avons évoqué dans la deuxième partie.



13^{ème} législature		
Question N° : 98269	de M. Mancel Jean-François (Union pour un Mouvement Populaire - Oise)	Question écrite
Ministère interrogé > Intérieur, outre-mer, collectivités territoriales et immigration		Ministère attributaire > Collectivités territoriales
Rubrique > droits de l'homme et libertés publiques	Tête d'analyse > HALDE	Analyse > attributions
Question publiée au JO le : 25/01/2011 page : 638 Réponse publiée au JO le : 28/06/2011 page : 6870 Date de changement d'attribution : 28/06/2011		
Texte de la question		
M. Jean-François Mancel attire l'attention de M. le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration sur la notion de « discrimination territoriale ». En effet, le 1er juin 2010, le conseil municipal de Grigny a voté une délibération dans le but de saisir la Haute autorité pour la lutte contre les discriminations et pour l'égalité, s'estimant victime de « discrimination territoriale » suite à des hausses d'impôt décidées par un arrêté préfectoral en 2009. Cette action n'est pas un acte isolé et La Courneuve avait déjà déposé une plainte devant la HALDE en 2009		

Figure 12 Image reproduite d'un fac-similé d'une question d'un parlementaire lors de la 13^{ème} législature. Cette question reflète le sentiment de « discrimination territoriale », exprimé en ces termes et vécue par des secteurs de la population face à des hausses d'impôts et véhiculée jusqu'à l'Assemblée nationale par un député en 2011.

La périnatalité est-elle un dispositif spatial ?

Notre première hypothèse est que la santé périnatale en France constitue un dispositif spatial. Pour alimenter cette intuition, une approche de la complexité territoriale du dispositif de la périnatalité pourrait se faire à l'échelle des réseaux de santé périnatale (RSP).

Un réseau de santé a pour objectif de coordonner les soins afin d'améliorer les résultats de santé d'une population⁹⁶. En périnatalogie, la mise en réseau d'hôpitaux, également connu sous le nom de régionalisation, a pu montrer une efficacité certaine en France et ailleurs pour diminuer la mortalité (surtout fœtale) et la morbidité périnatale (Bréart, 2018; Lasswell, Barfield, Rochat et Blackmon, 2010; Veit-Sauca et al., 2008; Warner, Musial, Chenier et Donovan, 2004). Les réseaux de périnatalité sont le plus souvent concrétisés sous deux formes : des réseaux de coopération inter-hospitalière (permettant aux femmes d'être prises en charge dans un établissement adapté à leur situation médicale) et les réseaux ville-hôpital (ou « réseaux d'amont ») qui sont dévolus au suivi de la grossesse de la population générale et qui mettent en relation médecins généralistes, sages-femmes libérales, structures hospitalières public et privé et PMI (Protection maternelle et infantile). La Figure 13 montre un réseau de périnatalité associant établissements hospitaliers, centres de proximité et PMI.

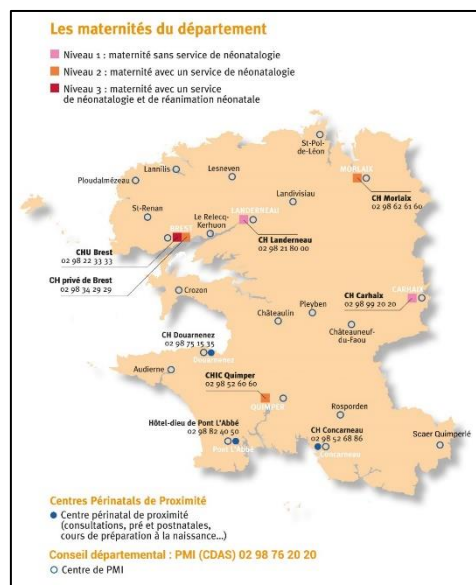


Figure 13 Exemple d'un réseau de périnatalité (Réseau de Périnatalité de Bretagne Occidentale). Source de l'image : <https://www.perinat29.fr/>

⁹⁶ Le code de la santé publique définit ainsi les réseaux de santé : « Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. » (Code de la santé publique, article L6321-1/4 mars 2002).

Historiquement, la notion de régionalisation est développée aux Etats-Unis au tout début des années 1970, un rapport de 1976⁹⁷ préconise l'organisation des soins des maternités en trois niveaux de compétences techniques, à l'image de ce qui prévaut en France à l'heure actuelle depuis le décret de 1998. Le rapport préconise également le transfert de naissances présentant des problèmes vers un établissement mieux équipé pour les prendre en charge, ce qui implique le transport d'un établissement à un autre⁹⁸. La mise en œuvre de cette politique au début des années 1980 aux Etats-Unis a pour effet une réduction très sensible de la mortalité néonatale et fœtale (Papiernik et Keith, 1995). Certains pays ou régions en Europe ont tenté de mettre en place un système de régionalisation comparable, comme les Pays-Bas, le *Land* allemand de Hesse ou la quasi-totalité des régions d'Italie à partir des années 1980, eux aussi avec succès. En France, le concept de régionalisation, bien qu'ayant été évoqué par les autorités publiques dès le début des années 1970, s'est vue supplantée par un système de transport des nouveau-nés ayant besoin de soins d'urgence, le SMUR pédiatrique. Seuls quelques départements ont effectivement mise en place un système de transfert maternel, absent un cadre national. Ce qui fait dire à Papiernik et Keith au milieu de la décennie 1990 que la situation française, problématique en ce qui concerne les niveaux de mortalité néonatale, souffre directement de cette absence de réseaux cohérents (1995). Ainsi, la mise en œuvre de ce dispositif a été confrontée à des résistances entre acteurs professionnels de la santé et décideurs politiques jusqu'à une date récente en France.

Ces réseaux, des entités coordonnées qui mettent en œuvre une politique de santé publique, revêtent donc toutes les caractéristiques d'un dispositif spatial : ils se déploient sur un territoire dont les limites sont préexistantes (comme une région) ou bien contribuent à définir

⁹⁷ Le rapport intitulé *Toward improving the outcome of pregnancy* (vers l'amélioration des issues de la grossesse) fait suite à la création d'un comité de santé périnatale et synthétise les réflexions de quatre grandes organisations médicales professionnelles américaines concernées par le domaine périnatale (Little et Merenstein, 1993).

⁹⁸ Le plus souvent, il faut privilégier le transfert avant la naissance (in utero), le transport d'un nouveau-né malade étant extrêmement délicat.

un territoire spécifique, en direction d'une population particulière (population vulnérable, addictions) ou une zone géographique considérée « à risque » comme une zone montagneuse. En outre, ils déploient et véhiculent un discours institutionnel et incarnent un couple savoir/pouvoir dans des lieux précis, exerçant une forme de contrainte subtile sur le choix des individus sur le lieu de l'accouchement. Par ailleurs, ils organisent l'espace en disposant les relations sociales sur un territoire dans leur domaine : ce sont des opérateurs spatiaux. C'est donc bien cette capacité à créer du territoire et à orienter des flux de populations demandeuses de soins qu'il convient d'interroger.

Il existe 39 réseaux de santé périnatale en France métropolitaine et dans les DROM, ainsi que deux réseaux de proximité, deux réseaux de suivi des enfants vulnérables (RSEV) autonomes et deux réseaux spécialisés (dans la précarité et l'orthogénie). Ces réseaux ont des prérogatives larges, à lire l'instruction de 2015 qui encadre à l'heure actuelle leur fonctionnement :

La périnatalité fait référence à l'ensemble des processus qui précèdent, qui sont concomitants et qui suivent immédiatement la naissance. Entrent dans ce champ l'accès à la contraception, le désir d'enfant, la conception, le diagnostic anténatal, la grossesse quelles qu'en soient la durée et l'issue, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, le choix des parents relatifs à la naissance, l'accueil du nouveau-né, l'allaitement, le dépistage néonatal, l'établissement des premiers liens, les premiers mois de vie du nourrisson. (République française, 2015)

Le domaine fait intervenir de nombreux acteurs, aux échelles de compétence territoriale variée, notamment les professionnels de santé (s'intéressant à la santé des femmes et des jeunes enfants), les établissements de santé (y compris dans le domaine médico-social et les services

sociaux), le secteur associatif (incluant les associations œuvrant auprès de populations défavorisées) et les usagers. Le réseau a pour objectifs :

D'assurer une cohérence et une synergie renforcées des interventions dans le champ périnatal et de promouvoir la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge pour chaque femme et chaque nourrisson sur le territoire régional ; assurer la cohérence et la qualité du suivi spécifique des enfants vulnérables. (République française, 2015)

Ces objectifs se déploient sur une base territoriale que l'instruction de juillet 2015 définit de la manière suivante : « *l'ensemble du territoire régional et peut compter localement, lorsqu'une situation particulière le justifie (important bassin de population, zone d'accès difficile...), des antennes territoriales* » (République française, 2015). Enfin, partenaire de l'Agence régionale de santé⁹⁹ (ARS), le réseau doit contribuer au déploiement de la politique régionale en santé périnatale. Par ailleurs, une attention toute particulière est accordée à des « situations géographiques » particulières, comme les zones de montagne.

