

THESE DE DOCTORAT  
(Nouvelle Thèse)

MONDE RURAL ET SANTÉ DANS LA FRANCE DU NORD :  
une approche géographique de l'offre de soins

Thèse de Géographie Humaine présentée et soutenue  
publiquement par Christophe EVRARD  
en Janvier 1999

---

Directeur de recherche : E. VIGNERON

Professeur à l'Université Paul Valéry - Montpellier III

Jury :

H. PICHERAL (Professeur à l'Université Paul Valéry - Montpellier III)

P.J. THUMERELLE (Professeur à l'Université de Lille I)

J.P. BESANCENOT (Directeur de recherche au C.N.R.S. - Dijon)

E. VIGNERON (Professeur à l'Université Paul Valéry - Montpellier III)

À Tiphaine, ma fille ...

Mes remerciements s'adressent d'abord à l'ensemble des enseignants de l'Institut de Géographie de Lille, qui ont su m'apprendre la Géographie. Leur savoir, leur richesse n'ont cessé de m'enrichir, me faisant ainsi redécouvrir les paysages, les villes, les peuplements ... Puis leurs rencontres, les discussions, leurs expériences, leurs conseils m'ont permis d'entrevoir certains aspects possibles du sujet. Leurs critiques et leurs mises en garde ont également produits les mêmes effets.

Néanmoins, ce travail n'aurait pu être envisagé, sans le «débarquement» inopiné de M. E. Vigneron, à Lille, en provenance de Tahiti. Cette rencontre a fortement influencé mes perceptions de la géographie, les ouvrant sur des horizons jusque là insoupçonnés. Ses conseils, ses directives, ses remarques, ses critiques ... ont permis, et je l'en remercie, de produire un certain nombre de travaux depuis la licence, jusqu'à cette étape ultime que représente la thèse de doctorat. Je le remercie également pour les rencontres qu'il m'a permis de faire notamment avec M. H. Picheral (Professeur à l'université Paul Valéry, Montpellier), M. R. Brunet sur la chorématique, M. F. Tonnellier (Directeur de recherche au C.R.E.D.E.S.), M. P. Thouez ... et tant d'autres dans le cadre notamment des colloques organisés par le C.R.E.D.E.S.

En dehors de toutes ces personnes concernées de près ou de loin par la géographie, de nombreuses personnes, de par leur situation m'ont permis d'entreprendre ce travail. Je tiens ainsi à remercier M. Jacquens de l'I.N.S.E.E. de Lille, dont la participation et la générosité ont permis de réaliser une grande partie de ce travail.

Mes remerciements s'adressent également à M. H. Dvoracek du service (ST5) des statistiques du S.E.S.I. sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée.

Je remercie également M. F. Tonnellier et M. V. Lucas-Gabrielli du C.R.E.D.E.S. pour l'accueil et leurs conseils, mais également pour la mise à ma disposition gracieusement, de données et d'ouvrages.

Merci également aux différentes Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales et Observatoires Régionaux de la Santé pour leurs conseils et leurs publications, et notamment M. O.Lacoste, directeur de l'O.R.S. du Nord - Pas de Calais scellant ainsi de nombreuses années de collaboration.

Toutefois ce travail n'aurait pas pu aboutir sans la participation active de l'ensemble des personnes enquêtées. Je tiens d'abord à remercier les médecins pour leur participation à cette étude. Mes remerciements s'adressent également aux différentes personnes enquêtées au sein des villages les plus acculés, ainsi qu'aux maires qui ont également participé généreusement à ce travail.

La liste serait longue, mais je remercie l'ensemble des personnes pour qui le sujet a suscité un intérêt réel et dont les discussions ont éveillé quelques perceptions différentes. Ces remerciements s'adressent notamment aux médecins qui en plus d'avoir répondu à l'enquête, ont pris contact avec moi, afin de me faire part de leurs expériences, mais également de mieux cerner ma motivation. Ces discussions ont sans aucun doute, si ce n'est d'apporter réellement une perception différente, de m'encourager dans cette voix, et de confirmer l'intérêt réelle du thème de l'étude.

MONDE RURAL ET SANTÉ  
DANS LA  
FRANCE DU NORD :  
«une approche géographique  
de l'offre de soins»

INTRODUCTION GÉNÉRALE

«Chaque pays a son ange gardien. C'est lui qui préside au climat, au paysage, au tempérament des habitants, à leur santé, à leur beauté, à leurs bonnes moeurs, à leur bonne administration. C'est l'ange géographique». (Larbaud Valery, 1881-1957)

1 . Pourquoi l'offre de soins dans le monde rural ?

Traiter de l'offre de soins dans le monde rural constitue par nature une approche à contre-courant. Le monde rural en géographie est essentiellement perçu à travers la variété de ses paysages, les productions agricoles, les réformes de la Politique Agricole Commune, l'évolution des populations... De la géographie rurale à la géographie agricole, le monde rural reste figé dans les perceptions «classiques». En géographie de la santé, le monde rural reste en marge, la santé, l'offre de soins s'organisent essentiellement en fonction de la ville. Les thèmes dominants s'articulent avant tout, en fonction des espaces urbains. Pourtant, au delà des villes et des périphéries urbaines, existent des espaces ruraux, au delà de toutes influences urbaines directes. Des territoires se sont organisés en fonction de caractéristiques propres à leur milieu. L'éloignement, l'isolement constituent une donnée majeure de leur existence. Comment dans ce contexte particulier l'offre de soins s'est-elle organisée ? Quelles sont les caractéristiques de l'offre de soins dans le monde rural ? Sur quels critères repose l'offre de soins dans le monde rural ? Comment les populations rurales se sont-elles adaptées aux conditions locales de l'offre de soins ?...

## 2 . Vers une connaissance approfondie du système de soins Français :

À partir du XX<sup>ème</sup> siècle, la médecine, incitée par l'élan du «monde moderne», ne cesse de se développer, repoussant sans cesse ses limites. Dès lors, se pose le problème de la diffusion des ressources en soins, au plus haut niveau, auprès de l'ensemble des populations.

Le droit à la santé pour tous demeure une préoccupation constante des différents gouvernements français. La loi du 14 Juillet 1905 (article 179 du Code de la Famille et de l'aide sociale) stipule :«Tout Français malade, privé de ressources suffisantes, peut recevoir soit à domicile, soit dans un établissement hospitalier et à la charge totale ou partielle du service de l'aide médicale, les soins que nécessite son état». L'avènement du droit à la santé pour tous se confirme dans le Préambule de la Constitution de 1946 :« la Nation garantit à tous (...) la protection de la santé».

Confirmation à l'échelle internationale, l'Organisation Mondiale de la Santé, créée en 1946, se donne pour mot d'ordre «d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible». Cette tâche difficile se concrétise par la poursuite du programme sous la bannière : «la santé pour tous en l'an 2 000 : assurer l'égalité en matière de santé, ajouter de la vie aux années, ajouter de la santé à la vie, ajouter des années à la vie».

Assurer une accessibilité aux soins égale pour l'ensemble de la population devient un Droit Républicain, une constante du système de santé français. Mais ce souci de satisfaire la demande en soins conduit à une situation de crise actuelle du système, l'accroissement des dépenses, le déficit de la sécurité sociale... nécessitent une planification du système de santé. La croissance urbaine, la périurbanisation, la ruralisation, la désertification... sont autant de dynamiques spatiales qui viennent contredire le droit à la santé, et rendent difficile, le maintien d'une accessibilité aux soins équitable pour la population et la rationalisation du système.

«Toute politique de santé publique doit s'appuyer sur une connaissance approfondie des différents aspects de la santé de la population, et notamment de ses spécificités régionales (...). D'autres partenaires devront continuer à s'associer (...) pour que les tableaux de bord régionaux et leur synthèse nationale restent des outils de

référence pour le suivi et l'évaluation des politiques de santé», déclarant Hervé Gaymard <sup>1</sup>, secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale.

La Géographie de la santé se doit de participer au développement de l'information dans le domaine sanitaire et social de la France en apportant une vision différente. Elle contribue à «l'analyse spatiale de la qualité de la santé des populations dans ses relations avec leur environnement physique, biologique, social, économique, comportemental et culturel» <sup>2</sup>.

À travers tous les débats qui concernent le système de santé : la planification hospitalo-sanitaire, le sur-encadrement médical des villes... comment le monde rural s'insère-t-il dans ce contexte ? Peut-on parler d'un système de santé ? Quelles connexions existe-t-il entre les espaces urbains et les espaces ruraux en matière d'offres de soins ? Comment s'organisent les acteurs de l'offre de soins au sein d'espaces dépourvus d'équipements lourds ? Existe-t-il un modèle d'organisation spatiale unique ? Comment parler de rationalisation, d'aménagement, de contrôle des dépenses, de quotas dans des espaces où ne subsiste qu'un médecin ? Qui sont ces médecins ? Comment pratiquent-ils leur médecine dans cette situation d'isolement ?

#### a . Le monde rural : pour une définition différente !

La croissance urbaine en France est marquée depuis quelques années par de nouvelles tendances. En effet, le développement des marges périphériques urbaines par le biais des mouvements de périurbanisation conduit à un élargissement des zones urbaines. Cet étalement spatial s'accompagne d'une homogénéisation des modes de vie, notamment dans le secteur de la santé. Très peu d'espaces échappent ainsi à ces mouvements, évoluant de plus en plus vers une intégration des territoires par la ville. Le problème est de pouvoir rompre le plus radicalement avec l'influence urbaine, d'où la nécessité de poser une définition différente de la ruralité.

---

(1) H. Gaymard, secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale, 5 Mars 1997 : Journal "Le Monde".

(2) H. Picheral, 1991 : La géographie de la santé, chap.17 in A. Bailly et al. : Les concepts de la géographie humaine.

b . La santé : le système de l'offre de soins : une composante de la santé :

La santé, définie en tant qu'« état complet de bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité<sup>3</sup>» résulte de la conjonction de divers facteurs. La culture, la famille, la société, l'environnement, le milieu physique, le système de soins médicaux... contribuent à la qualité du niveau de santé d'une population. La dégradation d'un des facteurs conduit à une dégradation de la santé des individus. Mais quelle vision peut avoir un géographe du système de santé ? Depuis les fondements de la géographie médicale établie, il y a plus de 60 ans par M. Sorre<sup>4</sup>, les géographes se sont aventurés dans le domaine de la santé, contribuant à l'élargissement des champs d'étude de la Géographie Humaine.

La Géographie de la Santé dont la conception reprend les principes de la Géographie Médicale anglo-saxonne se scinde en deux branches.

↳ La Géographie des maladies étudie la distribution spatiale et sociale des maladies, pratique l'épidémiologie spatiale, analyse les environnements pathogènes...

↳ La Géographie des soins consiste à analyser la répartition spatiale de l'offre de soins et des différents services médicaux. Son objectif consiste à faire évoluer le système de soins vers une accessibilité aux soins égale pour tous, vers une offre de soins plus rationnelle. La Médicométrie<sup>5</sup> définie par le professeur A. Bailly et le docteur M. Périat reprend les principes de la Géographie des soins en élargissant sans cesse les structures d'analyses. Le terme «santé» employé dans l'étude s'inscrit dans le domaine de la Géographie des soins, soit de mesurer l'offre de soins dans un espace particulier : le monde rural.

---

(3) O.M.S. : Organisation Mondiale de la santé, définition de la santé

(4) M. Sorre, 1943 : Les fondements biologiques de la géographie humaine - Colin, Paris

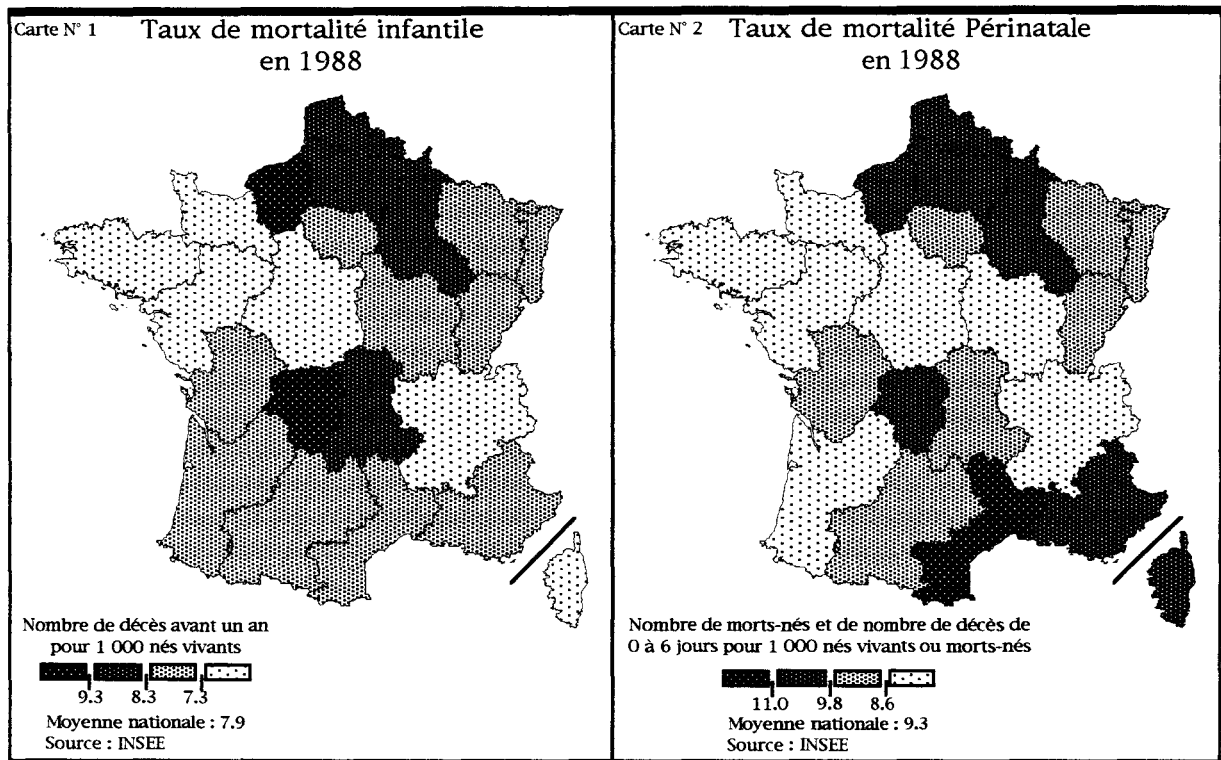
(5) A. Bailly, M. Périat, 1995 : Médicométrie : une nouvelle approche de la santé - ECONOMICA



### 3 . La France du Nord : espace aux identités proches :

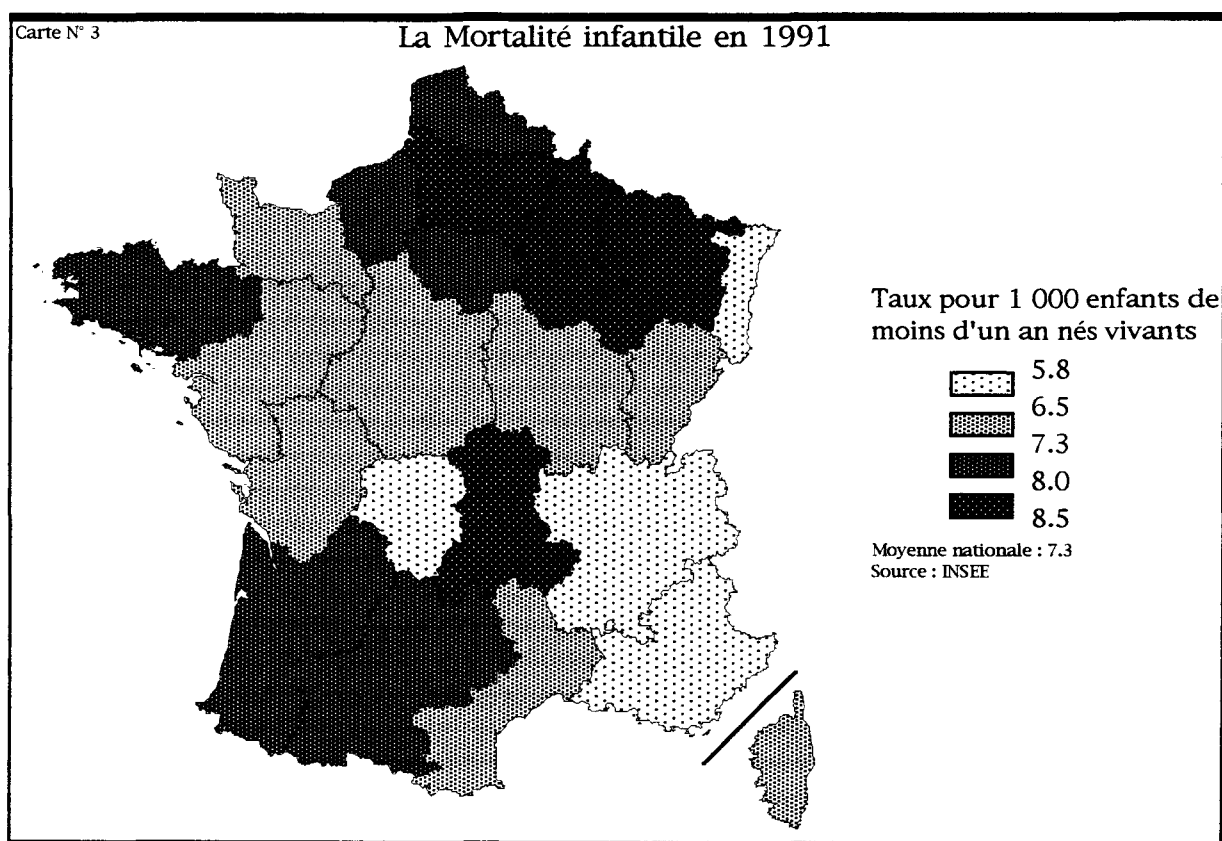
#### a . La France du Nord : un contexte sanitaire similaire :

À la fin des années 80, une situation sanitaire difficile conduit à une individualisation de la France du Nord. Deux indices sont révélateurs de l'état de santé : la mortalité infantile et la mortalité périnatale.



L'analyse de la répartition spatiale des taux de mortalité singularise des espaces régionaux dont la situation sanitaire est proche. Les régions de Haute Normandie, de Picardie, de Champagne Ardenne et du Nord-Pas de Calais forment un ensemble cohérent, aux conditions sanitaires proches. Mortalité infantile ou périnatale, la France du Nord constitue un terrain de prédilection. La surreprésentation de catégories socioprofessionnelles «basses», le faible niveau de formation, les familles nombreuses <sup>6</sup>... sont d'autant de facteurs aggravant les risques de mortalité. Mais l'encadrement médical est aussi un facteur à ne pas négliger.

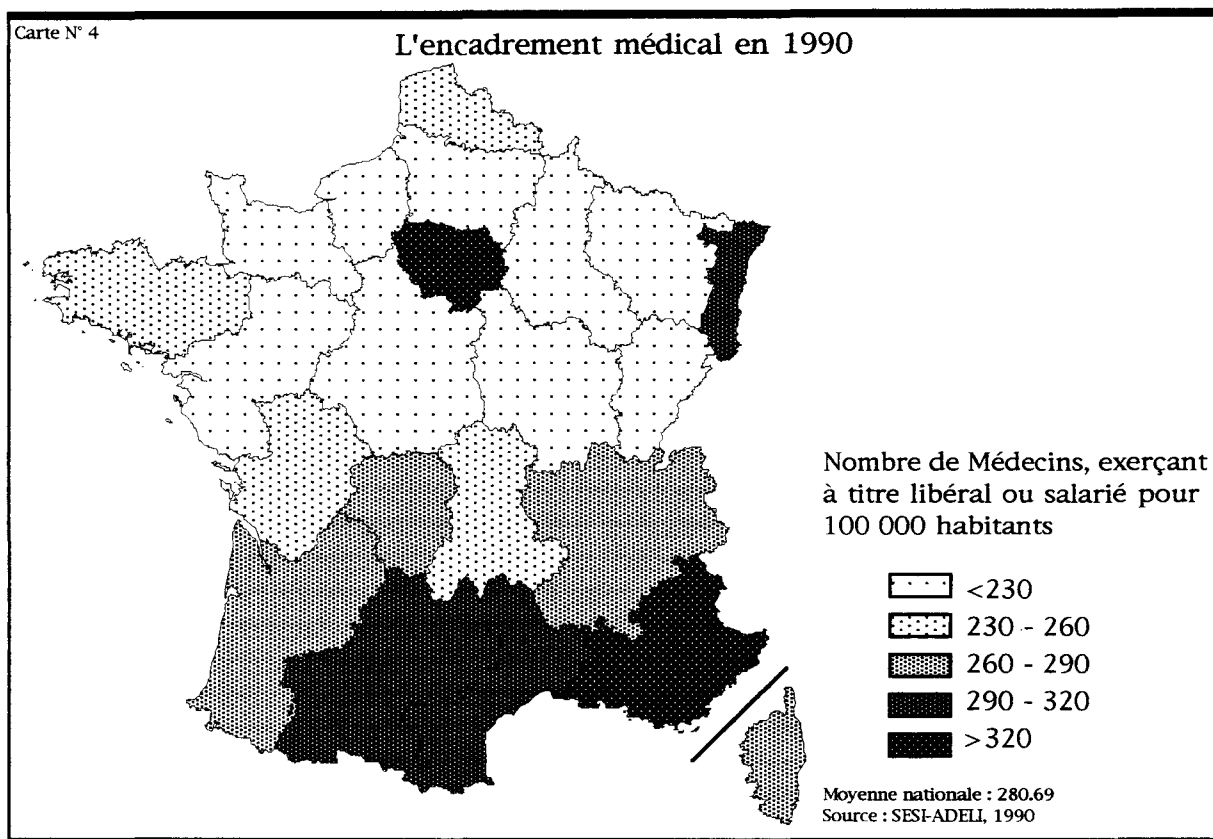
(6) O. Lacoste, 1993 : La santé dans le Nord - Pas de Calais, entre savoirs et pouvoirs. Étude géographique - Thèse de doctorat - Université Paris VIII, Vincennes.



Depuis des années 90, une amélioration sensible de la situation sanitaire est à constater, notamment pour la région Nord-Pas de Calais où la réduction de la mortalité infantile a été remarquable, mais son retard n'est toujours pas comblé. En 1991, la mortalité infantile en France s'améliore lentement, mais la situation de la France du Nord reste en marge, poursuivant son retard.

b . Un faible encadrement médical :

La santé d'une région est la résultante d'une conjonction de facteurs multiples, le système de l'offre de soins entre pour beaucoup dans cette équation.



L'opposition Nord-Sud n'est plus une nouveauté de nos jours, son existence est connue, analysée depuis des décennies. Malgré tout, son évocation suscite encore des réactions d'étonnement. Il est temps, à l'aube de l'an 2 000 de passer des lamentations à l'action. Les discours insistent sur le sous-encadrement médical de la région Nord-Pas de Calais, pourtant sa situation est la plus «favorable» au sein de la France du Nord. La Haute Normandie, la Picardie et la Champagne Ardenne souffrent d'un sous-encadrement médical plus important. La France du Nord constitue un laboratoire privilégié, représentatif d'une situation généralisée de sous-médicalisation persistante dans la moitié Nord de la France.

### c . Cohérence spatiale de la France du Nord :

La France du Nord trouve sa signification géographique à travers la continuité spatiale des situations sanitaires observées. D'un état de santé fragile à un sous-encadrement médical, la cohérence géographique de la France du Nord ne cesse de s'affirmer. Ces ensembles régionaux aux conditions sanitaires proches n'excluent pas cependant des morphologies régionales différentes. Comment des régions si différentes, aux organisations régionales contrastées, aux espaces ruraux variés peuvent présenter une situation sanitaire analogue ?

#### 4 . Objectifs de la recherche :

«Sortir des voies tracées, s'aventurer sur les chemins» pourrait être la philosophie de cette recherche. Comment à l'aube de l'an 2 000, le monde rural est-il inséré au sein du système de soins ? Y a-t'il matière à nier l'existence d'un système dual entre la ville et la campagne ? Comment l'offre de soins s'est-elle adaptée aux conditions générales des territoires commandés par les phénomènes urbains ?

L'objectif n'est pas de proposer des solutions toutes faites, mais de contribuer d'abord à la production de documents géographiques, outils indispensables dans toutes procédures visant à rationaliser l'espace. La recherche se focalisera sur des thèmes variés tels que :

↳ La cohérence du système de soins à travers la conception de modèles spatio-temporels des installations, de modèles de répartition spatiale...

↳ Quelle type de système de soins dans les espaces ruraux ? Modèles et articulations ?

↳ Les disparités géographiques selon un découpage propre : conditions de l'accessibilité aux soins des populations en milieu rural.

↳ La notion de «bassin de vie local» : approche comportementale des populations les plus exposées à l'éloignement.

↳ Les médecins dans le monde rural : l'homme, ses patients, son cabinet, ses motifs d'installation, ses problèmes...

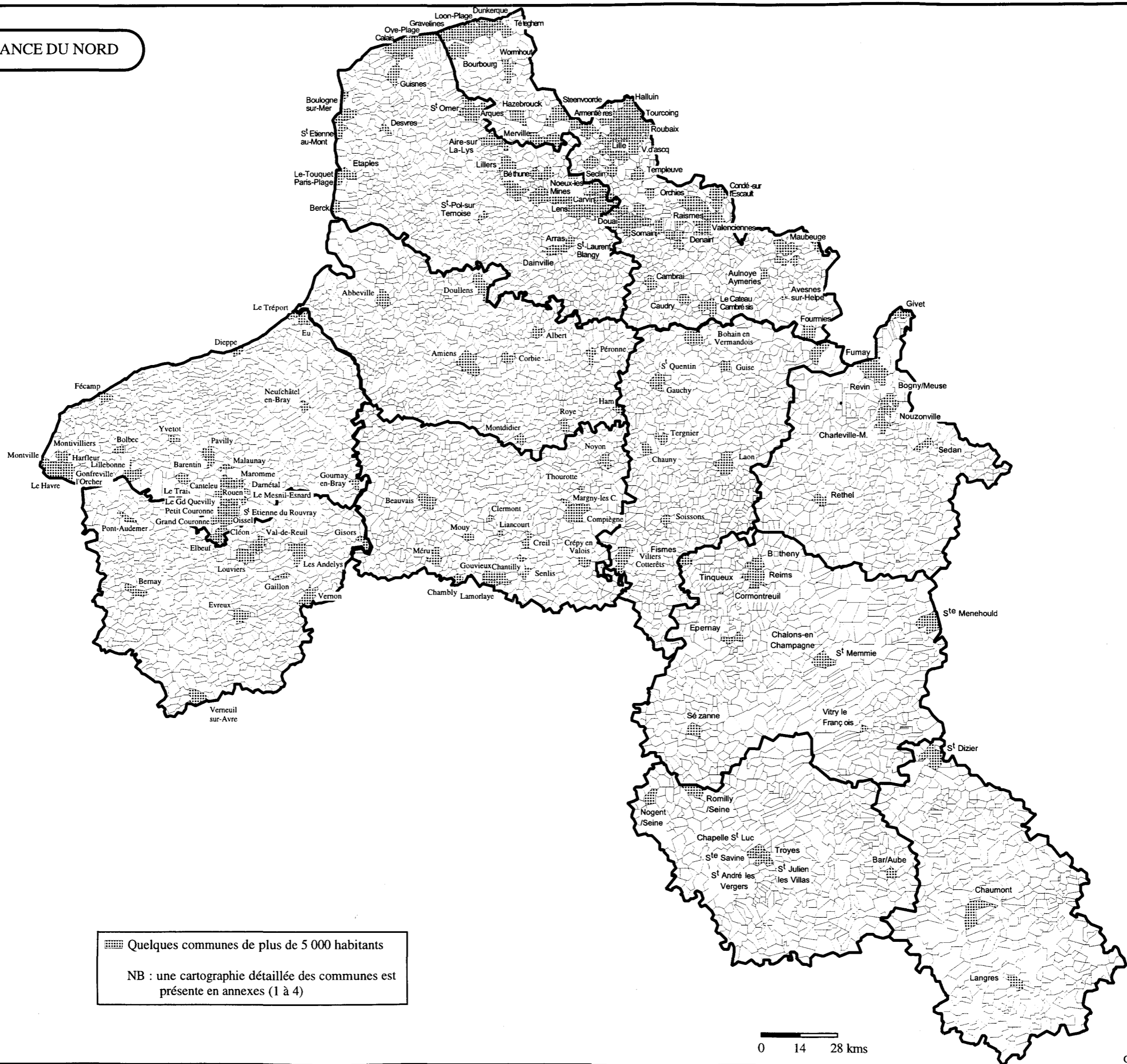
## 5 . Plan de l'étude :


L'offre de soins et la morphologie régionale sont deux concepts fortement interactifs. La distribution de la population, la répartition des classes d'âge, l'armature urbaine, les déplacements... sont autant de déterminants géographiques à connaître afin de comprendre l'organisation du système de santé (Livre 1). Ce cadrage démogéographique est une étape incontournable dans la compréhension de l'articulation du système de soins de chaque région.

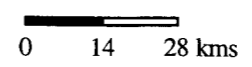
Le système de soins de la France du Nord est le résultat incessant de mouvements d'installation, de départs de médecins. De la Faculté où ils se forment au lieu où ils vont exercer, les médecins participent au développement permanent du système de soins. Ce parcours est riche d'enseignements, selon la faculté, la région, la distance évolue entre le site de formation et le site d'exercice (Livre 2). De même, la nature du site d'activité local est controversée, de la ville à la campagne, les vagues successives d'installation se sont produites, temporelles et spatiales, révélatrices du développement de la société. Comment, à l'aube de l'an 2 000, le système s'est-il adapté à l'évolution constante de la société, et comment à une époque où la ville prend une ampleur considérable, le monde rural réussit-il à maintenir son droit à la santé ?

Le monde rural se doit, jour après jour, de lutter contre son extinction. La fermeture des services, des écoles, la rationalisation des soins conduisent à une situation de déclin programmé et progressif. Pourtant des médecins, jouissant d'une liberté totale d'installation, choisissent délibérément de pratiquer leur activité dans ces espaces. Entre les besoins locaux et leurs préférences personnelles, qui sont ces hommes (Livre 3). Quels sont leurs rapports avec le système de soins ?

LA FRANCE DU NORD



 Quelques communes de plus de 5 000 habitants  
 NB : une cartographie détaillée des communes est présente en annexes (1 à 4)



# LIVRE 1 :

PETIT ATLAS RÉGIONAL  
DE LA FRANCE DU NORD

## INTRODUCTION :

L'interaction spatiale entre l'offre de soins et la demande constitue le fondement théorique du système de soins. Il doit pouvoir offrir, dans les meilleurs conditions possibles, une équidistribution des soins à l'ensemble des populations. Toutefois, dans ce jeu interactif, la population constitue la dynamique essentielle de ce système. À la base, les caractéristiques démographiques d'un territoire font croître ou décroître l'offre de soins. Ainsi, analyser l'organisation d'un système de soins, c'est avant tout comprendre et analyser l'organisation générale d'un espace, à travers notamment les caractéristiques de son peuplement. Par ailleurs, l'évolution constante des populations, même faible, se réalise par un phénomène de redistribution des populations sur les territoires, de façon spécifique et ségréatif.

Dans ce contexte, la ville est demeurée pendant de nombreuses années un site privilégié, qui depuis les années 1970, 1980 s'essouffle. En effet, la redistribution de la population se traduit de nos jours par un étalement des marges périphériques, au détriment des villes centres et des banlieues. La croissance démographique se reporte sur de petites unités périphériques, faussant ainsi la nature rural de ces nouveaux espaces de conquête urbaine. Le monde rural subit ainsi les conséquences de ce vaste mouvement de redistribution de la population, de façon uniforme. La proximité ou l'éloignement de la ville déterminent les conditions du développement futur du monde rural.

La définition du monde rural devient de plus en plus complexe, et suppose une attention toute particulière. La taille des communes, les seuils de population, les densités de population, les dynamiques démographiques,... sont autant de critères permettant d'apprécier les différents niveaux de la ruralité. Le problème consiste à choisir la définition du monde rural la plus représentative de la réalité. Il est nécessaire, dans le domaine de l'offre de soins, de tenir compte de tous ces facteurs, et d'annihiler l'influence de la ville en milieu rural. La typologie adoptée doit rendre compte à la fois de l'ensemble des dynamiques et de la hiérarchisation des espaces, de la ville centre, en passant par la banlieue, les espaces périphériques au monde rural proprement dit.



Différentes techniques sont envisageables pour concevoir cette typologie. Les analyses multivariées, de plus en plus employées en géographie peuvent permettre de proposer un découpage des territoires. La recherche des critères de proximité entre les communes préfigure l'élaboration d'une vue synthétique des territoires.

La régionalisation, autre méthode fréquemment utilisée, peut également permettre de proposer un découpage des territoires obtenu par le croisement de différentes variables. Le regroupement d'espaces aux mêmes caractéristiques conduit à une typologie des territoires.

Toutefois, une définition du monde rural par le biais de ces méthodes demeure classique. Les typologies obtenues, comparées à celles existantes témoignent d'une certaine proximité. Cependant, la complexité du jeu des territoires, l'imbrication des territoires, l'extension virtuelle de la ville par le biais des mouvements d'exurbanisation... ont tendance à fausser certains aspects des résultats. Par ailleurs, la santé, l'offre de soins... dans le monde rural sont très rarement abordés. L'organisation spécifique du système de soins conduit à envisager une conception différente du découpage des territoires, plus révélatrice de la réalité. Le principe consiste à concevoir la hiérarchisation et l'organisation des espaces à travers l'utilisation de critères inhabituellement employés pour ce type d'exercice : les distances d'accès aux soins.

PREMIER CHAPITRE : RESSEMBLANCES ET  
OPPOSITIONS SPATIALES DANS LA  
FRANCE DU NORD :

## Introduction :

Globalement, les quelques critères relatifs aux conditions sanitaires, présentés en introduction, témoignent d'une réelle identité commune entre les différentes régions. La France du Nord est ainsi porteuse d'une cohérence géographique. Toutefois, la cohérence globale ne doit pas cacher une réalité locale plus controversée. En effet, les conditions sanitaires, médicales... reflètent essentiellement des conséquences liées à la nature du peuplement, elle-même révélatrice d'héritages historiques. L'analyse des conditions de l'offre de soins traduit une analyse préliminaire des conditions locales des populations et leurs caractéristiques.

La nature du peuplement ouvre ainsi des perspectives de découpage territorial. Comment les groupes humains sont-ils organisés ? Quelles sont leurs caractéristiques ? Dans ce domaine, les données disponibles sont innombrables, et chacune est révélatrice d'un trait particulier du milieu. Par ailleurs, la définition du monde rural demeure la priorité de cette démarche. Ainsi, la multiplication des variables à caractère démographique et l'étendue de la population conduisent inéluctablement à des combinaisons multiples. Toutefois, les conditions sont réunies pour différencier les territoires et aboutir à une délimitation du monde rural et du monde urbain. Cependant, l'ampleur de la situation nécessite l'utilisation d'un outil adéquate, de plus en plus utilisé en géographique : les analyses multivariées.

L'analyse en composantes principales constitue l'une des techniques la plus fréquemment employée au sein des statistiques multivariées. Son principe permet d'extraire une quantité importante d'informations à partir d'un ensemble très important de variables et d'individus. Le déroulement repose sur la recherche et la mise en évidence d'interrelations entre les différentes données. Elle aboutit ainsi à la détermination des ressemblances et des oppositions entre les unités géographiques. Par sa nature, l'analyse en composantes principales semble répondre aux soucis majeurs que relève la définition du monde rural. Quels sont les critères de proximité dans les territoires ? Quels sont les critères de différenciation de l'espace ? Quelles formes de regroupement peut-on effectuer ? Quels sont les facteurs les plus représentatifs de la différenciation entre le monde rural et le monde urbain ? Quels sont les critères du découpage territorial ? Quelle typologie des espaces peut-on proposer ?

## I - VERS UNE APPROCHE SYNTHÉTIQUE DE LA FRANCE DU NORD :

### A - LES HYPOTHESES :

Les territoires reflètent une dynamique perpétuelle dont les multiples composantes font et défont les espaces. La France du Nord n'échappe pas à la règle, elle ne cesse d'évoluer dans le temps. Chaque espace traduit une conjonction de facteurs différents imprégnés dans les paysages. La population fait partie de ces facteurs déterminants, desquels dépend le devenir des territoires. Les dynamiques démographiques sont l'une des bases de l'existence des territoires, sans population, sans dynamiques démographiques, peu de choses sont possibles.

L'offre de soins s'inscrit dans cette logique de dépendance, plus un espace est peuplé, plus il a de chance de posséder une couverture médicale, plus sa population est dynamique, plus le tissu médical sera diversifié.

À partir de ce constat, l'hypothèse repose sur la grande variété des espaces, réagissant différemment aux dynamiques démographiques selon leurs propres caractéristiques ou selon leur localisation. La recherche d'une vue synthétique est une composante essentielle dans la compréhension d'un espace très vaste, tel que la France du Nord. Plus qu'un inventaire des situations, il s'agit notamment de préciser la nature des espaces ruraux. Dans quelles dynamiques démographiques s'inscrivent-ils ? Existe-t-il une situation des espaces ruraux commune à la France du Nord ? Le fait rural est-il partout présent ? Quel devenir peut-on envisager pour les espaces ruraux ?

### B - LES DIFFÉRENTES VARIABLES RETENUES :

Le choix des variables est une étape déterminante dans la construction d'une analyse multivariée, de ce choix dépend la cohérence des résultats. De ce fait, les quelques 24 variables descriptives retenues proviennent d'un seul et même fichier : le recensement général de population effectué par l'INSEE, publié en 1990. Les variables choisies permettent d'apporter une vue globale des territoires obtenus à partir de différents thèmes axés principalement sur la population et ses comportements. Chaque variable est choisie en fonction de son incidence possible sur l'offre de soins. Les besoins médicaux sont différents selon les âges de la population, les effectifs et le panel de spécialistes ne sont pas les mêmes entre une commune de 10000 et 100000 habitants ...

### 1. - La trame du peuplement :

Elle recouvre les effectifs de population pour chaque commune, relevés lors du dernier recensement de 1990. Par ailleurs, un codage est effectué afin de préciser les rapports de taille, d'où la classification précisée ci-dessous.

**Tableau N° 1 :** Code des variables révélatrices du peuplement :

POP	Population communale en 1990	T5	Commune de 5000 à 9999 habitants
DEN	Densité de population en 1990	T6	Commune de 10000 à 19999 habitants
T1	Commune de 0 à 499 habitants	T7	Commune de 20000 à 49999 habitants
T2	Commune de 500 à 999 habitants	T8	Commune de 50000 à 99999 habitants
T3	Commune de 1000 à 1999 habitants	T9	Commune > à 100 000 habitants
T4	Commune de 2000 à 4999 habitants		

### 2. - Le dynamisme démographique :

Ces variables apportent un des aspects révélateurs du dynamisme démographique des communes par le biais des mouvements de variation des populations. Ils s'expliquent principalement soit par des mouvements de migration, soit par une fluctuation naturelle de la population entre les naissances et les décès.

**Tableau N° 2 :** Code des variables représentatives du dynamisme démographique :

TVA	Taux de variation de la population entre 1982 et 1990	NAT	Taux brut de natalité en 1990
TVAMN	Taux de variation de la population, due au mouvement naturel de 1982 à 1990	MORT	Taux brut de mortalité en 1990
TVASM	Taux de variation de la population, due au solde migratoire de 1982 à 1990		

### 3. - La répartition de la population par catégorie d'âge :

En dehors des effectifs de population et de leur dynamisme, les différentes classes d'âge représentent également un grand intérêt dans une analyse globale reposant notamment sur le monde rural.

**Tableau N° 3 : Code des variables révélatrices des différentes catégories d'âge :**

«JEUNE»	Part de la population âgée de 0 à 19 ans	INDJ	Effectif des personnes âgées de plus de 59 ans / Effectif des personnes âgées de moins de 19 ans
«ADULTE»	Part de la population âgée de 20 à 59 ans	INDV	Effectif des personnes âgées de moins de 19 ans / Effectif des personnes âgées de plus de 59 ans
«VIEUX»	Part de la population âgée de plus de 59 ans		

**4. - La dynamique communale par le biais du lieu de travail de la population active :**

Cette approche est quelque peu sommaire, néanmoins ces variables traduisent le degré de dépendance de communes vis à vis d'autres, mais elles permettent également d'apporter une dynamique complémentaire des déplacements de population dans l'espace.

**Tableau N° 4 : Code des variables liées au lieu d'exercice de la population active :**

TCO	Part en % de la population active travaillant dans la commune de résidence	THDE	Part en % de la population active travaillant hors de la commune de résidence, et hors du département
THCO	Part en % de la population active travaillant hors de la commune de résidence, mais dans le même département		

## II - LES PRINCIPAUX FACTEURS DE DIFFÉRENCIATION DES ESPACES DANS LA FRANCE DU NORD :

### A - RECHERCHE DE RELATIONS SPATIALES HYPOTHÉTIQUES :

La matrice de corrélation obtenue (Figure N° 1) traduit l'existence d'un certain nombre de relations de proximité. Elles concernent principalement trois types de rapports.

#### 1. - Un effet de masse urbaine «considérable» :

Le rapport de poids entre les communes les plus peuplées et le reste de la population apparaît dans ce contexte. En effet, une relation s'est installée entre les communes de plus de 100 000 habitants, la variable population et la variable densité de population, dont les coefficients de corrélation oscillent entre 0.67 et 0.71. Cette situation témoigne de l'importance jouée par les communes fortement peuplées, dont la position dans les sommets des hiérarchies urbaines déséquilibrent les organisations régionales notamment dans le domaine des services et de la santé. L'existence d'une masse de concentration humaine dans une région a de graves incidences sur l'organisation de l'offre de soins, sachant qu'elle devient une destination privilégiée au détriment des autres espaces. La multiplicité de ces masses dans un territoire conduit à de graves déséquilibres intra-régionaux.

#### 2. - Des mouvements de population plus incidents sur les variations du peuplement :

L'étude des dynamiques démographiques des populations peut s'effectuer par le biais de l'analyse de la variation de la population. En effet, elle est le résultat de combinaisons croisées, orchestrées entre les départs et les arrivées de population, entre les naissances et les décès. La matrice traduit une forte relation entre la variation de la population et le solde migratoire dont le coefficient atteint la valeur de 0.93. Bien que le lien reste fort entre la variation de la population et le solde naturel (le coefficient est de 0.70), ce sont principalement les mouvements de population qui sont à l'origine des fluctuations du peuplement. De plus, les différents coefficients obtenus, supérieurs à 0.50, montrent le rapprochement entre les mouvements de population et les jeunes générations.

	POP	DEN	T1	T2	T3	T4	T5	T6	T7	T8	T9	TVA	TVAM	TVAS	NAT	MORT	JEUN	ADUL	VIEU	INDJ	INDV	TCO	THCO	THDE
POP	1000																							
DEN	668	1000																						
T1	-244	-333	1000																					
T2	-42	-49	-602	1000																				
T3	7	43	-424	-135	1000																			
T4	77	148	-335	-107	-75	1000																		
T5	154	277	-210	-67	-47	-37	1000																	
T6	229	340	-148	-47	-33	-26	-16	1000																
T7	389	461	-106	-34	-24	-19	-12	-8	1000															
T8	428	275	-49	-15	-11	-9	-5	-4	-3	1000														
T9	717	270	-36	-12	-8	-6	-4	-3	-2	-1	1000													
TVA	-34	-27	-93	113	54	0	-37	-27	-41	-16	-8	1000												
TVAM	113	154	-184	68	56	78	83	84	69	37	23	420	1000											
TVAS	-81	-90	-31	97	38	-30	-74	-62	-72	-32	-18	935	72	1000										
NAT	140	175	-137	7	25	81	107	106	92	48	32	369	703	132	1000									
MORT	-36	-62	137	-89	-57	-38	-23	-24	-15	-9	-4	-264	-783	15	-107	1000								
JEUN	41	76	-221	137	97	66	51	34	6	10	-10	570	575	402	475	-388	1000							
ADUL	73	96	-182	85	93	72	37	32	32	18	29	95	257	4	1	-358	40	1000						
VIEU	-77	-118	281	-157	-132	-95	-62	-46	-25	-19	-11	-486	-593	-303	-356	517	-772	-665	1000					
INDJ	41	73	-210	124	105	65	37	31	11	12	-3	541	537	385	353	-442	781	390	-832	1000				
INDV	-71	-102	257	-154	-114	-81	-55	-40	-25	-8	-15	-394	-457	-255	-320	358	-708	-322	733	-565	1000			
TCO	105	-37	134	-151	-92	13	11	30	77	67	62	-424	-280	-357	-117	289	-437	-302	518	-467	395	1000		
THCO	-62	66	-129	119	92	-4	-1	-11	-44	-44	-44	226	226	160	103	-225	337	246	-408	350	-311	-728	1000	
THDE	-42	-48	19	17	-18	-10	-13	-21	-32	-21	-14	201	24	212	-3	-36	59	22	-58	77	-44	-196	-529	1000

Figure N° 1 : Matrice de corrélation (tous les résultats sont multipliés par 1000)



Les mouvements de population sont l'une des variables déterminantes pour l'intégration des espaces dans une dynamique générale. Les incidences sont réelles sur le devenir même des espaces concernés. Le départ de population, jeune, est un critère justificatif de la dynamique d'un espace en régression, notamment dans le monde rural.

### 3. - Une structuration «spatio - générationnelle» :

Le troisième fait le plus marquant repose sur l'existence d'une organisation spatiale basée sur les générations. En effet, la France du Nord témoigne d'une forte opposition spatiale entre les générations âgées (de plus de 60 ans) et les autres générations (0-19 ans et 20-59 ans). Les coefficients de corrélation obtenus sont respectivement de -0.77 et -0.66. Ce constat singularise la situation de communes dont le vieillissement de la population est la principale caractéristique. Un des critères de différenciation spatiale repose ainsi sur une distribution spatiale des différentes générations. Par ailleurs, le vieillissement de la population s'accompagne d'autres variables assez significatives de la situation des communes concernées. Ainsi, la mortalité et une population active travaillant dans la commune de résidence sont des variables liées spatialement à la localisation des générations âgées. Ces relations précisent l'image de communes à connotation rurale : le vieillissement, les emplois locaux font partie des caractéristiques des communes rurales.

Néanmoins, la matrice de corrélation ne constitue qu'une étape de l'analyse. En effet, elle ne reflète que l'existence de relations hypothétiques entre certaines variables. L'intérêt de l'analyse multivariée repose sur l'étude des relations croisées entre toutes les variables, permettant d'aboutir à une vue plus synthétique de l'espace et des communes, en analysant leur position sur les différents axes factoriels.

### B - LES PRINCIPALES COMBINAISONS DE DIFFÉRENCIATION DE L'ESPACE :

L'analyse des résultats obtenus sur les trois axes factoriels conduit à la détermination de trois scénarios différents, témoins de l'impact des dynamiques démographiques sur les espaces.

### 1. - Les communes à connotation rurale prononcée :

Le premier axe factoriel met en évidence la structure qui différencie le plus l'ensemble des territoires de la France du Nord. Il résume 24.00% de la dispersion totale du nuage de points (Figure N° 2), et repose sur une structuration de l'espace commandée par le vieillissement de la population.

Figure N° 2 : Histogramme des valeurs propres :

Les valeurs propres -Val (1) = 5.76407					
Num.	Val. propre	Pourc.	Cumul	Variat.	Histogramme des valeurs propres
1	5.76407	24.017	24.017	*****	*****
2	2.80507	11.688	35.705	12.329	*****
3	1.81040	7.543	43.248	4.144	*****
4	1.56382	6.516	49.764	1.027	*****
5	1.44547	6.023	55.787	.493	*****
6	1.29857	5.411	61.198	.612	*****
7	1.13802	4.742	65.939	.669	*****
8	1.08346	4.514	70.454	.227	*****
9	1.05748	4.406	74.860	.108	*****
10	1.02288	4.262	79.122	.144	*****
11	1.01016	4.209	83.331	.053	*****
12	1.00167	4.174	87.504	.035	*****
13	.81162	3.382	90.886	.792	*****
14	.73101	3.046	93.932	.336	*****
15	.64982	2.708	96.640	.338	****
16	.41500	1.729	98.369	.978	***
17	.24411	1.017	99.386	.712	**
18	.12132	.506	99.892	.512	**
19	.02604	.108	100.000	.397	*
20	.00004	0.000	100.000	.108	*
21	.00001	0.000	100.000	0.000	*
22	.00001	0.000	100.000	0.000	*
23	.00000	0.000	100.000	0.000	*
24	.00000	0.000	100.000	0.000	*

Le détail fourni par les sorties relatives aux variables (Figure N° 3) permet de préciser la nature des variables ayant le plus d'incidences sur l'organisation des territoires. L'agencement des variables de part et d'autre de l'axe factoriel oppose dans un premier temps un ensemble, relatif aux communes et dont la particularité est de cumuler l'ensemble des variables liées au vieillissement de la population. Cet ensemble décrit la situation de communes dont les principales caractéristiques sont d'être de petite taille, d'avoir une population où les personnes âgées sont dominantes, impliquant la présence de taux de mortalité plus importants. De plus, la population active présente, travaille principalement sur le lieu de résidence. Par ailleurs, le caractère «population jeune» a pour particularité d'être peu présent dans cet ensemble. La situation décrite par ce premier ensemble qualifie un contexte général souvent employé pour apprécier la position des communes rurales.

Figure N° 3 : Tableau des sorties relatives aux variables :

	J1	QLT	POID	INR	1#F	COR	CTR	2#F	COR	CTR	3#F	COR	CTR
1	POP	845	1	42	110	12	2	881	775	276	-240	58	32
2	DEN	696	1	42	183	33	6	812	659	235	-65	4	2
3	T1	369	1	42	-370	137	24	-381	145	52	-295	87	48
4	T2	98	1	42	223	50	9	-33	1	0	217	47	26
5	T3	66	1	42	164	27	5	52	3	1	192	37	20
6	T4	50	1	42	105	11	2	177	31	11	85	7	4
7	T5	81	1	42	77	6	1	271	73	26	45	2	1
8	T6	112	1	42	67	4	1	327	107	38	-19	0	0
9	T7	227	1	42	41	2	0	467	218	78	-87	7	4
10	T8	157	1	42	26	1	0	370	137	49	-140	20	11
11	T9	305	1	42	25	1	0	501	251	90	-232	54	30
12	TVA	812	1	42	681	464	80	-295	87	31	-512	262	145
13	TVAM	564	1	42	738	545	95	139	19	7	-19	0	0
14	TVAS	663	1	42	461	212	37	-378	143	51	-555	308	170
15	NAT	362	1	42	506	256	44	172	29	10	-276	76	42
16	MORT	394	1	42	-588	346	60	-44	2	1	-215	46	26
17	JEUN	735	1	42	837	700	121	-79	6	2	-170	29	16
18	ADUL	369	1	42	448	201	35	87	8	3	401	161	89
19	VIEU	844	1	42	-910	828	144	3	0	0	-128	16	9
20	INDJ	719	1	42	843	711	123	-77	6	2	-39	2	1
21	INDV	565	1	42	-750	563	98	-4	0	0	-39	2	1
22	TCO	496	1	42	-632	400	69	261	68	24	-168	28	16
23	THCO	537	1	42	501	251	43	-128	16	6	520	270	149
24	THDE	311	1	42	66	4	1	-141	20	7	-536	287	159
				1000			1000			1000			1000

Le second ensemble s'organise principalement en fonction de la faible présence des variables liées au vieillissement de la population. La structuration s'effectue principalement en fonction du comportement prévisible lié à la présence d'une population jeune. Par ailleurs, contrairement à l'ensemble précédent, la population active est principalement employée en dehors de la commune de résidence, mais dans le même département.

La répartition spatiale des différentes générations est une variable de différenciation des espaces. L'opposition se fait principalement au détriment des communes de petite taille, dont la faible population est dominée par les critères de vieillissement. Néanmoins, la complexité du peuplement laisse présager d'autres situations.

## 2. - Les communes en phase transitoire :

Le deuxième axe factoriel résume 11.70% de la dispersion. Les critères de différenciation reposent sur la situation particulière de communes faiblement peuplées. En effet, cet axe distingue un premier ensemble dont la structuration témoigne d'un faible peuplement, et dont les fluctuations démographiques sont principalement liées aux mouvements de population. Par ailleurs, la nature des populations est dominée par des générations jeunes, auxquelles sont associées, plus faiblement des générations âgées. La population active de cet ensemble est très variable, bien qu'elle soit employée en dehors de la commune de résidence, l'activité professionnelle s'effectue à l'intérieur ou en dehors du département de résidence. Ce scénario traduit une double situation à la fois de transition et de dépendance. En effet, ces variables qualifient la position de communes en phases transitoires. La présence d'une population jeune et âgée, les mouvements de population, les emplois à l'extérieur, le faible peuplement sont autant d'arguments s'adressant à des communes en difficulté. De plus le phénomène de double dépendance confirme cette situation. En effet, elle s'effectue soit vis à vis d'un pôle urbain localisé dans le département de résidence, soit vis à vis d'un pôle situé en dehors du département de résidence.

L'ensemble opposé repose sur un peuplement plus important, et concerne l'ensemble des variables non mentionnées précédemment. Celles-ci s'organisent en fonction d'une population dominée par les générations adultes (20-59 ans), et d'un dynamisme démographique lié à la natalité. La population active est principalement employée dans la commune de résidence.

Les critères de différenciation spatiale sur lesquels repose le second axe factoriel témoigne des difficultés liées aux différents comportements spatiaux. La variabilité des critères conduit à des situations très contrastées, comme le confirme le troisième axe.

## 3. - Les communes de 500 à 10000 habitants :

Le troisième axe factoriel, dont la représentation atteint 7.50% de la dispersion totale du nuage de points met en évidence la situation de communes dont la taille est comprise entre 500 et 10000 habitants. Le critère de taille est déterminant dans cet ensemble, dont les autres caractéristiques reposent également sur la domination des populations dont l'âge est compris entre 20 et 59 ans, et sur une population active employée principalement en dehors de la

commune de résidence mais dans le même département. Malgré la faiblesse des variables présentes dans cet ensemble, la situation énumérée peut s'adresser aux communes situées en périphérie des agglomérations, les qualifiant de communes «périurbaines».

Le second ensemble décrit, a pour critère de différenciation, de regrouper la totalité des caractères en dehors de ceux énumérés précédemment. L'ambiguïté de ce groupe repose toutefois sur une situation applicable et généralisable dans de nombreux cas, peu de communes échappant au descriptif proposé.

Cette première vague de résultats témoigne de la complexité des situations rencontrées localement. Le choix des variables, l'étendue de la population contribuent à multiplier les classifications. Néanmoins, d'autres opportunités de synthèse des territoires sont proposées notamment par le biais de projections des coordonnées des variables, des individus dans un plan (x, y).

### C - VERS UNE APPROCHE SYNTHÉTIQUE DES TERRITOIRES :

La démarche adoptée dans ce contexte, consiste à produire trois graphiques révélant la projection des coordonnées des 24 variables sur un plan (x, y). Chaque production graphique concrétise une combinaison particulière des variables, soumettant ainsi un découpage particulier des territoires. Parmi les résultats obtenus, la projection sur les axes factoriels 1 et 2 apporte une vue synthétique des territoires plus adéquates, (voir Annexe N° 5 pour la sortie complète de l'analyse).

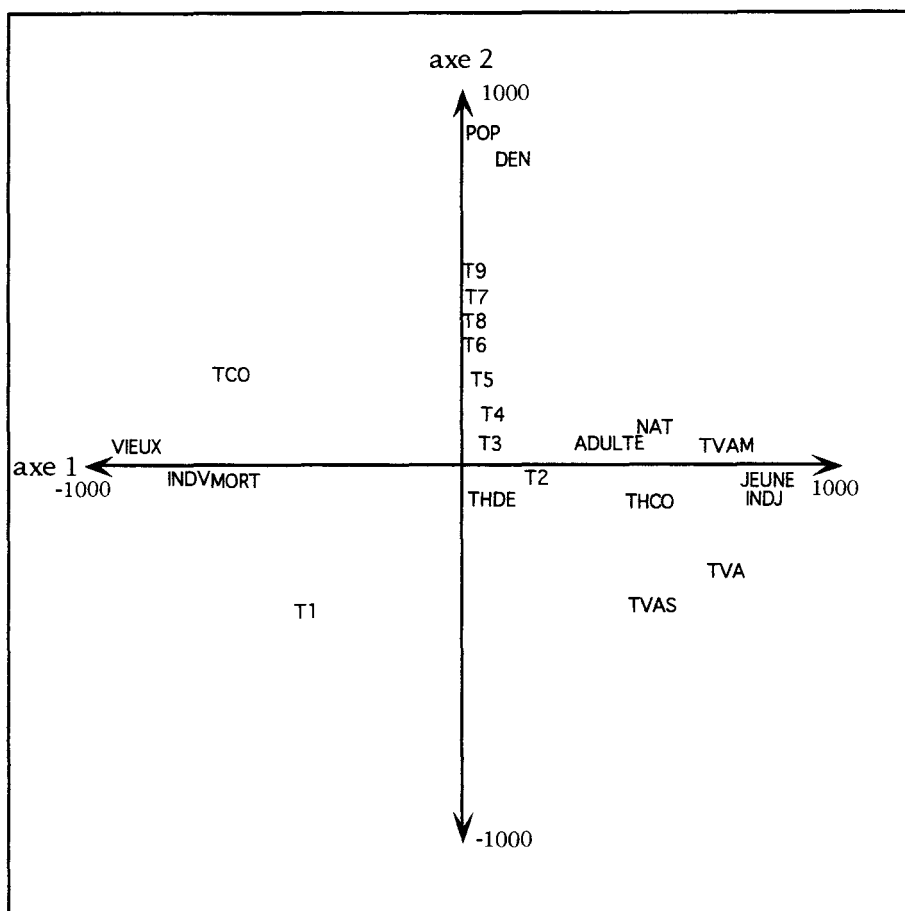
#### 1. - Le fait rural individualisé :

La projection des coordonnées des 24 variables aboutit à une classification des communes en quatre ensembles. Le descriptif obtenu n'est pas figé, il ne s'agit qu'une expression de liaisons spatiales entre des variables, les plus fréquentes. Néanmoins, le graphique N° 1 laisse entrevoir trois types de situations définissables :

##### ① La «Ville et son enveloppe urbaine» :

Elle s'assimile aux vastes étendues urbaines, structurées par la présence de pôles urbains importants. Elle correspond au quart Nord-Est sur le graphique N°1, et caractérise des communes peuplées, voire très peuplées se distinguant principalement par la masse et la continuité urbaine.

**Graphique N° 1 :** Projection des coordonnées (x, y) des 24 variables sur les axes factoriels 1 et 2 :



② La zone suburbaine :

Elle prolonge dans l'espace la continuité de l'enveloppe urbaine, son descriptif correspond à la partie Sud-Est du graphique N° 1. Elle dessine de vastes auréoles, aux limites floues, dépendant de l'existence de zones urbaines où la population active se déplace. Elle s'assimile au front d'urbanisation, frontière virtuelle de contact entre deux mondes : la ville et la campagne. C'est une zone privilégiée par la croissance urbaine qui trouve en ces lieux un nouveau souffle.

③ Le «monde rural» :

Le descriptif de cette zone correspond à toute la partie ouest du graphique N° 1, et propose ainsi une définition cliché du monde rural. Il s'assimile aux espaces faiblement peuplés, où dominent des populations âgées, expliquant notamment les taux de mortalité en tant que critère de différenciation spatiale. La population active employée localement accentue la notion de ruralité, par le biais des emplois agricoles disponibles dans ces communes par exemple.

Toutefois, les différents découpages ne prennent leur véritable signification que replacés dans le contexte général de la France du Nord. Comment ces espaces s'organisent-ils dans l'espace ? Quelle logique spatiale peut-on déduire ? Quels sont les différents types d'espaces présents ? Quels sont les modes d'organisation ?

## 2. - Les paysages démo - géographiques de la France du Nord :

La production cartographique (Carte N° 6) issue de la recherche des critères de différenciation spatiale conduit à une régionalisation de la France du Nord, suivant deux dynamiques démographiques distinctes. La première décrit les territoires dont les critères de différenciation gravitent autour de peuplements denses et variés (les classes 1 et 2 de la typologie). La seconde caractérise des territoires faiblement peuplés, où les dynamiques reflètent une population vieillissante (les classes 3 et 4). L'agencement spatial de ces dynamiques aboutit à un découpage régional articulé en trois types d'organisation du territoire :

### ① «LES RÉGIONS DÉMOGRAPHIQUES DYNAMIQUES» :

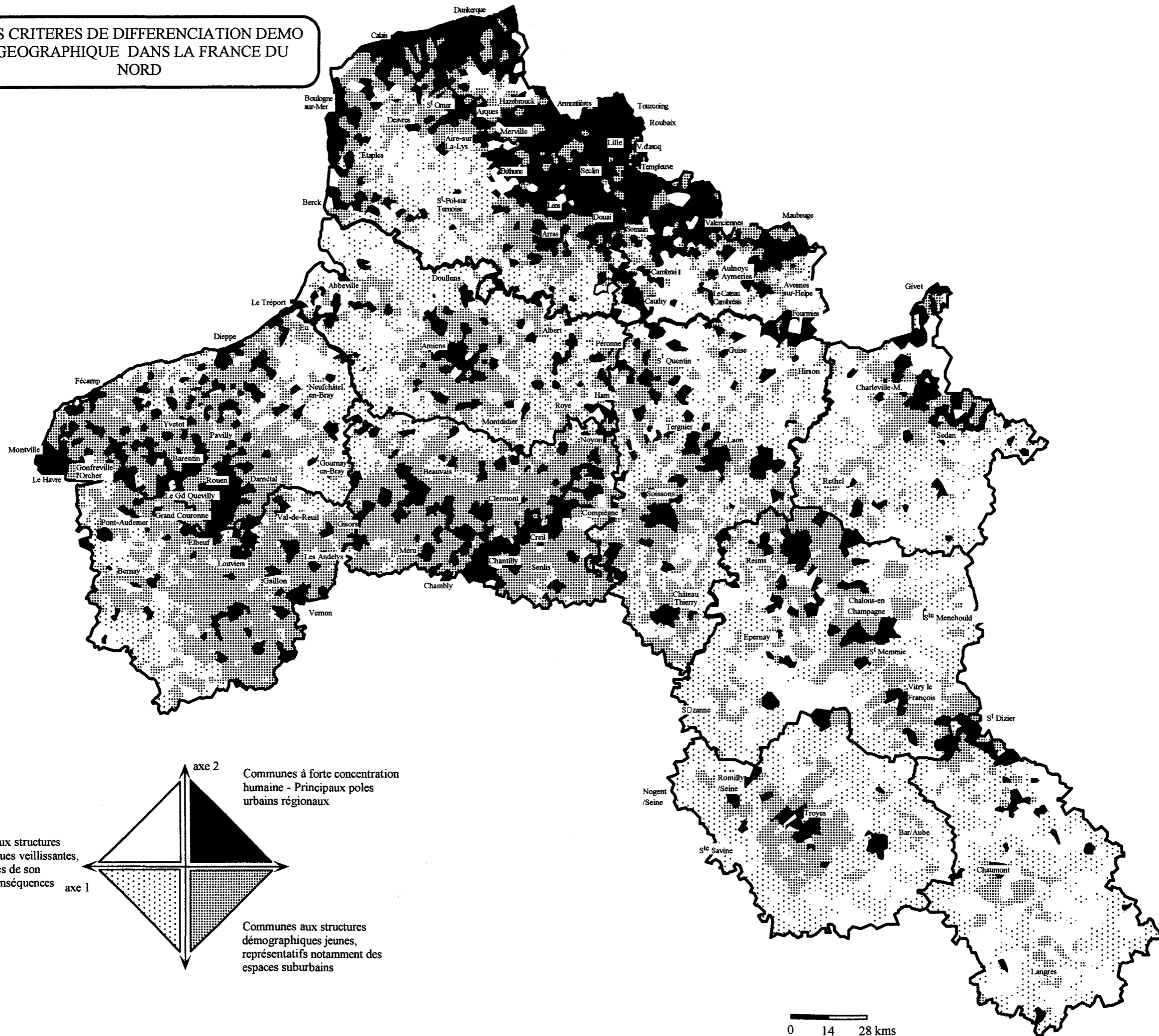
Elles se distinguent principalement par l'ampleur de leur étendue. Ces régions regroupent l'essentiel des populations, plus de 75.00% en moyenne. Elles s'articulent en fonction de l'organisation des réseaux urbains, la proximité des agglomérations et l'étendue des zones suburbaines. La France du Nord se découpe en différentes régions dynamiques, plus ou moins étendues selon les territoires, et recouvrent trois sites majeurs :

↳ L'espace Nordiste : il recouvre la quasi totalité du département du Nord, le littoral et une partie du Pas de Calais.

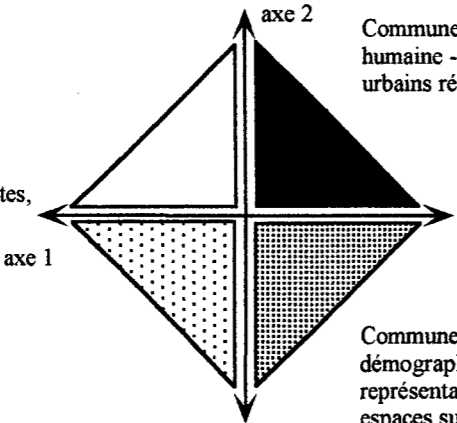
↳ L'espace Normand : il s'oriente selon un axe Nord-Ouest, Sud-Est, et traverse la Haute Normandie, du Havre, en passant par Rouen jusque Vernon.

↳ L'espace Sud-Picard : il s'identifie à la quasi totalité du département de l'Oise, dans la mouvance de l'Île de France auquel il se rattache virtuellement.

LES CRITERES DE DIFFERENCIATION DEMO-  
GEOGRAPHIQUE DANS LA FRANCE DU  
NORD



Communes aux structures  
démographiques vieillissantes,  
accompagnées de son  
cortège de conséquences



Communes à forte concentration  
humaine - Principaux poles  
urbains régionaux

Communes aux structures  
démographiques jeunes,  
représentatifs notamment des  
espaces suburbains

0 14 28 kms



## ② «LES AIRES DÉMOGRAPHIQUES DYNAMIQUES POLARISÉES» :

Contrairement aux régions, les aires démographiques dynamiques polarisées ont une surface de recouvrement plus limitée. Elles s'articulent en fonction de l'existence d'un pôle fédérateur. Ce modèle concerne des espaces plus fragiles, où seules des fractions d'espaces présentent un caractère dynamique, et s'insèrent généralement au sein d'espaces vides d'occupation dense. La présence d'un ou plusieurs pôles conduit à la distinction de deux principes différents de polarité :

### ↳ Les polarités simples :

- ◆ Pôles Nordistes : Cambrai, Fourmies, Saint-Pol-sur-Ternoise
- ◆ Pôles Picards : Amiens, Abbeville, Gamache
- ◆ Pôles Normands : Bernay
- ◆ Pôles Champardennais : Charleville-Mézières, Troyes, Chaumont, Langres

### ↳ Les polarités multiples :

- ◆ Pôles Picards : Péronne, Saint-Quentin ; Laon, Soissons, Château-Thierry
- ◆ Pôles Champardennais : Reims, Châlons-en-Champagne ; Vitry-le-François, Saint-Dizier

## ③ «LES RÉGIONS EN DÉSÉQUILIBRE DÉMOGRAPHIQUE» :

Les critères de différenciation spatial de ces régions sont tributaires du vieillissement de la population et ses conséquences, et de la faiblesse des peuplements. Néanmoins, le «vide démographique» n'est qu'une illusion, sachant que les territoires concernés illustrent le poids et la variété des agricultures locales très puissantes.

### ↳ Arc Nord : frontière entre les aires d'influence Nordistes et Parisiennes :

Cet immense territoire traverse l'ensemble des régions, parfois interrompu par les aires démographiques polarisées, il représente une véritable frontière entre l'Aire d'influence Nordiste et l'Aire d'influence de l'Île de France. Cet espace agricole s'étend du Nord-Est de la Haute Normandie, des plateaux céréaliers du Petit Pays de Caux et du Pays de Bray, lequel se poursuit en Picardie et atteint le plateau Picard. Il se prolonge en région Nord-Pas de Calais par l'Artois, plonge de nouveau

vers la Picardie, par le Cambrésis pour atteindre le Santerre, et les régions herbagères de la Thiérache, et de l'Avesnois, de nouveau dans la région Nord-Pas de Calais. Puis il recouvre dans son extrémité Est, les régions herbagères au Nord du département des Ardennes, ainsi que les prémices des grandes cultures céréalières de la Champagne crayeuse.

↳ Arc Champardennais : bastion de l'agriculture :

Ce territoire plus limité s'étend des côtes de l'Ile de France, au sud de Reims, en direction du Sud-Est de la région, passant ainsi de la Champagne crayeuse, à la Champagne humide jusqu'au Plateau de Langres.

↳ Le Sud Normand :

Ces petites entités Normandes correspondent aux zones de polycultures céréalières et d'élevages du Pays d'Ouche au Sud-Ouest.

## Conclusion :

Les résultats obtenus par le biais de l'analyse en composantes principales ont permis de définir trois grands modes d'organisation des territoires, dans la France du Nord :

- ① «Les régions démographiques dynamiques» :
- ② «Les aires démographiques dynamiques» :
- ③ «Les régions en déséquilibre démographique» :

Toutefois, les critères de différenciation spatiale les plus actifs, reposent essentiellement sur les dynamiques démographiques, et sur la répartition des différentes tranches d'âge. En dehors de ces critères, peu d'éléments permettent d'accentuer les critères de différenciation spatiale. Mais le choix des variables effectuées n'en demeurent pas moins classique. Dans ce contexte, les résultats obtenus démontrent certaines imperfections liées à la trop grande précision de l'analyse. L'effet de taille est une contrainte récurrente, les communes de petite ou de grande taille ont tendance à fausser la réalité. Une commune très peuplée ou peu peuplée peuvent disposer de coordonnées très proches sur les axes factoriels, sachant que sont les dynamiques démographiques et l'âge des populations qui différencient le plus les individus géographiques.

Dans ce contexte, la conception d'une typologie des territoires sur ces fondements n'est pas concevable, à moins de ne tenir compte que des comportements démographiques des populations. Mais une définition du monde rural et du monde urbain selon ces critères demeure aléatoire. L'équilibre ou le déséquilibre démographique ne peuvent justifier le fait rural ou le fait urbain. Une commune rural ou urbaine ne se définissent pas uniquement en fonction de critères démographiques. L'imbrication des territoires, les mouvements de population, les phénomènes de redistribution des populations, l'étalement de la croissance urbaine... compliquent la dynamique générale des territoires. Ainsi, l'outil statistique employé reste ici, inadapté aux conditions réunies, et n'offre pas les résultats attendus. L'incidence des comportements démographiques au sein de l'analyse a tendance à trop simplifier l'information. Toutefois, les conditions générales de peuplement demeurent une donnée primordiale et indispensable. Une approche plus classique de type régionale s'impose naturellement à ces conditions extrêmes.

DEUXIEME CHAPITRE : ÉTUDE  
RÉGIONALE DE LA FRANCE DU NORD

## Introduction :

L'étude régionale de la France du Nord se décompose en deux phases successives. La première phase consiste à analyser différentes cartes thématiques pour chaque région. La démarche régionale adoptée repose sur l'analyse de trois thèmes élémentaires dont les incidences sur la nature et le développement de l'offre de soins se sont révélées essentielles.

Le premier thème majeur concerne l'ensemble des traits relatifs aux caractéristiques du peuplement. En effet, dans ses travaux, P.Bruyelle <sup>1</sup> reconnaît que «la fonction médico-hospitalière et sanitaire est une des fonctions les plus significatives de la place de la ville dans la hiérarchie et de son rôle dans la desserte de l'espace». L'adéquation spatiale entre le réseau urbain et le réseau sanitaire n'est plus à démontrer. D'autres travaux effectués notamment par H.Picheral <sup>2</sup>, ou J.Labasse <sup>3</sup> confortent la notion de hiérarchisation du système de soins, calquée sur la hiérarchie urbaine. M.Mougeot <sup>4</sup> précise que la structure de l'offre de soins est «liée à la répartition de la population sur le territoire, et possède deux priorités : elle est hiérarchisée au sens de la théorie des places centrales ; la structure dominante est celle du monopole spatial». La charge démographique est un facteur déterminant dans la structuration de l'offre de soins. L'étude de l'armature urbaine, de la trame urbaine, des densités de population... ouvrent des perspectives d'analyses de la hiérarchisation au sens urbain et médical. L'analyse de l'offre de soins dans le monde rural ne peut se faire sans une approche globale du système de soins, mais surtout sans une approche du peuplement dans sa totalité. Existe-t-il une adéquation spatiale entre la trame du peuplement et celles des médecins ? La hiérarchie urbaine est-elle inspiratrice d'une hiérarchie médicale ?

Le second thème retenu traduit les conséquences de la répartition de différentes tranches d'âge sur l'offre de soins. L'incidence de l'âge des patients sur le taux de consommation de séances de médecins a longuement été démontrée.

---

(1) P.Bruyelle, 1981 : L'organisation urbaine de la région du Nord - Pas de Calais - Thèse pour le Doctorat d'état ès science humaines - Tome 1&2.

(2) H.Picheral : La desserte médicale spécialisée des villes françaises - Régions, Villes et Aménagement, Mélanges jubilaires offerts à J.Beaujeu - Garnier. Centre de recherches et d'études sur Paris - Ile de France.

(3) J.Labasse, 1980 : L'hôpital et la ville : Géographie hospitalière

(4) M.Mougeot, 1994 : Système de santé et Concurrence

Les études du CREDES <sup>5</sup>, du SESI <sup>6</sup>, de l'INSEE <sup>7</sup> pour ne citer que les principales, en sont les principaux illustreurs. Le recul chronologique permet de dégager une constante de ces études. Des années 80 aux années 90, peu de changements sont apparus dans les comportements. Les deux principaux pics de consommation de séances de médecins concernent les populations en bas âge (les bébés principalement), puis les personnes âgées (de plus de 70 ans). Globalement, le recours au médecin est fort pour les personnes de moins de 20 ans, puis il décroît, pour reprendre de nouveau à partir de 50 et 60 ans. La relation établie entre les classes d'âge et la consommation médicale, induit la recherche de l'existence ou non d'une relation de proximité entre la répartition des médecins et ces classes d'âge. Existe-t-il une adéquation spatiale entre la localisation de communes à population âgée, à population jeune et la carte des médecins ? Par ailleurs, l'âge des populations est également révélateur des différences de dynamiques démographiques. En effet, l'évolution démographique de la population d'un territoire résulte principalement de l'interaction de deux dynamiques : les mouvements naturels et les mouvements migratoires. L'analyse de ces interactions conforte une approche évolutive, sachant que les conséquences de ces dynamiques démographiques sur l'évolution de l'offre de soins sont réelles. Les zones de croissance démographique induisent des zones de demande en soins potentielle, tandis que les zones de décroissance nécessitent un réajustement de l'offre sur la demande. Cette situation peut également entraîner des répercussions dans l'organisation locale de l'offre de soins.

Le troisième thème aborde une position plus théorique de l'aspect comportementale des population. Le principe repose sur la détermination des aires de déplacement théorique des populations actives. Comment les populations actives sont-elles organisées ? Quelles sont les structurations de l'espace professionnel ? Existe-t-il une relation entre l'espace structuré par la population active et celui structuré par le système de soins ? Existe-t-il une polarisation parallèle entre les emplois et l'offre de soins ?

---

(5) CREDES : A.Bocognano, N.Grandfils, Ph.Le Fur, An.Mizrahi, Ar.Mizrahi : Santé, soins et protection sociale en 1992 - N° 982, 1993.

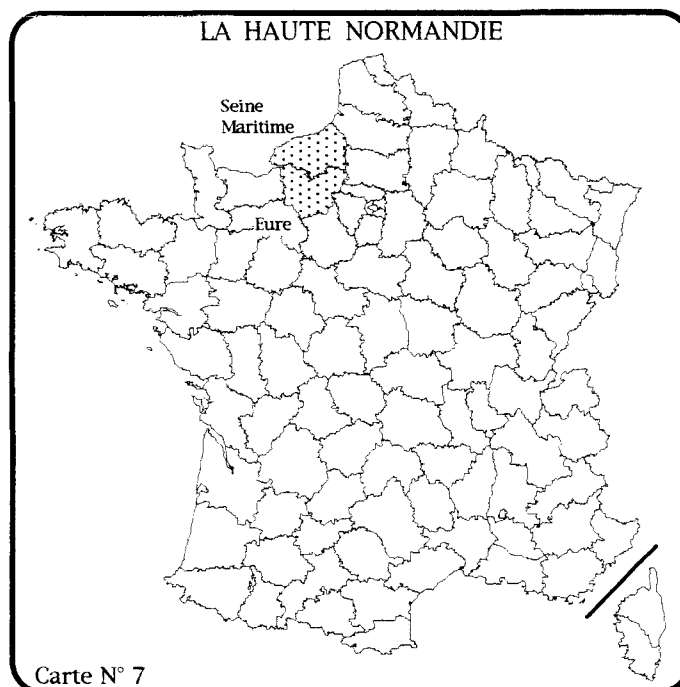
(6) SESI : Solidarité, Santé, Études statistiques : Consommation et offres médicales; une approche géographique - N° 4, Juillet - Août 1989.

(7) INSEE : A.Charraud, P.Mormiche : Disparités de consommation médicale - Enquête Santé 1980 - 1981 - Les collections de l'INSEE, M 118.

La seconde phase repose sur la régionalisation proprement dit des territoires, à partir des différentes observations effectuées. Cette démarche doit permettre de proposer une approche régionalisée de la France du Nord, et de participer à une définition plus rationnelle du monde rural et urbain.

I - LA HAUTE NORMANDIE : L'UNE DES PLUS PETITE  
RÉGION FRANÇAISE SITUÉE DANS L'«HYPERPOLE  
PARISIEN» (8) :

La Haute Normandie, région dans la mouvance de la région Parisienne a pour «particularité» de ne pas présenter une grande unité régionale. Une certaine rivalité apparaît entre les deux départements qui composent cette région : l'Eure et la Seine Maritime.



A - UN PEUPEMENT RÉGIONAL DISPARATE :

Au dernier recensement de l'INSEE, en 1990, la population régionale se répartit de la façon suivante :

Tableau N° 5 : Population en Haute Normandie :

<b>HAUTE NORMANDIE</b>	Population en 1975	Part en %	Population en 1982	Part en %	Population en 1990	Part en %
Eure	422 952	36.50	459 254	27.80	513 818	29.60
Seine Maritime	1 172 743	63.50	1 119 108	72.20	1 223 429	70.40
<b>Total :</b>	1 159 695	100.00	1 652 362	100.00	1 737 247	100.00

Source: INSEE-RGP 1990

(8) A. Jouve, P. Stragiotti, M. Fabrie Verfaillie, 1992 : La France des régions - Édition BRÉAL.



Le décompte des populations traduit le poids du département de la Seine Maritime en Haute Normandie. Malgré un fléchissement survenu dans les années 80, les effectifs de population n'ont cessé de croître sur une période de 25 ans. Ainsi, en 1990, le département de la Seine Maritime concentre plus de 70.00% du peuplement de la Haute Normandie. Une telle concentration soulève des problèmes d'équilibre pour la région, dont les effets se répercuteront sur l'ensemble des structures régionales, notamment dans le domaine de la santé et de ses acteurs.

**Tableau N° 6 : Évolution de la population Normande :**

Périodes :	1968 - 1975			1975 - 1982			1982 - 1990		
<b>HAUTE NORMANDIE</b>	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)
Eure	+1.42	+0.76	+0.66	+1.27	+0.54	+0.73	+1.33	+0.59	+0.74
Seine Maritime	+0.74	+0.89	-0.15	+0.25	+0.63	-0.39	+0.31	+0.65	-0.34
<b>Région :</b>	+0.92	+0.85	+0.06	+0.52	+0.61	-0.09	+0.60	+0.64	-0.03
<b>Métropole :</b>	+0.81	+0.58	+0.23	+0.46	+0.40	+0.07	+0.51	+0.41	+0.10

Source: INSEE-RGP 1990

On constate une concentration humaine en Seine Maritime qui cache cependant une réalité toute différente. Depuis la période 1975-1982, le département de la Seine Maritime n'attire plus, et ne doit son évolution démographique qu'aux comportements natalistes de sa population.

Les années 80 marquent un changement important dans le peuplement de la Haute Normandie. En effet, le département de l'Eure profite d'un nouvel élan démographique accompagné par une double évolution. Le département offre un bilan positif, aussi bien pour le mouvement naturel que le solde migratoire.

Depuis les années 80, la région de Haute Normandie fait face à une reconquête démographique de ses campagnes. Les deux départements normands assistent au phénomène de reconquête des espaces ruraux, notamment par le biais de la périurbanisation, principale cause de développement de zones rurales situées en périphérie des agglomérations. Les données relatives à la croissance de la population témoignent de la dynamique de ce mouvement de reconquête rurale, touchant plus particulièrement le département le moins urbanisé : l'Eure.

**Tableau N° 7 : Population urbaine et rurale en Haute Normandie :**

INSEE-1990	EURE		SEINE MARITIME		HAUTE NORMANDIE	
	Population	Part en %	Population	Part en %	Population	Part en %
Pop. Rurale *	238 886	46.50%	303 329	24.80%	542 215	31.21%
Pop. Urbaine	274 932	53.50%	920 100	75.20%	1 195 032	68.79%
Totaux	513 818	100%	1 223 429	100%	1 737 247	100.0%

Source: INSEE-RGP 1990

La Haute Normandie, dont le taux d'urbanisation atteint 68.79%, appartient aux régions faiblement urbanisées. Rappelons que ce même taux est de 74.00% pour la France métropolitaine. Mais les taux d'urbanisation prennent une dimension toute différente à l'échelle des départements. En effet, avec un taux de 75.20%, la Seine Maritime demeure le département le plus urbanisé de la région, contre 53.50% pour l'Eure.

Une opposition se confirme entre le département de la Seine Maritime, (70.00% de la population régionale, près de 77.00% de la population urbaine régionale, mais dont l'évolution démographique fluctue depuis les années 80) et le département de l'Eure, (29.60% de la population régionale, 44.00% de la population rurale régionale mais où s'est amorcé un mouvement de reconquête démographique des campagnes).

Outre l'évolution du peuplement régional, ces formes urbaines de distribution présentent un très grand intérêt, notamment dans l'agencement de l'armature urbaine.

#### B - UNE ARMATURE URBAINE «ORIGINALE» :

L'originalité de l'armature urbaine de la région de Haute Normandie repose sur l'existence d'un foisonnement de petites et très petites communes.

---

(\* La population rurale : selon la définition de l'INSEE, la population rurale regroupe l'ensemble des communes de moins de 2000 habitants, non agglomérées, d'appartenant pas à une unité urbaine.

Tableau N° 8 : Population et Armature urbaine :

INSEE-1990	EURE			SEINE MARITIME			HAUTE NORMANDIE			
Communes rurales hors unités urbaines	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Part en % Communes	Population	Part en % Population
0-49 hab.	8	323	0.06	6	231	0.02	14	0.99	554	0.03
50-99	32	2 490	0.48	21	1 708	0.14	53	3.73	4 198	0.24
100-199	137	21 090	4.10	113	16 815	1.37	250	17.59	37 905	2.18
200-299	123	30 460	5.93	122	30 386	2.48	245	17.24	60 846	3.50
300-399	83	28 514	5.55	89	30 466	2.49	172	12.10	58 980	3.40
400-499	56	247 89	4.82	67	29 805	2.44	123	8.66	54 594	3.14
500-999	119	81 759	15.91	149	101 425	8.29	268	18.86	183 184	10.54
1 000-1 499	30	34 814	6.78	52	60 443	4.94	82	5.77	95 257	5.48
1 500-1 999	6	10 172	1.98	13	22 969	1.88	19	1.34	33 141	1.91
> 2 000	2	4 475	0.87	4	9 081	0.74	6	0.42	13 556	0.78
<b>Totaux :</b>	<b>596</b>	<b>238 886</b>	<b>46.50</b>	<b>636</b>	<b>303 329</b>	<b>24.80</b>	<b>1 232</b>	<b>86.70</b>	<b>542 215</b>	<b>31.21</b>

Unités urbaines	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Part en % Communes	Population	Part en % Population
2 000-4 999	36	62 934	12.25	23	50 600	4.14	59	4.15	113 534	6.54
5 000-9 999	14	36 796	7.16	13	39 049	3.19	27	1.90	75 845	4.37
10 000-19 999	17	65 848	12.82	10	41 855	3.42	27	1.90	107 703	6.20
20 000-49 999	8	50 881	9.90	13	101 427	8.29	21	1.48	152 308	8.77
50 000-99 999	5	58 473	11.38	8	53 381	4.36	13	0.91	111 854	6.44
100 000-199 999	0	0	0.00	0	0	0.00	0	0.00	0	0.00
> 200 000	0	0	0.00	42	633 788	51.80	42	2.96	633 788	36.48
<b>Totaux :</b>	<b>80</b>	<b>274 932</b>	<b>53.50</b>	<b>109</b>	<b>920 100</b>	<b>75.20</b>	<b>189</b>	<b>13.30</b>	<b>1 195 032</b>	<b>68.79</b>

Ensemble des communes	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Part en % Communes	Population	Part en % Population
<b>Totaux :</b>	<b>676</b>	<b>513 818</b>	<b>100%</b>	<b>745</b>	<b>1223429</b>	<b>100%</b>	<b>1 421</b>	<b>100%</b>	<b>1 737247</b>	<b>100%</b>

Source: INSEE-RGP 1990

Une pyramide urbaine à base très large est commune aux deux départements, où plus de 60.00% des communes ont une structure communale dont la taille est inférieure à 499 habitants, regroupant moins de 13.00% de la population régionale. Il est à noter que la catégorie de communes, comprise entre 500 et 999 habitants, est représentative d'une armature urbaine où les petites communes sont majoritaires, elle regroupe à elle seule 10.50% de la population régionale. Globalement, 86.70% des communes normandes ont une taille inférieure à 1999 habitants, regroupant 31.20% de la population régionale. Mais l'opposition demeure entre les deux départements : si les caractéristiques urbaines sont les mêmes, les poids sont différents.

