

Villes, campagnes, régions, Europe...

Les champs du problème

C'est à toutes les échelles de l'action que les questions sanitaires rencontrent les problèmes d'aménagement du territoire : en milieu rural, dans les villes avec des inégalités entre quartiers et désormais également à l'échelle européenne.

L'accès aux soins en milieu rural

Christophe Bessin
Adjoint au directeur,
Urcam

Didier Carel
Chargé de mission,
Urcam
de Franche-Comté

**Véronique
Lucas-Gabrielli**
Chargée de mission,
Credes

François Tonnellier
Directeur
de recherche,
Credes

Le milieu rural présente-t-il des besoins particuliers pour l'accès aux soins ou des risques spécifiques en matière de santé ? Avant de répondre à ces questions centrales pour l'aménagement du territoire, il est nécessaire de poser la question de la définition de la « ruralité ». La notion d'espace rural est en effet devenue de plus en plus floue avec la profonde transformation de l'activité agricole : est-ce encore aujourd'hui une catégorie pertinente ? Comment évaluer les questions spécifiques d'accès aux soins ? Ses habitants sont-ils en moins bonne santé ? Existe-t-il des disparités et des inégalités entre l'urbain et le rural ? Nous cherchons ici à apporter des éléments de réponse à ces questions.

Les espaces ruraux : entre l'isolement et la péri-urbanisation

En France, comme dans de nombreux pays, les communes rurales sont des communes qui comptent moins de 2 000 habitants. Au-dessus de ce seuil une commune appartient à une unité urbaine.

Cette première approche s'est rapidement avérée restrictive pour rendre compte du clivage urbain-rural en raison des changements d'urbanisation. L'Insee s'est alors efforcé de prendre en compte un espace périurbain naissant : l'activité agricole reculant, des communes jusqu'alors rurales entraient dans l'aire d'attraction des villes, l'activité et les modes de vie de leurs populations les rapprochant de plus en plus des centres urbains.

Le plus récent découpage territorial proposé par l'Insee, le zonage en aires urbaines (ZAU), tente de répondre à ce problème, en définissant tout d'abord des pôles urbains, unités urbaines offrant au moins 5 000 emplois. Les communes périurbaines sont alors celles dont au moins 40 % des actifs travaillent dans les pôles urbains. L'ensemble des communes n'étant ni des pôles urbains, ni des communes périurbaines, constituent l'espace rural, qui fait l'objet d'une hiérarchisation en classes sur le même mode : pôles ruraux (unités urbaines hors pôles urbains d'au moins 2 000 emplois), périphérie des pôles ruraux (communes dont au moins 20 % des actifs travaillent dans un pôle rural), et rural isolé (toutes les autres communes).

Il est indéniable que le zonage en zones d'aire urbaine rend mieux et plus finement compte de ce qu'est l'espace rural, à l'aune de critères socio-économiques, comparé aux différentes définitions du rural. Mais il convient d'avoir à l'esprit que, dans la nomenclature ZAU, les communes isolées sont celles dont la population ne se déplace pas, ou peu, vers les pôles urbains pour y travailler. Autrement dit, la population de ces communes compte nécessairement une forte proportion d'inactifs, et donc, corrélativement, de personnes âgées, ce qui induit des besoins de soins particuliers.

Pour l'ensemble de la France, les communes rurales (selon la définition traditionnelle de communes de moins de 2 000 habitants) représentent 26 % de la population pour 85 % du territoire. Le rural « isolé » (selon la définition des ZAU) représente 8,9 % de la population pour 37,2 % du territoire. La définition statistique rejoint là le bon sens commun : l'espace rural est un milieu où la densité de population est faible.

Question d'accessibilité : le rural isolé

Face à ces diverses définitions, l'Urcam de Franche-Comté a tenté de cerner le degré d'isolement des territoires approché par l'offre et la demande de soins. En effet, une forme de réponse aux questions posées précédemment peut résider en la définition d'indicateurs de l'isolement des communes relativement au système de soin, ce qui caractérise bien les territoires ruraux. Deux approches sont possibles pour mesurer l'isolement " médical " de la population : l'une en terme d'accessibilité, donc à partir de l'offre, et l'autre en terme de flux, centrée sur l'usager du système, consistant à observer les déplacements consentis par les populations pour accéder aux soins.

En Franche-Comté 35 % de la population réside en zone rurale qui représente 70 % du territoire régional. Le rural isolé quant à lui représente 13,4 % de la population (150 000 habitants au 1^{er} janvier 1995), couvre 33 % de la surface et 28,2 % des communes.