Ces indications qui se trouvent dans l'instruction de juillet 2015 insistent donc sur trois aspects spatialement intéressants : l'intégration d'un ensemble d'acteurs dans le secteur de la périnatalité sur un territoire commun, le plus souvent une région administrative ; l'articulation de ces acteurs à différentes échelles territoriales (du professionnel en « ville » à la maternité) ; la prise en compte de configurations territoriales spécifiques qu'il faut définir :

Il est ainsi demandé aux ARS de s'assurer que l'ensemble de leur territoire est bien couvert par un RSP, y compris dans les départements d'outre-mer. Dans ce cadre il est recommandé de privilégier la création d'un réseau de santé en périnatalité unique au niveau régional comportant

⁹⁹ En France, les agences régionales de santé sont chargées du pilotage régional du système de santé. A l'échelle d'une région administrative.

éventuellement des antennes locales pour agir au plus près de territoires particuliers (par ex. : zones de montagne) afin de mener une action cohérente, efficiente, sans risque de redondance ou de couverture incomplète.

(République française, 2015)

L'instruction fait ainsi explicitement référence à l'analyse de la Cour des Comptes de 2014 que nous avons déjà mentionné.

Une attention particulière doit être accordée aux logiques d'établissements qui appartiennent à un réseau. A titre d'exemple, la Figure 14 montre l'interface disponible à la consultation du public de l'ensemble des établissements participant au réseau de la zone « Alpes-Isère » qui ne suit pas une configuration administrative régionale¹⁰⁰.

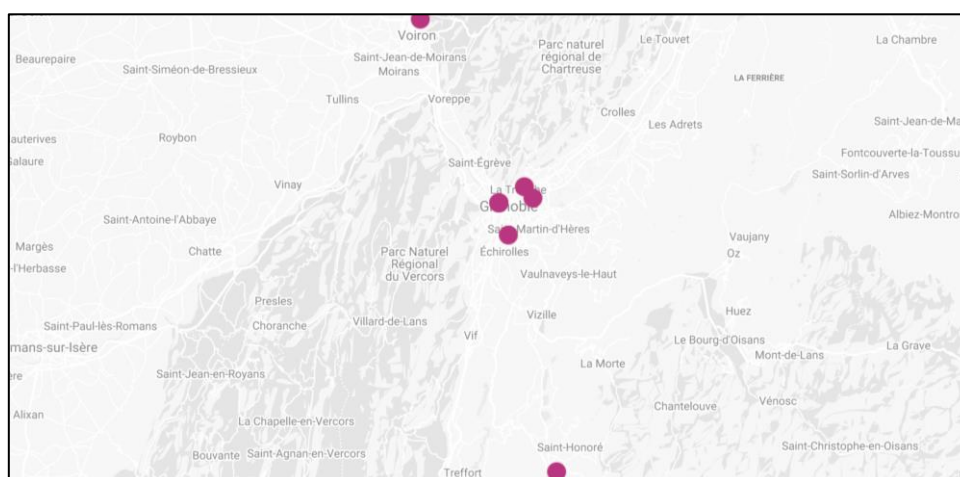


Figure 14 Carte des établissements participant au réseau de santé périnatale Alpes-Isère en 2019 (capture d'écran). Source : <https://www.rpai-perinat.org/liste-etablissements-de-sante/>

La Figure 15 montre l'étendue des compétences territoriales dans un espace dense urbain, le territoire parisien. Ce réseau périnatal (Réseau de Santé périnatale parisien) comprend un réseau de suivi de grossesse « ville-hôpital » dont une prise en charge précoce dans une optique de sécurité des femmes et de leur bébé), un réseau de soins secondaires et tertiaires pour

¹⁰⁰ En 2013, ce réseau accueillait et s'occupait du suivi 9 727 naissances (Criballet, 2016).

les situations à risque maternel et/ou fœtal ainsi qu'un réseau de suivi pédiatrique pour les enfants à risque du réseau périnatal.

Au-delà du constat de la difficulté dans la mise en place historique de ce type de dispositif, une question centrale est d'interroger les logiques des jeux d'acteurs qui ont présidé à ces territorialisations des réseaux de périnatalité. Par exemple, à quelles configurations géographiques particulières ont été subordonné la mise en place du réseau Alpes-Isère ? Ces configurations ont-elles été explicitement évoquées pour la concertation lors de la création du réseau ? Le fait d'accepter qu'un établissement rejoigne ce réseau est-il conditionné par ces questions territoriales ? Comment la fusion de trois réseaux préexistants¹⁰¹ dans le cas parisien s'est-elle produite ? Quelles sont les tenants et aboutissants en matière de concertation, d'enjeux et de relation de pouvoir entre acteurs à toutes les échelles ? Les questions ne manquent pas et proposent des pistes de recherche féconde.

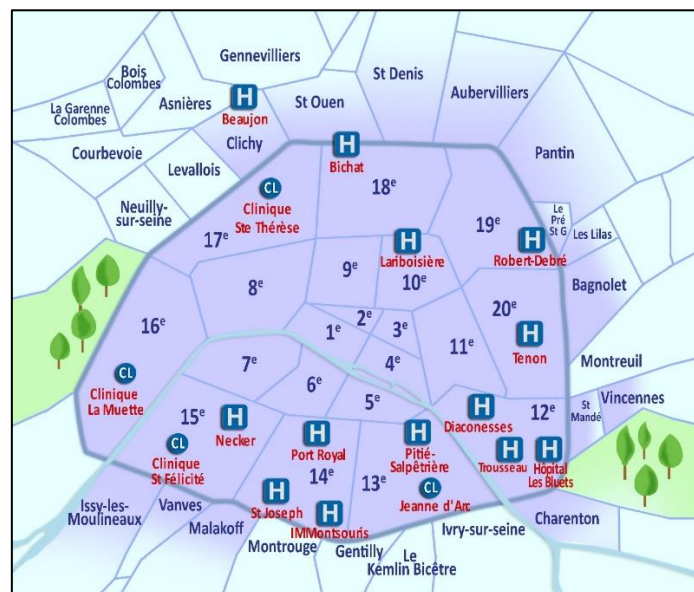


Figure 15 Emprise territoriale du Réseau de Santé périnatal parisien (RSPP) en 2019. Source de l'image : <http://www.rspp.fr/accueil-professionnel>

¹⁰¹ Les réseaux Réseau de Santé Périnatal Paris Nord (RPPN), Réseau Périnatal Paris Est et le Réseau de Santé Périnatal Paris Sud ont fusionnés depuis 2015. Le RPPN s'est notamment constitué par rapprochement successifs d'établissements et d'institutions opérant à des échelles et selon des logiques différentes, comme l'hôpital Bichat – Claude Bernard (dont l'objectif initial est la création d'un réseau « ville-hôpital » de suivi de grossesse en 2002), l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP), le conseil général de Paris et diverses cliniques.

En effet, la périnatalité n'est pas un champ social neutre, différents conflits et enjeux de pouvoir président aux relations entretenues entre acteurs, que ceux-ci soient des professionnels de santé particuliers, des usagers ou des établissements voire des organismes publics entiers. Ces rapports d'enjeux partagés dans des logiques parfois contradictoires sont un domaine à décrypter car ils auront nécessairement une influence sur la spatialisation de ces réseaux de santé périnatale. En effet, Dugnat (2012) rappelle qu'un réseau, par sa nature même, est une structure peu formalisée et hiérarchisée, mêlant à la fois des individus et des personnes morales et peu institutionnalisé, « *un ensemble d'interconnexions, dont la configuration évolue en permanence* » (Dugnat, 2012) qui est seulement cadré par l'instruction de 2015. De fait, les professionnels et les établissements qui font partie d'un réseau de périnatalité peuvent décider librement des modalités de leur association, quitte à redéfinir fréquemment le pacte qui les lie. Ce qui rejoint bien les termes déjà rencontrés à propos des dispositifs selon Foucault et leur spatialisation d'après Lussault, déjà discutée.

Le réseau de périnatalité comme échelle d'analyse des issues de santé périnatale

Notre deuxième hypothèse est que les réseaux de périnatalité en tant dispositifs spatiaux ont des effets mesurables sur les issues de santé périnatale et devrait donc en constituer une échelle pertinente d'analyse. En effet, l'objectif des réseaux de santé périnatale est d'accroître la sécurité au moment de la naissance (mais également pendant la grossesse) du couple mère-enfant, dans un contexte national de mauvais résultats de santé périnatale, comme nous l'avons vu dans la première partie de cette synthèse. Ainsi, il s'agit de favoriser la prise en charge cohérente, organisée et rapide des grossesses difficiles, des populations vulnérables et des accouchements complexes qui sont un risque pour la santé de la mère et du fœtus. Bien entendu, la proximité revient fréquemment dans le discours des acteurs des réseaux comme enjeu central de la sécurité au moment de la naissance.