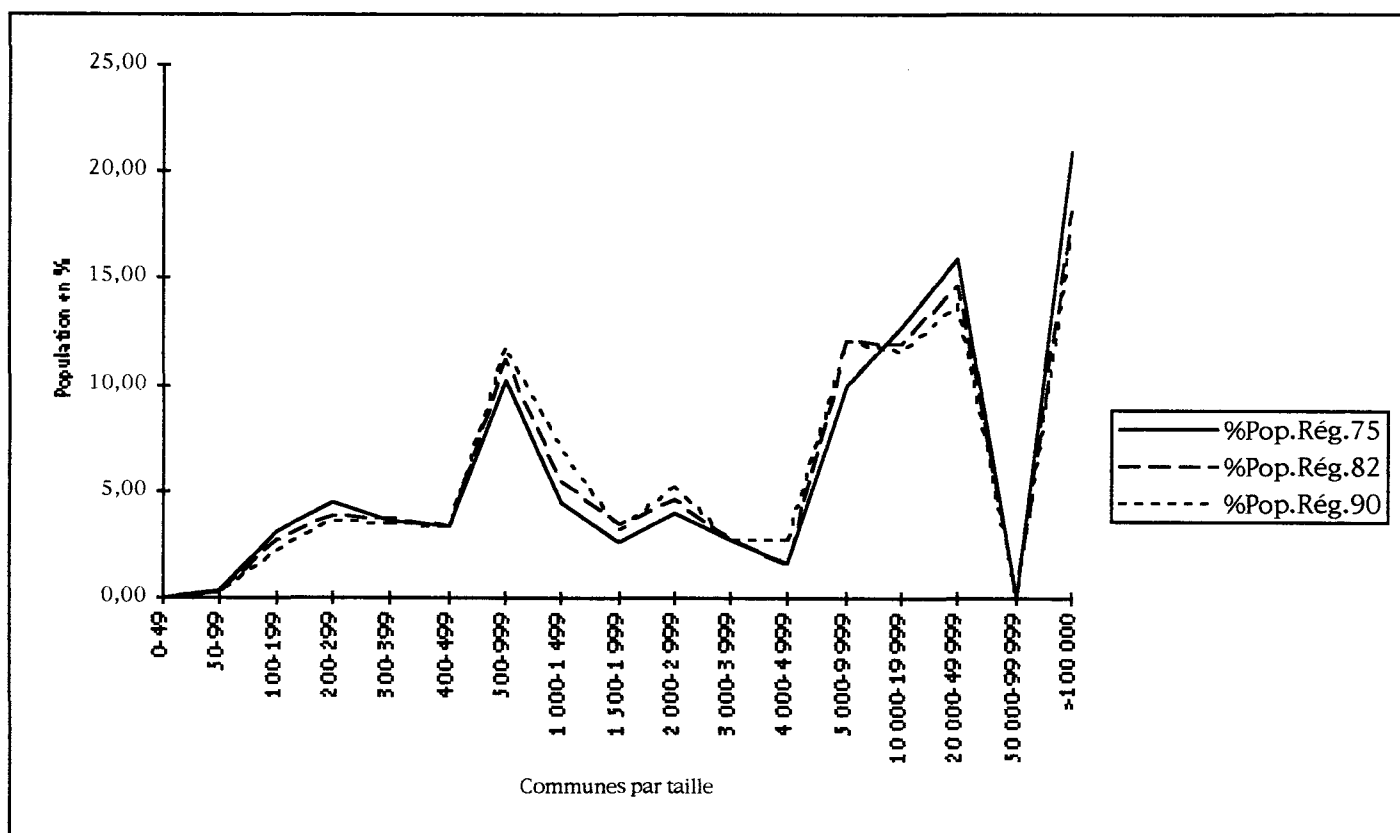
88.10% des communes du département de l'Eure ont une taille inférieure à 1999 habitants, et regroupent 46.50% de la population départementale. En dehors des communes comprises entre 500 et 999 habitants, et entre 10000 et 49999 habitants, l'Eure présente une armature urbaine équilibrée. Seul inconvénient, l'absence de communes supérieures à 100000 habitants. les villes qui

appartiennent au sommet de la hiérarchie urbaine font défaut dans ce département.

La Seine Maritime, où 85.40% des communes ont une taille inférieure à 1999 habitants, ne regroupe que 24.80% de la population départementale. L'armature urbaine présente un important déséquilibre causé par la surreprésentation d'une catégorie de communes, dont la taille est supérieure à 200000 habitants, et regroupe plus de 50.00% de la population départementale.

Une opposition entre les deux départements qui confère à la Haute Normandie une armature urbaine originale, dictée notamment par les caractéristiques du département de la Seine Maritime. Une armature urbaine bicéphale, commandée par deux communes, Rouen et Le Havre, toutes deux appartenant au département de la Seine Maritime, qui regroupe plus de 17.10% de la population régionale.

**Graphique N° 2 : Évolution de l'armature urbaine en Haute Normandie :**



Source: INSEE-RGP 1990

Toutefois, l'armature urbaine de la Haute Normandie a suivi une évolution assez caractéristique de la croissance urbaine en France. La tendance générale concerne une baisse de population dans les parties extrêmes de la hiérarchie urbaine. Les communes de très petite taille, inférieures à 500 habitants, les communes de taille moyenne, de 10000 à 50000 habitants, et les communes de taille supérieure à 50000 habitants connaissent une baisse d'effectifs. Mais ces mouvements de population n'entraient en rien une hiérarchie urbaine toujours respectée. Les structures communales représentatives des parties hautes de la hiérarchie urbaine concentrent toujours une part massive de la population régionale.

La décroissance de la population et l'exode urbain profitent aux structures communales de petite taille, entre 500 et 1999 habitants, et de taille moyenne, entre 2000 à 9999 habitants. Elles confirment le retour vers des structures communales qualifiées de «plus humaines», et la recherche d'un nouveau cadre de vie. Ce phénomène confirme le mouvement de reconquête de communes rurales, notamment dans le cadre du mouvement de périurbanisation analysé depuis quelques années en France métropolitaine.

Cette approche, bien que sommaire, de l'armature urbaine est essentielle pour la compréhension de la répartition spatiale du système de soins régional. L'étude du réseau urbain est nécessaire pour le repérage des différents échelons, chacun correspondant à un niveau de spécialisation des fonctions urbaines et du personnel médical. Mais il est aussi indispensable dans la compréhension de l'espace régional, et du rapport entre les différents points du réseau urbain.

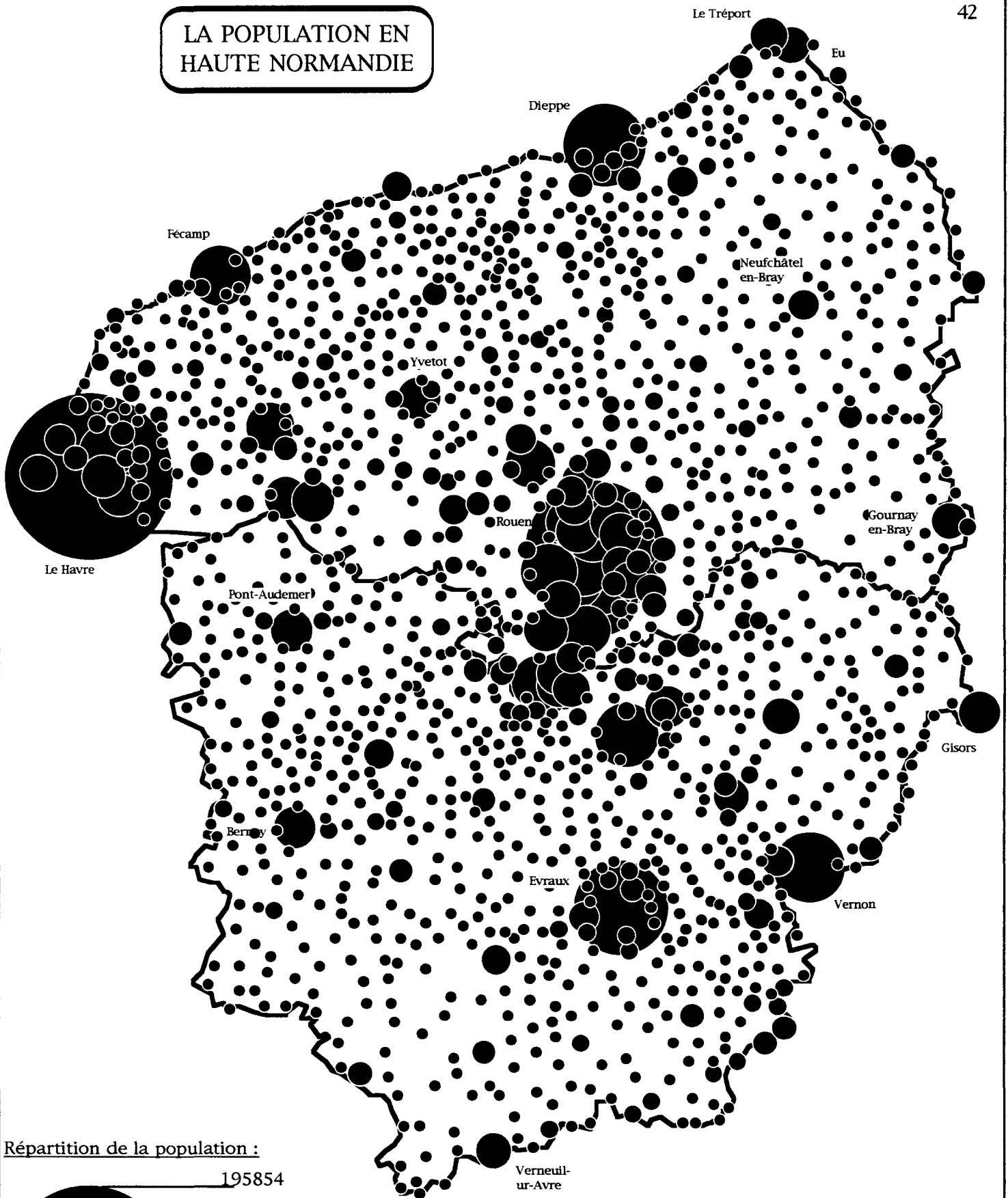
#### C- LA RÉPARTITION DE LA POPULATION EN HAUTE NORMANDIE :

Le foisonnement de communes de petite taille constitue la particularité de l'armature urbaine de la Haute Normandie. La distribution de la population (Carte N° 8) reflète cette particularité urbaine, elle se traduit par une diversité des situations territoriales résumées en quatre ensembles.

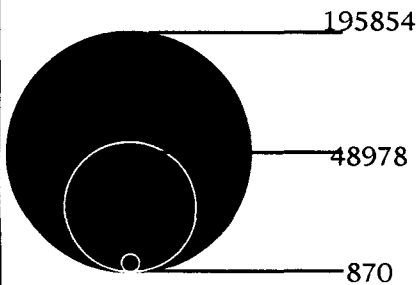
##### ↳ L'Axe de la Basse Seine :

Il structure l'ensemble de la région, en regroupant l'essentiel de la population. Cet axe qui suit la Seine, est dominé par la présence des deux villes les plus importantes, Le Havre et Rouen. L'essentiel des principales communes est donc situé à proximité de cet axe.

# LA POPULATION EN HAUTE NORMANDIE



Répartition de la population :



Source : INSEE-RGP 1990

### ↳ Les Marges orientales :

Cette partie du territoire se trouve le plus au contact de la région Parisienne dont la proximité joue particulièrement pour 3 communes : Vernon, Val-de-Reuil et Evreux. Ces trois communes, de part leur population dominant ce quart Sud-Est.

### ↳ Les Régions rurales diverses :

Elles s'organisent en deux sous-ensembles majeurs :

◆ Le Nord-Est : cette zone s'étend sur les zones agricoles du Petit Pays de Caux, et du Pays de Bray. Le faible peuplement, organisé en petites communes, traduit une occupation du sol tournée vers la production agricole.

◆ Le Sud-Ouest : les caractéristiques démographiques se rapprochent de celles précédemment énoncées, cependant s'y ajoute un isolement plus important, voire une marginalisation par rapport à la région. Il illustre la situation du Pays d'Ouche, et une partie de la plaine de Saint-André.

### ↳ Le Littoral :

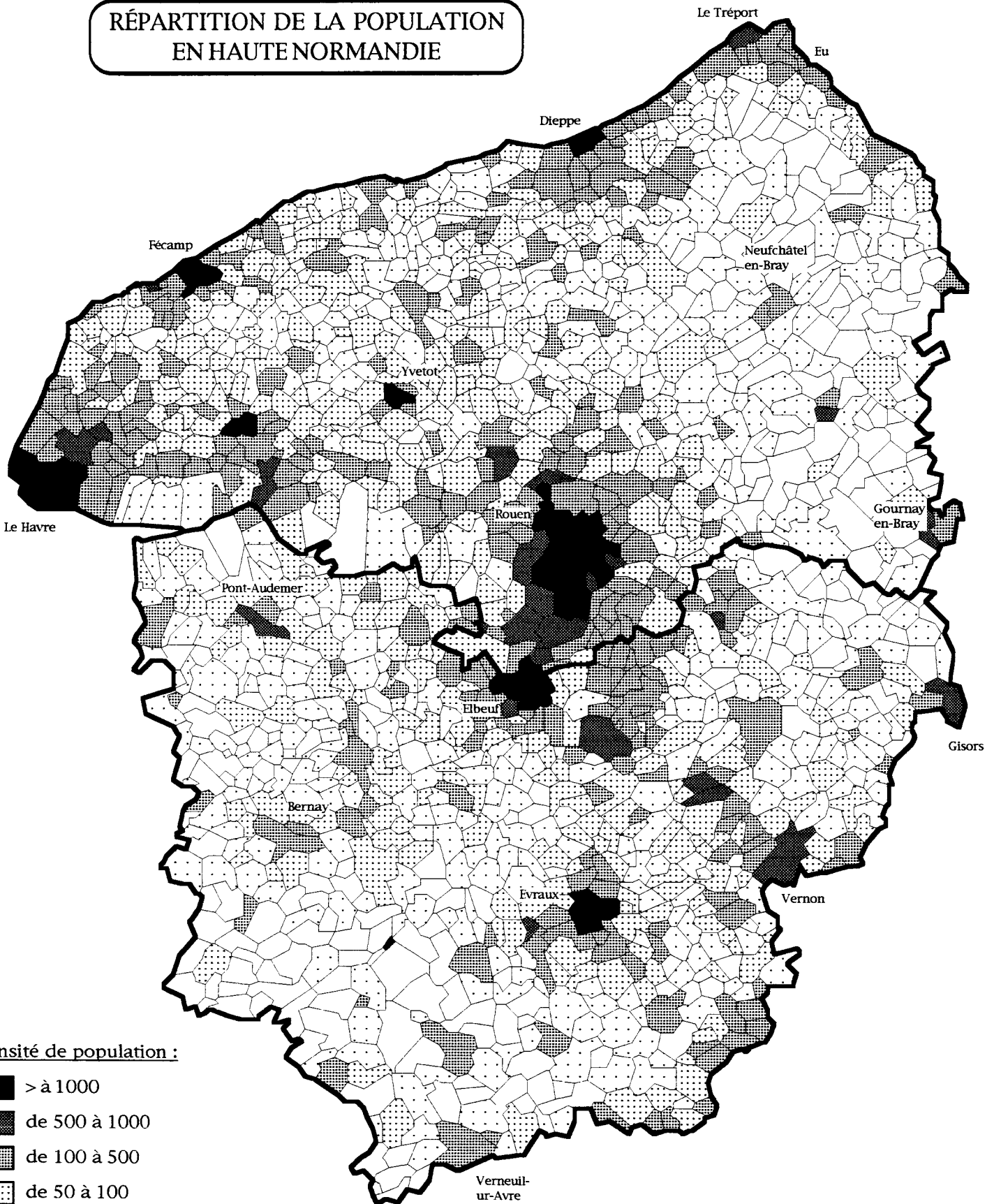
Dieppe et Fécamp composent les deux principaux pôles urbains du littoral Normand dominé par un chapelet de communes de petite taille.

En général, la répartition spatiale de la population en Haute Normandie s'organise autour de ces quatre ensembles. Cependant il est intéressant de confronter ces observations avec un autre indice, notamment la densité de population.







Au dernier recensement de population, la Haute Normandie affiche une densité moyenne de 141 habitants par km<sup>2</sup> (Carte N° 9). Cette densité, supérieure à la moyenne nationale (104 habitants par km<sup>2</sup>), la place parmi les régions françaises les plus densément peuplées (4<sup>ème</sup> rang en France). Cependant une opposition très forte existe entre la densité urbaine (570 habitants par km<sup>2</sup>) et la densité rurale ( 53 habitants par km<sup>2</sup>).

Dans l'ensemble, la répartition des densités de population permet de justifier la répartition spatiale précédente. En effet, les densités de population les plus fortes, (supérieures à 100 habitants par km<sup>2</sup>), redessinent les principaux ensembles structurant la région. L'axe de la Basse Seine, du Havre jusqu'à Vernon, Dieppe et Fécamp sur le littoral Normand, et triangle Vernon, Evreux et Val-de-Reuil dans le Sud-Est caractérisent les espaces les plus densément peuplés.

RÉPARTITION DE LA POPULATION  
EN HAUTE NORMANDIE



Densité de population :

-  > à 1000
-  de 500 à 1000
-  de 100 à 500
-  de 50 à 100
-  de 25 à 50
-  < à 25 hab/km<sup>2</sup>

Moyenne régionale : 141  
Moyenne nationale : 104

Source : INSEE, RGP 1990



Concernant les régions rurales décrites plus haut, il apparaît clairement qu'elles présentent des densités de population parmi les plus faibles. En moyenne, les densités sont inférieures à 50 habitants par km<sup>2</sup>, mais de très nombreuses communes présentent des densités inférieures à 25 habitants par km<sup>2</sup>. Elles se localisent principalement au Nord-Est et au Sud-Ouest de la région de Haute Normandie.

Cette première approche de l'armature urbaine de la Haute Normandie est une phase indispensable pour comprendre les grands traits majeurs qui structurent la région. La décomposition de l'organisation spatiale Normande en quatre ensembles permet de mieux cerner la répartition spatiale de la population dont dépend celle du système de soins. En effet, la population est un facteur essentiel dans la mise en place de ce système. Mais d'autres critères peuvent intervenir directement ou indirectement dans l'agencement du système de soins, notamment les caractéristiques propres de la population, notamment la répartition des différentes classes d'âge.

#### D - UNE DES RÉGIONS LES PLUS JEUNES DE FRANCE :

La Haute Normandie, comme le Nord-Pas de Calais, la Picardie et la région Pays de la Loire font partie des régions où la part des jeunes de moins de 20 ans représente près de 30.00% de la population, contre 26.00% pour la France métropolitaine. La Champagne Ardenne, la Basse Normandie, la Franche Comté et la Lorraine suivent de près ce cortège, sachant que la population des moins de 20 ans représente 28.00% de la population totale.

L'analyse de la répartition des classes d'âge est une donnée révélatrice à la fois des dynamiques démographiques locales, mais également de la demande potentielle en soins. Dans ce contexte, le recours à un diagramme triangulaire <sup>9</sup> s'est avéré indispensable afin de ne retenir que le trait générationnel dominant. Les trois tranches d'âge retenues sont les populations âgées de 0 à 19 ans, de 20 à 59 ans et les plus de 60 ans. L'interprétation du diagramme triangulaire aboutit à une typologie recouvrant quatre catégories :

---

(9) Diagramme triangulaire : permet la construction d'un nuage de «points - individus», à l'intérieur d'un triangle équilatéral dont les côtés sont gradués en %. Les individus statistiques présentent des valeurs sur 3 modalités, et la somme des 3 valeurs est égale à 100.00%.

① «Les communes dites jeunes» : la part de la population âgée de 0 à 19 ans est supérieure ou égale à 30.00%, et la part de la population âgée de 60 ans et plus, est inférieure à 20.00%.

② «Les communes dites adultes» : la part de la population âgée de 20 à 59 ans est supérieure ou égale à 50.00%.

③ «Les communes dites âgées-jeunes» : la part des personnes âgées de 60 ans et plus est supérieure ou égale à 20.00%, et la part de la population âgée de 0 à 19 ans est supérieure ou égale à 30.00%.

④ «Les communes dites âgées-adultes» : la part de la population âgées de 60 ans et plus est supérieure ou égale à 20.00%, et la part de la population âgée de 20 à 59 ans demeure inférieure à 50.00%, et celle âgée de 0 à 19 ans est inférieure à 30.00%.

Cette typologie permet de déterminer différents ensembles (Carte N° 10), révélateurs des générations dominantes sur le territoire, en s'attardant principalement sur les tranches d'âge extrêmes.

#### ↳ Les territoires marqués par le vieillissement :

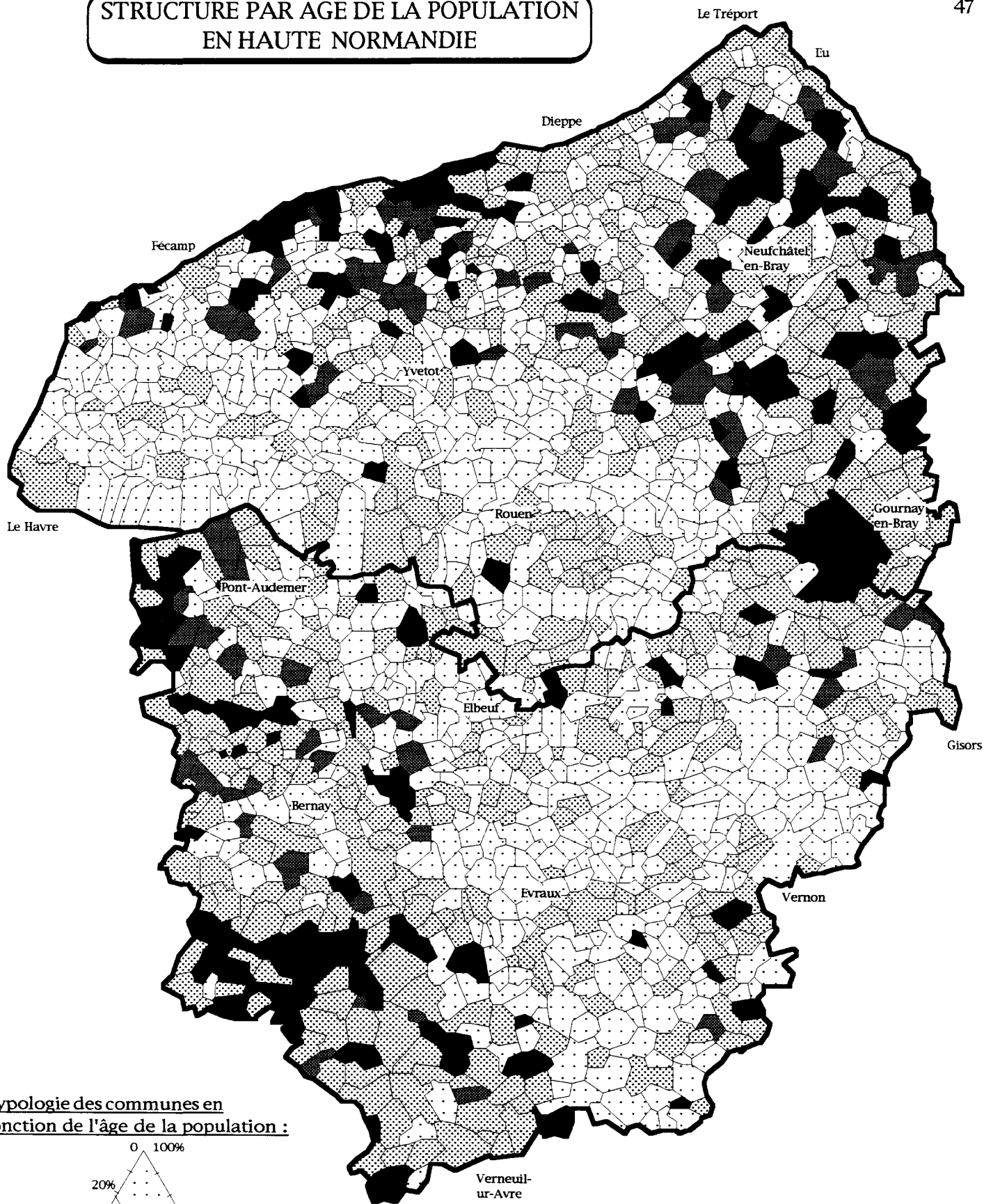
##### ◆ Le Nord-Est et le Sud-Ouest :

Les deux ensembles définis précédemment, présentent un caractère démographique semblable, lié au vieillissement de la population, et confortent ainsi leur appellation de régions rurales. Nous vérifierons dans la continuité de l'étude, si ces zones où les populations âgées sont surreprésentées, disposent d'un système de soins approprié ou encore s'il y a corrélation entre la présence de ces personnes et celle des médecins.

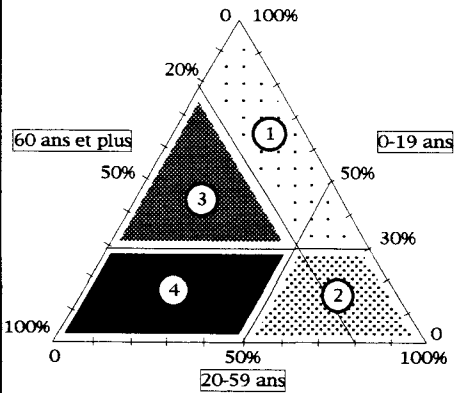
##### ◆ Le littoral :

Le littoral Normand, laisse entrevoir entre Fécamp et Dieppe, un chapelet de communes où les populations âgées sont également surreprésentées.

**STRUCTURE PAR AGE DE LA POPULATION  
EN HAUTE NORMANDIE**



**Typologie des communes en fonction de l'âge de la population :**



Source : INSEE-RGP 1990

### ◆ Les sites aléatoires :

En dehors de ces ensembles dominants, apparaissent des sous ensembles, caractérisés par la présence d'une commune où d'un groupement de communes où le trait dominant de la population est marqué par un vieillissement plus prononcé. Ils se localisent notamment au sud du Havre, ou à l'Est de Rouen.

D'une façon générale, on constate que les traits liés au vieillissement de la population concernent principalement les marges de la région. Soit que le caractère rural y est trop prononcé, entraînant un déclin fatal de la population, soit que les conditions de crise de la conjoncture économique enclenche la spirale du déclin, et se répercute sur les populations, notamment du littoral.

### ↳ Les territoires à population jeune :

Concernant la jeunesse de la population, il est intéressant de constater qu'elle est largement diffusée sur l'ensemble du territoire régional. En effet, l'essentiel des communes se caractérise par la présence d'une population jeune ou adulte que l'on rencontre le long de l'axe de la Basse Seine, du Havre à Rouen, mais aussi vers le Sud-Ouest de la région.

La repartition des différentes tranches d'âge dans le territoire est un facteur déterminant pour déterminer la demande potentielle en soins. Les zones où se concentrent des populations jeunes ou des populations âgées se classent parmi des espaces privilégiés de consommation médicale forte. Néanmoins, l'ajustement spatial entre la demande et l'offre reste à démontrer dans le cadre de la Haute Normandie. Intimement lié aux classes d'âges, le dynamisme démographique est également un critère de choix, notamment dans une approche plus prospective de l'évolution du système de soins.

### E - DES CAMPAGNES QUI SE REPEUPLENT :

La typologie (Carte N° 11) indique pour chaque commune la dynamique démographique dominante, en tenant compte du solde migratoire et du solde naturel. Deux variables sont relatives à la croissance de la population (taux de variation de la population positif entre 1982 et 1990), lequel s'explique soit par un afflux de population, soit par un excédent de naissances. Les deux autres variables sont relatives à la décroissance de la population (taux de variation de la population négatif entre 1982 et 1990), lequel s'explique également par les mouvements migratoires ou naturels. Une cinquième variable indique les zones où la croissance de la population est nulle.

**HAUTE NORMANDIE : ÉVOLUTION  
DÉMOGRAPHIQUE 1982/1990**



- Croissance démographique nulle
- Croissance démographique due essentiellement au solde migratoire
- Croissance démographique due essentiellement au mouvement naturel
- Décroissance démographique due essentiellement au solde migratoire
- Décroissance démographique due essentiellement au mouvement naturel

Globalement, la situation démographique de la Haute Normandie est satisfaisante. Son taux de variation est de +0.60% en 1990, contre +0.51% en France métropolitaine. Par ailleurs, la croissance démographique s'effectue principalement au sein des communes rurales où le taux de variation atteint +1.40%, contre +0.60% dans la région et +0.73% pour le territoire national. Cette situation de reconquête des communes rurales s'explique par des mouvements migratoires, dont le taux de variation atteint +0.98%, contre -0.03% dans la région et +0.73 en France métropolitaine.

Le mouvement de repeuplement des campagnes se confirme par le biais de l'indice révélateur de la croissance démographique liée au solde migratoire largement diffusé sur l'ensemble du territoire. La plupart des communes connaissent donc un taux de variation de la population qui est positif entre 1982 et 1990. Une croissance qui est principalement due à un apport extérieur de population. De plus la carte précédente permet de dire que cet apport se compose principalement d'une population de jeunes ou d'adultes.

Mais, certaines communes présentent un visage différent, marqué par une décroissance de la population. Plus qu'une forte mortalité, c'est l'exode des populations qui explique en majorité cette décroissance. Ces zones en voie de dévitalisation correspondent aux ensembles décrits précédemment : les régions rurales localisées dans le Nord-Est et le Sud-Ouest de la région. En dehors de ces deux ensembles, on constate une décroissance de la population qui touche également les communes les plus peuplées, à proximité de Rouen, Le Havre ou Evreux. Cette décroissance est liée principalement au départ de la population, qui selon le schéma classique, quitte les villes pour se rendre notamment vers les zones périphériques.

Les différentes approches effectuées illustrent des situations figées. La population, les tranches d'âge, les dynamiques démographiques excluent la notion de mouvements relationnels. En dehors des hiérarchisations établies, comment sont articulés les mouvements de population ? Une approche très synthétique de cette organisation comportementale peut être abordée par le biais de la population active. En effet, les déplacements professionnels sont un critère de structuration de l'espace. Comment les déplacements sont-ils structurés ? Existe-t-il une forte polarisation ? Cette approche permettra de voir ultérieurement si les déplacements professionnels sont compatibles aux déplacements effectués pour accéder aux soins ?

F - VERS UNE APPROCHE COMPORTEMENTALE DES  
POPULATIONS :

Dans un cadre classique, trois finalités s'offrent à un actif. Soit il travaille sur place, dans la commune de résidence, soit il travaille en dehors de la commune de résidence mais dans le même département, soit il travaille en dehors de la commune de résidence et en dehors du département. Ces trois potentialités déterminent pour chaque commune un comportement professionnel particulier. Le travail de synthèse consiste à reporter les comportements théoriques de la population active, résultats de la cartographie des différents possibilités offertes (Carte N° 12), et d'ajuster les résultats en fonction de différents travaux de synthèse inspirés d'ouvrages généraux <sup>10</sup>. Toutefois, les données disponibles font qu'il est impossible de présenter un découpage précis des flux professionnels, néanmoins l'interprétation cartographique permet de dégager les caractéristiques spatiales de la Haute Normandie. Elle est également révélatrice du rôle joué par les différents pôles urbains dans l'organisation régionale. Il en découle trois grands types d'organisation spatiale.

↳ Les espaces «à polarisation induite» :

Ces espaces s'organisent en fonction de l'existence de pôles urbains regroupant notamment plus de 5000 emplois. Rouen, Le Havre, Fécamp, Dieppe, Evreux et Vernon structurent des aires d'influence dont l'étendue varie en fonction du rang occupé dans la hiérarchie urbaine. Ces espaces recourent de vastes zones ou en moyenne, plus de 65.00% de la population active travaille en dehors de sa commune de résidence, mais dans le même département.

↳ Les espaces «à polarisation volatile» :

Leur delimitation témoigne de la grande variété des situations possibles. Ils qualifient des zones situées entre des espaces fortement polarisés, notamment entre Rouen, Le Havre-Fécamp et Dieppe ou entre Le Havre, Rouen et Bernay. En moyenne, la part de la population active travaillant en dehors de sa commune de résidence est estimée entre 50.00 et 65.00%. La position géographique de ces espaces leur confère un choix de destination plus large, notamment en dehors du département de résidence.

---

(10) A. Jouve, M. Fabrie Verfaillie, 1992 : La France des régions : Doc.99 : les villes et leurs aires d'influence, page 177 - Édition BRÉAL .

( ) A. Gamblin, 1994 : sous la direction d'A. Gamblin : La France dans ses régions - SEDES.

( ) P. Estienne, 1989 : La France et ses régions - volume 1

**POPULATION ACTIVE ET COMPORTEMENT  
EN HAUTE NORMANDIE**



Populaton active travaillant en  
dehors de sa commune de résidence :

- > à 80%
- de 65 à 80%
- de 50 à 65%
- < à 50%

- Aire d'influence
- Zone rurale
- Commune regroupant plus de 5000 emplois

- Population active de l'Eure travaillant en Seine Maritime
- Population active de l'Eure travaillant en dehors de la région

Source : INSEE-RGP 1990



↳ Les espaces «auto-polarisés» :

Ils qualifient des zones où la population est majoritairement employée au sein de sa commune de résidence. Une faible population, des secteurs tournés vers l'agriculture sont les conditions réunies pour rendre cette «auto-polarisation» possible. Cette situation réduit fortement les flux vers l'extérieur, très peu répandus dans ces zones situées principalement dans la partie Nord-Est et Sud-Ouest de la Haute Normandie.

## Conclusion :

Trois faits essentiels caractérisent la situation générale de la région de Haute Normandie. Leur intérêt est double, ils résument la nature des traits structurant du développement de la région et surtout, ils défrichent les conditions locales et tracent les pistes servant de support au développement actuel du système de soins.

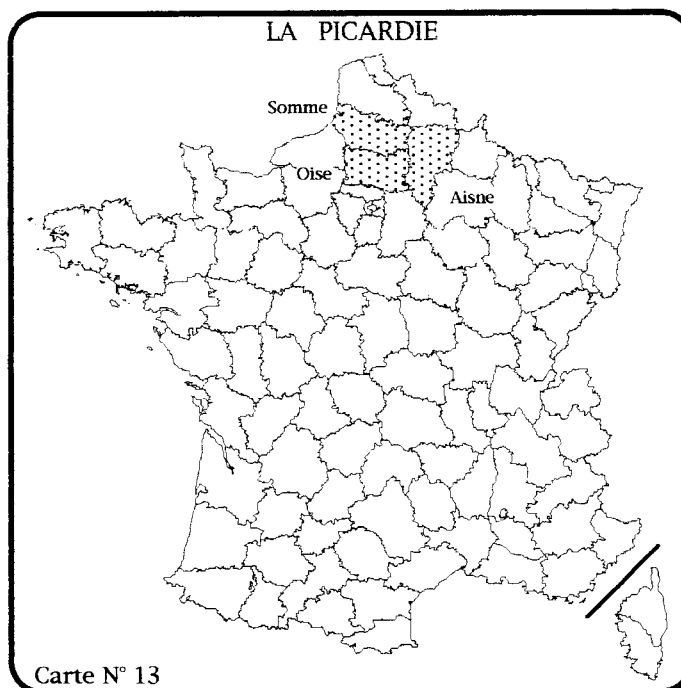
Le premier traduit l'originalité de l'armature urbaine régionale où dominant essentiellement des communes de petite taille. Elles regroupent plus de 30.00% de la population régionale, et bénéficient du nouvel engouement de la croissance urbaine pour ces structures. En effet, les conditions sont réunies pour favoriser la pérennité de cette situation, et son extension future. Des taux de variation de la population élevés (+1.40%), une population jeune sont les critères de prédilection. Toutefois, ces conditions, bien que largement répandues sur le territoire régional, s'organisent en fonction de sites privilégiés.

Le second fait marque l'existence d'un axe majeur : l'axe de la Basse Seine. Du Havre à l'Ouest, en passant par Rouen, jusque Vernon à l'Est, cet axe structure la morphologie générale de la région. Le peuplement, les comportements démographiques, l'activité économique... mettent en valeur la prédominance de cet axe, et s'organisent en fonction de son développement. Un tel niveau d'emprise sur le cadre régional constitue un élément incontournable dans l'analyse de l'offre de soins. De plus, les critères de définition de l'axe de la Basse Seine regroupent les conditions requises pour le développement de l'offre de soins, et prédisposent ainsi une reconduite de cette structure vitale. En dehors de l'axe de la Basse Seine, quelques pôles isolés se maintiennent, tels que Dieppe et Fécamp sur le littoral, et Evreux au Sud.

Le troisième fait caractéristique de la situation de la région de Haute Normandie, désigne la présence de deux zones rurales majeures. L'une se situe dans le Nord-Est du département de la Seine Maritime (Petit Pays de Caux, Pays de Bray), l'autre au Sud-Ouest du département de l'Eure (Pays d'Ouche, Plaine de Saint André). Ces territoires où dominant les activités agricoles régionales enregistrent les critères classiques liés à la ruralisation. Une prédominance de population âgée, une décroissance démographique, un faible peuplement, l'isolement et l'éloignement sont les principales conditions réunies dans ces territoires.

## II - LA PICARDIE : UNE RÉSERVE D'ESPACE ENTRE LE NORD ET LA RÉGION PARISIENNE :

Sa vocation de région agricole, vaut à la Picardie une mauvaise réputation, comme le pensent ses habitants, cependant, telle la Haute Normandie, l'unité régionale reste à construire. Tirillée entre deux entités régionales à forte personnalité, le Nord-Pas de Calais et l'Île de France, la Picardie cherche à s'affirmer en tant que région.



### A - PEUPLEMENT : DE NOUVELLES TENDANCES :

Sur l'ensemble des trois derniers recensements de l'INSEE, la population de la région de Picardie n'a cessé de croître.

Tableau N° 9 : Population en Picardie

<b><u>PICARDIE</u></b>	Population en 1975	Part en %	Population en 1982	Part en %	Population en 1990	Part en %
Aisne	533 862	31.80	533 970	30.68	537 259	29.70
Oise	606 320	36.12	661 781	38.03	725 603	40.10
Somme	538 462	32.08	544 570	31.29	547 825	30.20
<b>Total :</b>	1 678 644	100.00	1 740 321	100.00	1 810 687	100.00

Source: INSEE-RGP 1990

La population connaît une progression constante mais inégale au sein de la région. Durant le dernier siècle, le nord de la région mobilisait l'essentiel de la croissance. Actuellement, on assiste à un renversement de la situation qui profite principalement au sud. Sur l'ensemble des trois derniers recensements, le département de l'Oise n'a cessé d'accroître sa population pour regrouper en 1990, plus de 40.00% de la population régionale, au détriment des départements de l'Aisne et de la Somme dont les populations de cessent de diminuer.

**Tableau N° 10 : Évolution de la population Picarde :**

Périodes :	1968 - 1975			1975 - 1982			1982 - 1990		
<b>PICARDIE</b>	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)
Aisne	+0.21	+0.63	-0.42	0.00	+0.43	-0.43	+0.08	+0.43	-0.35
Oise	+1.65	+0.87	+0.78	+1.25	+0.67	+0.59	+1.16	+0.70	+0.46
Somme	+0.74	+0.69	+0.05	+0.16	+0.41	-0.25	+0.07	+0.38	-0.31
<b>Région :</b>	+0.89	+0.74	+0.15	+0.51	+0.51	0.00	+0.50	+0.52	-0.02
<b>Métropole :</b>	+0.81	+0.58	+0.23	+0.46	+0.40	+0.07	+0.51	+0.41	+0.10

Source : INSEE-RGP 1990

Depuis les années 70, les départements de l'Aisne et de la Somme sont engagés dans une phase de stagnation, voire de régression démographique apparue au début des années 80. Ce mouvement semble être enrayé au début des années 90, laissant apparaître les prémices d'une légère reprise démographique. Ces départements n'attirent plus, néanmoins la positivité des taux de variation de la population liée au mouvement naturel contribue à pallier les effets négatifs des soldes migratoires négatifs depuis les années 80.

Le département de l'Oise, malgré une réduction des taux de variation, profite de la situation, et combine les excédents naturels et les excédents migratoires. C'est le département d'accueil de la Picardie, où les perspectives représentées par la proximité parisienne engendrent un afflux continu de population, jeune notamment. «La Picardie du Sud» profite d'un renversement des tendances démographiques séculaires et contribue à accentuer les disparités spatiales entre le Nord et le Sud.

**Tableau N° 11 : Population urbaine et rurale en Picardie**

INSEE-1990	AISNE		OISE		SOMME		PICARDIE	
	Population	Part en %	Population	Part en %	Population	Part en %	Population	Part en %
Pop.Rurale	228 527	42.50	249 409	34.50	229 835	42.00	707 771	39.00
Pop.Urbaine	308 732	57.50	476 194	65.50	317 990	58.00	1 102 916	61.00
Totaux	537 259	100 %	725 603	100 %	547 825	100%	1 810 687	100 %

Source: INSEE-RGP 1990

Une croissance démographique disparate, associée à une forte emprise agricole contribuent au faible développement de l'urbanisation. En effet, la Picardie, dont le taux d'urbanisation atteint 61.00%, appartient comme la Haute Normandie aux régions faiblement urbanisées.

L'Aisne et la Somme, dont les taux d'urbanisation sont de 58.00%, sont à la fois représentatifs de la situation régionale mais également de la proximité de leur situation déjà révélée par les fluctuations démographiques. Seul le département de l'Oise dont le taux d'urbanisation atteint 65.50% accentue sa démarcation vis à vis de la région Picarde. Le renversement de situation se confirme, il engendre une nette opposition entre une Picardie du Sud, par le biais du département de l'Oise, regroupant plus de 43.00% de la population urbaine régionale, et une Picardie du Nord, certains parlent de la Picardie Picarde, l'Aisne et la Somme, regroupant 65.00% de la population rurale régionale. Un découpage régional s'opère entre un Nord, plus rural, en proie à des difficultés démographiques, et un Sud, devenu une nouvelle terre d'immigration et d'espérance. Comment dans ce contexte de contradiction, l'armature urbaine régionale est-elle agencée ? La logique d'opposition des territoires se renouvelle-t-elle à travers le réseau urbain ?

**B - UN RÉSEAU URBAIN «INFORME <sup>1 1</sup>» DOMINÉ PAR LES  
VILLES MOYENNES :**

**Tableau N° 12 : Population et Armature urbaine en Picardie :**

PICARDIE				
Communes rurales hors unités urbaines	Nombre de communes	Population	Part en % Communes	Part en % Population
< à 50 hab.	58	2 110	2.53	0.12
50-99	240	18 357	10.47	1.01
100-199	552	80 890	24.07	4.47
200-299	358	87 435	15.61	4.83
300-399	237	81 224	10.34	4.49
400-499	149	66 324	6.50	3.66
500-999	319	213 733	13.91	11.80
1 000-1 499	95	114 230	4.14	6.31
1 500-1 999	22	36 783	0.96	2.03
> à 2 000 hab.	3	6 685	0.13	0.37
<b>Totaux :</b>	<b>2 033</b>	<b>707 771</b>	<b>88.5%</b>	<b>39%</b>

Unités urbaines	Nombre de communes	Population	Part en % Communes	Part en % Population
2 000-4 999	99	199 124	4.32	11.00
5 000-9 999	39	107 295	1.70	5.93
10 000-19 999	33	154 159	1.44	8.51
20 000-49 999	40	193 225	1.74	10.67
50000-99 999	39	292 993	1.70	16.18
100 000-199 999	10	152 120	0.44	8.40
<b>Totaux :</b>	<b>260</b>	<b>1 102 916</b>	<b>11.5%</b>	<b>61%</b>

Ensemble des communes	Nombre de communes	Population	Part en % Communes	Part en % Population
<b>Totaux :</b>	<b>2 293</b>	<b>1 810 687</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Source: INSEE-RGP 1990

La proximité déjà évoquée entre la Picardie et la Haute Normandie, se renouvelle à travers la structuration de l'armature urbaine. En effet, l'armature urbaine est communément dominée par une surreprésentation de communes de petite taille, inférieure à 2000 habitants, représentatives de plus de 88.00% des communes picardes. Néanmoins, contrairement à la situation normande, le peuplement demeure plus important, ces communes regroupent près de 40.00% de la population régionale, dont 11.80% dans les communes dont la taille se situe entre 500 et 1000 habitants. Cette particularité du peuplement picard est ainsi révélatrice de l'importance de l'éparpillement de la population sur les territoires.

(11) J.Pelletier, Ch.Delfante, 1989 : Villes et urbanisme dans le monde - MASSON.

Dans son ensemble, l'armature urbaine demeure équilibrée, aucun échelon n'est surreprésenté, permettant de qualifier le réseau urbain d'«informe». Toutefois, l'absence d'une métropole puissante et reconnue au sein de la Picardie nuit fortement à la structuration du réseau urbain.

**Tableau N° 13 : Population et Armature urbaine dans les départements picards :**

	AISNE			OISE			SOMME		
Communes rurales hors unités urbaines	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population
< à 50 hab.	29	1 089	0.20	8	284	0.04	21	737	0.13
50-99	109	8 280	1.54	26	1 988	0.27	105	8 089	1.48
100-199	208	30 495	5.68	138	20 099	2.77	206	30 296	5.53
200-299	127	31 330	5.83	108	26 350	3.63	123	29 755	5.43
300-399	86	29 402	5.47	72	24 746	3.41	79	27 076	4.94
400-499	47	20 821	3.88	54	24 147	3.33	48	21 356	3.90
500-999	95	62 439	11.62	131	89 588	12.35	93	61 706	11.26
1 000-1 499	28	32 595	6.07	35	42 786	5.90	32	38 849	7.09
1 500-1 999	7	12 076	2.25	12	19 421	2.68	3	5 286	0.96
> à 2 000 hab.	0	0	0	0	0	0	3	6 685	1.22
<b>Totaux :</b>	<b>736</b>	<b>228 527</b>	<b>42.54</b>	<b>584</b>	<b>249 409</b>	<b>34.37</b>	<b>713</b>	<b>229 835</b>	<b>41.95</b>

Unités urbaines	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population
2 000-4 999	32	58 341	10.86	38	83 902	11.56	29	56 881	10.38
5 000-9 999	7	27 080	5.04	11	25 692	3.54	21	54 526	9.95
10 000-19 999	8	30 704	5.71	21	103 106	14.21	4	20 349	3.71
20 000-49 999	27	121 494	22.61	7	41 614	5.74	6	30 117	5.50
50000-99 999	7	71 113	13.24	32	221 880	30.58	0	0	0
100 000-199 999	0	0	0	0	0	0	10	156 120	28.50
<b>Totaux :</b>	<b>81</b>	<b>308 732</b>	<b>57.46</b>	<b>109</b>	<b>476 194</b>	<b>65.63</b>	<b>70</b>	<b>317 990</b>	<b>58.05</b>

Ensemble des communes	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population
<b>Totaux :</b>	<b>817</b>	<b>537 259</b>	<b>100%</b>	<b>693</b>	<b>725 603</b>	<b>100%</b>	<b>783</b>	<b>547 825</b>	<b>100%</b>

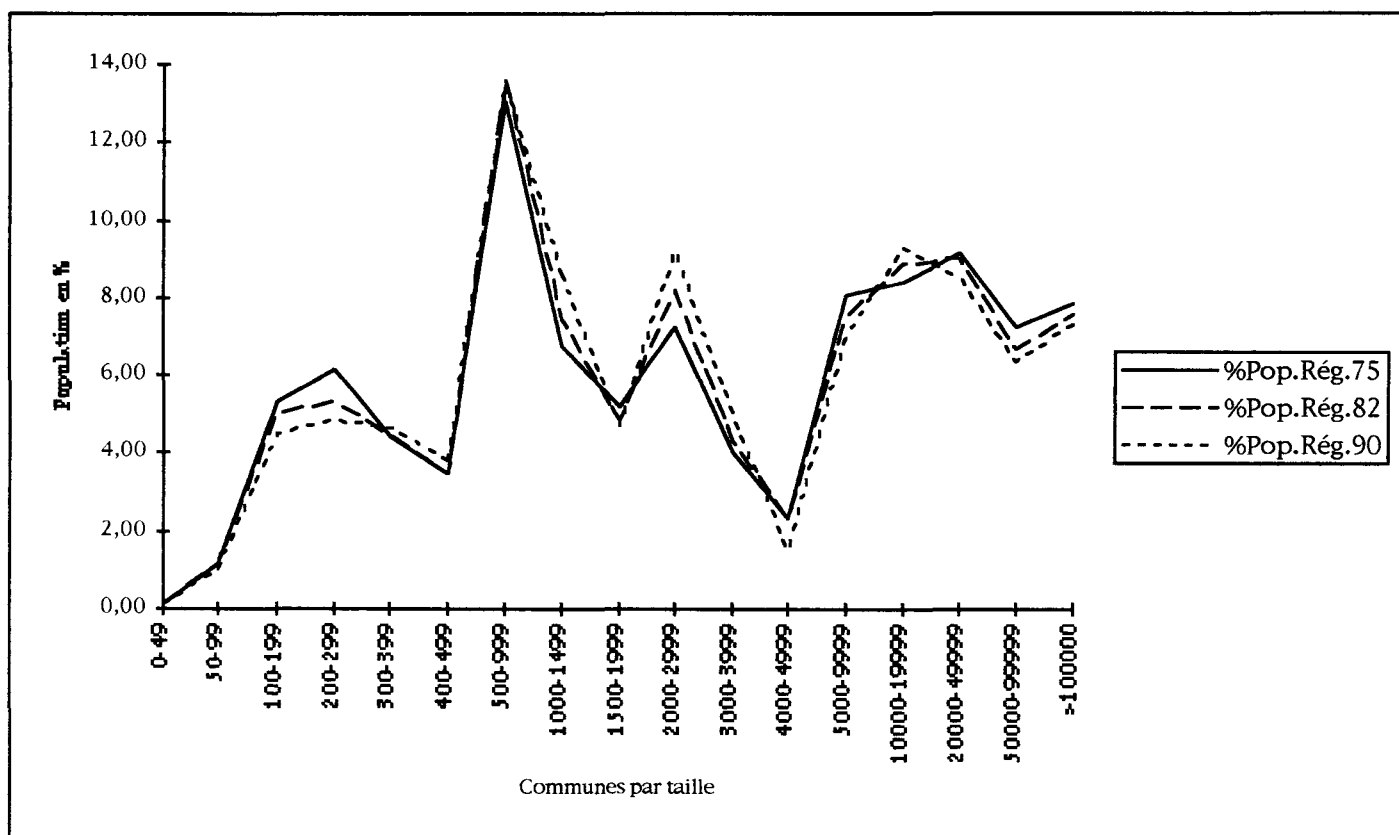
Source : INSEE-RGP 1990

Conformément à la situation régionale, l'armature urbaine des différents départements est dominée par les communes de petite taille, inférieure à 1999 habitants. Elles représentent 84.00% des communes dans le département de l'Oise, et plus de 90.00% dans les autres départements.

Le réseau urbain en présence dans l'Aisne et l'Oise est représentatif du poids occupé par les villes moyennes dans la région. En effet, les unités urbaines dont la taille est comprise entre 10000 et 50000 habitants centralisent les parts de population parmi les plus fortes. De plus, ces départements ne disposent pas d'unités urbaines dont la taille est supérieure à 100000 habitants néanmoins deux pôles urbains majeurs sont à noter : Saint Quentin dans l'Aisne et Beauvais dans l'Oise, dont la taille se situe entre 50000 et 100000 habitants. Le département de la

Somme offre une structure différente, marquée notamment par une forte proportion d'unités urbaines de petite taille, entre 2000 et 10000 habitants, elles regroupent près de 20.00% de la population du département. Contrairement aux départements limitrophes, une sous représentation des villes moyennes est observée, induite à la fois par le poids des unités urbaines de petite taille, mais également celui de la capitale régionale Amiens, concentrant plus de 24.00% de la population du département, synonyme d'une polarisation plus forte du réseau urbain.

**Graphique N° 3 : Évolution de l'armature urbaine en Picardie :**



Source : INSEE-RGP 1990

Depuis 1975, les fondements de l'armature urbaine n'ont que très peu évolué. On assiste à un dépeuplement des communes de très petite taille, de moins de 400 habitants, et une progression modérée des communes dont la taille est comprise entre 400 et 2000 habitants. L'essor le plus important concerne les communes dont la taille se situe entre 2000 et 4000 habitants, ce qui confirme le développement des petites villes. La situation des villes moyennes, dont la taille est comprise entre 10000 et 50000 habitants stagne, tandis que la capitale régionale, Amiens, subit une dépopulation progressive et continue depuis les années 70.



Le réseau urbain de la Picardie qualifié «d'informe», révèle l'absence d'une véritable hiérarchie. Le faible poids de la capitale régionale, Amiens, la prédominance des petites et moyennes villes, le foisonnement de petites communes, sont tant de qualificatifs d'un réseau urbain picard particulier, prédisposant une adaptation du système de soins à ces conditions.

### C - LA DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA POPULATION EN PICARDIE :

Les traits spécifiques de l'armature urbaine picarde prédisposent l'existence d'une trame de peuplement caractéristique (Carte N° 14). L'analyse dévoile un découpage régional en cinq secteurs distincts :

#### ↳ Le littoral :

Les communes de petite taille prévalent sur un cordon littoral restreint, où se distinguent quelques «stations balnéaires» telles que Saint-Valéry-sur-Somme, Cayeux-sur-Mer, Ault. Elles s'apparentent aux communes littorales les plus peuplées, mais elles ne dépassent pas le seuil des 3000 habitants permanents, et demeurent sous l'influence du centre urbain le plus proche : Abbeville.

#### ↳ Les pôles urbains isolés :

Ils sont associés à un rayonnement restreint, mais ils jouent pleinement de leur rôle administratif attribué par l'État, mais l'isolement et l'éloignement ne leur confèrent qu'une assise régionale modeste. On peut citer : Amiens, Beauvais, Saint-Quentin, Laon, Soissons, Château-Thierry...

#### ↳ L'axe de l'Oise :

Cet axe structure la région Picarde, et assure une continuité dans le peuplement, de Compiègne au Sud à Tergnier au Nord. En prolongeant cet axe vers Beauvais, on obtient la limite entre la Haute Picardie au Nord, et la Picardie du Sud.

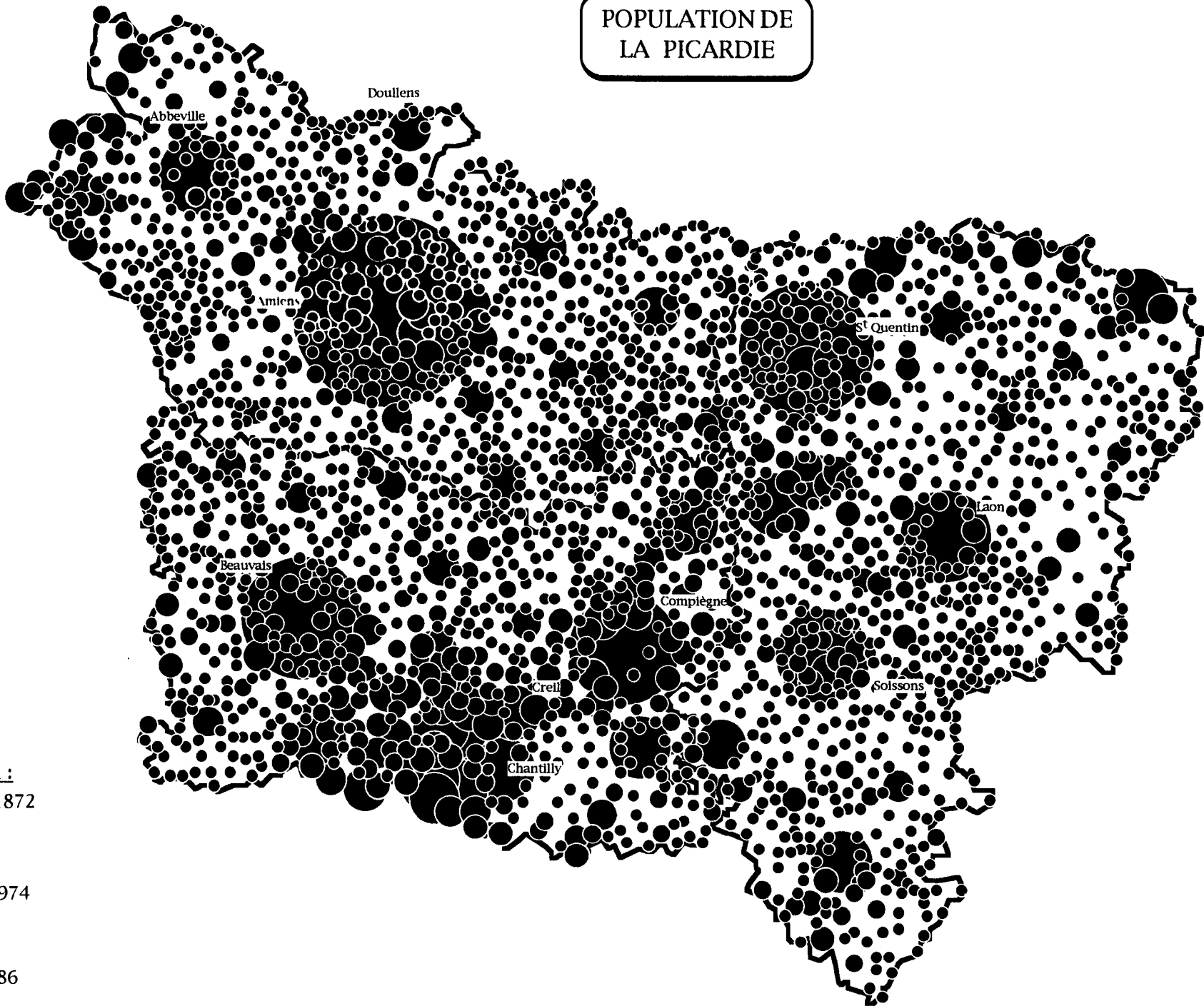
#### ↳ Le sud Picard : La Picardie circumparisienne<sup>12</sup> :

Il qualifie un agglomérat de communes touchées de plein fouet par le débordement francilien. Région la plus proche de l'Île de France, elle bénéficie des retombées notamment démographiques.

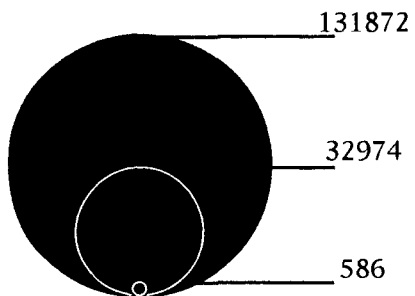
---

(12) E. Flament, 1994 : La France dans ses régions (Tome 1) : La Picardie - Ouvrage piloté par A. Gamblin - SEDES.

# POPULATION DE LA PICARDIE



Répartition de la population :



Source : INSEE-RGP 1990

0 9 18 kms

Christophe EVRARD, 1996

Carte N° 14

Le Sud Picard est devenu l'espace urbain le mieux encadré, présentant une trame urbaine régulière composée de communes très peuplées, tranchant nettement avec l'ensemble régional.

#### ↳ Les régions rurales :

Le terme reste vague si l'on veut y inclure l'espace régional restant, situé entre les espaces urbains cités. Il n'est pas aisé de le définir avec exactitude, mais la confrontation avec d'autres critères, notamment la densité de population permettra de clarifier le situation de ces régions rurales.

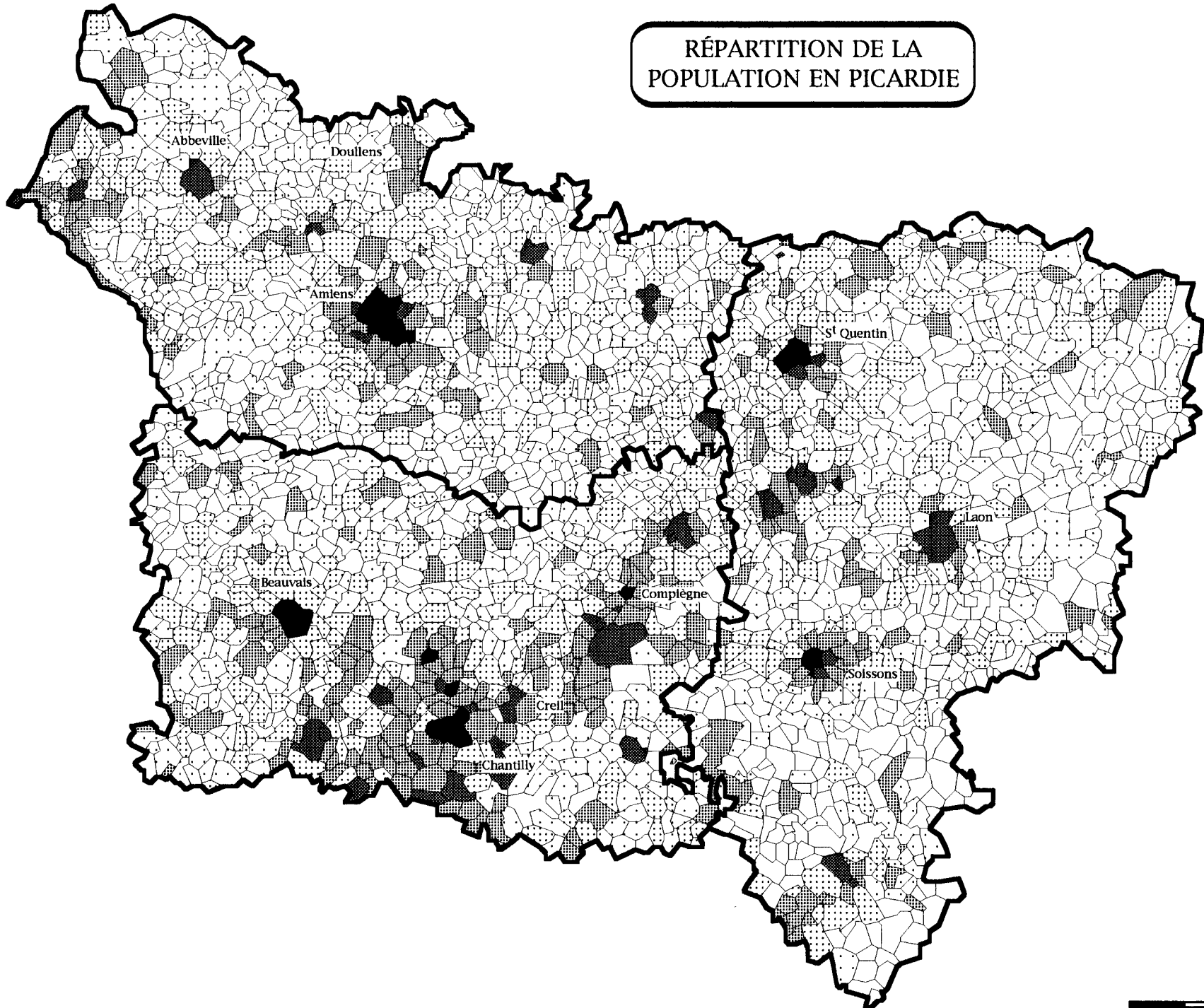
Contrairement à la Haute Normandie, la région de Picardie dont la densité moyenne est de 93 habitants par km<sup>2</sup> (Carte N° 15) appartient aux régions à faible densité. Néanmoins, l'opposition demeure entre la densité urbaine (359 habitants par km<sup>2</sup>) et la densité rurale (43 habitants par km<sup>2</sup>). Cette situation confirme l'existence de disparités spatiales fortes.

Au total, c'est près de 30.00% des communes picardes dont les densités sont inférieures à 25 habitants par km<sup>2</sup>, et plus de 60.00% comptent moins de 50 habitants par km<sup>2</sup>. Ces communes se rapportent en grande partie aux régions rurales, espaces de transition entre les différentes zones urbaines citées plus haut. Ces zones de faibles densités se rencontrent sur l'ensemble du territoire de la région. Toutefois, une bande plus marquée à l'Est se dessine, le long de la limite entre le département de l'Aisne et la région Champagne Ardenne, les densités de population y sont fréquemment inférieures à 25 habitants par km<sup>2</sup>.







Ces quelques chiffres confirment l'existence d'une armature urbaine caractéristique, composée en grande majorité de communes de petite taille, disposant de faibles densités de population. Les contraintes liées aux dispositions du peuplement préfigurent l'existence de fortes disparités en matière d'accessibilité aux soins. Comment peut-on assurer une équidistribution de l'offre de soins dans un territoire où la population est fortement dispersée ?

En dehors de ces zones de faible densité, on retrouve le modèle classique des centres urbains à fortes densités (densité supérieure à 500 habitants par km<sup>2</sup>), autour desquels gravitent des communes de densités plus faibles comprises entre 100 et 500 habitants par km<sup>2</sup>. Amiens, Saint-Quentin, Beauvais, Soissons... en sont quelques illustrations.

# RÉPARTITION DE LA POPULATION EN PICARDIE



**Densité de population :**

-  > à 1000
-  de 500 à 1000
-  de 100 à 500
-  de 50 à 100
-  de 25 à 50
-  < à 25 hab/km<sup>2</sup>

Moyenne régionale : 93  
Moyenne nationale : 104

Source : INSEE-RGP 1990

Une dichotomie s'affirme de plus en plus en Picardie, opposant de part et d'autre de l'axe Beauvais-Tergnier-Laon, la Picardie «picarde » au Nord, et le Sud picard au Sud. Des zones de faible densité dominent dans la partie Nord, au sein desquels s'individualisent les pôles urbains d'Amiens, Saint-Quentin et Abbeville. La partie Sud bénéficie pleinement de sa position stratégique vis à vis de l'Île de France, et profite du débordement francilien à l'origine de l'édification d'une nébuleuse urbaine, à fortes densités de population (supérieures à 100 habitants par km<sup>2</sup>). La distribution spatiale de la population Picarde révèle la naissance d'un renversement géographique, dominé désormais par le Sud Picard, au détriment de la Picardie du Nord. Il est intéressant de poursuivre cette analyse en incluant un critère différent : l'âge de la population.

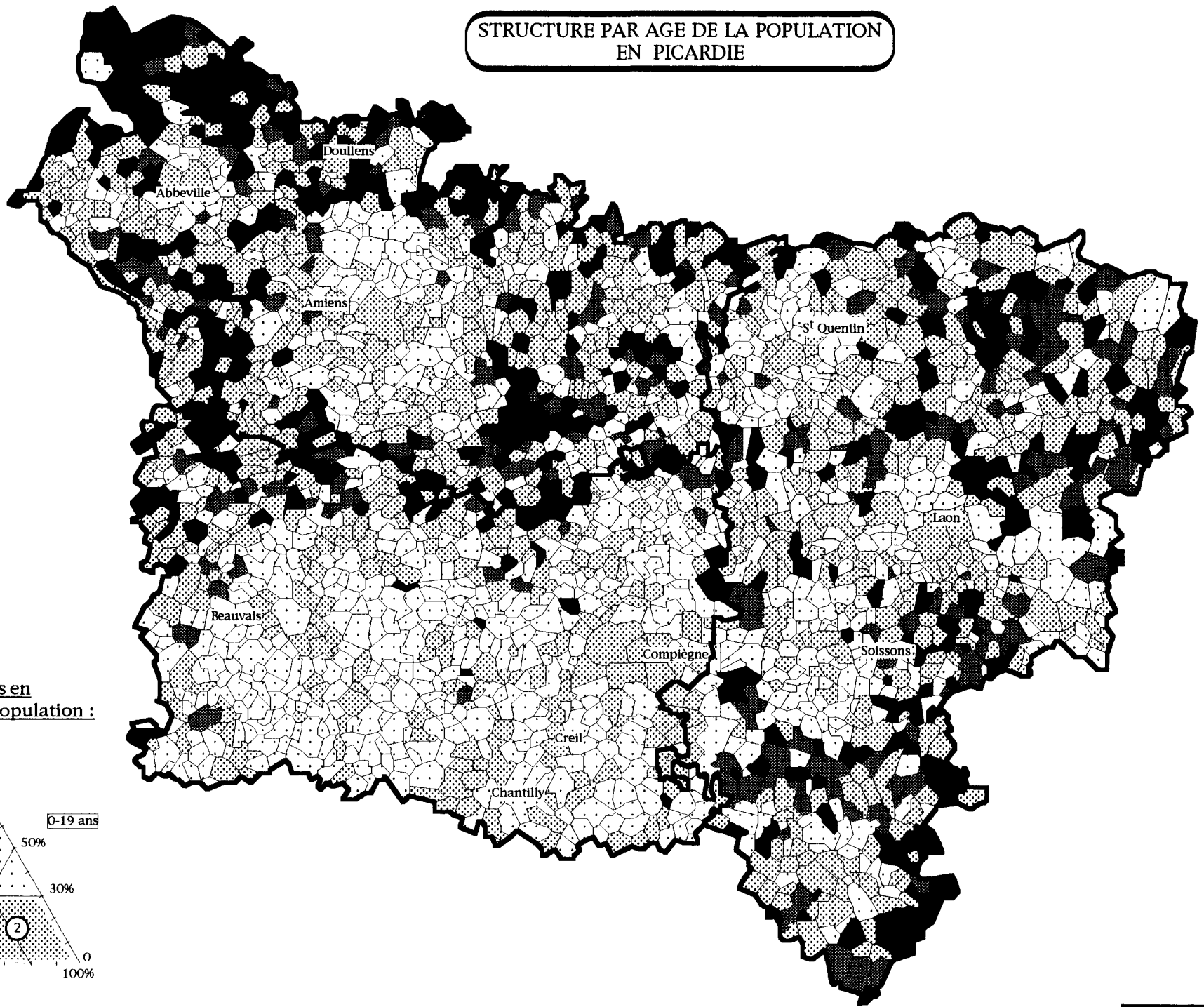
#### D - UNE POPULATION TOUJOURS JEUNE :

La Picardie, bien que considérée comme région rurale, s'intègre au sein du «Croissant fertile». Elle est, après la région Nord-Pas de Calais, l'une des régions françaises où la part des jeunes âgés de 0 à 19 ans représente 29.00% de la population totale. Toutefois, de fortes disparités spatiales frappent la répartition des trois principales tranches d'âge (Carte N° 16).

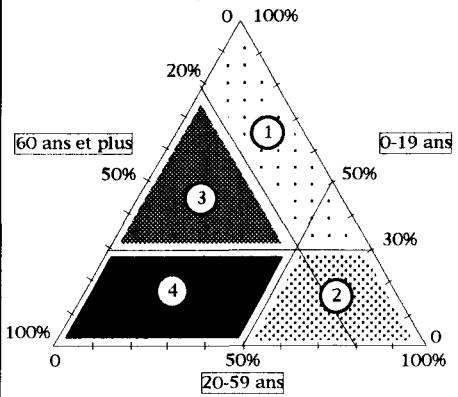
Le constat le plus frappant concerne l'étendue des zones marquées par une forte représentation des personnes âgées de plus de 60 ans. Elles se situent principalement dans le département de la Somme, épargnant néanmoins une large auréole articulée autour de la capitale régionale Amiens. Ce mouvement s'étale ensuite modérément sur les marges Nord du département de l'Oise, mais en restant très confiné à la limite départementale. Cette délimitation du vieillissement de la population confirme notamment les caractéristiques démographiques de la Picardie du Nord, et recouvre essentiellement de vastes zones rurales. Les marges orientales du département de l'Aisne sont également concernées par une surreprésentation des personnes âgées.

La situation du département de l'Oise contraste fortement au sein de l'espace régional. Les répercussions du renversement démographique se ressentent au sein de la structuration de la population. Seules quelques zones sont marquées par un vieillissement prononcé de la population, elles se situent notamment le long d'une frange située à la limite départementale avec la Somme et de quelques communes clairsemées. En dehors, de ces espaces d'exception, le département de l'Oise dispose en quasi totalité d'une structure démographique basée sur une cohabitation entre les populations jeunes et adultes.

# STRUCTURE PAR AGE DE LA POPULATION EN PICARDIE



Typologie des communes en fonction de l'âge de la population :



Source : INSEE-RGP 1990

Carte N° 16

Les conséquences de la proximité Parisienne attribuent au département de l'Oise un nouvel élan démographique. Cependant, il sera intéressant de vérifier si ce nouvel essor s'est accompagné d'un rééchelonnement de l'offre de soins. Y-a-t 'il eu un développement parallèle entre la demande et l'offre de soins ?

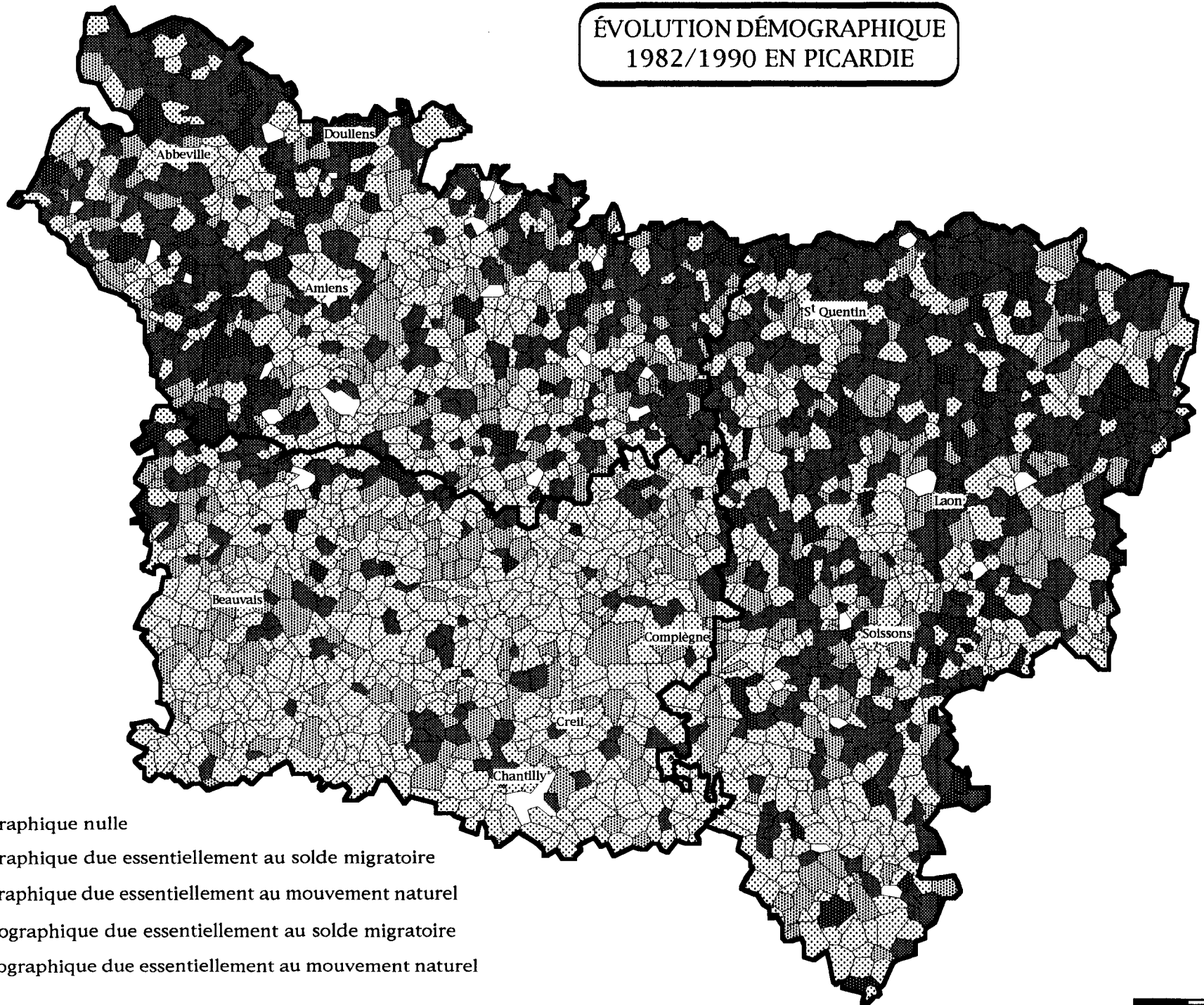
La composition de la population est un des facteurs primordial dans le développement d'un système de soins. Les besoins ne sont pas les mêmes en fonction de la structure démographique des populations. Il est cependant nécessaire d'approfondir l'analyse des populations communales afin d'introduire une notion de dynamique démographique qui peut être soit endogène soit exogène. En fonction de ce type d'évolution, les besoins des populations en matière de soins ne seront pas les mêmes.

#### E - L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE EN PICARDIE:

Contrairement à la Haute Normandie, la croissance démographique de la Picardie stagne, le taux de variation de la population atteint +0.50% pour la période 1982-1990. En dehors du solde migratoire déficitaire (-0.02% pour la période 1982-1990), la région de Picardie affiche une situation proche de celle observée à l'échelon national. Bien qu'aucun mouvement significatif de repeuplement des campagnes ne transparait, c'est au sein de ces espaces que les fluctuations de la population sont les plus visibles, présageant de nouvelles disparités spatiales.

La dynamique démographique des populations est un critère sélectif, révélant la nature des communes. L'évolution démographique de la Picardie (Carte N° 17) confirme la dichotomie présente au sein du territoire entre la Picardie du Nord et la Picardie du Sud. L'irrégularité des comportements traduit des situations démographiques complexes dans la Picardie du Nord. Seule une périphérie élargie, polarisée par la capitale régionale Amiens se dessine, marquée par une mosaïque associant des espaces de croissance et décroissance démographique sans aucune régularité. La Picardie du Sud, large bande couvrant la totalité du département de l'Oise et l'extrémité Sud du département de l'Aisne, s'individualise fortement du contexte régional. Les flux migratoires, largement diffusés sur cet ensemble, expliquent l'essentiel de la croissance démographique. Néanmoins, les communes dont la croissance démographique est due au solde naturel restent nombreuses. Les zones de décroissance démographique présentes dans cette partie du territoire sont moins répandues dans l'Oise que dans l'Aisne. Elles sont assimilées d'une part aux communes urbaines telles que Creil, Senlis,

# ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE 1982/1990 EN PICARDIE



- Croissance démographique nulle
- Croissance démographique due essentiellement au solde migratoire
- Croissance démographique due essentiellement au mouvement naturel
- Décroissance démographique due essentiellement au solde migratoire
- Décroissance démographique due essentiellement au mouvement naturel

Source : INSEE-RGP 1990

0 9 18 kms  
Christophe EVRARD, 1996

Carte N° 17



Montataire... et d'autre part aux petites communes rurales telles que Boulogne-la-Grasse, Croutoy...

Mais, la situation demeure plus difficile pour les espaces situés en marge de ces zones à «démographie dynamique». Les marges occidentales et orientales du département de la Somme et les deux tiers du département de l'Aisne sont enclin à des mouvements migratoires, principale explication de la décroissance démographique. Les difficultés économiques locales, un secteur agricole dominant, les perspectives soulevées par la proximité parisienne, l'attraction exercée par les agglomérations... sont autant de critères classiques évoqués pour justifier l'exode de population dont sont victimes ces zones marginales.

La situation démographique de la Picardie connaît depuis quelques années un profond bouleversement, remettant en cause les fondements mêmes de la région. Ce revirement démographique préfigure des répercussions sur l'agencement du système de soins picard. Comment, dans ce contexte l'offre de soins a-t-elle évolué ? L'opposition naissante et grandissante entre la Picardie du Nord et la Picardie du Sud a-t-elle engendré une redistribution de l'offre de soins ? L'attraction exercée par la Picardie du Sud s'est-elle reportée sur les praticiens ? Toutefois, en dehors du contexte démographique, la population active de la Picardie témoigne d'une situation très contrastée, tiraillée entre les pôles urbains locaux et les débordements voisins.

#### F - UN ASPECT THÉORIQUE DU COMPORTEMENT DE LA POPULATION ACTIVE PICARDE :





Le travail de synthèse évoqué pour la Haute Normandie a été reconduit pour la Picardie (Carte N° 18). Quatre grand types d'organisation spatiale du territoire découlent de l'interprétation des finalités offertes à la population active.








##### ↳ Les espaces «à polarisation induite» :

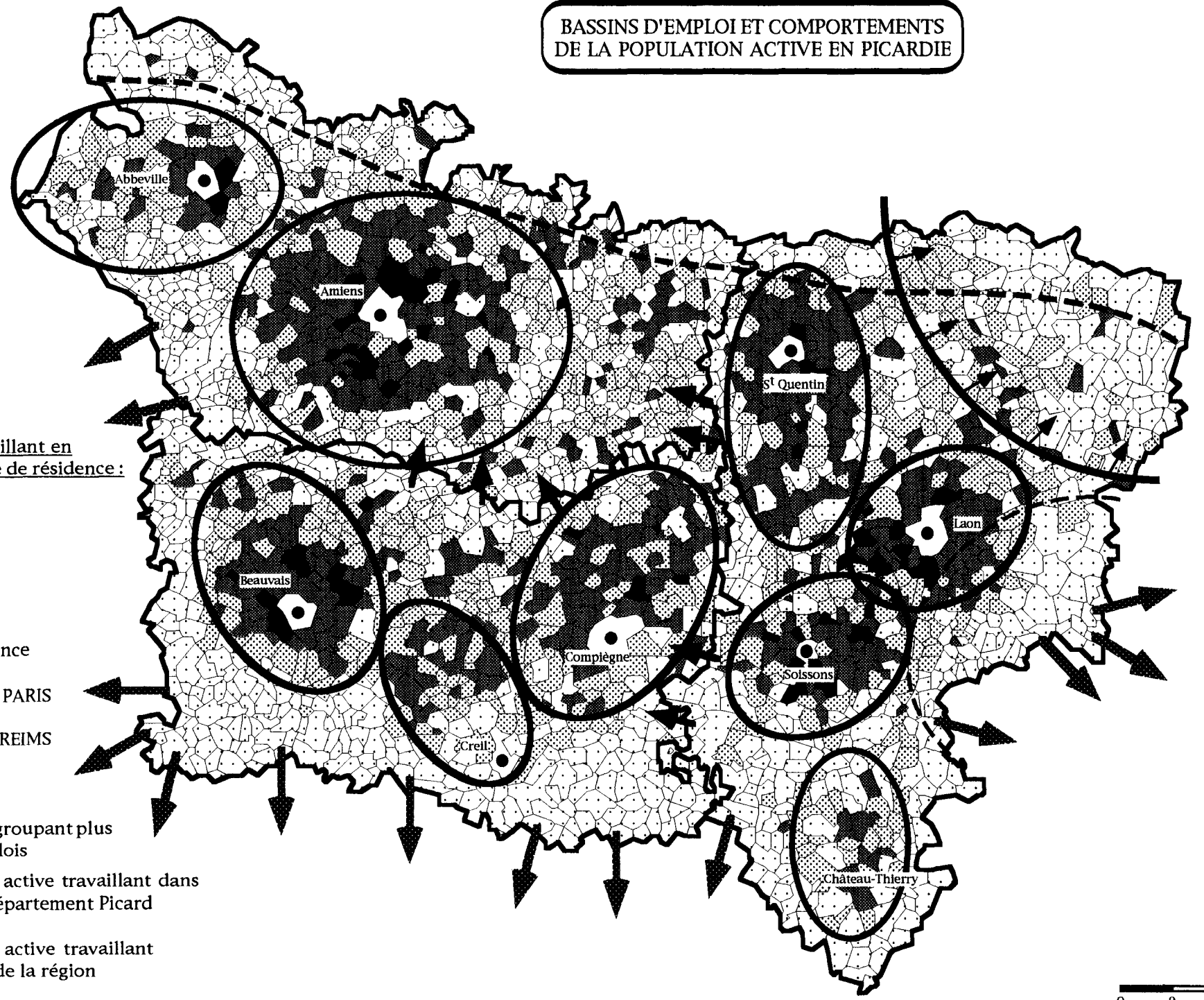
Ces espaces s'articulent en fonction de l'existence d'un pôle urbain offrant plus de 5000 emplois. Ainsi, Amiens, Abbeville, Saint-Quentin, Laon, Soissons, Beauvais, Creil et Compiègne s'inscrivent au sein d'aires d'influence théorique, dans lesquelles se concentrent des ensembles distincts de communes où en moyenne plus de 66.00% de la population active travaille en dehors de sa commune de résidence mais dans le même département. Par ailleurs, bien que n'atteignant pas le seuil d'emplois requis, Péronne dans la Somme et Château-Thierry dans l'Aisne laissent entrevoir des aires d'influence limitées.

**BASSINS D'EMPLOI ET COMPORTEMENTS DE LA POPULATION ACTIVE EN PICARDIE**

Populaton active travaillant en dehors de sa commune de résidence :

-  > à 80%
-  de 65 à 80%
-  de 50 à 65%
-  < à 50%

-  Aire d'influence
-  Influence de PARIS
-  Influence de REIMS
-  Zone rurale
-  Commune regroupant plus de 5000 emplois
-  Population active travaillant dans un autre département Picard
-  Population active travaillant en dehors de la région



Source : INSEE-RGP 1990

↳ Les espaces «à polarisation volatile» :

La délimitation de ces espaces demeure excessivement suggestive, et illustre le degré de volatilité de la population active. Ils qualifient des espaces dont la position augmente le choix des destinations possibles. Ces communes, où en moyenne plus de 50.00% de la population active travaille en dehors de sa commune de résidence se situent par exemple au sein de la zone délimitée par les aires d'influence d' Amiens, Beauvais, Creil, Compiègne, Saint-Quentin et Péronne. D'autres communes se localisent entre les aires d'influence de Compiègne, Soissons, Laon et Saint-Quentin...

↳ Les espaces «auto-polarisés» :

La population active employée à plus de 50.00% dans la commune de résidence constitue le qualificatif de ces espaces. Ces communes sont le plus densément présentes le long de la limite départementale entre la Somme et le Pas de Calais, et entre la Somme et l'Oise. De plus, elles occupent massivement la partie Nord-Est du département de l'Aisne, notamment au sein de la Thiérache.

↳ Les espaces «à polarisation extra-régionale» :

La position géographique de la Picardie, les oppositions internes prédisposent l'importance des influences extérieures. La juxtaposition du département de l'Oise et de la région Ile de France illustre l'intensité des flux. Une large bande, composée de communes où en moyenne plus de 50.00% de la population active travaille en dehors de la commune et du département de résidence se dessine le long de la limite départementale. L'influence francilienne est une réalité, ne cessant de conforter les contradictions régionales. Une seconde zone, de moindre envergure, située à l'Est de l'aire d'influence de Laon, dans le département de l'Aisne, est sous l'influence directe de la capitale régionale voisine, Reims.

### Conclusion :

La situation générale de la région de Picardie est marquée par de profonds contrastes. En dehors d'une armature urbaine où les communes de petite taille sont fortement représentées, et par la jeunesse de la population, la Picardie fait face à de fortes oppositions intrarégionales. Dans ce contexte, l'axe Beauvais, Tergnier, sert de frontière entre la Picardie du Nord et la Picardie du Sud.

La Picardie «picarde» située au Nord de l'axe Beauvais-Laon se différencie par la faible présence du fait urbain. Seules quelques grandes agglomérations subsistent, telles que Amiens, Abbeville ou Saint-Quentin. Un faible peuplement, des marges rurales vieillissantes, une décroissance démographique sont les critères les plus fréquemment rencontrés dans cette partie de la région picarde.

La situation de la Picardie du Sud ou de la Picardie «circumparisienne» contraste fortement au sein de l'espace régional. La proximité de la région Ile de France offre des perspectives différentes. Le développement le plus conséquent se situe au niveau de l'Oise où les communes de Creil, Compiègne, Chantilly sont quelques exemples de communes engendrant une forte croissance urbaine. Cette situation de proximité se répercute également au sein des structures démographiques dominées par des populations jeunes et une croissance démographique généralisée.

L'opposition entre la Picardie du Nord et la Picardie du Sud causent de profonds déséquilibres au sein de la région. Les perspectives de développement suscitées par le département de l'Oise et la proximité parisienne engendrent un développement différentiel et une redistribution de la population au profit du sud. Cette situation provoque inmanquablement des répercussions sur le système de l'offre de soins. Elle préfigure une position majeure de cet ensemble territorial dans le système de soins global de la Picardie.

III - LA CHAMPAGNE ARDENNE : RÉGION  
D'INDIVIDUALITÉS ENTRE LA RÉGION  
PARISIENNE ET LA FRANCE DE L'EST :

Tout comme la Picardie, la Champagne Ardenne est une région qui ne doit son existence qu'à la magie du découpage administratif. Réunion de 4 départements, sans points communs, dont la coexistence laisse place à des rivalités internes. Une région de transition, sans véritable centre, et qui cherche sa destinée entre la région Parisienne et la France de l'Est.



A - DE FORTES DISPARITÉS DÉMOGRAPHIQUES  
INFRARÉGIONALES:

Les résultats du dernier recensement de l'INSEE, portant sur le décompte de la population régionale, témoignent de l'existence de profonds déséquilibres.

**Tableau N° 14 : Population en Champagne Ardenne**

<b>CHAMPAGNE ARDENNE</b>	Population en 1975	Part en % Pop.	Population en 1982	Part en % Pop.	Population en 1990	Part en % Pop.
Ardennes	309 306	23.00	302 338	22.50	296 357	22.00
Aube	284 823	21.00	289 300	21.50	289 207	21.50
Marne	530 399	40.00	543 627	40.50	558 217	41.50
Haute Marne	212 304	16.00	210 370	15.50	204 067	15.00
<b>Total :</b>	<b>1 336 832</b>	<b>100.00</b>	<b>1 345 935</b>	<b>100.00</b>	<b>1 347 848</b>	<b>100.00</b>

Source: INSEE-RGP 1990

En effet, le poids relatif des départements de la Haute Marne et des Ardennes s'amenuisent progressivement depuis les années 70, au détriment des autres départements. L'Aube d'une part, dont la population s'est rapidement stabilisée dans les années 80, et la Marne d'autre part, département qui n'a cessé d'augmenter son poids régional, pour représenter en 1990, plus de 41.00% de la population champardennaise. Le poids considérable supporté par un seul département, préfigure l'existence d'un contexte régional particulier, basé sur les gestions de profonds déséquilibres infra-régionaux.