La carte d'accessibilité aux généralistes (figure 1) permet de constater qu'une très large majorité de la population de Franche-Comté bénéficie d'un accès rapide à un médecin. 90 % des habitants sont à moins de 5 kilomètres d'un généraliste. Seules 98 communes, soit 15 000 personnes sont éloignées de plus de 10 kilomètres (1,3 % de la population régionale). Toutefois pour des populations peu mobiles, la distance d'accès peut constituer un obstacle dès le premier kilomètre. C'est donc ce type de communes qui doit être pris en compte par l'aménagement du territoire, d'autant que la popu-

lation y est souvent en déclin, ce qui peut représenter une forme de désertification. C'est pourquoi il est important que les généralistes soient également disponibles pour des visites auprès de ceux qui ne peuvent venir à eux.

Les pratiques réelles : les flux de patients

L'étude d'une région permet de passer de définitions assez abstraites à l'organisation géographique concrète d'un territoire. Aux données d'isolement, il faut ajouter les pratiques réelles des patients.

La carte des flux de patients (figure 2) présente les résultats d'une méthode d'analyse des flux appliquée à la consommation de consultations de médecins généralistes, et l'on pourra noter que ces résultats confirment la pertinence de l'approche par la mobilité, puisque les flux de patients semblent s'inscrire parfaitement dans les contours des zones d'emplois de l'Insee. On peut noter que les résultats sont sensiblement les mêmes en ce qui concerne les flux pour la consommation de spécialistes mais avec une polarisation plus marquée sur les grands centres urbains. Malgré un isolement relatif les zones rurales s'organisent autour de l'offre de soins, autour de pôles de services qui représentent des « bassins de santé » qui coïncident avec les déplacements quotidiens de la population. C'est à partir de ces deux données, isolement et flux que doivent être analysées les questions d'accessibilité aux soins, et peut-être la création de réseaux.

Il semble souhaitable de combiner les deux appro-

figure 1

Accessibilité par la route et nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet

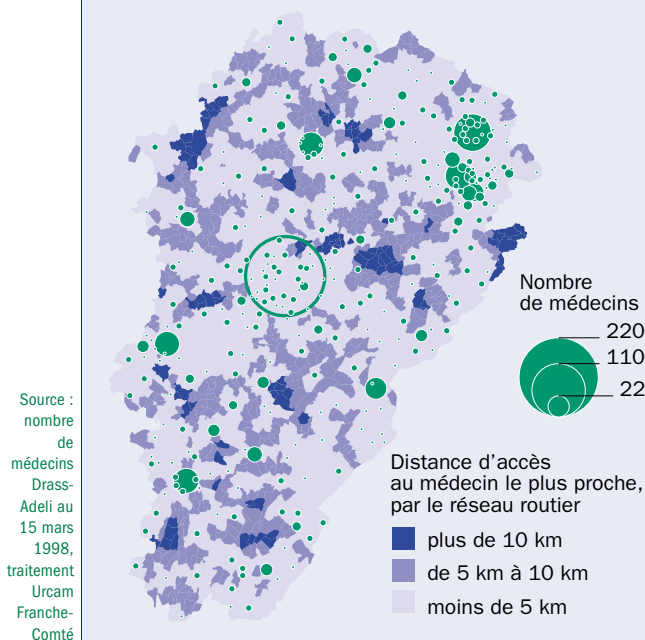
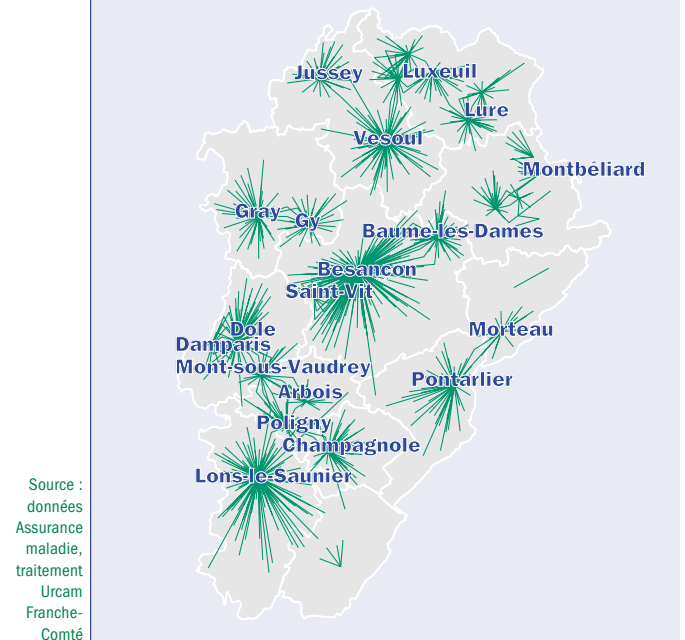


figure 2

Principaux flux de patients entre communes pour les consultations de médecins généralistes



ches, qui ont fourni, en l'état actuel de nos travaux, des résultats complémentaires. En effet, si la mesure de l'accessibilité à l'offre de soins permet bien d'identifier les communes les plus isolées (la figure 1 montre que seulement 10 % de la population des communes dites « isolées » est situé à plus de 10 km d'un généraliste, soit 15 000 personnes), la cartographie des principaux flux de patients pour la consommation de soins permet quant à elle de démontrer une structuration des comportements de consommation de soins indépendamment du degré d'isolement des patients.