Il convient donc de disposer d'outils pertinents d'évaluation de réseaux même si la nature même d'un réseau le rend difficile à l'évaluation : un réseau est à la fois une structure qui innove à son échelle propre de structure et une dynamique d'acteurs, opérateur spatial agissant sur un territoire particulier qu'il contribue lui-même à créer en tant qu'espace où se joue l'accessibilité aux soins. Ainsi, l'instruction de 2015 prévoit un certain nombre d'indicateurs obligatoires à l'échelle des réseaux dont les indicateurs classiques de santé périnatale (mortalité néonatale, mortalité périnatale) et de certains facteurs de risque (prématurité, poids à la naissance, âge de la mère) ainsi que de prise en charge (transfert de la mère au moment de l'accouchement¹⁰²).

Ainsi, est-il théoriquement possible de disposer d'indicateurs d'issues de santé et de facteurs de risque à l'échelle de territoires pertinents pour l'analyse des états de santé périnatale pour chaque réseau et la population desservie. Nous proposons ici d'utiliser les données disponibles à l'échelle des réseaux pour évaluer l'impact de facteurs de risque propre à chaque territoire couvert par le réseau puisque ce dispositif spatial crée de fait, par sa présence, un territoire « disposant » affectant du coup les conditions d'accessibilité aux structures de soins pour les femmes enceintes. Par exemple, Charreire (2011) met très clairement en évidence les recompositions des pratiques spatiales des femmes face à la restructuration de l'offre des maternités en Bourgogne entre 2000 et 2009, en analysant notamment les flux des femmes lors de l'accouchement après la fermeture de trois maternités au cours de cette période. Ainsi, ce territoire disposé, résultat de logiques intentionnelles à la fois explicites et implicites, objet de négociations, de réglementations, d'arrangements devient un opérateur spatial disposant et susceptible d'influencer l'état de santé des femmes et des nouveau-nés. C'est à l'échelle de cet

¹⁰² Les femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse et surtout qui, au moment de l'accouchement, présentent un risque d'accouchement prématuré peuvent faire l'objet de transferts en urgence entre les établissements de santé. Par exemple, pour les grossesses de moins de 32 semaines d'aménorrhée ou si l'estimation pondérale fœtale est inférieure à 1 500 grammes, un transfert de la mère vers une maternité de type III est recommandé. Ceci peut varier en fonction des conditions spécifiques de chaque maternité selon les protocoles et les conventions établies de son réseau périnatal (Haute Autorité de Santé, 2012).

opérateur spatial qu'il serait donc intéressant d'évaluer la santé périnatale, telle qu'elle existe dans un territoire particulier. Mais il ne s'agit pas simplement de calculer un taux de mortalité néonatale ou de prématurité à l'échelle d'un réseau – même si l'on est loin, actuellement, de disposer de l'ensemble de ces informations précieuses en France (Branger, Thibon, Crenn-Hebert, Baron et Serfaty, 2014)¹⁰³.

Bien plus, une telle évaluation serait le point de départ de l'étude des enjeux dans l'accessibilité pour un territoire ainsi défini par un réseau de santé périnatale existant. En effet, ces indicateurs d'état de santé périnatale recueillis à l'échelle du réseau servent de cadrage à l'échelle du territoire « disposé », permettant d'envisager l'étude des difficultés d'accessibilité aux structures de soins, des problèmes organisationnels du réseau de santé et des configurations territoriales posant éventuellement problème. Par exemple, il pourrait s'agir d'éclairer en profondeur les effets d'un réseau de périnatalité sur les problèmes d'accessibilité tels qu'ils se traduisent par des accouchements inopinés hors structure hospitalière et qui sont le fait le plus souvent de femmes vivant dans des territoires désavantagés, loin d'une maternité et en milieu rural et dans un « *contexte de réorganisation de l'offre de soins périnatales* » (Combier et al., 2019). Il s'agit de quantifier l'ampleur des difficultés avant de caractériser les leviers possibles pour agir dessus dans une perspective de santé publique territoriale, comme par exemple la délimitation avec des indicateurs qui ont du sens, de « zones d'accès difficiles » ou bien clarifier les conditions du choix du lieu d'accouchement qui a été profondément modifié en France par la réorganisation de l'offre de soins (Bréart, 2018; Pilkington et al., 2012).

¹⁰³ Branger (2014) signale qu'en 2012 indicateurs recommandés recueillis par 25 RSP sur les 45 possibles (55 %) sont détaillés ; ces réseaux représentent 52,7 % des naissances de l'année considérée.

Des enjeux pour les pistes futures de recherche sur le dispositif spatial de la périnatalité

Cet exposé nécessairement parcellaire et incomplet permet néanmoins de dégager des enjeux pour des recherches futures qui émergent du fait de considérer la périnatalité comme un dispositif foucauldien et son déploiement territorial, notamment sous forme de réseaux de santé périnataux, comme un dispositif spatial, opérateur spatial structurant des territoires. Il faut donc dans les recherches à venir, procéder à une étude approfondie des éléments suivants que nous présentons sous la forme d'une courte liste mais ceci n'implique aucune notion de hiérarchie :

- i. Montrer en quoi un réseau périnatal est structurant, agit comme un opérateur spatial et structure un territoire
- ii. Analyser les jeux d'acteurs et de discours qui structurent ces réseaux de périnatalité
- iii. Estimer à l'échelle des réseaux de périnatalité des mesures d'issues de santé et de facteurs de risque pour les issues de santé périnatale péjorées
- iv. Revisiter paradigme de la proximité : prendre en compte la complexité lors des fermetures de maternité, notamment en analysant l'offre structurée par un réseau de santé périnatale
- v. Enfin, prendre en compte les nouvelles technologies de l'information et de la communication. En quoi la télémédecine, par exemple, pourrait-elle contribuer à structurer à la fois la proximité entre les usagers et les soins et les réseaux de périnatalité eux-mêmes ?

Enfin, quel est l'intérêt fondamental pour ce type de programme de recherche en géographie de la santé et en santé publique ? Il nous semble que la valeur ajoutée de cette approche territoriale du dispositif spatial constitué par les réseaux de périnatalité réside dans la tentative de réponse à trois questions fondamentales : faut-il fermer encore plus de maternités en France à l'heure actuelle ? A quel moment la proximité – qui se traduisait par une offre abondante de maternités – ne s'oppose plus à la qualité des maternités ? Et à quel

prix en termes d'accessibilité au système de soins pour les femmes enceintes ? Il s'agit là ni plus ni moins qu'un enjeu fondamental, celui de l'état de santé d'une part importante de la population.

Conclusion : La santé périnatale, avenir d'un enjeu

« À quoi faut-il croire ? À rien ! C'est le commencement de la sagesse. Il serait temps de se défaire « des Principes » et d'entrer dans la Science, dans l'Examen. »

Gustave Flaubert, lettre du 30 avril 1871 à George Sand.

La France est marquée par un paysage socio-sanitaire inégalitaire en santé périnatale. A l'échelle du pays tout entier, la relative stagnation ces dernières années de la baisse de la mortalité périnatale et néonatale traduit des inégalités socio-spatiales autant que des problèmes d'organisation des soins. Cette situation concerne aussi bien les grossesses à bas risque (pour ce qui est de la prévention du tabagisme ou de la consommation d'alcool, par exemple) que celles qui présentent un risque élevé (comme la survie des enfants prématurés extrêmes ou la prévalence des handicaps à la suite d'une telle naissance). De plus, l'organisation territoriale des soins est interrogée, dans un contexte de baisse de l'offre des maternités (souvent très mal perçue par l'ensemble de la population) tandis que peu d'études ont été menées sur les effets directement attribuables à l'éloignement de la maternité la plus proche sur la santé des nouveau-nés. C'est ce constat qui amène Bréart à conclure à la nécessité d'améliorer le système de soins pour cette population très particulière sous trois aspects : *« celui de la prévention, de la lutte contre les inégalités, de la participation des femmes et des parents dans les décisions »* (Bréart, 2018). Or, si la France présente des difficultés dans ce domaine, c'est bien qu'il existe une fracture sociale et territoriale des services de santé qui est en accroissement ces dernières années et qui résulte en un défaut d'accessibilité spatiale aux soins (Chevillard et Mousquès, 2018). D'un point de vue méthodologique, si l'on dispose d'outils conceptuels et méthodologiques qui décrivent précisément les situations territoriales présentant un défaut d'accessibilité, un tour

rapide de cette question révèle la nécessité d'associer des mesures de la représentation chez les femmes enceintes du choix de leur d'accouchement et du trajet à accomplir. Quelles modalités influencent le choix des femmes face à l'offre de maternités qui leur est ouverte à proximité ? Cette question est finalement celle de l'échelle et de la forme pertinentes d'analyse de l'offre disponible dans un territoire qui ferait sens dans une approche complète et intégrée de l'accessibilité spatiale aux structures de soins pour la période périnatale. Pour essayer d'avancer sur cette thématique de recherche nous avons proposé la lecture de la périnatalité en France comme un dispositif spatial qui agit comme un opérateur « disposé dans l'espace » mais également « disposant un territoire », ce qui agit sur la santé des nouveau-nés et de leurs mères. C'est en quelque sorte lire le territoire en tant qu'opérateur de santé publique pour tenter d'y voir plus clair et tenter d'apporter une méthode rigoureuse à la question de savoir s'il faut encore fermer des maternités et si ou, où ?