**Tableau N° 15 : Évolution de la population Champardennaise :**

Périodes :	1968 - 1975			1975 - 1982			1982 - 1990		
	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)
<b>CHAMPAGNE ARDENNE</b>									
Ardennes	-0.01	+0.74	-0.75	-0.32	+0.47	-0.79	-0.25	+0.47	-0.72
Aube	+0.75	+0.55	+0.20	+0.22	+0.31	-0.09	0.00	+0.29	-0.29
Marne	+1.28	+0.93	+0.35	+0.35	+0.68	-0.33	+0.33	+0.62	-0.29
Haute Marne	-0.14	+0.72	-0.86	-0.11	+0.45	-0.56	-0.40	+0.39	-0.79
<b>Région :</b>	+0.63	+0.77	-0.14	+0.10	+0.51	-0.42	+0.02	+0.48	-0.46
<b>Métropole :</b>	+0.81	+0.58	+0.23	+0.46	+0.40	+0.07	+0.51	+0.41	+0.10

Source: INSEE-RGP 1990

Les départements des Ardennes et de la Haute Marne connaissent une décroissance démographique, principalement due aux départs de la population. Cependant, la situation est atténuée par une natalité toujours active. En réalité, le mouvement naturel ne permet pas de pallier les départs de la population, mais ils en atténuent les effets négatifs. Le département de l'Aube offre les mêmes caractéristiques, cependant les départs sont moins nombreux, le solde migratoire n'est négatif que depuis la période 1975-1982, mais un comportement nataliste plus

important compense nettement les départs. Mais ces tendances démographiques s'atténuent, sur la période 1982-1990, les deux taux s'annulent laissant présumer un changement de comportements.

La Marne bénéficie d'une situation démographique favorable. Une croissance continue de la population, par apports extérieurs, mais surtout par un renouvellement intérieur. Mais, tel le département de l'Aube, la Marne connaît un recul sensible du solde migratoire, il demeure négatif depuis la période 1975-1982. Seuls les excédents naturels permettent de compenser les pertes.

La Champagne Ardenne, qui appartient au «Croissant fertile» septentrional, conserve un comportement nataliste caractéristique. Seuls les départements de l'Aube et de la Marne présentent une croissance démographique principalement due aux mouvements naturels. Mais dans l'ensemble, ces départements évoluent vers la tendance nationale, ce qui peut laisser présumer d'un changement démographique dans la période à venir. Les disparités infrarégionales donnent une configuration particulière à la région, ce qui est confirmée par la répartition de la population urbaine et rurale.

**Tableau N° 16 : Population urbaine et rurale en Champagne Ardenne :**

INSEE-1990	ARDENNES		AUBE		MARNE		HAUTE MARNE		CHAMPAGNE ARDENNE	
	Population	Part en %	Population	Part en %	Population	Part en %	Population	Part en %	Population	Part en %
Pop.Rurale	112 597	38.0	117 640	40.0	174 447	31.0	104 422	51.0	509 106	38.0
Pop.Urbaine	183 660	62.0	171 567	60.0	383 770	69.0	99 645	49.0	838 742	62.0
Totaux	296 357	100.0	289 207	100.0	558 217	100.0	204 067	100.0	1 347 848	100.0

Source: INSEE-RGP 1990

En effet, la Champagne Ardenne, comme la Haute Normandie, la Picardie, appartient aux régions faiblement urbanisées. La faiblesse du peuplement, un territoire étendu, une vocation agricole prononcée... sont les principales explications d'un taux d'urbanisation égal à 62.00% (France : 74.00%). Les départements des Ardennes et de l'Aube, dont les taux d'urbanisation avoisinent 60.00% illustrent cette réalité régionale. Toutefois, deux départements, la Marne et la Haute Marne présentent des caractéristiques, les démarquant nettement du contexte régional. Le département de la Haute Marne, contrairement aux autres départements, se singularise par le poids de la population rurale, elle représente plus de 50.00% de la population départementale. Ce taux, un des plus élevés parmi les départements de cette étude, est notamment révélateur de l'importance de l'activité agricole et viticole dans la région champardennaise.

Contrairement aux départements précédents, la Marne s'individualise par le poids de la population urbaine dont le taux atteint 69.00%. Au total, le département de la Marne, le plus urbanisé et le plus peuplé, préfigure les orientations suivies par les déséquilibres régionaux.

La situation de la Champagne Ardenne est contrastée, elle repose notamment sur une opposition axée sur le département de la Marne. Le contraste est argumenté par une faible population rurale, un taux de variation de la population positif et un poids régional en progression constante, contrairement aux trois autres départements où dominent les tendances opposées. Comment l'armature urbaine, qui prédispose les conditions futures de développement de l'offre de soins, s'est-elle comportée ? Sur quel mode de structuration urbaine repose t' elle ?

#### B - UNE ARMATURE URBAINE INSUFFISAMMENT DÉVELOPPÉE:

**Tableau N° 17 : Population et Hiérarchie urbaine :**

INSEE - 1990	CHAMPAGNE-ARDENNE			
	Nombre de communes	Part en % Communes	Population	Part en % Population
Communes rurales hors unités urbaines				
< à 50 hab.	101	5,22	3 649	0,27
50-99	340	17,56	25 327	1,88
100-199	569	29,39	81 686	6,06
200-299	285	14,72	69 038	5,12
300-399	160	8,26	55 203	4,10
400-499	91	4,70	40 777	3,03
500-999	190	9,81	132 529	9,83
1 000-1 499	48	2,48	58 710	4,36
1 500-1 999	18	0,93	29 530	2,19
> 2 000	6	0,31	12 657	0,94
<b>Totaux :</b>	<b>1 808</b>	<b>93.0%</b>	<b>509 106</b>	<b>38.0%</b>

Unités urbaines	Nombre de communes	Part en % Communes	Population	Part en % Population
2 000-4 999	45	2,32	107 702	7,99
5 000-9 999	17	0,88	75 463	5,60
10 000-19 999	16	0,83	69 466	5,15
20 000-49 999	18	0,93	128 246	9,51
50 000-99 999	12	0,62	128 665	9,55
100 000-199 999	14	0,72	122 763	9,11
> 200 000	6	0,31	206 437	15,32
<b>Totaux :</b>	<b>128</b>	<b>7.0%</b>	<b>838 742</b>	<b>62.0%</b>

Ensemble des communes	Nombre de communes	Part en % Communes	Population	Part en % Population
<b>Totaux :</b>	<b>1 936</b>	<b>100%</b>	<b>1 347 848</b>	<b>100%</b>

Source : INSEE-RGP 1990

Dans la continuité de la Picardie, la Champagne Ardenne présente une armature urbaine similaire où la part des communes de petite taille est écrasante.



Plus de 93.00% des communes champardennaises ont une taille inférieure à 2000 habitants, regroupant 37.00% de la population régionale. Dans l'ensemble, l'armature urbaine est équilibrée, les différents échelons urbains ne présentent pas de profondes lacunes. La seule faiblesse constitue une sous représentation des échelons supérieurs de l'armature urbaine.

**Tableau N° 18 : Population et armature urbaine dans les départements champardennais :**

INSEE - 1990	ARDENNES		AUBE		MARNE		HAUTE MARNE	
	Nombre de communes	Part en % Population	Nombre de communes	Part en % Population	Nombre de communes	Part en % Population	Nombre de communes	Part en % Population
< à 50 hab.	18	0.24	25	0.33	15	0.10	43	0.71
50-99	95	2.39	55	1.44	98	1.28	92	3.39
100-199	142	6.81	121	6.18	184	4.81	122	8.22
200-299	56	4.52	85	7.10	94	4.06	50	6.08
300-399	35	4.12	40	4.81	52	3.21	33	5.47
400-499	22	3.31	21	3.27	34	2.73	14	3.06
500-999	36	8.66	40	9.74	79	9.82	35	11.70
1 000-1 499	15	6.13	11	4.81	17	3.74	5	2.84
1 500-1 999	2	1.12	4	2.22	5	1.49	7	5.61
> 2 000	1	0.70	1	0.78	0	0.00	4	4.08
<b>Totaux :</b>	<b>422</b>	<b>37.99</b>	<b>403</b>	<b>40.68</b>	<b>578</b>	<b>31.25</b>	<b>405</b>	<b>51.17</b>

Unités urbaines	Nombre de communes	Population	Nombre de communes	Population	Nombre de communes	Population	Nombre de communes	Population
2 000-4 999	12	8.77	8	6.40	15	7.17	10	11.35
5 000-9 999	9	13.86	3	4.32	5	3.92	0	0.00
10 000-19 999	6	6.91	3	6.15	4	3.57	3	5.53
20 000-49 999	6	9.78	0	0.00	6	6.10	6	31.96
50 000-99 999	7	22.68	0	0.00	5	11.01	0	0.00
100 000-199 999	0	0.00	14	42.45	0	0.00	0	0.00
> 200 000	0	0.00	0	0.00	6	36.98	0	0.00
<b>Totaux :</b>	<b>40</b>	<b>61.97</b>	<b>28</b>	<b>59.32</b>	<b>41</b>	<b>68.75</b>	<b>18</b>	<b>48.83</b>

Ensemble des communes	Nombre de communes	Population	Nombre de communes	Population	Nombre de communes	Population	Nombre de communes	Population
<b>Totaux</b>	<b>462</b>	<b>296 357</b>	<b>431</b>	<b>289 207</b>	<b>619</b>	<b>558 217</b>	<b>424</b>	<b>204 067</b>

Source : INSEE-RGP 1990

Le foisonnement de petites communes est une constante au sein de chaque département. En moyenne, plus de 92.00% des communes ont une taille inférieure à 2000 habitants. Ces communes regroupent près de 40.00% des populations départementales respectives dans les départements des Ardennes et de l'Aube, et plus de 50.00% de la population de la Haute Marne. Seul le département de la Marne présente une structure différente, les communes de moins de 2000 habitants représentent un peu plus de 30.00% de la population du département. Cependant, les déséquilibres internes vont davantage reposer sur le développement propre de chaque armature urbaine. L'abondance de communes de petite taille, la faible représentation des échelons supérieurs de la hiérarchie urbaine présupposent la

construction d'une armature reposant essentiellement sur les villes moyennes. Or, les données relatives au poids démographique des différents échelons urbains témoignent d'une situation contrastée, à l'origine de profonds déséquilibres infra-régionaux.

Le département des Ardennes dispose d'un réseau urbain insuffisamment développé, concentré sur quelques échelons urbains. En effet, aucune unité urbaine ne dépasse le seuil des 100000 habitants, toutefois deux échelons sont surreprésentés, ils regroupent plus de 36.00% de la population du département et concernent les unités urbaines dont les tailles sont comprise entre 5000 et 10000, et entre 50000 et 100000 habitants. Parmi ces unités, le poids de Charlevilles-Mézière, chef-lieu du département, accentue le déséquilibre, elle regroupe près de 20.00% de la population du département des Ardennes. L'Aube dispose d'une structure urbaine relativement proche, dans le domaine de l'insuffisance. Contrairement aux Ardennes, la particularité de l'armature urbaine de l'Aube repose sur une surreprésentation écrasante des unités urbaines dont la taille est comprise entre 100000 et 200000, elles concentrent plus de 42.00% de la population départementale. Le reste se partage parmi les unités urbaines de petite taille, moins de 20000 habitants, sachant qu'aucun échelon urbain n'est présent entre 20000 et 100000 habitants. La Haute Marne complète ce tableau, affichant le réseau urbain le plus pauvre et le plus déséquilibré. En effet, plus de 30.00% de la population départementale se concentre principalement sur les unités urbaines de Saint-Dizier et Chaumont, unités dont la taille est comprise entre 20000 et 50000 habitants. En dehors des échelons urbains dont les tailles sont comprises entre 2000 et 5000, et entre 10000 et 20000 habitants, regroupant respectivement 11.00% et 5.50% de la population du département, aucun échelon intermédiaire n'est représenté.

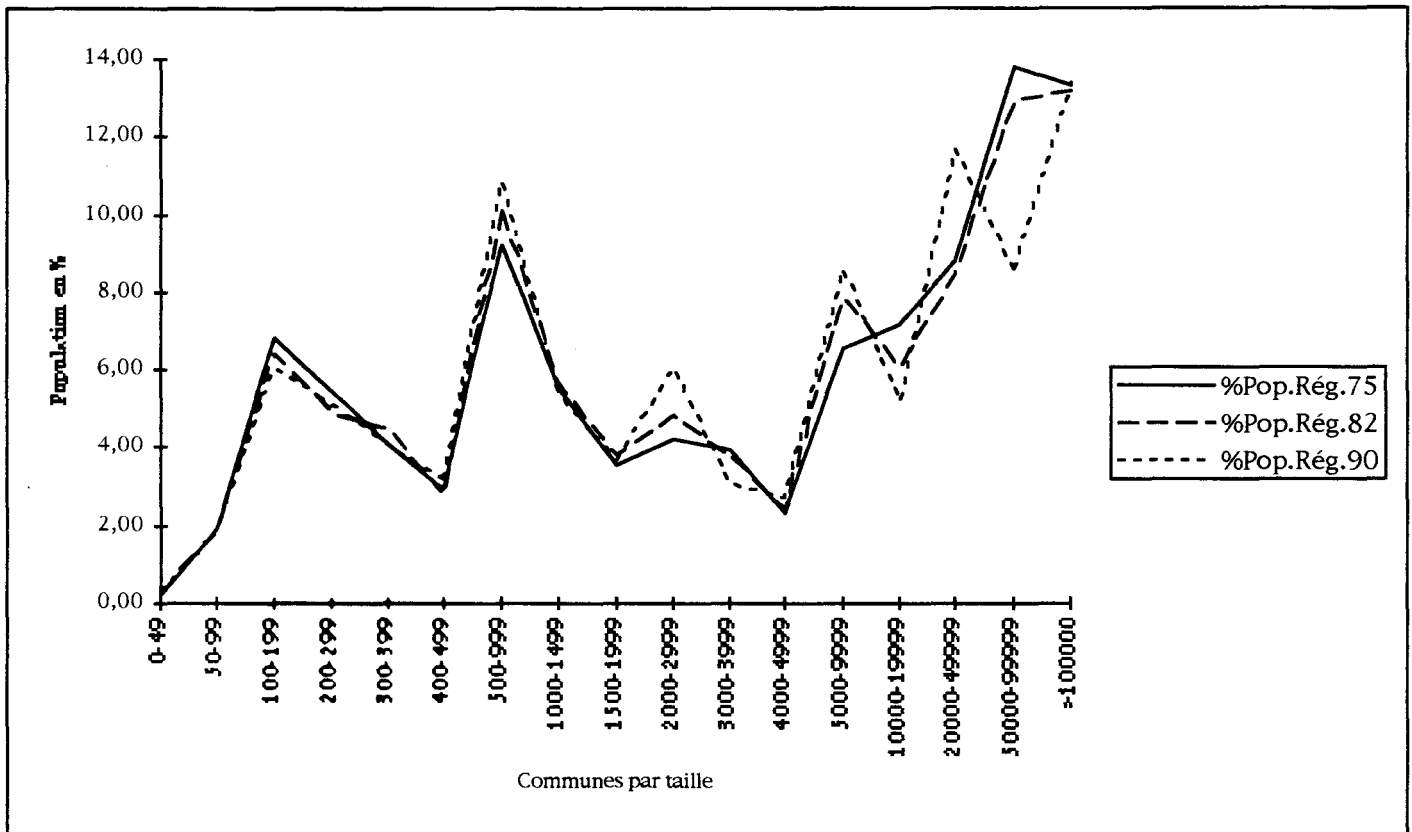
Les trois départements champardennais, les Ardennes, l'Aube et la Haute Marne, présentent une armature urbaine fortement déséquilibrée. Une population rurale importante, le poids des petites communes, la carence en petites villes, la surreprésentation de certaines unités urbaines... posent le problème de l'encadrement régional. Comment dans ce contexte particulier, peut-on assurer une équidistribution des services à la population ? Quelles seront les adaptations du système de soins à cette structure urbaine appauvrie ? Comment pallier la carence de certains échelons urbains, notamment les petites villes dans le cadre de l'offre de soins en milieu rural ?

Seul le département de la Marne dispose en apparence d'une armature urbaine équilibrée. En dehors des unités urbains dont la taille est comprise entre 100000 et 200000 habitants, tous les échelons urbains sont représentés. Néanmoins,

l'émergence d'un réseau urbain polarisé aboutit à de profonds déséquilibres. En effet, Reims, sans être la capitale régionale, regroupe plus de 32.00% de la population marnaise, et c'est au total près de 51.00% de la population départementale, si l'on y ajoute les populations de Châlons-en-Champagne, Vitry-le-François, Epernay et Tinquex.

La région de Champagne Ardenne dispose d'un réseau urbain atypique, reposant sur une armature déséquilibrée. Le degré de polarisation, la faible part des petites et villes moyennes reconduisent le souci de l'encadrement régional. Comment l'offre de soins en Champagne Ardenne s'est-elle adaptée à ces conditions particulières, sachant que l'armature du système de soins repose avant tout sur les réseaux de ville ?

**Graphique N° 4 : Évolution de l'armature urbaine en Champagne Ardenne:**



Source: INSEE-RGP 1990

Depuis 1975, les phases de décroissance concernent tout particulièrement les tailles de commune situées aux extrêmes. En effet, les communes de moins de 500 habitants connaissent un recul sensible de leurs effectifs, de même les communes situées entre 50000 et 100000 habitants dont la part dans la population régionale est passée de 13.81% en 1975 à 8.63% en 1990. La dépopulation des parties extrêmes

profite principalement aux communes rurales de petite taille, celles comprises entre 500 et 1500 habitants, dont le poids dans la population régionale est passé de 17.70% en 1975, à 19.55% en 1990. Mais les petites communes urbaines dont la taille est comprise entre 2000 et 4000 habitants, bénéficient également de ce report. Elles représentent en 1975, 8.23% et en 1990, 9.19% de la population régionale. Par ailleurs les communes dont la taille est comprise entre 4000 et 50000 habitants se sont également bien comportées, regroupant 28.21% de la population régionale en 1990, contre 24.91% en 1975.

Dans l'ensemble, ces mouvements s'inscrivent dans la tendance générale de la croissance urbaine en France. On assiste à un dépeuplement des grandes villes, des villes centres au profit des espaces périphériques ruraux ou urbains. Mais tous les départements champardennais n'ont pas la même configuration. Les disparités spatiales en terme de poids démographique, de taux d'urbanisation, d'armature urbaine... ont des impacts différents suivant les départements. Les traits caractéristiques soulignés de l'armature urbaine vont accentuer les déséquilibres en matière d'accessibilité aux soins. Plus qu'ailleurs, le déséquilibre causé par une armature urbaine faiblement développée, polycentrique, va attribuer à la répartition de la population un rôle déterminant.

#### C - DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA POPULATION :

L'organisation du peuplement champardennais (Carte N° 20) reflète les tendances historiques dont les fondements reposent principalement sur un réseau de villes moyennes. Les fortes individualités urbaines, la faiblesse de l'armature urbaine, une capitale régionale non reconnue... ont conforté le maintien des rivalités. La population reproduit une organisation polycentrique.

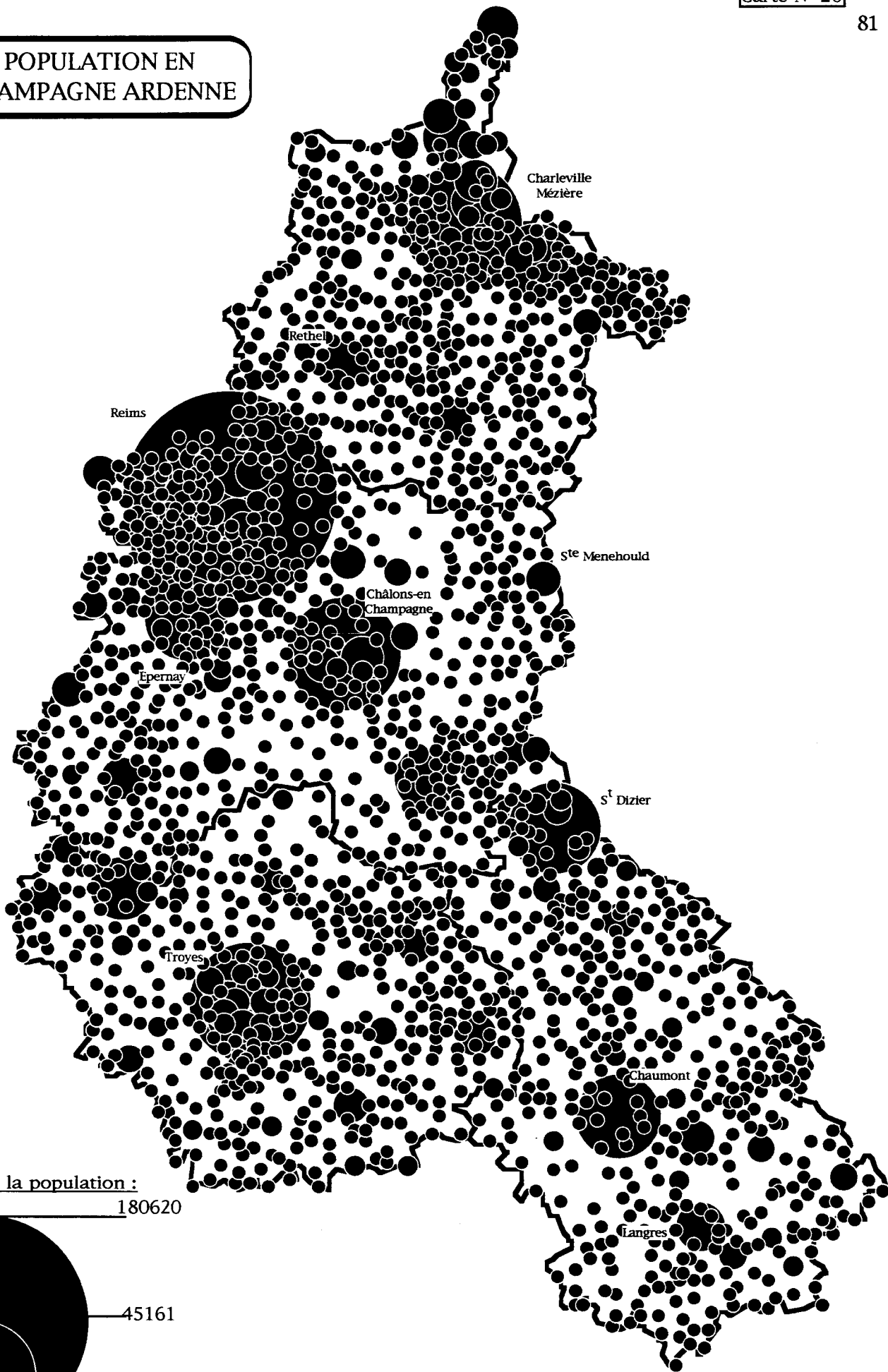
##### ↳ L'axe Reimois :

Reims, sous-préfecture de la Marne, est initiatrice de la formation d'un important axe de peuplement, en direction de la commune voisine d'Épernay. Le poids de sa population dans le contexte régional associé à l'étendue périphérique en font un axe structurant du peuplement de la Champagne Ardenne, et une donnée de poids dans l'agencement du système de soins.

##### ↳ L'axe Carolomacérien :

Foyers industriels de la région, Charleville-Mézière et Sedan structurent un important bassin de peuplement longitudinal situé au Nord du département des Ardennes.

POPULATION EN CHAMPAGNE ARDENNE



Reims

Charleville Mézière

Rethel

ste Menehould

Châlons-en Champagne

Epernay

s<sup>t</sup> Dizier

Troyes

Chaumont

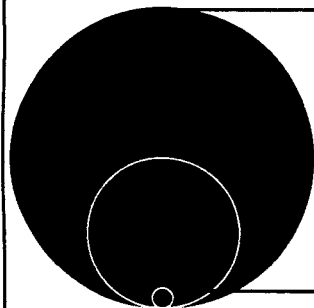
Langres

Répartition de la population :

180620

45161

803



Source : INSEE-RGP 1990

0 11 22 kms

Christophe EVRARD, 1996

### ↳ Les pôles urbains isolés :

Ces pôles préfigurent le développement individuel de certaines villes, dont les débordements périphériques sont plus ou moins importants. Les villes de Troyes, Saint-Dizier, Chaumont, et la capitale régionale Châlons-en-Champagne dont le développement est ombragé par celui de Reims, illustrent les plus étendus. Rethel, Romilly-sur-Seine, Vitry-le-François, Langres... sont quelques exemples de pôles de plus faible envergure, disséminés au sein de vastes zones rurales.

### ↳ Les régions rurales :

En dehors d'un peuplement polarisé et structuré, subsistent de grands espaces où dominent les communes de petite taille, densément représentées et disséminées sur l'ensemble du territoire. La faiblesse du peuplement préfigure le domaine des communes dites rurales comme le montre la distribution spatiale des densités.

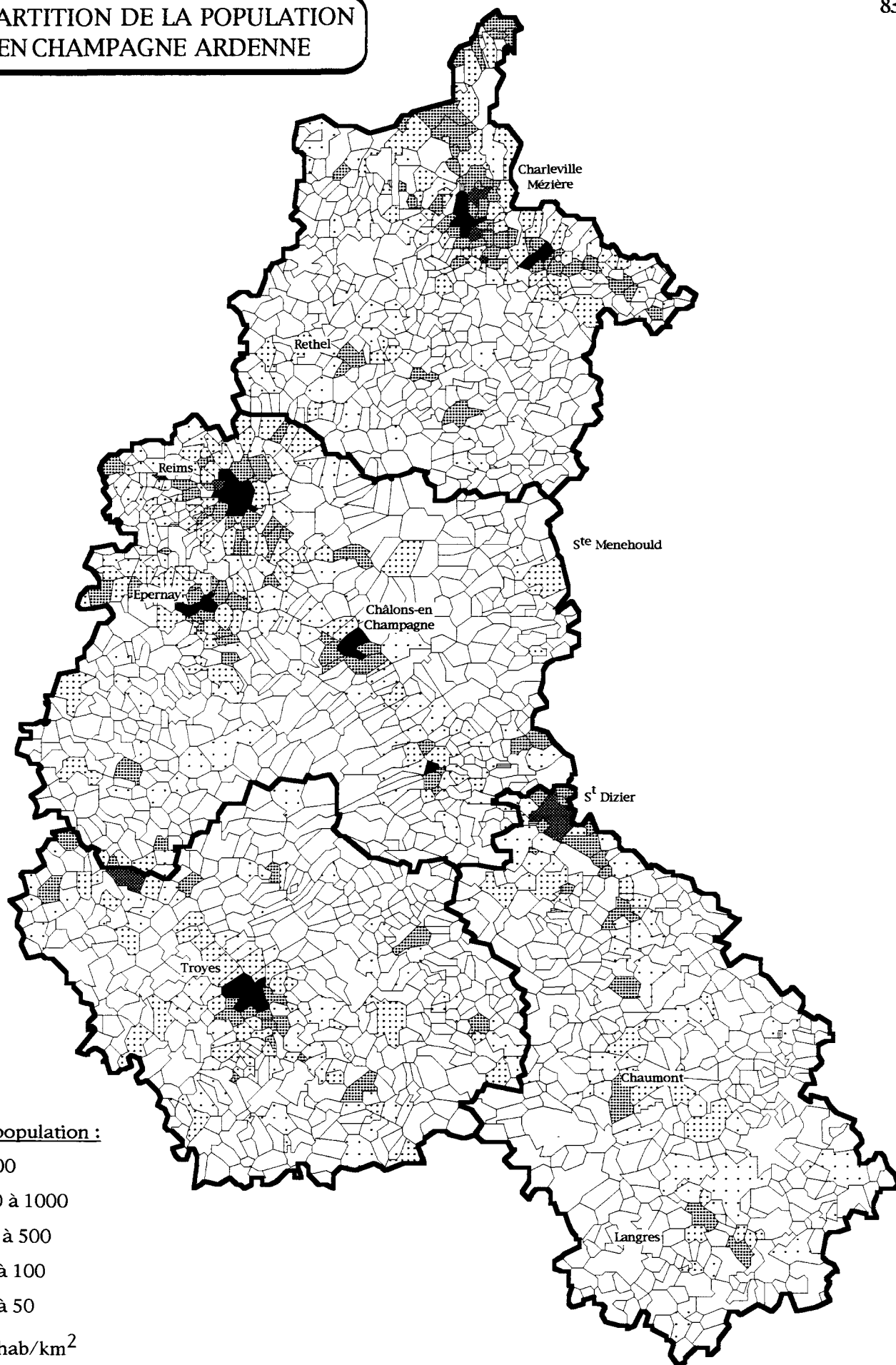
En effet, avec une densité régionale de 53 habitants par km<sup>2</sup>, nous entrons, pour reprendre l'expression de F. Bêteille <sup>13</sup>, véritablement dans «la France du vide», (Carte N° 21). Par ailleurs, concernant l'opposition entre les densités rurales et urbaines de la Champagne Ardenne, elle confirme avant tout la faiblesse du peuplement rural dont la densité est de 22 habitants par km<sup>2</sup>, contrairement aux communes urbaines où la densité atteint 372 habitants par km<sup>2</sup>. Les densités de population confirment néanmoins la réalité d'une organisation polycentrique, où seuls quelques pôles urbains sont réellement représentés.

En effet, Charleville-Mézières, Sedan, Reims, Epernay, Châlons-en-Champagne, Vitry-le-François et Troyes, principaux vecteurs du peuplement régional, disposent de densités de population supérieures à 1000 habitants par km<sup>2</sup>. Ces sites confirment leur position stratégique au sein de l'armature urbaine de la Champagne Ardenne. Les communes assimilées aux pôles urbains isolés présentent une situation variable, néanmoins les densités sont en moyenne comprises entre 100 et 1000 habitants par km<sup>2</sup>. En dehors de ces quelques cas limités, l'espace champardennais est avant tout dominé par de faibles densités de population. Au total, plus de 82.00% des communes régionales ont une densité de population inférieure à 50 habitants par km<sup>2</sup>, regroupant plus de 26.00% de la population régionale, mais 70.00% de la population rurale. Par ailleurs, 80.00% de ces communes ont une densité inférieure à 25 habitants par km<sup>2</sup>, et regroupent près de 16.00% de la population champardennaise.

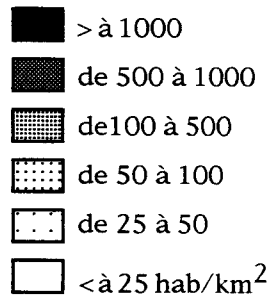
---

(13) Bêteille (F.), 1981 : La France du vide - Géographie économique et sociale dirigée par P.Claval - LITEC.

# RÉPARTITION DE LA POPULATION EN CHAMPAGNE ARDENNE



## Densité de population :



Moyenne régionale : 53

Moyenne nationale : 104

Source : INSEE-RGP 1990

Ce seuil moyen (25 habitants par km<sup>2</sup>) peut être considéré comme un seuil critique dont le franchissement entraîne très certainement les communes concernées vers la spirale de la désertification. En effet, aucun des travaux effectués n'a établi l'existence d'une densité seuil stricte, elle varie de 10 à 60 habitants par km<sup>2</sup> en fonction des auteurs (18 habitants par km<sup>2</sup> dans l'ouvrage «l'avenir de l'espace rural français<sup>14</sup>», 22 habitants par km<sup>2</sup> dans «la France des faibles densités<sup>15</sup>», 30 habitants par km<sup>2</sup> dans «aménager les campagnes<sup>16</sup>» ...), ces quelques exemples illustrent les variations possibles de cette densité, d'où le choix d'un seuil moyen égal à 25 habitants par km<sup>2</sup>.

En terme d'encadrement sanitaire, la distribution de la population en Champagne Ardenne pose un véritable problème d'aménagement du territoire. Elle reflète notamment l'extrême dispersion de la population regroupée au sein de très petites communes. Comment dans ce contexte, peut-on assurer une équidistribution des soins dans un espace où le peuplement est très dispersé, et le réseau de petites et moyennes villes insuffisamment développé ? Mais en dehors des conditions excessives de dispersion du peuplement, se pose également le problème des caractéristiques propres des populations éparses.

#### D - UNE RÉGION ENCORE «JEUNE» :

Au même titre que la Picardie, la Champagne Ardenne, région fortement agricole, fait partie des régions françaises où la part des jeunes âgées de 0 à 19 ans est importante, elle représente 28.00% de la population régionale. Une région dont l'appartenance au «Croissant fertile» ne cache pas de profonds déséquilibres régionaux (Carte N° 22) axés sur le vieillissement excessif de certains espaces.

Il est assez remarquable de constater l'existence d'un ensemble de communes formant une bande au Sud-Est de la région. Ces communes sont marquées par un vieillissement prononcé des structures de leur population. Elles concernent principalement les marges Sud des départements de l'Aube et de la Haute Marne.

---

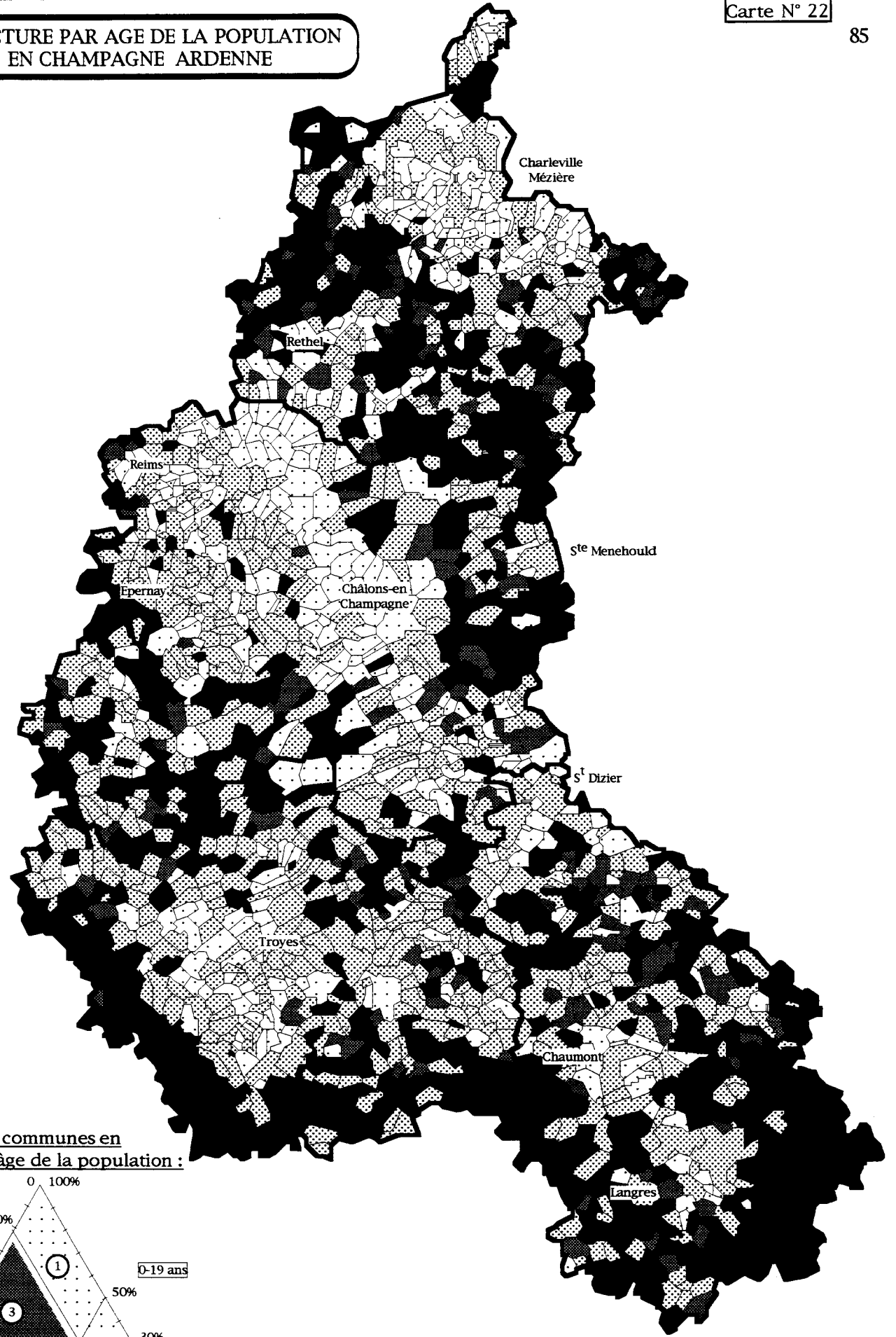
(14) Poncet (J.F.), Haenel (H.), Huchon (J.) et Duluart R., 1978 : L'avenir de l'espace rural français - Masson Géographie, Paris.

(15) ACEAR, 1975 : La France des faibles densités. Délimitation - Problèmes - Typologies - Société d'Etudes Géographiques Economiques et Sociologies Appliquées.

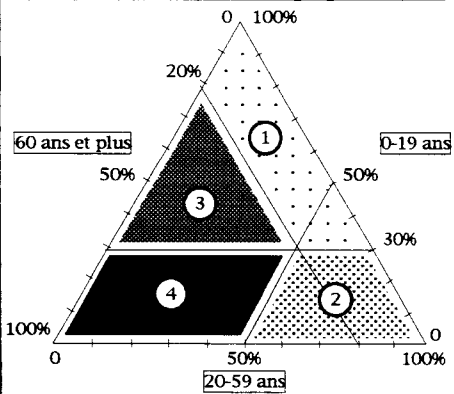
(16) Biancarelli (J.), Parini (P.) et Serradji (C.), 1978 : Aménager les campagnes - Édition du Moniteur, Paris.



STRUCTURE PAR AGE DE LA POPULATION EN CHAMPAGNE ARDENNE



Typologie des communes en fonction de l'âge de la population :



Source : INSEE-RGP 1990

Seules les périphéries des principaux centres urbains sont épargnées, notamment à proximité de Troyes, Bar-sur-Aube pour le département de l'Aube, Langres, Chaumont, Saint-Dizier pour la Haute Marne. Le phénomène d'attraction des centres urbains sur les jeunes ménages en est une parfaite illustration. En dehors de ces deux départements, les Ardennes présentent également une structure de la population marquée par un vieillissement prononcé de certains espaces. Ces communes se localisent principalement dans le Sud-Est du département, et dans la partie Nord-Ouest. Comme pour les départements précédents, l'Aube et la Haute Marne, seules les zones situées en périphérie des principaux centres urbains sont épargnées. Elles concernent une vaste zone de diffusion, centrée essentiellement le long de l'axe carolomacérien.

La structuration par tranches d'âge de la population du département de la Marne confirme une position contrastée vis à vis de la région. Les territoires marqués par un vieillissement excessif de la population touchent d'une façon moins prononcée la population marnaise. Ils qualifient essentiellement de petites marges situées dans les parties Sud-Ouest, prolongement naturel des territoires aux mêmes caractéristiques situés dans le Nord du département limitrophe, l'Aube. D'autres espaces sont à noter dans la partie Est du département, zone contiguë au département picard, l'Aisne, également assujetti au vieillissement prononcé de sa population. En dehors de ces marges, au développement spatial limité, caractérisées par un vieillissement prononcé des populations, se dessinent de vastes étendues à population jeune et adulte, dictées essentiellement par la présence de Reims, Epernay, Châlons-en-Champagne et Vitry-le-François.

Les difficultés du peuplement champardennais reposent essentiellement sur un fort degré de dispersion de la population, répartie en de petites unités. Or, une interaction est établie entre les caractéristiques spatiales du peuplement et la structuration par âges. L'organisation régionale de la Champagne Ardenne s'appuie sur une opposition entre les zones urbaines, polarisées, fortement peuplées, à population hétérogène et les zones rurales, au peuplement disséminé en petites unités où la population est marquée par un vieillissement excessif. La région de la Champagne Ardenne cumule les difficultés remettant en cause une équidistribution des soins. Comment le système de soins peut-il répondre aux besoins des populations dans ce contexte ? Quelles sont ses formes d'adaptation ? Toutefois, le comportement démographique de la population peut laisser entrevoir les solutions possibles à cette situation contrastée. Quelles sont les perspectives d'avenir de ces territoires ? Sont-ils voués à une «extinction progressive» ? Existe-t-il des signes de reprise démographique ?

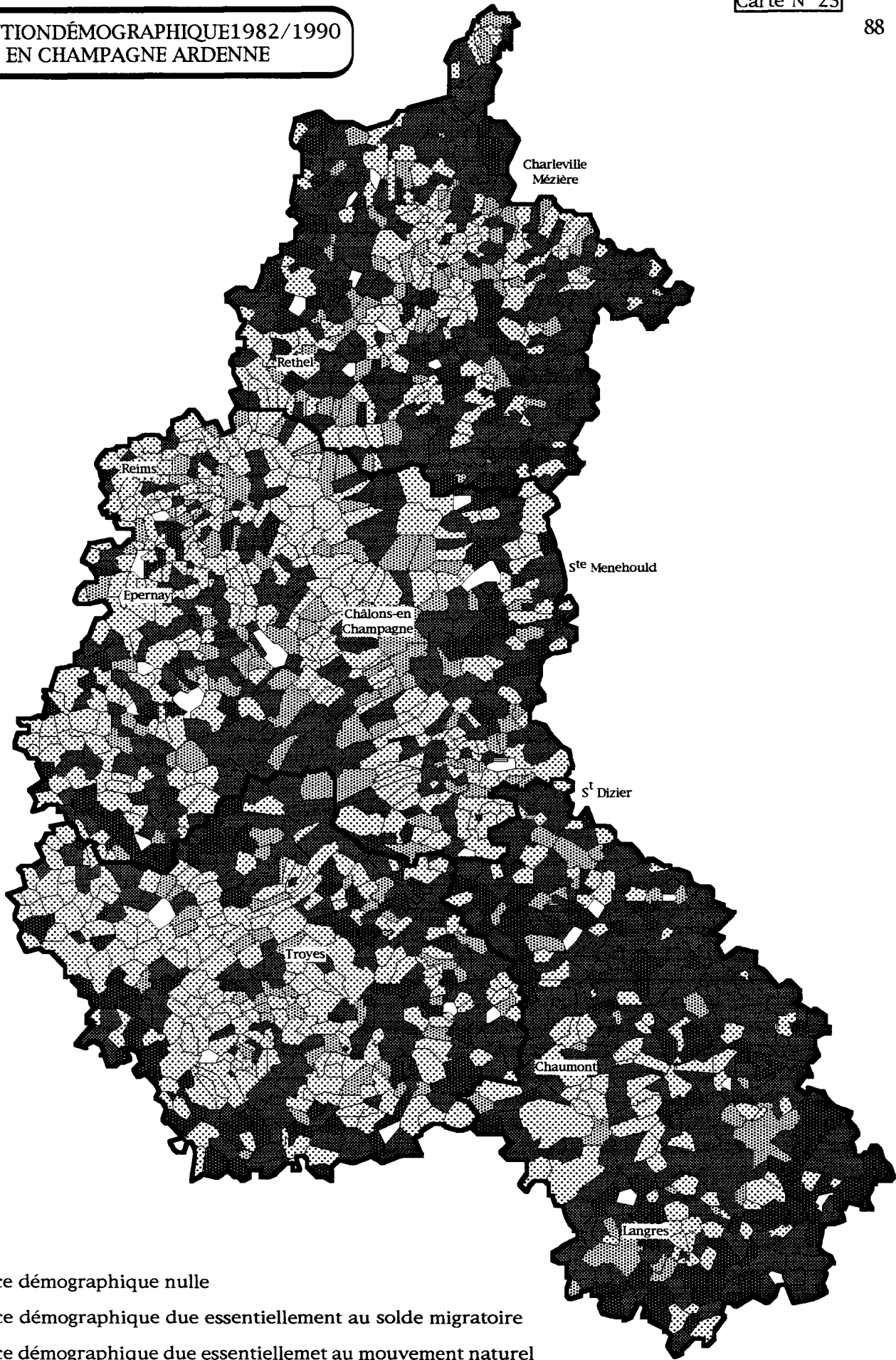
## E - UN BILAN DÉMOGRAPHIQUE CONTRASTÉ:






L'équilibre démographique de la Champagne Ardenne demeure fragile et précaire. Pour la période 1982-1990, le taux de variation de la région atteint +0.02%, il est le résultat d'une compensation fragile entre le taux de variation lié au mouvement naturel (+0.48%) et le taux de variation lié au solde migratoire (-0.46%). Le comportement démographique de la population est le principal critère de la croissance démographique, néanmoins à l'échelle locale, le bilan démographique reste très contrasté (Carte N° 23).

Les dynamiques démographiques des populations consolident les traits caractéristiques de l'organisation régionale soulignés précédemment. En effet, les principaux acteurs de la structure régionale polycentrique constituent l'essentiel des territoires où la population est assujettie à une croissance démographique essentiellement explicitée par les mouvements migratoires. Toutefois, l'impact spatial privilégie principalement les auréoles périphériques articulées autour des principaux pôles urbains que sont Charleville-Mézières, Reims, Epernay, Châlons-en-Champagne, Troyes, Chaumont et Langres. Ce constat traduit la réalité d'un mouvement caractéristique de la croissance urbaine en France, elle s'est essentiellement reportée sur les espaces périphériques au détriment des villes centres, soumises à un véritable exode urbain. Cette redistribution spatiale de la population, que l'on peut qualifier de périurbanisation, concerne indifféremment les principaux pôles urbains. Ce phénomène s'observe sans distinction particulière en périphérie de communes subissant soit une décroissance démographique, Charleville-Mézières (-0.36%), Romilly-sur-Seine (-0.69%), Troyes (-0.88%) ..., soit une croissance démographique telles que Reims (+0.24%), Tinqueux (+0.74%)...

Néanmoins, la croissance démographique opère une sélection spatiale très forte, une commune sur deux en Champagne Ardenne, a connu un taux de variation de la population négatif entre 1982 et 1990. Les pertes de population les plus significatives se font par émigrations, elles concernent 74.00% des communes ayant subi une décroissance démographique sur la période 1982-1990. Ces zones de dépopulation concernent dans un premier temps les parties centrales des principaux pôles urbains. Ils sont soumis à un mouvement de dépopulation dont la logique a été explicitée précédemment. Dans un second temps, elles vont concerner de vastes espaces, d'ampleur plus ou moins variable selon les départements. La Marne et l'Aube sont moins sévèrement touchés par la décroissance démographique. Elle concerne les marges Est et Sud du département de la Marne, et quelques centres urbains. Dans le département de l'Aube, la zone de décroissance

ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE 1982/1990  
EN CHAMPAGNE ARDENNE



-  Croissance démographique nulle
-  Croissance démographique due essentiellement au solde migratoire
-  Croissance démographique due essentiellement au mouvement naturel
-  Décroissance démographique due essentiellement au solde migratoire
-  Décroissance démographique due essentiellement au mouvement naturel

Source : INSEE-RGP 1990

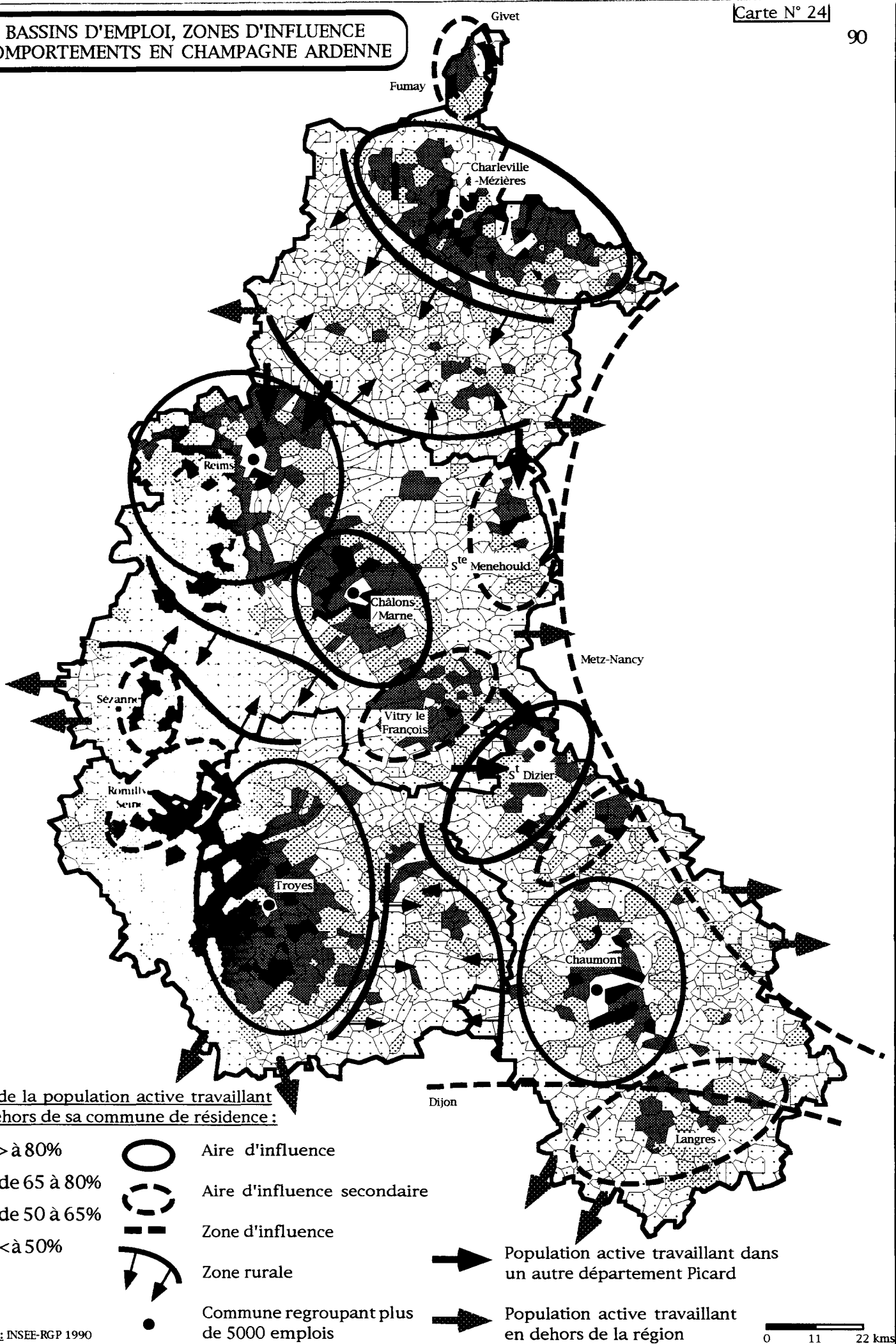
0 11 22 kms  
Christophe EVKARD, 1996

démographique est plus étendue, notamment dans la partie Est, en prolongement du mouvement de décroissance démographique du département contigu : la Haute Marne. L'extension des zones de décroissance démographique y est maximale, ainsi que dans le département des Ardennes. Exceptés les espaces périphériques dessinés autour des principaux pôles urbains tels que Charleville-Mézières, Reims pour les Ardennes, Chaumont et Langres pour la Haute Marne, c'est la quasi totalité des départements qui subissent un mouvement de dépopulation. Il s'explique en grande partie par les mouvements d'émigration, mais aussi par les mouvements naturels. En effet, la Haute Marne et les Ardennes comptabilisent le plus de communes où la dépopulation résulte d'un excédent de décès.

La population de la Champagne Ardenne se trouve dans une phase de transition. Le dynamisme démographique dont a fait preuve la région s'essouffle, remettant en cause son adhésion au «croissant fertile». La participation compensatoire de la natalité s'atténue d'année en année, au profit des mouvements migratoires de plus en plus importants au détriment de la région. À l'opposition polycentrique s'ajoute une opposition infra-régionale entre la Champagne du Centre (le département de la Marne et de l' Aube), et les deux départements limitrophes des Ardennes et de la Haute Marne. Les compensations dues aux mouvements naturels préservent une situation favorable mais fragile dans la Champagne du centre, contrairement aux deux départements opposés où l'hémorragie de population par émigration s'accroît progressivement. L'Aube, et surtout la Marne accentuent leur emprise régionale, et de ce fait les déséquilibres. Comment l'offre de soins va-t-elle se comporter dans ce contexte ? Quel mode d'organisation peut-il être appliqué pour assurer l'équidistribution des soins dans une région où des territoires cumulent les handicaps structurels ? Toutefois, les comportements induits par les mouvements de la population active peuvent apporter un regard différent sur la structuration régionale.

#### F - LE POLYCENTRISME CONFORTÉ PAR L'APPROCHE COMPORTEMENTALE DE LA POPULATION ACTIVE :

L'aspect comportemental induit par les mouvements possibles et théoriques de la population active pour chaque commune (Carte N° 24), conforte le poids dominant de quelques pôles urbains. De plus, il révèle les conséquences d'une position géographique soumise aux aires d'influence émises par les régions limitrophes de la Bourgogne et de la Franche Comté. Quatre grands types d'organisation du territoire s'individualisent :



Source : INSEE-RGP 1990

↳ Les espaces «à polarisation induite» :

La délimitation théorique de ces espaces repose sur l'existence d'un pôle urbain initiateur d'un phénomène de satellisation. L'ampleur du phénomène spatial et les emplois offerts par le pôle urbain aboutissent à la définition de trois sous types :

↳ L'axe central Reims, Saint-Dizier : cet axe recouvre les aires d'influence théorique de Reims, Epernay, Châlons-en-Champagne et Saint-Dizier, soient les pôles urbains offrant plus de 5000 emplois sur le territoire de leur commune, englobant dans la dynamique l'aire théorique dessinée autour de Vitry-le-François.

↳ Les pôles isolés majeurs : ils qualifient la position d'isolement des communes de Charleville-Mézières et de Troyes, toutes deux regroupent plus de 5000 emplois sur leur territoire communal, mais les aires d'influence théorique restent cantonnées dans des espaces limités.

↳ Les pôles isolés secondaires : leur identification repose sur l'édification de petites aires d'influence théorique, satellisées par une commune ne disposant pas du seuil requis de 5000 emplois. Néanmoins, cette situation révèle le dynamisme de certaines villes moyennes dont le développement est souvent contraint par la présence de pôles dominants. Givet, Sainte-Menehould, Fumay, Sézanne, Joinville, Langres, Romilly-sur-Seine... en sont quelques exemples.

↳ Les espaces «à polarisation volatile» :

Leur délimitation traduit l'ambiguïté et la complexité des mouvements de la population active. Ils recouvrent des communes où plus de 50.00% de la population active travaille en dehors de la commune de résidence mais dans le même département. Leur localisation stratégique entre les pôles urbains, aux limites des différentes aires d'influence, leur attribue le qualificatif de volatils. Ces espaces se situent par exemple au sein du triangle formé par Reims, Châlons-en-Champagne et Sainte-Ménéhould, ou par Troyes, Vitry-le-François et Saint-Dizier ...

↳ Les espaces «auto-polarisés» :

Le critère de définition repose sur les capacités offertes par une commune dont plus de 50.00% de la population active est employée directement sur le territoire communal. Exceptés les grands pôles urbains tels que Reims, Châlons-en-Champagne, Troyes..., ces communes se localisent essentiellement aux marges départementales pour la Haute Marne et l'Aube, et de façon plus disséminée pour

les Ardennes et la Haute Marne. En général, ces espaces comblent logiquement les espaces interstitiels trop éloignés des aires d'influence des principaux pôles urbains. De plus, ces sites sont fréquemment associables aux vastes zones rurales présentes dans la région, une faible population active et des emplois proposés par l'agriculture confortent l'appartenance des communes rurales à cette catégorie.

↳ Les espaces «à polarisation extra-départementale» :

Ces espaces qualifient d'une part des mouvements internes à la région, et d'autre part des mouvements externes. Concrètement, Reims et Saint-Dizier illustrent les sites les plus attractifs à l'intérieur de la région. De larges bandes se dessinent dans les départements voisins, traduisant des phénomènes de déplacement de proximité. Par ailleurs, la position géographique de la Champagne Ardenne lui confère un encadrement riche et varié. La Picardie, l'Ile de France, la Bourgogne, la France Comté et la Lorraine ceignent la région, dont les confins sont soumis aux effets attractifs des pôles urbains extra-régionaux plus ou moins proches. La conséquence directe se traduit par une part importante des populations actives communales travaillant en dehors de la commune et du département de résidence, de 25.00 à 50.00% en moyenne. Ces sites se localisent essentiellement le long de la limite régionale Est, touchant notamment le département de la Haute Marne dont la partie Est est sous l'influence de Nancy et Metz, et le Sud, principalement sous l'influence de Dijon. D'autres sites apparaissent également le long de la limite régionale Ouest, où s'exercent les attractions plus modérées de l'Ile de France, et de façon moindre, la Picardie.



## Conclusion :

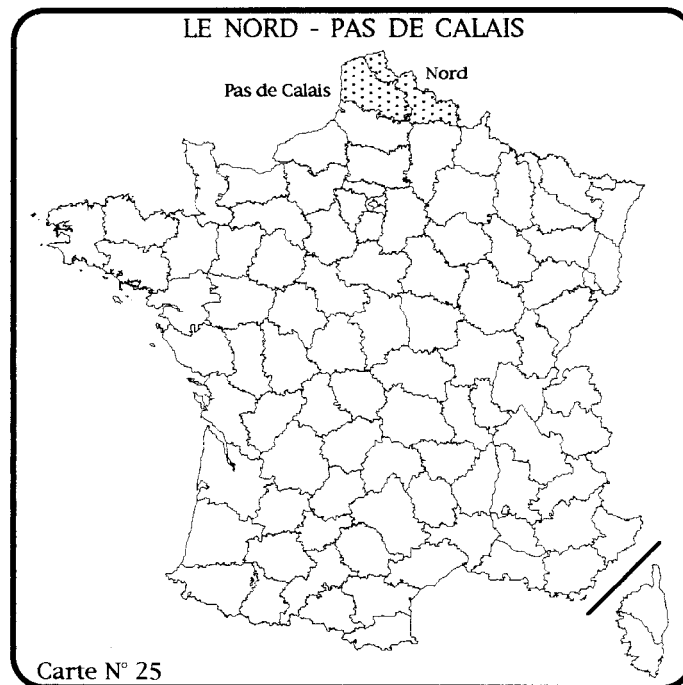
La région de la Champagne Ardenne, comme la Haute Normandie et la Picardie, dispose d'une armature urbaine dominée par les communes de petite taille. Plus de 90.00% des communes ont une taille inférieure à 2000 habitants. De plus comme ses homologues, elle appartient au «croissant fertile» synonyme d'une forte part de population jeune. Toutefois, la faiblesse du peuplement ajoutée à l'immensité du territoire confèrent à la région de Champagne Ardenne une organisation générale particulière : le polycentrisme, émergé au sein d'une immense étendue rurale. Ces conditions extrêmes préfigurent également la persistance de cette organisation au sein de l'agencement global du système de soins.

La structuration régionale repose essentiellement sur l'existence d'axes majeurs, développés à partir de la présence de pôles. L'axe Reims, Châlons-en Champagne, Vitry-le-François et Saint-Dizier, compose le principal axe de peuplement de la région. Toutefois, la trame du peuplement demeure discontinue et faible. L'axe carolomacérien s'articule autour de la ville de Charleville-Mézières, et présente les mêmes conditions de développement dans des proportions moindres. En dehors de ces deux axes de peuplement, l'organisation régionale repose sur quelques pôles isolés tels que Troyes, Chaumont... Ces quelques espaces définis précédemment s'individualisent dans chacun des thèmes abordés. La croissance démographique, la population jeune sont parmi quelques dénominatifs de ces territoires. Ainsi, ils demeurent les pôles essentiels de l'articulation régional, présageant des comportements identiques au sein du système de l'offre de soins.

En dehors de ces axes privilégiés, la Champagne Ardenne se caractérise par l'étendue considérable des espaces cumulant des critères négatifs, généralement attribués aux espaces ruraux, et préfigurant l'entrée dans «la France du vide». Un très faible peuplement, des densités de population inférieures à 25 habitants par km<sup>2</sup>, un vieillissement accentué des populations, une décroissance démographique sont les critères les plus fréquemment rencontrés dans ces territoires. La moitié Sud du département des Ardennes, les marges orientales de la Marne, les marges au Sud-Ouest et Est de l'Aube et les marges Ouest et Sud-Est de la Haute Marne regroupent la majorité des sites concernés.

IV - LE NORD-PAS DE CALAIS : UNE RÉGION JEUNE,  
PEUPLÉE ET URBAINE :

D'une région pilote dans les années 50, à une région en reconversion, le Nord-Pas de Calais a gardé à travers les décennies les conséquences d'un important héritage industriel. Région traditionnellement ouvrière, elle a en conservé les particularismes. Une population nombreuse, jeune, féconde qui a abouti au développement d'une région fortement urbanisée.



A - LE PEUPEMENT :

Les trois derniers recensements de l'INSEE confortent la pérennité d'un peuplement inégal sévissant dans la région, instrument de profonds déséquilibres.

Tableau N° 19 : La population du Nord-Pas de Calais :

<b>NORD - PAS DE CALAIS</b>	Population en 1975	Part en %	Population en 1982	Part en %	Population en 1990	Part en %
Nord	2 511 478	64.00	2 520 526	64.00	2 531 855	63.80
Pas de Calais	1 402 295	36.00	1 412 413	36.00	1 433 203	36.20
<b>Total</b>	<b>3 913 773</b>	<b>100.00</b>	<b>3 932 939</b>	<b>100.00</b>	<b>3 965 058</b>	<b>100.00</b>

Source: INSEE-RGP 1990

En effet, le département du Nord, riche de ses activités notamment industrielles, n'a cessé de demeurer un site d'accueil privilégié des flux de population. Contrairement au département du Pas de Calais, dont l'immensité du territoire a laissé place au développement d'une vaste activité agricole. Cette complémentarité de fait entre un département industriel et un second agricole a établi un rapport de poids déséquilibré, au sein duquel le département du Nord regroupe plus de 64.00% de la population régionale. Ce constat préfigure la nature des relations hégémoniques entretenues par le département du Nord dans des secteurs très variés, accentuant sans cesse son poids au sein de la région Nord-Pas de Calais.

**Tableau N° 20 : Évolution de la population du Nord-Pas de Calais :**

Périodes :	1968 - 1975			1975 - 1982			1982 - 1990		
<b>NORD-PAS DE CALAIS</b>	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)	Taux de variation %	Taux de variation MN (%)	Taux de variation SM (%)
Nord	+0.54	+0.82	-0.28	+0.05	+0.65	-0.60	+0.06	0.69	-0.63
Pas de Calais	+0.05	+0.77	-0.72	+0.10	+0.51	-0.41	+0.18	0.56	-0.38
<b>Région :</b>	+0.36	+0.80	-0.44	+0.07	+0.60	-0.53	+0.10	+0.64	-0.54
<b>Métropole :</b>	+0.81	+0.58	+0.23	+0.46	+0.40	+0.07	+0.51	+0.41	+0.10

Source: INSEE-RGP 1990

Toutefois les deux départements suivent les mêmes tendances, un déficit migratoire compensé depuis plus de 20 ans par le mouvement naturel. Au début des années 70, le département du Nord se démarque par une croissance plus forte, mais les années de crise ont conduit à une homogénéisation des taux. Après une période de décroissance, la période 1982-1990 laisse apparaître une reprise démographique, associée exclusivement à un renouvellement naturel de la population. En effet, depuis les années 70, la région Nord-Pas de Calais accuse un déficit migratoire continu, de 22 000 personnes en moyenne, par an. La région ne doit la positivité de sa situation démographique qu'aux comportements natalistes «exceptionnels» de la population. L'appartenance au «croissant fertile» se concrétise, confirmant ainsi le premier rang national occupé par la région dont le taux de natalité brut atteint 16.40% (France métropolitaine : 13.90%) pour la période 1982-1990, devançant l'Ile de France (15.60%) et la Haute Normandie (15.50%). En dehors d'une forte natalité, le poids de l'urbanisation contribue à accentuer le caractère particulier de la région Nord-Pas de Calais.

**Tableau N° 21 : Population urbaine et rurale dans le Nord-Pas de Calais :**

INSEE-1990	NORD		PAS DE CALAIS		NORD - PAS DE CALAIS	
	Population	Part en %	Population	Part en %	Population	Part en %
Pop. Rurale	269 144	10.63	279 881	19.53	549 025	13.85
Pop. Urbaine	2 262 711	89.37	1 153 322	80.47	3 416 033	86.15
Totaux	2 531 855	100%	1 433 203	100%	3 965 058	100%

Source : INSEE-RGP 1990

Le taux d'urbanisation «exceptionnel» de la région Nord-Pas de Calais, 86.00%, (France métropolitaine : 74.00%), n'est atteint dans aucune autre région de la France du Nord. Le paysage urbain de la région reflète les conséquences de l'histoire du peuplement, de l'économie ..., préfigurant le qualitatif porté par la région Nord-Pas de Calais de «région urbaine». Toutefois, ce qualitatif ne doit pas cacher la réalité d'un peuplement dominé par le département du Nord, regroupant plus de 66.00% de la population urbaine régionale. Les tendances soulevées par ces quelques données induisent l'existence d'une organisation urbaine conséquente. Comment s'est-elle adaptée aux conditions du peuplement ? Quelles sont les conséquences de l'héritage industriel ? Quelles sont les formes urbaines dominantes sur lesquelles le système de soins va s'appuyer ?

B - UNE ARMATURE URBAINE :

Tableau N° 22 : Population et Armature urbaine :

1990	NORD			PAS de CALAIS			NORD - PAS DE CALAIS			
Communes Rurales hors unités urbaines	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Part en % Communes	Population	Part en % Population
0-49 hab.	1	33	0.00	10	355	0.02	11	0.71	388	0.01
50-99	2	127	0.01	35	2 693	0.19	37	2.39	2 820	0.07
100-199	21	3 229	0.13	153	23 291	1.63	174	11.23	26 520	0.67
200-299	41	10 313	0.41	149	36 781	2.57	190	12.27	47 094	1.19
300-399	40	13 974	0.55	85	29 501	2.06	125	8.07	43 475	1.10
400-499	41	18 441	0.73	55	24 534	1.71	96	6.20	42 975	1.08
500-999	111	77 643	3.07	135	90 263	6.30	246	15.88	167 906	4.23
1 000-1 499	55	67 396	2.66	29	35 116	2.45	84	5.42	102 512	2.59
1 500-1 999	32	55 495	2.19	12	20 359	1.42	44	2.84	75 854	1.91
> 2 000	10	22 493	0.89	7	16 988	1.19	17	1.10	39 481	1.00
Totaux :	354	269 144	10.63	670	279 881	19.53	1024	66.00	549 025	13.85

Unités urbaines	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Part en % Communes	Population	Part en % Population
2 000-4 999	48	109 496	4.32	37	71 750	5.01	85	5.49	181 246	4.57
5 000-9 999	30	91 191	3.60	28	50 058	3.49	58	3.74	141 249	3.56
10 000-19 999	23	125 529	4.96	18	67 458	4.71	41	2.65	192 987	4.87
20 000-49 999	18	112 177	4.43	5	27 822	1.94	23	1.48	139 999	3.53
50 000-99 999	7	57 738	2.28	32	225 498	15.73	39	2.52	283 236	7.14
100 000-199 999	51	453 994	17.93	13	140 987	9.84	64	4.13	594 981	15.01
> 200 000	121	1 312 586	51.84	94	569 749	39.75	215	13.88	1 882 335	47.47
Totaux :	298	2 262 711	89.37	227	1 153 322	80.47	525	33.00	3 416 033	86.15

Ensemble des communes	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Population	Part en % Population	Nombre de communes	Part en % Communes	Population	Part en % Population
Totaux :	652	2 531 855	100%	897	1 433 203	100%	1 549	100%	3 965 058	100%

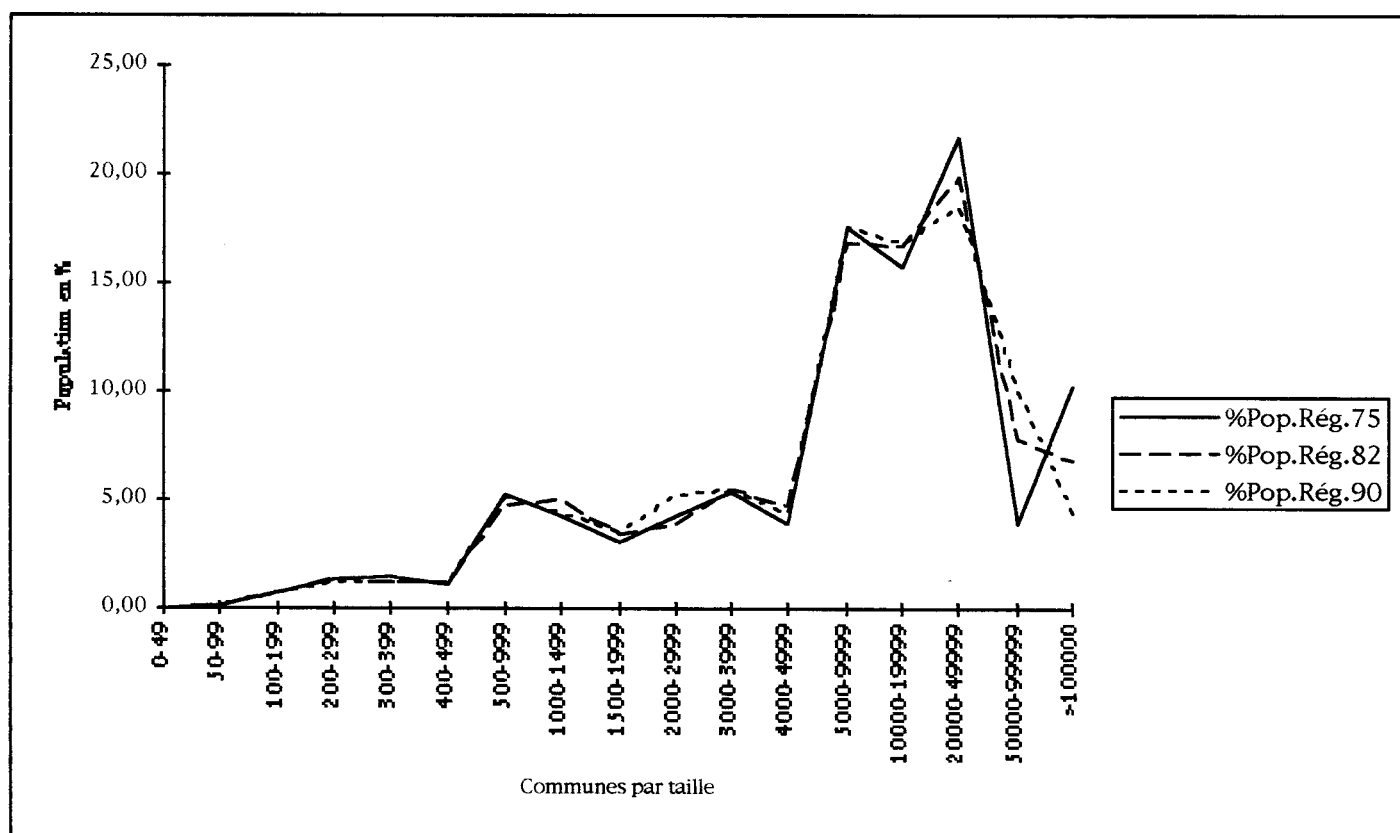
Source : INSEE-RGP 1990

Parallèlement aux régions précédemment analysées, les communes de petite taille, inférieures à 2000 habitants sont relativement nombreuses au sein de l'armature urbaine de la région Nord-Pas de Calais. Elles représentent 66.00% des communes. Toutefois, le peuplement réuni est moindre, contrairement aux autres régions. En effet, les communes de moins de 2000 habitants rassemblent près de 14.00% de la population régionale, contre 30.00% en Haute Normandie, 39.00% en Picardie et 38.00% en Champagne Ardenne. Par ailleurs, seules les communes dont la taille est comprise entre 500 et 1500 habitants, sont les mieux représentées, regroupant 4.20% et 2.60% de la population régionale. Au total, ces communes concentrent près de 50.00% de la population vivant dans les communes de moins de 2000 habitants. Dans l'ensemble, l'essentiel du peuplement régional se concentre au sein d'unités urbaines, elles regroupent plus de 86.00% de la population de la région. L'armature urbaine qui en découle, aboutit à une représentation équilibrée, sachant que tous les échelons urbains sont présents. Néanmoins, elle révèle une

répartition du peuplement très inégale, caractérisée par une surreprésentation des unités urbaines dont la taille est supérieure à 100000 habitants, elles concentrent plus de 62.00% de la population régionale.

Dans ce contexte, la nature de l'opposition entre les deux départements se renouvelle. Elle repose essentiellement sur le rôle plus important attribué aux communes dont la taille est inférieure à 2000 habitants dans le département du Pas de Calais. Elles représentent plus de 74.00% des communes, et rassemblent près de 20.00% de la population régionale et sur celui des unités urbaines de moins de 100000 habitants qui recueillent plus de 30.00% de la population du département. La situation du Nord se caractérise par la faible part des communes de moins de 2000 habitants, représentant près de 11.00% de la population du département, mais surtout, par la surreprésentation des unités urbaines de plus de 100000 habitants, elles concentrent près de 70.00% de la population nordiste dont 38.00% exclusivement au sein de l'unité urbaine Lilloise. Le Nord-Pas de Calais illustre le qualificatif de «région urbaine», et repose sur une armature urbaine relativement stable depuis quelques décennies.

**Graphique N° 5 :** Évolution de l'armature urbaine dans le Nord-Pas de Calais :



Source: INSEE-RGP 1990

Depuis 1975, trois faits majeurs ont marqué l'évolution de l'armature urbaine de la région Nord-Pas de Calais, sans pour autant en bouleverser profondément la structure. La stabilité des communes de petite taille, inférieures à 2000 habitants est un premier fait. La population a peu évolué depuis 1975, elle est passée de 17.20% en 1975 à 17.48% de la population régionale en 1990. Contrairement aux régions précédemment évoquées, le Nord-Pas de Calais n'assiste pas à un reflux important de population vers les communes rurales. Le second fait marque la progression de deux classes, d'une part les communes comprises entre 2000 et 3999 habitants, elles profitent depuis quelques années des mouvements généraux d'exurbanisation. Toutefois, il faut attendre les années 80 pour ressentir les répercussions de la redistribution de la population. Entre 1972 et 1982, elles affichent un taux de variation de la population de -2.54%, alors qu'il est de +15.90% entre 1982 et 1990, pour concentrer près de 17.00% de la population régionale. Et d'autre part, les communes dont la taille est comprise entre 5000 et 19999 habitants reflètent la stabilité des petites villes qui ont su se maintenir au cours des décennies, et représentent plus de 16.50% de la population régionale en 1990. Le troisième fait concerne les mouvements de dépopulation sévissant dans les très grandes villes. Roubaix et Tourcoing illustrent les communes qui ont subi les répercussions des restructurations économiques. Depuis 1975, les populations de ces communes décroissent progressivement. Leur dépopulation a par ailleurs, contribué à augmenter artificiellement la part des communes comprises entre 50000 et 100000 habitants. Lille, dans ce contexte a su préserver sa position, les résultats de 1990 confirment une reprise démographique, renforçant son poids dans la région.



Nord ou Pas de Calais, la ville est omniprésente sur le territoire régional. L'encadrement urbain spatialement très étendu laisse très peu d'espaces marginaux. Dans ce cadre, traiter du monde rural et de la santé dans le Nord-Pas de Calais peut paraître absurde, mais les difficultés de la région en matière d'offres de soins sont la preuve que cette absurdité n'est pas fondée. Quatrième puissance démographique en France, le taux de natalité le plus fort ne suffit pas à contrecarrer les difficultés d'un encadrement médical jugé insuffisant. Quels types de rapport peuvent-ils exister entre le monde rural et le monde urbain dans ce contexte ? À quel type d'espace doit-on accorder le sous encadrement médical ? Sur quels principes repose l'offre de soins de la région ? Existe-t-il une situation de surencadrement médical urbain et de sous encadrement rural expliquant la mauvaise situation régionale ? La nature du peuplement et ses caractéristiques sont-elles responsables de cette situation ?

## C - LE PEUPLEMENT DE LA RÉGION NORD-PAS DE CALAIS :

Le peuplement de la région Nord-Pas de Calais (Carte N° 26) est exceptionnellement dense, et s'organise selon quatre modalités :

### ↳ La Nébuleuse urbaine :

Elle concerne à la fois les villes de l'ancien Bassin Minier, de Béthune à l'Ouest, à Valenciennes à l'Est, formant un arc urbain qui domine la partie centrale de la région, et l'ensemble des communes réunies au sein de la Communauté Urbaine de Lille ( C.U.D.L.) où siègent notamment Roubaix, Tourcoing, Villeneuve d'Ascq ..., et prolonge la nébuleuse urbaine vers le Nord de la région.

### ↳ Le Littoral :

Il est constitué des trois principaux ports régionaux que sont Dunkerque, Calais et Boulogne-sur-Mer, tous trois formant des pôles urbains individuels. Puis, se dessine un chapelet de villes assimilées notamment aux différentes «stations balnéaires», elles se concentrent essentiellement au Sud de Boulogne-sur-Mer, parmi lesquelles on peut citer Le Touquet-Paris-Plage, Berck-sur-Mer ...

### ↳ Les pôles isolés :

Ces pôles se répartissent dans le sud de la région, ils concernent les villes d'Arras, Cambrai ...

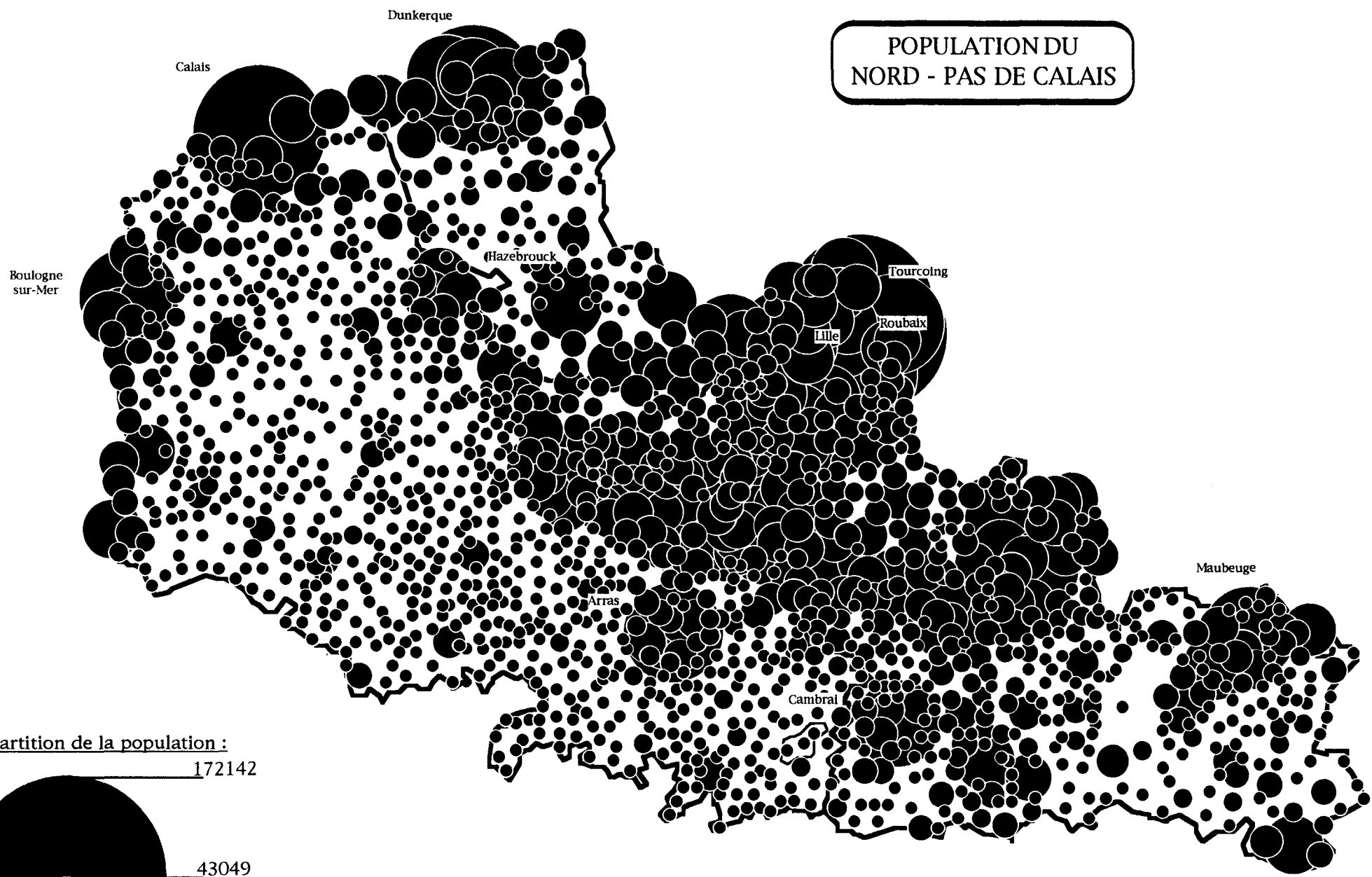
### ↳ Les espace à dominante rurale :

L'extension maximale se tient dans la partie Sud-Ouest de la région, dans le département du Pas de Calais où l'on rencontre principalement de petites communes en milieu rural. Cet espace à dominante rurale s'organise autour de pôles urbains isolés secondaires tels que Saint-Pol-sur-Ternoise, Hesdin, Montreuil... auxquels le qualificatif de centres ruraux peut être attribué.

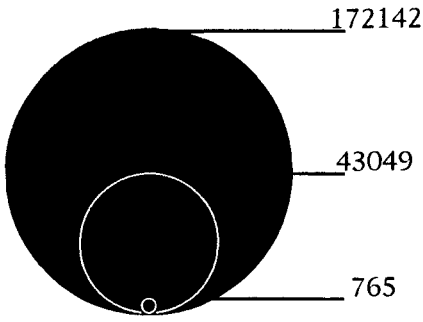
La répartition des densités de population (Carte N° 27) confirme l'existence d'une masse urbaine dans la partie centrale de la région où les densités sont fréquemment supérieures à 500 habitants par km<sup>2</sup>. Par ailleurs, un contraste régional très fort existe entre les zones de fortes densités, tels que la nébuleuse urbaine, le littoral, les pôles isolés et l'espace à dominante rurale où les densités sont beaucoup plus faibles. Ces espaces de faibles densités, en moyenne inférieure à 50 habitants par km<sup>2</sup> se situent principalement dans le département du Pas de Calais, dont la densité moyenne est égale à 215 habitants par km<sup>2</sup>, contre 441 habitants par



# POPULATION DU NORD - PAS DE CALAIS

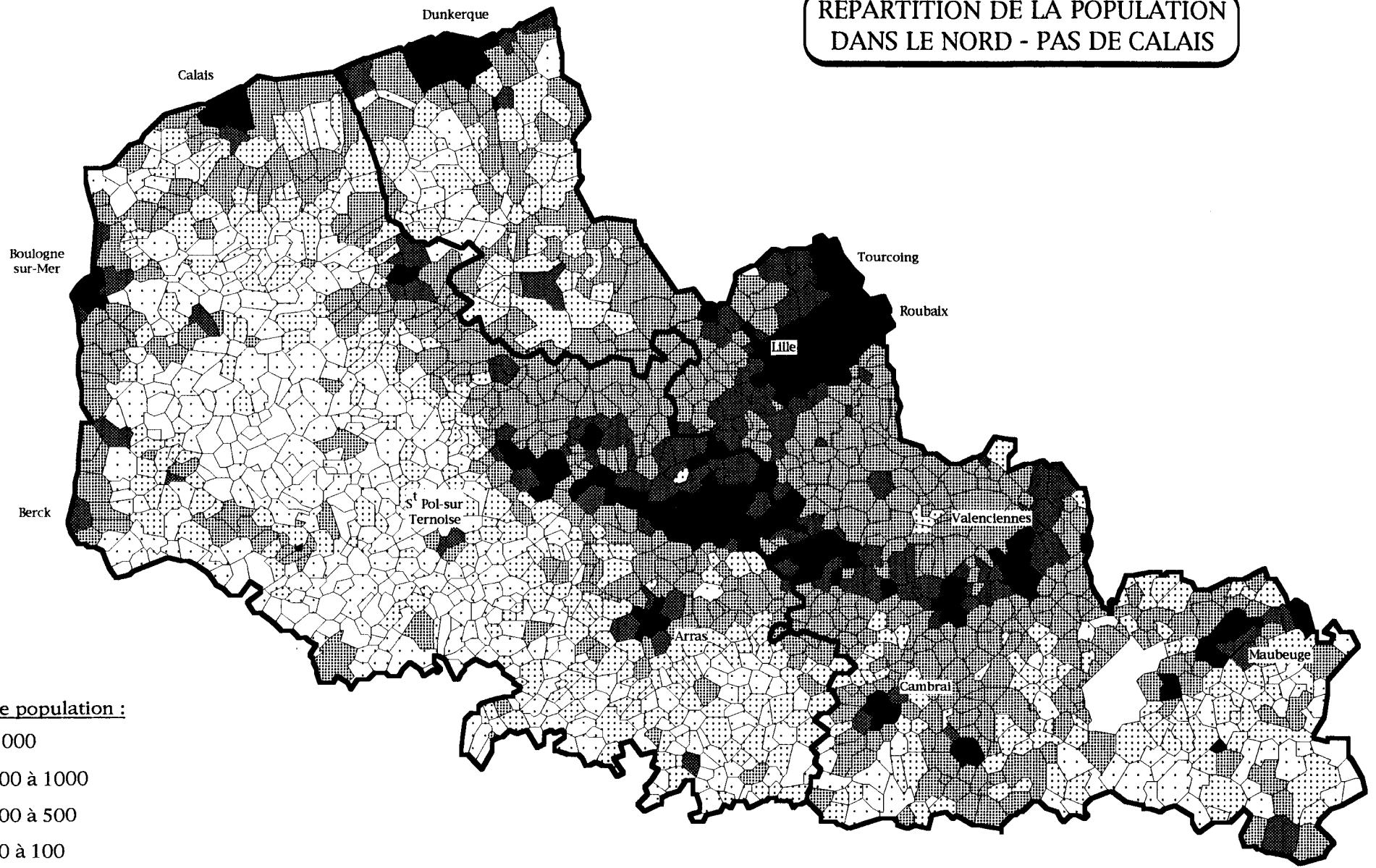


Répartition de la population :



Source : INSEE-RGP 1990

# RÉPARTITION DE LA POPULATION DANS LE NORD - PAS DE CALAIS



**Densité de population :**

- > à 1000
- de 500 à 1000
- de 100 à 500
- de 50 à 100
- de 25 à 50
- < à 25 hab/km<sup>2</sup>

Moyenne régionale : 319  
Moyenne nationale : 104

Source : INSEE-RGP 1990

0 7 14 kms  
Christophe EVRARD, 1996

Carte N° 27

km<sup>2</sup> dans le département du Nord, ils concernent l'Artois, le Ternois, l'Avesnois et la vallée de la Sambre.

