

niveaux d'accès aux soins (soins courants et spécialisés).

### La « trilogie médicale » : 3 niveaux de l'accessibilité aux soins en milieu rural

La petite ville est la seule réelle manifestation d'une polarisation médicale en milieu rural. Son identification repose sur la présence de praticiens libéraux parmi lesquels des spécialistes libéraux (spécialités les plus courantes). Ce rôle fondamental des petites villes induit une meilleure accessibilité aux soins spécialisés, mais également aux soins hospitaliers.

La commune rurale médicalisée, forme secondaire de polarisation, est caractérisée par la présence de plusieurs médecins, essentiellement des médecins généralistes libéraux au sein d'une même commune rurale. Cette concentration s'accompagne parfois de la présence d'une officine de pharmacie et de quelques paramédicaux.

Le médecin de campagne est le seul réel rempart à l'éloignement qui contribue à garantir un accès aux soins aux populations les plus reculées, sans pour autant assurer une proximité des soins. La ruralité, l'éloignement, une population faible et disséminée... contribuent à développer une philosophie différente de la santé et de son accessibilité.

### Aspects comportementaux : patients et médecins

L'appauvrissement de l'offre de soins ne se traduit pas par un excédent de visites dans le fonctionnement des cabinets médicaux. L'enquête révèle que pour 60 % des médecins installés en milieu rural, 75 % de l'activité du cabinet est due aux consultations. Les populations

soumises aux conditions difficiles de leur milieu se construisent un espace géographique répondant à leurs attentes. Ainsi, ils parcourent en moyenne 13 kilomètres pour consulter leur médecin. Outre une mentalité différente (la société rurale), cette situation engendre des comportements différents : une faible consultation du médecin, une relation privilégiée avec son médecin généraliste, peu de recours à la ville, peu de recours aux médecins spécialistes...

### L'accès aux soins en milieu rural, demain ?

Malgré un contexte de fond difficile, l'offre de soins en milieu rural n'est pas encore menacée (l'enquête révèle qu'en dehors de causes naturelles, aucun médecin ne va changer de lieu d'exercice). Toutefois, ses acteurs sont inquiets pour l'avenir. Les enquêtes et les entretiens menés dans la France du Nord ont permis d'entrevoir certaines améliorations possibles de l'exercice et surtout de l'accès aux soins en milieu rural.

Bien que débattue, la spécificité de l'exercice médical en milieu rural (due à la particularité du milieu d'exercice, l'accumulation des difficultés) tend à être reconnue.

La moitié des médecins enquêtés (52 %) affirment que leur formation n'est pas adaptée à l'exercice de la médecine en milieu rural. Ils sont près de 63 % à entrevoir la nécessité de mettre en place un module de formation plus approprié à leur exercice. Parmi les propositions, trois modules ressortent : un module médical (l'urgence, la gynécologie, la gériatrie), un module sociologique (les relations humaines), et un module « rural » (la toxicologie agricole, l'épidémiologie des terroirs).

## Villes, banlieues, zones défavorisées

Il est logique d'observer le milieu urbain comme le monde rural de façon symétrique. Le milieu urbain se caractérise par la concentration de population sur le territoire comme les zones rurales se caractérisent par de basses densités au kilomètre carré. En 1990, 74 % de la population résidaient dans des « unités urbaines » sur 15 % du territoire.

Pour l'accès aux soins, les inégalités concernent les centres des villes et les banlieues. Les généralistes sont en effet concentrés au centre des villes et les couronnes périurbaines (ou communes de banlieues et de grandes banlieues) ont des densités inférieures en moyenne à celles des communes rurales !

Pour les indicateurs de santé, le milieu urbain n'est pas plus homogène que l'espace rural. Par exemple, les inégalités d'espérance de vie dans la première couronne de la région parisienne (Paris et les départements contigus) sont aussi importantes que pour l'ensemble de la France.

À l'avenir, l'accent devrait être porté sur les banlieues ou zones défavorisées pour évaluer si les besoins y sont plus importants qu'ailleurs. En Grande Bretagne, à la suite d'études statistiques sur des données de recensement, des marqueurs de zones défavorisées (deprived areas) ont été reconnus comme des indicateurs « légitimes »

de besoins de soins dans la formule d'allocation de ressources. Ces indicateurs sont : une forte proportion de population au chômage, une forte proportion de familles monoparentales ou de personnes âgées vivant seules, de forts taux comparatifs de mortalité, une forte proportion de personnes déclarant des maladies chroniques. Cette formule d'allocation de ressources accorde donc plus d'importance aux difficultés économiques qu'à l'accessibilité géographique. L'objet des recherches dans les prochaines années en France devrait être également de déterminer des indicateurs « légitimes » de besoins.

François  
Tonnelier  
Credes