

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 située 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

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

La mise en place de stages d'initiation en cabinet rural est demandée par les médecins ruraux eux-mêmes, soucieux d'assurer la pérennité de leur exercice. En effet, l'extension de des stages pour les futurs médecins en cabinet de ville au monde rural peut confirmer ou révéler de nouvelles vocations à pratiquer une médecine différente.

L'analyse du profil des médecins de campagne détermine l'existence d'une caractérisation commune. Son identification traduit un fort attachement au milieu rural, et peut permettre de déceler chez les étudiants en médecine, les candidats potentiels à cet exercice.

Le principe des primes attribuées par l'Union européenne pour la réouverture de « bistrot de pays » peut s'appliquer au cabinet médical. Il pourrait ainsi être envisageable de monter un dossier afin d'obtenir des fonds pour permettre la création de cabinets médicaux en milieu rural, favorisant ainsi le maintien des populations et l'amélioration des conditions d'accès aux soins.

Maintenir des conditions d'accessibilité « convenables » aux soins en milieu rural constitue un enjeu du XXI^e siècle. L'énoncé du problème repose sur le maintien d'un encadrement médical au sein d'espaces aux populations faibles, vieillissantes et dispersées. L'accessibilité aux soins dans le monde rural repose avant tout sur une connaissance réelle du monde rural et une parfaite symbiose entre la trilogie médicale et les patients. ■

La congestion parisienne

La région parisienne occupe en métropole une place prééminente pour sa densité médicale et sa concentration exceptionnelle en équipements hospitaliers. L'attraction qu'elle exerce sur l'ensemble des patients français voire étrangers conforte sa situation. Bien que la région soit fortement surmédicalisée, les déséquilibres spatiaux restent vigoureux. La réduction des inégalités passe par un redéploiement spatial de l'offre de soins dans un souci d'équité. La congestion rend délicate la réalisation d'un schéma d'aménagement sanitaire performant. Cependant, l'hypertrophie parisienne et ses disparités géographiques invitent à réfléchir à l'élaboration d'une politique de santé pertinente s'appuyant sur un nouveau découpage territorial qu'est le bassin de santé [23].

L'exception parisienne : une région surdotée et suréquipée

Les Franciliens peuvent être considérés comme très favorisés car la région est l'une des mieux dotées de France. Par exemple, rappelons simplement qu'en 1997, elle comptait plus de 17 000 médecins généralistes soit 166 praticiens pour 100 000 habitants contre 148 pour la moyenne nationale. En outre, la concentration

excessive de l'offre de soins pour les autres activités paramédicales suit également cette tendance. Avec 362 établissements hospitaliers et plus de 52 000 lits de court séjour, les moyens de l'hospitalisation en termes de capacité et de densité des équipements sont sensiblement plus élevés que ceux de la moyenne des autres régions (tableau 1).

Au demeurant, l'agglomération parisienne est devenue une machine si énorme, si disproportionnée au reste

tableau 1

Place tenue par l'Île-de-France en matière de court séjour par disciplines (secteurs public et privé)

	Nombre de lits installés	Taux d'équipement	
		régional	national
Médecine	23 737	2,31	2,29
Chirurgie	23 823	2,34	2,05
Obstétrique	5 291	0,49	0,47
Total	52 851	5,14	4,81

Source :
SAE,
1996

de la France, qu'elle finit par absorber une part importante des ressources budgétaires nationales et des crédits d'investissements nationaux. Ainsi, la vraie singularité réside dans le poids considérable des financements de l'activité hospitalière accaparant, pour l'année 1998, un peu plus de 58 milliards de francs pour une enveloppe nationale de 266 milliards de francs. Pourtant, malgré des moyens remarquables, les distorsions persistent entre la ville de Paris et la grande couronne car les localisations des services de santé sont en effet très concentrées.

Des disparités spatiales infra-régionales

En regard de l'importance du corps médical et de la prépondérance des établissements hospitaliers de l'Assistance publique dans la région, l'espace parisien est profondément marqué par des déséquilibres internes. L'analyse cartographique de la densité des médecins généralistes à l'échelle cantonale montre que celle-ci est plus forte dans la partie ouest de la région : elle relate la fameuse opposition est-ouest du territoire francilien. Concernant les spécialistes, la concentration est encore plus marquée avec 65 % de l'effectif régional dans l'ouest. Ainsi, le libre choix du lieu de l'exercice de la médecine est en partie influencé dans sa répartition géographique par cette dissymétrie des valeurs de l'espace parisien.

Quant à la ville de Paris, elle est le lieu privilégié d'une très forte densité médicale et particulièrement de médecins spécialistes : 262 spécialistes pour 100 000 habitants fin 1997, contre 91 pour la moyenne française. Afin d'apprécier au mieux les disparités infra-régionales de l'offre, nous avons défini pour l'Île-de-France des bassins de santé à l'instar de ce qui a été proposé

Jean-Paul Aita
José Cascalès
Geos, Université
de Montpellier III