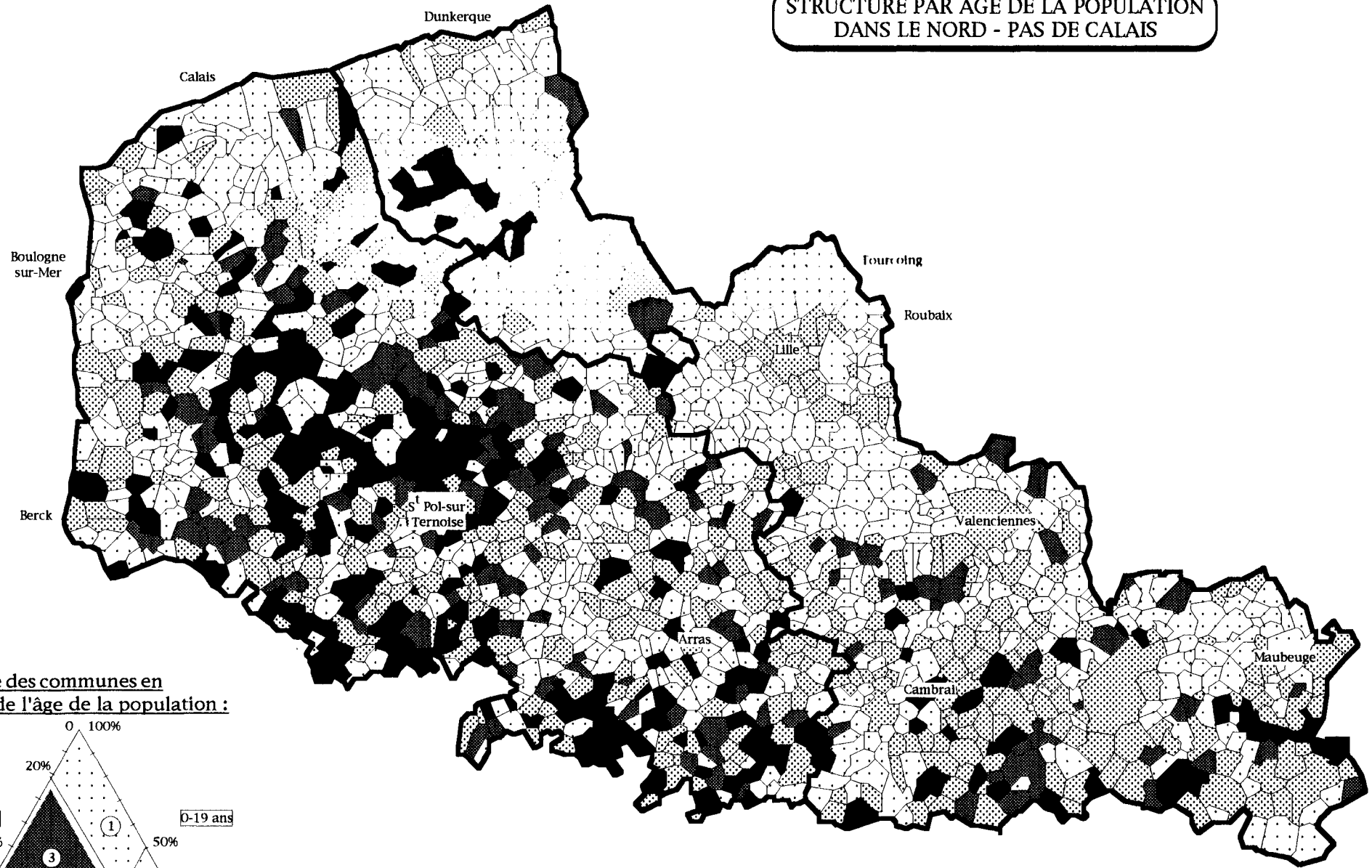
Contrairement aux autres régions précédemment évoquées, la région Nord-Pas de Calais présente les caractéristiques uniques d'une région urbaine. Le contraste le plus marquant est sans doute l'omniprésence de la ville, elle prédispose un rôle majeur dans l'organisation de la région. Quelle est la nature de l'offre de soins dans le monde rural nordiste, si la ville est prédominante ? Existe-t-il une offre de soins rural dans la région Nord-Pas de Calais, ne dépend-t-elle pas exclusivement de la ville ?

#### D - UNE DES POPULATIONS LES PLUS JEUNES DE FRANCE :

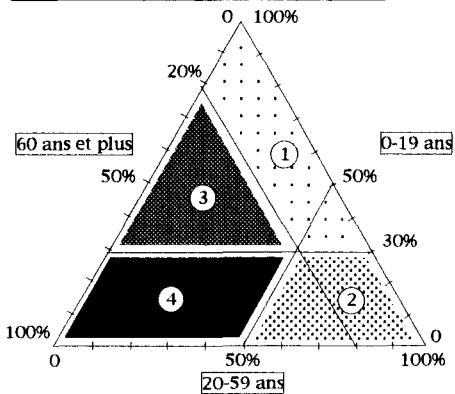
En 1990, les jeunes de moins de 19 ans représentent 31.00% de la population régionale. Cette situation attribuée incontestablement à la région Nord-Pas de Calais le premier rang en France métropolitaine. La jeunesse de la population est une caractéristique très forte au sein de la France du Nord, la Haute Normandie, La Picardie et la Champagne Ardenne suivent le même profil. Toutefois, la répartition des différentes tranches d'âge (Carte N° 28) soulève également l'existence de profonds déséquilibres régionaux auxquels n'échappe pas la région Nord-Pas de Calais. L'attraction et les perspectives d'avenir exercées par le cadre urbain sur les populations jeunes reconduisent une opposition devenue classique entre le monde rural et le monde urbain, entre le Nord et le Pas de Calais.

Le vieillissement prononcé des populations épargne la quasi totalité du département du Nord. En effet, c'est essentiellement dans le Pas de Calais que le vieillissement de la population en tant que caractéristique majeure est le plus visible. Ces territoires se localisent principalement dans la partie Sud-Ouest du Pas de Calais, elles couvrent surtout les régions rurales telles que l'Artois et le Ternois. D'une façon moindre, une bande se dessine également le long de la limite départementale, reproduisant un phénomène constaté dans le département voisin de la Somme (Picardie). Ainsi, il se forme une continuité des territoires entre le Pas de Calais et la Somme où dominent une population âgée. Les communes nordistes offrant une situation similaire sont très faiblement représentées. Deux sites distincts couvrent une partie de la Flandre intérieure (Nord-Ouest du département), et une partie de l'Avesnois (Sud-Est) dont le mouvement est contigu à celui observé dans le département de l'Aisne, au Sud (Picardie), notamment dans la Thiérache. Ces territoires dont la population âgée est un critère de différenciation, s'apparentent essentiellement à des zones rurales et agricoles.

# STRUCTURE PAR AGE DE LA POPULATION DANS LE NORD - PAS DE CALAIS



**Typologie des communes en fonction de l'âge de la population :**



Source : INSEE-RGP 1990

Trop éloignées des centres urbains, elles ne bénéficient ni des retombées démographiques, ni des mouvements d'exurbanisation. Leur situation est aléatoire et semble vouée à une dépopulation naturelle et progressive.

Quant aux sites privilégiés de localisation des populations jeunes et adultes, leur répartition reprend la quasi totalité du département du Nord, et pour le département du Pas de Calais, le littoral, la région de Montreuil, Hesdin, Saint-Pol-sur-Ternoise, celle d'Arras et la partie Sud du Pays minier.

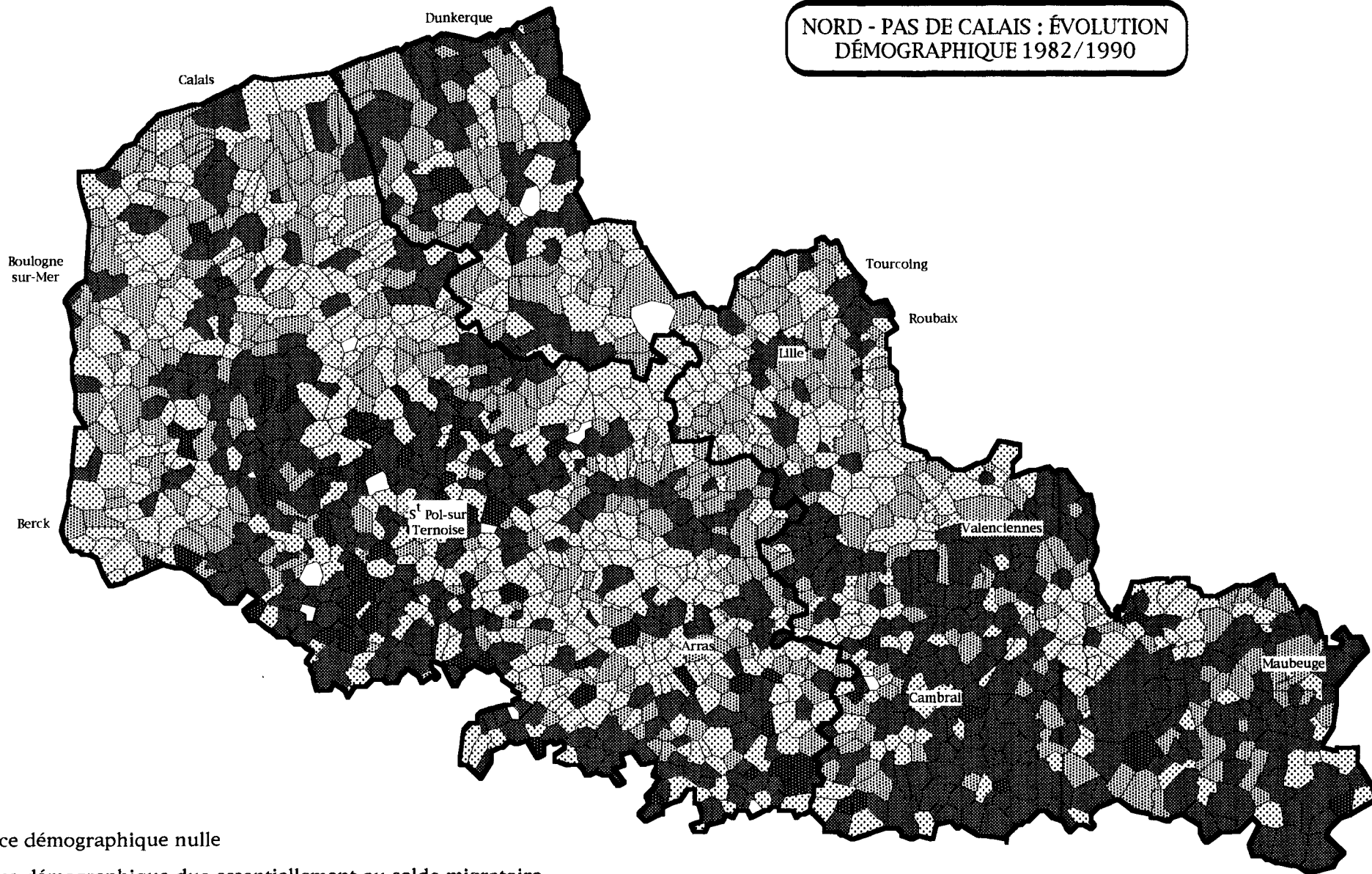
Contrairement aux régions évoquées, le cadre régional du Nord-Pas de Calais lui vaut une position plus favorable. La densité de l'occupation urbaine, le poids des villes, un réseau urbain très développé, une population jeune... déterminent des conditions privilégiées limitant la formation de zones marginales. Toutefois, les dynamiques démographiques noircissent cette apparente unité, et laissent présager un territoire morcelé.






#### E - UNE ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE RÉVÉLATRICE DES DISPARITÉS SPATIALES :

La région Nord-Pas de Calais, comme la Champagne Ardenne dispose d'un équilibre démographique fragile. Pour la période 1982-1990, le taux de variation de la population atteint +0.10%, situation maintenue par les effets compensatoires du solde naturel. Toutefois, une natalité en baisse, une émigration progressante préfigurent un avenir incertain pour la région. Mais la situation prend une ampleur différente à l'échelle locale (Carte N° 29), et participe activement au morcellement du territoire régional.

Entre 1982 et 1990, près de 40.00% des communes de la région Nord-Pas de Calais ont connu un taux de variation de la population négatif. Or ces mouvements de dépopulation opèrent une sélection spatiale rigoureuse, touchant des espaces spécifiques. Deux sites d'extension majeurs se dégagent. Le premier site se localise dans la partie Sud-Est du département du Nord, et qualifie à la fois d'anciens sites industriels, tels que le Valenciennois, la vallée de la Sambre, le Cambrésis ..., et des régions rurales telles que l'Avesnois-Thiérache. Les mouvements de dépopulation apparus dans ces régions s'expliquent essentiellement par un excédent d'émigrants, et des mouvements naturels insuffisants pour pallier aux déficits. Le second site se situe dans la partie Sud-Ouest du département du Pas de Calais, couvrant les régions rurales de l'Artois et du Ternois, et se divulgue le long de la limite départementale avec la Somme (Picardie) où s'opèrent des mouvements de population similaires.

NORD - PAS DE CALAIS : ÉVOLUTION  
DÉMOGRAPHIQUE 1982/1990



-  Croissance démographique nulle
-  Croissance démographique due essentiellement au solde migratoire
-  Croissance démographique due essentiellement au mouvement naturel
-  Décroissance démographique due essentiellement au solde migratoire
-  Décroissance démographique due essentiellement au mouvement naturel

Source : INSEE-RGP 1990

0 7 14 kms  
Christophe EVRARD, 1996

Carte N° 29

Les flux migratoires sont responsables comme dans le Nord des décroissances démographiques. Toutefois les conséquences négatives liées au mouvement naturel (excédent de décès sur les naissances) sont à signaler, ils révèlent une situation classique des zones rurales éloignées des centres urbains. En dehors des deux sites majeurs, des espaces de décroissance démographique s'éparpillent sur le territoire, notamment le littoral nordiste (Dunkerque), le versant Est de la Communauté Urbaine de Lille (Roubaix, Tourcoing ...), la région de Douai-Lens... Néanmoins, plus de 60.00% des communes de la région ont affiché un taux de variation de la population positif pour la période 1982-1990.

Les excédents dégagés par les flux migratoires expliquent majoritairement la positivité des taux de variation des populations. Dans 60.00% des cas, l'accroissement de population sur la période 1982-1990 est due aux excédents migratoires. Ces sites se rencontrent indifféremment dans le Nord et le Pas de Calais. Ils se situent principalement aux périphéries de la nébuleuse urbaine (Communauté urbaine de Lille et pays minier), et le long du littoral (Pas de Calais). Par ailleurs, la croissance démographique due au mouvement naturel qualifie des situations plus ponctuelles, et concernent par exemple Lille, Villeneuve d'Ascq, Armentières...

L'héritage industriel a profondément marqué le paysage urbain de la région Nord-Pas de Calais. Toutefois, les phases successives liées à la crise structurelle ont accéléré les mouvements de redistribution des populations. La trame urbaine est restée en place mais elle est sujette à de nombreuses fluctuations. Ce sont essentiellement les mouvements migratoires responsables de cette situation, opérant une sélection spatiale intense. De plus, nombreuses sont les communes dont la situation démographique repose sur un équilibre fragile maintenu par les mouvements compensatoires du solde naturel. Néanmoins, la région Nord-Pas de Calais entre dans une phase de transition, et évolue de plus en plus vers la moyenne nationale. Quelles seront alors les répercussions sur ces communes et sur l'offre de soins ? Comment dans ce contexte, le système de santé s'est-il comporté ? Une redistribution de l'offre de soins s'est-elle opérée ? Comment l'offre de soins s'est-elle comportée au sein de zones jadis peuplées, dynamiques, et sujettes actuellement à d'importants mouvements de dépopulation ? Le peuplement et les dynamiques démographiques consolident l'existence de territoires privilégiés, confirmés par les comportements théoriques de la population active.

## F. UNE APPROCHE THÉORIQUE DES COMPORTEMENTS DE LA POPULATION ACTIVE :

Les comportements théoriques de la population active dans le Nord-Pas de Calais (Carte N° 30), confortent la position hégémonique tenue par quelques pôles urbains dans l'organisation régionale. De plus, ils réaffirment l'opposition structurelle entre le Pas de Calais, département plus agricole, et le Nord, département regroupant l'essentiel des pôles d'activités régionaux. Quatre grands types d'organisation du territoire se dégagent :

### ↳ Les espaces «à polarisation induite» :

L'étendue et la densité du phénomène urbain dans la région Nord-Pas de Calais se manifeste par une plus grande variété de sous types, synonyme d'une organisation régionale plus complexe, quatre formes dominant :

#### ↳ Le pôle urbain multicéphale :

Il correspond à une délimitation plus large de la Communauté Urbaine de Lille, il regroupe 4 des 14 pôles urbains comptant plus de 5 000 emplois, à savoir : Lille, Villeneuve d'Ascq, Roubaix et Tourcoing.

#### ↳ Le Pays minier :

Cet arc central s'étend de Béthune à l'Ouest, jusqu'à Valenciennes à l'Est, il compte 4 pôles urbains regroupant plus de 5000 emplois, il s'agit de Béthune, Lens, Douai et Valenciennes.

#### ↳ Les pôles littoraux :

Ils sont constitués des 3 ports régionaux : Dunkerque, Calais et Boulogne sur Mer, soit 3 pôles urbains regroupant au moins 5000 emplois et dont le rayonnement se limite aux franges littorales.

#### ↳ Les pôles urbains isolés :

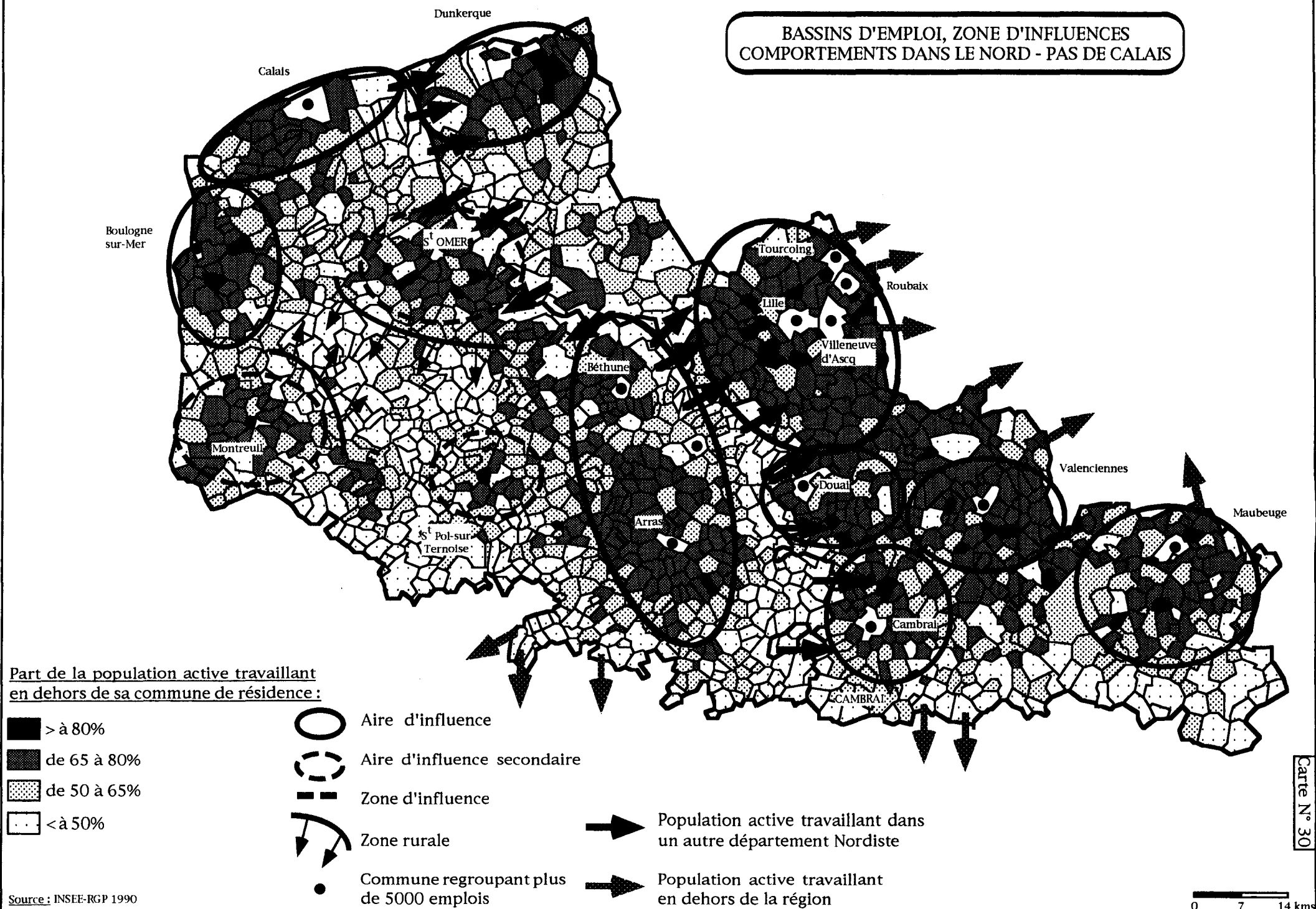
Ils ont pour particularité de se situer aux marges des aires urbaines, dans les zones rurales. Arras, Cambrai et Maubeuge en sont les principaux illustres, et regroupent chacun au moins 5000 emplois sur leur territoire.

### ↳ Les espaces «à polarisation volatile» :

Ces espaces interstitiels, localisés entre les aires polarisées, sont de nature difficile à appréhender tant les situations sont variées. L'extension des aires d'influence, la forte urbanisation, le réseau dense de voies de communication...



BASSINS D'EMPLOI, ZONE D'INFLUENCES  
COMPORTEMENTS DANS LE NORD - PAS DE CALAIS



Source : INSEE-RGP 1990

0 7 14 kms  
Christophe EVRARD, 1996

Carte N° 30

offrent aux communes situées dans ces espaces un choix multiple de possibilités. Les triangles Douai, Arras, Cambrai ou Boulogne-sur-Mer, Calais, Saint Omer en sont quelques illustrations. Ces espaces qualifient par ailleurs des zones où la population active se déplace en dehors de sa commune et de son département de résidence. Ils se situent exclusivement dans le Pas de Calais, de façon homogène tout le long de la limite départementale.

↳ Les espaces «auto-polarisés» :

Aucun pôle urbain offrant au moins 5000 emplois n'apparaît dans ces espaces à dominante rurale, seules quelques villes, véritables centres ruraux offrent un semblant de polarisation. Saint-Pol-sur-Ternoise, le couple Arques, Saint-Omer illustrent cette situation. Par ailleurs, ces espaces se singularisent également par une forte proportion de communes dont plus de 50.00% de la population active est principalement employée dans la commune de résidence. Les sites privilégiés couverts se situent principalement au Sud-Ouest du département du Pas de Calais, dans l'Artois et le Ternois.

## Conclusion :

La région du Nord-Pas de Calais appartient comme ses homologues «au croissant fertile», elle dispose ainsi d'une part importante de population très jeune. Toutefois, contrairement aux autres régions, l'armature urbaine régionale n'est pas dominée par une surreprésentation de communes de petite taille. En effet, le trait dominant de la région Nord-Pas de Calais repose sur le formidable développement du fait urbain. La ville est un phénomène omniprésent au sein de l'espace régional, justifiant le qualificatif de région urbaine. La région Nord-Pas de Calais affiche une situation inverse de celle rencontrée en Champagne Ardenne. Elle prédispose également des répercussions sur l'organisation du système de soins dans sa globalité. Toutefois, le développement urbain n'étant pas constant, deux faits essentiels peuvent être différenciés.

Le premier traduit l'émergence d'une nébuleuse urbaine, fruit de la combinaison de différents axes majeurs de peuplement. Elle regroupe à la fois les villes de l'ex-bassin minier, de Béthune à l'Ouest à Valenciennes à l'Est, l'ensemble des villes formant la Communauté Urbaine de Lille, au sein de laquelle se situent les villes de Roubaix, Tourcoing, Villeneuve d'Ascq... L'espace ainsi défini se différencie par de très fortes densités de population, des populations jeunes et une croissance démographique épargnant cependant le bassin minier et autres pôles urbains en reconversion.

Le second fait repose sur l'existence de différents pôles urbains isolés, structurant les espaces concernés. Dunkerque, Calais, Boulogne-sur-Mer, Arras, Cambrai en sont les principaux. Leurs conditions de développement sont similaires à celles énumérées précédemment, seule l'échelle varie. Toutefois, ces pôles urbains contribuent à l'extension et à la diffusion des faits urbains au sein des territoires.

L'omniprésence de la ville dans la région Nord-Pas de Calais est une donnée essentielle de la morphologie régionale, et prédispose deux conséquences majeures. La première conséquence prévoit que toutes les conditions sont réunies, en théorie, pour permettre une diffusion massive du système de soins au sein des territoires. La deuxième conséquence repose sur la réalité du monde rural dans un tel contexte de développement urbain.

#### IV - CONCLUSION : LES DIFFICULTÉS DE CERNER LA RÉALITÉ DU MONDE RURAL DANS LA FRANCE DU NORD:

Les analyses préliminaires effectuées à partir des données issues du recensement de la population de l'INSEE traduisent d'une part la diversité des espaces, et d'autre part la difficulté d'élaborer une typologie objective. En effet, la difficulté tient de l'isolement du monde rural proprement dit. Quels principes peut-on retenir pour définir le caractère rural des communes, tout en tenant compte des phénomènes récents de la croissance urbaine (exurbanisation, rurbanisation, périurbanisation ...) ? Deux hypothèses de définition ont été tirées des problématiques adoptées et réalisées.

##### A - L'ANALYSE EN COMPOSANTE PRINCIPALE : UNE VISION GLOBALE DE LA PROXIMITÉ ENTRE LES COMMUNES :

Les résultats émanants de l'analyse en composante principale réalisée dans le premier chapitre offrent une synthèse des conditions de proximité et d'éloignement des communes dans l'espace. La recherche des critères de différenciation les plus probants ont permis la description de trois grands types d'organisation de l'espace :

- ① «LES RÉGIONS DÉMOGRAPHIQUES DYNAMIQUES» :
  - ↳ L'espace Nordiste :
  - ↳ L'espace Normand :
  - ↳ L'espace Sud-Picard :
  
- ② «LES AIRES DÉMOGRAPHIQUES DYNAMIQUES POLARISÉES» :
  - ↳ Les polarités simples :
  - ↳ Les polarités multiples :
  
- ③ «LES RÉGIONS EN DÉSÉQUILIBRE DÉMOGRAPHIQUE» :
  - ↳ Arc Nord : frontière entre les aires d'influence Nordistes et Parisiennes :
  - ↳ Arc Champardennais : bastion de l'agriculture :
  - ↳ Le Sud et le Nord-Est Normand :

Toutefois, le rendu issu de l'analyse introduit parfois des biais, et la distinction entre le monde rural et le monde urbain perd de sa signification. En effet, la taille des communes, par exemple, ne s'est pas révélée être un critère majeur de différenciation spatiale, elle amplifie simplement les phénomènes. Les données représentatives des dynamismes démographiques se sont, au contraire, révélées les plus discriminantes. Cependant, des communes peu peuplées ou très peuplées, proches ou éloignées peuvent obtenir des coordonnées très proches, significatives de situations similaires. Le lissage opéré par le traitement ne peut dans ce cas répondre à l'attente d'un découpage précis. La perte d'informations, les biais introduits ne peuvent permettre d'élaborer une typologie cohérente des territoires. Toutefois d'autres méthodes peuvent contribuer à éclairer cette situation, notamment celle de la régionalisation.

#### B - RÉGIONALISATION DES CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES DANS LA FRANCE DU NORD :

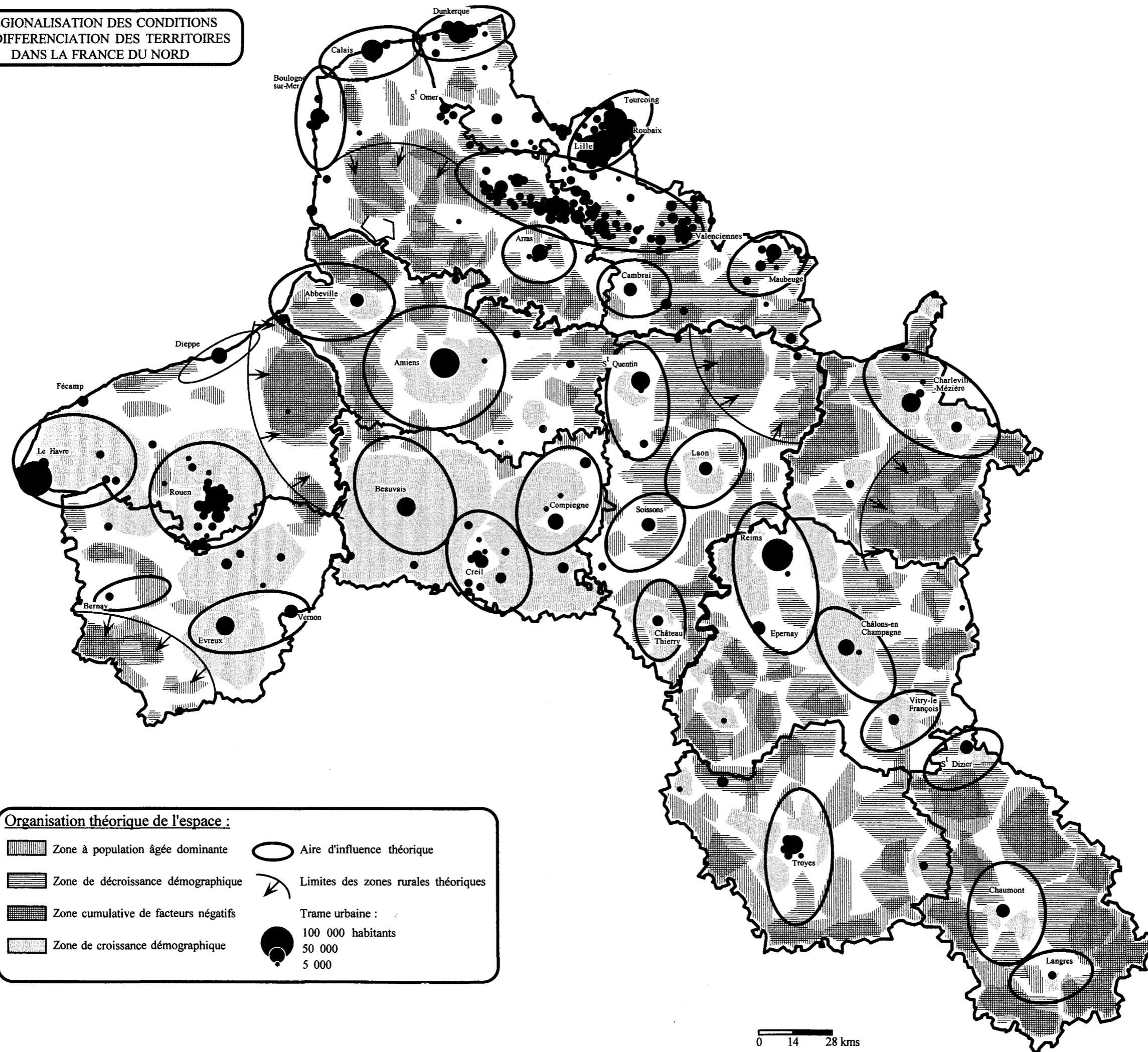
La méthode de régionalisation retenue est celle évoquée notamment dans l'ouvrage de P. Claval <sup>17</sup>, elle consiste à utiliser la carte en tant qu'outil de la régionalisation. La production d'une vision synthétique d'un territoire s'appuie ainsi sur une série de cartes portant des variables préalablement sélectionnées. Le principe de la régionalisation repose sur une partition de l'espace entre différents ensembles portant telles ou telles variables. Par ailleurs, les exemples proposés notamment dans l'ouvrage de J. Bonnamour <sup>18</sup> ont profondément influencé le choix de la démarche. Les différentes séries de carte régionale élaborées dans ce chapitre servent de base à la régionalisation de l'espace dans la France du Nord. Le principe consiste à ne retenir que le trait démographique dominant afin de permettre une vue synthétique de l'espace, et d'aboutir à un isolement du monde rural. Les populations âgées de plus de 60 ans, les zones de croissance et de décroissance démographique, les aires d'influence théorique et les communes de plus de 5000 habitants font partie des variables essentiellement retenues dans le cadre de la régionalisation. Il en découle une régionalisation théorique de l'espace (Carte N° 31), toutefois les résultats obtenus ne permettent qu'une délimitation sous forme de trois ensembles.

---

(17) Claval (P.), 1993 : Initiation à la géographie régionale. Nathan Université

(18) Bonnamour (J.), 1993 : Géographie rurale, Position et méthode.

REGIONALISATION DES CONDITIONS  
DE DIFFERENCIATION DES TERRITOIRES  
DANS LA FRANCE DU NORD



**Organisation théorique de l'espace :**

	Zone à population âgée dominante		Aire d'influence théorique
	Zone de décroissance démographique		Limites des zones rurales théoriques
	Zone cumulative de facteurs négatifs		Trame urbaine :
	Zone de croissance démographique		100 000 habitants
			50 000
			5 000

0 14 28 kms

① «LES RÉGIONS À FACILITÉS» :

Elles qualifient les espaces de croissance démographique organisés en fonction du dessin de la trame urbaine. Ce sont essentiellement les espaces périphériques, ils profitent des retombées directes des noyaux urbains et de l'engouement croissant pour les phénomènes d'exurbanisation et de rurbanisation. En dehors du cas particulier représenté par le pays minier, dans la région Nord-Pas de Calais, où les conditions locales expliquent une décroissance, les villes engendrent des espaces de croissance démographique périphérique. Au contraire, l'Oise illustre la position extrême d'une croissance généralisée sur la quasi totalité du département.

② «LES RÉGIONS À CONTRAINTES» :

Elles concernent des territoires où sévissent des critères démographiques particuliers. La surreprésentation de population âgée, les espaces de décroissance démographique en sont quelques exemples. Le terme de contrainte qualifie essentiellement les espaces cumulant les deux critères, et s'apparentant de plus en plus aux critères classiques de définition des espaces ruraux. Le Sud-Ouest de l'Eure, le Nord-Est de la Seine Maritime et son prolongement vers la Somme, Le Nord de l'Aisne, le Sud-Ouest du Pas de Calais, le Sud-Est du Nord, l'Est des Ardennes et de la Marne, le Sud-Ouest de l'Aube, l'Est de la Haute Marne... sont quelques exemples de ces espaces cumulatifs.

③ «LES RÉGIONS SANS SIGNES PARTICULIERS» :

L'extrême diversité des situations attribue à certains territoires un paysage hétérogène ne pouvant entrer dans aucune catégorie. Ces espaces, souvent transitoires, ne présentent pas de critères particuliers, et multiplient à souhait les combinaisons possibles.

De l'analyse en composante principale à la régionalisation, les territoires se découvrent sans pour autant se livrer complètement. Chaque technique apporte une vision particulière des territoires, et contribue à en améliorer la perception. Toutefois, elles demeurent approximatives tant les situations sont extrêmement variées. La fluctuation d'une variable aboutit à la naissance d'un sous type particulier, à l'extrême, chaque commune est quasiment un cas particulier. Les regroupements, les typologies ont trop tendance à lisser l'information, et l'individualisation du monde rural, du monde urbain deviennent de plus en plus floues.

L'approche multi-critères telle qu'elle a été menée, ne suffit plus pour qualifier des espaces de plus en plus imbriqués. L'exurbanisation, la rurbanisation, la dilution des phénomènes urbains compliquent de plus en plus les territoires. Comment dans ce contexte, peut-on définir le monde rural, et aborder l'offre de soins, tout en respectant la diversité des espaces ? Est-il possible d'utiliser d'autres critères pour rendre plus plausible la dichotomie rural et urbain ? Existe-t-il un ou plusieurs critères révélateurs à la fois de la hiérarchie urbaine, de l'organisation régionale, du rôle des petites villes, de la dichotomie rural, urbain ..?



TROISIEME CHAPITRE : LA DISTANCE  
D'ACCES AUX SOINS : PROPOSITION  
D'UN NOUVEAU DÉCOUPAGE DES  
TERRITOIRES

## Introduction :

L'approche des systèmes de soins dans le monde rural soulève le problème du choix méthodologique à appliquer pour définir les communes dites rurales. Quelles sont les critères de définition à retenir pour justifier la dichotomie entre le rural et l'urbain ? Que définit-on par rural ? Quelle réalité structurelle recouvre le fait rural ? L'étude de la santé dans le monde rural suppose donc l'établissement d'une typologie révélatrice des relations existantes entre les différents types d'espaces, en utilisant des critères différents de ceux employés habituellement. Quelles sont les communes considérées comme rurales, à quel degré ? Quel est ou quels sont les critères à retenir pour la réalisation de la classification ? Faut-il opter pour une classification classique à un seul critère ou pour une classification multi-critères ? Existe-t-il des typologies préétablies ? Répondent-elles aux attentes de la recherche engagée ?

Dans ce contexte, l'existence d'un «flou méthodologique <sup>19</sup>» est reconnu, rendant la réalité des espaces ruraux difficiles à appréhender. Nombreux sont les auteurs qui ont concouru à l'élaboration de paramètres, de typologies permettant de définir les espaces ruraux. Chacun retient en fonction de ses motivations de recherche les facteurs les plus appropriés, mais chaque définition répond à un objectif précis. Dans le cadre de l'étude, deux impératifs s'imposent, tenir compte à la fois de l'étendue de la France du Nord et de la variété de ses espaces ruraux, et les critères relatifs à l'offre de soins.

---

(19) J.F. Poncet, H. Haenel, J. Huchon, R. Duluart : L'avenir de l'espace rural français

I - «LA CAMPAGNE FRANCAISE EST UNE HEUREUSE  
DIVERSITÉ» 20 :

Le «flou méthodologique» évoqué précédemment se confirme dans le choix méthodologique à adopter. Deux grands principes s'affrontent ou se complètent, ils prônent d'une part les typologies mono-critères, et d'autre part les typologies multi-critères.

A - LES TYPOLOGIES MONO-CRITERES :

De par leur simplicité, ces typologies sont souvent employées. Elles sont principalement élaborées à partir de critères démographiques issus des recensements de population, les effectifs de population et les densités de population en sont quelques illustrations.

1.- Les seuils de population :

Differents seuils numériques sont ainsi constitués, parmi ceux les plus fréquemment utilisés, nous pouvons retenir celui de l'INSEE. Il repose sur la reconnaissance du seuil numérique de 2000 habitants en tant que seuil de distinction entre les communes rurales et les communes urbaines. Toutes les communes dont la population est inférieure à ce seuil, et n'appartenant pas à une unité urbaine, sont considérées comme rurale. L'utilisation du seuil de population est d'un usage très pratique, toutefois sa simplicité montre vite ses limites. En effet, il n'est pas un critère révélateur des situations réelles, ni des dynamiques urbaines. Ce seuil arbitraire, n'est en aucun cas révélateur de l'extrême variété des situations. Le seuil de 2000 habitants recouvre des situations très variées, et ne peut en aucun cas contribuer à considérer de rural toutes les communes de moins de 2000 habitants. Par ailleurs, de 2000 à 5000 habitants, la nuance reste difficile à saisir. De par leur encadrement, des communes de 2000 habitants peuvent être considérées moins rurales que des communes de 5000 habitants.

Dans les années 1970, la commission de l'espace rural du VI<sup>ème</sup> Plan <sup>21</sup> préconisait le dépassement du seuil de ruralité des 2000 habitants, jusque 5000, voire 10000 habitants.

---

(20) B. Kayser : Naissance de nouvelles campagnes

(21) B. Kayser : La renaissance rurale, Sociologie des campagnes du monde occidental

Dans les années 1980, D. LEVY <sup>22</sup> adopte le seuil des 5000 habitants, comme seuil de délimitation des communes rurales, H. Mendras <sup>23</sup> estime que le seuil de l'INSEE pourrait être amené à 15000 habitants. L'adoption d'un seuil numérique semble ainsi très controversé, de 2000 à 15000 habitants, la marge de délimitation reste floue.

## 2.- Les seuils relatifs aux densités de population :

La densité de population est un des critères utilisé dans l'étude des espaces ruraux. Le seuil de 18 habitants par km<sup>2</sup> représente la limite de densité de population en dessous de laquelle les communes entrent dans une zone de non retour, amorçant une dévitalisation progressive, aboutissant à une désertification inéluctable <sup>24</sup>. Or, on dénombre 1 535 communes (plus de 20.00%), comptant moins de 18 habitants par km<sup>2</sup> dans la France du Nord. D'autres études retiennent le seuil de 25 habitants par km<sup>2</sup>, ce seuil délimite notamment les communes dites de faibles densités, elles représentent près de 32.00% dans les territoires étudiés.

Par ailleurs, de nombreux critères démographiques ou autres conduisent fréquemment à une opposition monde rural et monde urbain. C'est le cas des classes d'âges avec une surreprésentation des personnes âgées, des revenus imposables moins élevés ...

Mais la complexité et la variété des situations rencontrées conduisent à délaisser ces seuils préconçus. Le monde rural est «victime» d'une évolution très rapide, qui a entraîné «la quasi disparition de ce qui caractérisait au point de les définir, les communautés rurales (...) <sup>25</sup>». Le monde rural change, «la campagne redevient un lieu de vie plus qu'un lieu de production agricole <sup>26</sup>». Cette «métamorphose» du monde rural n'est pas généralisée, les configurations régionales sont très diverses, ce qui conduit à opter pour une définition multi-critères. Comme le précise J. Bonnamour <sup>27</sup> : «notre mission demeure la connaissance de ce kaléidoscope des multiples visages des espaces ruraux».

---

(22) D. Levy : Les médecins dans les zones rurales

(23) H. Mendras : cité dans l'Avenir de l'Espace rural français

(24) J.F. Poncet, H. Haenel, J. Huchon, R. Duluart : L'avenir de l'espace rural français

(25) A. Brun : Naissances de nouvelles campagnes

(26) H. Mendras : cité dans l'Avenir de l'Espace rural français

(27) J. Bonnamour : Géographie rurale, Position et méthode

## B - LES TYPOLOGIE MULTI-CRITERES :

### 1.- Le constat actuel :

L'évolution actuelle de la société conduit à privilégier une approche multi-critères afin d'être le plus près possible de la réalité. La dichotomie espace rural et espace urbain semble remise en cause par un phénomène marqué par «l'interpénétration et l'interdépendance entre les deux territoires <sup>28</sup>». La mobilité de la population, la diffusion des modes de consommation, le retour vers des valeurs naturelles... conduisent à une profonde mutation des espaces ruraux dont les caractéristiques dépendent de l'agencement de différents critères.

Dans cette perspective, l'INSEE, à partir de 1962, a établi les Zones de Peuplement Industriels et Urbains (Z.P.I.U.), délimitation de zones dans lesquelles il est tenu compte des relations entre les communes, notamment par le biais des migrations pendulaires. Dans les statistiques apparaît la distinction commune rurale dans et hors Z.P.I.U. Mais la croissance urbaine est telle que ces espaces définis deviennent obsolètes, tant les Z.P.I.U. se sont étalées dans l'espace. En 1990, la quasi totalité de la région Nord-Pas de Calais est une Z.P.I.U. Spatialement, les Z.P.I.U. ne présentent qu'un intérêt secondaire, d'où la recherche d'un nouveau concept par l'INSEE, gravitant autour des Aires d'attraction urbaines.

Nombreux sont les auteurs qui élaborent des classifications multi-critères des espaces ruraux, on peut retenir celle proposée par B. Kayser <sup>29</sup>, qui classe les espaces ruraux en trois grandes catégories :

↳ Les espaces ruraux dépeuplés, marginalisés : ces espaces en voie de dépeuplement et d'abandon qualifient essentiellement des communes de faible taille, (moins de 50 habitants), et de faible densité de population (inférieur à 5 habitants par km<sup>2</sup>). Ce sont des villages où toute trace de vie humaine disparaît pendant les trois quarts de l'année.

↳ Les espaces ruraux périurbains : les communes concernées connaissent une forte croissance urbaine, avec une attirance de non-ruraux qui se déplacent à la ville pour travailler.

---

(28) Y. Janvier : Naissance de nouvelles campagnes

(29) B. Kayser : Naissance de nouvelles campagnes

Une grande mobilité et une très forte densité de population (en moyenne 210 habitants par km<sup>2</sup>) qualifient ces communes qui profitent des opportunités et des avantages qu'offre la ville proche.

↳ Les Campagnes vivantes : ces communes sont complètement intégrées par rapport à l'utilisation du sol, elles sont concernées par la production agricole, le tourisme vert ...

Cette typologie reflète une des possibilités de description des espaces ruraux, elle repose sur des critères socio-démographiques. Toutefois, elle n'est pas applicable en ces termes pour l'étude envisagée. De toutes les typologies préétablies, aucune ne répond de façon satisfaisante à la problématique envisagée, et conduit ainsi vers une approche différente des espaces ruraux.

## 2. - «Les espaces ruraux vue autrement» :

Dans l'ensemble, les typologies proposées reposent principalement sur des critères démographiques, liés aux caractères de la population (les densités, les effectifs, les classes d'âge, les comportements démographiques ...). Les analyses préliminaires oeuvrées dans ce sens, elles ont ainsi démontré l'impact de ces variables pour la compréhension des territoires. L'analyse multivariée, la régionalisation, bien qu'ayant contribué à améliorer la perception des territoires et de préciser la nature des conditions de développement de l'offre de soins, ont démontré la difficulté de concevoir une typologie objective des espaces. L'emploi de données démographiques associé à la variété des territoires conduit, et heureusement, à des configurations spatiales variées et complexes issues du jeu des variables. Par ailleurs, outre les conditions liées à la nature du peuplement, les conditions d'accès aux soins demeurent la priorité absolue. La solution envisagée consiste donc à concevoir une typologie des espaces, en privilégiant des données relatives aux conditions d'accès aux soins.

## II - LA DISTANCE D'ACCES AUX SOINS : UN FACTEUR SPATIAL PERTINENT :

La distance d'accès aux soins est un indicateur pertinent, révélateur à la fois de la répartition des acteurs du système de soins sur le territoire, mais aussi de la hiérarchisation et de l'organisation des espaces.

### A - LA DISTANCE D'ACCES AUX SOINS DANS LA FRANCE DU NORD :

#### 1. - Un contexte de sous encadrement médical :

Les distances d'accès à quelques praticiens libéraux témoignent d'une situation d'infériorité de la France du Nord vis à vis du contexte national. Elles traduisent une hiérarchisation des soins, ayant pour base les soins de proximité (inférieurs à 1.50 kilomètres) parmi lesquels s'inscrivent les généralistes libéraux, mais également les infirmières, les kinésithérapeutes... Puis succèdent les soins courants, jusque 5, 6 kilomètres pour les gynécologues, les cardiologues... et jusque 9.00 kilomètres pour les dermatologues, les pédiatres... La distance d'accès aux pneumologues traduit un seuil de transition vers des disciplines plus spécialisées notamment hospitalières, engendrant un allongement des distances.

Tableau N° 23 : Quelques exemples de distances d'accès (en kilomètres) :

Médecins libéraux	France	France du Nord	Haute Normandie	Picardie	Champagne Ardenne	Nord - Pas de Calais
Généraliste	0.57	3.48	3.36	3.53	4.63	2.10
Cardiologue	5.80	13.85	13.52	13.51	18.77	8.52
Dermatologue	6.24	15.15	12.73	15.20	20.71	10.33
Gastro Entérologue	7.43	16.68	14.36	17.40	21.46	11.79
Pneumologue	9.22	19.58	17.94	19.71	19.718	13.23

Sources : CREDES 1990, IGN 1990  
SESI - Fichier ADELI 1990

La situation la plus paradoxale repose sur le médecin généraliste libéral. À priori, ce type de pratique médicale qualifie essentiellement les soins de proximité. Les médecins généralistes libéraux sont les premiers acteurs de la santé sur le terrain, les plus proches par vocation de la population. Ils sont les plus nombreux, les plus répandus. En cas de recours, c'est la première personne consultée.

Pourtant, le constat est flagrant, la distance moyenne d'accès à un généraliste libéral est de 0.57 kilomètres en France métropolitaine contre 3.50 kilomètres dans la France du Nord. La situation de la Haute Normandie et de la Picardie est proche, mais la distance d'accès reste six fois supérieure à la moyenne française. La Champagne Ardenne est «victime» de l'immensité de son territoire d'où un allongement de la distance d'accès, elle atteint 4.63 kilomètres. Dans ce contexte, la situation du Nord-Pas de Calais se révèle également paradoxale puisque la distance d'accès est de 2.10 kilomètres, contredisant théoriquement les débats sur le sous encadrement régional, toutefois, cette distance est également révélatrice de l'ampleur de la concentration des praticiens et du trait urbain de la région.

Contrairement aux idées préconçues, le déséquilibre est moins considérable concernant les quelques spécialités médicales. Les distances se sont allongées, en fonction d'une distribution moins élargie, toutefois les écarts vis à vis du cadre national n'atteignent pas des proportions aussi importantes. En moyenne, la distance d'accès pour l'une des quatre spécialités est deux fois plus importante dans la France du Nord que dans le contexte national. De plus, les comportements régionaux soulignés précédemment se renouvellent. Ils confirment la situation proche de la Haute Normandie et de la Picardie, l'allongement des distances pour la Champagne Ardenne et la position paradoxale du Nord-Pas de Calais. Toutefois, l'intérêt des distances d'accès aux soins prend toute sa signification dans un contexte local révélateur des disparités spatiales d'accès aux soins.

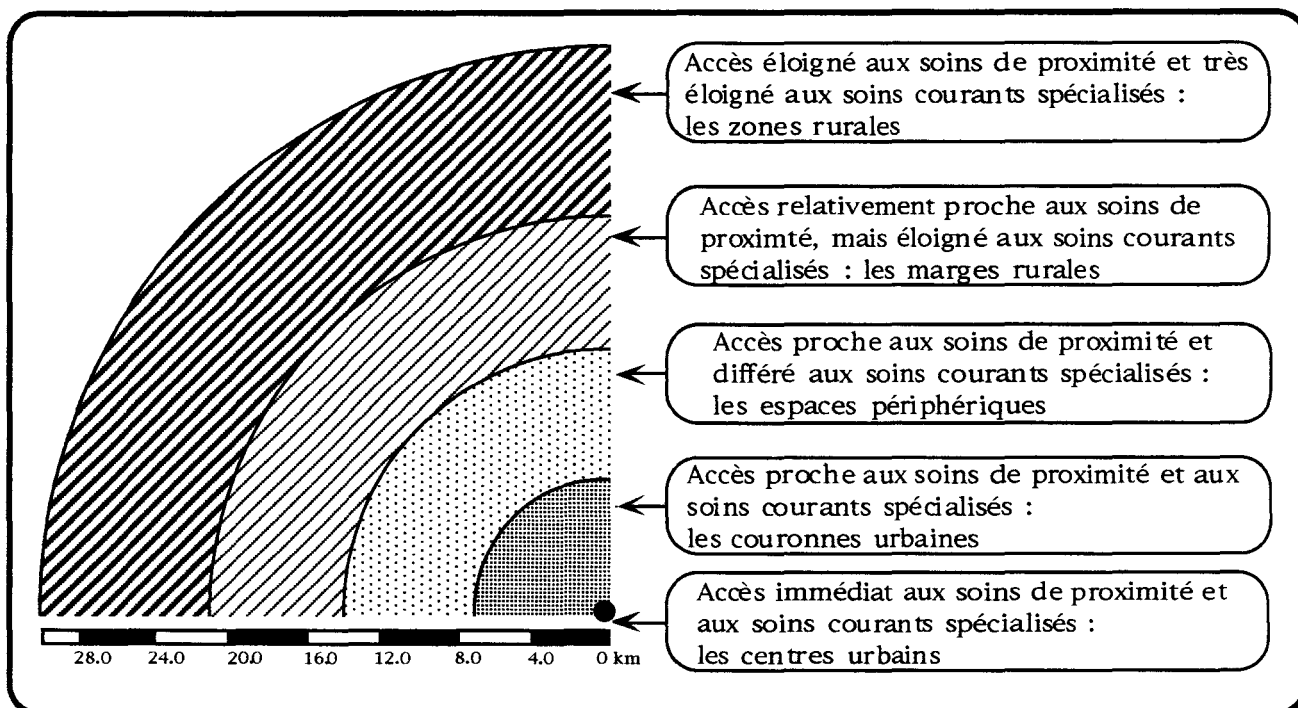
## 2. - Réalité de l'accessibilité aux soins dans la France du Nord :

L'accessibilité aux soins pour une population est le fruit d'un jeu de relations croisées entre différents facteurs. Ils contribuent à la formation d'une accessibilité aux soins différentielle, hiérarchisée, dépendante de la nature de l'encadrement médical présent. Son estimation repose essentiellement sur deux phénomènes distincts. Elle est associée d'une part à la présence ou l'absence d'un praticien sur le territoire communal, à la proximité ou à l'éloignement du praticien le plus proche, et d'autre part à la nature du praticien présent ou le plus proche. Ces critères conditionnent ainsi une «accessibilité aux soins de base» desservie par les médecins généralistes, et une «accessibilité aux soins intégrale» regroupant médecine générale et spécialisée. La distance moyenne d'accès au médecin généraliste libéral, associée à la distance moyenne d'accès au médecin spécialiste libéral (distance moyenne calculée à partir des distances relatives aux



quatre spécialités), illustre les différents degrés de l'accessibilité aux soins différentielle (Carte N° 32). Ils introduisent une hiérarchisation à cinq niveaux:

**Figure N° 4 :** Les différents niveaux d'accès aux soins de proximité\* et courants spécialisés\*\* dans la France du Nord :



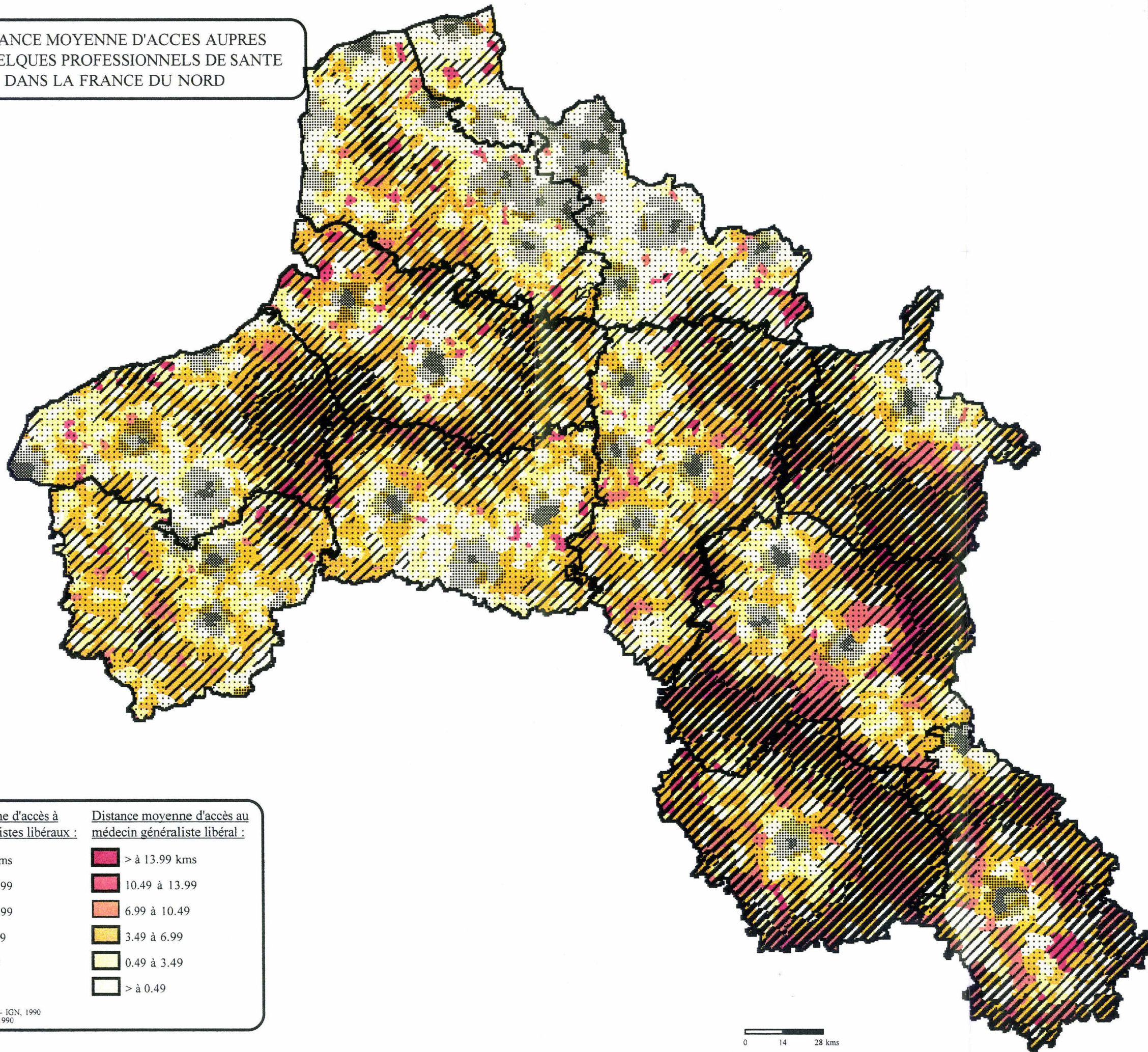
(\* relatif au médecin généraliste libéral)

(\*\* relatif aux quatre spécialités libérales retenues : cardiologues, dermatologues, gastro-entérologues, pneumologues)

#### ↳ Un accès immédiat aux soins de proximité et aux soins courants spécialisés :

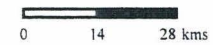
Il qualifie essentiellement l'encadrement médical exceptionnel des principaux centres urbains régionaux. La position occupée dans la hiérarchie urbaine leur procure une offre de soins diversifiée et spécialisée de proximité. Pour les populations concernées, l'installation généralisée des praticiens se matérialise par une accessibilité immédiate aux soins délivrés par les généralistes et autres spécialistes libéraux.

DISTANCE MOYENNE D'ACCES AUPRES  
DE QUELQUES PROFESSIONNELS DE SANTE  
DANS LA FRANCE DU NORD



<u>Distance moyenne d'accès à quelques spécialistes libéraux :</u>	<u>Distance moyenne d'accès au médecin généraliste libéral :</u>
> à 29.99 kms	> à 13.99 kms
20.99 à 29.99	10.49 à 13.99
13.99 à 20.99	6.99 à 10.49
6.99 à 13.99	3.49 à 6.99
0.49 à 6.99	0.49 à 3.49
> à 0.49	> à 0.49

Sources : CREDES, 1990 - IGN, 1990  
SESI - ADELI, 1990



↳ Un accès proche aux soins de proximité et aux soins courants spécialisés:

Le second niveau de l'accessibilité aux soins concerne les premières couronnes urbaines ceinturant les centres urbains. L'encadrement médical de proximité assuré par le généraliste libéral est permanent, par ailleurs la proximité des centres urbains préfigurent un accès proche aux soins courants spécialisés. En moyenne, la distance d'accès aux soins courants spécialisés dans les couronnes urbaines n'excèdent pas 7.00 kilomètres.

↳ Un accès proche aux soins de proximité et différé aux soins courants spécialisés :

Il concerne l'accessibilité aux soins dans les espaces périphériques. L'accès aux soins de proximité est assuré par le généraliste libéral qui demeure une constante dans ces espaces, toutefois l'accessibilité aux soins courants spécialisés est dépendante de l'éloignement des centres urbains. La situation des espaces périphériques se traduit par un allongement des distances d'accès aux soins spécialisés, elles atteignent 14.00 kilomètres.

↳ Un accès relativement proche aux soins de proximité mais éloigné des soins courants spécialisés :

Le quatrième niveau constitue une transition dans l'accessibilité aux soins. En effet, l'allongement généralisé des distances d'accès aux soins est la principale caractéristique de ces espaces. La distance d'accès aux soins de proximité délivrés par le généraliste libéral demeure relativement proche mais fluctuante. Elle est tributaire de l'installation d'un praticien, contrairement aux espaces urbains où cette installation est de fait. Toutefois ce sont essentiellement les distances d'accès aux soins courants spécialisés qui s'allongent. En effet, le seuil des 20.00 kilomètres est franchi.

↳ Un accès éloigné aux soins de proximité et très éloigné des soins courants spécialisés:

Ce niveau rend compte d'une accessibilité aux soins dégressive, il concerne des zones où l'accès aux soins de proximité comme aux soins courants spécialisés est éloigné. L'agencement des praticiens, l'empreinte urbaine et les caractéristiques morphologiques de ces territoires confortent une situation d'éloignement. En moyenne, les distances d'accès sont supérieures à 14.00 kilomètres pour les soins de proximité, et de 20.00 à plus de 30.00 kilomètres pour les soins courants spécialisés.

La distance d'accès aux soins, par son impact spatial peut être considérée comme un facteur pertinent de l'organisation des territoires. Les praticiens et les autres équipements sanitaires contribuent à révéler les fondements des morphologies régionales. Ainsi, la proximité ou l'éloignement de soins de proximité ou de soins courants spécialisés contribuent à révéler les fondements et la nature des territoires. Plus que les densités médicales ou les équipements, l'accessibilité aux soins rend compte des réalités du jeu de l'offre et de la demande. Son utilisation pour la conception d'un découpage «différent» des espaces contribue à changer la perception des territoires mais aussi d'argumenter différemment la dichotomie rural, urbain.

## B - DISTANCE D'ACCES AUX SOINS ET DÉCOUPAGE TERRITORIAL :

### 1. - La méthodologie adoptée :

Sans entrer dans le vif du sujet, nombreuses sont les études démontrant le caractère sélectif des équipements de santé, dont l'implantation demeure très polarisée. L'absence ou la présence, la proximité ou l'éloignement par rapport aux structures soignantes sont des critères de sélection de types d'espaces bien précis. L'utilisation de la distance d'accès aux soins ouvre de nouvelles perspectives dans l'élaboration d'une typologie des espaces. Les données disponibles, issues du CREDES, permettent pour chaque commune de la France du Nord de préciser si elle possède sur leur territoire l'un des praticiens libéraux suivants :

- ↯ Omnipraticien
- ↯ Cardiologue
- ↯ Dermatologue
- ↯ Gastro-Entérologue
- ↯ Pneumologue

Si l'un des ces praticiens est présent, la commune se voit affilier la distance 0.00 kilomètre, synonyme de la présence d'un ou des praticiens sur son territoire. Dans le cas où le ou les praticiens ne sont pas présents, est mentionnée la distance qui sépare la commune proprement dite du praticien le plus proche.

## 2. - Le principe de la typologie :

Le travail de synthèse effectué sur le report des distances d'accès aux soins de proximité et aux soins courants spécialisés (Carte N° 32) a permis d'établir une table d'interprétation. Elle permet d'attribuer un indice pour chaque commune de la France du Nord, en fonction de son encadrement médical et des distances qui la sépare du ou des praticiens concernés. Le choix des distances permet de positionner chaque commune par rapport aux distances d'accès moyennes calculées pour la France du Nord. La table réalisée distingue neuf indices révélateurs d'accessibilité aux soins différentielles :

Figure N° 5 : Table d'interprétation des distance d'accès aux soins de proximité et aux soins courants spécialisés :

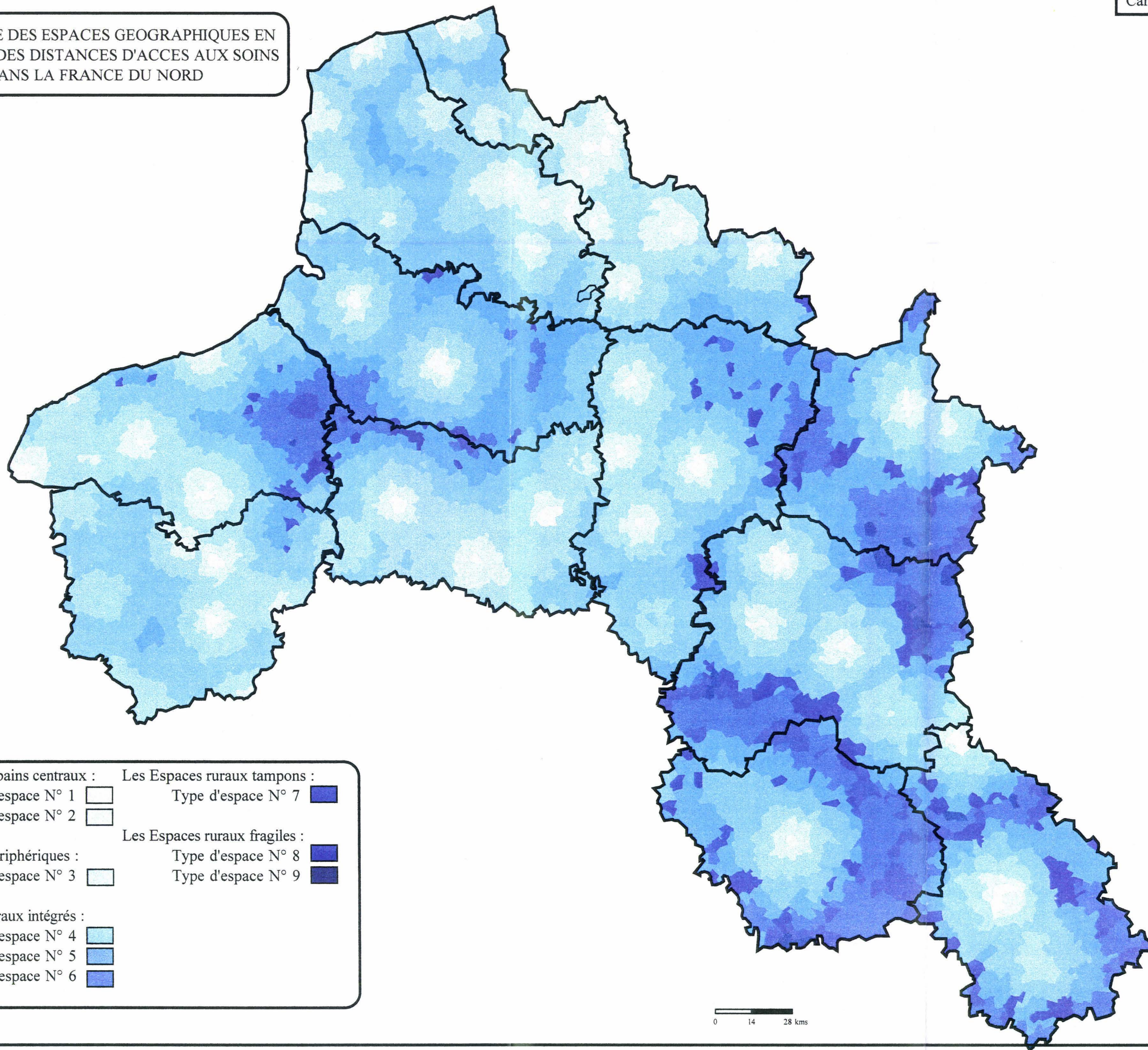
		Distance d'accès aux médecins généralistes libéraux		
		0.00 à 3.49 kms	3.50 à 6.99 kms	> à 7.00 kms
Distances d'accès aux médecins spécialistes libéraux*	0.00 à 14.99 kms	①	②	③
	15.00 à 29.99 kms	④	⑤	⑥
	>à 30 kms	⑦	⑧	⑨

Sources : CREDES 1990 - IGN 1990  
SESI, ADELI 1990

\* Distance d'accès pour les 4 spécialités retenues

Concrètement, le découpage territorial (Carte N° 33) issu de la table d'interprétation des distances d'accès aux soins de proximité et aux soins courants spécialisés, se décompose en trois principaux types d'espace classique organisés en fonction de la ville, la campagne et les «zones rurales marginales». Dans ce contexte, l'apport de la distance d'accès aux soins, contrairement aux typologies proposées précédemment, s'individualise par une position plus nette vis à vis de l'organisation des espaces. Le caractère spécifique et ségrégatif des équipements médicaux en est la principale résultante.

TYPOLOGIE DES ESPACES GEOGRAPHIQUES EN  
FONCTION DES DISTANCES D'ACCES AUX SOINS  
DANS LA FRANCE DU NORD



① LA VILLE : elle se définit essentiellement par un accès immédiat aux soins de proximité et aux soins courants issu d'un encadrement médical développé et diversifié. Cette situation contribue à réduire fortement les distances d'accès aux soins. Toutefois, la structuration du cadre urbain façonne une accessibilité différentielle reportée essentiellement sur une opposition entre le centre et la périphérie.

↳ Les espaces urbains centraux :

Ils qualifient la position exceptionnelle de communes dont l'encadrement médical exceptionnel favorise le développement d'une accessibilité aux soins très proche. En effet, les distances d'accès aux soins sont inférieures à 7.00 kilomètres pour les généralistes libéraux et 14.00 kilomètres pour les spécialistes libéraux retenus. Par ailleurs, la particularité de ces espaces urbains centraux se traduit par une polarisation autour d'un ou plusieurs pôles urbains surmédicalisés, dont les distances d'accès aux soins sont particulièrement faibles et généralisées. Toutefois, les différences de morphologie régionale explicitées précédemment favorisent le développement de deux ensembles d'espaces urbains centraux distincts.

↳ L'aire urbaine : la région Nord-Pas de Calais en est le principal exemple. En effet, l'ampleur du fait urbain et la proximité des villes contribuent au développement de vastes aires urbaines aux distances d'accès aux soins très faibles. Elles recouvrent essentiellement la partie centrale de la région, soit le Pays Minier, et se prolonge vers le Nord de la région, soit la zone élargie au sein de laquelle se situent Lille, Roubaix, Tourcoing...

↳ Les zones polarisées : elles constituent la forme la plus naturelle et la plus répandue au sein de la France du Nord. Les conditions d'accessibilité aux soins demeurent exceptionnelles, toutefois elles reposent sur un maillage de relations plus élémentaires tissées entre le centre et sa périphérie proche. Contrairement à l'aire urbaine Nordiste, véritable exception à l'échelle nationale, les zones polarisées reflètent une position plus classique du cadre urbain français.

**Tableau N° 24 : Les zones polarisées dans la France du Nord :**

RÉGIONS	Départements	Les communes à la tête des zones polarisées
<u>Haute Normandie</u>	Eure	Evreux, Val de Reuil
	Seine Maritime	Rouen, Le Havre, Yvetot, Elbeuf, Dieppe
<u>Picardie</u>	Aisne	Saint-Quentin, Chauny, Laon, Soissons
	Oise	Beauvais, Compiègne, Creil
	Somme	Amiens, Abbeville
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	Charleville-Mézières
	Aube	Troyes
	Marne	Reims, Epernay, Châlons en Champagne
	Haute Marne	Saint Dizier, Chaumont
<u>Nord - Pas de Calais</u>	Nord	Dunkerque, Valenciennes, Maubeuge, Cambrai
	Pas de Calais	Calais, Boulogne-sur-Mer, Arras

Les espaces urbains centraux qualifient un modèle basé sur la proximité des relations entre le centre et sa périphérie. Toutefois, les conditions actuelles de développement de la croissance urbaine contribuent à densifier et à élargir les maillages urbains. La ville et sa périphérie (voire sa banlieue) s'insèrent dans un cadre d'organisation plus global, touchant les espaces périphériques éloignés soumis aux mouvements d'exurbanisation, voire de périurbanisation.

#### ↳ Les espaces périphériques :

Les communes concernées ne disposent pas d'un omnipraticien sur leur territoire, mais il ne demeure pas loin. En effet, l'influence de la ville reste très forte au sein de ces espaces périphériques. Elle se manifeste essentiellement par le biais d'une accessibilité aux soins spécialisés proches, les distances sont inférieures à 15.00 kilomètres. La proximité de l'accessibilité aux soins courants spécialisés détermine des conditions favorables et générales d'accès aux soins pour les espaces périphériques. Elle reflète également la structuration des espaces, et témoigne du jeu des relations tissées entre les espaces urbains centraux et les espaces périphériques. Mais, elle caractérise également l'espace transitoire entre la ville et la campagne.



② «LA CAMPAGNE» ou «LES ESPACES RURAUX INTÉGRÉS»:

l'allongement des distances d'accès aux soins est la principale caractéristique de ce type d'espace. L'accès aux soins de proximité distribués par le généraliste libéral reste proche. En effet, la répartition des praticiens maintient une distance inférieure à 3.50 kilomètres. Toutefois, l'allongement des distances d'accès aux soins courants spécialisés constitue la principale manifestation de la ruralisation des territoires. Les distances d'accès sont ici systématiquement supérieures à 15.00 kilomètres. Cependant, l'intégration urbaine demeure dans la mesure où ces communes se situent à moins de 30.00 kilomètres de médecins spécialistes, et donc de la ville. Les effets de la polarisation urbaine, bien qu'affaiblis, perdurent dans ces espaces ruraux dits intégrés. Ces espaces couvrent de façon hétérogène les différents ensembles régionaux de la France du Nord.

En effet, le Nord-Pas de Calais constitue l'un des espaces les moins concernés. Deux zones majoritaires, dont l'une la plus importante se situe dans le département du Pas de Calais, suivant un axe Nord-Sud, se prolongeant vers le Sud-Est, le long de la limite départementale. Le second, dans le département du Nord, au Sud-Est, correspond à l'Avesnois-Thierache. On note également une zone restreinte en Flandre intérieure.

Contrairement à la région Nord, les espaces ruraux intégrés sont fortement développés en Picardie. Les départements de la Somme et de l'Aisne présentent le même profil, où les espaces ruraux intégrés recouvrent l'ensemble des départements exceptées les aires polarisées mentionnées précédemment. Le département de l'Oise est nettement moins concerné par ces espaces ruraux localisés principalement au Nord du département, en continuité avec ceux du département de la Somme. L'intensité du phénomène est similaire dans la région limitrophe de la Haute Normandie marquée notamment par une continuité spatiale des espaces ruraux intégrés. Ils se situent principalement au Nord-Est du département de la Seine Maritime, avec une extension Ouest vers le littoral, séparant l'aire urbaine centrale de la zone polarisée de Dieppe, et une extension vers le Sud, dans le département de l'Eure principalement dans le Sud-Ouest.

L'extension maximale du phénomène se tient dans la région Champagne Ardenne. En effet, la quasi totalité des départements de la région est couverte par les espaces ruraux intégrés, en dehors des espaces urbains centraux et périphériques.

Toutefois, la campagne comme la ville, se caractérisent par une accessibilité aux soins différentielle selon les territoires. Progressivement, les conditions d'accès aux soins, notamment les soins courants spécialisés, se dégradent.

L'accentuation de la ruralisation se traduit dans un premier temps par un éloignement de l'offre de soins spécialisés atténué par la présence des généralistes libéraux, et dans un second temps par un double éloignement, celui de l'offre de soins des généralistes et des spécialistes.

③ LES ZONES RURALES «SENSIBLES» : elles concernent des espaces fragiles, marginaux, dont les conditions les poussent à la limite de la désertification. Cependant, dans ce contexte, la hiérarchisation des espaces se fait essentiellement par le biais des distances d'accès aux soins de proximité attribués aux généralistes libéraux.

↳ Les espaces ruraux «tampons» :

Il s'agit de zones de transition entre les espaces ruraux intégrés et les espaces ruraux fragiles, où l'éloignement de la ville se fait grandissant. La position des communes concernées traduit une accentuation des distances les séparant des soins courants spécialisés. Les distances moyennes à parcourir pour les consulter sont supérieures à 30.00 kilomètres. Toutefois, cet éloignement est en partie compensé par la proximité d'une médecine généraliste, de premiers soins, située à moins de 3.50 kilomètres.

↳ Les espaces ruraux «fragiles» :

La fragilisation de ces espaces ruraux sensibles se traduit par une accentuation de l'isolement, menaçant l'équilibre précaire de ces zones rurales en proie à la désertification. Contrairement au type d'espace précédent, l'éloignement de l'offre de soins concerne à la fois les soins de proximité (à plus de 7.00 kilomètres) et les soins courants spécialisés (à plus de 30.00 kilomètres). Ce contexte d'éloignement prononcé de l'offre de soins mêmes élémentaires vient grossir la liste des facteurs précipitant ces communes dans la spirale de la désertification.

Les espaces ruraux sensibles, associant les espaces ruraux tampons et les espaces ruraux engagés dans la spirale de la désertification, sont relativement peu présents dans la France du Nord. Deux secteurs apparaissent, où ces types d'espaces sont relativement importants. Un premier secteur se situe principalement dans le Nord-Est de la Haute Normandie, en Seine Maritime, et se prolonge vers les départements limitrophes de la Somme et de l'Oise en Picardie où ces espaces demeurent minoritaires. Deuxième secteur, la Champagne Ardenne où les espaces ruraux sensibles connaissent la plus forte extension. En effet, l'ensemble des départements sont concernés. Une première zone s'étend au Sud-Est du

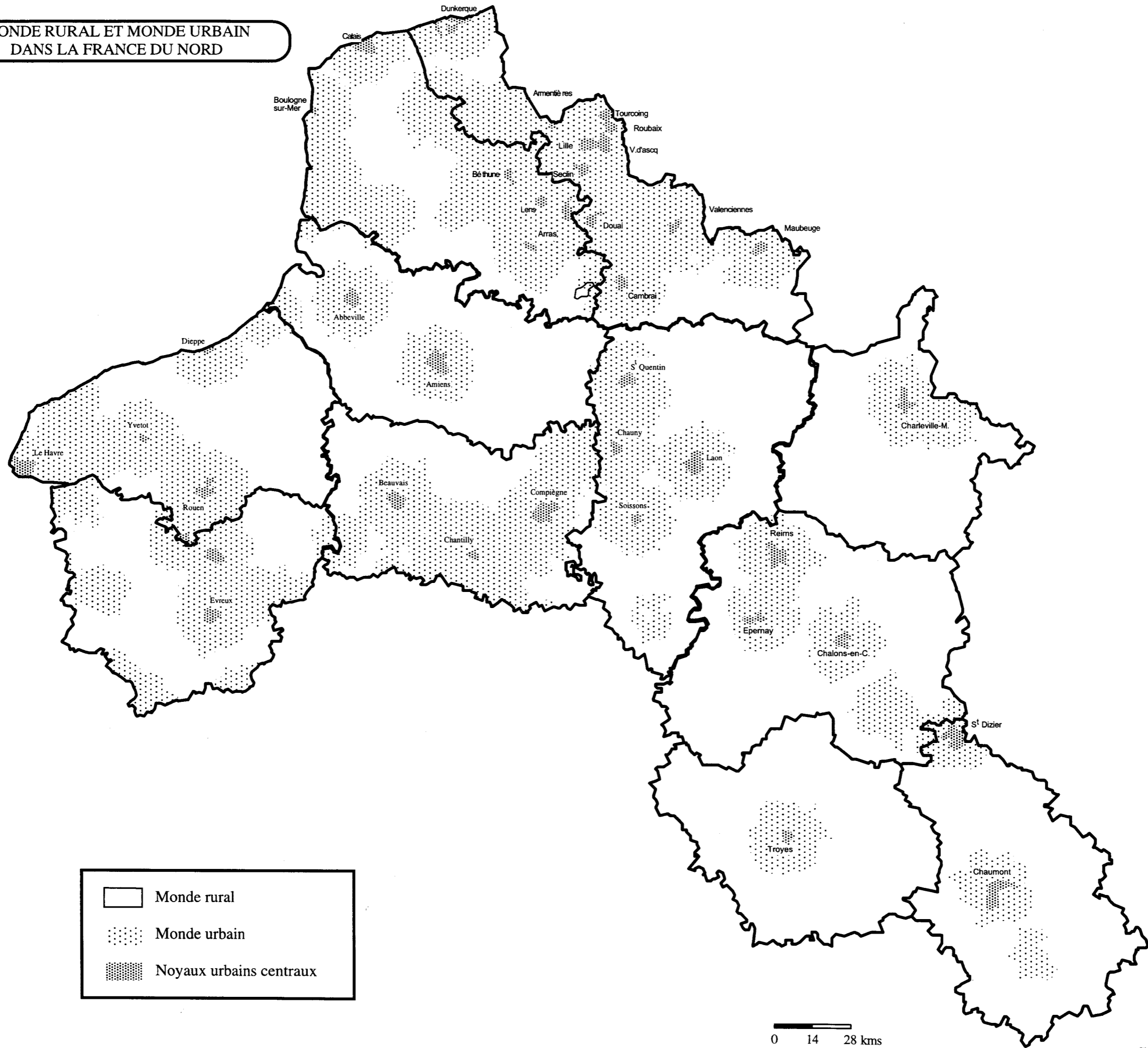
département des Ardennes, et se poursuit dans le département de la Marne où une deuxième extension apparaît dans le Sud-Ouest. Autre département touché, l'Aube où ces types d'espaces forment un arc, à l'Est du département. La Haute Marne offre un profil différent, dans la mesure où les espaces sensibles concernent des zones plus petites, disséminées à la périphérie du département.

## CONCLUSION DU LIVRE 1: LE «MONDE RURAL» DANS LA FRANCE DU NORD :

L'étude de l'offre de soins dans le monde rural pose le problème de la définition de la ruralité et des critères à retenir. Dans ce contexte, les solutions sont multiples, toutefois de nombreuses incertitudes demeurent, et la rigueur reste approximative. Les résultats obtenus par le biais de l'analyse en composantes principales ou par la régionalisation collaborent à l'identification des espaces. Chaque méthode s'emploie à produire une synthèse des territoires. Toutefois, l'imbrication des espaces, les relations spatiales, l'extension urbaine, les phénomènes d'exurbanisation ont tendance à fausser les découpages, multipliant les cas possibles. La définition du monde rural doit s'effectuer soit par une multiplication des critères, soit par la prise en considération de critères différents, plus globaux. La distance d'accès aux soins par le jeu des relations qu'elle incite entre les espaces contribue à promouvoir une perception différente des territoires, même si la typologie engendrée reste classique. En effet, l'accessibilité aux soins contribue à annihiler l'effet de la ville par la distance. Le monde rural défini par la méthode fait abstraction de l'influence urbaine. De même, les phénomènes d'exurbanisation et de périurbanisation, par nature liés à la ville, sont écartés par le choix de l'accessibilité aux soins. La typologie ainsi définie, détermine 9 types d'espace différent en fonction des distances d'accès aux soins, aboutissant à une délimitation du monde urbain et du monde rural (Carte N° 34).

⊙ LE MONDE URBAIN : cet ensemble regroupe les territoires disposant d'une accessibilité très proche, aux soins de proximité et aux soins courants spécialisés. Il repose sur un jeu de relations et d'influences, entre le centre urbain, sa banlieue ou couronne urbaine et sa périphérie. Ces espaces urbains centraux associés aux espaces périphériques sont de dimensions variables, ils dépendent des caractéristiques morphologiques des régions. L'extension peut se présenter sous forme de vastes étendues massives. La quasi totalité du département du Nord et du Pas de Calais et leur littoral, le département de l'Oise et une partie de l'Aisne, l'axe de la Basse Seine, du Havre au Nord-Ouest à Vernon au Sud-Est, en passant par Rouen, Evreux... sont quelques illustrations de l'ampleur du phénomène urbain. Il peut également se développer sous forme plus restreinte et plus polarisée. Maubeuge dans le Nord ; Abbeville, Amiens dans la Somme ; Dieppe en Seine Maritime ; Charleville-Mézières dans les Ardennes ; Reims, Epernay, Châlons-en-Champagne dans la Marne ; Saint-Dizier, Chaumont dans la Haute Marne et Troyes dans l'Aube... en sont les principaux exemples.

MONDE RURAL ET MONDE URBAIN  
DANS LA FRANCE DU NORD



② LE MONDE RURAL : il rassemble tous les territoires inclus dans les espaces ruraux intégrés et les zones rurales sensibles. L'accessibilité aux soins dégressive même pour les soins élémentaires, l'allongement des distances et l'éloignement de la ville constituent les critères de définition. Les zones de prédilection concernent essentiellement le Sud-Ouest du département de l'Eure, le Nord-Ouest de la Seine Maritime avec une continuité dans le département limitrophe de la Somme où la ruralité se cantonne aux marges périphériques. Le Nord-Est de l'Aisne avec une extension dans le département voisin des Ardennes, concerné dans sa quasi totalité, ainsi que l'Aube et la Haute Marne et les marges de la Marne sont concernés. Région urbaine, le Nord-Pas de Calais est très peu touché, deux sites apparaissent. L'un se situe dans le Pas de Calais sous la forme d'un axe Nord-Sud, se prolongeant vers le Sud-Est, le long de la limite départementale, le second, dans le Sud-Est de la région, soit l'Avesnois-Thiérache. L'Oise se positionne également en tant qu'un espace peu touché par la ruralité, seule la marge Nord du département est concernée, en continuité avec la Somme, le département limitrophe.

À priori, il est possible d'envisager d'exclure le monde urbain de l'étude, et de ne garder que le monde rural. Toutefois, cette démarche serait un peu absurde sachant que le système de soins est organisé en fonction de la ville. Le monde rural existe, survit, mais il est intimement lié au monde urbain. La dichotomie rural, urbain ne préfigure qu'une opposition de fait, devant laisser place à une complémentarité des espaces. La campagne ne peut vivre sans la ville, et la ville ne peut vivre sans la campagne. Par ailleurs, on ne peut comprendre un système de soins dans le monde rural en faisant une totale abstraction du monde urbain, la ville détermine l'organisation générale du système de soins. La problématique privilégie avec insistance la santé dans le monde rural et ses particularités, tout en tenant compte d'un contexte plus global, celui du système de soins, et donc de la ville. Quelles sont les particularités du système de soins dans la France du Nord ? Comment l'offre de soins a-t-elle évolué dans le temps et dans l'espace ? Où se sont formés les médecins exerçant dans la France du Nord ? Existence-ils des liens de proximité entre le lieu de formation et le lieu d'exercice ? Comment se répartit l'offre de soins dans la France du Nord ? Comment l'offre de soins dans le monde rural s'est-elle comportée ? Comment est-elle insérée ?

---

Remarque : la carte N° 34 représente le monde urbain et le monde rural dans la France du Nord. Pour simplifier l'analyse des différentes cartes relatives aux caractéristiques de l'offre de soins, une carte - calque (Carte N° 35) a été composée, afin d'être apposée sur les différentes cartes à thèmes, et de faciliter la distinction entre le monde rural et le monde urbain.

# LIVRE 2 :

LES MÉDECINS  
DANS LA  
FRANCE DU NORD

## INTRODUCTION :

Le système de soins actuel d'un pays, d'une région, d'une ville est le résultat d'un processus long et progressif de développements coordonnés entre l'offre et la demande de soins. Toutefois, la coordination n'est que théorique, et une certaine latence existe, dépendante de multiples facteurs interdépendants. La population, les comportements démographiques, l'ampleur du fait urbain, le niveau d'encadrement général, la position géographique... illustrent quelques critères majeurs. Cependant d'autres critères interviennent également, responsables parfois des situations paradoxales de l'offre de soins.

«Le droit à la santé pour tous» est une vertu républicaine, et réelle dans le fait, toutefois en terme d'accessibilité aux soins, l'équidistribution de l'offre de soins n'est pas atteinte. Elle est avant tout le résultat de profonds déséquilibres régionaux en place depuis des décennies, responsables de situations de sous encadrement que connaît notamment la France du Nord. L'offre de soins constitue en ce domaine, une étape vers l'interprétation du niveau de santé générale des populations, et sa mise en place reflète avant tout le développement humain des territoires. Elle constitue un puissant critère d'évaluation des dynamiques territoriales.

L'encadrement médical des territoires résulte essentiellement de la mobilité et de la flexibilité des médecins. De la faculté où ils sont formés au lieu où ils exercent, les médecins suivent un parcours annonciateur des conditions générales de développement de l'offre de soins. Quels sont ces parcours ? Existe-t-il une similitude entre les différentes facultés, entre les différentes régions ? Toutefois, l'offre de soins matérialise un double mouvement. En effet, l'offre de soins relève des mouvements relatifs au lieu de formation et au lieu d'exercice, mais elle relève aussi des mouvements chronologiques. Comment l'offre de soins s'est-elle développée dans le temps, mais aussi dans l'espace ?