Cet enjeu est d'autant plus d'actualité que la part de la population périurbaine en France augmente : depuis 1975, les couronnes périurbaines des villes françaises se sont à la fois étendues et densifiées, ce qui s'accompagne d'un dynamisme démographique fort (Baccaïni et Sémécurbe, 2009). Ce constat contraste avec l'idée enracinée dans l'imaginaire collectif d'une opposition villes-campagnes ; le seul mode d'habiter « légitime » à l'heure actuelle n'est plus la « ville dense » (Ripoll et Rivière, 2007) mais au contraire celui d'un redéploiement des stratégies résidentielles qui ne peut se comprendre que dans le contexte de l'augmentation généralisée diversifiée des formes de la mobilité (Berger, Aragau et Rougé, 2014; Charmes, 2019). Ce redéploiement territorial d'une partie importante de la population en âge de procréer interroge donc les stratégies territoriales des acteurs de la santé publique et questionnent d'autant plus, face à la montée des revendications d'égalité de traitement et d'équité en santé, l'implantation des maternités (Dugnat, 2012). Surtout si « *les équipements et les services des centres doivent être financés par ceux qui les utilisent, les périurbains donc* » dans les

« campagnes périurbaines », pour reprendre les propos quelque peu engagés de Charmes (2017). Plus que jamais, une lecture territoriale simpliste de la fracture dans l'accessibilité aux soins de santé périnatale n'est donc pas pertinente (Vigneron, 2013).

Si nous avons proposé ce type de programme de recherches, nous sommes conscient de la nature très expérimentale, hypothétique et tâtonnante de cette approche. Des prolongations et des interrogations subsistent et découlent même de ces interrogations. Elles fournissent autant de pistes d'investigations futures. De fait, l'accessibilité spatiale se retrouve isolée, dans la littérature scientifique, de l'ensemble du concept général d'accessibilité même s'il est bien entendu accepté que les diverses dimensions qui conditionnent un accès effectif aux soins interagissent avec l'accessibilité spatiale en boucles de synergie. Bien entendu, la nécessité de désarticuler les moments de la recherche peut être invoquée, mais s'agit-il uniquement d'un problème de rigueur analytique ? Ne s'agit-il pas là le signe d'une difficulté à assumer pleinement l'articulation du spatial et du social dans une démarche pluridisciplinaire dans le domaine de la périnatalité dont la difficulté à mettre en évidence un lien causal entre défaut d'accessibilité spatiale et issues péjorées de santé périnatale est un exemple frappant ? Ou bien s'agit-il plutôt d'un signe, d'un écho d'une crise épistémologique qui traduit la difficulté de rechercher la causalité dans le domaine de l'épidémiologie factorielle ?

En outre, l'accessibilité spatiale agit dans une perspective causale dans la production d'états de santé périnatale péjorés en concomitance avec une toute une gamme d'autres facteurs qu'il est difficile d'appréhender autrement que comme un système, ce que la plupart des études (y compris les nôtres) ont du mal à faire, tellement la pratique est liée à une approche épistémologique issue de l'épidémiologie factorielle. Il est donc plus que temps de revisiter la « *black box epidemiology* » ou « épidémiologie de la boîte noire », terme critique qualifiant

l'épidémiologie classique focalisée sur les facteurs de risque (Porta, 2018), en critiquant les outils de l'épidémiologie spatiale et sociale.

Références

- Acharya, L. B. et Cleland, J. (2000). Maternal and child health services in rural Nepal: does access or quality matter more? *Health Policy and Planning*, 15(2), 223-229.
- Adams, Y. J. et Smith, B. A. (2018). Integrative Review of Factors That Affect the Use of Postpartum Care Services in Developing Countries. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 47(3), 371-384. doi:10.1016/j.jogn.2018.02.006
- Aday, L. A. et Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208-220.
- Agamben, G. (1997). *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. Seuil.
- Agamben, G. et Rueff, M. (2006). Théorie des dispositifs. *Po&sie*, N° 115(1), 25-33.
- Agamben, G. et Rueff, M. (2014). *Qu'est-ce qu'un dispositif?* Paris : Rivages.
- Akachi, Y., Tarp, F., Kelley, E., Addison, T. et Kruk, M. E. (2016). Measuring quality-of-care in the context of sustainable development goal 3: a call for papers. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 160-160A. doi:10.2471/BLT.16.170605
- Amat-Roze, J.-M. (2011). La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat. *Hérodote*, n° 143(4), 13-32. doi:10.3917/her.143.0013
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. doi:10.2307/2137284
- Aoshima, K., Kawaguchi, H. et Kawahara, K. (2011). Neonatal mortality rate reduction by improving geographic accessibility to perinatal care centers in Japan. *Journal of Medical and Dental Sciences*, 58(2), 29-40.
- Apparicio, P., Gelb, J., Dubé, A.-S., Kingham, S., Gauvin, L. et Robitaille, É. (2017). The approaches to measuring the potential spatial access to urban health services revisited: distance types and aggregation-error issues. *International Journal of Health Geographics*, 16(1), 32. doi:10.1186/s12942-017-0105-9
- Azria, E. (2015). Inégalités sociales en santé périnatale. *Archives de Pédiatrie*, 22(10), 1078-1085. doi:10.1016/j.arcped.2015.07.006
- Babitsch, B., Gohl, D. et von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9. doi:10.3205/psm000089
- Baccaïni, B. et Sémécurbe, F. (2009). La croissance périurbaine depuis 45 ans. *Insee Première*, 1240. Repéré à <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280801>

- Baillot, A. et Evain, F. (2012). Les maternités: un temps d'accès stable malgré les fermetures. *Etudes et Résultats*, (814), 1-8.
- Barbieri, M. (2013). Mortality in France by département. *Population*, 68(3), 375-417. doi:10.3917/popu.1303.0433
- Baron, M. (2014). Modèle de Von Thünen. Dans *Hypergéométrie*. GDR Libergéo. Repéré à <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article566>
- Bellamy, V. (2017). Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes. *Insee Focus*, (92). Repéré à <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024#titre-bloc-10>
- Berger, M., Aragau, C. et Rougé, L. (2014). Vers une maturité des territoires périurbains ? Développement des mobilités de proximité et renforcement de l'ancrage dans l'ouest francilien. *EchoGéo*, (27). doi:10.4000/echogeo.13683
- Bhatta, D. N. et Liabsuetrakul, T. (2016). Social self-value intervention for empowerment of HIV infected people using antiretroviral treatment: a randomized controlled trial. *BMC Infectious Diseases*, 16. doi:10.1186/s12879-016-1634-8
- Bhutta, Z. A., Darmstadt, G. L., Haws, R. A., Yakoob, M. Y. et Lawn, J. E. (2009). Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths: improving service supply and community demand. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9 Suppl 1, S7. doi:10.1186/1471-2393-9-S1-S7
- Blondel, B., Durox, M. et Zeitlin, J. (2019). How perinatal health in France compared with other European countries in 2015: some progress but also some concerns about newborn health. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*. doi:10.1016/j.jogoh.2019.01.013
- Blondel, B., Papiernik, E., Delmas, D., Künzel, W., Weber, T., Maier, R. F., ... Mosaic Research Group*. (2009). Organisation of obstetric services for very preterm births in Europe: results from the MOSAIC project. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(10), 1364-1372. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02239.x
- Blondel, B. et Zeitlin, J. (2013). Faut-il craindre les fermetures et fusions de maternités en France ? *J Gyn Obstet Biol Reprod*, 42(5), 407-409. doi:10.1016/j.jgyn.2013.06.008
- Blondel, B., Lelong, N., Kermarrec, N. et Goffinet, F. (2012). La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des Enquêtes nationales périnatales. *J Gyn Obstet Biol Reprod*, 41, 151-166.