Santé et milieu rural : une relation complexe

Le milieu rural est-il favorable ou néfaste pour la santé ? Pour répondre à cette question, il faut revenir aux définitions du premier paragraphe : pour les communes de moins de 2 000 habitants, donc « rurales » au sens de l'Insee, l'espérance de vie est légèrement inférieure à la moyenne. Mais la structure sociale de ces communes est en majorité ouvrière car l'activité dominante est l'industrie (ce qui montre encore que la séparation urbain/ rural est loin des images d'Épinal). Dans ce cas, les indicateurs de mortalité traduisent plus des différences entre les catégories sociales ouvrières et les cadres plus urbains qu'une influence du milieu rural.

Pour la catégorie « rural isolé », l'espérance de vie est dans la moyenne française. Ceci peut aussi bien résulter d'un effet « protection » que d'un effet « sélection » : effet « protection » si l'environnement favorable est la cause de bons indicateurs de santé, effet « sélection » qui conduit les personnes en mauvaise santé à quitter ce type de résidence en raison de l'isolement.

Il n'y a donc pas de preuve irréfutable du caractère néfaste (ou bénéfique) de l'environnement rural sur la santé. L'accessibilité reste toujours le problème majeur de ce type d'espace. Il ne faut pas considérer alors uniquement la distance géographique, mais aussi la distance culturelle. Les inégalités de santé sont aussi liées aux comportements face à la santé, et aux modes de vie.

Conclusions

Par rapport à ces premières constatations une démarche est lancée au niveau national pour préciser ces conclusions. Soutenue par la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, pilotée par l'Urcam de Franche-Comté, en partenariat avec les Urcam d'Aquitaine et du Languedoc-Roussillon, le Credes et les associations régionale des MSA des trois régions, elle vise à « connaître » pour « aider à la décision ». Elle consiste à mobiliser des données à partir des différents systèmes d'informations, à des niveaux géographiques fins, en superposant des thématiques démographiques, d'offres de soins, de consommations, d'indicateurs de santé et de pratiques des professionnels ou des usagers.

Dans le futur, les risques des communes appartenant à la catégorie « rural isolé » seront de cumuler les

inégalités : déclin de population, pourcentage important de personnes âgées, éloignement des services de premier recours. Ces caractéristiques peuvent d'ailleurs entraîner une spirale de désertification qui aboutit à des « ghettos ruraux ». La dépopulation conduit à la suppression de services, ce qui renforce l'exode rural. À ce constat déjà préoccupant s'ajoutent les perspectives de démographie médicale et les restructurations hospitalières. La diminution attendue du nombre de médecins, généralistes comme spécialistes, pourrait se traduire par une moindre couverture médicale du territoire et une diminution du nombre de communes pourvues de généralistes. Ces perspectives bien réelles doivent être aujourd'hui présentes dans les réflexions des acteurs du système de santé sur l'aménagement du territoire. ■

La médecine dans les campagnes du Nord de la France

Des territoires marqués par l'isolement, l'éloignement se sont organisés en fonction de leur particularité. Comment dans le contexte particulier des espaces ruraux et notamment des plus isolés, l'offre de soins est-elle organisée ?

Le constat : réalité du système de soins

Que l'attraction spatiale soit exercée par la ville ou par le tissu médical présent, le monde rural se situe en dehors de toute logique spatiale d'installation. Jadis synonyme de l'existence d'une clientèle potentielle, la ville aujourd'hui rassure les nouveaux médecins installés par la présence d'un plateau médical. L'exemple de la France du Nord (Haute-Normandie, Picardie, Champagne-Ardenne, Nord-Pas-de-Calais) est typique de cette situation de concentration urbaine médicale. 88 % des médecins libéraux sont installés au sein d'unités urbaines, regroupant 74 % de la population. Deux systèmes de soins, complémentaires en théorie, apparaissent. Le système des villes où la population se situe en moyenne à 0,44 kilomètre d'un médecin généraliste libéral contre 3,65 kilomètres pour la population vivant hors des unités urbaines. Rappelons que cet écart ne concerne que le praticien le plus répandu.

Réalité du monde rural

La redistribution géographique des populations, les nouvelles données économiques... provoquent des mutations profondes des territoires ruraux. Appréhender les conditions d'accès aux soins en milieu rural suppose une remise en question des définitions existantes trop éloignées de la réalité. Les distances d'accès aux soins permettent de construire une typologie des espaces ruraux en fonction des différents

Christophe Evraud
Chargé de mission à
l'Urcam Languedoc-
Roussillon