Mais l'offre de soins se traduit également par des niveaux différentiels de spécialisation, du généraliste au spécialiste les parcours peuvent diverger. De même, les conditions de développement de l'offre de soins varient en fonction du domaine professionnel. De l'hôpital au cabinet médical, les sites de réception sont différents et les conditions d'installation et de développement divergent fortement d'un site à un autre. Les libertés d'installation et les motifs d'installation expliquent également les différences d'encadrement médical d'un territoire à un autre. Comment l'offre de soins est-elle disséminée sur les territoires ? Quelle est sa nature, son niveau d'encadrement et de spécialisation ?



Toutefois, l'offre de soins répond à une logique implacable et bureaucratique, visant à rationaliser l'espace par rapport à la ville. Ces conditions de développement marginalisent des territoires, dont les dynamiques locales sont insuffisantes pour enclencher un revirement des situations. Ces communes, éloignées, isolées, peu peuplées, vieillies... s'organisent et luttent pour maintenir des conditions décentes d'accès aux soins. Comment les populations «marginalisées» s'intègrent-elles dans cette logique de développement ? Comment organisent-elles leur espace de vie ? Dans quelle mesure accèdent-elles aux soins ?

PREMIER CHAPITRE : MOBILITÉS,  
FLEXIBILITÉ DES MÉDECINS DE LA  
FRANCE DU NORD :

## Introduction :

La particularité de l'offre de soins en France repose sur un emboîtement d'oppositions, elles s'opèrent à différentes échelles. Entre le Nord et le Sud du pays, entre les agglomérations et les villes, entre le monde urbain et le monde rural... ces oppositions structurent le système de soins. Cette situation conduit notamment le Professeur B. Glorion, président de l'Ordre des médecins, à préférer le qualificatif de mauvaise répartition des médecins plutôt qu'un surnombre.

La distribution spatiale des médecins dans la France du Nord est le résultat des mouvements généraux de formation et d'installation générateurs d'une mauvaise répartition des médecins. De la formation des jeunes médecins dans les facultés au choix du site d'installation, les parcours évoluent, influencés par les motivations propres de chaque médecin.

Comment expliquez le sous encadrement médical de certaines régions, villes et espaces ruraux ? Cette situation est difficilement clarifiable, néanmoins différentes pistes peuvent conduire à une meilleure compréhension générale de l'organisation du système de soins. Quelles sont les étapes de la mise en place du système de soins actuel ? Comment l'offre de soins s'est-elle répartie dans la France du Nord, à quel rythme ? Quelle est la place des facultés régionales dans les effectifs de médecins ? Existe-t-il un problème d'exode de praticiens ?

Aujourd'hui, le système de l'offre des soins n'est qu'un état donné, d'une situation donnée. Il est issu d'un héritage martelé par les apports chronologiques successifs. Mais qu'en est-il exactement de l'offre de soins ? Quelles sont les caractéristiques de l'offre de soins dans la France du Nord ? Y-a-t-il une pénurie de médecins ? La situation est-elle la même pour l'ensemble des praticiens, et des différents modes d'exercice ? Comment qualifier l'accessibilité aux soins ? Est-elle égale pour tous ? L'offre de soins s'est-elle adaptée à toutes les conditions de peuplement ? Comment s'organise l'accessibilité aux soins dans les espaces ruraux les plus reculés ? Existe-t-il une offre de soins différentielle selon la nature de l'espace ?

I - LA MOBILITÉ DES MÉDECINS DANS LA FRANCE  
DU NORD : DU LIEU DE FORMATION AU LIEU  
D'EXERCICE :

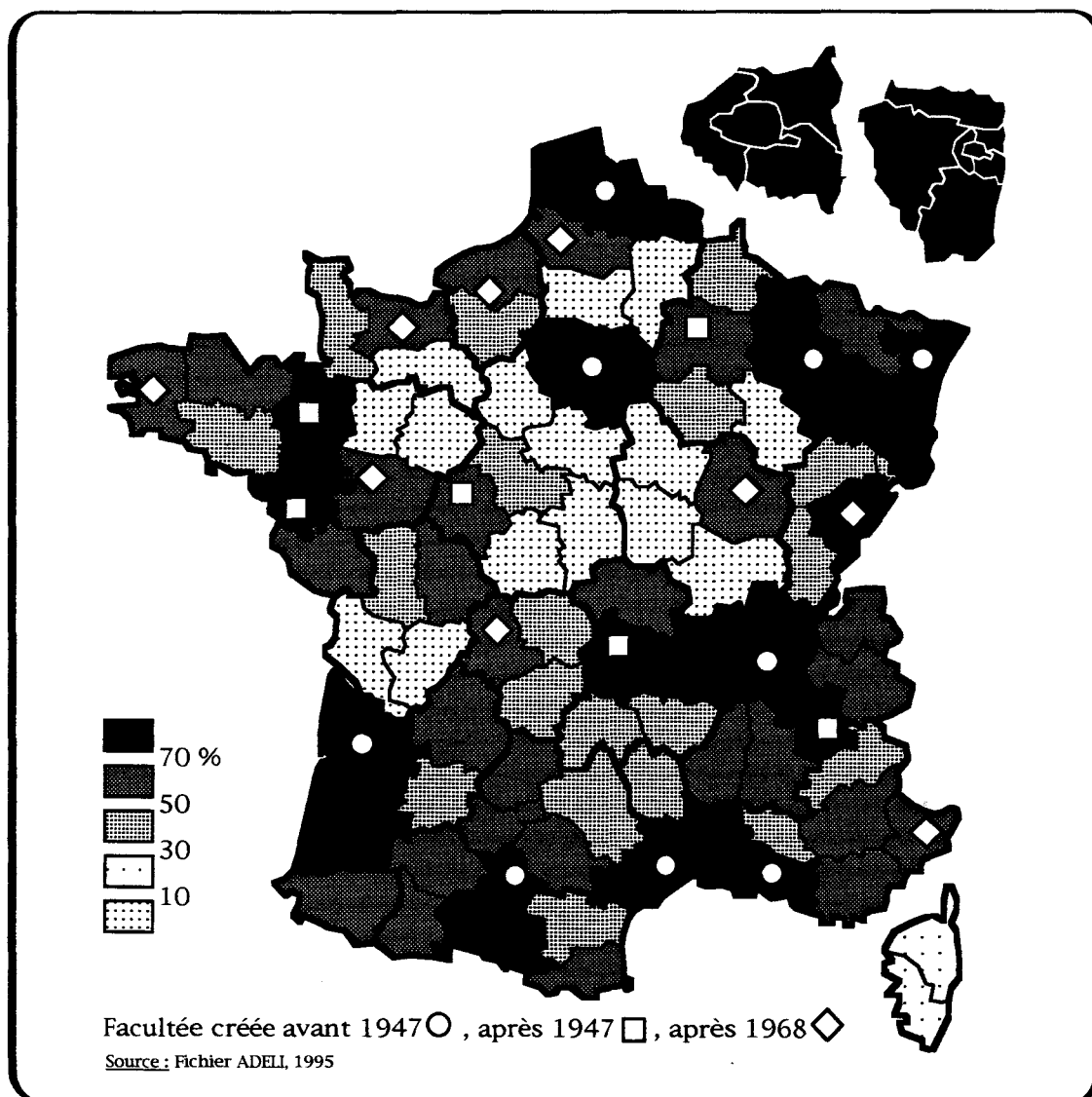
L'utilisation de la distance d'accès aux soins en tant que critères sélectifs a révélé l'existence de disparités spatiales dans la France du Nord. L'encadrement médical d'une région est tributaire de nombreux facteurs, dont le lieu de formation des futurs médecins. En effet, nombreuses sont les études démontrant une corrélation spatiale entre le niveau d'encadrement médical et l'existence de facultés de médecine.

Quelle est la nature de la mobilité des professionnels de la santé notamment les médecins ? D'où proviennent les médecins qui exercent dans la France du Nord ? Y-a-t-il une fuite des médecins vers d'autres régions ? Quelles sont les régions les plus attractives ?

A - LA MOBILITÉ DES MÉDECINS À L'ÉCHELLE FRANÇAISE :  
LA PRÉFÉRENCE RÉGIONALE :

Phénomène ancien, les médecins installés sont majoritairement issus de la faculté de la région où ils exercent. Jusque dans les années 80, l'influence des facultés les plus anciennes apparaissait encore.

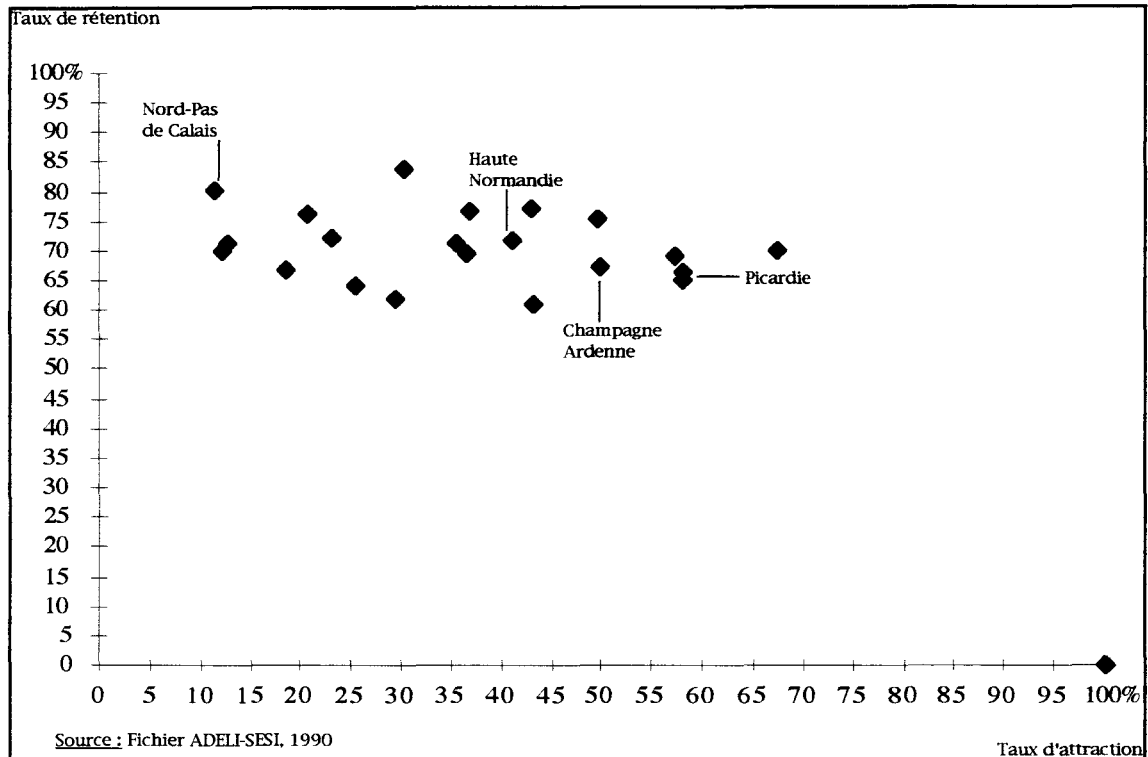
Carte N° 36 : Les médecins formés dans la région d'exercice (1995) <sup>1</sup> :



(1) H.Picheral, E. Vigneron : La mobilité des médecins en France : du lieu de formation au lieu d'exercice - Espaces Population Sociétés N° 1996/1 : Hommage à Daniel Noin. 164 p.

Mais depuis quelques années, les efforts d'harmonisation de l'encadrement médical ont conduit à modifier cette tendance. Néanmoins, dans quelques régions, la préférence régionale demeure. Dans les régions du Nord-Pas de Calais, d'Ile de France, d'Alsace, et dans un certain nombre de départements, plus de 80.00% des médecins installés sont issus d'une faculté régionale.

**Graphique N° 6 : Régions d'exercice et régions de formation des médecins en France métropolitaine <sup>2</sup> :**

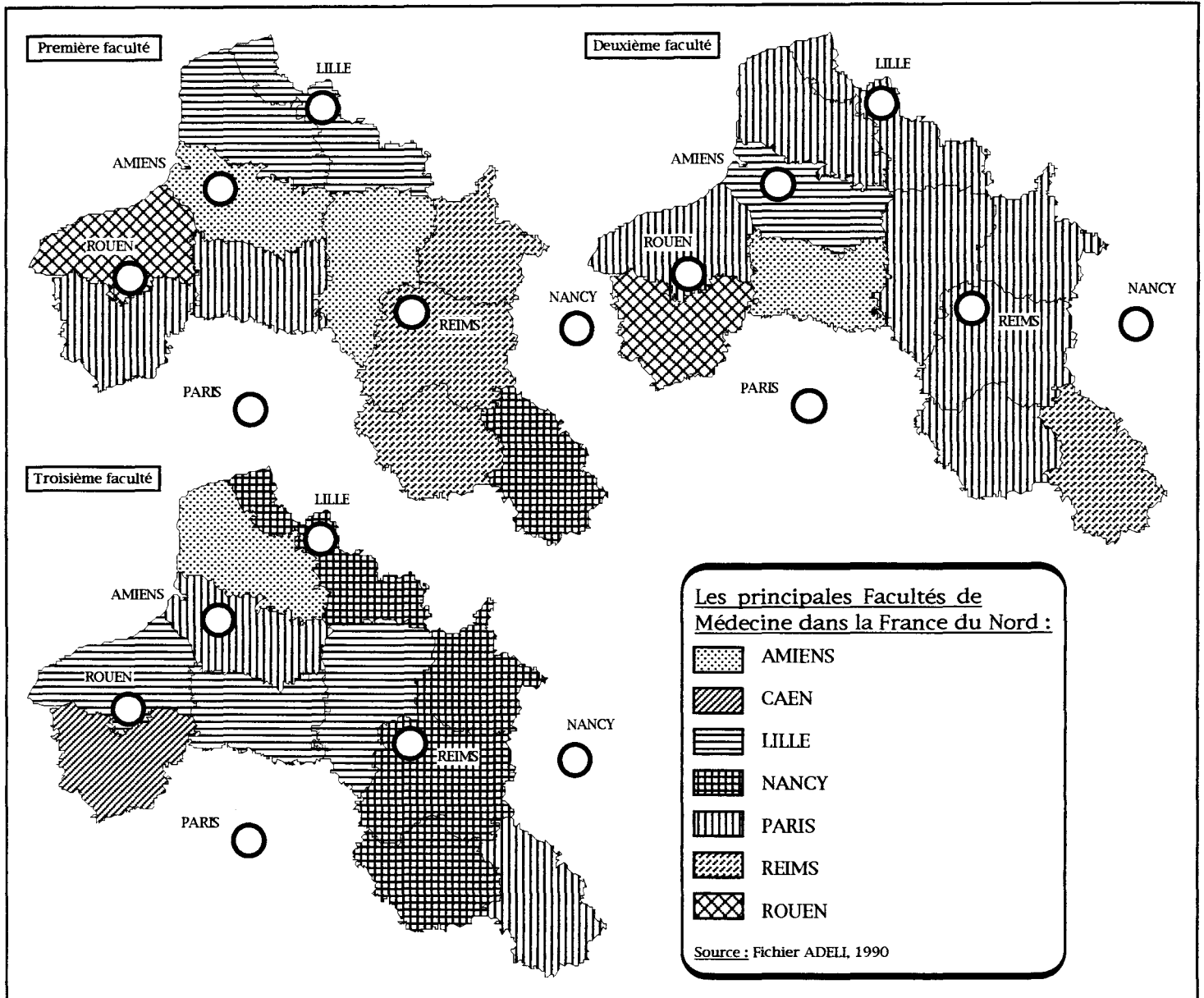


Il existe une préférence régionale très forte qui se concrétise par un taux de rétention élevé, le poids des facultés demeure dans la France du Nord. On assiste à un rayonnement important des facultés régionales qui sont à la base de l'élaboration d'un bassin de recrutement majoritairement centré sur la France du Nord.

(2) Taux de rétention :  $\frac{\text{Nombre de médecins formés et travaillant dans la même région}}{\text{Nombre de médecins formés dans la région}}$

Taux d'attraction :  $\frac{\text{Nombre de médecins exerçant dans la région mais formés ailleurs}}{\text{Nombre de médecins exerçant dans la région}}$

**Carte N° 37 : Les trois principaux lieux de formation des Médecins exerçant dans la France du Nord :**



La préférence régionale est respectée pour 9 départements sur les 11 qui constituent la France du Nord. En effet, dans les départements de l'Eure et de l'Oise, les médecins formés dans les facultés parisiennes arrivent en première position, alors qu'ils proviennent de Nancy pour le département de la Haute Marne.

Exceptés les trois départements cités précédemment, où la préférence régionale joue de nouveau pour les facultés de second rang, on assiste à une hégémonie des facultés parisiennes, présentes en seconde position dans l'ensemble des départements, excepté celui de la Somme où les médecins proviennent de la faculté Lilloise.

Le troisième niveau du site de formation traduit l'importance des facultés des régions limitrophes. La faculté de Nancy rayonne majoritairement sur les départements de l'Est et du Nord. La Seine Maritime, l'Oise et l'Aisne sont sous le rayonnement de la faculté de Lille. Les facultés Parisiennes sont présentes dans les départements de la Somme et de la Haute Marne, et celle d'Amiens dans le Pas de Calais. A noter également, l'influence de la faculté de Caen (Basse Normandie), dont les médecins arrivent en troisième position dans le département de l'Eure.

Dans l'ensemble, la mobilité des médecins exerçant dans la France du Nord demeure relativement réduite. Les médecins installés proviennent en majorité de la faculté de la région où ils exercent. Puis, la proximité régionale joue en faveur des facultés limitrophes. Qu'en est-il cependant à l'échelle locale ? Comment s'organise localement la mobilité des médecins ?

## B - LIEU DE FORMATION ET LIEU D'EXERCICE DANS LA FRANCE DU NORD : APPROCHE DE LA MOBILITÉ DES MÉDECINS :

### 1. - «Un creuset originel régional» :

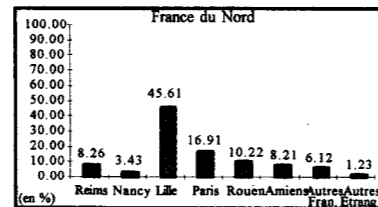
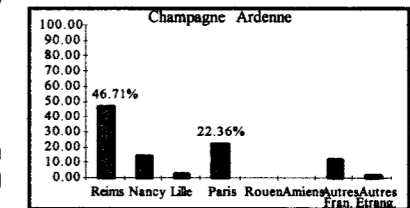
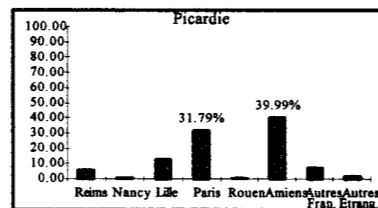
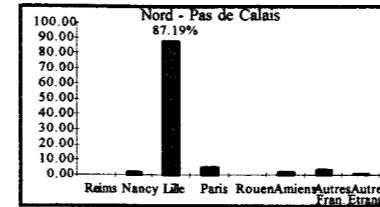
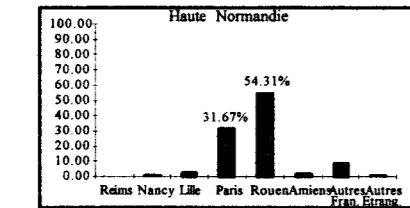
#### 1.1 - Un «enracinement» régional prédominant :

Logiquement, les tendances se répètent à l'échelle locale (Carte N° 38), laissant néanmoins apparaître certaines originalités. Elles confortent l'étendue spatiale des facultés régionales, leur rayonnement, leur position hégémonique, mais également l'influence de facultés limitrophes. En moyenne, dans chaque faculté régionale plus de 50.00% des médecins formés, exercent dans le territoire régional. Mais cette proportion varie suivant le niveau de préférence régionale, elle atteint 87.19% pour le Nord-Pas de Calais et 39.9% pour la Picardie.

Dans l'ensemble, les différents territoires régionaux sont couverts par les médecins issus des facultés locales. C'est vrai pour la région Nord-Pas de Calais et la Haute Normandie, régions où les influences extérieures sont plus limitées. Quant à la Picardie et la Champagne Ardenne, le rayonnement des facultés régionales est moins prononcé. On assiste à d'importants débordements de facultés limitrophes. Ainsi les médecins formés dans les facultés Parisiennes sont fortement implantés dans le département de l'Oise. Le département de la Haute Marne est dominé par l'implantation de médecins formés dans la faculté de Nancy.



LIEU DE FORMATION ET LIEU D'EXERCICE DES MEDECINS DANS LA FRANCE DU NORD



Lieu de Formation et Lieu d'exercice :

- Amiens
- Lille
- Nancy
- Paris
- Reims
- Rouen
- Facultés françaises
- Facultés étrangères
- Horizon varié parmi les 6 Facultés dominantes
- Commune sans installation de médecins
- Commune où le ou les médecins sont formés dans la faculté régionale

Source : Fichier ADELI-SESI au 31.12.1990

0 14 28 kms

La préférence régionale est une constante géographique dans la France du Nord. La mobilité des médecins demeure relativement faible, et se limite principalement aux facultés limitrophes. Cette constatation permet cependant de dessiner les différentes aires de rayonnement des différentes facultés, et de les classer en deux catégories :

① Région à «Faculté régionale» :

La région Nord-Pas de Calais avec la faculté de Lille illustre parfaitement la notion de préférence régionale. Les médecins qui exercent dans cette région, y ont suivi leur formation. C'est une région où la pénétration des médecins, provenant d'autres facultés, est très faible, de Paris pour la majorité. Mais, la faculté a un faible rayonnement, en effet son aire d'influence se limite aux marges nord de la Picardie. La faculté de Rouen est un autre exemple de la préférence régionale, dans des proportions moindres. Les tendances sont les mêmes, seule la pénétration est plus importante, notamment de par la proximité de la région Ile de France dont les médecins formés apparaissent dans le Sud-Est de la région.

② Région à «faculté extra-régionale»:

Ce sont des régions qui se définissent par l'ampleur des médecins exerçant dans la région mais provenant d'autres facultés. La pénétration ou l'attraction qui se traduit plus par un phénomène plus spatial que numérique, car en moyenne, 40.0% des médecins exerçant dans une région, ont été formés dans cette même région. La Picardie est l'exemple qui illustre le mieux la notion de «faculté extra-régionale». Les médecins formés et exerçant en Picardie se localisent principalement dans le département de la Somme, ils sont peu présents dans les autres départements. En effet, la Picardie est sous l'emprise de facultés à fort rayonnement. L'Oise présente une forte proportion de médecins formés dans les facultés Parisiennes, tandis qu'ils proviennent des facultés Champardennaises pour l'Aisne. La Champagne Ardenne appartient également à cette catégorie, dans des proportions moindres. Seul le sud de la région «échappe» aux facultés régionales pour accueillir des médecins sortant de la faculté de Nancy qui y étend son aire d'influence.

Au total, 45.61% des médecins installés dans la France du Nord sont issus de la faculté Nordiste. Mais l'importance des effectifs de médecins présents dans la région Nord-Pas de Calais fausse cette constatation. En dehors de l'exception

Nordiste, en moyenne 57.00% des médecins installés dans une région, ont effectué leur formation dans cette même région. Les 43.00% restant, sont attribués aux facultés les plus proches géographiquement, ou les plus «productives», statistiquement. Mais qu'en est-il pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes ?

### 1.2 - Une préférence régionale toujours forte :

Les Cartes N° 39 et 40 tiennent compte de la spécificité médicale des médecins exerçant dans la France du Nord, lesquels présentent une situation annexe. La situation des médecins généralistes est analogue aux observations faites précédemment. Cette médecine de proximité est effectuée par des médecins formés dans la région où ils exercent dans plus de 60.00% des cas.

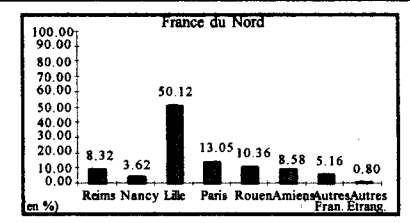
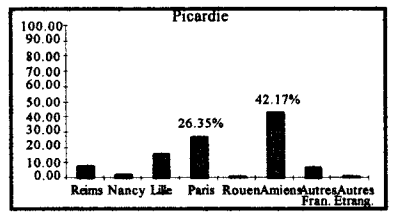
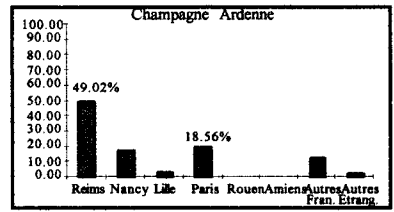
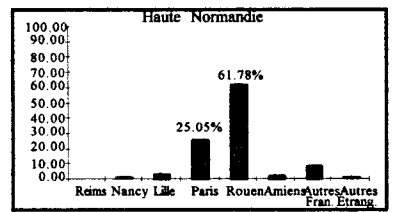
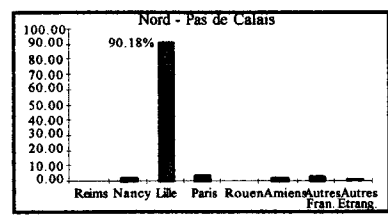
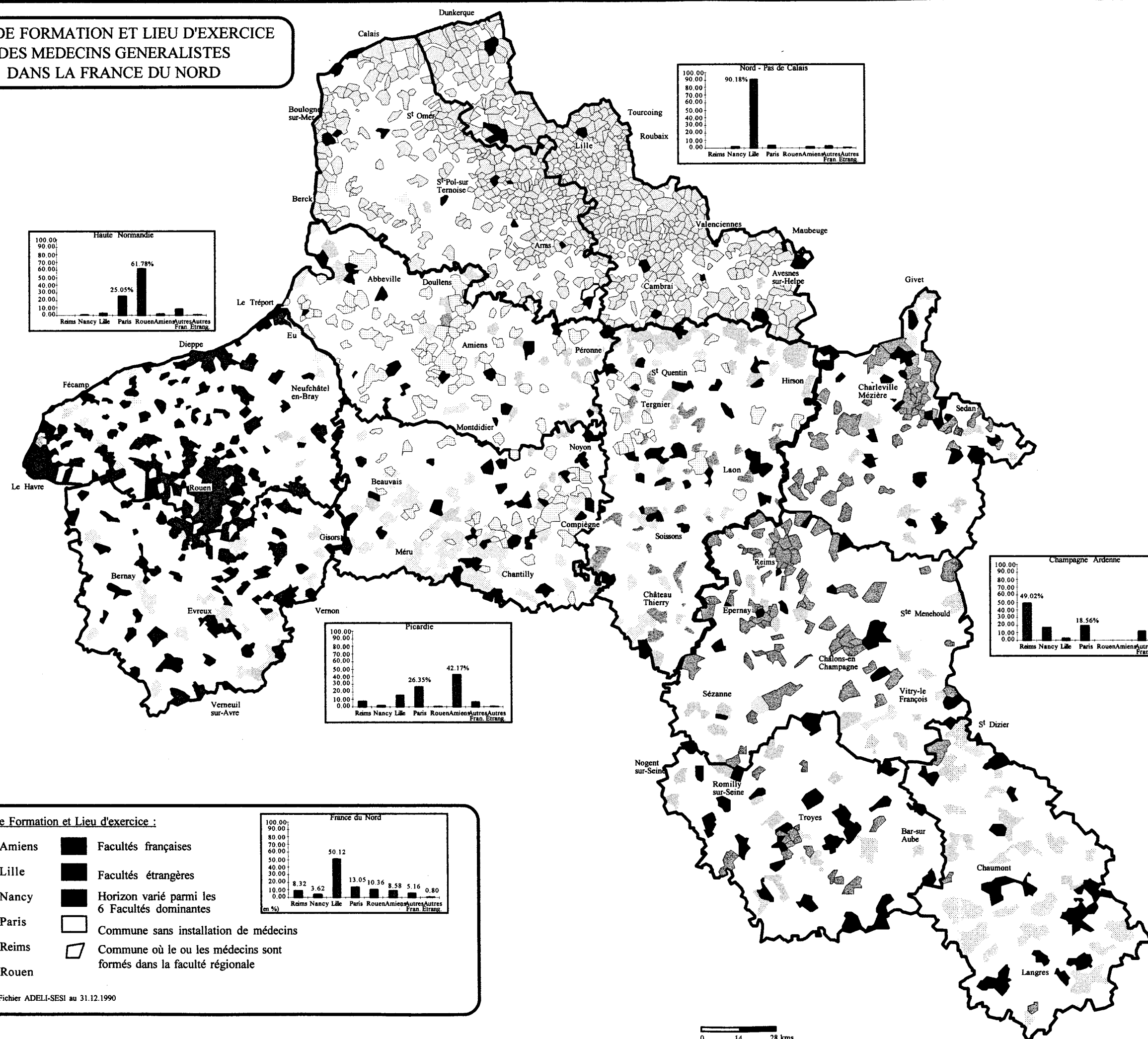
C'est la médecine spécialisée qui révèle des situations plus contrastées, les écarts demeurent moins importants entre les médecins spécialistes formés et exerçant dans la même région et ceux provenant d'autres facultés. En moyenne, 52.00% des médecins spécialistes sont installés dans leur région de formation. Cette situation est relativement proche de celle de la Haute Normandie, la Champagne Ardenne et surtout le Nord-Pas de Calais où plus de 80.00% des médecins spécialistes installés proviennent de la faculté Nordiste. Seule la Picardie présente un faciès différent, avec un déséquilibre précaire entre la faculté régionale et les facultés Parisiennes qui demeurent majoritaires.

Dans l'ensemble, les médecins exerçant dans la France du Nord ont suivi leur formation dans les facultés régionales dans plus de 57.00% des cas. La proximité spatiale, des affinités particulières... conduisent selon les régions à la représentation de facultés extérieures dont la présence varie en fonction de deux facteurs : la proximité spatiale et le prestige Parisien, qui ont évolué au cours des décennies.

### 2. - 1940 - 1990 : 50 ans de formation médicale dans la France du Nord :

L'évolution de la société, de l'enseignement en France ont modifié la géographie des lieux de formation. Le bassin pédagogique des médecins exerçant dans la France du Nord a évolué en fonction de l'apparition des facultés de médecine. Le regroupement en 5 périodes retrace l'historique des lieux de formation des médecins dans la France du Nord.

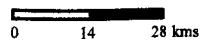
LIEU DE FORMATION ET LIEU D'EXERCICE  
DES MEDECINS GENERALISTES  
DANS LA FRANCE DU NORD



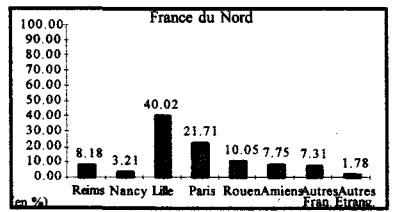
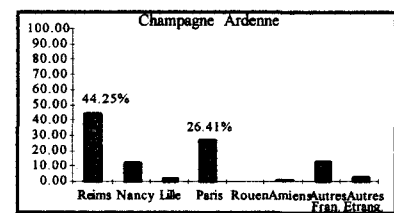
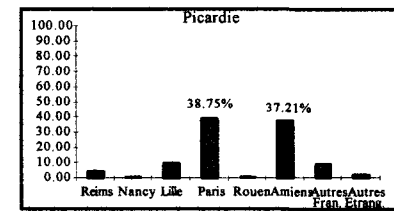
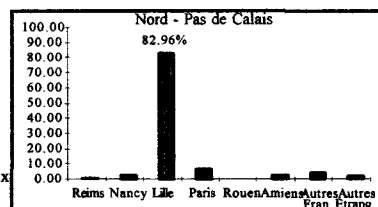
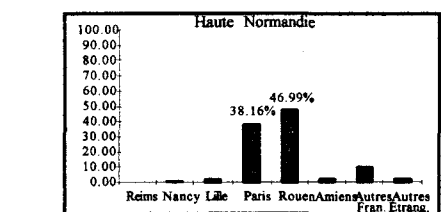
Lieu de Formation et Lieu d'exercice :

- Amiens
- Facultés françaises
- Lille
- Facultés étrangères
- Nancy
- Horizon varié parmi les 6 Facultés dominantes
- Paris
- Commune sans installation de médecins
- Reims
- Commune où le ou les médecins sont formés dans la faculté régionale
- Rouen

Source : Fichier ADEL-SESI au 31.12.1990



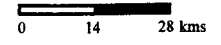
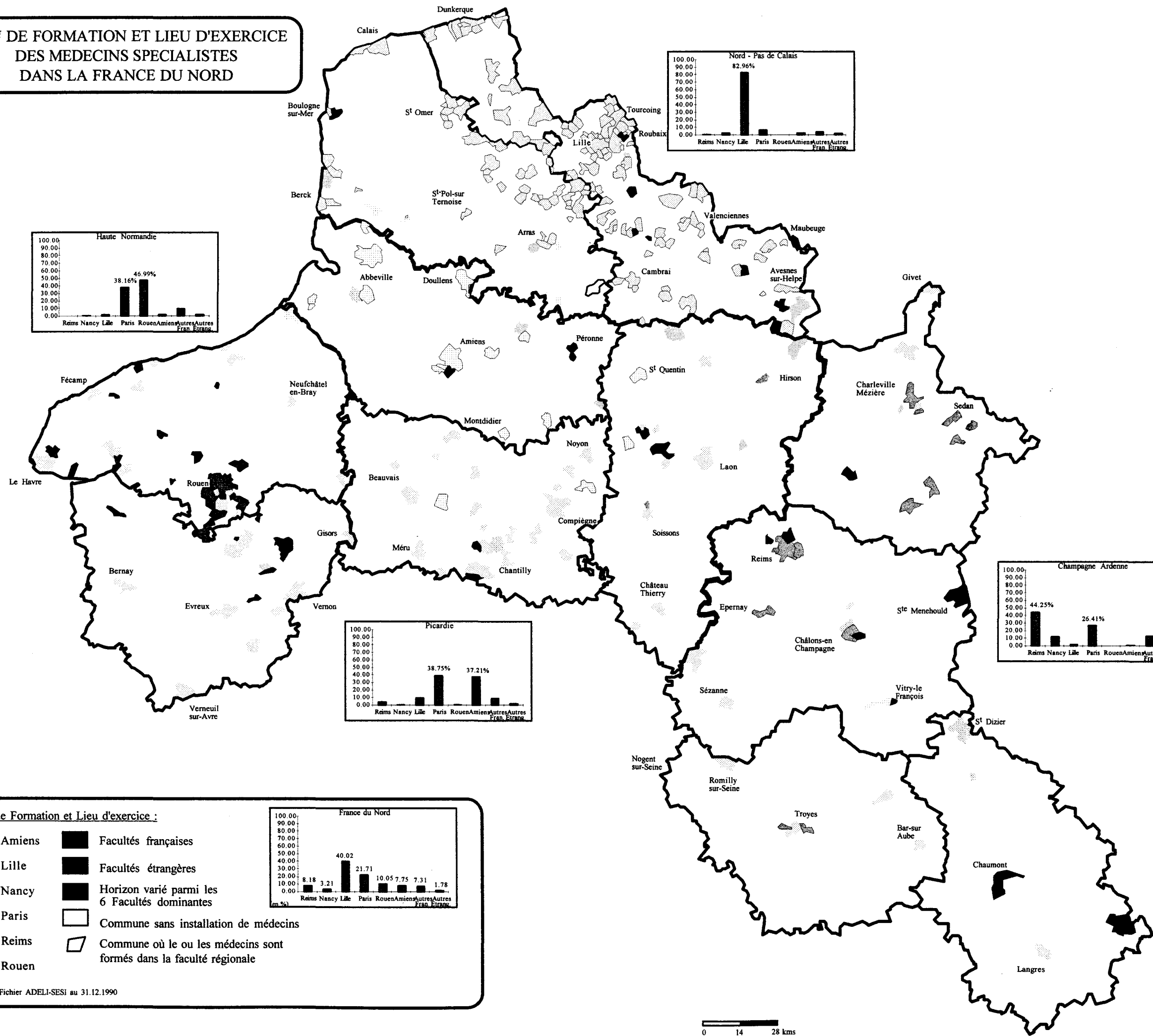
LIEU DE FORMATION ET LIEU D'EXERCICE  
DES MEDECINS SPECIALISTES  
DANS LA FRANCE DU NORD



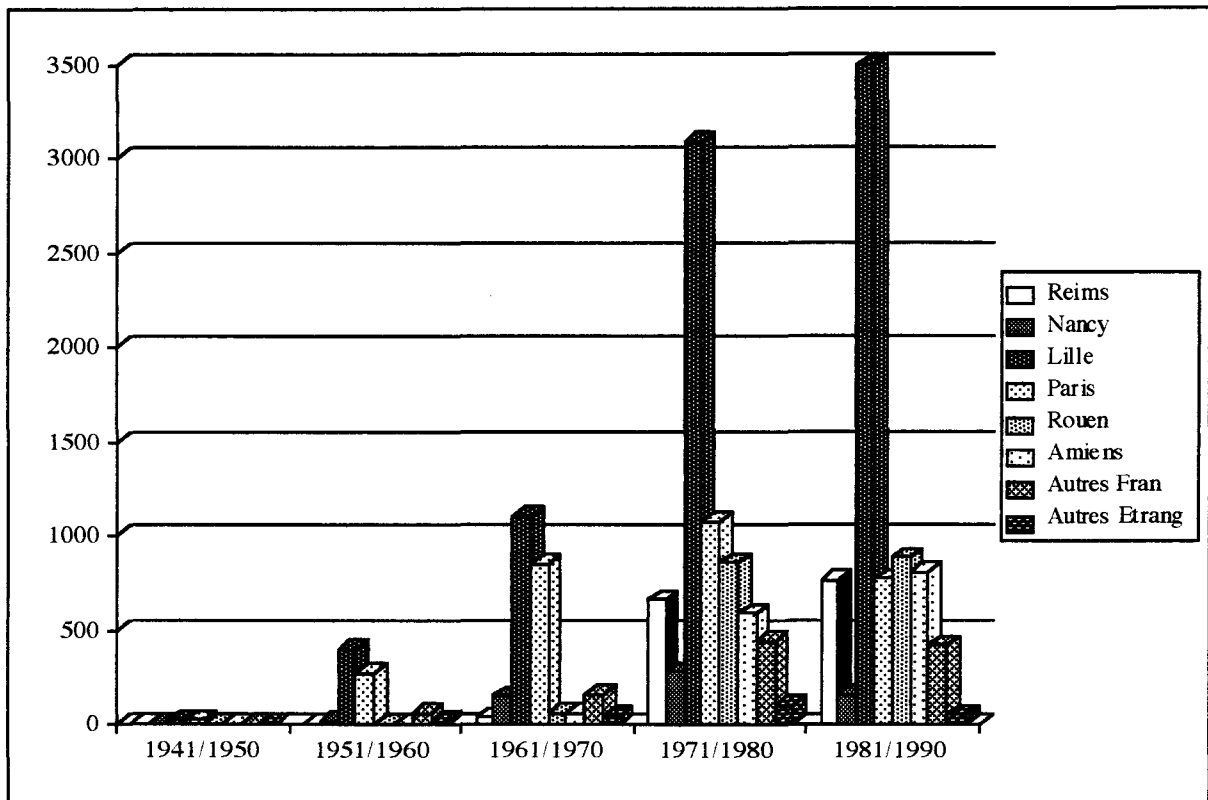
Lieu de Formation et Lieu d'exercice :

Amiens	Facultés françaises
Lille	Facultés étrangères
Nancy	Horizon varié parmi les 6 Facultés dominantes
Paris	Commune sans installation de médecins
Reims	Commune où le ou les médecins sont formés dans la faculté régionale
Rouen	

Source : Fichier ADELI-SESI au 31.12.1990



**Graphique N° 7 : Date de diplôme et Lieu de formation des médecins dans la France du Nord, inscrits au fichier (Données brutes) :**

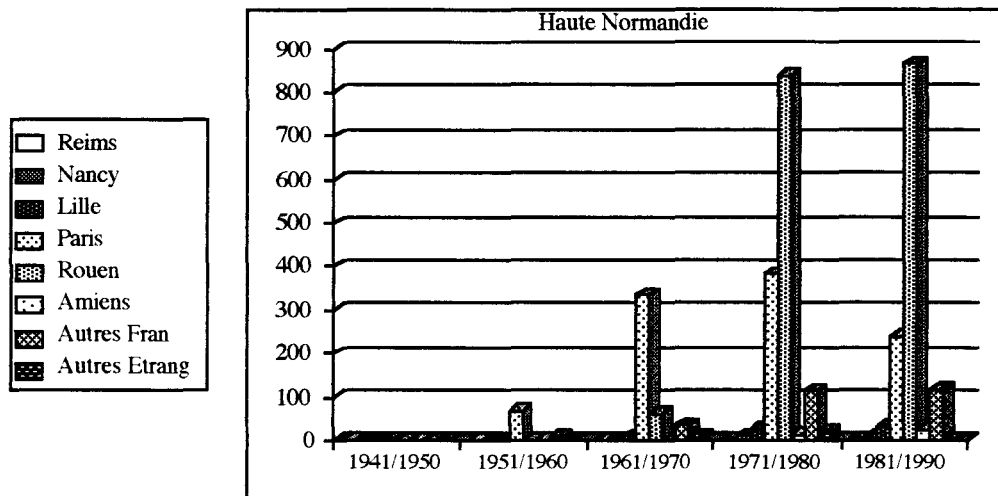


Source: Fichier ADELI-SESI, 1990

Les années quarante, période mouvementée de notre histoire montre une «prédominance logique» des facultés Nordistes et Parisiennes. Cette hégémonie se répète dans les années cinquante, période où de nouvelles facultés sont créées, mais il faut attendre les années soixante pour voir apparaître ces nouvelles origines géographiques.

Au règne hégémonique des facultés Parisiennes et Nordistes, succède une période de diversité géographique qui n'a cessé de croître tout au long des décennies. Cette constante évolution aboutit à une représentation quasi équilibrée des facultés régionales dans la France du Nord. Seules exceptions, les facultés Parisiennes, en dehors de la France du Nord, mais qui poursuivent une tradition ancestrale de présence parmi les médecins. Et la faculté Nordiste, dont la préférence régionale n'a cessé de s'imposer sur les autres pôles de formation, devance largement l'ensemble des pôles de formation médicale. Pris individuellement, les dates de diplôme et les lieux d'obtention des diplômes retracent les tendances chronologiques, et l'étoffement progressif de la carte universitaire des facultés de médecine en France.

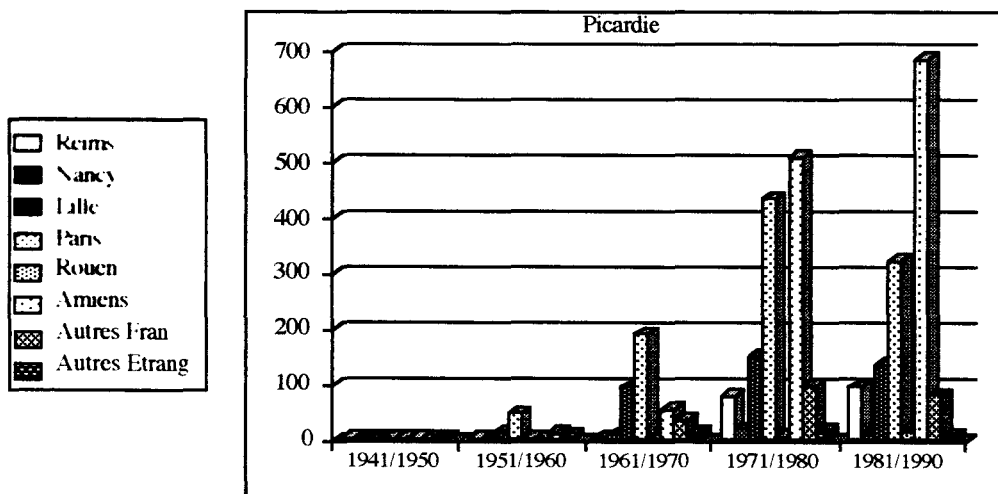
**Graphique N° 8 : Date de diplôme et lieu d'obtention des médecins exerçant en Haute Normandie :**



Source : Fichier ADEL-SESI, 1990

Jusqu'aux années cinquante, la majorité des médecins exerçant en Haute Normandie avaient suivi leur formation dans les facultés Parisiennes. Les années 70 sont marquées par les balbutiements de la faculté Normande, créée à Rouen après 1968, de laquelle sortent les premiers médecins formés. Les périodes précédentes, confirment une présence Parisienne toujours forte, de par la proximité géographique, mais surtout la position dominante de la faculté régionale, dont les médecins diplômés ne cessent de croître au détriment des autres pôles de formation.

**Graphique N° 9 : Date de diplôme et lieu d'obtention des médecins exerçant en Picardie :**

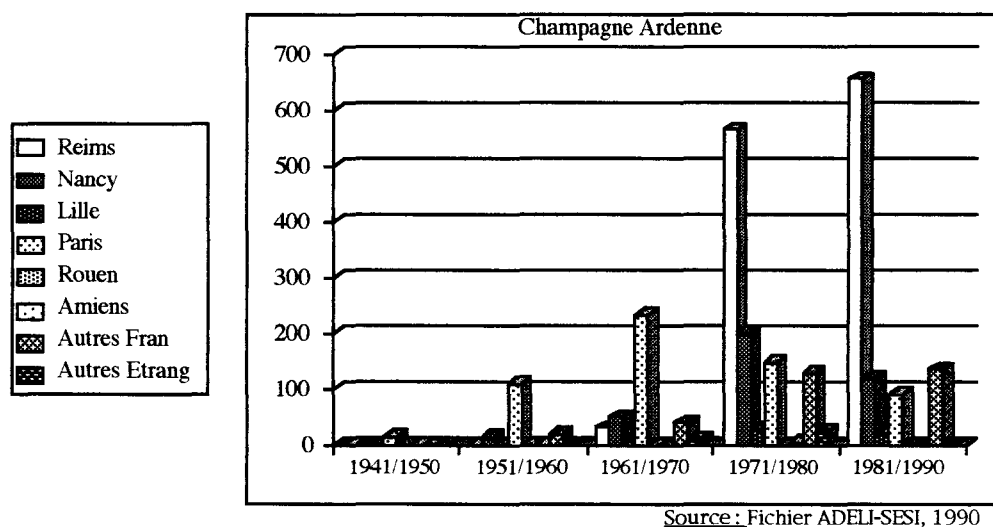


Source : Fichier ADEL-SESI, 1990

La Picardie offre un profil similaire à celui de la Haute Normandie, sachant que la faculté de médecine d'Amiens a également été créée après 1968. Les

tendances sont les mêmes, exceptée la proximité de la faculté Nordiste dont la trace apparaît dans la période 1961-1970. De par sa situation géographique, la Picardie se situe sous trois zones d'influence : la faculté Nordiste, les facultés Champardennaises et les facultés Parisiennes. Les périodes précédentes confirment ces tendances géographiques de la Picardie, où l'on assiste à une importante pénétration extérieure. Mais les médecins sortant de la faculté d'Amiens restent parmi les plus nombreux.

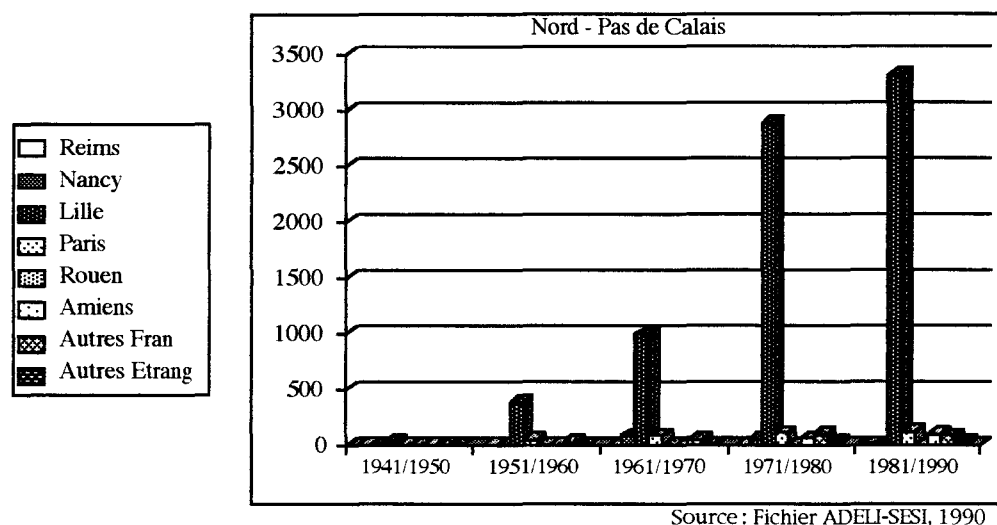
**Graphique N° 10 :** Date de diplôme et lieu d'obtention des médecins exerçant en Champagne Ardenne :



Jusqu'aux années soixante, les médecins installés en Champagne Ardenne, obtenaient majoritairement leurs diplômes dans les facultés Parisiennes. Les médecins diplômés des facultés Champardennaises, créées après 1947, demeurent relativement faibles dans les années 60, où dominant encore les facultés Parisiennes, Lorraines et des autres régions françaises. Les années 70 révèlent le véritable démarrage des facultés Champardennaises, avec une augmentation considérable des médecins diplômés, dont les effectifs n'ont cessé de croître. Malgré une proximité géographique, peu de médecins installés ont obtenu leur diplôme dans la faculté Nordiste qui demeurent peu représentée dans cette région.



**Graphique N° 11 : Date de diplôme et lieu d'obtention des médecins exerçant dans le Nord-Pas de Calais :**



Une préférence régionale à toute épreuve symbolise les médecins exerçant dans la région Nord-Pas de Calais. Depuis les années 40, l'essentiel des médecins installés ont obtenu leur diplôme dans la faculté régionale, seule région de la France du Nord à échapper à l'hégémonie des facultés Parisiennes dont l'emprise n'est que très faible. Des médecins formés dans la région et qui y exercent, aboutissant ainsi, à l'une des plus faibles pénétrations des facultés de médecine proches ou éloignées.

La présence d'une faculté est un élément fédérateur qui mobilise la présence des médecins. La préférence régionale est une donnée essentielle dans l'organisation d'un système de soins. Une faculté de médecine régionale forme ses futurs médecins, sachant que plus de 50.0% d'entre-eux exerceront dans la région de formation. Mais la mise en place des systèmes de soins répond à une dynamique progressive qui évolue plus ou moins rapidement dans le temps, en fonction de l'évolution de la population, de la société et de la création de nouvelles facultés. L'installation des médecins, la mise en place d'un système de soins sont donc un dynamique progressive, passant par différents stades.

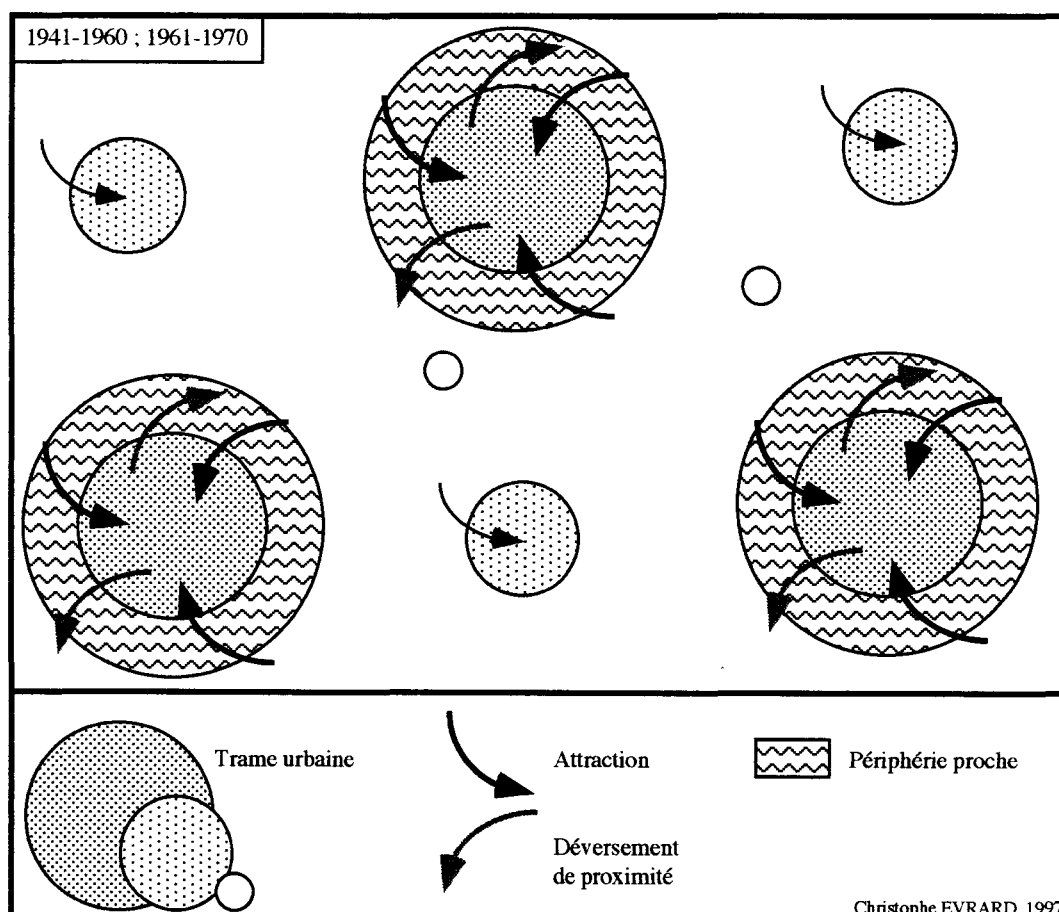
## II - BILAN DE 50 ANS D'INSTALLATION DES MÉDECINS DANS LA FRANCE DU NORD :

### A - VILLE ET MÉDECIN : UN COUPLE QUI DURE :

#### 1. - 1941-1960\* ; 1961-1970 : mise en place des «bassins médicaux» :

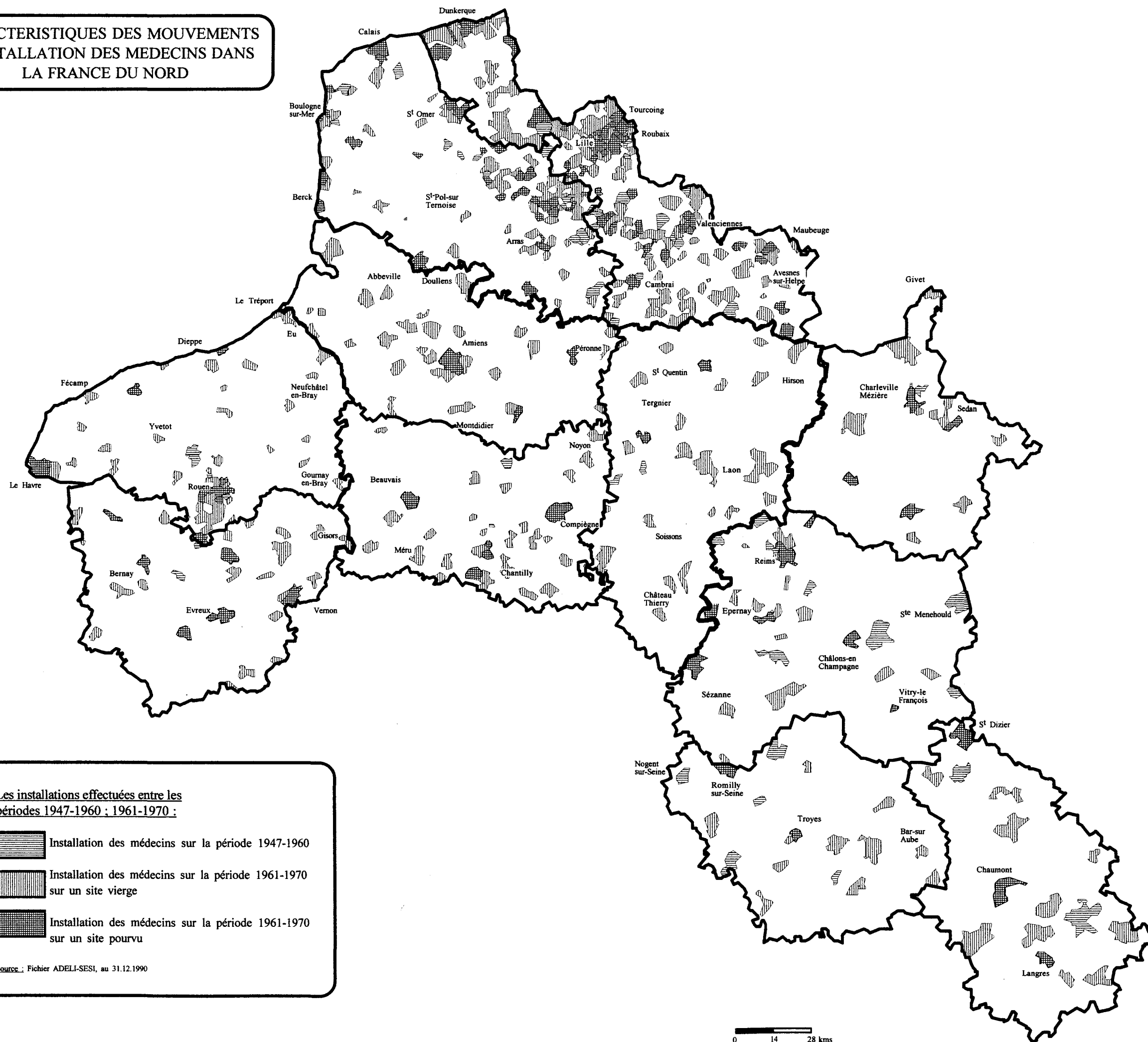
Les installations de médecins dans la France du Nord, dans cette première période, contribuent à la formation des «bassins médicaux originels». En effet, différentes études antérieures ont démontré l'impact sur le comportement des nouvelles installations qui s'effectuent à proximité géographique d'autres confrères. «Le médecin attire le médecin». Prémices de l'encadrement médical, la Carte N° 41 révèle la naissance d'un modèle d'organisation spatiale des médecins.

**Figure N° 6 :** Modèle d'organisation spatiale des médecins dans la France du Nord, entre 1941-1960 ; 1961-1970 :






(\*) Période regroupant les années 1941-1950 ; 1951-1960

**CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS DANS  
LA FRANCE DU NORD**



Les installations effectuées entre les  
périodes 1947-1960 ; 1961-1970 :

-  Installation des médecins sur la période 1947-1960
-  Installation des médecins sur la période 1961-1970 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1961-1970 sur un site pourvu

Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1990

0 14 28 kms

Ce modèle reprend les grandes tendances de la distribution spatiale des installations de médecins. Dès ces périodes, le fait dominant reste l'opposition entre le monde rural et le monde urbain. La naissance des bassins médicaux s'appuie sur une trame urbaine. La ville attire le médecin, formant les futurs pôles de concentration de la médecine. Autre fait, le déversement de proximité qui débute à cette période. En effet, les principales villes attirent les médecins qui s'installent soit dans la ville même, soit en périphérie proche. Ce modèle d'organisation se compose, dans les différentes régions, à des degrés d'intensité différents. Le Nord-Pas de Calais est l'exemple atypique, en raison d'une trame urbaine particulièrement dense, issue d'une forte industrialisation liée à l'exploitation minière dont les caractéristiques urbaines ont conduit à la formation d'une vaste nébuleuse urbaine. L'armature urbaine Nordiste amplifie le modèle, de par la masse urbaine.

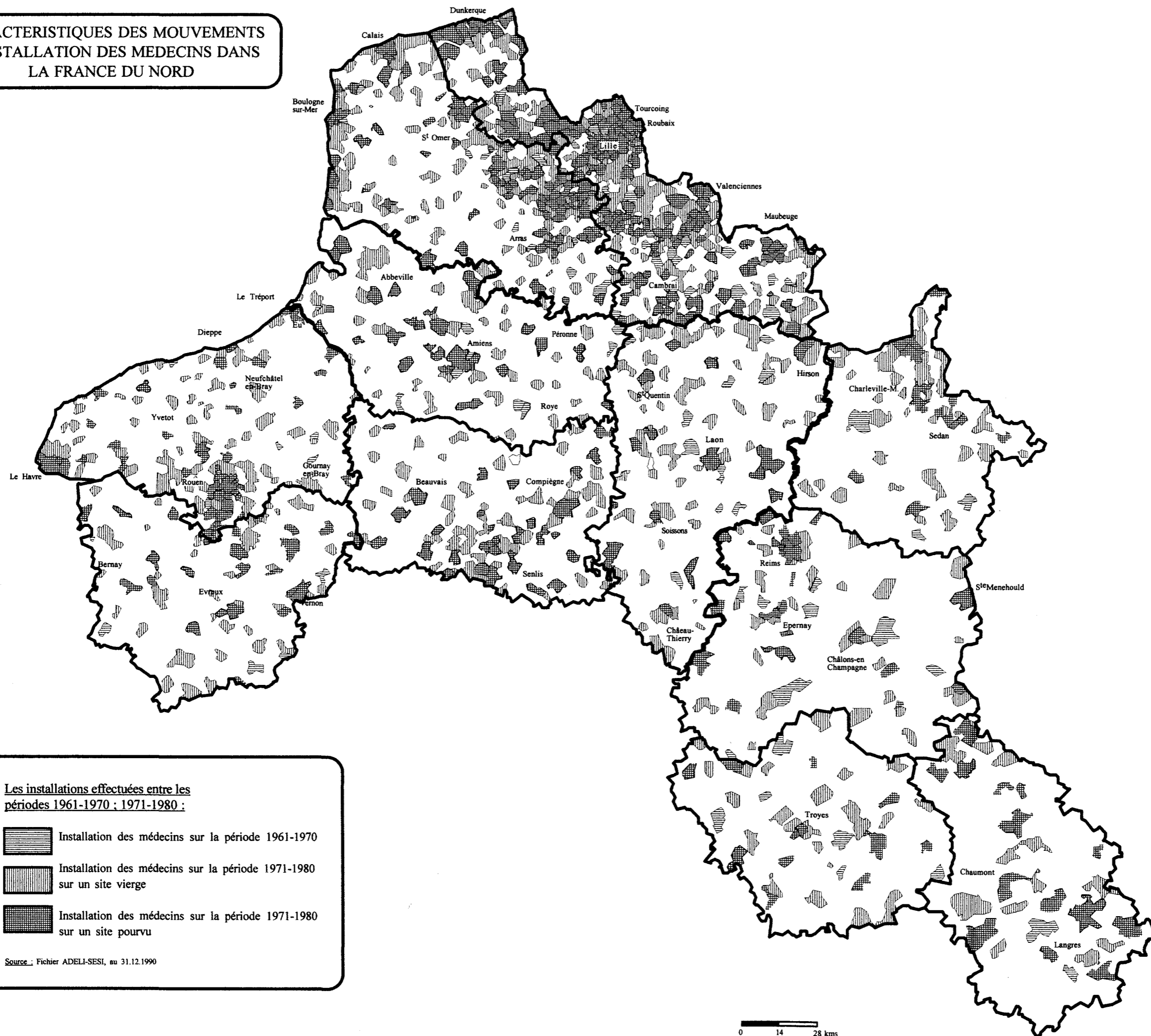
Le monde rural n'est que très peu concerné avec des installations tardives, et faibles. Le développement des systèmes de soins est avant tout de proximité. Les médecins s'installent de préférence en ville, à partir desquelles un déversement de proximité s'effectue.

## 2. - 1961-1970 ; 1971-1980 : confirmation des bassins médicaux :




La Carte N° 42 confirme la formation de bassins médicaux dont l'agencement se calque sur les trames urbaines. Cette période amorce une croissance des effectifs dans l'ensemble des villes.

Le modèle d'organisation spatiale établi précédemment évolue dans le temps et dans l'espace, sachant que les systèmes de soins sont relativement dynamiques durant cette période de forte croissance des effectifs comme les dates d'obtention des diplômes ont pu le démontrer.

CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS DANS  
LA FRANCE DU NORD



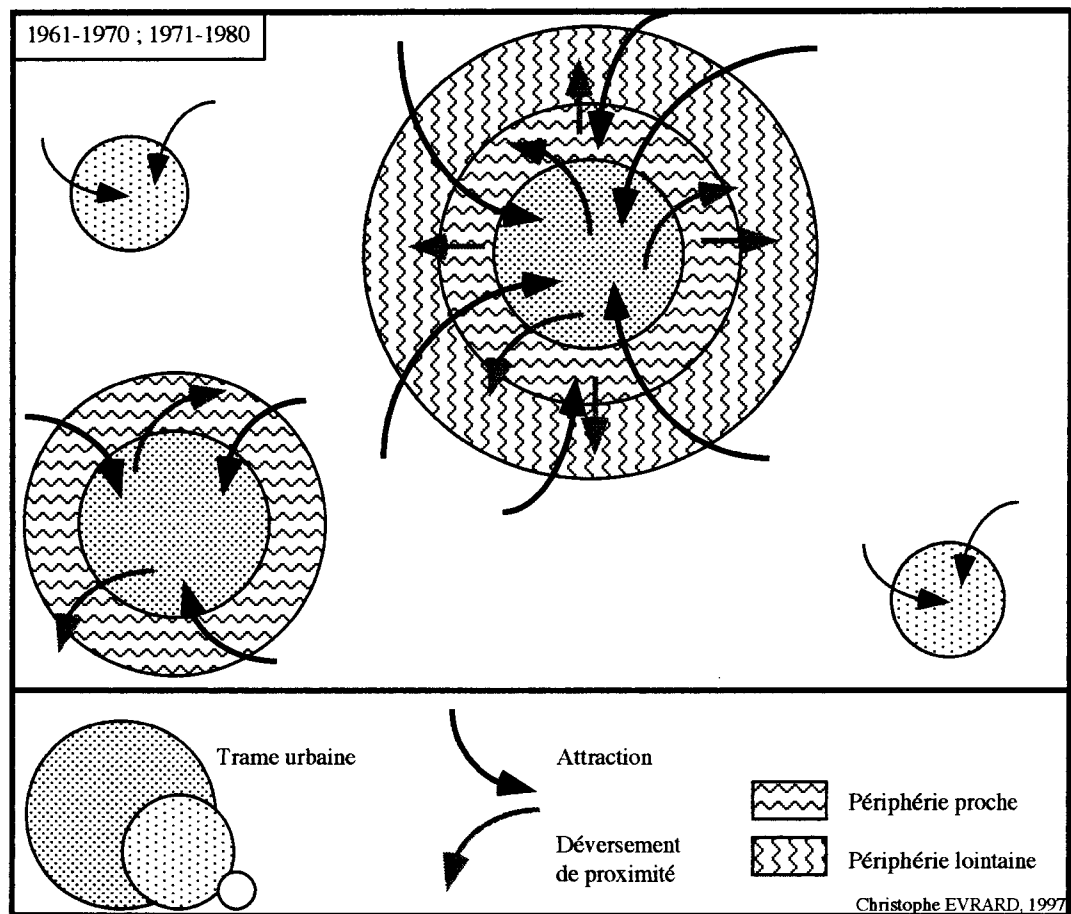
Les installations effectuées entre les  
périodes 1961-1970 ; 1971-1980 :

-  Installation des médecins sur la période 1961-1970
-  Installation des médecins sur la période 1971-1980 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1971-1980 sur un site pourvu

Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1990

0 14 28 kms

**Figure N° 7 : Modèle d'organisation spatiale des médecins dans la France du Nord, entre 1961-1970 ; 1971-1980 :**



Le déversement de proximité s'effectue de nouveau à partir des pôles d'attraction que sont les noyaux urbains. Mais le développement des systèmes de soins conduit à un étalement progressif de ce déversement sur des espaces périphériques plus éloignés. La deuxième couronne qui bénéficiait des retombées durant la première période devient un pôle émetteur. On assiste donc à la formation de bassins médicaux, polarisés, qui s'étaient progressivement sur les espaces urbains.

Le monde rural ne bénéficie que très peu de retombées, seuls les espaces proches, qualifiés de « périurbains » sont susceptibles d'être sensibles à ce déversement. On assiste cependant à deux phénomènes dans le monde rural :

↳ De nouvelles installations, réduites, contribuant à réduire les espaces non pourvus, mais il s'agit d'installations sans logique fondée, sachant que rien au départ ne contribue à favoriser ces installations. Période où les « no doctor's land » amorcent leur formation. Les systèmes de soins se mettent en place,

oubliant volontairement ou involontairement des espaces trop éloignés, peu peuplés où très peu d'installations de médecins se produisent.

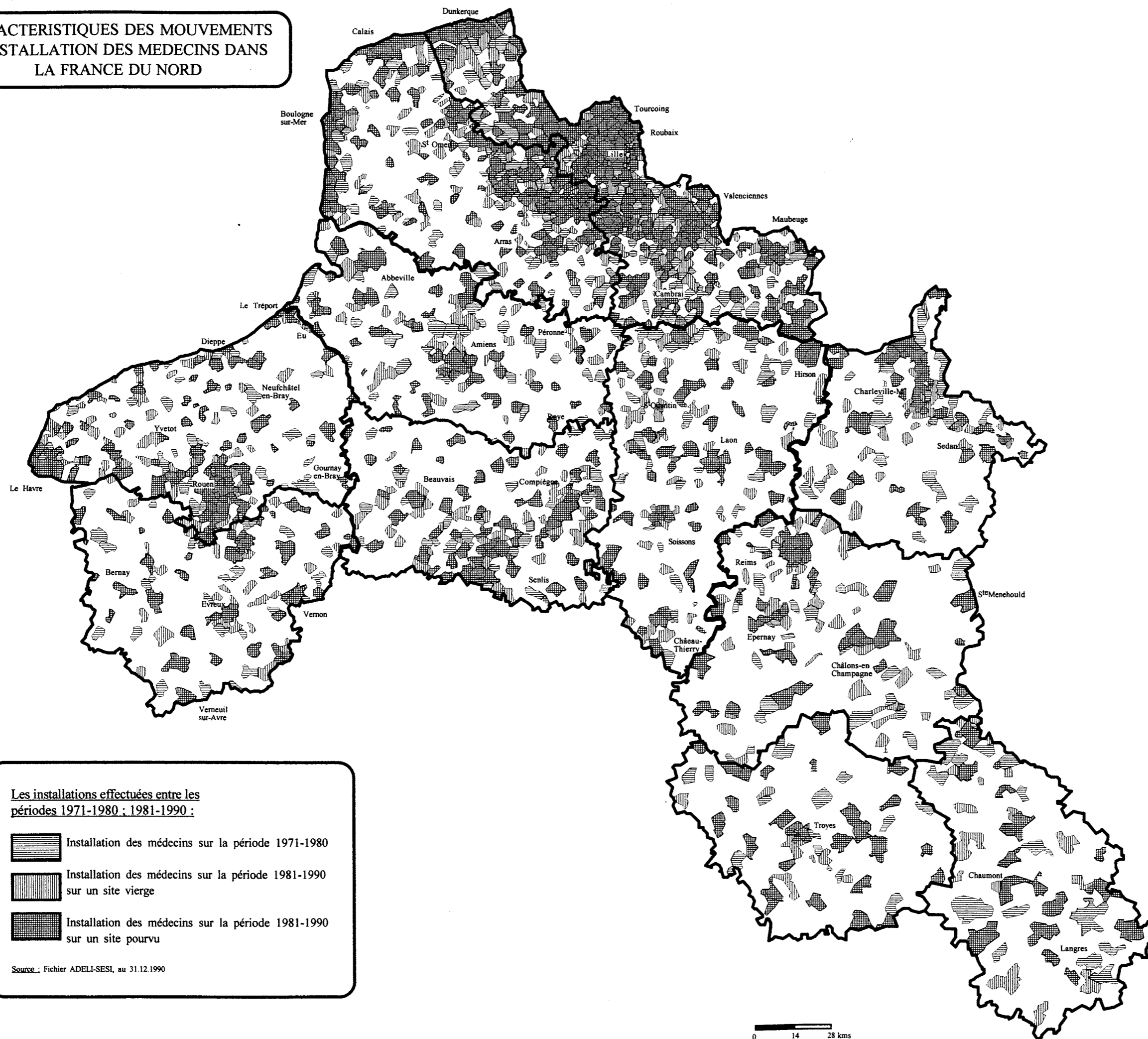
↳ Un semblant de polarisation se crée sur un certain nombre de petites communes, sans pour autant créer de déversement de proximité. La trame urbaine s'impose de nouveau, favorisant le critère sélectif lié à une taille minimum, afin d'améliorer l'accessibilité aux soins.

Néanmoins, 1961-1970 ; 1970-1980 restent des périodes dynamiques, les installations de médecins, bien que polarisées se poursuivent, comblant peu à peu les espaces régionaux.




### 3. - 1971-1980 ; 1981-1990 : croissance continue des effectifs mais stabilisation géographique :

La Carte N° 43 laisse transparaître une croissance continue des installations qui frappent en priorité les zones urbanisées. La relation ville et médecin persiste dans le temps, mais plus dans l'espace. La trame privilégiée, dégagée dans la période précédente s'est stabilisée, laissant jouer le rôle attractif de ses noyaux durs. La modélisation du système conduit à la représentation suivante :

CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS DANS  
LA FRANCE DU NORD



Les installations effectuées entre les  
périodes 1971-1980 ; 1981-1990 :

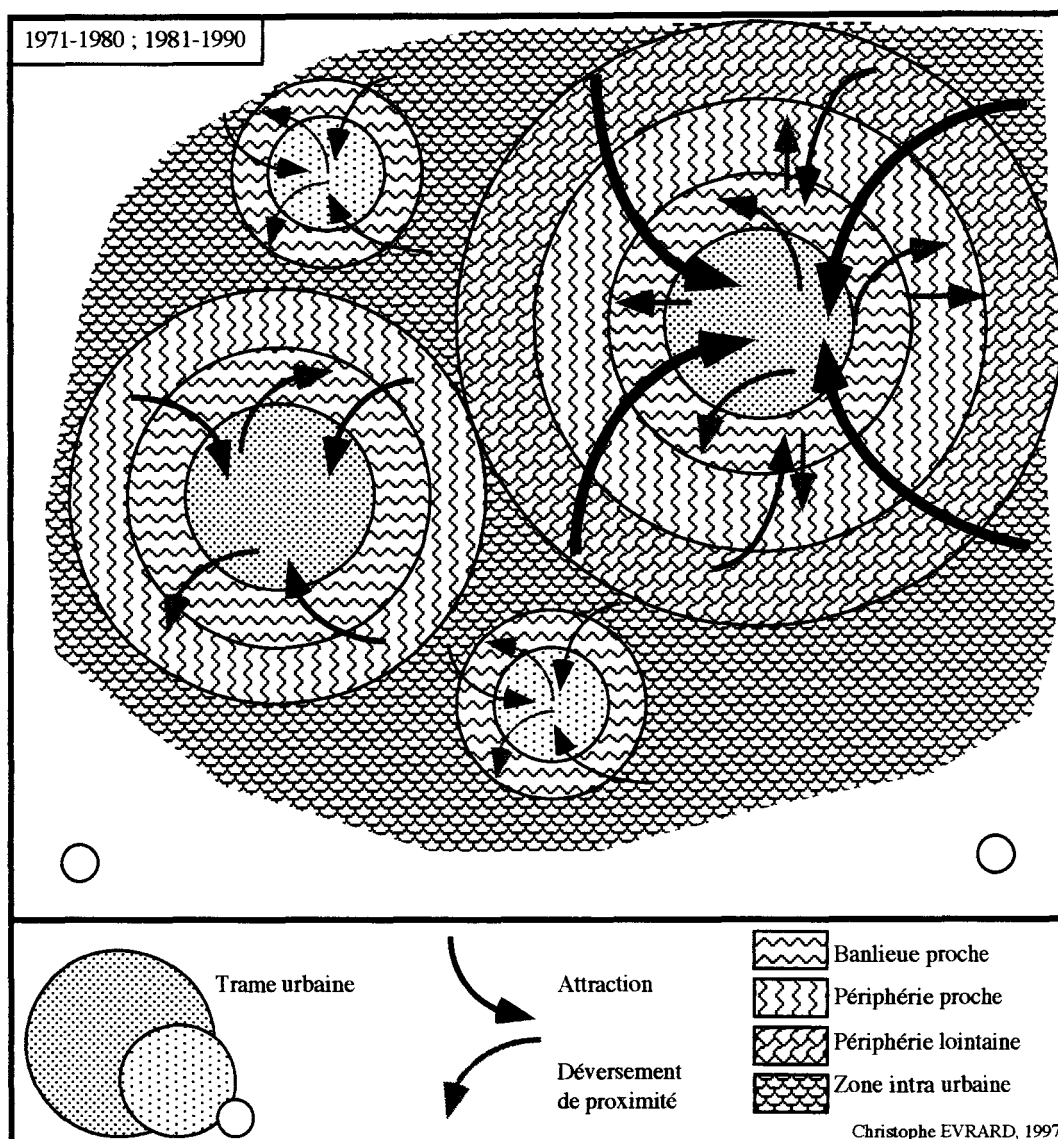
-  Installation des médecins sur la période 1971-1980
-  Installation des médecins sur la période 1981-1990 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1981-1990 sur un site pourvu

Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1990

0 14 28 kms



**Figure N° 8 :** Modèle d'organisation spatiale des médecins dans la France du Nord, entre 1971-1980 ; 1981-1990 :



Le bilan de 50 ans d'installation de médecins dans la France du Nord conduit à la répétition dans le temps d'un modèle mis en place dans les années 60. En effet, les installations de médecins n'ont cessé de privilégier le choix urbain au détriment des zones rurales restées à l'écart. Cinquante ans d'installation conduisent à une situation de surconcentration des médecins dans les villes où les effectifs n'ont cessé de croître.

Le déversement de proximité est la seule évolution en 50 ans, superposant aux masses urbaines existantes, une masse de médecins. On assiste donc à une répétition spatiale du modèle dans l'espace et dans le temps. Modèle qui nécessite une seule condition : être une commune urbaine de taille suffisante pour déclencher la dynamique. Un certain nombre de communes dans la France du

Nord ont été «choisies», (villes de commandement, villes peuplées...), pour être les noyaux durs à partir desquels le modèle évolue. La dynamique consiste donc à favoriser le remplissage progressif des espaces à partir d'un noyau fédérateur, qui, une fois saturé, se déverse sur les espaces périphériques qui à leur tour se déversent sur les espaces voisins lorsqu'ils arrivent à saturation.

Les installations présentées ont le désavantage de ne tenir compte d'aucune situation professionnelle, mais elles révèlent les grandes tendances dans l'évolution des systèmes de soins. Une approche plus détaillée des situations professionnelles, notamment le mode libéral, «praticiens au chevet du patient», est indispensable pour introduire un aspect plus qualitatif. Malgré tout, certains médecins sortent du modèle en privilégiant des installations dans le monde rural. Ce sont ces médecins qui seront abordés plus en détail dans le troisième livre.

## B - LE MÉDECIN LIBÉRAL : RECHERCHE-T-IL LA PROXIMITÉ GÉOGRAPHIQUE DU PATIENT OU CELLE D'AUTRES CONFRÈRES ?

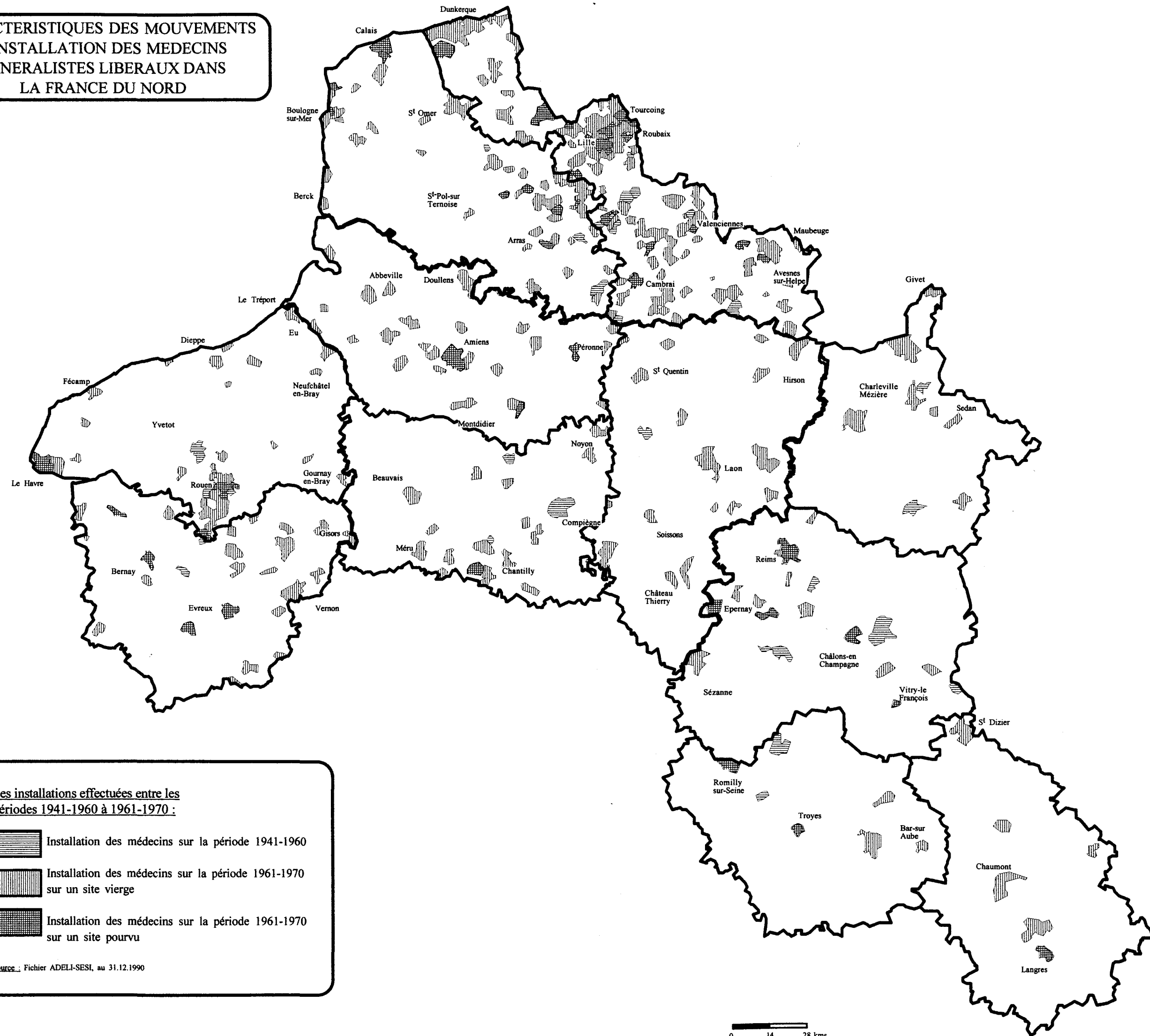
### 1. - La base du système de soins : le médecin généraliste libéral :

#### 1.1 - 1941-1960 ; 1961-1970 : développement d'un système de soins de proximité : ( Carte N° 44)



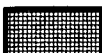
La couverture médicale du territoire se met en place, assurant une relative diffusion spatiale des médecins généralistes libéraux. Durant ces périodes, notamment 1961-1970, le rôle joué par la ville n'est que secondaire. Des pôles urbains sont déjà fortement implantés dans les systèmes de soins, notamment par leur poids démographique, mais ils ne sont pas une destination privilégiée. Les médecins généralistes libéraux nouvellement installés, s'implantent sur le territoire.

Le monde rural demeure cependant à l'écart, par rapport aux villes, il n'est pas une destination privilégiée. Quelques communes rurales laissent apparaître des installations de médecins, mais elles demeurent très limitées. Les zones rurales dépourvues d'installations de médecins restent encore importantes, mais nous n'en sommes qu'aux balbutiements du développement des systèmes de soins.

**CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS  
GENERALISTES LIBERAUX DANS  
LA FRANCE DU NORD**



Les installations effectuées entre les  
périodes 1941-1960 à 1961-1970 :

-  Installation des médecins sur la période 1941-1960
-  Installation des médecins sur la période 1961-1970 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1961-1970 sur un site pourvu

Source : Fichier ADEL-SESI, au 31.12.1990

0 14 28 kms

Une période incertaine dans le développement futur qui laisse cependant transpar tre une relation médecin-patient plus active. Les nouvelles installations assurent une pénétration plus forte de la santé au sein du territoire.

### 1.2 - 1961-1970; 1971-1980 : développement accéléré des systèmes de soins : (Carte N  45)

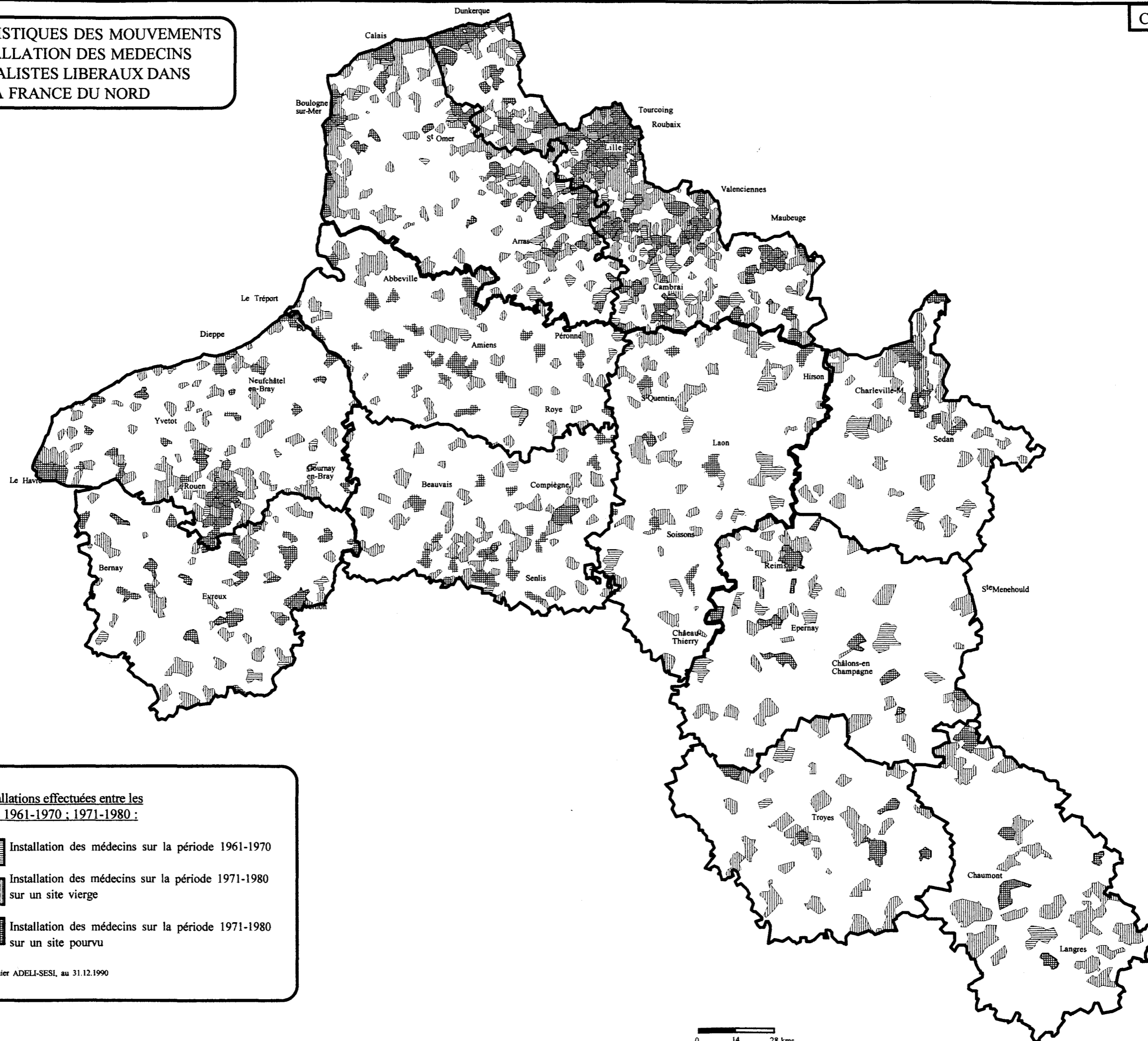
Les années 60 contribuent à une accélération des nouvelles installations de médecins généralistes libéraux dans la France du Nord. La ville devient une donnée privilégiée, attirant les jeunes médecins, assurant la formation de pôles de concentration de médecins. Les années 60 amorcent une inversion des tendances. La diffusion spatiale des médecins est active, mais de plus en plus, une nouvelle relation de proximité se met en place entre les praticiens eux-mêmes, «le médecin attire le médecin». La proximité des patients semble s'effacer face à de nouvelles données d'origines différentes. C'est l'époque où les installations de médecins s'effectuent selon trois types de mouvements :

↳ Un mouvement de concentration urbaine : c'est la formation de pôles urbains surmédicalisés, destination privilégiée des nouvelles installations de médecins, et qui participe au développement déséquilibré des systèmes de soins actuels.