- Blondel, B., Drewniak, N., Pilkington, H. et Zeitlin, J. (2011). Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. *Health & Place*, 17(5), 1170-1173. doi:10.1016/j.healthplace.2011.06.002
- Bohren, M. A., Hunter, E. C., Munthe-Kaas, H. M., Souza, J. P., Vogel, J. P. et Gülmezoglu, A. M. (2014). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*, 11(1), 71. doi:10.1186/1742-4755-11-71
- Bonet, M., Smith, L. K., Pilkington, H., Draper, E. S. et Zeitlin, J. (2013). Neighbourhood deprivation and very preterm birth in an English and French cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 97. doi:10.1186/1471-2393-13-97
- Bouvier-Colle, H. (2007). Naître ou « bien être » ou « bien naître » en France ? *ADSP*, (61/62), 1.
- Bouyer, J., Bréart, G., Rochebrochard, E. de la et Sarlon, E. (2005). *Surveillance dans le domaine de la reproduction et de la périnatalité*. Repéré à <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01571978>
- Bouyer, J., Hémon, D. et Cordier, S. (1995). *Épidémiologie : principes et méthodes quantitatives*. Ed. INSERM.
- Branger, B., Thibon, P., Crenn-Hebert, C., Baron, S. et Serfaty, A. (2014). Les réseaux de santé en périnatalité : mise en place d'indicateurs communs, une place pour le suivi de l'état de santé périnatale (résultats en 2012). *Revue de médecine périnatale*, 6(4), 225-234. doi:10.1007/s12611-014-0298-4
- Bréart, G. (2018). Impact de l'organisation des soins en périnatalité. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 202(3-4), 657-662.
- Breart, G., Puech, F. et Rozé, J.-C. (2003). Vingt propositions pour une politique périnatale [Rapport public]. Repéré à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000572/index.shtml>
- Brunet, R. (2009). Les sens de la distance. *Atala*, (12), 13-32.
- Brunet, R. (2017). *Le déchiffrement du Monde. Théorie et pratique de la géographie*. Humensis.
- Chapelon, L. (2004). Accessibilité. Dans *Hypergéô. GDR Libergéo*. Repéré à <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article30>
- Charmes, É. (2017). La revanche des villages. *La Vie des idées*. Repéré à <http://www.laviedesidees.fr/La-revanche-des-villages.html>
- Charmes, E. (2019). *La revanche des villages*. Paris : Le Seuil.

- Charreire, H. et Combier, E. (2009). Poor prenatal care in an urban area: A geographic analysis. *Health & Place*, 15(2), 412-419. doi:10.1016/j.healthplace.2008.07.005
- Charreire, H., Combier, E., Michaut, F., Ferdynus, C., Blondel, B., Drewniak, N., ... Zeitlin, J. (2011). Une géographie de l'offre de soins en restructuration : les territoires des maternités en Bourgogne. *Cahiers de géographie du Québec*, 55(156), 491-509. doi:https://doi.org/10.7202/1008891ar
- Chevillard, G. et Mousquès, J. (2018). Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. *Cybergeo : European Journal of Geography*. doi:10.4000/cybergeo.29737
- Combier, E., Roussot, A., Goueslard, K., Cottenet, J., Rozenberg, P. et Quantin, C. (2019). Accouchements extrahospitaliers en France, étude populationnelle à partir du PMSI. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 67, S80. doi:10.1016/j.respe.2019.01.028
- Combier, E., Charreire, H., Le Vaillant, M., Michaut, F., Ferdynus, C., Amat-Roze, J.-M., ... Zeitlin, J. (2013). Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy. *Health & Place*, 24, 225-233. doi:10.1016/j.healthplace.2013.09.006
- Combier, E., Charreire, H., Vaillant, M. L., Michaut, F., Ferdynus, C., Amat-Roze, J.-M., ... Zeitlin, J. (2013). Temps d'accès aux maternités Bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale. *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 31(6), 348-368.
- Coulm, B., Blondel, B., Alexander, S., Boulvain, M. et Le Ray, C. (2016). Elective induction of labour and maternal request: a national population-based study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 123(13), 2191-2197. doi:10.1111/1471-0528.13805
- Cour des Comptes. (2012). *La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation* (p. 395-428). Paris : Cour des Comptes.
- Cour des Comptes. (2014). *Les maternités* (p. 117). Paris : Cour des Comptes.
- Criballet, G. (2016). *Rôle de la fédération dans l'animation des RSP*. Communication présentée au CNNSE 22 mars 2016.
- Deneux-Tharoux, C. (2012). Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41(8), 697-707.
- Doisneau, L. (2003). *Une femme accouche en moyenne à 14 kilomètres de son domicile* (n° 903) (p. 4). Insee.
- Dugnat, M. (2012). Réseaux en périnatalité : les outils pratiques d'une prévention universelle prévenante ? *Spirale*, 61(1), 139-162.

- Dumolard, P. (1999). Accessibilité et diffusion spatiale. *L'Espace géographique*, 28(3), 205-214. doi:10.3406/spgeo.1999.1254
- Dumont, M. (2011). Aux origines d'une géopolitique de l'action spatiale : Michel Foucault dans les géographies françaises. *L'Espace Politique. Revue en ligne de géographie politique et de géopolitique*, (12). doi:10.4000/espacepolitique.1744
- Duvigneau, H. (2018, 20 octobre). La fermeture d'une maternité suscite l'émotion dans l'Indre. *La Croix*. Repéré à <https://www.la-croix.com/France/fermeture-dune-maternite-suscite-lemotion-lindre-2018-10-20-1200977410>
- Ego, A. (2013). Définitions : petit poids pour l'âge gestationnel et retard de croissance intra-utérin. *Journal De Gynecologie, Obstetrique Et Biologie De La Reproduction*, 42(8), 872-894. doi:10.1016/j.jgyn.2013.09.012
- Estebanez, J. (2010). Le zoo comme dispositif spatial : mise en scène du monde et de la juste distance entre l'humain et l'animal. *L'Espace géographique, Vol. 39(2)*, 172-179.
- Euro-Peristat. (2018). Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015.
- Evers, A. C. C., Nikkels, P. G. J., Brouwers, H. A. A., Boon, J., van Egmond-Linden, A., Hart, C., ... Kwee, A. (2011). Substandard care in antepartum term stillbirths: prospective cohort study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 90(12), 1416-1422. doi:10.1111/j.1600-0412.2011.01251.x
- Fainzang, S. (2014). Les inégalités au sein du colloque singulier : l'accès à l'information. *Les Tribunes de la sante, n° 43(2)*, 47-52.
- Featherstone, P., Eberth, J. M., Nitcheva, D. et Liu, J. (2016). Geographic Accessibility to Health Services and Neonatal Mortality Among Very-Low Birthweight Infants in South Carolina. *Maternal and Child Health Journal*, 20(11), 2382-2391. doi:10.1007/s10995-016-2065-2
- Flenady, V., Koopmans, L., Middleton, P., Frøen, J. F., Smith, G. C., Gibbons, K., ... Ezzati, M. (2011). Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 377(9774), 1331-1340. doi:10.1016/S0140-6736(10)62233-7
- Flenady, V., Middleton, P., Smith, G. C., Duke, W., Erwich, J. J., Khong, T. Y., ... Frøen, J. F. (2011). Stillbirths: the way forward in high-income countries. *The Lancet*, 377(9778), 1703-1717. doi:10.1016/S0140-6736(11)60064-0

- Flenady, V., Wojcieszek, A. M., Middleton, P., Ellwood, D., Erwich, J. J., Coory, M., ... Goldenberg, R. L. (2016). Stillbirths: recall to action in high-income countries. *The Lancet*, 387(10019), 691-702. doi:10.1016/S0140-6736(15)01020-X
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours : leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970* (vol. 1-1). Paris, France : Gallimard, DL 1971.
- Foucault, M. (1976a). *Histoire de la sexualité* (vol. 1-1). Paris, France : Gallimard.
- Foucault, M. (1976b). *La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits, 1954-1988, Tome III: 1976-1979*. Gallimard.
- Foucault, M. (2003). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (2005). *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M., Ewald, F. et Fontana, A. (2004). *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France (1977-1978)* (vol. 1-1; édité par M. Senellart). Paris, France : Gallimard : Seuil.
- Frerichs, R. R. (2007). The Ghost Map. *Emerging Infectious Diseases*, 13(7), 1134-1134. doi:10.3201/eid1307.070357
- Fresson, J. et Blondel, B. (2013). La sortie prochaine des mort-nés des limbes de la statistique française. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 42(1), 1-4. doi:10.1016/j.jgyn.2012.12.005
- Fresson, J., Rey, S., Vanhaesebrouck, A. et Vilain, A. (2017). Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. *Etudes et Résultats*, (1031).
- Gabrysch, S. et Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9(1), 34. doi:10.1186/1471-2393-9-34
- Genel, K. (2004). Le biopouvoir chez Foucault et Agamben. *Methodos. Savoirs et textes*, (4). doi:10.4000/methodos.131
- Gregory, D. (2006). The Black Flag: Guantánamo Bay and the Space of Exception. *Geografiska Annaler. Series B, Human Geography*, 88(4), 405-427.
- Gregory, D. (dir.). (2009). *The Dictionary of Human Geography* (5th ed). Malden, MA : Blackwell.
- Grzybowski, S., Stoll, K. et Kornelsen, J. (2011). Distance matters: a population based study examining access to maternity services for rural women. *BMC Health Services Research*, 11, 147. doi:10.1186/1472-6963-11-147