↳ Un mouvement de diffusion spatiale commandé : c'est le phénomène de déversement qui s'opère à nouveau, à partir des pôles de concentration de médecins existants, contribuant à la formation de masse de médecins.

↳ un mouvement de diffusion spontanée : cela concerne essentiellement les espaces ruraux, où les installations sont liées au bon vouloir des médecins. (Les raisons qui les ont conduits à s'installer en milieu rural seront abordées dans le Livre 3.)

CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS  
GENERALISTES LIBERAUX DANS  
LA FRANCE DU NORD



Les installations effectuées entre les périodes 1961-1970 ; 1971-1980 :

-  Installation des médecins sur la période 1961-1970
-  Installation des médecins sur la période 1971-1980 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1971-1980 sur un site pourvu

Source : Fichier ADEL-SESI, au 31.12.1990

0 14 28 kms

1.3 - 1971-1980 ; 1981-1990 : l'aboutissement à une polarisation multiple des systèmes de soins :  
(Carte N° 46)

Le développement des systèmes de soins dans la France du Nord, durant ces 50 ans, a donné naissance à une polarisation multiple. La relation entre le médecin et son patient a évolué au fil du temps, d'une époque de grande diffusion spatiale des médecins généralistes libéraux, nous sommes passés à une époque de concentration des praticiens. L'évolution des systèmes de soins est différente en fonction de la morphologie générale de chaque territoire régional (les populations, les densités, les réseaux urbains...), l'organisation de l'espace médical s'adaptera aux conditions en place. Malgré tout, une logique d'organisation spatiale est décelable, et répond à la répétition d'un modèle géographique commandé par les trois éléments fédérateurs suivants :

① La Masse polaire :

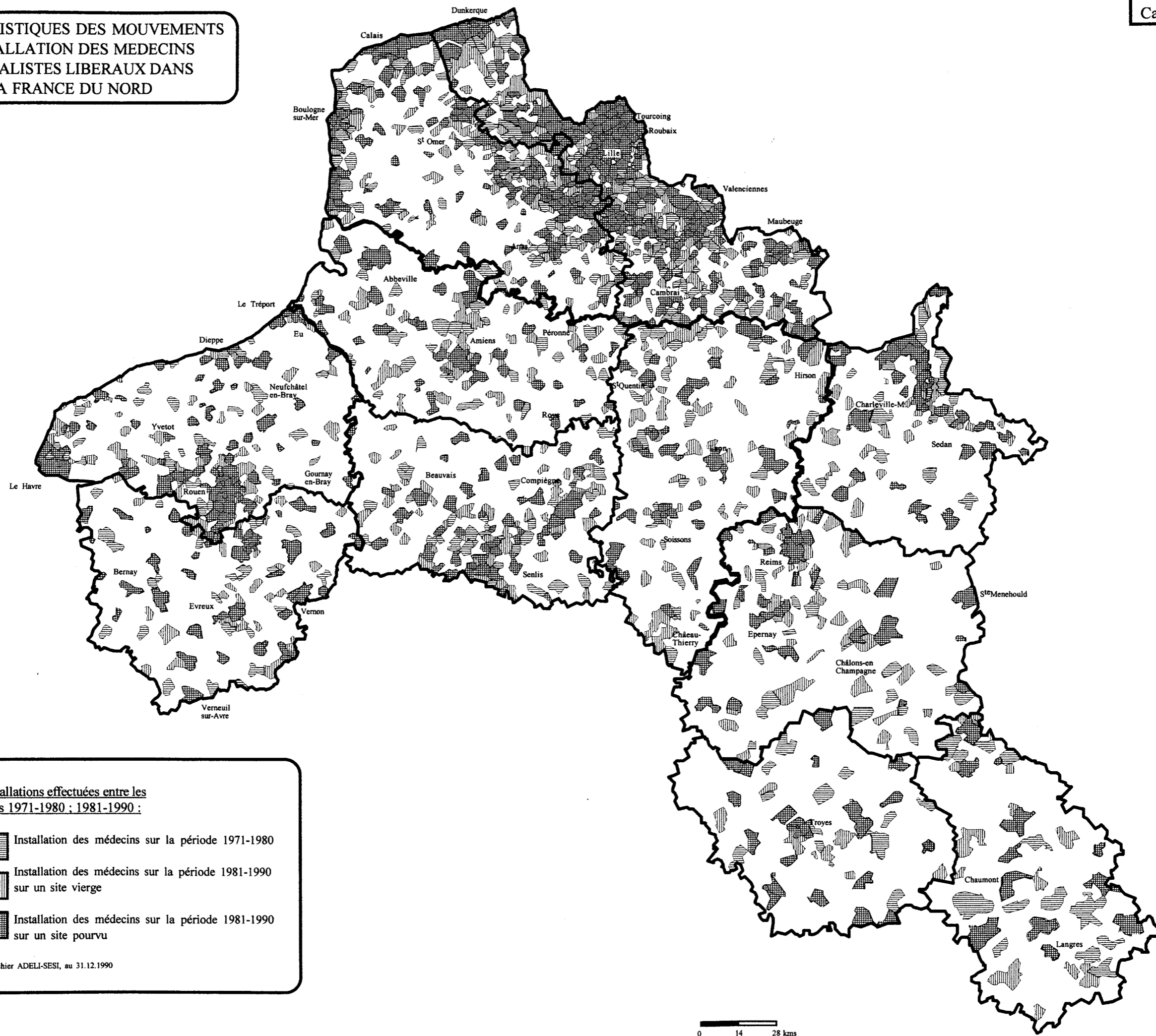
Elle traduit un mouvement continu dans le temps et dans l'espace d'installation constante de médecins généralistes libéraux. À chaque période, les effectifs de praticiens sont grossis par de nouvelles installations, aboutissant à la situation actuelle de surconcentration médicale au niveau d'un certain nombre de pôles urbains. Les installations continues dans un espace restreint sont à l'origine du phénomène de déversement de proximité. Chaque région dispose en moyenne d'une masse polaire par département, qui peut être structurée par un noyau urbain ou par une collégiale de noyaux urbains :

- |  |  |
|--|--|
| ↳ <u>Masse polaire unicellulaire :</u>   | Rouen  |
| ↳ <u>Masse polaire pluricellulaire :</u> | Littoral Nordiste<br>Pays Minier Nordiste<br>Chantilly à Compiègne<br>Charleville-Mézières |




② Le Pôle :

De formation plus tardive, les pôles se sont constitués par une volonté de décentralisation, de structuration de l'espace, et par le développement des régions. On retrouve la même conception que celle des masses polaires, seule l'échelle diffère, caractérisée par des ensembles de tailles plus réduites.

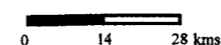
CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS  
GENERALISTES LIBERAUX DANS  
LA FRANCE DU NORD



Les installations effectuées entre les  
périodes 1971-1980 ; 1981-1990 :

-  Installation des médecins sur la période 1971-1980
-  Installation des médecins sur la période 1981-1990 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1981-1990 sur un site pourvu

Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1990



Contrairement aux masses polaires, les pôles sont plus nombreux, mais de nouveau leur structuration peut être simple ou multiple.

↳ <u>Pôles unicellulaires</u> :	Le Havre	Troyes
	Dieppe	Saint Quentin
	Amiens	Tergnier
	Saint Dizier	Evreux
↳ <u>Pôles multicellulaires</u> :	Arras	Cambrai
	Vallée de la Sambre	
	Reims	Epernay

### ③ Le Point :

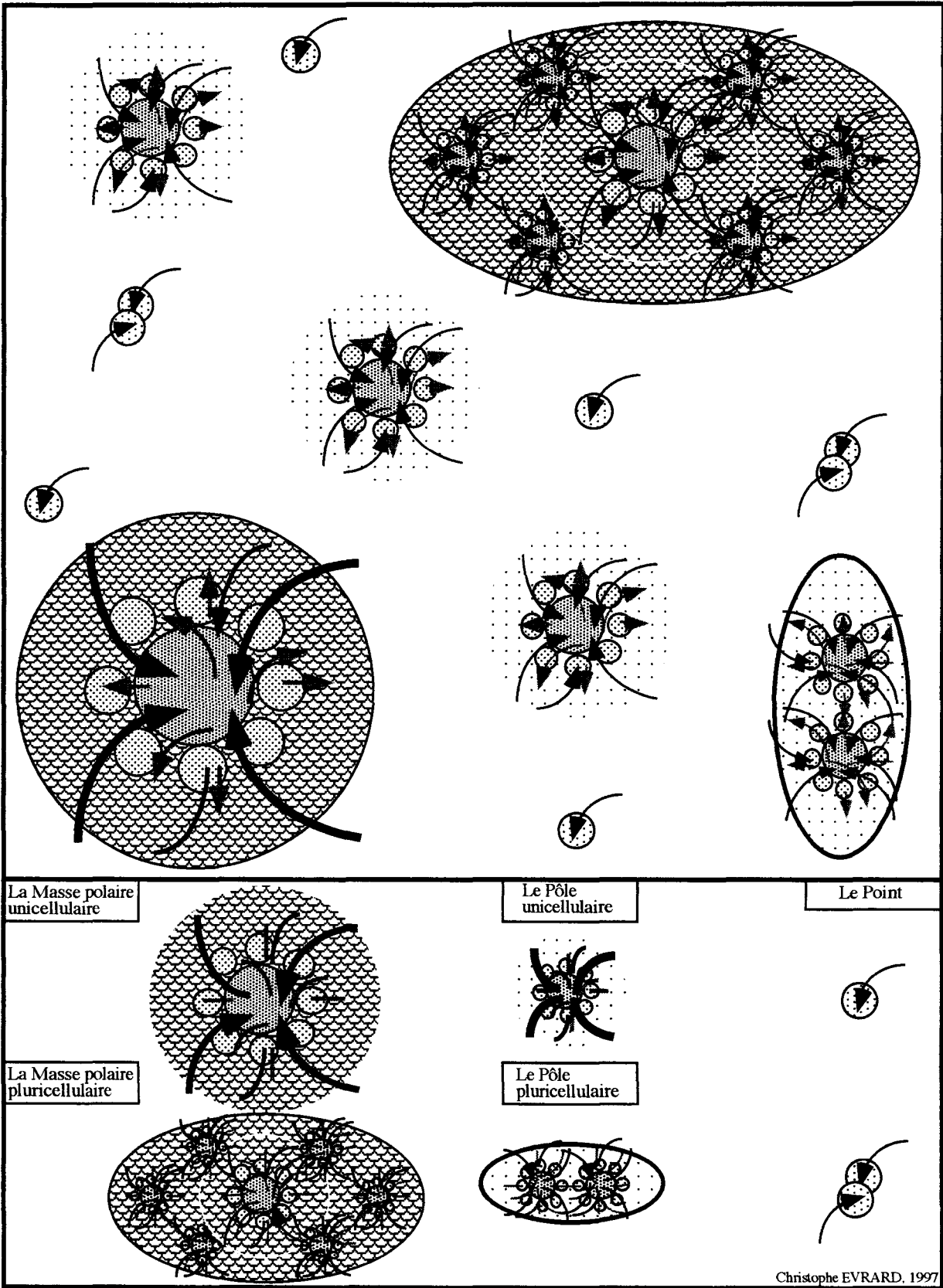
De rayonnement plus réduit, les points représentent le troisième niveau de l'organisation spatiale des médecins généralistes libéraux. Parmi les plus nombreux spatialement, les points ont pour particularité de ne regrouper qu'un nombre réduit de communes. Assimilables aux petites villes, leur dissémination spatiale demeure stratégique dans la diffusion des médecins généralistes libéraux dans le monde rural, et participe aux «rééquilibrages» des systèmes de soins.

↳ <u>Les Points</u> :	Bernay
	Saint-Pol-sur-Teremoise

De ce constat, les vagues successives d'installation des médecins généralistes libéraux ont abouti à la formation et au développement d'une offre de soins de proximité. Premier acteur de la santé sur le terrain, le médecin généraliste libéral se doit de participer à la diffusion de l'offre de soins sur les territoires, et d'en favoriser l'accès.



Figure N° 9 : Modèle d'organisation spatiale des Médecins Généralistes Libéraux dans la France du Nord :



Le modèle géographique d'organisation spatiale des médecins généralistes libéraux traduit ainsi une diffusion plus large au sein des espaces régionaux. Médecine de proximité, elle trouve toute son amplitude au contact des patients. Mais une approche chronologique des installations de médecins conduit à l'élaboration du modèle précédent révélateur d'un changement profond dans la nature des sites d'accueil des nouvelles installations. Dans les premières décennies, le couple médecin-patient était dominant. Les installations se disséminaient sur l'ensemble du territoire, précurseur d'un développement équilibré de la couverture médicale des territoires. Les dernières années ont démenti cette tendance, assurant un développement polarisé des nouvelles installations, conduisant à la situation de surconcentration actuelle sur certains points. Cette accumulation de médecins est synonyme d'un changement profond dans la nature des installations. Le couple médecin-patient a subi une mutation au profit d'un nouveau couple médecin-médecin. Les installations les plus récentes confirment ces tendances, avec le grossissement des noyaux urbains, et le déversement de proximité, phénomène traduit par le modèle. Dans cette dynamique, les espaces ruraux s'individualisent par une relative faiblesse des effectifs médicaux. Un monde rural où le couple médecin-patient persiste, favorisant la continuité d'une médecine de proximité, voire familiale. C'est cette originalité qui sera abordée plus en détail au Livre 3.

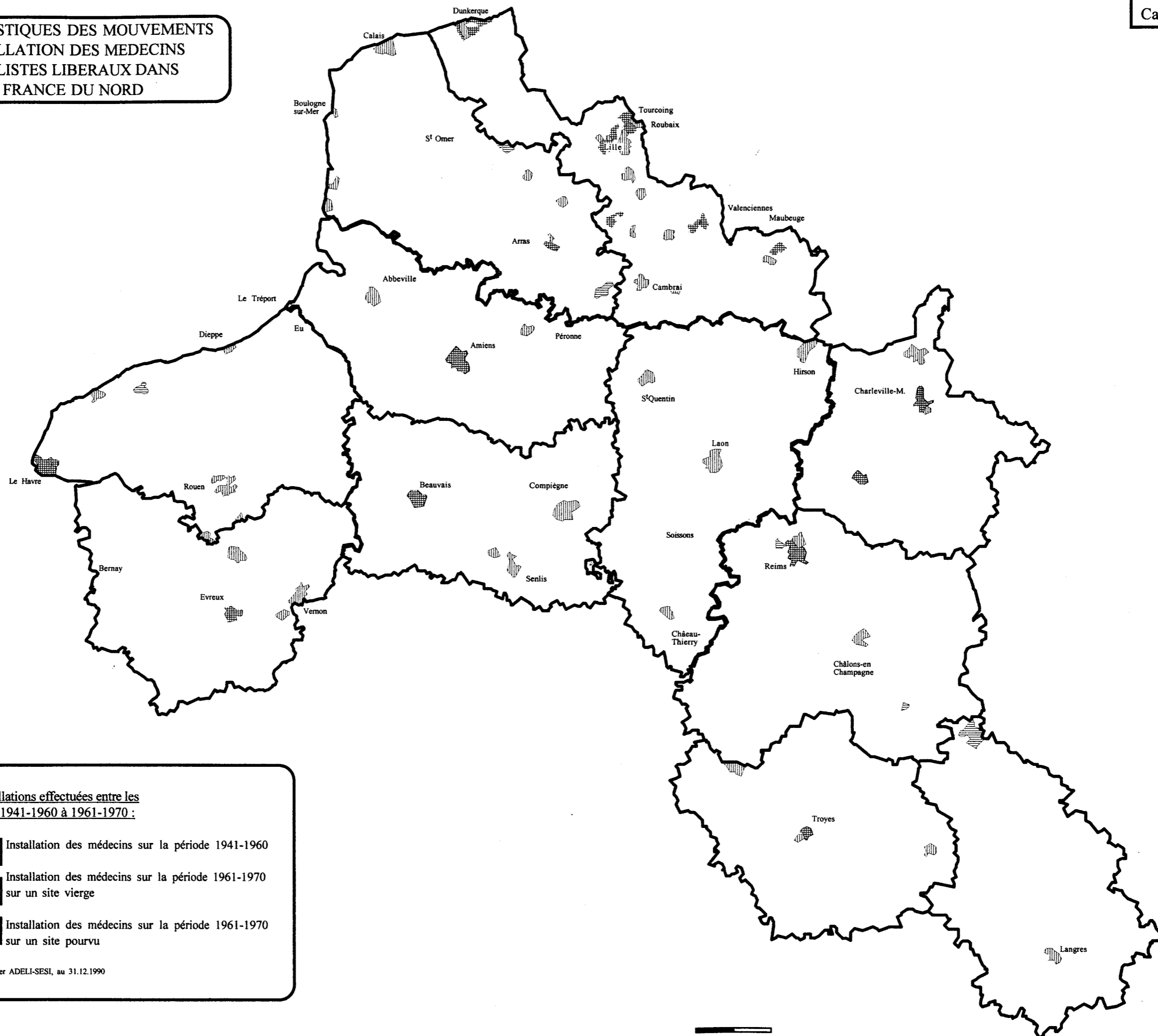
L'existence d'un système de soins dual est inéluctable, opposant un système de soins urbain et un système de soins rural. Cette constatation ne porte que sur une médecine générale, la plus diffusée. Comment le modèle d'organisation spatiale évolue-t-il, s'il est appliqué à une médecine libérale spécialisée ?

## 2. - Le médecin spécialiste libéral : vers une dualité accentuée :




### 2.1 - 1941-1960 ; 1961-1970 : une lente mise en place commandée par l'armature urbaine : (Carte N° 47)

Les installations de médecins spécialistes libéraux reflètent principalement la hiérarchie urbaine des régions. Il existe très peu de nouvelles installations dans la France du Nord, et pour l'essentiel, elles se réalisent dans les principaux noyaux urbains ou dans les espaces périphériques proches. Durant les périodes 1941-1960 ; 1961-1970, les installations concernent presque exclusivement les principales villes de chaque région.

**CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS  
SPECIALISTES LIBERAUX DANS  
LA FRANCE DU NORD**



Les installations effectuées entre les  
périodes 1941-1960 à 1961-1970 :

-  Installation des médecins sur la période 1941-1960
-  Installation des médecins sur la période 1961-1970 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1961-1970 sur un site pourvu

Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1990

0 14 28 kms

La médecine spécialisée est une médecine urbaine. Les sites d'installation s'identifient aux capitales régionales et grandes villes telles que Le Havre, Rouen, Lille, Amiens, Reims, Charleville-Mézières...

Les espaces ruraux ne font pas partie des sites de destination. Aucune installation de médecins spécialistes libéraux n'a lieu dans les espaces ruraux qui sont entièrement dépendants de la médecine urbaine pour avoir accès à une médecine plus spécialisée. Sans doute se trouve ici l'explication, d'un retard des consultations de médecins spécialistes dans les espaces ruraux, contrairement aux espaces urbains.

## 2.2 - 1961-1970 ; 1971-1980 : vers une médecine spécialisée urbaine et polarisée : (Carte N° 48)

### 2.2.1 - Une équité remise en question ?

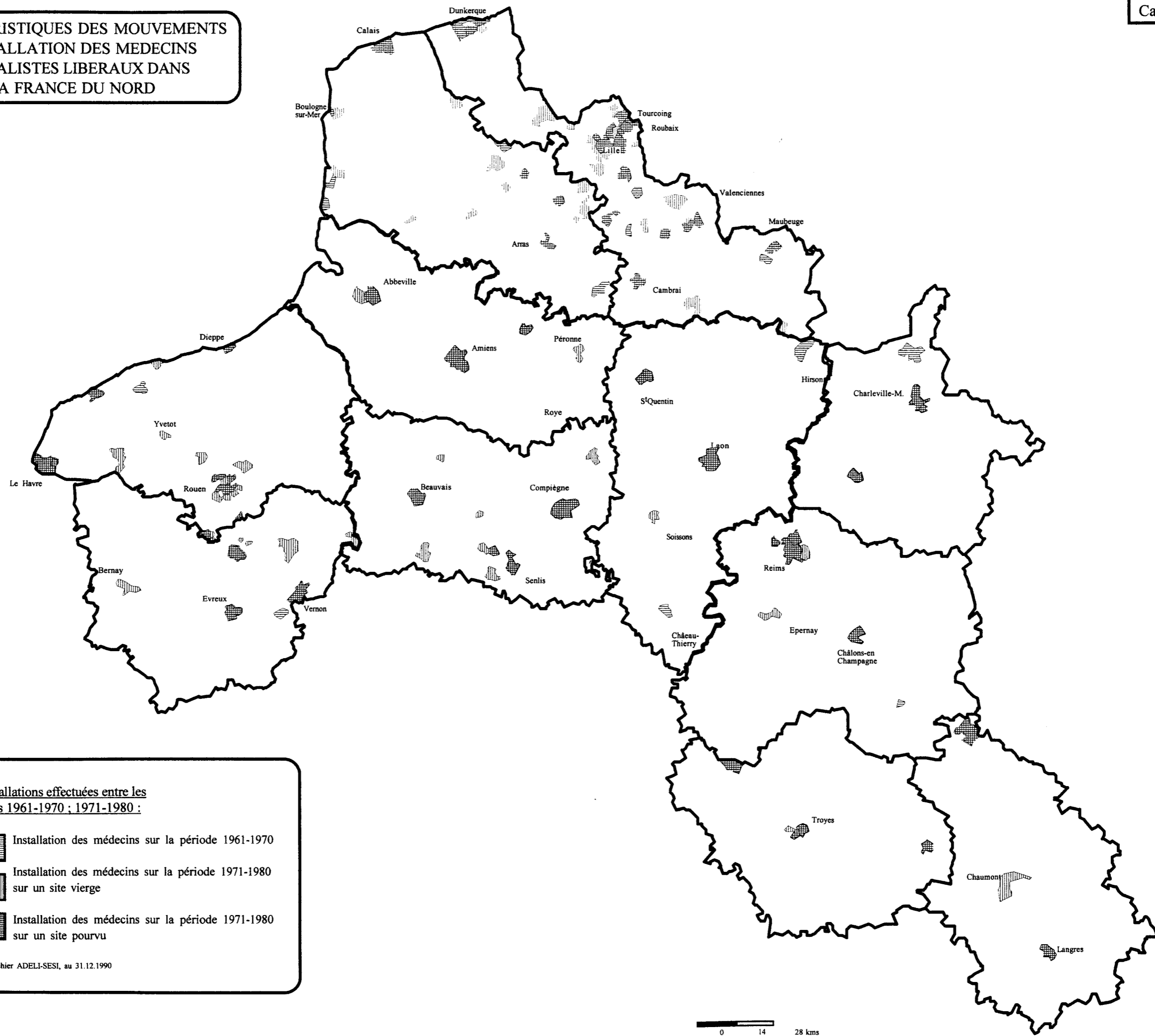
Les années 60 et 70 confirment le rôle prédominant de la hiérarchie urbaine dans les choix d'installation des nouveaux médecins. La médecine spécialiste, de par son caractère spécialisée, a privilégié une installation urbaine, qui plus est, les sommets de la hiérarchie. La médecine spécialisée est devenue un critère sélectif de hiérarchie urbaine. Chaque niveau de la hiérarchie urbaine correspond à un niveau différent de concentration et de spécialisation médicale, phénomène qui sera analysé plus en détail ultérieurement. Les sites d'installation tels que Lille, Rouen, Amiens, Reims accentuent leur attraction, et ne cessent de voir croître leurs effectifs.

La situation des espaces ruraux n'évoluent pas, les installations de médecins spécialistes les ignorent. La seule évolution traduit un accompagnement médical lié à l'apparition de dynamiques diverses, de forces variables selon les régions, représentées par :




#### ↳ La Banlieurisation :

Apparue dans les années 60 en France, elle se traduit par une croissance démographique des centres urbains et des communes proches. Dynamique urbaine qui se répercute dans les installations de médecins, avec un grossissement des effectifs, et la création de nouveaux sites d'accueil sur les communes voisines. Rouen, Lille, Amiens, Reims... sont des sites représentatifs des effets de cette dynamique.

**CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS  
SPECIALISTES LIBERAUX DANS  
LA FRANCE DU NORD**



Les installations effectuées entre les périodes 1961-1970 ; 1971-1980 :

-  Installation des médecins sur la période 1961-1970
-  Installation des médecins sur la période 1971-1980 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1971-1980 sur un site pourvu

Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1990

0 14 28 kms

### ↳ La Périurbanisation :

C'est un phénomène plus récent, amorcé dans les années 70, dont les effets contribuent à la formation de nouveaux sites d'installation disséminés sur les territoires régionaux. De nouvelles installations en dehors des pôles urbains qui contribuent à favoriser l'accessibilité aux soins spécialisés dans les espaces ruraux.

### ↳ L'Industrialisation :

Trait que l'on attribue aux principales villes, telles que Rouen, Le Havre, Reims... mais dont le phénomène le plus fort concerne la région Nord-Pas de Calais et le Bassin minier. Cette industrialisation est à la base du développement de pôles urbains sur lesquels se sont greffées les nouvelles installations de médecins spécialistes libéraux.

### ↳ La «Francilisation»:

c'est un terme particulier qui s'adresse au département de l'Oise, où la proximité de l'Île de France contribue au développement accéléré de ce département. Contrairement aux départements de la Somme et de l'Aisne, l'Oise propose une forte croissance de ses sites d'installation, notamment à proximité de l'axe Chantilly-Compiègne accentuant les déséquilibres intra-régionaux.

Chaque ville, en fonction de sa taille, son rang réagit plus ou moins fortement aux différents mouvements, qu'elles peuvent cumuler selon leur position. Or, les espaces ruraux restent en dehors de ces quelques mouvements nécessaires pour engendrer une dynamique. La médecine spécialisée, de par sa nature, pénètre difficilement les espaces ruraux, qui demeurent en marge. L'accessibilité aux soins spécialisés semble vouée à un déséquilibre irréversible, mais deux tendances apparues dans les années 60-70, peuvent permettre de les atténuer.

### 2.2.2 - Vers une accessibilité aux soins spécialisées plus équitable ?

Assurer une accessibilité aux soins à tous citoyens constituent l'énoncé du problème. Toutefois, la difficulté s'amplifie quant il s'agit d'assurer une accessibilité aux soins spécialisés. Néanmoins, les années 60-70 laissent entrevoir deux solutions permettant d'améliorer la couverture médicale spécialisée.

↳ L'effet de «l'exurbanisation» :

Le développement de communes à l'origine situées dans les espaces ruraux contribuent dans certains cas, quand il y a des installations d'accompagnement, à rapprocher indirectement la médecine spécialisée des espaces ruraux. Mais nous n'en sommes qu'aux prémices.

↳ La petite ville :

On assiste aux développements de certaines communes, situées en milieu rural, ou isolées au sein d'espaces ruraux, par lesquelles la pénétration de la médecine spécialisée se réalise. Leur taille est variable, leur identification s'effectue simplement par la présence d'installations de médecins spécialistes libéraux.

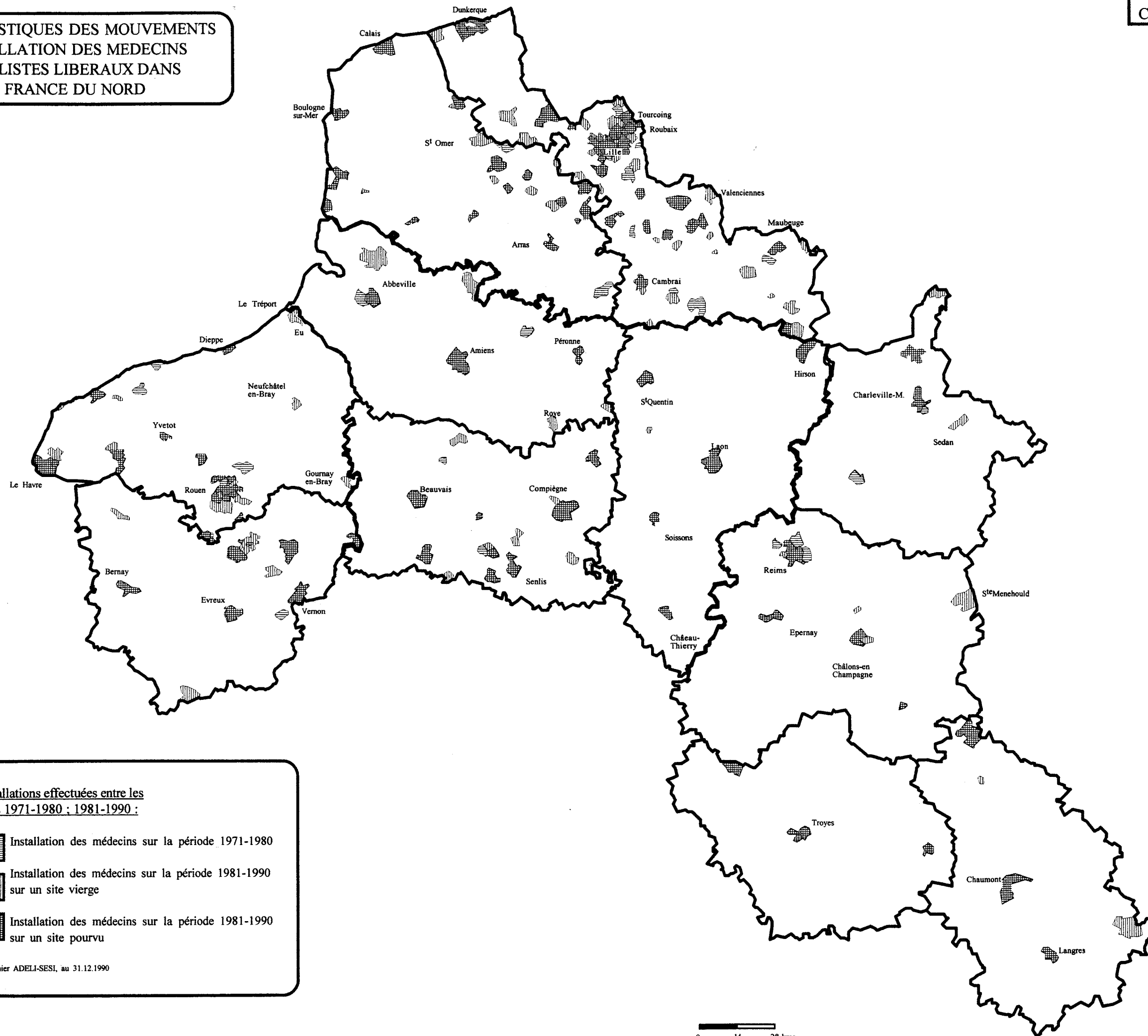
Tableau N° 25 : Quelques exemples de petites villes :

RÉGIONS	Départements	Communes
<u>Haute Normandie</u>	Eure	Bernay ; Gisor
	Seine Maritime	Saint-Valéry-en-Caux
<u>Picardie</u>	Aisne	Hirson ; Château-Thierry
	Oise	Méru ; Noyon
	Somme	Albert ; Péronne
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	Revin ; Rethel
	Aube	Romilly-sur-Seine ; Bar-sur-Aube
	Marne	
	Haute Marne	
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	Le Cateau-Cambrésis ; Wignehies
	Pas de Calais	Saint-Pol-sur-Ternoise ; Hesdin-Marconne




3.3 - 1971-1980 ; 1981-1990 : constat d'un  
immobilisme persistant : (Carte N° 49)

Cinquante années d'installation de médecins spécialistes libéraux dans la France du Nord confirment l'immobilisme, le traditionalisme des nouvelles installations. La dernière décennie montre le phénomène continu des nouvelles installations qui ne fléchissent pas, mais dont la caractéristique essentielle est qu'elles se réalisent toujours sur les mêmes pôles urbains. La trame décrite précédemment se répète, seule l'évolution des différentes dynamiques a contribué à étendre spatialement les aires de débordement autour des principales villes, aboutissant à la formation de nébuleuses médicalisées. Chaque site s'est enrichi quantitativement et spatialement de nouvelles arrivées.

CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS  
SPECIALISTES LIBERAUX DANS  
LA FRANCE DU NORD



Les installations effectuées entre les  
périodes 1971-1980 ; 1981-1990 :

-  Installation des médecins sur la période 1971-1980
-  Installation des médecins sur la période 1981-1990 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1981-1990 sur un site pourvu

Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1990

0 14 28 kms



Les espaces ruraux restent plus que jamais en dehors des intérêts de la médecine spécialisée libérale. Elle écarte de ses sites d'installation les sites potentiels ruraux. Malgré cette situation irréversible, quelques nouvelles installations sont apparues au sein des espaces ruraux, poursuivant le phénomène des petites villes. Le «réseau» formé par les petites villes précédemment décrit, s'est maintenu dans sa totalité, il n'y a pas eu de fermeture de cabinets. Certaines de ces villes ont vu leur potentiel croître par l'arrivée de nouvelles installations, et d'autres communes sont venues se joindre à ce réseau grâce à de nouvelles créations.

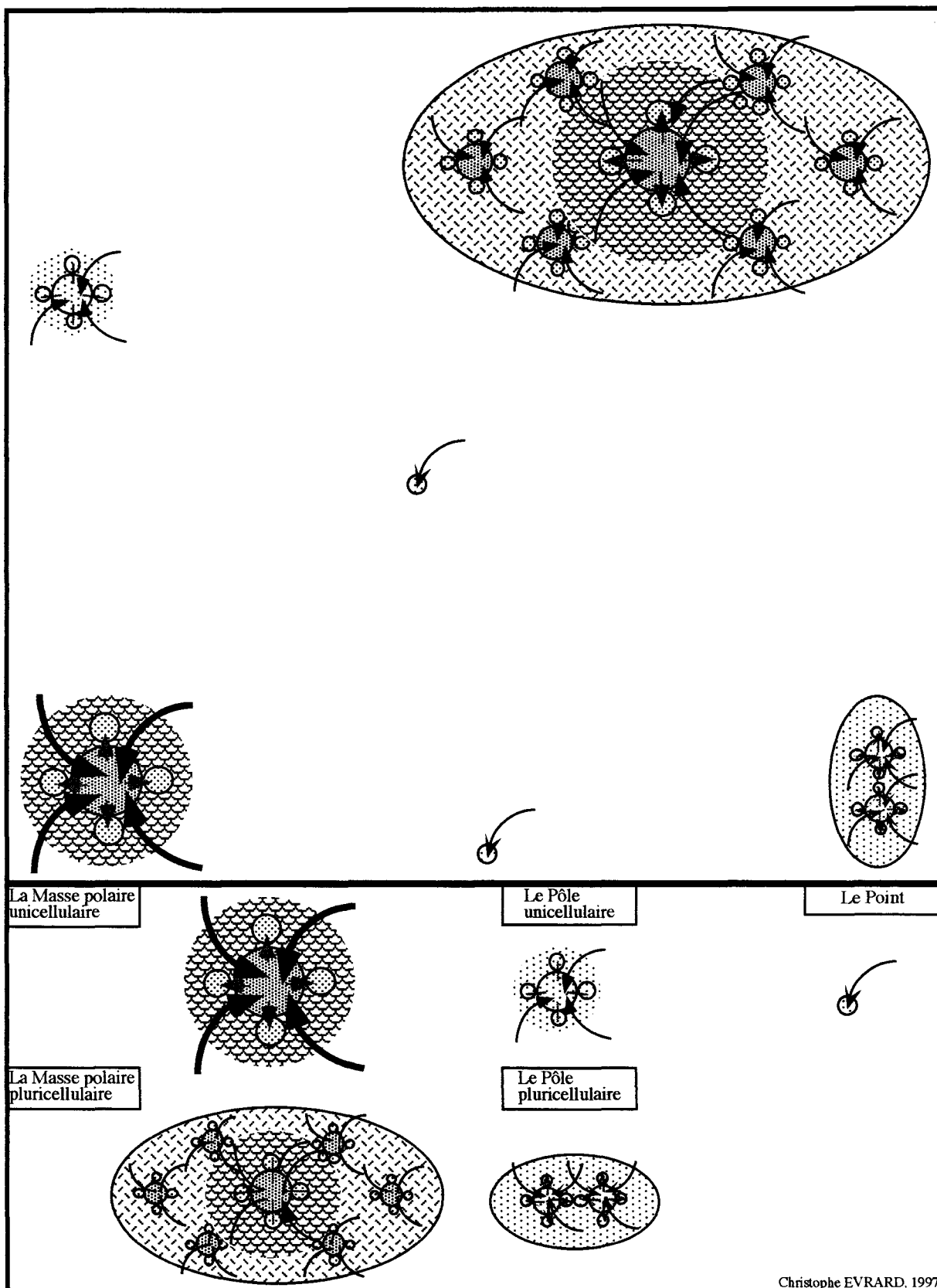
**Tableau N° 26 : Évolution du «réseau» de petites villes :**

RÉGIONS	Départements	Communes à potentiel accru	Communes nouvellement pourvues
<u>Haute Normandie</u>	Eure	Bernay ; Gisor	Verneuil-sur-Avre
	Seine Maritime		Eu ; Neufchâtel-en-Bray
<u>Picardie</u>	Aisne	Hirson ; Château-Thierry	Chauny ; Quessy
	Oise	Méru ; Noyon	Breteuil ; Crépy-en-Valois
	Somme	Péronne	Crécy-en-Ponthieu ; Doullens
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	Revin	Givet
	Aube	Romilly-sur-Seine ; Bar-sur-Aube	
	Marne		Sainte-Menehould
	Haute Marne		Domblain
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	Wignehies	Orsinval ; Avesnes-sur-Helpe ; Sains-du-Nord
	Pas de Calais	Saint-Pol-sur-Ternoise ; Hesdin-Marconne	Montreuil

L'impact de ces petites villes est considérable dans l'amélioration progressive de l'accessibilité aux soins spécialisés dans les espaces ruraux. Une légère évolution est décelable depuis une dizaine d'années, mais la tendance reste marginale. Les espaces ruraux demeurent dépendants, en grande partie des villes pour accéder à un certain niveau de soins.

Graphiquement, le modèle géographique d'organisation spatiale des médecins spécialistes libéraux se rapproche de celui des généralistes. La trame de base de l'édification du modèle est semblable, seule la densité de la couverture du territoire change.

**Figure N° 10 : Modèle d'organisation spatiale des Médecins Spécialistes Libéraux dans la France du Nord :**



Ce modèle d'organisation spatiale met en évidence la structure sur laquelle l'organisation des systèmes de soins repose, structure qui est principalement urbaine. Contrairement, aux médecins généralistes, le phénomène de déversement de proximité est relativement faible. La médecine spécialisée demeure une médecine polarisée et urbaine, l'expression «le médecin attire le médecin» prend ici toute son ampleur.

Le monde rural fait à peine partie du modèle, tant son rôle dans cette dynamique est secondaire. L'ultime ouverture dans l'accessibilité aux soins spécialisés passe par les petites villes, très faiblement représentées, et reste donc dépendante de la médecine urbaine. Un mouvement de «décentralisation médicale», très net pour les médecins généralistes, s'amorce pour les médecins spécialistes libéraux, mais de façon rudimentaire. Une taille suffisante est nécessaire pour enclencher cette décentralisation, qui reste cependant très aléatoire.

#### C - 1991 - 1995 <sup>3</sup> : SITUATION À L'AUBE DU XXI<sup>ème</sup> SIECLE :

À mi-parcours, les mouvements d'installation des médecins généralistes libéraux (Carte N° 50) et des spécialistes libéraux (Carte N° 51) ne laissent présager aucune inversion des tendances. Les modèles de développement de l'offre de soins établis à la fin des années 90 pour la France du Nord se poursuivent, reconduisant et accentuant à chaque décennie les déséquilibres de la répartition des soins.

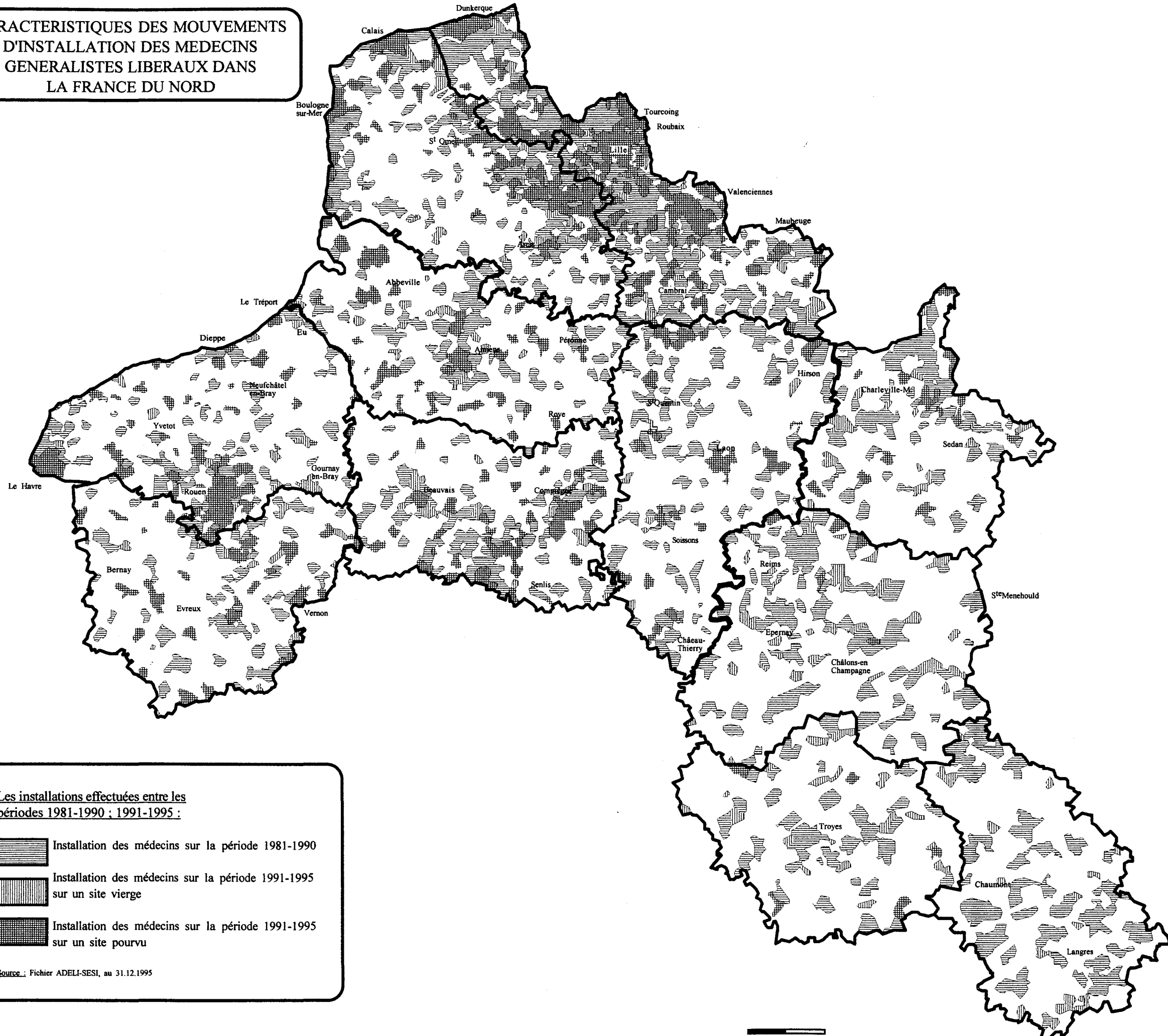
##### 1. - Une dynamique urbaine confirmée :

À la fin de l'année 1995, les mouvements d'installations des médecins généralistes et spécialistes libéraux confirment les sites urbains en tant que site privilégié. La ville ne cesse d'être et de demeurer un pôle attractif. Les destinations des nouvelles installations confirment l'afflux continu de médecins vers les centres urbains. Toutefois, cette période assiste à un essoufflement du phénomène de «déversement de proximité» au profit d'un mouvement de concentration.




---

(3) Le fichier ADELI en possession comporte les installations de médecins ayant eu lieu jusqu'à la fin de l'année 1995. Leur identification donne un aperçu des tendances des nouvelles installations à mi parcour de l'an 2000. Par ailleurs, seules les installations des médecins généralistes et spécialistes libéraux ont été retenues, afin de d'apprécier plus finement l'offre de soins.

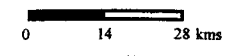
**CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS  
GENERALISTES LIBERAUX DANS  
LA FRANCE DU NORD**



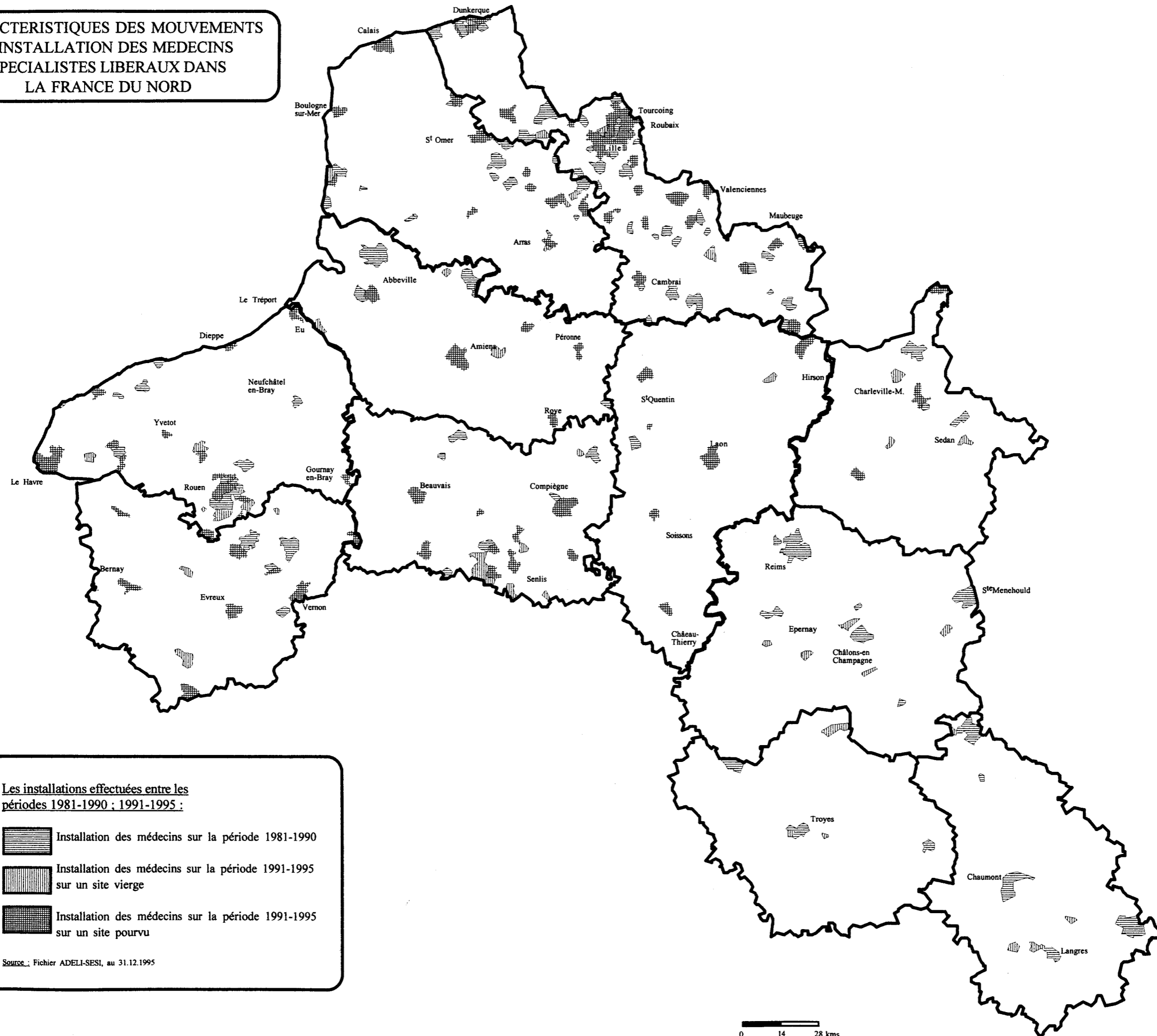
Les installations effectuées entre les périodes 1981-1990 ; 1991-1995 :

-  Installation des médecins sur la période 1981-1990
-  Installation des médecins sur la période 1991-1995 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1991-1995 sur un site pourvu




Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1995



CARACTERISTIQUES DES MOUVEMENTS  
D'INSTALLATION DES MEDECINS  
SPECIALISTES LIBERAUX DANS  
LA FRANCE DU NORD



Les installations effectuées entre les  
périodes 1981-1990 ; 1991-1995 :

-  Installation des médecins sur la période 1981-1990
-  Installation des médecins sur la période 1991-1995 sur un site vierge
-  Installation des médecins sur la période 1991-1995 sur un site pourvu

Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1995

0 14 28 kms

Les installations de médecins sur des sites vierges en milieu urbain se font de plus en plus rarement. Elles se réalisent en périphérie éloignée, ou comblent des vides. Cependant, les tendances observées à la fin de l'année 1995 confirment essentiellement une dynamique de concentration des médecins sur des sites équipés, renforçant d'année en année le déséquilibre observé de la répartition des soins.

## 2. - À la poursuite du développement d'une offre de soins rural minimale :

La pérennité du modèle de développement de l'offre de soins limite fortement le développement de l'offre de soins dans le monde rural. Les mouvements d'installation confirment une situation relativement figée. Très peu de nouvelles installations ont été effectuées sur des sites vierges. Toutefois, elles réaffirment le rôle déterminant de petites villes dont le tissu médical se développe progressivement. Néanmoins, monde urbain ou monde rural, la fin de l'année 1995 confirme une dynamique de concentration sur des sites équipés au détriment d'une extension de l'offre de soins.

### Conclusion :

L'offre de soins dans la France du Nord ne déroge pas à la règle de l'enracinement régional pratiqué à l'échelle nationale. En effet, les médecins installés sont majoritairement issus de la faculté de la région où ils exercent. Le traditionalisme, le régionalisme inné ou d'adoption..., font qu'une relation de fidélité s'est instaurée entre le médecin, son lieu de formation et son lieu d'exercice. Cette relation de proximité géographique est cependant nuancée d'une région à une autre. Dans ce contexte, l'Ile de France, l'Alsace et le Nord-Pas de Calais illustrent la situation extrême, sachant que plus de 80.00% des médecins installés, ont suivi leur formation dans les différentes facultés régionales. Toutefois, la situation dans la France du Nord est plus modérée, les tendances confirment un taux moyen de 50.00%, un médecin sur deux est issu de la faculté de la région où il exerce. De plus, les taux varient du simple au double entre la Picardie (40.00%) et le Nord-Pas de Calais (80.00%). Les mouvements globaux respectent néanmoins la préférence régionale, pour l'ensemble des départements exceptés trois d'entre-eux, synonymes d'une position géographique responsable de cette situation. En effet, la provenance des médecins installés dans les départements de l'Oise (Picardie) et de l'Eure (Haute Normandie) témoignent du poids considérable joué par les facultés de l'Ile de France, accentuant les incidences du rayonnement francilien sur ces départements. Puis ce sont les médecins de la Haute Marne (Champagne Ardenne) dont les lieux de formation mettent en évidence le débordement de la faculté de Nancy.

Les mouvements entre le lieu de formation et le lieu d'exercice, associés aux mouvements spatio-temporels retracent les tendances générales du développement global de l'offre de soins. Toutefois, le bilan porté sur cinquante années d'installation confirment la récurrence d'un modèle aux fondations profondes. À la préférence régionale se substitue la préférence urbaine à l'échelle locale. La ville demeure incontestablement le lieu privilégié d'installation des médecins, conduisant ainsi aux situations paradoxales de surencadrement urbain. L'accessibilité aux soins s'inscrit de plus en plus dans un contexte d'accès différentiel, dépendant de la nature propre des espaces. Seule la médecine généraliste libérale s'emploie à combattre virtuellement l'inégale équidistribution des médecins, profitant d'une plus grande souplesse de mouvements liés à son statut.

L'offre de soins résulte d'une dynamique soumise à des mouvements perpétuels. Le lieu de formation, le lieu d'exercice, le temps et l'espace contribuent à façonner le système de soins de demain. Toutefois, le modèle établi reste figé, et son évolution ne contribue pas à réduire les écarts, mais au contraire à les maintenir. Quelles sont, dans ce contexte, les caractéristiques du système de soins de la France du Nord en 1990 ? Comment l'offre de soins est-elle organisée, structurée, hiérarchisée...? Comment le modèle d'organisation spatiale des médecins a-t-il évolué ? Quels sont les principes de développement de l'offre de soins ? Existe-t-il une offre de soins différentielle selon la nature des espaces ? Si oui, quelles sont les caractéristiques de l'offre de soins dans le monde rural ? Quelles sont les conditions d'accès aux soins dans les espaces ruraux ? Quels sont les principes d'organisation et de développement de l'offre de soins dans le monde rural ?



DEUXIEME CHAPITRE : SYSTEMES DE  
SOINS DANS LA FRANCE DU NORD :

## Introduction :

Les mouvements élaborés entre le site de formation et le site d'exercice des médecins dans la France du Nord ont révélé une part très active de l'enracinement régional. Cependant, leur participation à l'élaboration de l'offre de soins reste minoritaire.

En effet, la préférence régionale cache une réalité toute différente, induite par les comportements propres aux médecins. Leurs positions leur confèrent un très large choix de lieux d'exercice, s'échelonnant de la métropole à la ville, en passant par les petites villes ou les communes rurales. La préférence régionale n'exclut pas ainsi une préférence spatio-professionnelle, la ville plutôt que la campagne, la très grande ville plutôt que la ville moyenne. Le choix des disciplines leur offre également des possibilités variées, de la médecine généraliste à la médecine spécialisée et son cortège de spécialités médicales. Les conditions professionnelles de l'exercice prédisposent également un large choix, de l'exercice libéral à l'exercice salarié, et autres formes d'exercices mixtes. La préférence régionale permet de préciser le potentiel de formation et de rétention des facultés régionales, en dehors de ce contexte, l'offre de soins dépend de la préférence personnelle de chaque médecin.

Cette position essentielle conditionne le développement de l'offre de soins. Toutefois, la compréhension de l'encadrement médical ne peut se concevoir sans une approche du système de soins dans sa globalité. Comment le système de soins est-il organisé ? Quelles sont ses caractéristiques ? Sur quelle logique repose l'organisation du système de soins ? Quels sont les lieux privilégiés et écartés par les installations de médecins ? Quels sont les modes d'exercice en présence ? Quelles sont les caractéristiques spatiales de la distribution des différents modes d'exercice ?

Mais les conditions extrêmes, caractéristiques du monde rural, prédisposent une approche répondant plus aux attentes des populations concernées, notamment par le biais du mode d'exercice libéral. De par sa nature, aucunes limites ni contraintes réelles ne sont imposées aux médecins issus du secteur libéral. Leur totale liberté d'installation leur confère une attention toute particulière, ne réclamant l'existence d'aucunes structures préexistantes. Comment l'offre de soins libérale est-elle agencée ? Quelles sont ses caractéristiques spatiales ? Comment l'offre de soins dans le monde rural est-elle structurée ? Quelle est la nature de cette offre de soins libérale ? Existe-t-il une

équidistribution des soins libéraux ? D'autres modes d'exercices sont-ils présents dans le monde rural ? Participent-ils au développement de l'offre de soins libérale ? Dans quelle mesure le font-ils ? Favorisent-ils une amélioration potentielle de l'accès aux soins, et à quels types de soins ?

# I - RÉALITÉ DU SYSTEME DE SOINS DANS LA FRANCE DU NORD :

## A - LES MÉDECINS : LA MISE EN PLACE DU MODELE :

### 1. - Système de soins, nébuleuse, pôle et ville :

L'agencement spatial des médecins, pris dans leur totalité, (Carte N° 52), en ne tenant compte d'aucune distinction d'ordre professionnel offre un profil très contrasté. Les territoires régionaux, en fonction de leur morphologie, présentent des systèmes de soins spécifiques, adaptés aux conditions locales.

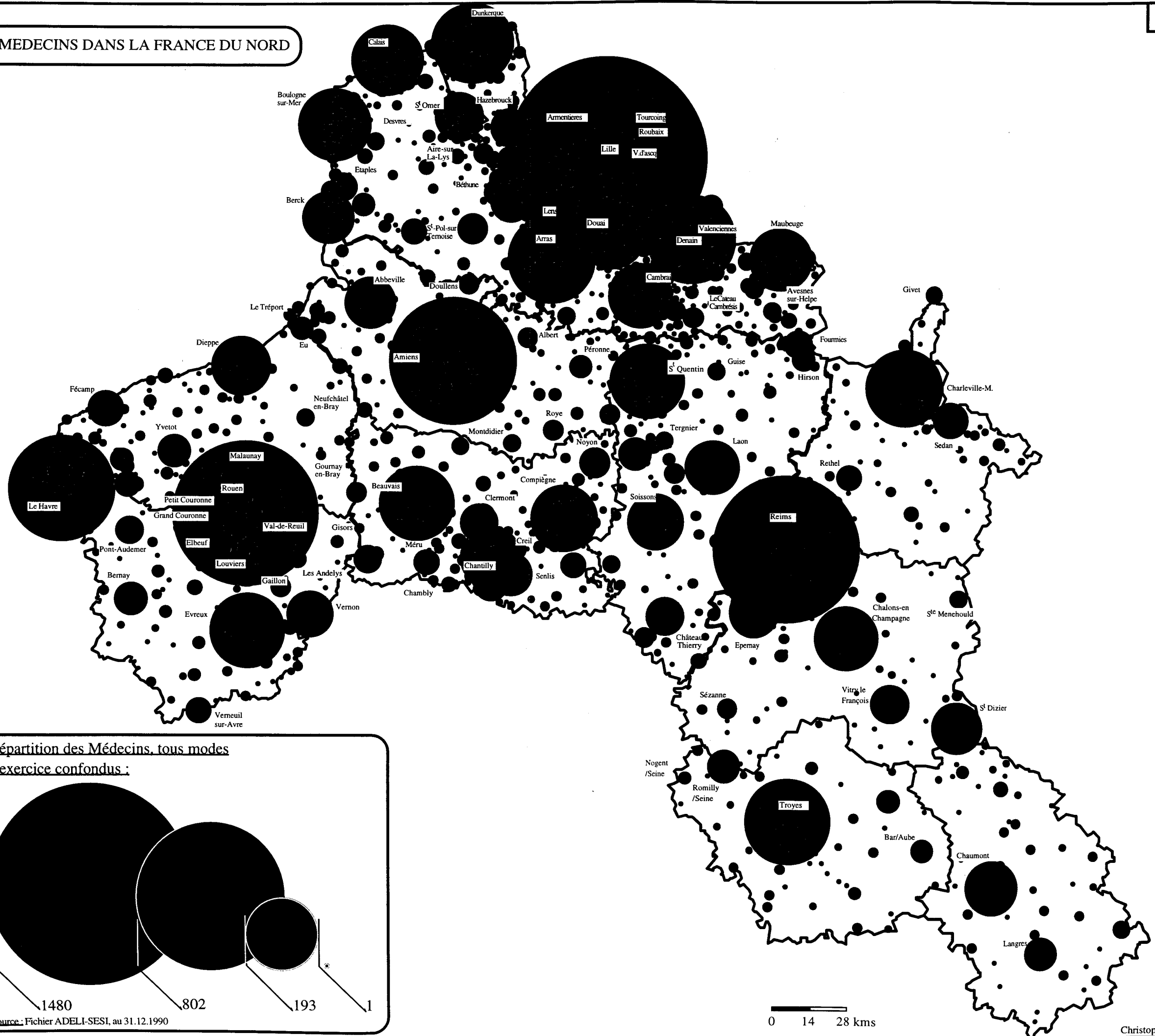
#### 1.1 - La nébuleuse médicale :

Cas particulier résultant d'une histoire particulière, la nébuleuse médicale qualifie un espace de fort regroupement, associé au Pays minier de la région Nord-Pas de Calais. Fait exceptionnel dans la France du Nord, de par sa forte urbanisation, on parle de région urbaine, le système de soins du Nord-Pas de Calais est fortement commandé par le réseau urbain. C'est une région où la masse de concentration médicale est importante, au sommet de laquelle culmine la ville de Lille, qui regroupe 8.40% des médecins de la France du Nord.

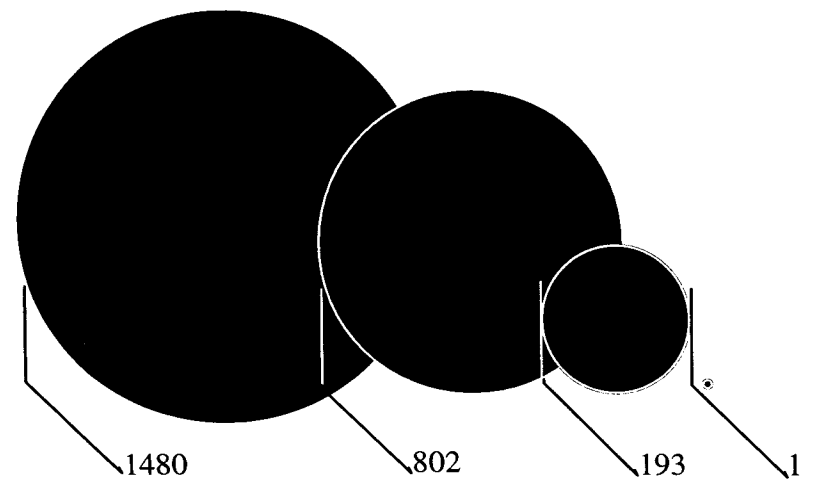
#### 1.2 - L'arc médicalisé :

Phénomène hybride de la nébuleuse, l'arc médicalisé traduit une adaptation du système de soins à un fort développement local. Il concerne le département de l'Oise, région de Picardie, où l'on assiste au développement d'un phénomène de concentration des médecins sur les villes situées dans le sud du département. La proximité Parisienne est de nouveau en cause, justifiant le développement «anormal» du département par rapport à la région. De Beauvais, en passant par Méru, Chantilly, Senlis, Creil jusque Compiègne, les villes ne cessent de voir croître leurs effectifs. Arc, qui malgré une intensité moindre, se poursuit vers le Nord, dans le département de l'Aisne, jusque Tergnier. Le développement considérable de ce qui est appelée la «Picardie circumparisienne» engendre des répercussions profondes dans l'homogénéité régionale.

LES MEDECINS DANS LA FRANCE DU NORD



Répartition des Médecins, tous modes d'exercice confondus :



Source : Fichier ADELI-SESI, au 31.12.1990

0 14 28 kms

La provenance des médecins, originaires en majorité des facultés Parisiennes, la morphologie générale de l'Oise, alimentent une dualité très forte au sein de la région, aboutissant à un système de soins régional dual. Cette thèse réveille à nouveau la véracité des découpages administratifs de la France.

### 1.3 - Les pôles médicaux urbains :

Plus classiques et plus répandus, ils traduisent la préférence unanime pour les médecins de s'installer dans les villes, centres de regroupement des populations, mais aussi et surtout des autres professionnels de santé. La France du Nord n'échappe pas à cette règle, où chaque territoire dispose d'un certain nombre de pôles médicaux urbains, dont la densité est tributaire de l'agencement des réseaux urbains. L'analyse des pôles médicaux urbains permet d'en déterminer deux types :

#### ① Pôle médical urbain monocéphale :

Il est formé d'un agglomérat de communes pourvues en médecins, formant une masse dominée par une ville de forte concentration de médecins. Ce type de pôle médical concerne des villes comme Evreux, Amiens, Saint-Quentin, Troyes, Calais, Boulogne-sur-Mer...

#### ② Pôle médical urbain multicéphale :

De formation similaire, le pôle médical urbain multicéphale se distingue par l'existence de plusieurs villes présentant de forte concentration de médecins. Caractéristique que l'on peut attribuer à des villes telles que Rouen, Le Havre, Charleville-Mézière, Reims-Epernay...

### 1.4 - Le rural :

Le monde rural s'inscrit difficilement dans cet ordonnancement des choses. La réalité des espaces ruraux définis est autre, nébuleuse et pôle n'y ont pas leur place. Le monde rural se définit avant tout par l'absence de pôles de concentration. Les médecins sont relativement présents, mais sous forme isolée, ponctuelle. La situation de l'accessibilité aux soins dans les espaces ruraux est le résultat de l'application des modèles élaborés précédemment, et qui ont conduit au constat actuel. L'équité médicale dans le monde rural relève de l'utopie, et n'est pas souhaitable, tant les différences territoriales en matière d'occupation humaine sont importantes. Le constat est que les espaces ruraux présentent une organisation propre. L'adaptation des systèmes de soins aux contraintes locales,

aux spécificités des espaces ruraux conduit à l'élaboration de modèles différents, résumés en trois types :

#### 1.4.1 - Espaces ruraux polarisés : petite ville et accessibilité aux soins en milieu rural :

La proximité de petites villes <sup>4</sup> profite à certaines zones rurales, et contribuent à améliorer l'accessibilité aux soins en réduisant les distances. Toutefois, cette première approche ne permet pas de considérer l'éventail des professionnels de santé présents, ni leurs qualifications. Leur définition, leur profil ne pourront être précisés qu'à la fin de cette étude. Cependant, l'accessibilité aux soins est rendu possible en milieu rural par la présence d'un certain nombre de villes, qui de par leur taille, leur position géographique, leur histoire disposent d'un système de soins de base. L'espace médical est structuré par un certain nombres de points, contribuant à améliorer le recouvrement médical de l'ensemble des territoires. En fonction de l'occupation du territoire, les petites villes médicalisées sont plus ou moins nombreuses, et compensent les carences des systèmes de soins.

---

(4) Petite ville : la définition retenue consiste à considérer le critère statistique, sont considérées comme petites villes, toutes les unités urbaines dont la taille se situe entre 5 000 et 20 000 habitants. ( Les Petites villes face à la Métropolisation, Étude réalisée par J.P.Laborie avec la collaboration de N.Aveline, F.Desbordes, M.Grégoris, F.Laumière. Convention N°93.41, Avril 1995. Université de Toulouse-Le Mirail.

Tableau N° 27 : Petites villes médicalisées de la France du Nord

RÉGIONS	Départements	Petites villes médicalisées en milieu rural	Population des communes	Nombre de Médecins	Situation géographique*
<u>Haute Normandie</u>	Eure	Bernay	10 582	38	Sud-Ouest
		Verneuil-sur-Avre	6 446	23	Sud
		Pont-Audemer	8 975	31	Nord-Ouest
	Seine Maritime	Eu	8 344	21	Nord
		Neuchâtel-en-Bray	5 322	10	Nord-Est
		Gournay-en-Bray	6 147	15	Sud-Est
<u>Picardie</u>	Aisne	Hirson	10 173	21	Nord-Est
		Guise	5 976	12	Nord
		Château-Thierry	15 312	51	Sud
	Oise	Breteil	3 879	11	Nord
		Crépy-en-Valois	13 222	26	Sud-Est
		Chaumont-en-Vexin	2 965	8	Sud-Ouest
Somme	Péronne	8 497	20	Nord-Est	
	Royes	6 333	14	Sud-Est	
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	Rethel	7 923	23	Sud-Ouest
		Vouziers	4 807	8	Sud-Est
	Aube	Romilly-sur-Seine	15 557	39	Nord-Ouest
		Brienne-le-Château	3 752	18	Nord-Est
		Bar-sur-Aube	6 707	21	Est
	Marne	Sainte Menehould	5 177	11	Nord-Est
		Sézanne	5 829	14	Sud-Ouest
	Haute Marne	Joinville	4 755	7	Nord
Langres		9 987	39	Sud	
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	Fourmies	14 505	30	Sud-Est
	Pas de Calais	Saint-Pol-sur-Ternoise	5 215	35	Sud-Ouest

(\* : situation géographique par rapport à chaque département )

Cet inventaire n'est pas exhaustif, il est amené à évoluer qualitativement en fonction de l'avancée de l'analyse. Les quelques communes citées, de par leur population s'inscrivent dans la définition statistique mentionnée ci-dessus. Le rôle des petites villes dans les espaces ruraux s'affirment, assurant une pénétration, une diffusion des soins sur l'ensemble des territoires. A priori, peu d'espaces sont délaissés par la médecine, mais nous verrons ultérieurement quel est le type de médecine que l'on trouve dans ces petites villes. Mais le maillage reste peu développé, et des espaces ruraux demeurent en marge.

#### 1.4.2 - Le rural en marge :

Peu d'espaces ruraux se trouvent en marge des systèmes de soins régionaux. L'extension de la couverture médicale, les phénomènes de déversement successif ont conduit vers une amélioration de l'accessibilité aux soins. Sans tenir compte des conditions locales de peuplement qui seront abordées ultérieurement, il est possible de distinguer des espaces à couverture médicale réduite, voir faible.



Les espaces ruraux à médicalisation réduite se rencontrent principalement en Haute Normandie, en Picardie et en Champagne Ardenne. Le degré de développement urbain de la région Nord-Pas de Calais réduit fortement les écarts entre les communes médicalisées et celles qui ne le sont pas. L'étendue de la couverture médicale, sans entrer dans les aspects qualitatifs, de la région Nord-Pas de Calais lui assure une accessibilité aux soins équilibrée, sur la quasi totalité de son territoire.

La Haute Normandie et la Picardie disposent d'un faciès équivalent en terme de densité d'espaces faiblement médicalisés. Sans faire allusion au déterminisme physique du début du siècle, ces espaces faiblement médicalisés se concentrent sur les plateaux crayeux du Pays d'Ouche, situés dans le Sud-Ouest. Puis au Nord-Est, dépression argileuse du Pays de Bray, et ils se prolongent en Picardie, concernant respectivement le Sud-Ouest et le Nord-Ouest des départements de la Somme et de l'Oise. La morphologie régionale de la Champagne Ardenne préfigure une densité d'espaces ruraux, faiblement médicalisés, plus importante. Espaces de grande dimension, faiblement peuplés sont synonymes d'une couverture médicale conséquente. Un premier secteur s'étend de la partie Est du département des Ardennes, se prolonge au Sud vers les dépressions situées à l'Est du département de la Marne. Autre secteur, le Sud de la région, les départements de l'Aube et de la Haute Marne où la couverture médicale tend à s'amenuiser vers la périphérie des départements.

Les effectifs de médecins ne permettent dans aucun cas d'apporter un jugement qualitatif sur les systèmes de soins. Leur analyse permet de retracer l'organisation des systèmes et leurs logiques d'implantation. Le premier pas vers une analyse plus fine, consiste à croiser l'offre et la demande.

## 2. - Espaces et accessibilité aux soins dans la France du Nord :

À la fin des années 90, la densité médicale <sup>5</sup> en France est de 270 médecins pour 100000 habitants. Les nombreuses études réalisées n'ont cessé de dénoncer la dualité du système de soins français, alimentant l'opposition ancestrale entre une France du Nord sous-médicalisée et une France du Sud surmédicalisée, séparées

---

(5) Densité médicale : Instrument de mesure et d'analyse de la répartition des professions de santé et, de façon sous-jacente, de l'accessibilité aux soins de la population d'un espace donné (...) Se calcule par le rapport du nombre de praticiens sur la population ( pour 100 000 habitants en général. (Picheral H., Mots et concepts de la géographie de la santé - GEOS 2 )

par un axe allant de Bordeaux au lac Léman. La France du Nord telle que nous l'avons délimitée, ne faillit pas à la logique. À la fin des années 90, la densité moyenne reconnue est de 199 médecins pour 100000 habitants. La France du Nord s'affirme en tant que territoire sous-médicalisé, mais localement la situation est sujette à des variations importantes.

Il existe également des disparités spatiales très fortes entre les différents types d'espaces qui ont été définis dans le premier livre. En reprenant les trois espaces présents sur le guide, l'évolution des densités médicales se décompose ainsi :

- ① Noyaux urbains : 273.77 médecins pour 100000 habitants
- ② Ceinture périphérique : 100.83 médecins pour 100000 habitants
- ③ Monde rural : 97.96 médecins pour 100000 habitants

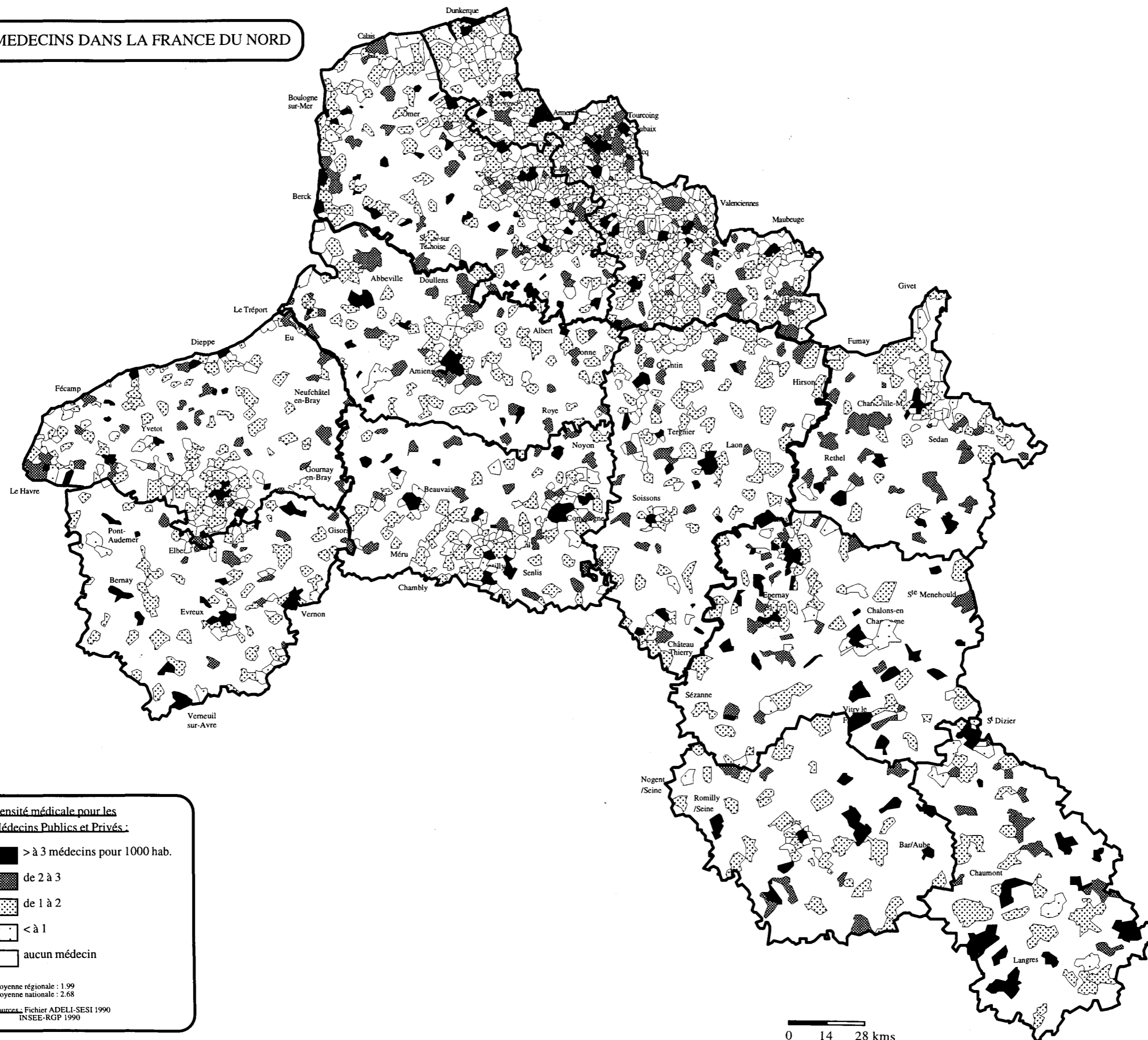
La dégradation de l'accessibilité aux soins est très rapide, dès que l'on s'éloigne des noyaux urbains, et met en avant le rôle de la distance. Cependant, la qualification du système de soins n'est pas encore considérée dans ces exemples qui ne tiennent pas compte pour l'instant des secteurs d'activités, ni des spécialisations. La France du Nord appartient donc à cette «France sous-médicalisée», mais une approche locale met en évidence des situations très contrastées.

### 2.1 - Une logique de concentration urbaine respectée :

Conformément au modèle réalisé précédemment (Figure N° 8 page 165), les densités médicales dans la France du Nord (Carte N° 53) sont orientées en fonction des mêmes modalités.

Les noyaux urbains centraux affichent des densités médicales extrêmement fortes, résultats de décennies de mouvement de concentration. La ville-centre par définition, est synonyme de surmédicalisation. Des villes comme Amiens, Reims affichent des densités très fortes, en moyenne 437 médecins pour 100000 habitants, tandis que Lille et Rouen fleurissent avec des densités supérieures à 700 médecins pour 100000 habitants. Au total, plus de 25.00% de la population de la France du Nord disposent d'une situation d'accessibilité aux soins exceptionnelle, regroupées cependant dans 43 communes.

LES MEDECINS DANS LA FRANCE DU NORD



**Densité médicale pour les Médecins Publics et Privés :**

- > à 3 médecins pour 1000 hab.
- de 2 à 3
- de 1 à 2
- < à 1
- aucun médecin

Moyenne régionale : 1.99  
Moyenne nationale : 2.68

Sources : Fichier ADELI-SESI 1990  
INSEE-RGP 1990

0 14 28 kms



L'adéquation offre-demande est poussée ici à l'extrême. On assiste à une stabilité du système qui se répète dans chacune des régions de l'étude où les proportions sont quasiment les mêmes, aussi bien en terme de population que de densité médicale. Seule la région Nord-Pas de Calais se distingue, notamment par une accentuation du phénomène observé, puisque les noyaux urbains présentent une densité médicale moyenne égale à 480 médecins pour 100000 habitants, soit une situation exceptionnelle d'accessibilité aux soins pour les noyaux urbains Nordistes qui regroupent près de 25.00% de la population régionale.

Progressivement, les densités s'amenuisent au fur et à mesure que l'on s'éloigne des noyaux urbains, et de façon relativement brutale. En moyenne, la densité médicale pour la couronne urbaine proche est de 145 médecins pour 100 000 habitants. La situation demeure néanmoins, encore très favorable pour la population vivant dans ces espaces qui regroupent plus de 32.00% de la population de la France du Nord, répartis dans plus de 11.00% des communes. Les régions réagissent cependant différemment à cette dégression, leur morphologie agit sur cette dynamique.

La région Nord-Pas de Calais, très urbanisée, s'individualise de l'ensemble France du Nord, notamment par la population concernée, 47.00% de la population régionale. L'ampleur du phénomène urbain se traduit par une plus grande extension spatiale des villes (plus de 70.00% de la population Nordiste est regroupée dans les noyaux urbains et la couronne proche), accompagnée d'une extension de la couverture médicale. La Haute Normandie offre une situation similaire, mais moins importante, près de 30.00% de la population Normande y est concernée. La situation de la Picardie est proche de celle de la Champagne Ardenne, elle se traduit par une plus faible représentation de la couronne proche qui regroupe respectivement 15.00 et 16.00% des populations régionales. Régions où le phénomène urbain est moins fort, où la population est plus disséminée, ce qui engendrera une adaptation des systèmes de soins.

## 2.2 - Espace transitoire :

Espace de transition, zone de contact entre la ville et la campagne, espace périurbain... les terminologies sont variées et nombreuses pour qualifier cet espace. Concrètement, il se traduit par un effondrement des densités médicales, on compte en moyenne 100 médecins pour 100000 habitants, pour un espace qui regroupe plus de 23.00% de la population de la France du Nord. Cette relative faiblesse des densités médicales est compensée par la relative proximité des

noyaux urbains et couronnes proches. Cependant, l'accessibilité aux soins dans cet espace se dégrade progressivement, et amorce les difficultés des espaces ruraux avenants.

### 2.3 - Ruralisation et accessibilité aux soins :

Le monde rural se définit avant tout par la faiblesse de la densité médicale, qui en moyenne est égale à 98 médecins pour 100000 habitants, pour une population rurale qui représente cependant près de 20.00% de la population de la France du Nord, et concerne plus de 56.00% des communes, soit une extrême dispersion. Les contrastes demeurent très importants entre les régions, aux densités médicales égales voire supérieures à la moyenne, pour les espaces ruraux faiblement peuplés du Nord-Pas de Calais (7.10% de la population régionale) ou très peuplés de la Picardie, de la Champagne Ardenne (plus de 35.00% des populations régionales). Quant aux espaces ruraux de la Haute Normandie, ils sont moyennement peuplés, 20.12% de la population régionale, et la couverture médicale est relativement faible, 84.36 médecins pour 100000 habitants. Des situations locales variées, qui prédisposent également d'une organisation similaire, marquée par une dégression progressive des densités médicales.

#### 2.3.1 - Espaces ruraux agricoles, vivants :

Espace rural le plus peuplé, 12.22% de la population de la France du Nord y réside, la densité médicale est de 97 médecins pour 100000 habitants, en moyenne. Espace où l'influence urbaine est encore très présente, la ville par excellence, surmédicalisée, n'est jamais très loin de ces espaces. La situation médicale satisfaisante s'explique essentiellement par une position géographique favorable. Cet espace stratégique dispose dans son orbite d'une double proximité, soit celle d'un noyau urbain, soit celle d'une petite ville. Ces espaces ruraux disposent d'un encadrement de proximité relativement faible, mais ils profitent directement de la proximité immédiate de centres urbains médicaux, de tailles variables suivant la localisation géographique.

La nature de ce type d'espace rural évolue différemment selon les régions. La Picardie, la Champagne Ardenne offrent une situation semblable. Ces espaces ruraux sont très peuplés, plus de 14.00% des populations régionales, et la couverture médicale, bien que faible est en moyenne, de 97 médecins, voire 101 médecins pour 100000 habitants en Champagne Ardenne. La Haute Normandie, aux espaces ruraux peuplés (plus de 14.00 % de la population régionale) confirme

la faiblesse de la couverture médicale qui se dégrade en dehors des centres urbains, la densité médicale est ici de 75 médecins pour 100000 habitants en moyenne. Le Nord-Pas de Calais dispose de l'étendue la plus faible de ce type d'espace, qui ne regroupe que 6.45% de la population régionale, mais la densité reste «élevée», 113 médecins pour 100000 habitants.

La totalité de ces espaces ruraux offrent des densités relativement faibles, l'accessibilité aux soins de proximité s'est dégradée. Cette faiblesse apparente, s'atténue par la position stratégique de ces espaces qui se situent toujours à proximité d'une ville. Les faibles densités locales sont ainsi compensées par l'existence de pôles surmédicalisés situés à proximité. Ces espaces ceignent les espaces urbains centraux, et se localisent à la périphérie lointaine des grandes villes, où à proximité des petites villes. Ils symbolisent le «front de médicalisation», zone de contact entre les espaces urbains médicalisés, surmédicalisés, les espaces transitoires amenés à s'étendre et les espaces ruraux lointains, aux difficultés perpétuelles. Le front de médicalisation s'essouffle actuellement, les cartes d'évolution des installations montrent une certaine stabilisation spatiale, qui n'exclut pas la continuité des concentrations urbaines. Les conditions de l'accessibilité aux soins dans le monde rural dépendent de plus en plus d'une dynamique extérieure, induite par l'existence ou non d'un élément fédérateur.

### 2.3.2 - Espaces ruraux à couverture médicale exogène :

L'éloignement de la ville est le fait le plus marquant. La carence de praticiens est de moins en moins compensée par la proximité de pôles urbains médicalisés. Néanmoins, le système de soins se singularise par une reprise de la couverture médicale, ces espaces marquent le passage du système de soins urbain au système de soins rural. 6.85% de la population de la France du Nord réside dans ces espaces, où la densité médicale atteint en moyenne 105 médecins pour 100000 habitants.

L'opposition classique demeure entre la Picardie, la Champagne Ardenne aux espaces ruraux peuplés, on y compte en moyenne 15.00% des populations régionales, et la Haute Normandie où ces espaces ne regroupent que 5.10% de la population régionale. La densité médicale est en moyenne de 107 médecins pour 100 000 habitants. Le Nord-Pas de Calais est très peu représentatif de ces espaces

qui comptent moins de 0.64% de la population régionale, faible part qui explique une faible densité médicale de 86 médecins pour 100 000 habitants.

L'accessibilité aux soins, l'amélioration des densités médicales dans le monde rural se traduisent par la combinaison de deux facteurs :

↳ La petite ville : contrairement au type d'espace rural précédent, ces espaces ruraux n'ont de choix que la petite ville plus ou moins proche, où se situe l'offre de soins. Par ailleurs, ces espaces ruraux transcrivent les limites spatiales d'influence urbaine sur les territoires. Ces territoires se localisent principalement au confins des régions, principalement en Champagne Ardenne, en Picardie et de façon moindre en Haute Normandie.

↳ Le médecin de campagne : symbolise un homme, qui par volonté, le plus souvent, a décidé de pratiquer sa médecine à la campagne. Ce choix est à l'origine d'une dissémination des praticiens sur les territoires. Ces hommes, ces femmes contribuent au développement et à l'amélioration de l'accessibilité aux soins dans les zones rurales. Pratique médicale peu ordinaire, le médecin de campagne fera l'objet de toute notre attention dans le livre 3.

### 2.3.3 - Les déserts médicaux :

Concrètement, ces espaces ruraux sont marginaux dans la France du Nord, ils représentent moins de 1.00% de la population concernée, et la densité médicale est de 50 médecins pour 100000 habitants.

En dehors de la région Nord-Pas de Calais où le phénomène n'est qu'infime (2 communes pour 300 habitants), les autres régions présentent une situation semblable à la moyenne. Seule exception, la Champagne Ardenne où ces espaces, à densité médicale égale, regroupe 5.00% de la population régionale, et se trouve fortement disséminée. C'est dans ces espaces ruraux éloignés, peu peuplés que l'accessibilité aux soins rencontre le plus de contrainte. L'éloignement accentue l'enclavement médical, qui n'est ici que très peu compensé. En effet, même la petite ville est éloignée, seule ressource possible, le médecin de campagne, seul représentant du système de soins dans ces contrées éloignées.

L'existence de la dualité est une composante incontournable dans l'approche du système de soins Français. Plus qu'une opposition, une complémentarité médicale s'est insérée entre deux systèmes de soins dont les

logiques d'implantation, de fonctionnement restent, elles, opposées. La compréhension du système de soins de la France du Nord ne peut se limiter à cette approche généralisante, Il est essentiel de décomposer les système de soins par praticiens, mais plus encore, par le mode d'exercice.

## B - LE LIBÉRALISME MÉDICAL : VERS UNE ÉQUITÉ TERRITORIALE DANS LA FRANCE DU NORD ?

### 1. - Le médecin libéral : proximité, accessibilité, équité diffusion : un système de soins unique ?

La pratique de la médecine en mode libéral répond à une volonté de liberté dans les choix d'installation, et, c'est par définition le mode le plus répandu spatialement. Près de 17 672 médecins exerçant dans la France du Nord, soit environ 50.00% des médecins, sont inscrits en tant que praticien libéral exclusif. Mais le profil que laisse entrevoir la carte N° 54 n'est en apparence qu'une répétition à l'identique des généralités soulignées. La médecine libérale est le plus développé des modes d'exercices, il n'échappe pas à la logique du modèle. La répartition des médecins libéraux ne concerne que 20.90% des communes de la France du Nord, et touche directement 78.90% de la population. Dans l'ensemble, la France du Nord dispose de taux de couverture théorique de la population satisfaisant, sachant que seules sont comptabilisées les populations des communes où il y a au moins un praticien libéral.

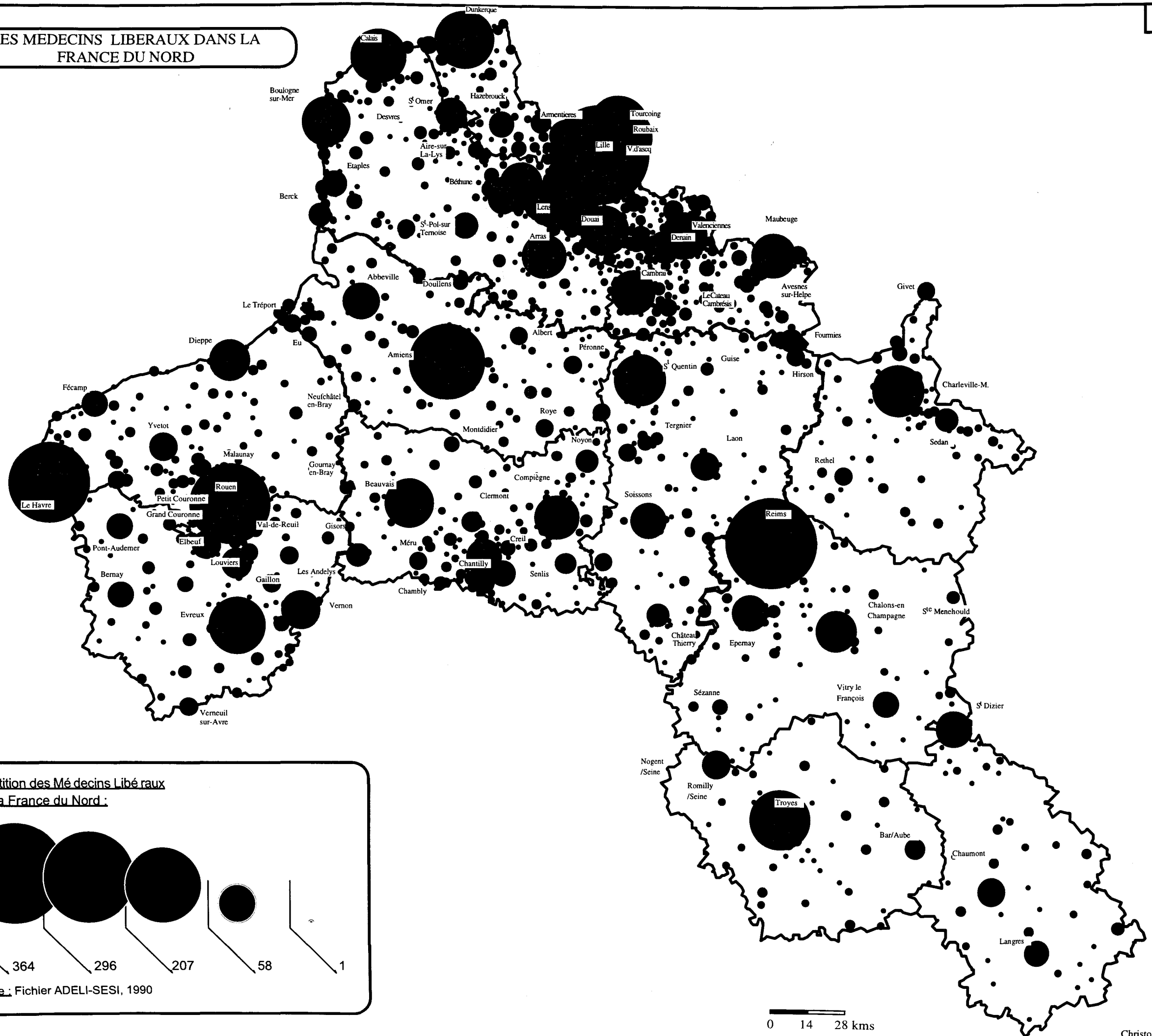
La Haute Normandie, la Picardie ont une situation proche, plus de 70.00% de la population sont en contact direct avec un praticien libéral, la Champagne Ardenne, région plus vaste, offre un taux théorique plus faible, seul 65.90% de la population régionale trouvent un praticien libéral dans leur commune de résidence. Le recouvrement médical théorique dans le Nord-Pas de Calais n'est que le reflet de la forte urbanisation de la région, où 89.90% de la population sont concernées par la présence directe d'un praticien libéral.

#### 1.1 - Une logique de concentration urbaine respectée :

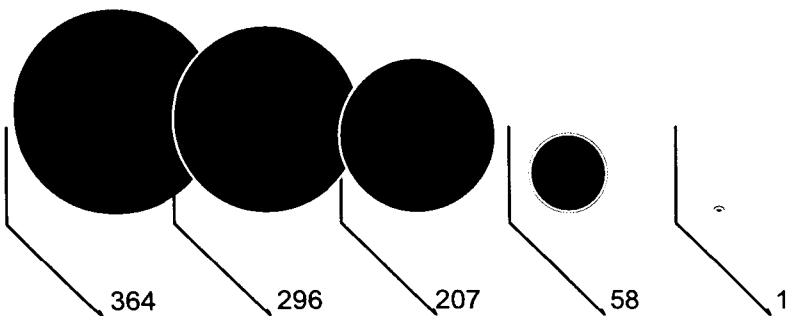
Pas de grands bouleversements dans l'agencement spatial des médecins libéraux dont la trame répète logiquement celle décrite précédemment, dans des proportions plus faibles.



LES MEDECINS LIBERAUX DANS LA FRANCE DU NORD



Répartition des Médecins Libéraux dans la France du Nord :



Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

0 14 28 kms

Concernant les concentrations les plus fortes, une nébuleuse médicale, libérale caractérise toujours le Pays minier de la région Nord-Pas de Calais où se localise une grande part des médecins libéraux. Le département de l'Oise, en Picardie, laisse entrevoir le maintien d'un arc médicalisé, de Beauvais à Compiègne, en passant par Méru, Chantilly, Senlis...

La logique de la diffusion spatiale de la pratique libérale souffre du pouvoir attractif des villes, à l'origine de la formation de nombreux pôles urbains médicalisés. Les principales villes de la France du Nord sont assimilées à des pôles de concentration de praticiens libéraux, de type monocéphale ou multicéphale, la répartition des médecins libéraux est principalement marquée par la concentration et la formation de pôles privilégiés, médicalisés, voire surmédicalisés.

### 1.2 - Une médecine libérale à accessibilité sélective :

Dans sa globalité, la logique de la répartition de la médecine libérale est une logique urbaine, dans laquelle le monde rural est facultatif. Une sélection de l'espace est opérée, privilégiant des sites particuliers au détriment d'une diffusion plus large des professionnels de santé. De nouveau, l'accessibilité aux soins, pratiquée par des médecins libéraux, dans le monde rural, va dépendre de facteurs extérieurs. L'homme et la petite ville contribuent de façon évidente à la diffusion des soins dans les territoires. Les différents types d'espaces ruraux définis se singularisent par un mitage des territoires. La pratique libérale prend tout son sens en milieu rural, où elle se manifeste par un souci de pénétration et de diffusion. Contrairement aux espaces urbains, où la logique est avant tout la concentration, la formation de pôles, la répartition des médecins libéraux dans les espaces ruraux privilégie avant tout le terrain, le contact humain, et donc la diffusion spatiale au détriment de la concentration. La manifestation de polarisation médicale dans les espaces ruraux est possible, mais elle répond à une logique autre, que nous analyserons ultérieurement, et qui consiste en la diffusion de techniques médicales spécialisées.

La dualité du système de soins et une accessibilité aux soins différentielle selon la localisation géographique sont une réalité qui ne cesse de se confirmer. Deux logiques spatiales s'opposent, liées à des conditions locales différentes, aboutissant au maintien de deux systèmes de soins : un système de soins urbain basé sur la polarisation, et un système de soins rural dont la conception repose sur

une plus large diffusion. Des conceptions opposables dont les répercussions spatiales d'accessibilité aux soins aboutissent à des profils géographiques variés.

## 2. - La Médecine Libérale : une nouvelle donne pour l'accessibilité aux soins dans les territoires :

Au début des années 90, la densité médicale pour la France métropolitaine est de 192 médecins libéraux pour 100000 habitants, alors qu'elle est de 277 médecins libéraux pour 100000 habitants en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. La France du Nord compte, pour la même période, une densité médicale égale à 99 médecins libéraux pour 100000 habitants. Cette faible densité médicale préfigure l'existence de comportements différents selon les régions. De plus, la densité médicale atteint 118 médecins libéraux pour 100 000 habitants, en moyenne, pour les communes de la France du Nord considérées comme unité urbaine, et 42 médecins libéraux pour 100 000 habitants pour les communes hors unité urbaine.

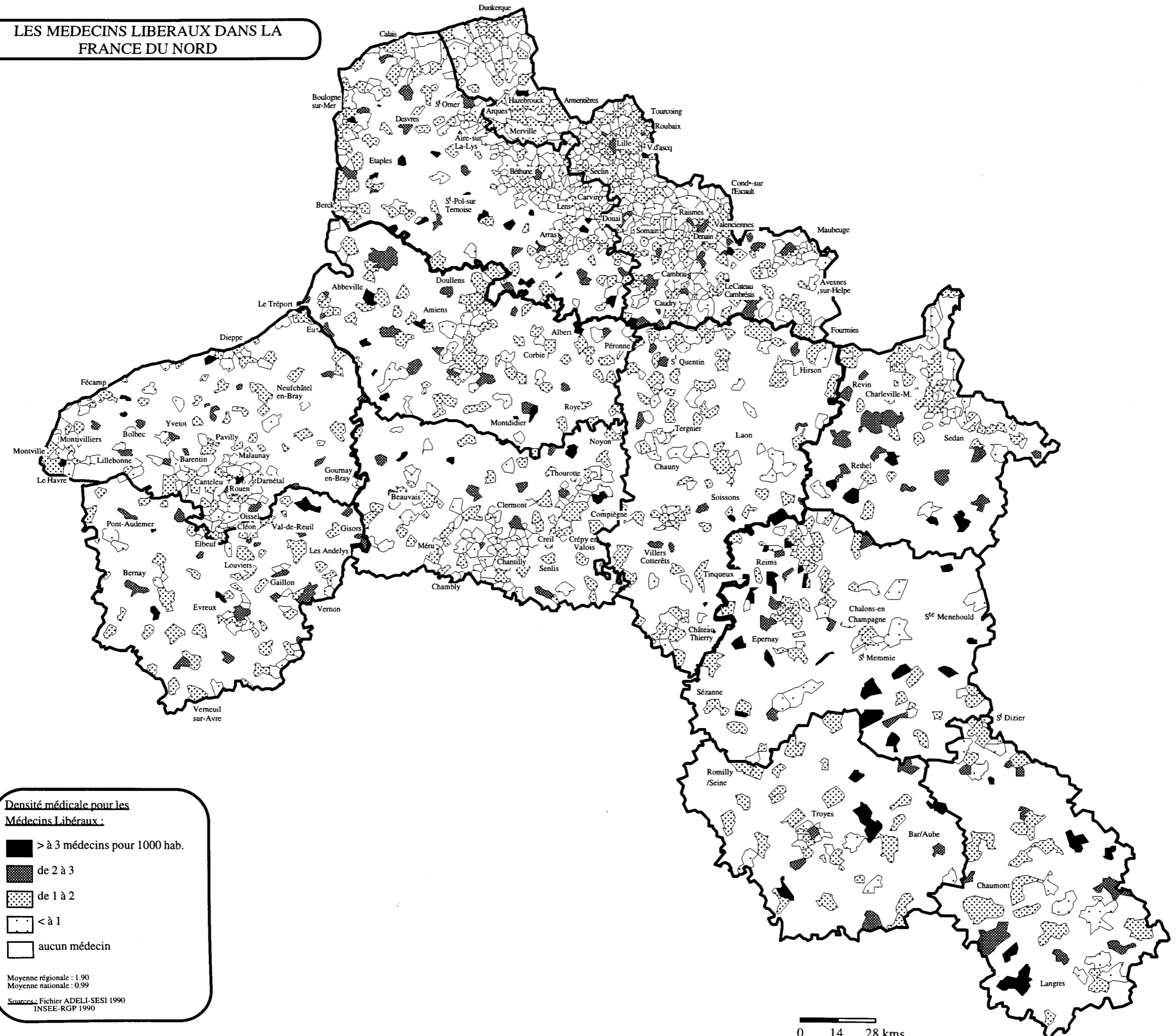
La Haute Normandie, la Picardie offrent des situations proches, la densité médicale est en moyenne de 100 médecins libéraux pour 100000 habitants, la densité médicale de la région Nord-Pas de Calais est légèrement supérieure, 105 médecins libéraux pour 100000 habitants. Seule la Champagne Ardenne présente une situation plus dégradée, la densité médicale étant de 84 médecins libéraux pour 100000 habitants.

Le contexte général de faibles densités médicales, la polarisation en milieu urbain, la diffusion en milieu rural laissent entrevoir des situations très controversées.

### 2.1 - Le monopole urbain remis en question ?

Contrairement aux cartes précédentes, la distribution spatiale des densités médicales pour les médecins libéraux (Carte N° 55) laissent entrevoir des modifications sensibles dans le comportement des praticiens libéraux. La polarisation urbaine est un fait toujours présent, comme nous l'avons souligné précédemment, mais l'indice représenté montre une organisation différente de l'espace. La polarisation urbaine s'essouffle au profit des espaces périphériques, au sens large. Le monopole hégémonique joué par les principaux pôles urbains se maintient, mais on assiste à une plus grande diffusion spatiale des praticiens libéraux.

LES MEDECINS LIBERAUX DANS LA FRANCE DU NORD

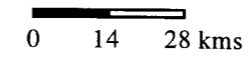


**Densité médicale pour les Médecins Libéraux :**

- > à 3 médecins pour 1000 hab.
- de 2 à 3
- de 1 à 2
- < à 1
- aucun médecin

Moyenne régionale : 1.90  
Moyenne nationale : 0.99

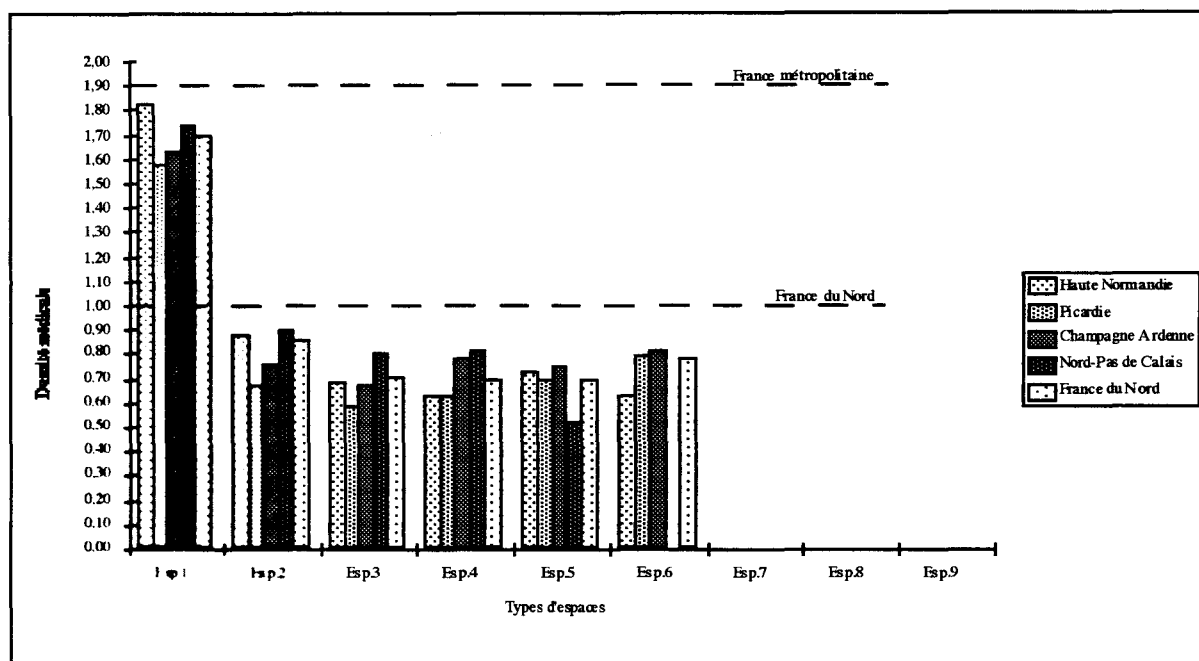
Sources : Fichier ADELI-SESI 1990  
INSEE-RGP 1990



Elle se manifeste notamment par une redistribution des densités médicales les plus fortes notamment dans les espaces plus périphériques.

La représentation graphique des densités médicales en fonction du découpage effectué en 9 types d'espaces retranscrit ce phénomène. L'absence totale de praticiens libéraux est à noter dans les espaces des catégories 7, 8 et 9.

**Graphique N° 12 :** Distribution des densités médicales, pour les Médecins Libéraux, par types d'espaces, dans la France du Nord :



Sources : Fichier ADELI-SESI, 1990  
RGP-INSEE, 1990

Les noyaux urbains, (Espace 1) offrent une situation favorable, comptant en moyenne 169 médecins pour 100000 habitants, densité qui demeure néanmoins inférieure à la moyenne nationale.

Contrairement aux traitements précédents, la médecine libérale contribue au développement d'un système de soins plus unifié. L'accessibilité aux soins libéraux répond à une volonté d'une plus grande diffusion spatiale. De ce fait, la surmédicalisation apparente des pôles urbains s'atténue au profit des périphéries proches et lointaines, ce qui explique cette homogénéisation des densités médicales dans les différents types d'espaces. Nivellement virtuel, car l'opposition demeure forte entre les espaces urbains (Espaces 1 à 3) où la densité médicale moyenne est de 107 médecins libéraux pour 100 000 habitants, contre 67 médecins libéraux pour 100 000 habitants dans les espaces ruraux (Espaces 4 à 9).

Le monopole urbain demeure une donnée récurrente du système de soins, mais la médecine libérale engendre un phénomène de diffusion spatiale. L'agencement des densités révèle une homogénéisation de l'accessibilité aux soins, structurée par les pôles urbains. Sans afficher de façon générale de fortes densités, les pôles urbains sont à l'origine de la formation de bassin médicalisé, d'étendue variable, caractérisé par la continuité de densités médicales élevées. Ils correspondent à la nébuleuse médicalisée pour la région Nord-Pas de Calais, à l'arc médicalisé dans l'Oise et aux différents pôles médicaux monocéphales ou multicéphales déjà cités.

## 2.2 - Une situation plus nuancée pour les espaces ruraux :

Le mitage du territoire par les praticiens libéraux exprime cette volonté de diffusion, et de contribution à l'amélioration de l'accessibilité aux soins à travers le territoire. 79.00% de la population de la France du Nord est concernée directement par la couverture médicale libérale. L'étendue spatiale de cette couverture contribue à offrir une relative proximité des praticiens libéraux à plus de 99.00% de la population de la France du Nord. En effet, les espaces les plus retirés, où l'accessibilité aux soins pose problème, ne sont que très peu peuplés. En moyenne, ces espaces comptent moins de 0.50% des populations régionales, exceptés pour la Champagne Ardenne où ils regroupent 4.30% de la population régionale. Une proximité toutefois théorique, et dont l'interprétation sera développée ultérieurement, car le médecin libéral correspond à de multiples visages. Il sera intéressant de clarifier la nature exacte de la médecine libérale proche et éloignée.

Malgré la faiblesse apparente des densités médicales, le monde rural est parcouru par un certain nombre de communes aux densités médicales parmi les plus fortes, densités qualifiées de «fausses densités». En effet, le médecin libéral installé dans une commune rurale est destiné à un rayonnement plus large. Replacé dans son contexte géographique, la présence d'un médecin libéral dans une commune rurale faiblement peuplée, engendre automatiquement une forte densité, mais il est intéressant de le souligner notamment dans la recherche continue de la connaissance du système de soins. Leur identification est fondamentale, car elle contribue à l'amélioration, à la diffusion d'une meilleure accessibilité aux soins notamment pour la grande majorité des communes dont l'accessibilité en est dépendante.

**Tableau N° 28 : Quelques exemples de communes rurales à forte densité médicale (pour 100000 hab.) dans la France du Nord :**

RÉGIONS	Départements	Communes rurales à forte densités médicales	Population des communes	Densités médicales	Types d'espaces
<u>Haute Normandie</u>	Eure	Beaumesnil	527	380	4
		Montfort-sur-Risie	913	329	4
		Ecouis	280	714	5
	Seine Maritime	Ry	610	328	4
		Argueil Longueville-sur-Scie	379 820	264 244	5 4
<u>Picardie</u>	Aisne	Villers-en-Prayères	118	847	5
		Jaulgonne	587	341	4
		Condé-en-Brie	591	338	4
	Oise	Marseille-en-Beauvaisis	973	411	4
		Laneuvilleroy	743	269	4
		Bulles	825	242	4
	Somme	Saint-Léger-lès-Authie	92	3261	5
		Le Cardonnois	41	2439	6
		Liomer	360	1111	5
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	Grandpré	497	604	6
		Savigny-sur-Aisne	376	532	6
		Tagnon	732	410	5
	Aube	Soulaines-Dhuys	254	394	6
		Piney	1124	356	4
		Auxon	905	331	5
	Marne	Velye	85	1176	4
		Etoges	282	709	4
		Ville-sur-Tourbe	202	495	6
	Haute Marne	Domblain	89	1124	4
		Bourmont	598	502	5
		Auberive	233	429	5
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	Villers-Guislain	569	303	4
		Honnecourt-sur-Escaut	715	280	4
		Hecq	259	386	4
	Pas de Calais	Fauquembergues	845	592	4
		Saint-Amand	176	569	4
		Hucqueliers	539	557	4

Ces exemples de communes rurales à fortes densités peuvent être multipliés, tant les cas sont nombreux. Elles sont à l'origine du maintien des densités dans les espaces ruraux. En moyenne, les espaces ruraux de type 4 et 5 offrent une densité moyenne égale à 69 médecins libéraux pour 100000 habitants, tandis qu'elle a tendance à augmenter dans l'espace de type 6 où elle atteint 77 médecins libéraux pour 100000 habitants. Densité qui se rapproche de celles rencontrées dans les espaces transitoires ou périurbains. De nouveau, l'idée de l'existence d'un système de soins rural se renforce, contribuant à pallier l'éloignement des pôles urbains, et à améliorer l'accessibilité aux soins dans les espaces les plus éloignés.

Le système de soins dual est une réalité qui ne cesse de se confirmer. L'accessibilité aux soins dans la France du Nord, malgré une faiblesse du nombre des praticiens, permet d'assurer une relative proximité du système de soins. Des

pôles urbains surmédicalisés à la tête de bassins médicaux, aux médecins dispersés dans le monde rural, tous les éléments sont présents pour assurer une accessibilité égale ou proche entre les populations. Un système de soins dual est à la source de cette équité qui cache cependant une réalité autre. En effet, deux systèmes dont la cohabitation reste à clarifier. S'agit-il d'un système fonctionnant en symbiose ? Y a-t-il complémentarité ou opposition entre les deux systèmes ? Peut-on parler d'un système ou des systèmes de soins ?

### C - UNE APPROCHE DE L'OPPOSITION FONDAMENTALE DU SYSTEME DE SOINS : LE MÉDECIN SALARIÉ HOSPITALIER :

L'approche ne concerne pas le système hospitalier par lui-même, mais uniquement les praticiens inscrits au fichier ADELI en tant que salarié hospitalier. Le but est de préciser les traits caractéristiques de l'organisation spatiale du système de soins dans la France du Nord. Une pratique médicale particulière dont le fonctionnement nécessite l'existence d'un élément fédérateur, à l'origine d'une organisation spatiale adéquate.

#### 1. - La logique de la trame urbaine respectée :

##### 1.1 - Praticiens salariés hospitaliers : un système de soins unique, polarisé dicté par le réseau urbain :

Le poids des espaces urbains est considérable dans l'agencement des praticiens salariés. En effet, près de 74.00% d'entre-eux sont localisés au sein des espaces urbains proprement dit, les espaces de type 1 (Carte N° 56). Ces proportions varient fortement selon les régions, allant de 68.90% en Picardie, pour le taux le plus faible, à 90.70% en Champagne Ardenne pour le taux le plus fort. Une polarisation extrême qui confirme le rôle de commandement joué par les capitales régionales dont l'importance des effectifs confirment plus ou moins leur importance au sein de leur région respective.

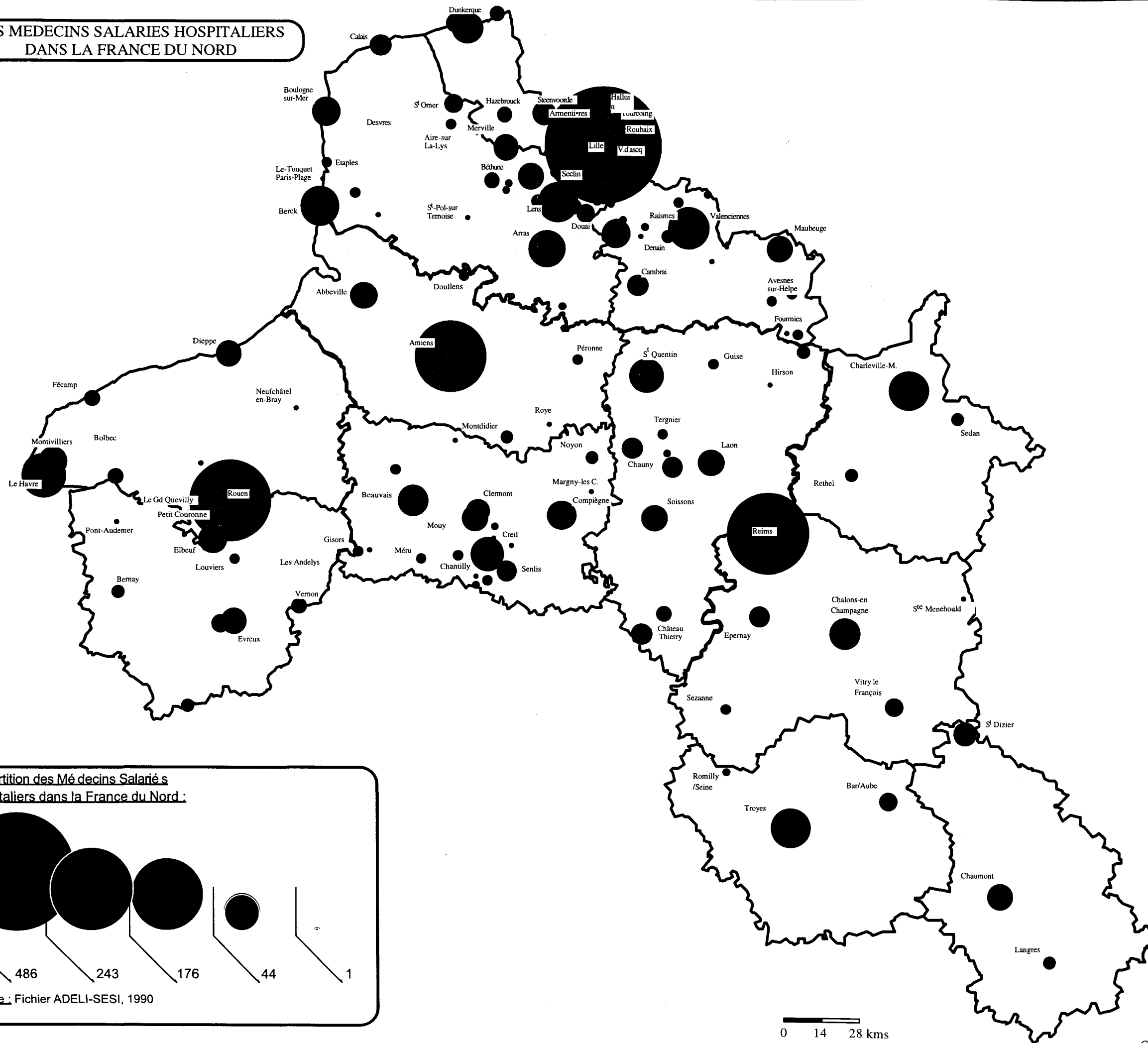
Tableau N° 29 : Part représentée par chaque capitale régionale dans les effectifs régionaux de médecins salariés hospitaliers :

Rouen	41.50 %	Châlons en Ch.	7.50 %
Amiens	29.90 %	Lille	36.70 %

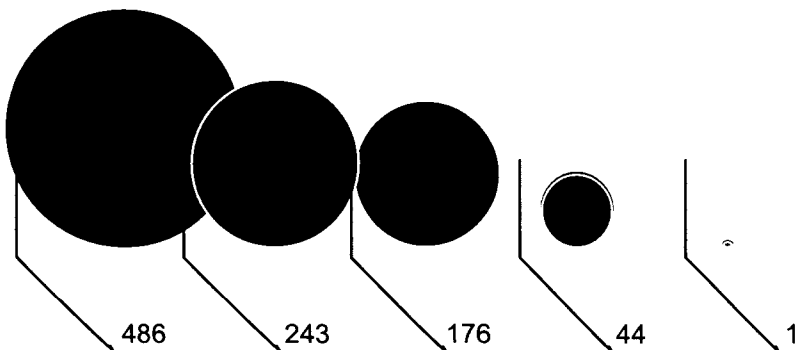
Source : Fichier ADELI-SESI, 1990



LES MEDECINS SALARIES HOSPITALIERS  
DANS LA FRANCE DU NORD



Répartition des Médecins Salariés  
Hospitaliers dans la France du Nord :



Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

0 14 28 kms

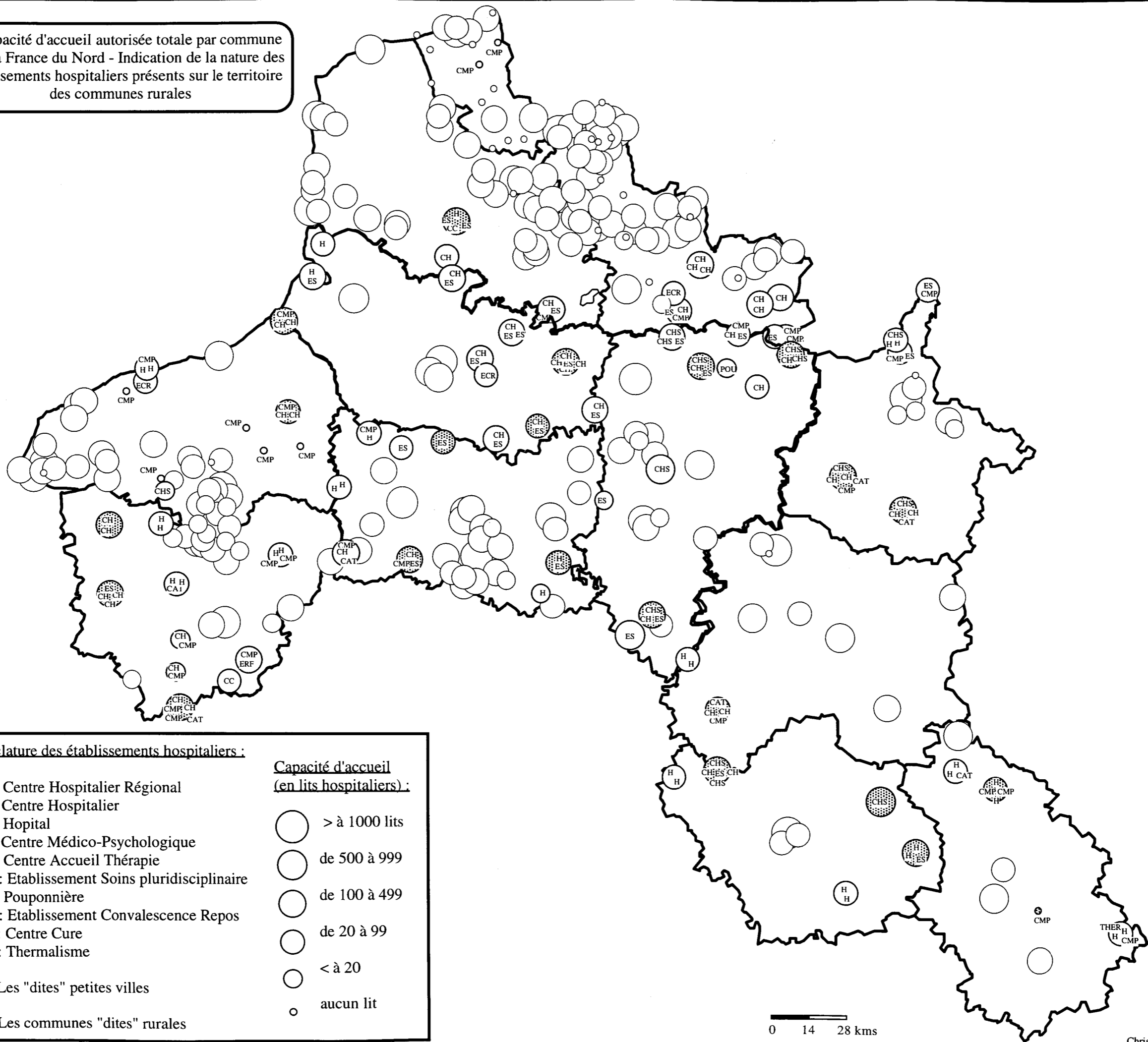
Dans l'ensemble les positions sont confirmées, exceptés pour deux cas. En effet, les effectifs présents au sein de la capitale picarde, Amiens, concernent moins de 30.00% des praticiens salariés hospitaliers, révélant une certaine faiblesse dans l'affirmation de sa position en tant que capitale régionale. Toutefois, la situation est plus nette pour la capitale champardennaise, Châlons en Champagne dont les effectifs représentent 7.50% des effectifs régionaux, contrairement à Reims, près de 50.00%. Néanmoins, en dehors du cas particulier champardennais, chaque capitale est à l'origine de la formation de conglomérats plus ou moins importants, modifiant les formes spatiales énumérées précédemment. On assiste à un éclaircissement des phénomènes spatiaux observés.

La nébuleuse médicalisée de la région Nord-Pas de Calais se maintient, mais son extension s'est considérablement réduite, ne laissant apparaître que les villes les plus importantes. L'arc médicalisé caractérisant la position particulière du département de l'Oise s'est lui aussi dilué dans l'espace, ne laissant entrevoir qu'une traînée discontinue de villes, structurée par les villes de Beauvais, Chantilly, Compiègne... Le pôle médical reste la forme la plus répandue, de type multicéphale tels que Amiens et Rouen, ou de type monocéphale comme Reims.

#### 1.2 - Monde rural : des localisations marginales :

L'absence de structures particulières au préalable dans le monde rural engendre une relative faiblesse de ces praticiens. D'une façon générale, on compte en moyenne, une densité de 6 médecins salariés hospitaliers pour 100000 habitants dans les espaces ruraux. Densité dont la signification n'est que peu interprétable, sachant que l'organisation de ces praticiens répond à une volonté administrative induite notamment par la carte sanitaire. Néanmoins, l'installation de chirurgiens, d'anesthésistes, de radiologues... salariés hospitaliers au sein des espaces ruraux traduit le maintien de petits centres hospitaliers dont l'existence contribue à améliorer l'accessibilité aux soins, et notamment aux d'urgence. Toutefois, les restructurations administratives préconisent une rationalisation des structures hospitalières, rendant l'avenir incertain pour ces équipements disséminés dans le monde rural. L'accessibilité aux soins hospitaliers dans le monde rural risque de se dégrader dans les années à venir. Néanmoins, l'inventaire de ces structures hospitalières (Carte N° 57) coïncide avec celui de communes jouant pleinement leur rôle de petite ville, associant aux effectifs de médecins, une structure hospitalière de premier recours.

La capacité d'accueil autorisée totale par commune dans la France du Nord - Indication de la nature des établissements hospitaliers présents sur le territoire des communes rurales



**Nomenclature des établissements hospitaliers :**

CHS	: Centre Hospitalier Régional	<b>Capacité d'accueil (en lits hospitaliers) :</b>
CH	: Centre Hospitalier	○ > à 1000 lits
H	: Hopital	○ de 500 à 999
CMP	: Centre Médico-Psychologique	○ de 100 à 499
CAT	: Centre Accueil Thérapie	○ de 20 à 99
ES	: Etablissement Soins pluridisciplinaire	○ < à 20
POU	: Pouponnière	○ aucun lit
ECR	: Etablissement Convalescence Repos	
CC	: Centre Cure	
THER	: Thermalisme	
▨	Les "dites" petites villes	
○	Les communes "dites" rurales	

0 14 28 kms

Mais une approche plus fine de ces structures montre deux profils opposés, dont les impacts locaux sur l'accessibilité aux soins hospitaliers sont tout à fait différents.

① Les centres hospitaliers :

Il s'agit de petits centres hospitaliers de quelques lits dont le maintien, primordial pour les populations locales, demeure fragile. Ces structures sont relativement développées dans la France du Nord, elles contribuent à l'amélioration de l'accessibilité aux soins hospitaliers, et pallient à l'éloignement des structures hospitalières urbaines. Leur impact dans le monde rural est considérable notamment dans le domaine de l'urgence, de la maternité...

② Les centres hospitaliers spécialisés :

Les positions sont similaires aux centres hospitaliers précédents, la seule variable consiste en une spécialisation notamment dans le domaine des maladies mentales. Ces établissements spécialisés localisés dans le monde rural contribuent au développement d'une «médecine stérile», dans le sens où l'impact sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les populations locales est quasiment nul. Cependant, il sera intéressant de voir si la présence de ces établissements a eu un quelconque impact sur le développement des effectifs de médecins localement.

La faible fréquence de ces établissements permet de dresser la liste des communes concernées et la nature de leur structure hospitalière.

**Tableau N° 30 : Communes rurales équipées d'une structure  
«hospitalière» dans la France du Nord :**

RÉGIONS	Départements	Communes rurales équipées	Centre Hospitalier	C.H. Spécialisé	Autres structures
<u>Haute Normandie</u>	Eure	Bernay Gisors Pont Audemer Verneuil-sur-Avre		● ● ● ●	
	Seine Maritime	Neufchâtel-en-Bray	●		
<u>Picardie</u>	Aisne				
	Oise				
	Somme				
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes				
	Aube				
	Marne				
	Haute Marne				
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	Avesnes-sur-Helpe Felleries Fourmies Le Quesnoy Wignehies	● ● ● ●		●
	Pas de Calais	Saint-Pol-sur-Ternoise			●

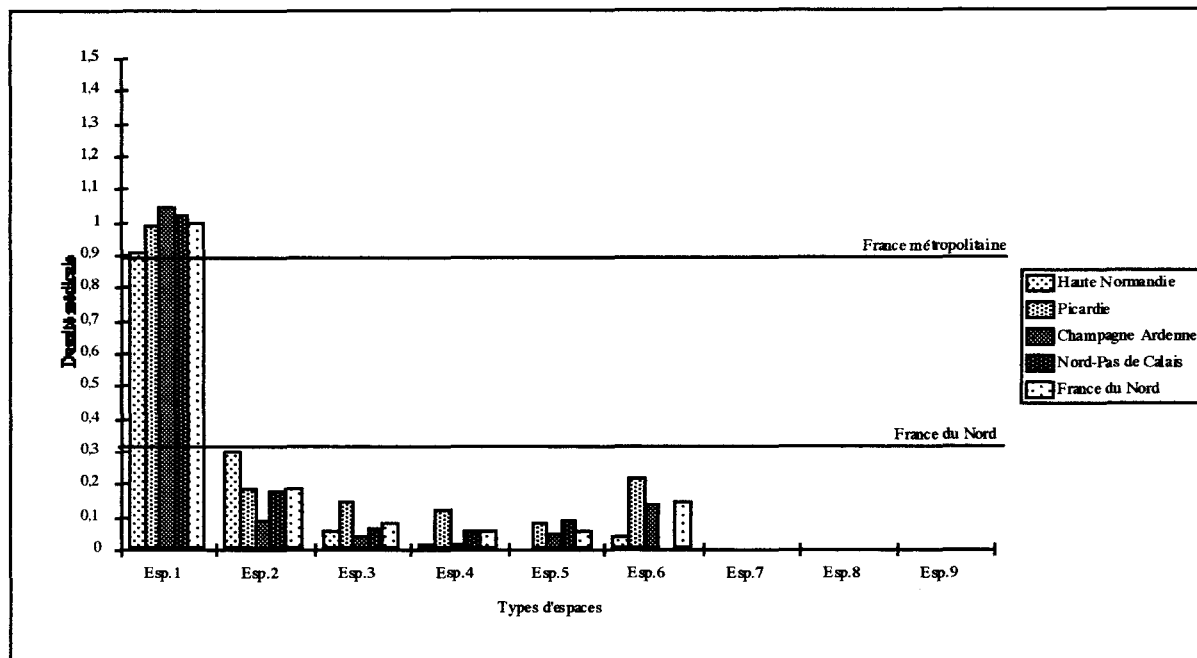
Source : Fichier FINISS, 1990

## 2. - Une accessibilité différentielle aux soins hospitaliers :

Au début des années 90, la densité moyenne en France est de 89 médecins salariés hospitaliers pour 100000 habitants, elle est pour information de 97 en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. La France du Nord, dans sa globalité, affiche une densité moyenne égale à 33 médecins salariés hospitaliers pour 100000 habitants. Cette faible position ne cache pas une réelle sous médicalisation généralisée, les densités régionales respectives oscillant entre 32 et 37 médecins salariés hospitaliers pour 100000 habitants.

## 2.1 - Des praticiens salariés hospitaliers révélateurs de l'aménagement du cadre sanitaire de la France du Nord :

**Graphique N° 14 :** Distribution des densités médicales pour les médecins salariés hospitaliers, dans la France du Nord :



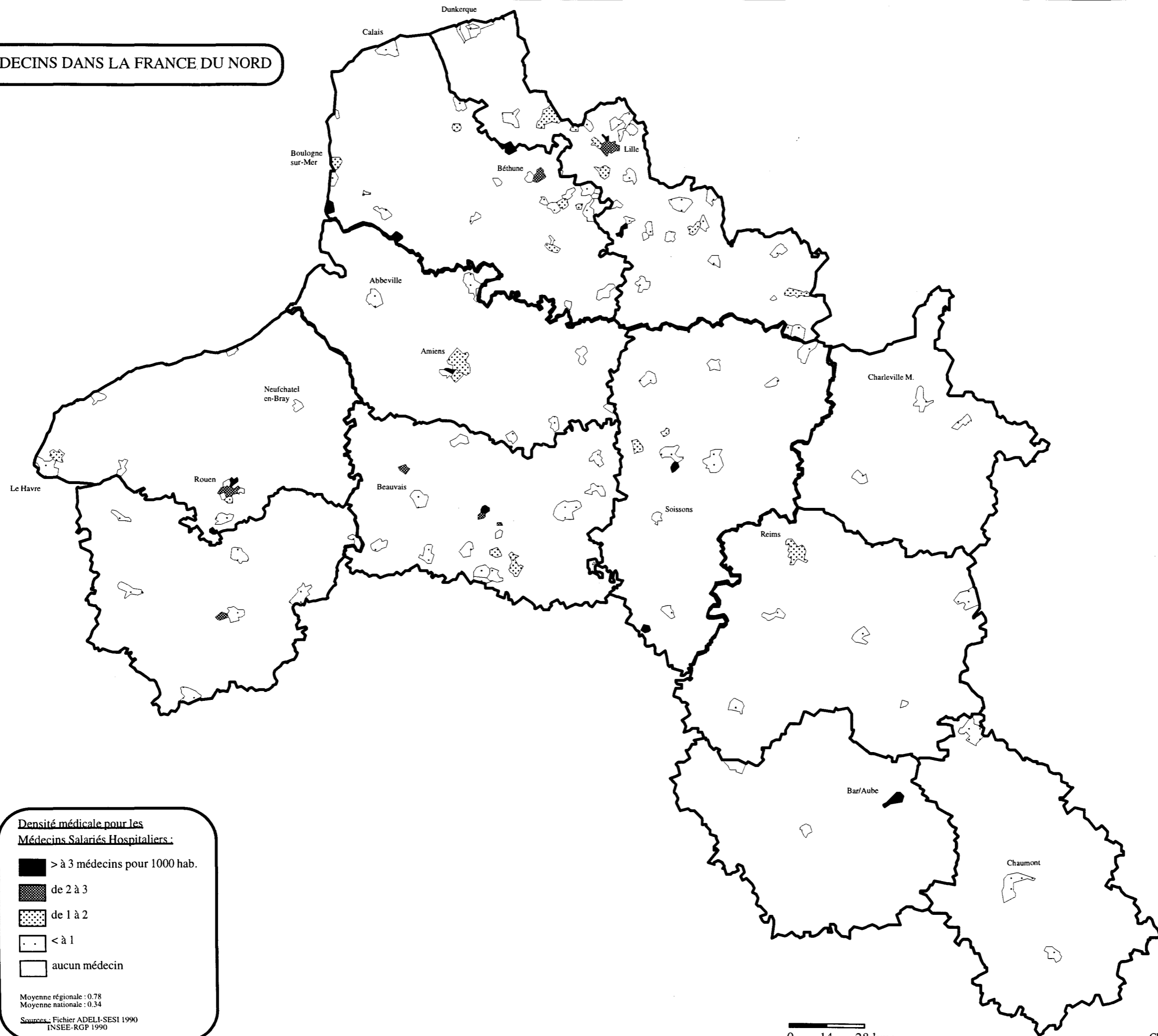
Sources : Fichier ADELI-SESI, 1990  
RGP-INSEE, 1990

Le profil graphique obtenu confirme la prédominance des espaces urbains, et principalement les espaces centraux (espace type 1) dans l'agencement des médecins salariés hospitaliers, et par conséquent sur l'organisation des équipements hospitaliers dont la combinaison aboutit à deux logiques spatiales différentes (Carte N° 58).

### 2.1.1 - Une logique de concentration hospitalière :

Fruit d'un centralisme hospitalier, les espaces urbains centraux, dans lesquels se localisent notamment les Centres Hospitaliers Régionaux (Rouen, Amiens, Châlons en Champagne et Lille) regroupent l'essentiel des praticiens. Rôle attractif considérable aboutissant à la formation de pôles urbains hospitaliers, à densité médicale forte, elle est en moyenne de 99 médecins salariés hospitaliers pour 100000 habitants.

LES MEDECINS DANS LA FRANCE DU NORD



Densité médicale pour les Médecins Salariés Hospitaliers :

- > à 3 médecins pour 1000 hab.
- de 2 à 3
- de 1 à 2
- < à 1
- aucun médecin

Moyenne régionale : 0.78  
Moyenne nationale : 0.34

Sources : Fichier ADELI-SES1 1990  
INSEE-RGP 1990

0 14 28 kms

Christophe EVRARD, 1998

L'effet de la polarisation, de la proximité des espaces engendrent une chute des densités en direction des espaces périphériques, dont l'accessibilité aux soins hospitaliers dépend des pôles urbains hospitaliers. L'absence ou la quasi absence de praticiens, d'équipements hospitaliers sont compensés par la proximité des pôles hospitaliers. Les espaces urbains périphériques sont ainsi satellisés par les pôles urbains hospitaliers.

Puis une transition géographique s'insère entre les différents types d'espaces, matérialisée par une décroissance importante des densités médicales, inférieures à 5 médecins salariés hospitaliers pour 100000 habitants. Cette zone de transition symbolise le passage d'une logique spatiale à une autre.

2.1.2 - Une logique de diffusion des soins  
hospitaliers dans le monde rural :  
«l'hôpital de campagne» :

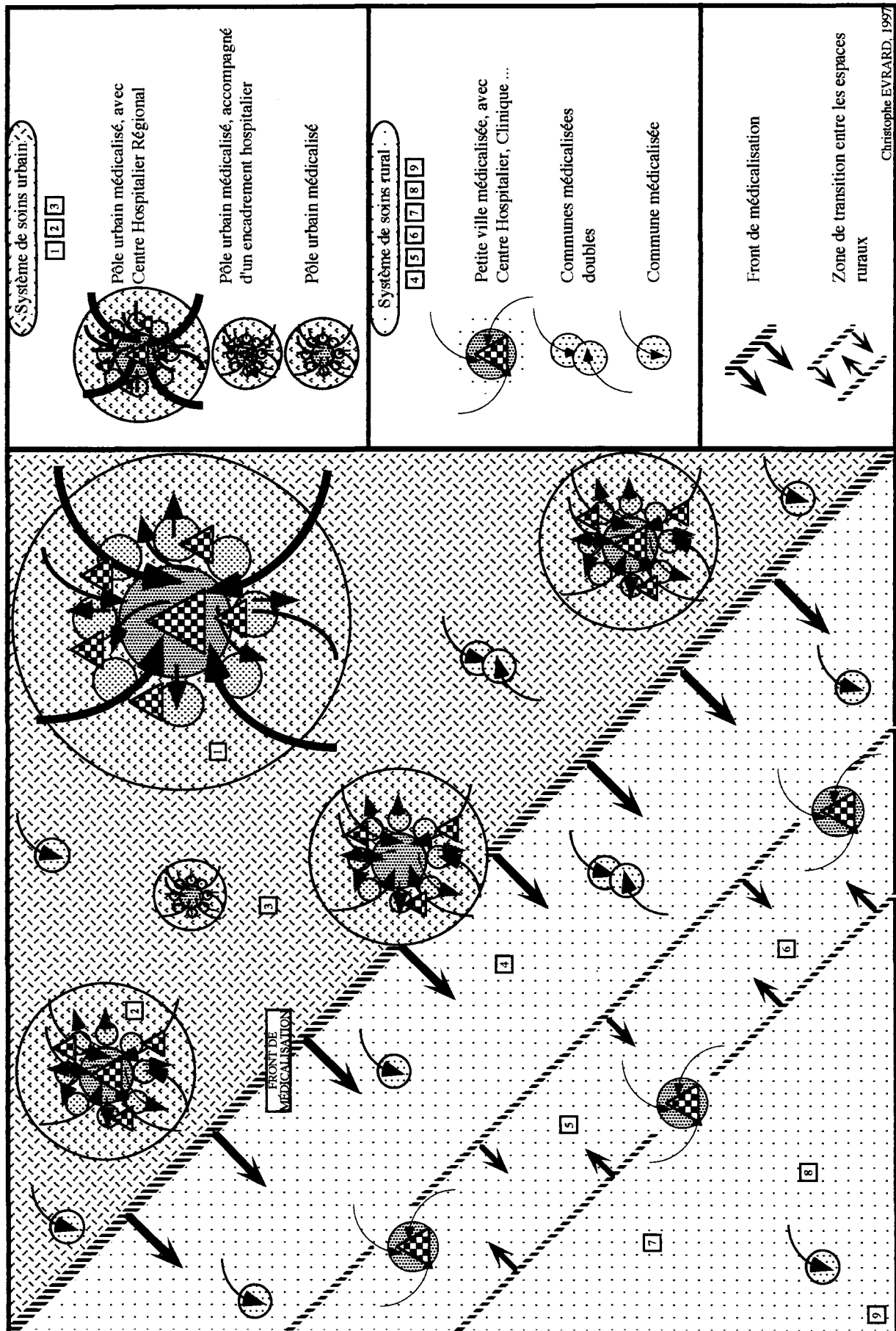
Une zone de transition existe donc, elle correspond aux espaces ruraux de type 4 et 5, sorte de frontière entre deux zones d'influence. Elle constitue une transition entre les espaces urbains sous l'influence de pôles urbains hospitaliers à forte concentration d'effectifs et d'équipements, et une zone sous l'influence de petites unités hospitalières, encore appelées hôpital de campagne.

Les espaces ruraux de type 6 constituent les derniers sites pourvus en équipements hospitaliers. Ils sont responsables de l'augmentation sensible des densités médicales, atteignant 14 médecins salariés hospitaliers pour 100000 habitants. L'impact local de ces équipements est considérable dans la mesure où il s'agit du dernier espace ainsi équipé, avant de tomber dans les espaces ruraux de types 7 à 9, où la médicalisation hospitalière est nulle. Les centres hospitaliers localisés au sein de petites villes, précédemment citées, ont la vocation de favoriser la diffusion des techniques et d'améliorer l'accessibilité aux soins hospitaliers dans les espaces les plus reculés, afin d'assurer une équité en matière de soins.

Le système de soins de la France du Nord est le résultat de la cohabitation de systèmes de soins multiples dont la symbiose doit garantir une accessibilité aux soins égale pour toute la population. Cette tâche considérable se traduit par des logiques spatiales et des dynamiques différentes selon la nature, la spécialisation du praticien. La conjonction de toutes ces dynamiques aboutit à la conception d'un modèle d'organisation issu des différentes logiques spatiales.



**D - MODELE D'ORGANISATION SPATIALE DES MEDECINS DANS LA FRANCE DU NORD : (Figure N° 11)**



Le modèle graphique du système de soins de la France du Nord, résulte de la juxtaposition de sous-systèmes de soins dont la symbiose doit aboutir à un système équitable pour tous. L'analyse de l'encadrement médical confirme l'existence d'un système de soins dual, d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Du médecin au centre hospitalier, chaque acteur s'insère dans un système de soins propre, urbain ou rural, dont la scène finale s'achève sur la recherche d'une équité médicale et territoriale. L'aménagement du territoire médical repose sur une série de 5 éléments récurrents, dont l'agencement, la densité dépendent notamment de la nature du tissu local.

① Le Pôle urbain médicalisé avec le Centre Hospitalier Régional :

De type hégémonique ou non, son poids demeure considérable pour une région, il s'identifie par des effectifs élevés, plus de 50.00 % des médecins d'une région, et par la forte concentration d'équipements hospitaliers. Selon les régions, le poids est considérable, et aboutit le plus souvent à une accentuation des déséquilibres territoriaux : le cas de Lille dans le Nord-Pas de Calais.

② Le Pôle urbain médicalisé avec un équipement hospitalier :

La fréquence dépend de la nature du réseau urbain, ainsi les pôles médicalisés sont très nombreux dans la région Nord-Pas de Calais, contrairement aux autres régions. Le niveau de concentration des effectifs et des équipements est plus faible, la différenciation repose essentiellement sur une capacité plus réduite.

③ Le Pôle urbain médicalisé :

Troisième niveau de la hiérarchie urbaine et médicale, il concerne des communes dépourvues d'équipements hospitaliers, elles demeurent néanmoins proches des pôles urbains médicalisés. Toutefois, des effectifs relativement importants de médecins sont présents au sein de ces communes.

④ La Petite ville :

C'est par nature l'élément vital pour l'amélioration de l'accessibilité aux soins et de la diffusion des techniques dans les espaces ruraux, la petite ville se distingue par son équipement (médecins et petits centres hospitaliers, cliniques) et par sa position stratégique au sein d'espaces dépourvus de structures médicales.

⑤ La Commune médicalisée :

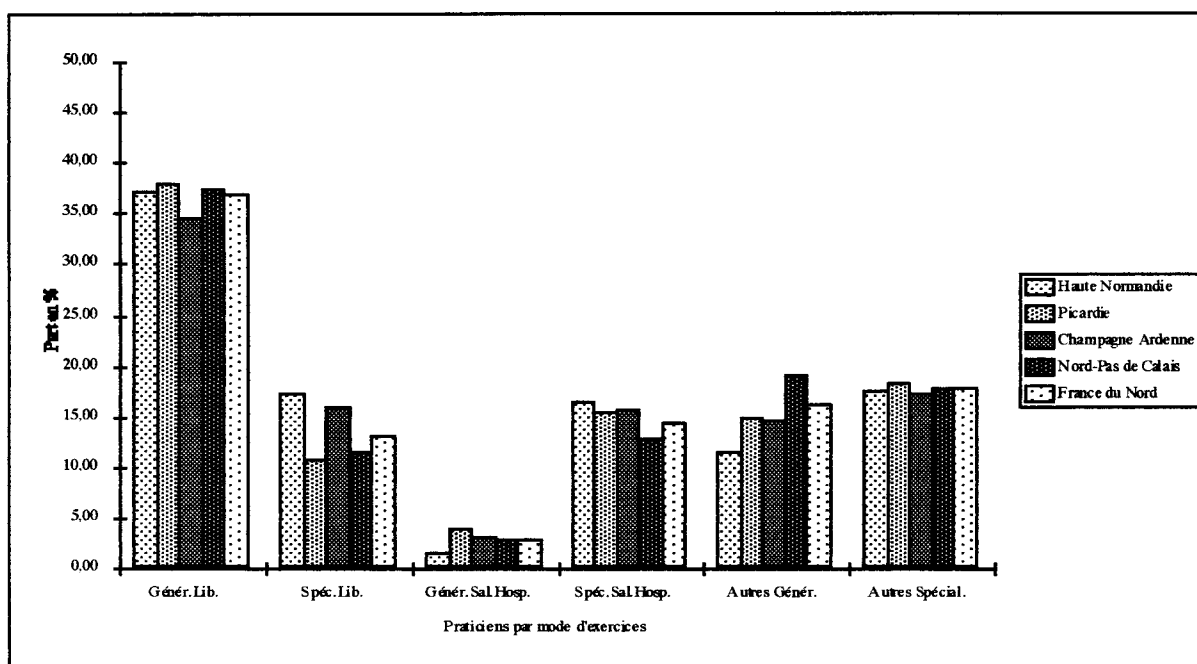
Dernier rempart, elle est issue de la volonté d'hommes et de femmes, d'exercer dans des lieux le plus souvent oubliés, et elle contribue à maintenir une accessibilité aux soins dégressive dans les territoires les plus reculés.

Le modèle d'organisation spatiale du système de soins de la France du Nord se base sur les formes spatiales générales, mais son approche n'en demeure pas moins incomplète. En effet, la diversité des praticiens, leurs niveaux de spécialisation conduisent à des situations tout à fait différentes. L'étape suivante, consiste donc à clarifier cette situation, en présentant le caractère exact du système de soins, et notamment les caractéristiques de l'encadrement médical dans le monde rural. Cette approche nécessite l'obligation de faire un choix, celui de ne tenir compte que des praticiens exerçant en MODE LIBÉRAL EXCLUSIF. Ce mode d'exercice, le plus développé, qualifie une situation de totale liberté dans le choix du site d'installation du praticien. De plus, contrairement à d'autres modes, il ne nécessite d'aucun équipement au préalable, et demeure en théorie le résultat d'un choix délibéré.

## II - COMPOSITION, HIÉRARCHISATION, IDENTITÉ DU SYSTEME DE SOINS DE LA FRANCE DU NORD :

La prédominance de la pratique libérale est une donnée récurrente du système de soins français, et elle se concrétise dans le cas de la France du Nord où elle concerne près de 50.00 % des médecins exerçant sur son territoire. Ces effectifs nombreux supposent en théorie une plus grande facilité de diffusion à travers les territoires, à laquelle s'ajoute une donnée essentielle : la proximité du patient.

**Graphique N° 14 :** Praticiens en fonction de la situation professionnelle déclarée, exerçant dans la France du Nord :



Source: Fichier ADELI-SESI, 1990

L'identification de l'encadrement médical se manifeste par une approche du mode libéral exclusif, et concerne le médecin généraliste, qui par définition est le plus répandu, pratiquant une médecine plus ouverte, à l'écoute du patient et le médecin spécialiste, issu d'une médecine plus technique, spécialisée. Deux pratiques médicales en apparence complémentaires, mais dont les logiques spatiales ont tendance à s'opposer. Par ailleurs, une série de situations professionnelles, très variées, sont à noter, et il sera intéressant de voir parmi elles, celles pouvant améliorer de par leur caractéristique, leur situation géographique, l'accessibilité aux soins notamment dans le monde rural.

A - BASE DE L'ENCADREMENT MÉDICAL : LE MÉDECIN  
GÉNÉRALISTE LIBÉRAL :

1. - Vers une diffusion spatiale maximale :

Le paysage médical issu de la répartition des Médecins Généralistes Libéraux (Carte N° 59) offre de fortes similitudes avec celui obtenu pour les médecins dans leur globalité. Cette proximité paysagère confirme la forte diffusion de ces praticiens, dont les effectifs représentent plus de 36.00% des médecins répertoriés dans la France du Nord. Un degré de diffusion très fort qui conduit à une situation exceptionnelle dans la France du Nord, où plus de 99.00 % de la population se situe à moins de 7.00 kilomètres d'un médecin généraliste libéral. Toutes les régions présentent ce même profil, en dehors de la Champagne Ardenne où 95.60% de la population se situe à moins de 7.00 kilomètres d'un généraliste libéral.

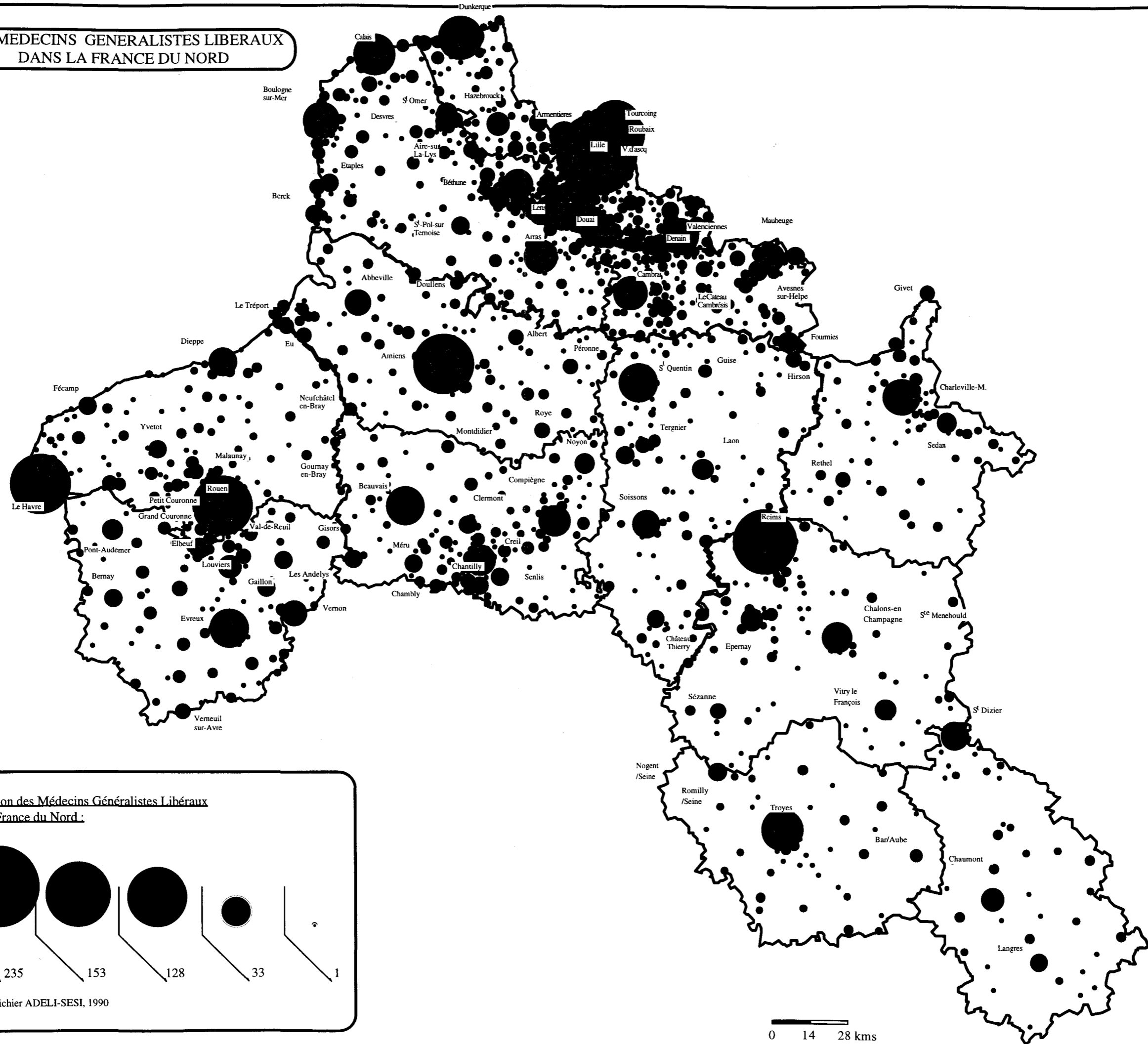
De la ville à la campagne, les modalités d'organisation spatiale se répètent, parmi lesquelles une logique de concentration urbaine, et une volonté de diffusion dans le monde rural.

1.1 - La ville : première destination des installations :

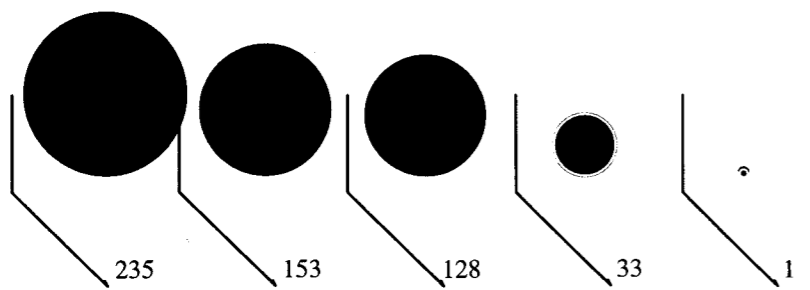
De toutes les logiques spatiales commandant l'agencement des médecins, la ville est un facteur récurrent, structurant le système de soins, mais aussi le déséquilibrant. En effet, les espaces urbains (types 1 à 3) regroupent 83.60% des Généralistes Libéraux exerçant dans la France du Nord, et concernent 80.00% de la population. De nouveau, les installations de Médecins Généralistes Libéraux dans la France du Nord ont conduit à l'affirmation d'une logique spatiale urbaine dans laquelle se répètent des formes élémentaires.

La nébuleuse médicale est une constante dans l'organisation du système de soins dans la région Nord-Pas de Calais, et répond pleinement à une logique urbaine qui associe population et praticien. Autre phénomène de continuité spatiale, l'arc médicalisé rencontré dans le département de l'Oise, il confirme ainsi la prépondérance de cet axe dans l'organisation du système de soins de la Picardie.

LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX  
DANS LA FRANCE DU NORD



Répartition des Médecins Généralistes Libéraux  
dans la France du Nord :



Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

0 14 28 kms

En dehors de ces espaces particuliers, marginaux, prédomine une organisation plus classique, calquée sur la richesse des réseaux urbains. De type monocéphale ou de type multicéphale, les pôles urbains se traduisent par une concentration importante de Médecins Généralistes Libéraux. Plus une ville occupe une place importante dans la hiérarchie urbaine, plus elle regroupe de praticiens. Par ailleurs, les pôles urbains se distinguent entre eux par l'importance du phénomène de débordement de proximité. Plus une ville regroupe de praticiens, plus elle a tendance à alimenter un déversement de proximité sur les communes proches, aboutissant à la formation d'agglomérat médicalisé. Le Havre et Rouen symbolisent cette organisation, qui demeure moins intense pour les villes d'Amiens et Reims. À un degré moindre de la hiérarchie urbaine, d'autres villes, plus petites sont à l'origine de la formation de petits pôles de concentration de Médecins Généralistes Libéraux. Dieppe, Evreux, Abbeville, Saint-Quentin, Soissons, Châlons-en-Champagne, Saint-Dizier... entrent dans ce profil.

Dans ce contexte, le monde rural qui regroupe encore 20.00% de la population de la France du Nord doit disposer d'une organisation médicale appropriée, sachant que moins de 16.00 % des Médecins Généralistes Libéraux de la France du Nord ont opté pour une localisation rurale.

### 1.2 - Une logique spatiale complémentaire : de la concentration à la diffusion :

Le fort degré de concentration spatiale des praticiens constitue un handicap pour les espaces ruraux dont l'agencement médical doit tenir compte de caractéristiques propres aux espaces ruraux :

- ↪ L'importance des petites villes
- ↪ Un nombre considérable de communes
- ↪ Des effectifs de population faibles
- ↪ Une forte dispersion du peuplement
- ↪ L'étendue spatiale des territoires
- ↪ L'isolement et l'éloignement des centres urbains...

La réponse structurelle à ces quelques conditions difficiles se manifeste par deux types d'adaptations, aux logiques spatiales opposées :

### 1.2.1 - La petite ville :

Révéle précédemment, le rôle des petites villes en milieu rural est considérable, tant l'impact géographique est grand. La petite ville est la seule manifestation de «concentration» de praticiens libéraux au sein du monde rural. Première forme d'adaptation aux conditions difficiles, à la rareté des praticiens, elle se manifeste par une logique de concentration au sein de communes «privilegiées». La faiblesse généralisée du développement du système de soins dans le monde rural est compensée en partie par l'existence de pôles de concentration ruraux, permettant une amélioration de l'accessibilité aux soins pour les communes proches.

Mais l'impact de la petite ville demeure très localisé et ne résoud pas en grande partie les conditions difficiles d'accès aux soins dans certaines parties des territoires. L'accessibilité favorable aux soins libéraux que connaît la population de la France du Nord n'est pas généralisée. Rappelons que moins d'un pour cent de la population concernée, localisée dans les espaces ruraux les plus reculés, dispose d'une accessibilité aux soins difficile, éloignée de plus de 7.00 kilomètres d'une source de soins élémentaires. La qualité de l'accessibilité aux soins généralistes dans les espaces ruraux est principalement due à des hommes, médecin de famille ou médecin de campagne, dont la localisation stratégique contribue à améliorer l'accessibilité aux soins.

### 1.2.2 - L'accessibilité aux soins dans le monde rural : une affaire d'homme :

Médecin à part, le médecin de campagne est souvent représenté comme un adepte d'une médecine plus humaine où l'on prend le temps d'écouter. Mais le médecin de campagne est avant tout le résultat d'un choix, celui de pratiquer une médecine différente, dans des conditions socio-géographiques particulières. Ce choix conduit à l'extension de la couverture médicale, et à une amélioration progressive de l'accessibilité aux soins. Des espaces ruraux proches aux espaces les plus éloignés, le territoire médical existe, par le biais d'hommes dont les localisations ont contribué à améliorer sans cesse l'accessibilité à des soins, qui demeurent néanmoins de premières nécessités.

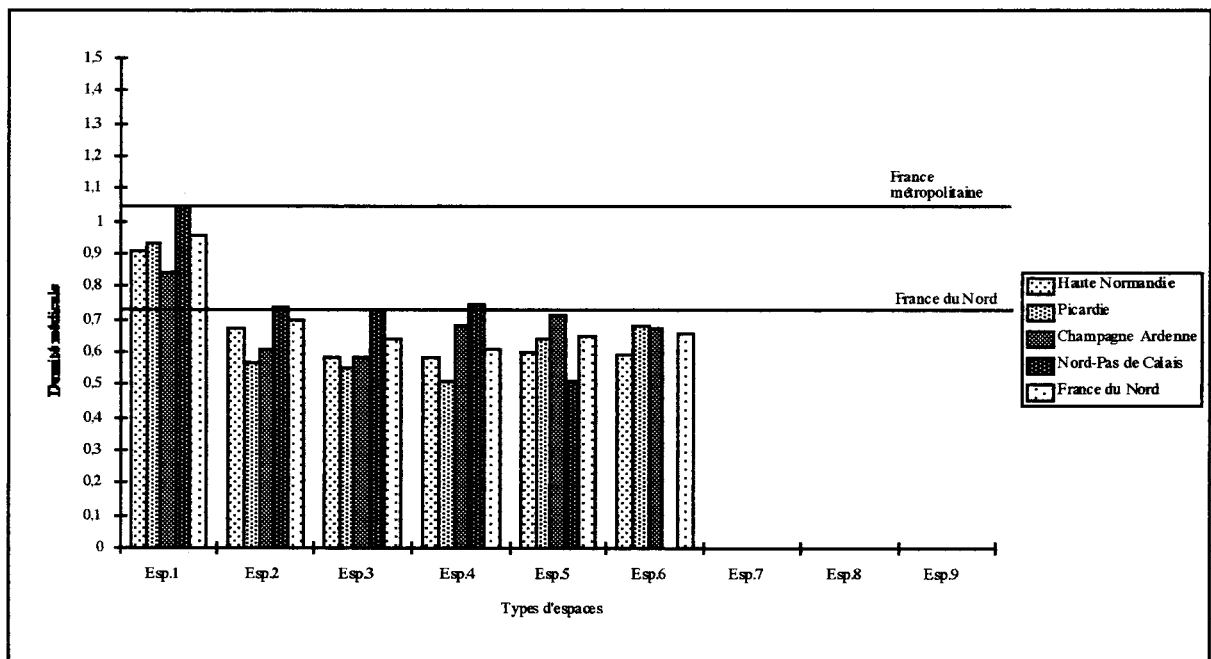


## 2. - L'Omnipraticien libéral : partisan d'une accessibilité aux soins égale pour tous :

Avec une densité moyenne de 73 Généralistes Libéraux pour 100000 habitants, la position de la France du Nord est nettement inférieure à celle de la France métropolitaine qui compte 105 Généralistes Libéraux pour 100000 habitants. Pour la même période, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur dispose d'une densité égale à 139 Généralistes Libéraux pour 100 000 habitants.

En dehors de la région Nord-Pas de Calais dont la densité est égale à 81 Généralistes Libéraux pour 100000 habitants, l'ensemble des régions dispose de densités proches comprises entre 64 et 69 Généralistes Libéraux pour 100000 habitants, et compte parmi les régions françaises dont l'encadrement médical est le plus faible, en ce qui concerne les Généralistes Libéraux.

Graphique N° 15 : Distribution des densités médicales pour les Médecins Généralistes Libéraux dans la France du Nord :



Sources : Fichier ADEL-SESI, 1990  
INSEE-RGP, 1990

Exceptés les espaces ruraux les plus éloignés (types 7 à 9) totalement dépourvus de généralistes libéraux, les différents espaces offrent une relative proximité. Peu d'écarts existent entre les espaces, affirmant la qualité première du médecin généraliste libéral d'assurer et de contribuer à l'amélioration de l'accessibilité aux soins dans la France du Nord. L'hypothèse de l'existence d'un système de soins dual entre les espaces urbains et les espaces ruraux s'atténue au

profit d'un système de soins unique. Le médecin généraliste libéral, par son exercice, contribue à l'unification, à l'homogénéisation du système de soins autour de deux principes.

### 2.1 - Espaces urbains centraux : une situation exceptionnelle :

Issus d'un mouvement ininterrompu de concentration urbaine, les espaces urbains centraux offrent une situation exceptionnelle, avec une densité moyenne de 96 Généralistes Libéraux pour 100000 habitants, concernant 25.00% de la population de la France du Nord.

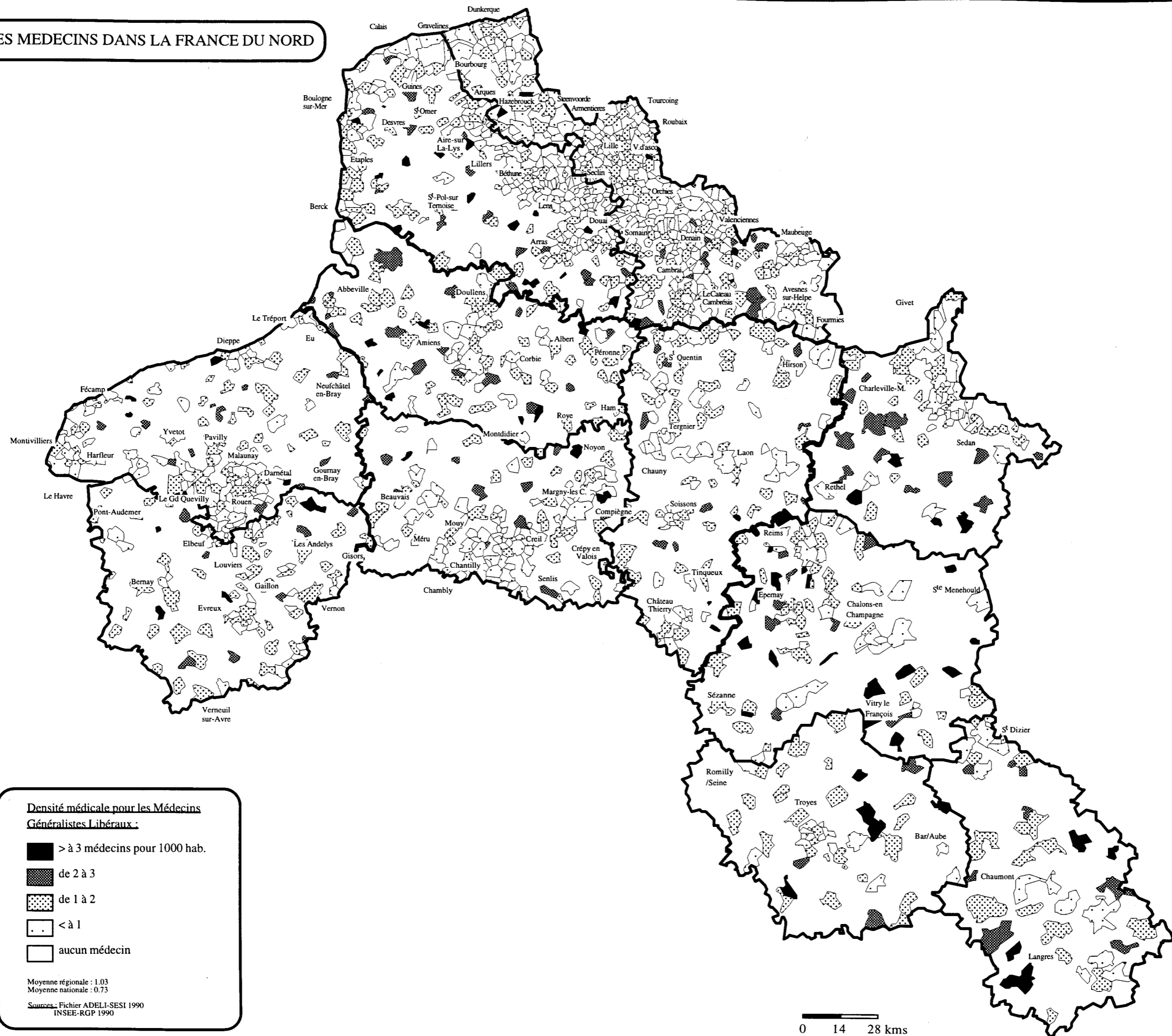
La Haute Normandie, la Picardie confirment ces variables, seule la Champagne Ardenne présente une situation moins favorable, comptant 84 Généralistes Libéraux pour 100000 habitants. Le Nord-Pas de Calais se distingue nettement de cet ensemble, affichant une densité de 105 Généralistes Libéraux pour 100000 habitants, soit une situation égale à celle de la France métropolitaine.

Bien que ne disposant pas des densités médicales les plus fortes (Carte N° 60), la situation exceptionnelle des espaces urbains centraux se manifeste par une continuité dans l'encadrement médical, et par la proximité immédiate de tout un panel de praticiens. Une destination privilégiée qui conduit à 100.00% d'occupation des communes concernées, par les généralistes libéraux.

### 2.2 - De l'urbain au rural : un nivellement médical :

En dehors des espaces centraux, on assiste à un nivellement des densités médicales pour les espaces de type 2 à 6 confirmant la grande diffusion des généralistes libéraux au sein du territoire. Des espaces péri-centraux (type 3) aux espaces ruraux (types 4 à 6), la densité moyenne est de 65 Généralistes Libéraux pour 100000 habitants. Ce nivellement apparent, cache cependant d'importantes fluctuations à une échelle plus fine.

LES MEDECINS DANS LA FRANCE DU NORD



Densité médicale pour les Médecins Généralistes Libéraux :

- > à 3 médecins pour 1000 hab.
- de 2 à 3
- de 1 à 2
- < à 1
- aucun médecin

Moyenne régionale : 1.03  
Moyenne nationale : 0.73

Sources : Fichier ADELI-SESI 1990  
INSEE-RGP 1990

0 14 28 kms

L'ensemble de la population de la France du Nord bénéficie d'une couverture médicale générale de bonne qualité. Elle assure à la quasi totalité de la population la proximité d'une source de soins, simple ou multiple, située à moins de 7.00 kilomètres. L'équité médicale en matière de soins généralistes est respectée et répond aux droits égalitaires prônés par les fondements de la République. Mais les soins ne sont pas uniquement le fait de médecins généralistes, certaines situations nécessitent l'accès à des soins plus spécialisés, demandant un degré de spécialisation plus élevé, et dont les logiques de localisation engendrent une proximité et une accessibilité différentielles.

## B - NIVEAU DE SPÉCIALISATION MÉDICALE :

### 1. - Une pratique médicale liée à la ville :

Le contraste paysager a considérablement évolué (Carte N° 61), la distribution spatiale des Médecins Spécialistes Libéraux est source d'une organisation du territoire médical très localisée. La diffusion d'une médecine plus spécialisée, «experte», constitue une approche qualitative indispensable du système de soins. Le spécialiste libéral, dont la localisation est guidée par l'importance du phénomène urbain, contraste fortement avec le généraliste libéral, acteur d'un équilibrage territorial.

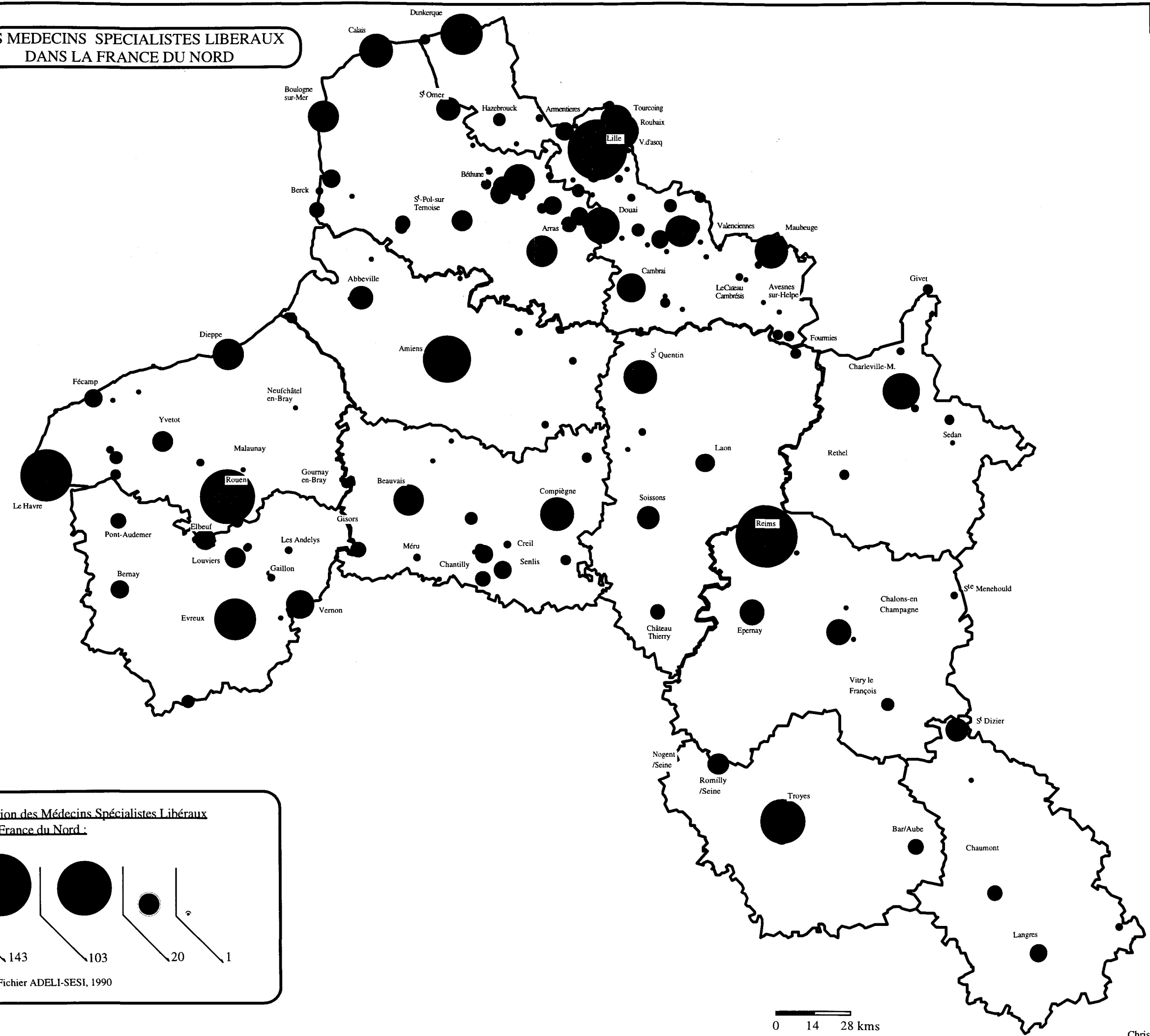
#### 1.1 - Ville et expert médical : un couple uni :

Le caractère spécialisé de cette médecine s'apparente aux services de haut niveau localisé au sein des villes les plus importantes. Sans tenir compte de la nature des spécialités médicales, le paysage médical conforte le rôle de la ville dans la distribution spatiale des spécialistes libéraux. Le degré de rareté des praticiens se manifeste par une organisation orientée principalement autour des noyaux urbains. On assiste à la résurgence du réseau urbain à travers l'agencement des spécialistes libéraux. Néanmoins, les phénomènes de continuité spatiale se sont restreints, pays minier et arc médicalisé se sont fortement atténués. Seuls quelques faits marquants se sont maintenus.

---

Remarque : la carte N° 60 n'est présente qu'à titre d'information, en effet l'interprétation des densités médicales concernant les médecins spécialistes libéraux présente peu d'intérêts, la faible population de certaines communes faussant les données, de plus elles ne sont en aucun cas révélatrice du rayonnement de ces médecins dans leur site d'installation.

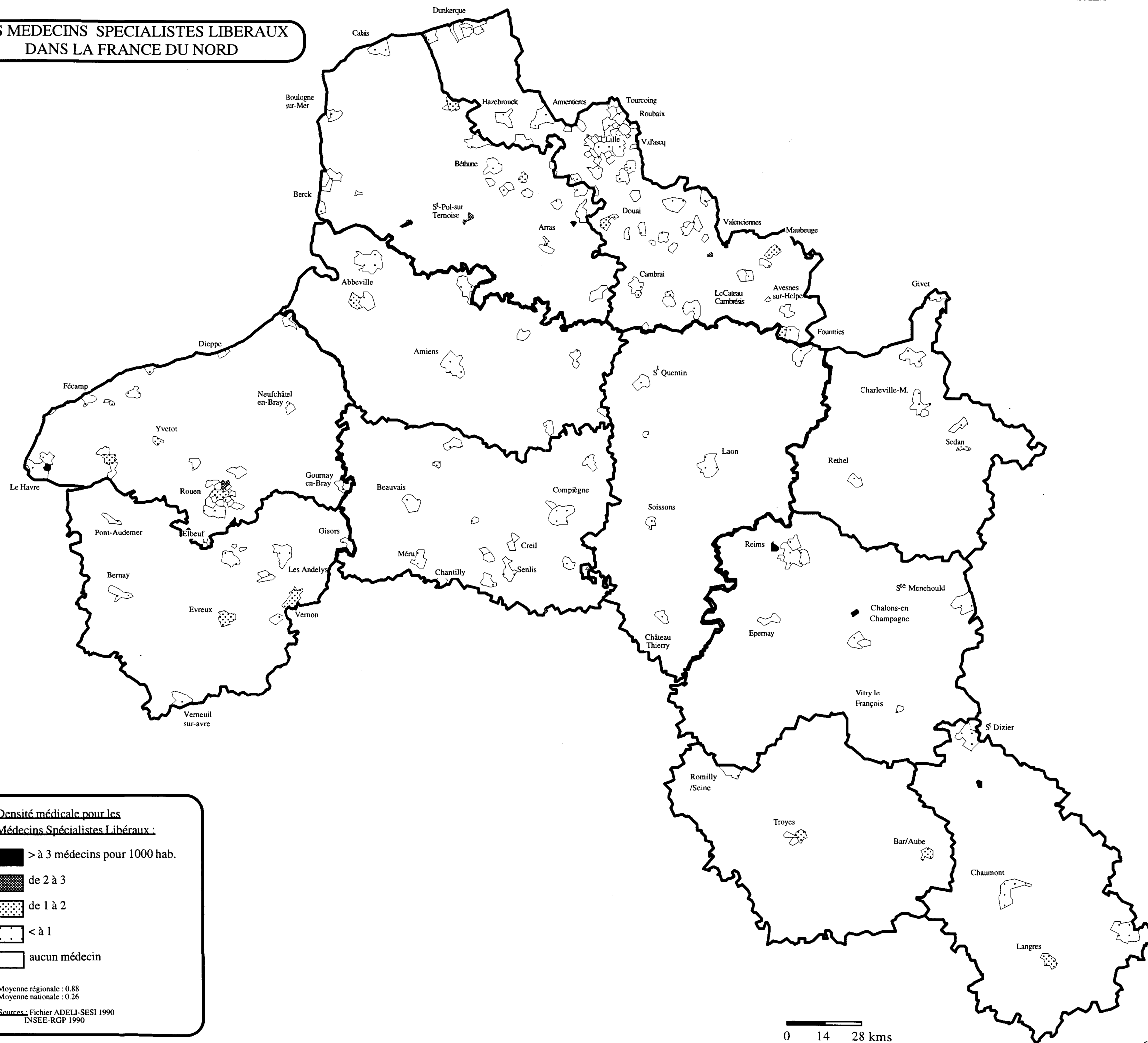
LES MEDECINS SPECIALISTES LIBERAUX  
DANS LA FRANCE DU NORD



Répartition des Médecins Spécialistes Libéraux dans la France du Nord :

Source: Fichier ADELI-SESI, 1990

LES MEDECINS SPECIALISTES LIBERAUX  
DANS LA FRANCE DU NORD



Densité médicale pour les  
Médecins Spécialistes Libéraux :

- > à 3 médecins pour 1000 hab.
- de 2 à 3
- de 1 à 2
- < à 1
- aucun médecin

Moyenne régionale : 0.88  
Moyenne nationale : 0.26

Sources : Fichier ADELI-SESI 1990  
INSEE-RGP 1990

0 14 28 kms

↳ Lille et Rouen, seules villes qui présentent une organisation typique, avec un phénomène de débordement de proximité restreint. Contrairement à Amiens et Reims où l'essentiel des praticiens spécialisés se localisent au sein de ces villes sans retombées sur les communes proches.