- Guagliardo, M. F. (2004). Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, 3(1), 3. doi:10.1186/1476-072X-3-3
- Guermond, Y. (2016). Pour une géographie engagée. *Cybergeo: European Journal of Geography*. Repéré à <http://journals.openedition.org/cybergeo/27512>
- Gunnarsson, B., Fasting, S., Skogvoll, E., Smáráson, A. K. et Salvesen, K. Å. (2017). Why babies die in unplanned out-of-institution births: an enquiry into perinatal deaths in Norway 1999-2013. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 96(3), 326-333. doi:10.1111/aogs.13067
- Haraldsdottir, S., Gudmundsson, S., Bjarnadottir, R. I., Lund, S. H. et Valdimarsdottir, U. A. (2015). Maternal geographic residence, local health service supply and birth outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(2), 156-164. doi:10.1111/aogs.12534
- Haute Autorité de Santé. (2012). Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé. Critères d'indications de transfert pédiatrique. Haute Autorité de Santé.
- HCSP. (2013). *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique.
- Houzelle, N., Cecchi, C. et Ricard, E. (2007). Parents-professionnels de la naissance : une nouvelle relation ? *La santé de l'homme*, (391), 16-19.
- Jacques, B. (2007). De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? *La santé de l'homme*, (391), 20-22.
- Jalabert, G. (1977). Des réponses aux questions de Michel Foucault : est-il possible de faire une géographie de la médecine ? *Hérodote*, (6), 25-28.
- Jones, P., Alberti, C., Julé, L., Chabernaude, J.-L., Lodé, N., Sieurin, A. et Dauger, S. (2011). Mortality in out-of-hospital premature births. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 100(2), 181-187. doi:10.1111/j.1651-2227.2010.02003.x
- Karra, M., Fink, G. et Canning, D. (2017). Facility distance and child mortality: a multi-country study of health facility access, service utilization, and child health outcomes. *International Journal of Epidemiology*, 46(3), 817-826. doi:10.1093/ije/dyw062
- Kearns, G. (2007). The History of Medical Geography after Foucault. Dans J. W. Crampton et S. Elden (dir.), *Space, knowledge and power: Foucault and geography* (p. 205-222). Aldershot, England ; Burlington, VT : Ashgate.

- Klauser, F. (2013). Through Foucault to a political geography of mediation in the information age. *Geographica Helvetica*, 68(2), 95-104. doi:10.5194/gh-68-95-2013
- Klauser, F., Paasche, T. et Söderström, O. (2014). Michel Foucault and the Smart City: Power Dynamics Inherent in Contemporary Governing through Code. *Environment and Planning D: Society and Space*, 32(5), 869-885. doi:10.1068/d13041p
- Kornelsen, J., Moola, S. et Grzybowski, S. (2009). Does distance matter? Increased induction rates for rural women who have to travel for intrapartum care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et Gynécologie Du Canada : JOGC*, 31(1), 21-27.
- Kuhn, T. S. (2012). *The Structure of Scientific Revolutions: 50th Anniversary Edition*. University of Chicago Press.
- Lacoste, Y. (1976). Questions à Michel Foucault sur la géographie. *Hérodote*, (1), 71-85.
- Lasswell, S. M., Barfield, W. D., Rochat, R. W. et Blackmon, L. (2010). Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. *JAMA*, 304(9), 992-1000. doi:10.1001/jama.2010.1226
- Le Berre, J.-S. (2019, 27 juin). Maternité du Blanc : des femmes enceintes vont porter plainte contre l'État. *lanouvellerepublique.fr*. Repéré à <https://www.lanouvellerepublique.fr/le-blanc/au-blanc-des-femmes-enceintes-vont-porter-plainte-contre-l-etat>
- Le Bras, H. (1993). *Marianne et les lapins : L'obsession démographique, épilogue original*. Paris : Hachette Littérature.
- Le Grand, J. (1991). *Equity and Choice: An Essay in Economics and Applied Philosophy*. London ; New York, NY, USA : Routledge.
- Legg, S. (2011). Assemblage/apparatus: using Deleuze and Foucault. *Area*, 128-133. doi:10.1111/j.1475-4762.2011.01010.x@10.1111
- Leibovici, M. (2005). Biopolitique et compréhension du totalitarisme. *Tumultes*, n° 25(2), 23-45.
- Lévy, J. (2009). Entre contact et écart : la distance au cœur de la réflexion. *Atala*, 12, 175-185.
- Lévy, J. (2013). Accessibilité. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin.
- Lévy, J. et Lussault, M. (dir.). (2013). *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin.
- Lisonkova, S., Sheps, S. B., Janssen, P. A., Lee, S. K., Dahlgren, L. et Macnab, Y. C. (2011). Birth outcomes among older mothers in rural versus urban areas: a residence-based approach. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health*

- Association and the National Rural Health Care Association*, 27(2), 211-219.
doi:10.1111/j.1748-0361.2010.00332.x
- Little, G. A. et Merenstein, G. B. (1993). Toward Improving the Outcome of Pregnancy, 1993: Perinatal Regionalization Revisited. *Pediatrics*, 92(4), 611-612.
- Lucas-Gabrielli, V., Nabet, N. et Tonnelier, F. (2001). Les soins de proximité : une exception française ? *Questions d'Economie de la Santé*, (39).
- Luo, Z.-C. et Wilkins, R. (2008). Degree of rural isolation and birth outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22(4), 341-349. doi:10.1111/j.1365-3016.2008.00938.x
- Lussault, M. (1998). Renouveler le dialogue. *Espace Temps*, 68(1), 31-44.
doi:10.3406/espat.1998.4053
- Lussault, M. (2010). Ce que la géographie fait au(x) monde(s). *Tracés. Revue de Sciences humaines*, (#10), 241-251. doi:10.4000/traces.4854
- Lussault, M. (2013). Michel Foucault. *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris : Belin.
- Lussault, M. et Fassin, D. (1998). L'instrument sanitaire. Rôles et valeurs de la santé publique dans les politiques territoriales tourangelles. Dans *Les figures urbaines de la santé publique. Expériences locales*. Paris : La Découverte.
- Ma maternité va fermer. (2019, 14 février). *Envoyé spécial*. France 2.
- Martel, F. (2008). *Le rose et le noir : les homosexuelles en France depuis 1968* (Nouv. éd. rev. et augm). Paris : Éd. du Seuil.
- Meade, M. S. et Emch, M. (2010). *Medical Geography*. Guilford Press.
- Milhaud, O. (2015). L'enfermement ou la tentation spatialiste. De « l'action aveugle, mais sûre » des murs des prisons. *Annales de géographie*, n° 702-703(2), 140-162.
- Milian, J. et Tamru, B. (2018). Port-au-Prince, ville du risque ? Un mythe au prisme d'une urbanisation vulnérable. *Études caribéennes*, (39-40).
doi:10.4000/etudescaribeennes.11464
- Minca, C. (2007). Agamben's geographies of modernity. *Political Geography*, 26(1), 78-97.
doi:10.1016/j.polgeo.2006.08.010
- Morel, M.-F. (2008). Histoire de la naissance en France (xvii^e-xx^e siècle). *ADSP*, (61/62), 22-28.
- Morel, M.-F. (dir.). (2016). *Naître à la maison*. ERES. Repéré à <https://www.cairn.info/naitre-a-la-maison--9782749251714.htm>

- Murayama, H., Fujiwara, Y. et Kawachi, I. (2012). Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *Journal of Epidemiology / Japan Epidemiological Association*, 22(3), 179-187.
- Niel, X. (2011). Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent. (EDP). INSEE. Direction des Statistiques Démographiques et Sociales.
- Noskin, G. A. et Peterson, L. R. (2001). Engineering Infection Control through Facility Design. *Emerging Infectious Diseases*, 7(2), 354-357. doi:10.3201/eid0702.700354
- Papiernik, E. et Keith, L. G. (1995). The regionalization of perinatal care in France — description of a missing policy. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 61(2), 99-103. doi:10.1016/0301-2115(95)02107-I
- Papon, S. (2018). La mortalité infantile est stable depuis dix ans après des décennies de baisse. *Insee Focus*, (117).
- Paranjothy, S., Watkins, W. J., Rolfe, K., Adappa, R., Gong, Y., Dunstan, F. et Kotecha, S. (2014). Perinatal outcomes and travel time from home to hospital: Welsh data from 1995 to 2009. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 103(12), e522-527. doi:10.1111/apa.12800
- Parker, L. (2000). Proximity to maternity services and stillbirth risk. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 82(2), 167F - 168. doi:10.1136/fn.82.2.F167
- Penchansky, R. et Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Peters, M. A. (2014). Giorgio Agamben's Homo Sacer Project. *Educational Philosophy and Theory*, 46(4), 327-333. doi:10.1080/00131857.2014.900313
- Phibbs, C. S. et Luft, H. S. (1995). Correlation of travel time on roads versus straight line distance. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 52(4), 532-542.
- Pilkington, H. (2004). *Les lieux du paludisme: approche géographique des facteurs de confusion dans une enquête d'épidémiologie du paludisme* (Thèse doctorat). Université Panthéon-Sorbonne, Paris, France.
- Pilkington, H. (2017). *Quality of care in a vulnerable environment: assessing intra-urban variations in general service readiness of healthcare facilities in the Metropolitan Area of Port-au-Prince (Haiti)*. Pétiion-Ville (Haïti). Communication présentée au Quel développement urbain pour la ville post-crise ?
- Pilkington, H., Blondel, B., Carayol, M., Breart, G. et Zeitlin, J. (2008). Impact of maternity unit closures on access to obstetrical care: the French experience between 1998 and

2003. *Social Science & Medicine* (1982), 67(10), 1521-1529. doi:10.1016/j.socscimed.2008.07.021
- Pilkington, H., Blondel, B., Drewniak, N. et Zeitlin, J. (2012). Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics. *International Journal of Health Geographics*, 11, 35. doi:10.1186/1476-072X-11-35
- Pilkington, H., Blondel, B., Drewniak, N. et Zeitlin, J. (2014). Where does distance matter? Distance to the closest maternity unit and risk of foetal and neonatal mortality in France. *The European Journal of Public Health*, 24(6), 904-909. doi:10.1093/eurpub/ckt207
- Pilkington, H., Blondel, B., Papiernik, E., Cuttini, M., Charreire, H., Maier, R. F., ... MOSAIC group. (2010). Distribution of maternity units and spatial access to specialised care for women delivering before 32 weeks of gestation in Europe. *Health & Place*, 16(3), 531-538. doi:10.1016/j.healthplace.2009.12.011
- Pilkington, H., Prunet, C., Blondel, B., Charreire, H., Combier, E., Le Vaillant, M., ... Zeitlin, J. (2018). Travel Time to Hospital for Childbirth: Comparing Calculated Versus Reported Travel Times in France. *Maternal and Child Health Journal*, 22(1), 101-110. doi:10.1007/s10995-017-2359-z
- Poeran, J., Denktas, S., Birnie, E., Bonsel, G. J. et Steegers, E. A. P. (2011). Urban perinatal health inequalities. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(4), 643-646. doi:10.3109/14767058.2010.511341
- Poeran, J., Maas, A. F. G., Birnie, E., Denktas, S., Steegers, E. A. P. et Bonsel, G. J. (2013). Social deprivation and adverse perinatal outcomes among Western and non-Western pregnant women in a Dutch urban population. *Social Science & Medicine* (1982), 83, 42-49. doi:10.1016/j.socscimed.2013.02.008
- Porta, M. (2018). *A Dictionary of Public Health* (édité par J. M. Last). Oxford University Press.
- Puech, F., Pauchet-Traversat, A.-F. et Patureau, J. (2007). L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. *ADSP*, (61-62), 35-57.
- Pumain, D. (2004). Distance. Dans *Hypergéô*. GDR Libergéo. Repéré à <http://www.hypergeo.eu/spip.php?article54#>
- Pumain, D. (2009). Essai sur la distance et l'espace géographique. *Atala*, (12), 33-49.
- Raffestin, C. (2005). L'actualité et Michel Foucault. *Revue électronique des sciences humaines et sociales*. Repéré à <http://www.espacestems.net/articles/lrsquoactualite-et-michel-foucault/>
- Ravelli, A. C. J., Jager, K. J., de Groot, M. H., Erwich, J. J. H. M., Rijninks-van Driel, G. C., Tromp, M., ... Mol, B. W. J. (2011). Travel time from home to hospital and adverse

- perinatal outcomes in women at term in the Netherlands. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(4), 457-465. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02816.x
- Raynaud, J. (2013). *L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable* (Histoire, Université Paul Valéry - Montpellier III). Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00967067>
- République française. Instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional. , AFSH1516239J DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 21 (2015).
- Richardus, J. H., Graafmans, W. C., Verloove-Vanhorick, S. P., Mackenbach, J. P., EuroNatal International Audit Panel et EuroNatal Working Group. (2003). Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(2), 97-105.
- Ricketts, T. C. et Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274-280. doi:10.1016/j.outlook.2005.06.007
- Ripoll, F. et Rivière, J. (2007). La ville dense comme seul espace légitime ? Analyse critique d'un discours dominant sur le vote et l'urbain. *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 102(1), 120-130. doi:10.3406/aru.2007.2701
- Roghamann, K. J. et Zastowny, T. R. (1979). Proximity as a factor in the selection of health care providers: Emergency room visits compared to obstetric admissions and abortions. *Social Science & Medicine. Part D: Medical Geography*, 13(1), 61-69. doi:10.1016/0160-8002(79)90028-5
- Rollet, C. et Morel, M.-F. (2000). *Des bébés et des hommes : traditions et modernité des soins aux tout-petits*. Albin Michel. Repéré à <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k4804858x>
- Rosenberg, M. (2014). Health geography I: Social justice, idealist theory, health and health care. *Progress in Human Geography*, 38(3), 466-475. doi:10.1177/0309132513498339
- Rosenberg, M. (2016). Health geography II: 'Dividing' health geography. *Progress in Human Geography*, 40(4), 546-554. doi:10.1177/0309132515581094
- Salem, G. (1998). *La santé dans la ville : géographie d'un petit espace dense : Pikine (Sénégal)*. Paris : Karthala. Repéré à <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010013634>
- Santos, M. (1977). Des réponses aux questions de Michel Foucault : est-il possible de faire une géographie de la médecine ? *Hérodote*, (6), 28-29.

- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36-39. doi:10.1177/1355819615600001
- Sauvêtre, P. (2009). Michel Foucault : problématisation et transformation des institutions. *Tracés. Revue de Sciences humaines*, (17), 165-177. doi:10.4000/traces.4262
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. Amsterdam ; New York : New York, N.Y., U.S.A : North-Holland.
- Sen, A. (2001). *Development as freedom*. Oxford ; New York : Oxford University Press.
- Sheiner, E., Shoham-Vardi, I., Hadar, A., Hershkovitz, R., Sheiner, E. K. et Mazor, M. (2002). Accidental out-of-hospital delivery as an independent risk factor for perinatal mortality. *The Journal of reproductive medicine*, 47(8), 625-630.
- Smith, C. A., Wright, D. et Day, S. (2007). Distancing the mad: Jarvis's Law and the spatial distribution of admissions to the Hamilton Lunatic Asylum in Canada, 1876-1902. *Social Science & Medicine* (1982), 64(11), 2362-2377. doi:10.1016/j.socscimed.2007.01.003
- Stoll, K. et Kornelsen, J. (2014). Midwifery care in rural and remote British Columbia: a retrospective cohort study of perinatal outcomes of rural parturient women with a midwife involved in their care, 2003 to 2008. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(1), 60-66. doi:10.1111/jmwh.12137
- Thaddeus, S. et Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science & Medicine* (1982), 38(8), 1091-1110.
- Thomas, J. W. et Penchansky, R. (1984). Relating satisfaction with access to utilization of services. *Medical Care*, 22(6), 553-568.
- Thünen, J. H. von. (1842). *Der Isolirte Staat in Beziehung auf Landwirtschaft und Nationalökonomie*. Rostock : G.B. Leopold.
- Urquhart, R., Kendell, C., Buduhan, G., Rayson, D., Sargeant, J., Johnson, P., ... Porter, G. A. (2016). Decision-making by surgeons about referral for adjuvant therapy for patients with non-small-cell lung, breast or colorectal cancer: a qualitative study. *CMAJ Open*, 4(1), E7-E12. doi:10.9778/cmajo.20150030
- Vaguet, A. (2001). Du bon usage de l'analyse spatiale et de l'évaluation territoriale dans les politiques sanitaires. *Nature Sciences Sociétés*, 9(4), 36-42.
- Vahratian, A., Hoffman, M. K., Troendle, J. F. et Zhang, J. (2006). The impact of parity on course of labor in a contemporary population. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 33(1), 12-17. doi:10.1111/j.0730-7659.2006.00069.x

- Veit-Sauca, B., Boulahtouf, H., Mariette, J.-B., Thevenot, P., Gremy, M., Ledésert, B., ... Picaud, J.-C. (2008). La régionalisation des soins en périnatalité permet d'améliorer le pronostic néonatal des grands prématurés nés en région Languedoc-Roussillon et nécessite une actualisation des informations fournies aux professionnels. *Archives de Pédiatrie*, 15(6), 1042-1048.
- Vigeneron, E. (2001). *Distance et santé. La question de la proximité des soins*. Paris : Presses universitaires de France.
- Vigeneron, E. (2013). Inégalités de santé, inégalités de soins dans les territoires français. *Les Tribunes de la sante*, n° 38(1), 41-53.
- Vigeneron, E. et Haas, S. (2012). Les territoires inégaux face à la santé : une forme méconnue de discrimination. *Place Publique*, (36), 7-16.
- Warner, B., Musial, M. J., Chenier, T. et Donovan, E. (2004). The effect of birth hospital type on the outcome of very low birth weight infants. *Pediatrics*, 113(1 Pt 1), 35-41. doi:10.1542/peds.113.1.35
- WHO. (1996). *Maternity waiting homes: A review of experiences Maternal and Newborn Health Safe motherhood Unit*. Geneva : World Health Organisation.
- WHO. (2014). *Global Nutrition Targets 2025: Low birth weight policy brief* (n° WHO/NMH/NHD/14.5) (p. 8).
- Wilkinson, R. G. et Pickett, K. (2011). *The spirit level: why greater equality makes societies stronger*. New York : Bloomsbury Press.
- Yaffee, A. Q., Whiteside, L. K., Oteng, R. A., Carter, P. M., Donkor, P., Rominski, S. D., ... Cunningham, R. M. (2012). Bypassing proximal health care facilities for acute care: a survey of patients in a Ghanaian Accident and Emergency Centre. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 17(6), 775-781. doi:10.1111/j.1365-3156.2012.02984.x
- Yapi-Diahou, A. (2003). *La recherche urbaine à l'épreuve des milieux marginalisés dans la ville: réflexion sur les défis méthodologiques en sciences humaines*. Abidjan, Côte d'Ivoire : Editions universitaires de Côte d'Ivoire.
- Zeitlin, J., Alexander, S., Barros, H., Blondel, B., Delnord, M., Durox, M., ... Macfarlane, A. (2019). Perinatal health monitoring through a European lens: eight lessons from the Euro-Peristat report on 2015 births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. doi:10.1111/1471-0528.15857
- Zeitlin, J., Combier, E., Levailant, M., Lasbeur, L., Pilkington, H., Charreire, H. et Rivera, L. (2011). Neighbourhood socio-economic characteristics and the risk of preterm birth for

- migrant and non-migrant women: a study in a French district. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 25(4), 347-356. doi:10.1111/j.1365-3016.2011.01201.x
- Zeitlin, J., Gwanfogbe, C. D., Delmas, D., Pilkington, H., Jarreau, P.-H., Chabernaude, J.-L., ... Papiernik, E. (2008). Risk factors for not delivering in a level III unit before 32 weeks of gestation: results from a population-based study in Paris and surrounding districts in 2003. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 22(2), 126-135. doi:10.1111/j.1365-3016.2007.00921.x
- Zeitlin, J., Mohangoo, A. et Delnord, M. (2013). *European Perinatal Health Report. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT.
- Zeitlin, J., Mortensen, L., Cuttini, M., Lack, N., Nijhuis, J., Haidinger, G., ... Hindori-Mohangoo, A. D. (2016). Declines in stillbirth and neonatal mortality rates in Europe between 2004 and 2010: results from the Euro-Peristat project. *J Epidemiol Community Health*, 70(6), 609-615. doi:10.1136/jech-2015-207013
- Zeitlin, J., Mortensen, L., Prunet, C., Macfarlane, A., Hindori-Mohangoo, A. D., Gissler, M., ... Euro-Peristat Scientific Committee. (2016). Socioeconomic inequalities in stillbirth rates in Europe: measuring the gap using routine data from the Euro-Peristat Project. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 15. doi:10.1186/s12884-016-0804-4
- Zeitlin, J., Szamotulska, K., Drewniak, N., Mohangoo, A. D., Chalmers, J., Sakkeus, L., ... Euro-Peristat Preterm Study Group. (2013). Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 120(11), 1356-1365. doi:10.1111/1471-0528.12281

Table des matières

Sommaire	vi
Remerciements	vii
Liste des figures	ix
Liste des tableaux	x
Avertissement.....	xi
Introduction : Distance, santé et inégalités territoriales de santé périnatale, quels enjeux ?.....	1
Première partie : Un enjeu de santé publique, comprendre « quelle distance » affecte la santé périnatale.....	7
Une inégale distribution sociale et spatiale des états de santé et de la mortalité prématurée dans le monde	8
<i>L'accouchement : un moment très sécurisé en France.....</i>	<i>11</i>
Variabilité géographique de l'état de santé des nouveau-nés en Europe : état des lieux	11
<i>Evolution des états de santé des nouveau-nés dans les pays à haut revenu et facteurs de risque.....</i>	<i>11</i>
<i>Variations de l'état de santé des nouveau-nés en Europe</i>	<i>17</i>
<i>Offre de santé périnatale en Europe et indicateurs de suivi.....</i>	<i>18</i>
Une relative absence d'études sur l'impact de la distance sur les issues de santé périnatale dans les pays à haut revenu	21
<i>Quand la distance a un effet propre sur l'état de santé périnatale</i>	<i>23</i>
<i>La distance en tant que « masque » du territoire</i>	<i>24</i>
Les études sur l'impact de la distance sur les issues de santé périnatale dans les pays à revenu intermédiaire/modéré ou faible	27
Distance et situations particulières	30
<i>Les accouchements hors structure hospitalière : un cas-limite.....</i>	<i>30</i>
<i>Distance et populations particulières</i>	<i>32</i>

<i>Distance et sensibilité de l'échelle territoriale utilisée</i>	37
<i>Diversité des classifications et des mesures dans les études</i>	38
Quel rôle joue donc la distance sur les issues de santé périnatale ? conséquences de ce rapide état des lieux	39
Deuxième partie : Qualifier et quantifier l'accessibilité spatiale en santé périnatale, un enjeu théorique et méthodologique	41
Développement et bases du concept d'accessibilité	43
<i>Développements historiques du concept d'accessibilité spatiale aux soins</i>	43
Vers une conception multi-dimensionnelle formalisée de l'accessibilité en santé	46
<i>L'accessibilité spatiale selon Thomas et Penchansky : histoire d'une interaction</i>	46
<i>Deux aspects complémentaires : l'intégration territoriale et l'acculturation</i>	48
Une formalisation du concept d'accessibilité spatiale.....	52
Cinq « couplets » pour appréhender l'accessibilité spatiale de façon quantitative	54
<i>La distance ou le temps minimal d'accès</i>	54
<i>L'offre totale disponible</i>	56
<i>Distance moyenne à l'offre</i>	57
<i>Etude simultanée de la localisation de l'offre et de la demande</i>	58
Confronter distance subjectivée et objectivée dans l'analyse de l'accessibilité spatiale	58
Comprendre les modalités du choix du lieu d'accouchement	61
<i>Conceptualiser la notion de choix</i>	61
<i>Représentation des temps de trajets entre le domicile et lieu de l'accouchement</i>	63
Deux exemples de recherches sur les modalités de choix	64
<i>Choix du lieu d'accouchement en fonction de l'offre disponible</i>	64
<i>Qualité représentée des structures de soins et contournement à Port-au-Prince (Haïti)</i> 68	
Conséquences théoriques et méthodologiques des approches actuelles de l'accessibilité aux soins	70
Troisième partie : L'accessibilité spatiale aux maternités en France, un enjeu territorial	74

L'accessibilité spatiale aux maternités en France, un enjeu socio-spatial.....	74
<i>Proposition : l'organisation de la santé périnatale en France est un dispositif spatial ..</i>	76
Qu'est-ce qu'un dispositif spatial ?	77
<i>Le concept de dispositif chez Foucault</i>	77
<i>L'apport de la dimension spatiale par Lussault</i>	83
Esquisse de généalogie des enjeux de pouvoirs dans la structuration de l'offre de santé périnatale en France.....	89
<i>Brève historique de l'accouchement en France.....</i>	89
<i>Les mutations spatiales du dispositif d'accouchement en France entre fermetures de maternités et exigence de proximité.....</i>	93
La périnatalité est-elle un dispositif spatial ?	96
Le réseau de périnatalité comme échelle d'analyse des issues de santé périnatale	103
Des enjeux pour les pistes futures de recherche sur le dispositif spatial de la périnatalité	106
Conclusion : La santé périnatale, avenir d'un enjeu	108
Références	112
Table des matières	127