↳ D'autres villes, de niveau inférieur, confortent l'impact du réseau urbain, notamment Le Havre, Dunkerque, Troyes... acteurs également d'un débordement de proximité très limité.

↳ En fonction du développement du réseau urbain, succède un agencement de villes pourvues en spécialistes et dont la densité est entièrement dépendante de la richesse du semis urbain. La région Nord-Pas de Calais, une partie de la Haute Normandie et le département de l'Oise affirment cette dépendance, contrairement au reste de la Picardie et la Champagne Ardenne où ce réseau de villes secondaires faible, ne favorise pas le développement et la diffusion des spécialistes libéraux au sein des territoires.

À la proximité d'une médecine généraliste s'ajoute celle d'une médecine spécialiste, et conforte la place de la ville en tant que lieu privilégié d'accès aux soins. Mais qu'en est-il du monde rural ?

## 1.2 - Spécialiste libéral et monde rural : une relation marginale :

### 1.2.1 - Les tendances générales :

La situation du monde rural contraste fortement avec celle des espaces urbains. En effet, très peu de spécialistes libéraux se sont installés dans les espaces ruraux, moins de 4.20 % des spécialistes libéraux de la France du Nord. Ce sont des effectifs très faibles qui confirment la relation privilégiée entre les praticiens experts et la nature du milieu local.

Le monde rural et ses caractéristiques, n'offrent pas les conditions nécessaires au développement d'une médecine spécialisée. Le territoire médical dans le monde rural se constitue principalement de médecins généralistes, et la seule présence de spécialistes libéraux dans les espaces ruraux constitue une véritable exception.

**Tableau N° 31 : Spécialistes et spécialités médicales dans le monde rural :**

RÉGIONS	Départements	Petites villes et communes médicalisées en milieu rural	Population des communes	Nombre de Spécialistes	Situation géographique*
<u>Haute Normandie</u>	Eure	Les Andelys	8 455	2	Nord-Est
		Bernay	10 582	10	Sud-Ouest
		Gisors	9 481	7	Nord-Est
		Verneuil-sur-Avre	6 446	5	Sud
		Pont-Audemer	8 975	7	Nord-Ouest
	Seine Maritime	Cany-Barville	3 349	1	Nord
	Eu	8 344	3	Nord	
	Neuchâtel-en-Bray	5 322	1	Nord-Est	
	Saint-Valery-en-Caux	4 595	1	Sud-Est	
<u>Picardie</u>	Aisne	Château-Thierry	15 312	7	Sud
		Hirson	10 173	3	Nord-Est
	Oise	Breteuil	3 879	1	Nord
		Crépy-en-Valois	13 222	4	Sud-Est
		Froissy	836	1	Sud
	Somme	Albert	10 010	2	Nord-Est
		Crécy-en-Ponthieu	1 491	1	Nord-Ouest
		Doullens	6 615	1	Nord
		Péronne	8 497	2	Nord-Est
	Royes	6 333	2	Sud-Est	
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	Givet	7 775	3	Nord
		Rethel	7 923	4	Sud-Ouest
		Revin	9 371	2	Nord
	Aube	Bar-sur-Aube	6 707	9	Est
		Romilly-sur-Seine	15 557	15	Nord-Ouest
	Marne	Saint-Hilaire-au-Temple	218	1	Centre
		Sainte Menehould	5 177	11	Nord-Est
	Haute Marne	Bourbonne-les-Bains	2 764	2	Sud
Domblain		89	1	Nord	
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	Avesnes-sur-Helpe	5 108	1	Sud-Est
		Cateau-Cambrésis	7 703	1	Sud-Est
		Fourmies	14 505	4	Sud-Est
		Sains-du-Nord	3 219	1	Sud-Est
		Wignehies	3 544	4	Sud_Est
		Pas de Calais	Saint-Pol-sur-Ternoise	5 215	14

(\* : situation géographique par rapport à chaque département )

Ce sont les seules communes situées dans le monde rural où des médecins spécialistes libéraux ont choisi de s'installer pour pratiquer leur médecine. La position souvent stratégique de ces installations, contribuent au développement, et surtout à la diversification des offres de soins en milieu rural. Artisan d'un rééquilibrage de l'accessibilité aux soins, ces installations de médecins spécialistes libéraux en milieu rural traduisent trois faits majeurs dans la France du Nord :

↳ La position marginale de communes liée à un homme, ou une spécialité rare : pour des raisons très diverses, des communes situées en milieu rural bénéficient de l'installation d'un médecin spécialiste.



↳ La position stratégique de certaines petites villes : la présence d'un certain nombre de spécialistes libéraux affirme la position stratégique de villes en milieu rural.

↳ La position de dépendance : la proximité de pôles urbains fortement pourvus annihile le développement des effectifs de certaines communes.

La faible présence de ces praticiens constitue ainsi une dynamique contraire à la logique de la concentration urbaine. Mais, l'une des originalités de la médecine spécialiste réside en une grande diversité, plus de 80 recensées dans le guide ADELI. Parmi les plus répandues, se trouvent les Gynécologues, les Ophtalmologues, les Radiologues, les Anesthésistes et les Dermatologues... Une pratique médicale diversifiée qui engendre l'existence de degrés de rareté très hétérogènes, à la base d'un agencement spatial des spécialistes libéraux spécifiques.

#### 1.2.2 - Quelles sont les disciplines spécialisées représentées dans le monde rural ?

Une approche plus fine de la distribution des spécialités médicales dans le monde rural permet de classer les communes concernées en deux catégories :

##### ① Les communes à encadrement médical spécialisé réduit :

Quelles soient positionnées à proximité des aires d'influence de pôles urbains, ou perdues en pleine campagne, ces communes ne disposent que de très faibles effectifs, souvent unitaires. Ces conditions particulières cachent cependant des situations géographiques très variables dans la nature des spécialités présentes. Elles concernent la présence de spécialités médicales courantes, dont la banalité exprime à la fois la proximité des pôles urbains ou leur éloignement. Spécialités médicales sans grandes exigences, et dont la souplesse permet des installations lâches, indépendantes.

**Tableau N° 32 : Spécialités médicales «banales» :**

RÉGIONS	Départements	Communes	Population	Pôles urbains proches	Spécialistes Libéraux par disciplines
<u>Haute Normandie</u>	Eure	Les Andelys	8 455	Val-de-Reuil	Ophthalmologue Radiologue
<u>Picardie</u>	Oise	Froissy	836	Beauvais	Pneumologue
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	Cateau-Cambrésis	7 703	Cambrai	Cardiologue

Par ailleurs, il est intéressant de souligner la présence de spécialités médicales plus rares, aux localisations géographiques similaires.

**Tableau N° 33 : Spécialités médicales «rares» :**

RÉGIONS	Départements	Communes	Population	Pôles urbains proches	Spécialistes Libéraux par disciplines
<u>Haute Normandie</u>	Seine Maritime	Cany-Barville	3 349	Fécamp	Stomatologie, Chirurgie maxillo-faciale
<u>Picardie</u>	Somme	Crécy-en-Ponthieu	1 491	Abbeville	Médecine aérospatiale

Mais l'intérêt de la médecine «experte» prend tout son sens dans l'affirmation du rôle joué par certaines villes, dont l'impact demeure considérable dans le maintien d'une vie rurale, et dans l'amélioration de l'accessibilité aux soins pour les communes éloignées des grands centres urbains.

**⊗ La petite ville médicalisée : un positionnement stratégique :**

L'histoire, les routes commerciales, la situation géographique, le hasard... ont contribué au développement de certaines villes, appelées petite ville dont l'identification passe par l'énumération d'un certain nombre de spécialités médicales.

Tableau N° 34 : Spécialités médicales et petite ville :

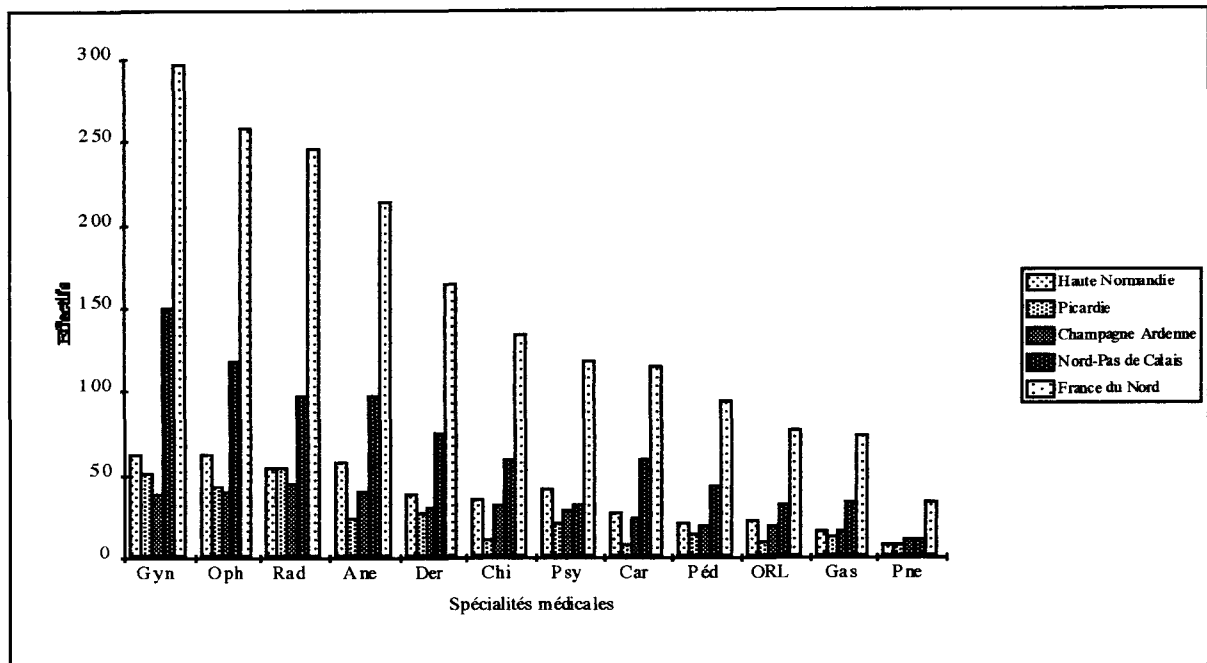
RÉGIONS	Départements	Communes	Population	Spécialités médicales													Totaux
				A n e	C a r	C h i	D e r	G y n	G a s	O p h	O r l	P é d	P n e	P s y	R a d	A u t	
Haute Normandie	Eure	Bernay	10 582	2	1	0	1	0	0	2	1	0	0	1	0	2	10
		Gisors	9 481	0	0	0	1	2	0	2	0	1	0	1	0	0	7
Pont-Audemer		8 975	0	0	0	1	1	0	2	0	1	0	0	1	0	7	
Verneuil-sur-Avre		6 446	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	5	
	Seine Maritime	Eu	8 344	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	
Picardie	Aisne	Château-Thierry	15 312	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	2	7
		Hirson	10 173	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
	Oise	Crepy-en-Valois	13 222	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	4
Champagne Ardenne	Ardennes	Givet	7 775	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	
		Rethel	7 923	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	4
	Aube	Bar-sur-Aube	6 707	2	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	2	1	9
		Romilly-sur-Seine	15 557	2	2	2	2	1	0	2	1	0	0	1	1	1	15
Nord-Pas de Calais	Nord	Fourmies	14 505	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	4	
		Wignehies	3 544	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
	Pas-de-Calais	Saint-Pol-sur-Ternoise	5 215	2	2	1	1	2	0	0	0	0	0	1	2	3	14

Sources : Fichier ADELI-SESI, 1990  
INSEE-RGP, 1990

Codes des spécialités médicales et totaux					
Code	Signification	Totaux	Code	Signification	Totaux
Ane	Anesthésiste-Réanimation	11	ORL	Oto-Rhino-Latynologie	3
Car	Cardiologie	6	Péd	Pédiatrie	2
Chi	Chirurgie générale	7	Pne	Pneumologie	0
Der	Dermatologie	9	Psy	Psychiatrie	5
Gyn	Gynécologie-Obstétrique	10	Rad	Radiologie-Diagnostic	11
Gas	Gastro-Entérologue	1	Aut	Autres spécialités	17
Oph	Ophthalmologie	16			

Ce tableau retrace l'ensemble des spécialités médicales constituant le tissu médical des petites villes ainsi définies. L'essentiel de ces pratiques concernent des secteurs classiques, parmi les plus répandues comme l'attestent le graphique 17. Par ailleurs, la présence régulière de la catégorie «autre» justifie une volonté d'étoffer le tissu médical présent, notamment par la présence de biologistes exerçant au sein de laboratoires d'analyses, et contribuant au renforcement du rôle des petites villes dans l'organisation du système de soins.

**Graphique N° 16 : Les principales spécialités médicales dans les régions de la France du Nord :**



Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

Le rôle stratégique des petites villes se confirme, permettant aux populations des espaces ruraux de bénéficier d'une accessibilité aux soins spécialisés dans l'ensemble correcte. En moyenne, plus de 61.00% de la population rurale de la France du Nord se situent entre 14.00 et 21.00 kilomètres d'un spécialiste libéral courant. Mais chaque région dispose d'une morphologie propre qui influe fortement sur la qualité de l'accessibilité aux soins spécialisés.

Région de caractère fortement urbanisé, le Nord-Pas de Calais offre une accessibilité aux soins spécialisés remarquable, 90.80% de la population qualifiée de rurale se situe entre 14.00 et 21.00 kilomètres d'un spécialiste libéral. De façon moindre, suit la Haute Normandie où 72.41% de la population rurale se trouve dans la même situation. La Picardie et la Champagne Ardenne, de tradition plus agricole, aux réseaux urbains moins denses, à l'encadrement médical plus réduit... offrent des conditions d'accessibilité aux soins spécialisés plus difficiles. En effet, 61.26% de la population rurale picarde se situe dans les créneaux métriques précédents, alors que seule 36.92% de la population rurale champardennaise est concernée.

L'accessibilité aux soins en milieu rural dépend presque exclusivement de la médecine libérale. Qu'il soit spécialiste et surtout généraliste, le mode libéral est

le seul permettant des installations libres. Hors, il est intéressant de voir si d'autres modes d'exercices, notamment les modes mixtes, sont capables de participer à l'enrichissement du tissu médical en milieu rural.

### C - ACTIVITÉ MÉDICALE MIXTE : UNE MÉDECINE DE COMPLÉMENT ?

Différents profils de carrières professionnelles sont proposés aux jeunes médecins en quête d'installation, ou à d'autres soucieux d'une amélioration de leur situation professionnelle. Parmi ces possibilités, figure le mode «activité mixte, libérale ou salariée», mode d'exercice retenu dont la vocation libérale prédispose une plus grande facilité et liberté dans le choix des installations.

#### 1. - L'activité médicale généraliste, libérale, mixte, avec ou sans activité hospitalière dans la France du Nord :

##### 1.1 - Les tendances générales :

Les installations de médecins généralistes, à vocation mixtes (libérales et salariées) contribuent à l'étoffement du tissu médical local. En effet, «nombreuses» sont les installations apparues sur des territoires communaux, notamment sur des territoires, à l'origine vierge.

Tableau N° 35 : Les Médecins Généralistes à vocation professionnelle  
mixte, libérale et salariée dans la France du Nord (en %) :

RÉGIONS	Départements	31*	32**
Haute Normandie	Eure	76.92	23.08
	S.Maritime	61.90	38.10
	Région	62.87	37.13
Picardie	Aisne	35.48	64.52
	Oise	61.29	38.71
	Somme	69.23	30.77
	Région	51.84	48.16
France du Nord		51.50	48.50

RÉGIONS	Départements	31*	32**
Nord-Pas de Calais	Nord	42.72	57.28
	Pas-de-Calais	40.55	59.45
	Région	41.95	58.05
Champagne Ardenne	Ardennes	73.68	26.32
	Aube	56.76	43.24
	Marne	61.54	38.46
	Hte Marne	82.50	17.50

Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

31\* : Activité libérale avec activité hospitalière

32\*\* : Activité libérale sans activité hospitalière

L'étoffement supposé du tissu médical, notamment en milieu rural cache cependant des réalités tout à fait différentes. En effet, à l'échelle de la France du Nord, on assiste à une équité presque parfaite entre les médecins salariés et non salariés, ce qui traduit une répartition plus libre des médecins sur le territoire,

sachant que l'existence d'un équipement hospitalier quelconque n'intervient que pour 50.00% des installations. Toutefois, la situation varie fortement en fonction des régions, de la densité du tissu médical, de la carte hospitalière, et sont à l'origine de trois types de situation :

① Dépendance de la carte hospitalière :

Les régions de Haute Normandie et de Champagne Ardenne s'inscrivent dans ce contexte particulier où l'organisation spatiale des équipements hospitaliers influe sur les installations de médecins généralistes à mode d'exercice mixte. Le mode libéral avec activité hospitalière est ainsi le plus répandu, contribuant à freiner l'étoffement du tissu médical existant, mais favorisant le renforcement des pôles de concentration, satellisés notamment par des structures hospitalières.

② Situation égalitaire :

Bien que présentant des oppositions départementales, la région de Picardie affiche une situation égalitaire, entre les types de mode, avec cependant un léger avantage pour le domaine hospitalier.

③ Prépondérance du secteur libéral :

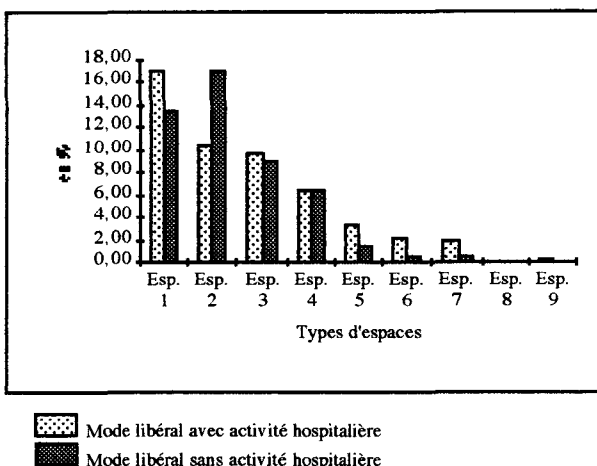
La région Nord-Pas de Calais contribue à l'extension de la couverture médicale, avec une prépondérance des médecins généralistes sans activité hospitalière, prédisposant à une plus grande hétérogénéité des profils professionnels.

Ces situations variables demeurent fortement influencées par l'existence d'un élément fédérateur : un équipement hospitalier, capable d'influencer, d'attirer les nouvelles installations de médecins. Mais dans quel contexte s'inscrit le monde rural, déjà «exclu» de la carte hospitalière ?

1.2 - Conséquences du mode d'exercice mixte sur l'accessibilité aux soins en milieu rural :

Le constat confirme une prédominance des espaces urbains dans le choix des installations des médecins généralistes à vocation mixte. La prédominance du mode libéral avec activité hospitalière en est la résultante.

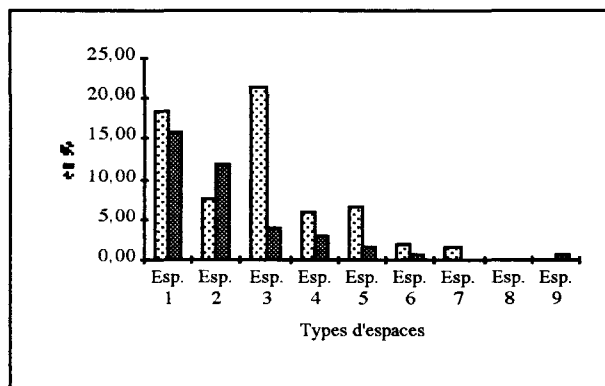
**Graphique N° 17 : Les Médecins Généralistes Libéraux, à exercice mixte, avec et sans activité hospitalière dans la France du Nord:**



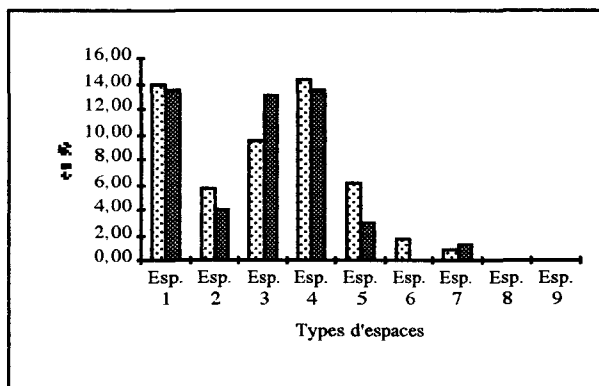
Plus le phénomène de ruralisation s'accroît, plus le nombre d'installations de généralistes en mode mixte diminue. La concordance spatiale est saillante entre ces installations de généralistes et l'organisation de la carte hospitalière. Cependant chaque région bénéficie d'une couverture médicale propre, conduisant à des phénomènes de réactions spatiales différentes.

**Graphique N° 18 : Les Médecins Généralistes Libéraux, à exercice mixte, avec et sans activité hospitalière par région :**

18.a : Haute Normandie

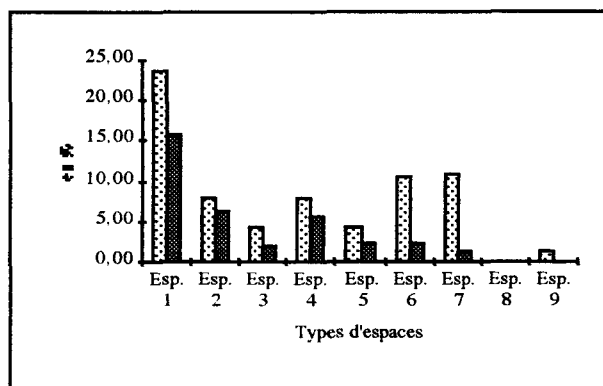
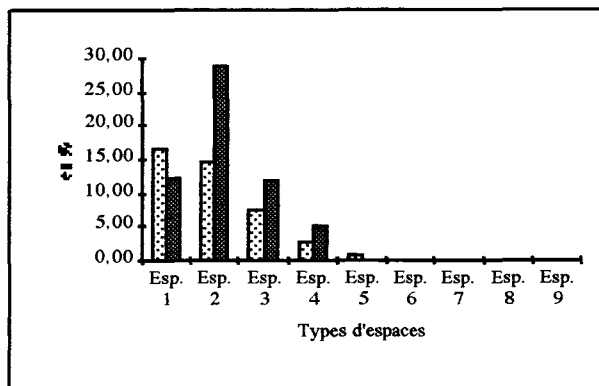


18.b : Picardie



Mode libéral avec activité hospitalière
  Mode libéral sans activité hospitalière

Source : Fichier ADEL-SESI, 1990

18.c : Champagne Ardenne18.d : Nord-Pas de Calais

Mode libéral avec activité hospitalière

Mode libéral sans activité hospitalière

Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

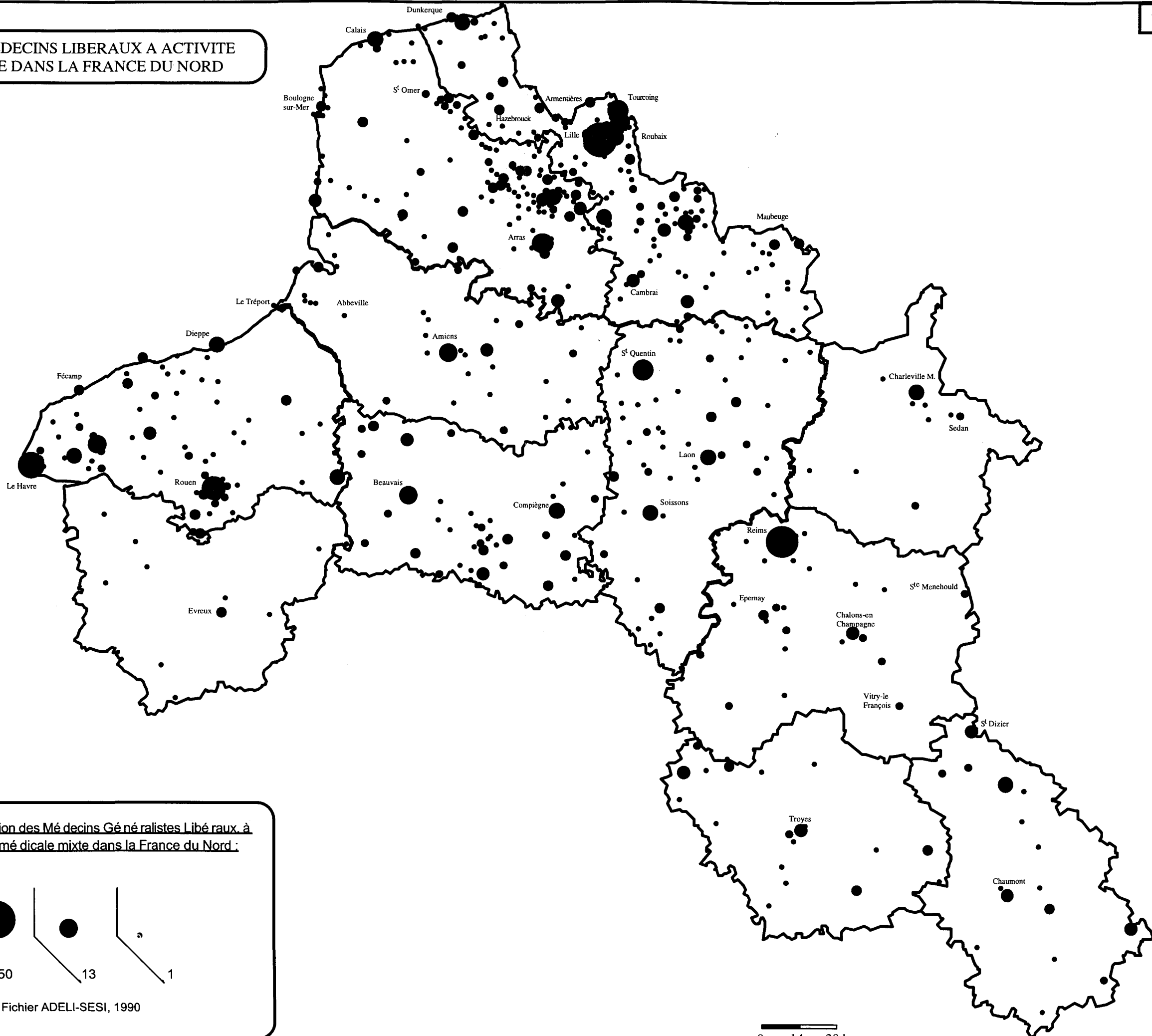
L'intensité du développement urbain contribue à une diffusion plus ou moins forte des installations de médecins généralistes à vocation mixte (Carte N° 63).

La région Nord-Pas de Calais, région qualifiée de région urbaine confirme la prédominance des espaces urbains, espaces privilégiés pour les nouvelles installations. Elles se déroulent principalement dans les espaces périphériques, avec une préférence pour le mode libéral sans activité hospitalière. Les espaces ruraux, marginaux demeurent très faiblement concernés. L'essentiel des installations de généralistes à vocation mixte viennent renforcer un potentiel déjà existant, ne contribuant pas ainsi à une extension potentielle de la couverture médicale, mais au renforcement de pôles existants.

Seules 10 communes rurales, réparties équitablement entre les deux départements, dépourvues d'un tissu médical initial, voient l'arrivée de médecins généralistes à vocation mixte, pour un total de 11 praticiens ( 5 × 31 ; 6 × 32 ). Une situation presque égale confirme la faible interdépendance entre ces installations et l'existence d'un équipement particulier. Dans le cas de la région Nord-Pas de Calais, les médecins généralistes à vocation mixte n'influent que très faiblement sur l'accessibilité aux soins, ne jouant un rôle que très secondaire.



LES MEDECINS LIBERAUX A ACTIVITE MIXTE DANS LA FRANCE DU NORD



Répartition des Médecins Généralistes Libéraux à activité médicale mixte dans la France du Nord :

Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

0 14 28 kms

La Picardie présente un profil similaire avec cependant une légère intensité. En effet, 13 communes sont nouvellement pourvues pour un total de 19 praticiens ( 8 × 31 ; 11 × 32 ). Deux départements, la Somme et l'Aisne profitent principalement de ces nouvelles installations, avec cependant un comportement différent. Quant au département de l'Oise, sa situation particulière se confirme par la quasi absence de ce type de mode d'exercice. Le département de la Somme voit l'installation de médecins à vocation mixte, avec activité hospitalière, sites nouveaux dépendant de l'existence d'une structure adéquate pour les employer, principalement dans la partie Ouest du département, à proximité d'hôpitaux locaux. Le département de l'Aisne, notamment dans sa partie Nord offre un profil différent. L'essentiel des généralistes installés sont indépendants de structures hospitalières préexistantes et contribuent pleinement à l'amélioration de la couverture médicale dans ce département.

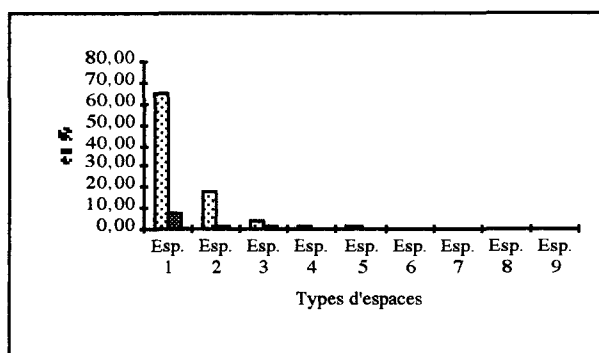
Les installations de médecins généralistes libéraux à vocation mixte en Haute Normandie et en Champagne Ardenne ne contribuent pas à l'extension de la couverture médicale des populations, notamment en milieu rural. En effet, l'essentiel des installations concernent le mode libéral avec activité hospitalière, soit une forte relation de proximité avec des communes pourvues d'équipements hospitaliers, et dont l'encadrement général demeure déjà propice.



L'accessibilité aux soins élémentaires s'améliore grâce à des modes d'exercice plus souples, mais qu'en est-il pour une médecine plus «experte», dont l'accessibilité équitable souffre d'une organisation polarisée et urbaine ?

## 2. - Spécialisation médicale et structure hospitalière: une relation persistante :

Le constat global réside en une surreprésentation du mode libéral avec activité hospitalière, préfigurant une interdépendance spatiale très étroite entre les spécialistes à vocation mixtes et la carte hospitalière. Il concerne 89.60% des médecins spécialistes exerçant en mode mixte.

**Graphique N° 19 : Les Médecins Spécialistes Libéraux, à exercice mixte dans la France du Nord :**

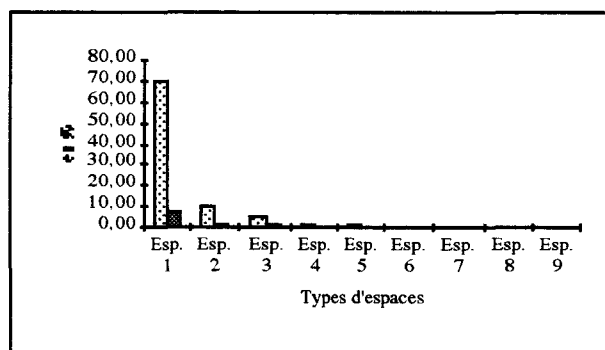


 Mode libéral avec activité hospitalière  
 Mode libéral sans activité hospitalière

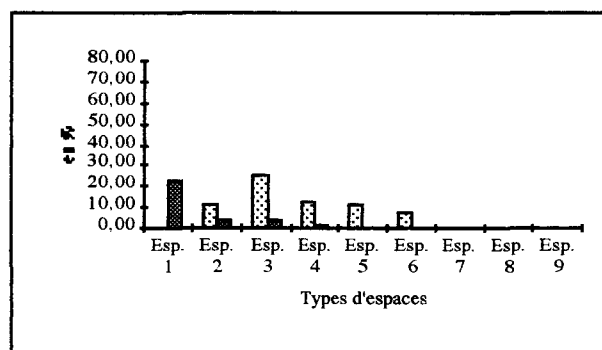
La conséquence spatiale se traduit par une relation d'interdépendance étroite entre ce mode d'exercice et l'agencement des structures hospitalières.

**Graphique N° 20 : Les Médecins Spécialistes Libéraux, à exercice mixte dans les différentes régions d'étude :**

20.a : Haute Normandie

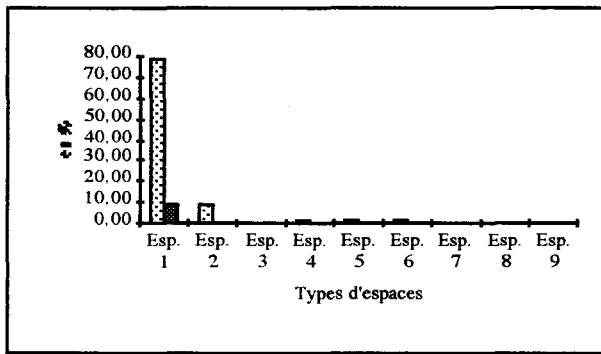
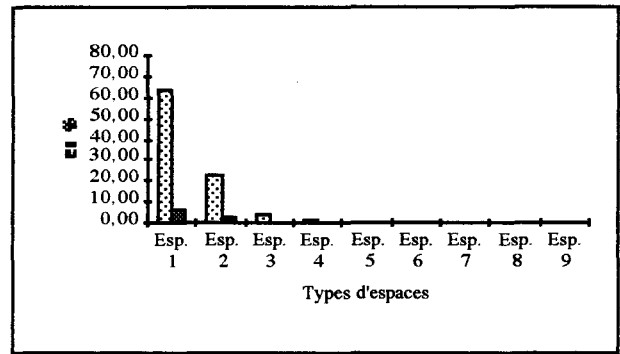


20.b : Picardie



 Mode libéral avec activité hospitalière  
 Mode libéral sans activité hospitalière

Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

20.c : Champagne Ardenne20.d : Nord-Pas de Calais

▨ Mode libéral avec activité hospitalière

■ Mode libéral sans activité hospitalière

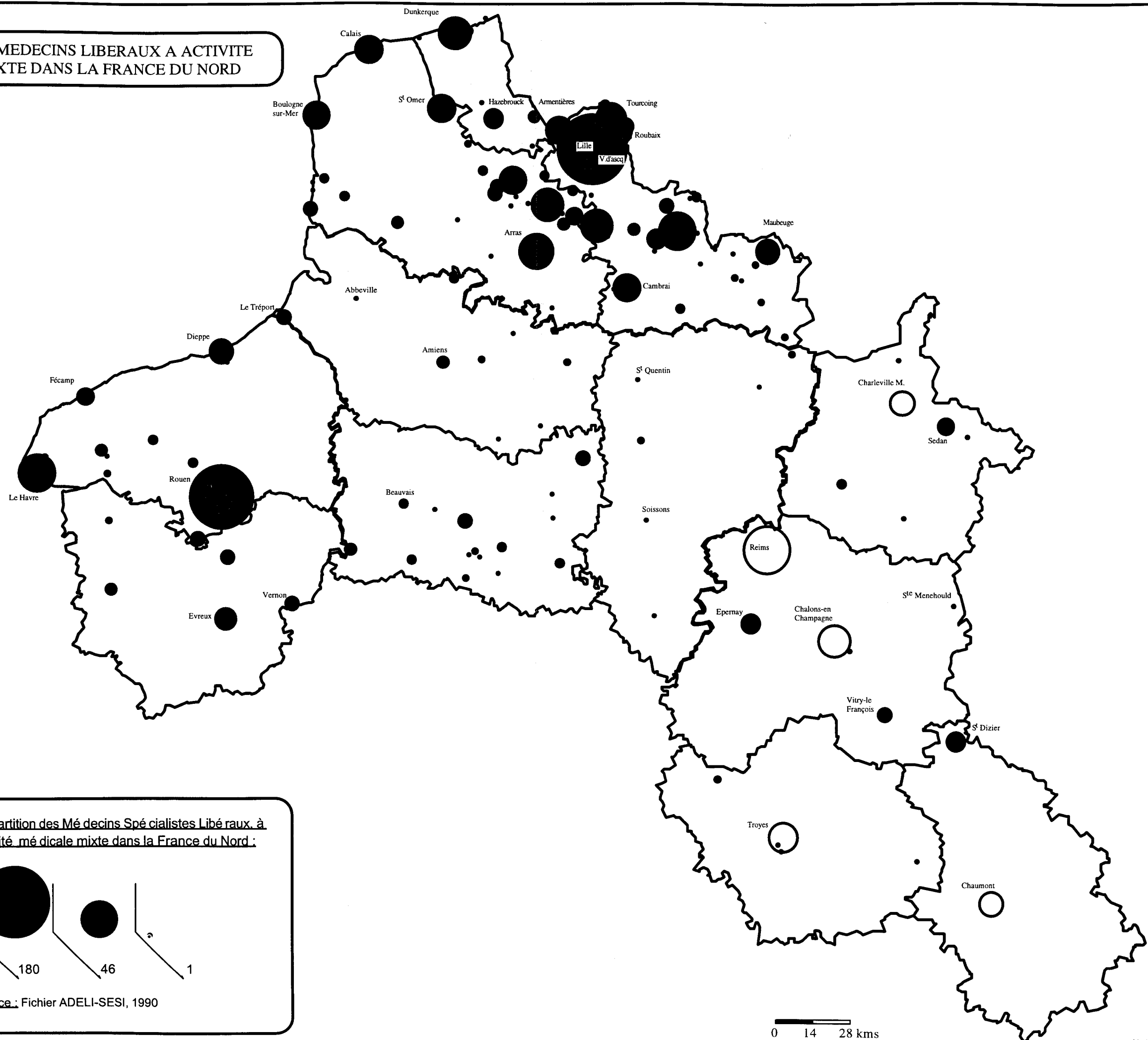
Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

Le profil professionnel dominé par l'activité hospitalière se généralise pour l'ensemble des régions, où en moyenne plus de 90.00% des spécialistes libéraux, à exercice mixte, pratiquent une activité hospitalière. Seule la Picardie s'individualise de cet ensemble, disposant d'un taux plus réduit, égal à 69.30%, mais le profil général demeure respecté.

Concrètement (Carte N° 64), très peu de communes, notamment dans les espaces ruraux, ont bénéficié de nouvelles installations de médecins spécialistes. Au total, 1684 médecins spécialistes pratiquent ce mode d'exercice, moins de 3.50% d'entre-eux, l'exercent au sein d'espaces ruraux.

Les espaces urbains sont de nouveaux le site d'attraction privilégié, dont l'empreinte marque fortement l'ensemble des installations. Ces médecins spécialistes confirment le rôle décisif joué par les villes dans l'organisation spatiale des soins spécialisés. Par ailleurs, ces installations confirment également les positions privilégiées de certaines communes rurales, dont les effectifs grossissent faiblement.

LES MEDECINS LIBERAUX A ACTIVITE MIXTE DANS LA FRANCE DU NORD



Répartition des Médecins Spécialistes Libéraux à activité médicale mixte dans la France du Nord :

Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

0 14 28 kms

En fait, les nouveaux sites d'implantation au sein des espaces ruraux sont très réduits, on en compte 8 au total pour un ensemble de 9 praticiens.

**Tableau N° 36 : Évolution des effectifs en médecins Spécialistes Libéraux, à exercice mixte dans le monde rural :**

RÉGIONS	Départements	31	32
Haute Normandie	Eure	0	0
	S.Maritime	0	1
Picardie	Aisne	1	0
	Oise	0	0
	Somme	3	0

RÉGIONS	Départements	31	32
Nord-Pas de Calais	Nord	1	0
	Pas-de-Calais	2	0
Champagne Ardenne	Ardennes	1	0
	Aube	0	0
	Marne	0	0
	Hte Marne	0	0

Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

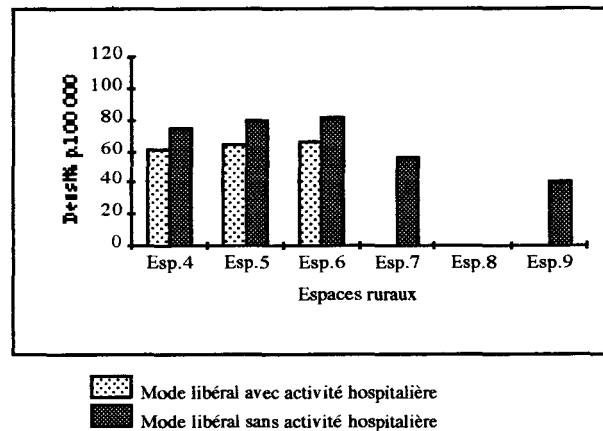
Les disciplines exercées par ces médecins spécialistes concernent principalement le domaine de la gynécologie-obstétrique (4 praticiens), puis la cardiologie (2 praticiens), un dermatologue et un psychiatre, (la discipline d'un des praticiens n'est pas mentionnée dans le fichier ADELI).

Concernant la localisation géographique de ces spécialistes, elle est de nouveau dépendante spatialement de la proximité d'une structure hospitalière. Tous ces nouveaux sites se situent à proximité immédiate d'un hôpital, d'un centre hospitalier, d'une clinique...

**D - L'accessibilité aux soins libéraux : le constat global : une médecine généraliste actrice d'un rééquilibrage du tissu médical :**

L'attraction urbaine n'étant plus à démontrer, seuls les espaces qualifiés de ruraux ont été retenus. En effet, l'implantation de médecins généralistes libéraux, à vocation mixte, en milieu urbain, n'a que très peu d'incidence sur des situations déjà très favorables. L'intérêt repose sur la recherche des conséquences de la combinaison du mode libéral exclusif et du mode libéral mixte sur l'accessibilité aux soins généralistes.

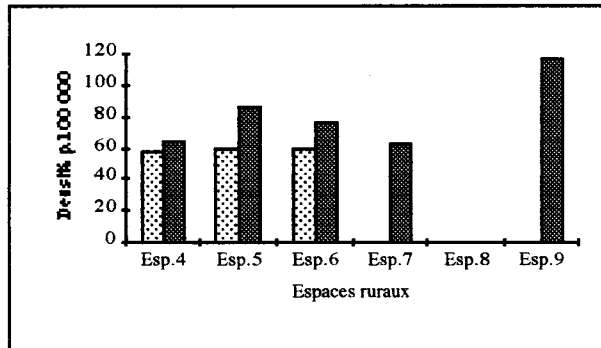
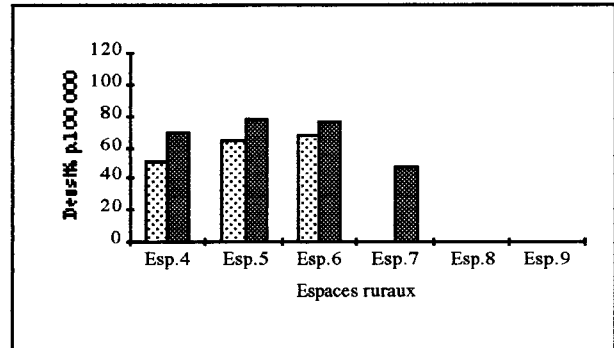
**Graphique N° 21 : Conséquences de l'implantation de Médecins Généralistes Libéraux, à vocation mixte sur les densités en milieu rural, dans la France du Nord :**



Contrairement aux espaces urbains, l'installation de médecins généralistes en mode libéral mixte en milieu rural participe «pleinement» à la densification de la couverture médicale. Bien que ces installations soient fortement commandées par l'existence d'un équipement hospitalier, elles contribuent au développement des effectifs de médecins généralistes à travers le territoire.

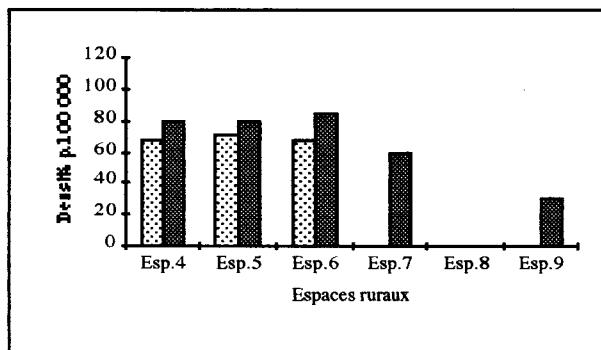
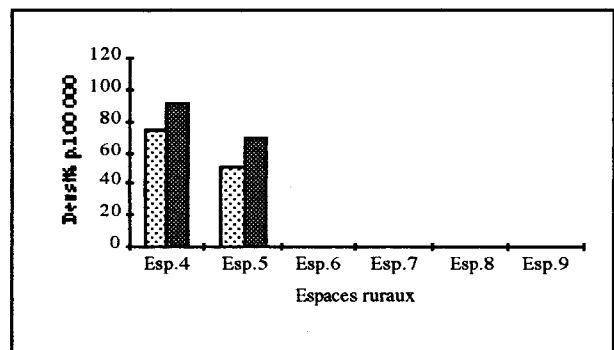
L'amélioration de l'accessibilité aux soins en milieu rural passe donc par une politique de concentration des effectifs plutôt qu'une politique de diffusion. Seul le mode libéral exclusif répond à une volonté d'extension, de diffusion de la médecine généraliste sur les territoires. La juxtaposition de différents modes d'exercice à connotation libérale ne provoque pas de changement profond dans l'accessibilité aux soins, sachant que les modes mixtes dépendent spatialement de l'existence au préalable de structures hospitalières. Le véritable signe d'évolution de l'accessibilité aux soins consiste en l'apparition de médecins généralistes libéraux, mixtes dans des espaces jusque là dépourvus de médecine libérale, notamment au sein des espaces ruraux les plus éloignés, mais ils n'en demeurent pas moins marginaux. Par ailleurs, la dépendance hospitalo-spatiale soulève la question de savoir qu'elle aurait été la destination de ces médecins s'il n'existait pas ces structures d'accueil initiales.

**Graphique N° 22 : Conséquences de l'implantation de Médecins Généralistes Libéraux, à vocation mixte sur les densités en milieu rural, dans les différentes régions d'étude :**

22.a : Haute Normandie22.b : Picardie

Mode libéral avec activité hospitalière

Mode libéral sans activité hospitalière

22.c : Champagne Ardenne22.d : Nord-Pas de Calais

Source : Fichier ADELI-SESI, 1990

Chaque région de la France du Nord témoigne de ces tendances, et des conséquences directes du mode d'exercice libéral, mixte sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins.

En dehors de la région Nord-Pas de Calais, où les espaces ruraux ne sont que très peu éloignés des espaces urbains, chaque région bénéficie d'une pénétration de la médecine libérale au sein des espaces les plus éloignés. À l'amélioration des densités existantes, on assiste à un phénomène de «diffusion commandée» de la médecine libérale, dont le mode mixte permet une plus grande souplesse d'installation, et offre aux médecins la possibilité de pallier les difficultés par la pratique d'une autre activité, sans pour autant se détacher de structures adéquates, indispensables à la particularité de leur mode mixte.



L'accessibilité aux soins dans les espaces ruraux s'articule autour de trois facteurs élémentaires, indispensables à l'existence d'un tissu médical :

① La petite ville : de par sa localisation privilégiée, ses équipements, ses effectifs, elle joue un rôle stratégique dans l'accessibilité aux soins notamment pour les soins plus spécialisés.

② L'homme : médecin de famille ou médecin de campagne, son choix délibéré est de pratiquer une médecine différente au sein d'espaces différents.

③ Mode mixte : il contribue à la densification, voire parfois à la diffusion de la médecine au sein d'espaces reculés, sans pour autant se détacher dans la plupart des cas de l'existence initiale de structures d'accueil hospitalières.

## Conclusion :

L'offre de soins dans la France du Nord, qu'elle soit sous forme ponctuelle simple ou double, linéaire, en masse... traduit avant tout une adaptation spatiale de l'offre à la demande, et donc essentiellement à la trame du peuplement. La ville, sous toutes ses formes, ou plus exactement les zones urbanisées sont à la base de l'édification du paysage médical de la France du Nord. L'analyse des composantes de l'offre de soins révèle ainsi l'existence d'un système très hiérarchisé, reposant sur un encadrement médical ordonné des zones urbaines, accompagné de structures hospitalières concordantes. Ce constat actualise l'existence d'un système de soins dual, et donc d'une accessibilité différentielle aux soins, dépendante des situations géographiques.

Il oppose un système de soins urbain, reposant sur une logique d'accompagnement du phénomène urbain dans le temps et dans l'espace. La manifestation essentielle se traduit par un phénomène de concentration, d'agglutination sur des sites existants. L'attraction urbaine ne cesse de se poursuivre, aboutissant à l'édification paradoxale de sites surmédicalisés, suréquipés aux composantes sans cesse régénérées. À contrario, subsiste un système de soins «rural» dont la conception repose essentiellement sur deux bases : la petite ville isolée en milieu rural et le médecin de campagne. La première introduit un accès limité aux soins spécialisés et hospitaliers, la seconde participe activement à la diffusion des soins dans les zones les plus acculées des territoires, grâce notamment au secteur libéral.

En effet, le libéralisme médical se détermine en tant que composante essentielle, en théorie, d'une accessibilité aux soins universelle sur l'ensemble des territoires. La proximité des populations, les soins de premiers recours, une liberté totale d'installation, l'enracinement régional... prédisposent les conditions nécessaires pour assurer l'équidistribution de l'offre de soins. Il s'affirme ainsi en tant que composante essentielle du système de soins «rural». De la petite ville où se manifeste un semblant d'abondance (médecins généralistes, spécialistes «de base», hôpital de campagne) à la commune rurale, terrain de prédilection du médecin de campagne, le système de soins rural s'organise et se structure en fonction de ses possibilités. L'accessibilité aux soins dans le monde rural dépend essentiellement de ces deux structures élémentaires, lesquelles parfois bénéficient de modes d'exercice mixtes, participant aux mouvements de diffusion des soins essentiellement de proximité. C'est principalement en terme d'accès aux soins spécialisés et hospitaliers que le système de soins faillit.

Toutefois, des limites liées notamment aux caractéristiques du peuplement s'imposent au libéralisme médical.

La dispersion du peuplement, les sites faiblement peuplés, l'allongement des distances, l'éloignement... renforcent l'isolement de certaines parties du territoire, toutefois marginales. Néanmoins, en dehors des différents cas de figures cités subsiste dans la France du Nord, un certain nombre de communes dont la seule «particularité» est d'être éloignée de tout. Leur position géographique les éloigne naturellement du système de soins urbain, mais également du système de soins rural. Quelles sont les conditions générales de ces territoires ? Quelles sont leurs conditions d'accès aux soins ? Comment ces territoires sont-ils insérés dans le système de soins global ? Comment se pratiquent l'accessibilité aux soins au sein de ces territoires ? Quelles sont les formes d'adaptation spatiale à ces conditions extrêmes ?

TROISIEME CHAPITRE : RÉALITÉ DES  
COMMUNES LES PLUS ÉLOIGNÉES DES  
STRUCTURES MÉDICALES :

## Introduction :

À la veille de l'an 2000, dans un contexte incessant de communications à grande échelle, demeurent des portions de territoire éloignées, isolées et animées par quelques âmes. Comment ces personnes attachées à leurs racines, voire «enchaînées», parviennent à subvenir aux différents besoins quotidiens, banaux, sachant qu'ils sont éloignés de tout. Par ailleurs dans quelle mesure ces personnes ont accès aux soins dans un système régi essentiellement par la présence de la ville. En effet, l'isolement de ces communes leur confèrent une position particulière voire originale, dans le sens où l'isolement se manifeste par une «exclusion» généralisée des systèmes de soins, urbain et rural. La méthode adoptée pour une approche détaillée des communes les plus éloignées des structures de soins repose sur un travail d'enquêtes comprenant trois phases.

La première phase consiste à dresser un inventaire général des communes concernées. Les structures démographiques des populations sont ainsi abordées. Elles reposent sur l'identification des populations, les tranches d'âge, les professions exercées... Par ailleurs, elle consiste à effectuer également l'inventaire de quelques équipements présents ou non au sein de la commune. Cette première étape permet notamment de préciser l'encadrement général des communes les plus éloignées des structures soignantes.

La seconde phase s'appuie essentiellement sur les critères liés aux conditions d'accès aux soins. La méthode porte sur un nouvel inventaire des différents équipements ou acteurs de santé présents ou non sur le territoire de la commune. Mais elle propose également un aperçu des différents comportements des personnes vis à vis de leur santé. Combien de fois par an consultent-ils un médecin généraliste, un médecin spécialiste ? Depuis combien d'années sont-ils suivis par le même médecin ? Ont-ils été amenés à changer de médecins ? Comment l'éloignement aux soins est-il contrecarré ? L'accès aux soins se fait-il plus fréquemment à domicile ou au cabinet médical ? ...

La troisième phase cherche à répondre aux problèmes de fond soulevés par les résultats des deux phases précédentes. En effet, les conditions extrêmes rencontrées au sein de ces communes suscitent une adaptation particulière. Par ailleurs, la non présence d'un équipement au sein de la commune ne signifie pas qu'il ne soit pas présent sur une commune très proche. Ainsi, dans la mesure où la question le permettait, il était demandé à chaque personne enquêtée, de préciser le nom de la commune vers laquelle elle se

dirigeait si jamais l'équipement en question n'était pas présent dans la commune. L'étape finale consiste donc à retracer l'itinéraire des personnes en fonction de leurs besoins, et de proposer une délimitation de quelques «bassins de vie locaux». Comment ces communes s'insèrent-elles dans le cadre global des régions ? Comment leur espace de vie s'organise t 'il ? Quelles sont les caractéristiques spatiales de ces communes ? Quelles sont les conditions générales d'accès aux soins ? Comment l'accessibilité aux soins dans ces territoires est-elle organisée ? Par quelle mesure l'éloignement aux structures soignantes est-il pallié ?

# I - PRÉSENTATION DU CADRE GÉNÉRAL DE L'ENQUÊTE POPULATION - MAIRE :

## A - CHOIX ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE :

### 1. - Quel type de population retenu ?

La sélection, bien qu'arbitraire consiste à enquêter les populations rencontrées au hasard au sein de communes dont le choix est déterminé par une base métrique, à savoir toute commune se situant à plus de 8.00 kilomètres d'un site d'offre de soins, dans ce cas un médecin généraliste libéral.

### 2. - Le déroulement de l'enquête et ses difficultés :

#### 2.1 - La première phase d'investigation :

Le critère de sélection ayant conduit à un faible nombre de communes, toutes devaient être enquêtées. Toutefois, la nature même de ces communes a posé problème. L'éloignement de structures soignantes se traduit par un profil caractéristique des communes visitées :

- \_ Population très faible
- \_ Village sans vie apparente
- \_ Population à dominante agricole
- \_ Village rue
- \_ Mairie et école dans le même bâtiment...

Les investigations menées dans les différents villages ont conduit à un constat de semi-échec, sachant qu'il est nécessaire de parcourir des kilomètres pour rencontrer une personne, souvent un agriculteur au travail, qui n'a pas le temps de vous prêter quelques instants, ou le cas de retraités aux mœurs urbaines trop prononcées. Devant la faiblesse de la population, un revirement technique s'est avéré nécessaire : l'enquête par courrier (Annexe N° 9) selon le principe des enquêtes de PIATIER <sup>6</sup>, sans pour autant égaler l'ampleur de celles-ci.

---

(6) Piatier A., 1979 : radioscopie des communes de France - ruralité et relations villes-campagnes - Une recherche pour l'action - ECONOMICA.

## 2.2 - Les enquêtes de type PIATIER :

Le principe est ainsi d'adresser l'enquête par courrier à l'ensemble des maires des différentes communes retenues afin d'avoir l'avis d'une personne confrontée chaque jour aux difficultés liées à sa situation géographique. La seule nuance par rapport aux enquêtes de PIATIER consiste dans la mise à l'écart des instituteurs. 81 envois ont été effectués auprès des institutions locales, 46 ont répondu, soit un taux de réponse de près de 57.00 %.

### B - QUELLES INFORMATIONS RETENIR ?

#### 1. - Aspects de la population rurale dans la France du Nord :

Tableau N° 37 : Age moyen du chef de famille et du conjoint :

RÉGIONS	Départements	Age moyen Chef de famille	Age moyen Conjoint
<u>Haute Normandie</u>	Eure	45 ans	47 ans
	Seine Maritime	50 ans	50 ans
<u>Picardie</u>	Aisne	56 ans	54 ans
	Oise	63 ans	60 ans
	Somme	43 ans	42 ans
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	67 ans	55 ans
	Aube	56 ans	55 ans
	Marne	55 ans	48 ans
	Haute Marne	51 ans	53 ans
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	75 ans	75 ans
	Pas de Calais	64 ans	56 ans
<u>France du Nord</u>		55 ans	53 ans

Constat global, le vieillissement de la population est une donnée du schéma classique qui touche le monde rural. À l'échelle de la France du Nord, le vieillissement demeure peu prononcé, avec des âges moyens de 55 ans pour le chef de famille et 53 ans pour son conjoint. Toutefois, des départements tels que le Nord, les Ardennes, le Pas de Calais et l'Oise accusent un vieillissement plus prononcé du chef de famille, l'âge moyen étant de 67 ans.



**Tableau N° 38 : Les catégories socioprofessionnelles des chefs de famille :**

RÉGIONS	Départements	Profession du chef de famille								Totaux
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Haute Normandie	Eure	50.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100%
	Seine Maritime	28.57	14.29	0.00	14.29	14.29	14.29	14.29	0.00	„
	Région	33.33	22.22	0.00	11.11	11.11	11.11	11.11	0.00	„
Picardie	Aisne	44.44	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	22.22	0.00	„
	Oise	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	„
	Somme	50.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	„
	Région	38.46	7.69	0.00	0.00	0.00	0.00	53.85	0.00	„
Champagne Ardenne	Ardennes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	„
	Aube	40.00	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	40.00	0.00	„
	Marne	55.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	11.11	„
	Haute Marne	20.00	0.00	20.00	40.00	20.00	0.00	0.00	0.00	„
	Région	40.00	0.00	5.00	15.00	5.00	0.00	30.00	5.00	„
Nord-Pas de Calais	Nord	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	„
	Pas de Calais	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	66.67	0.00	„
	Région	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	75.00	0.00	„
France du Nord		36.96	10.87	2.17	8.70	4.35	2.17	32.61	2.17	„

Monomenclature	
1	Agriculteurs
2	Artisans Commerçants
3	Ouvriers
4	Employés
5	Cadres
6	Aucune
7	Retraités
8	Inactifs

Concernant les structures socioprofessionnelles des populations enquêtées, ce sont les agriculteurs (37.00%) et les retraités (32.60%) qui sont les plus représentées. Ce profil se répète à l'identique dans l'ensemble des régions. Concernant le conjoint, le faible taux de réponses ne permet pas de dresser un tableau complet. Cependant, il est possible de préciser l'importance de la vie familiale, car plus de 80.00% des enquêtés sont mariés.

Une population rurale vieillissante, composée majoritairement d'agriculteurs et de retraités compose une image désormais classique des espaces ruraux. Mais qu'en est-il de l'organisation matérielle de leur existence ?

2. - Transports et déplacements :Tableau N° 39 : Disposez-vous d'un moyen de locomotion ?

RÉGIONS	Départements	oui	non	Totaux	Déplacement moyen de la résidence (kms)
<u>Haute Normandie</u>	Eure	100.00	0.00	100%	20
	Seine Maritime	100.00	0.00	„	94
	Région	0.00	0.00	„	57
<u>Picardie</u>	Aisne	100.00	0.00	„	29
	Oise	100.00	0.00	„	32
	Somme	100.00	0.00	„	13
	Région	0.00	0.00	„	25
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	100.00	0.00	„	100
	Aube	100.00	0.00	„	68
	Marne	88.89	11.11	„	20
	Haute Marne	100.00	0.00	„	42
	Région	0.00	0.00	„	57
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	100.00	0.00	„	25
	Pas de Calais	100.00	0.00	„	195
	Région	0.00	0.00	„	110
<u>France du Nord</u>		97.83	2.17	„	58 kms

En dehors d'une réponse non fournie, et de la faiblesse de la population, l'ensemble des déplacements effectués, par l'intermédiaire de la voiture qui équipe 98.00% des personnes enquêtées, se font dans un rayon relativement important : 54 kilomètres en moyenne.

Par ailleurs, dans les départements où la part des agriculteurs est plus importante, notamment dans l'Aisne et la Marne, les déplacements effectués sont plus faibles. Mais l'intérêt des distances traduit avant tout des types de comportements géographiques, à la base de flux suscités par les besoins, qui seront analysés et cartographiés plus en détail en aval.

### 3. - Équipements des communes :

#### 3.1 - Les activités commerciales :

Le listing de base comprend 13 types d'activités commerciales différentes afin de toucher un ensemble vaste de secteurs.

Liste des équipements proposés	
Boulangerie	Mag. de chaussures
Boucherie	Droguerie
Epicerie	Librairie
Café / Tabac	Electroménagers
Supermarché	Mag. vélo, cyclom.
Grande surface	Station service
Mag. de vêtements	

À la sortie de l'enquête, 5 secteurs sont présents sur les territoires communaux.

**Tableau N° 40 : Inventaire communal en équipements de commerce :**

RÉGIONS	Départements	Boulangerie		Boucherie		Epicerie		Café/Tabac		Super Marché		Station service	
		oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
Haute Normandie	Eure	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	50.00	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00
	Seine Maritime	42.86	57.14	28.57	71.43	42.86	57.14	57.14	42.86	0.00	100.00	0.00	100.00
	Région	44.44	55.56	33.33	66.67	44.44	55.56	44.44	55.56	0.00	100.00	0.00	100.00
Picardie	Aisne	16.67	83.33	0.00	100.00	16.67	83.33	50.00	50.00	16.67	83.33	16.67	83.33
	Oise	40.00	60.00	20.00	80.00	40.00	60.00	20.00	80.00	0.00	100.00	0.00	100.00
	Somme	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00
	Région	23.08	76.92	7.69	92.31	23.08	76.92	30.77	69.23	7.69	92.31	7.69	92.31
Champagne	Ardennes	100.00	0.00	0.00	100.00	100.00	0.00	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00	100.00
Ardenne	Aube	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00	20.00	80.00	0.00	100.00	0.00	100.00
	Marne	11.11	88.89	11.11	88.89	11.11	88.89	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00
	Haute Marne	40.00	60.00	0.00	100.00	20.00	80.00	40.00	60.00	0.00	100.00	0.00	100.00
	Région	20.00	80.00	5.00	95.00	15.00	85.00	20.00	80.00	0.00	100.00	0.00	100.00
Nord-	Nord	100.00	0.00	100.00	0.00	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00
Pas de Calais	Pas de Calais	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00	33.33	66.67	0.00	100.00	0.00	100.00
	Région	25.00	75.00	25.00	75.00	0.00	100.00	25.00	75.00	0.00	100.00	0.00	100.00
France du Nord		26.09	73.91	13.04	86.96	21.74	78.26	28.26	71.74	2.17	97.83	2.17	97.83

Le café / tabac demeure l'équipement le plus présent, 28.00% des communes concernées en sont équipées, suivi de la boulangerie (26.00%), de l'épicerie (21.70%). Ces commerces de base équipent en moyenne 3 communes sur 10, et confirment la pauvreté matérielle des communes rurales les plus éloignées.

Les deux derniers équipements, la station service et le supermarché, sont présents de façon très marginale, uniquement cités dans le département de l'Aisne. Mais qu'en est-il des équipements de services ?

### 3.2 - Les activités de service :

Tableau N° 41 : Inventaire de quelques services :

RÉGIONS	Départements	Vétérinaire		Poste		Messe	
		oui	non	oui	non	oui	non
Haute Normandie	Eure	0.00	100.00	50.00	50.00	0.00	100.00
	Seine Maritime	0.00	100.00	14.29	14.29	42.86	57.14
	Région	0.00	100.00	22.22	22.22	33.33	66.67
Picardie	Aisne	0.00	100.00	33.33	66.67	16.67	83.33
	Oise	0.00	100.00	0.00	100.00	20.00	80.00
	Somme	0.00	100.00	50.00	50.00	0.00	100.00
	Région	0.00	100.00	23.08	76.92	15.38	84.62
Champagne Ardenne	Ardennes	0.00	100.00	100.00	100.00	100.00	0.00
	Aube	0.00	100.00	0.00	100.00	20.00	80.00
	Marne	11.11	88.89	11.11	88.89	22.22	77.78
	Haute Marne	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00
	Région	5.00	95.00	10.00	95.00	20.00	80.00
Nord-Pas de Calais	Nord	0.00	100.00	0.00	100.00	0.00	100.00
	Pas de Calais	0.00	100.00	0.00	100.00	66.67	33.33
	Région	0.00	100.00	0.00	100.00	50.00	50.00
France du Nord		2.17	97.83	15.22	84.78	23.91	76.09

Les quelques services proposés confirment la pauvreté des équipements recensés. En dehors de la poste présente au sein de 15.00% des communes enquêtées, les différents services demeurent absents des inventaires communaux.

Par ailleurs, il est à noter le recul également des messes du dimanche, célébrées dans 24.00% des communes de l'enquête, traduisant les difficultés de maintenir l'existence de services au sein de communes en voie de dépeuplement.

#### 4. - Les activités et équipements médicaux :

##### 4.1 - Personnel paramédical et structure d'accueil soignante :

Tableau N° 42 : Inventaire des équipements et structures de soins :

RÉGIONS	Départements	Infirmier		Kinésithérapeute	
		oui	non	oui	non
<u>Haute Normandie</u>	Eure	0.00	100.00	0.00	100.00
	Seine Maritime	0.00	100.00	0.00	100.00
	Région	0.00	100.00	0.00	100.00
<u>Picardie</u>	Aisne	33.33	66.67	0.00	100.00
	Oise	20.00	80.00	0.00	100.00
	Somme	0.00	100.00	0.00	100.00
	Région	23.08	76.92	0.00	100.00
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	0.00	100.00	0.00	100.00
	Aube	20.00	80.00	0.00	100.00
	Marne	11.11	88.89	11.11	88.89
	Haute Marne	0.00	100.00	0.00	100.00
	Région	10.00	90.00	5.00	95.00
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	0.00	100.00	0.00	100.00
	Pas de Calais	0.00	100.00	0.00	100.00
	Région	0.00	100.00	0.00	100.00
<u>France du Nord</u>		10.87	89.13	2.17	97.83

Le domaine de la santé souffre des conditions générales qui caractérisent les communes sélectionnées. Une dévitalisation progressive des communes n'engendre pas une dynamique nouvelle d'installation quelconque. Des communes choisies au départ pour leur éloignement par rapport au médecin généraliste libéral, et dont la position n'offre pas de véritables surprises. Aucun équipement n'est présent, seules quelques professions paramédicales sont à noter, notamment des infirmiers qui équipent 10.00% des communes, et un kinésithérapeute.

Une situation généralisée caractérise l'ensemble des communes retenues. L'absence de structures soignantes nécessitent des déplacements plus ou moins importants vers des centres équipés, et remet en question l'équité de l'accessibilité aux soins notamment dans les soins d'urgence.

#### 4.2 - Monde rural et médecin :

Face à la pénurie de structures et équipements soignants divers, le médecin généraliste apparaît en tant que seul représentant du système de soins, et pallie dans la limite de ses possibilités aux conséquences d'un système de santé polarisé. Par ailleurs, le peu de réponses obtenues aux questions concernant les médecins spécialistes obligent à écarter ces réponses. Très peu de personnes consultent un médecin spécialiste, et très peu ont répondu. Le médecin généraliste est véritablement le seul organe de santé consulté.

La conséquence directe se résume par l'éloignement des sources de soins, critère de présélection, et en moyenne, la distance parcourue pour consulter un médecin généraliste est de l'ordre de 13.00 kilomètres, et varie très peu d'un département à l'autre.

Tableau N° 43 : Distance moyenne du médecin consulté :

RÉGIONS	Départements	Distance moyenne entre le patient et le médecin généraliste concerté (kms)
<u>Haute Normandie</u>	Eure	11.00 kms
	Seine Maritime	10.00 kms
	Région	11.00 kms
<u>Picardie</u>	Aisne	12.00 kms
	Oise	14.00 kms
	Somme	10.00 kms
	Région	12.00 kms
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	14.00 kms
	Aube	16.00 kms
	Marne	14.00 kms
	Haute Marne	16.00 kms
	Région	20.00 kms
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	12.00 kms
	Pas de Calais	11.00 kms
	Région	12.00 kms
<u>France du Nord</u>		13 kms

Ce scénario conduit à l'existence de relations privilégiées entre le patient et son médecin. L'éloignement, la pauvreté du tissu médical local... aboutissent à une loyauté entre les personnes.

**Tableau N° 44 : Durée moyenne de suivi par un même médecin généraliste :**

RÉGIONS	Départements	Les années de suivi par un même médecin généraliste							Total
		< 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 30	> à 31	
<u>Haute Normandie</u>	Eure	50.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	100%
	Seine Maritime	42.86	28.57	0.00	14.29	14.29	0.00	0.00	„
	Région	44.44	22.22	0.00	11.11	22.22	0.00	0.00	„
<u>Picardie</u>	Aisne	33.33	16.67	0.00	33.33	0.00	0.00	16.67	„
	Oise	20.00	20.00	20.00	40.00	0.00	0.00	0.00	„
	Somme	50.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	„
	Région	30.77	15.38	15.38	30.77	0.00	0.00	7.69	„
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	„
	Aube	40.00	0.00	0.00	0.00	0.00	40.00	20.00	„
	Marne	42.86	14.29	0.00	14.29	0.00	14.29	14.29	„
	Haute Marne	20.00	0.00	0.00	40.00	0.00	20.00	20.00	„
	Région	33.33	5.56	5.56	16.67	0.00	22.22	16.67	„
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	„
	Pas de Calais	33.33	0.00	33.33	33.33	0.00	0.00	0.00	„
	Région	50.00	0.00	25.00	25.00	0.00	0.00	0.00	„
<u>France du Nord</u>		36.36	11.36	9.09	20.45	4.55	9.09	9.09	„

La loyauté envers le médecin est une des données caractéristiques du monde rural. 52.30% des personnes enquêtées sont ainsi suivies par le même médecin généraliste, depuis plus de 10 ans. Une longévité dans l'accompagnement de la vie qui prend une autre dimension, sachant que des individus sont suivis depuis 40 ans par le même médecin généraliste.

Malgré cette apparente loyauté, il est important de signaler que 36.40% des personnes consultent leur médecin généraliste depuis moins de 5 ans, faible échéance par rapport au contexte général.

**Tableau N° 45 : Changement de médecin généraliste**

RÉGIONS	Départements	Avez-vous changé de médecin généraliste ?		
		oui	non	Totaux
<u>Haute Normandie</u>	Eure	0.00	100.00	100%
	Seine Maritime	57.14	42.86	„
	Région	44.44	55.56	„
<u>Picardie</u>	Aisne	33.33	66.67	„
	Oise	60.00	40.00	„
	Somme	50.00	50.00	„
	Région	46.15	53.85	„
<u>Champagne Ardenne</u>	Ardennes	0.00	100.00	„
	Aube	20.00	80.00	„
	Marne	22.22	77.78	„
	Haute Marne	20.00	80.00	„
	Région	20.00	80.00	„
<u>Nord-Pas de Calais</u>	Nord	0.00	100.00	„
	Pas de Calais	33.33	66.67	„
	Région	25.00	75.00	„
<u>France du Nord</u>		32.61	67.39	„

Le constat corrobore le fait précédent, sachant que 32.60% des personnes enquêtées ont confirmé avoir changé de médecin généraliste au cours de leur existence. Les motifs qui entraînent un patient à changer de médecin généraliste ont de multiples sources. Quelques unes de ces causes ont été proposées aux personnes enquêtées :

Liste des principales causes	
c.1	Pas de réussite d'un traitement
c.2	a quitté la commune
c.3	est parti en retraite
c.4	est décédé
c.5	a cessé de pratiquer
c.6	autre



**Tableau N° 46 : Principales causes expliquant un changement de médecin :**

RÉGIONS	Départements	Pourquoi avoir changé de médecin généraliste ?						Totaux
		c.1	c.2	c.3	c.4	c.5	c.6	
Haute Normandie	Eure	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-
	Seine Maritime	0.00	25.00	0.00	25.00	25.00	25.00	100%
	Région	0.00	25.00	0.00	25.00	25.00	25.00	100%
Picardie	Aisne	0.00	0.00	0.00	50.00	50.00	0.00	100%
	Oise	33.33	0.00	33.33	0.00	0.00	33.33	100%
	Somme	0.00	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	100%
	Région	16.67	0.00	16.67	16.67	33.33	16.67	100%
Champagne Ardenne	Ardennes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-
	Aube	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	100%
	Marne	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	50.00	100%
	Haute Marne	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	0.00	100%
	Région	0.00	0.00	75.00	0.00	0.00	25.00	100%
Nord-Pas de Calais	Nord	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-
	Pas de Calais	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	100%
	Région	0.00	0.00	0.00	100.00	0.00	0.00	100%
France du Nord		6.67	6.67	26.67	20.00	20.00	20.00	100%

Parmi les quelques causes énoncées, les récurrentes qualifient le contexte général des communes rurales les plus éloignées, à savoir le vieillissement. En effet, la cessation d'activités, pour différentes raisons, explique la nécessité de changer de praticiens. Deux cas marginaux révèlent le simple départ du praticien, ou le peu de réussite d'un traitement.

Une relation durable s'instaure donc entre le médecin et son patient en milieu rural. Une relation «sacrée», liée par un pacte de réciprocité, dont seule la mort met en général un terme. En conséquence, la médecine rurale se pratique autrement, par les hommes différents. Elle se construit sur des rapports privilégiés entre les acteurs. Pourtant, cette relation de proximité n'est pas le fruit de consultations ou visites assidues.

**Tableau N° 47 : Fréquence des entrevues patient-médecin généraliste :**

RÉGIONS	Départements	Nombre de fois par an (visites, consultations)								Totaux
		0*	1	2	3	4	5	6	10	
Haute Normandie	Eure	0.00	50.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Seine Maritime	14.29	28.57	14.29	0.00	42.86	0.00	0.00	0.00	
	Région	11.11	33.33	11.11	11.11	33.33	0.00	0.00	0.00	
Picardie	Aisne	0.00	33.33	0.00	33.33	16.67	16.67	0.00	0.00	
	Oise	20.00	0.00	0.00	20.00	40.00	0.00	0.00	20.00	
	Somme	50.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	
	Région	15.38	15.38	0.00	23.08	30.77	7.69	0.00	7.69	
Champagne	Ardennes	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Ardenne	Aube	0.00	60.00	0.00	20.00	0.00	0.00	20.00	0.00	
	Marne	33.33	11.11	44.44	0.00	0.00	11.11	0.00	0.00	
	Haute Marne	20.00	0.00	20.00	20.00	20.00	20.00	0.00	0.00	
	Région	25.00	20.00	25.00	10.00	5.00	10.00	5.00	0.00	
Nord-	Nord	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
Pas de Calais	Pas de Calais	66.67	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	
	Région	75.00	0.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
France du Nord		23.91	19.57	13.04	15.22	17.39	6.52	2.17	2.17	

(0\*) : pas de réponse à la question

En effet, 19.60% des personnes enquêtées affirment voir leur médecin une fois par an, au total, plus de 65.00% de ces personnes voient moins de quatre fois par an leur médecin. Pour plus de 80.00% des personnes enquêtées, ces entrevues se déroulent principalement lors de consultations, au cabinet de leur médecin.

Ces quelques remarques confirment l'existence d'une médecine différente au sein du monde rural. Il n'est pas nécessaire d'être malade pour entretenir des relations avec son médecin. La notion de médecin de famille, au sens du patient prend tout son sens dans ce contexte. Le médecin est plus considéré comme un élément de la famille, qui la connaît et qui la suit depuis de nombreuses années. Les réponses des questions portant sur le médecin de campagne, et les relations entretenues avec celui-ci évoluent dans ce sens. Les qualificatifs les plus employés concernent principalement la confiance, la disponibilité, la proximité et le dévouement. Le médecin de campagne ou de famille est également apprécié pour son adaptation et sa compréhension de la vie rurale, et de la dureté de ses activités. Plus qu'un médecin, il est un véritable maillon de la société, souvent indispensable au dire des personnes enquêtées.

Considérant le rôle du médecin de campagne, un maire m'écrit : «dans le monde vieillissant de nos campagnes, il soigne, il écoute, il reconforte».

En somme, le critère initial retenu, la distance par rapport au médecin généraliste libéral le plus proche a conduit à mettre en évidence un certain nombre de communes dont les caractéristiques générales relèvent du phénomène général de la désertification rurale. Cette approche confirme le poids des critères de la santé dans l'analyse des dynamiques territoriales. Éloignées de tout, les populations sont à l'origine de l'émission d'un certain nombre de flux dont la conjonction aboutit à la détermination d'espaces de vie, ou plus communément des bassins de vie. Y a-t-il une homogénéisation des différents flux ? Comment les populations réagissent-elles spatialement à l'absence de structures soignantes ? Quelles sont les formes des «bassins de vie» rencontrées ?

II - «BASSIN DE VIE», «BASSIN MÉDICAL» :  
TRADUCTION CARTOGRAPHIQUE D'ASPECTS  
COMPORTEMENTAUX DES POPULATIONS  
RURALES DE LA FRANCE DU NORD:

A - LA DÉMARCHE SUIVIE :

1. - L'objectif retenu :

Le dépouillement des questionnaires a conduit à en retenir un certain nombre, dont les détails, l'exactitude des réponses recueillies permettait de préciser le comportement de quelques populations, et de proposer une conception théorique des différents «bassins de vie».

La notion de «bassin de vie» se définit avant tout par l'existence d'une aire de chalandise. Parmi les définitions proposées, notamment lors du colloque de Nantes <sup>7</sup>, nous pouvons retenir celle proposée par un groupe issu de l'INSEE <sup>8</sup> : « un ensemble de communes à l'intérieur duquel les habitants trouvent les commerces et services de proximité dont ils ont besoin. Il s'agit de zones de petite chalandise qui représentent le marché de la consommation, zones où se rencontrent également l'offre et la demande de services.»

L'étude entreprise n'est qu'une étape dans la conception de véritable bassins de vie, la nuance consiste cependant à intercaler un élément peu employé : le recours au médecin. Par ailleurs, il ne faut pas négliger le fait que ces communes ont été choisies de par leur localisation et caractéristique particulière, que la population est réduite, de même que les réponses. Un milieu particulier : le monde rural éloigné, une population mère particulière : les maires, dont la combinaison aboutit à une conception théorique, de bassin de vie à faciès spécifique.

---

(7) Bourgs et petites villes, Colloque - Nantes - 23, 24, 25 Mars 1995 : Bassins de vie et Encadrement territorial

(8) Baudry P., Richard J.C. et Laborit J., 1995 : colloque de Nantes : Méthodologie des «bassins de vie» ou «zones de petites chalandises» dans les Pays de la Loire avec le logiciel MIRABELIC.

## 2. - Principe de la conception :

Les questionnaires retenus permettent de cartographier 6 types d'informations :

- 1 \_ Le lieu de résidence
- 2 \_ Les communes auxquelles l'enquêté a recours pour accéder à différents commerces.
- 3 \_ Les communes auxquelles l'enquêté a recours pour accéder à différents services.
- 4 \_ Les communes auxquelles l'enquêté a recours pour accéder à différents équipements et structures médicales, soignantes.
- 5 \_ La commune où se situe le médecin généraliste consulté.
- 6 \_ La commune où se situe le médecin spécialiste consulté.

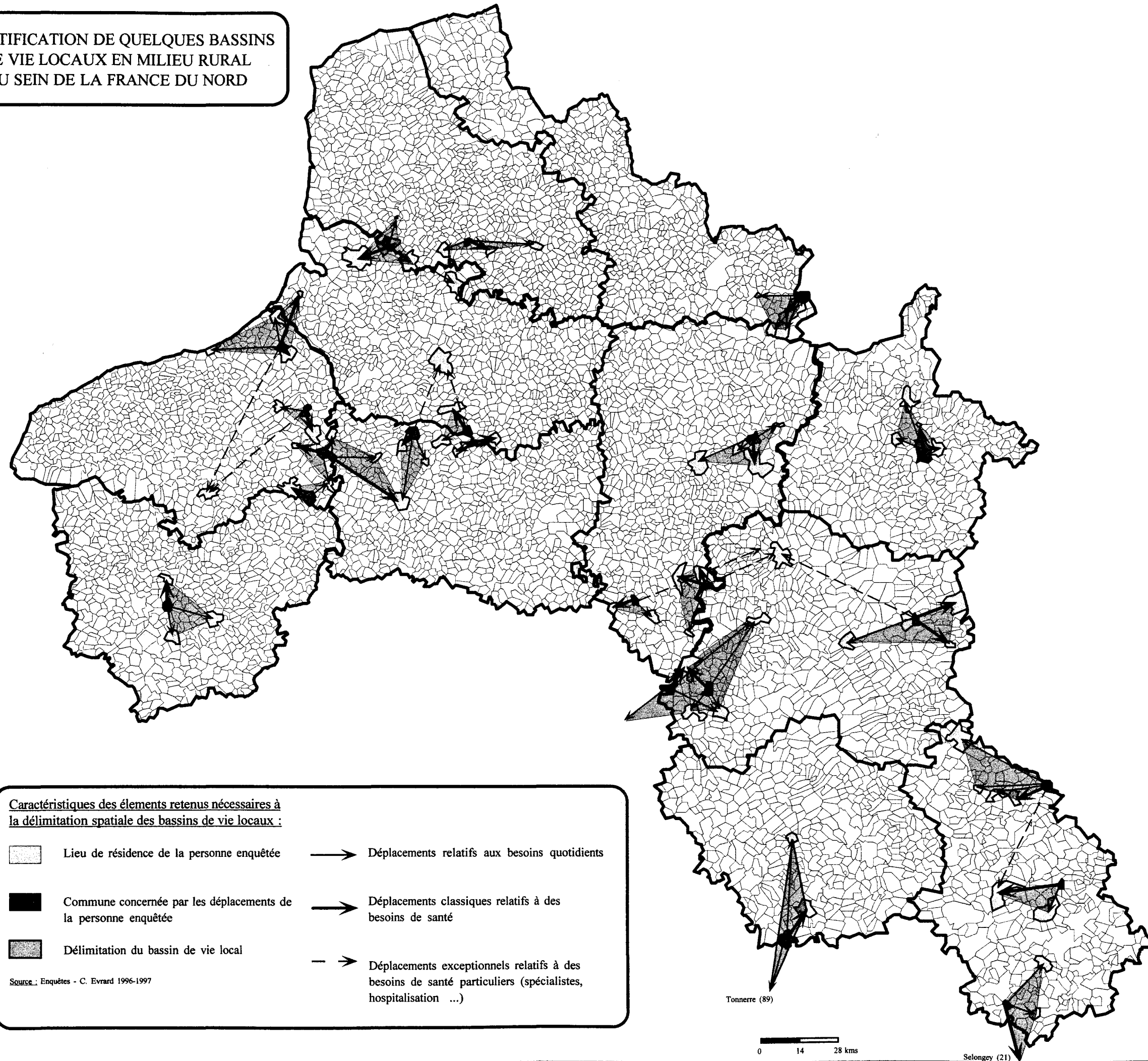
Chaque information est identifiée à un site géographique : une commune qui entre dans la conception d'un bassin de vie hypothétique.

## B - ASPECTS COMPORTEMENTAUX DES POPULATIONS RURALES DANS LA FRANCE DU NORD :







### 1. - Une séparation fonctionnelle de l'espace :

La cartographie des comportements (Carte N° 65) confirme une séparation fonctionnelle des espaces. Dans un milieu à l'origine «pauvre», la logique serait de se diriger vers un point où les équipements sont regroupés. Or, il est démontré qu'une séparation des flux existe. La commune où la population enquêtée se rend pour voir son médecin, est différente de celle où elle se rend pour des besoins divers. Par ailleurs, il est intéressant de constater qu'une faiblesse apparente, généralisée dans de nombreux domaines (la population, les équipements, les commerces, les services...) n'est pas incompatible avec la notion de choix, et ceux ci dans le domaine de l'accessibilité aux soins. En moyenne, la distance à parcourir pour trouver un médecin est de l'ordre de 13.00 kilomètres, distance métrique à l'origine de la constitution d'une aire autour de chaque commune dans laquelle se situe d'autres médecins. Le choix d'un médecin, qui n'est pas toujours le plus près répond à une attente particulière, une relation particulière qui s'est instaurée entre les individus, témoins d'une médecine pratiquée différemment.

IDENTIFICATION DE QUELQUES BASSINS DE VIE LOCAUX EN MILIEU RURAL AU SEIN DE LA FRANCE DU NORD

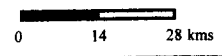


Caractéristiques des éléments retenus nécessaires à la délimitation spatiale des bassins de vie locaux :

-  Lieu de résidence de la personne enquêtée
-  Commune concernée par les déplacements de la personne enquêtée
-  Délimitation du bassin de vie local
-  Déplacements relatifs aux besoins quotidiens
-  Déplacements classiques relatifs à des besoins de santé
-  Déplacements exceptionnels relatifs à des besoins de santé particuliers (spécialistes, hospitalisation ...)

Source : Enquêtes - C. Evrard 1996-1997

Tonnerre (89)



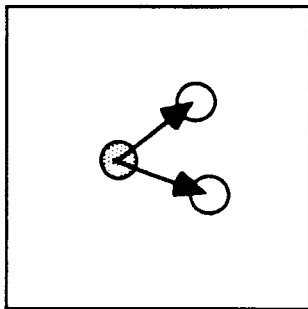
Selongey (21)

Cette diversité de comportements spatiaux, de modes de vie, d'habitudes... se traduit par des formes et des organisations différentes des bassins de vie, que l'on peut qualifier ici de «bassin de vie locaux».

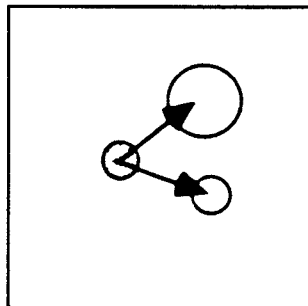
## 2. - Les formes et modèles d'organisation spatiale des «bassins de vie locaux» :

L'analyse des différents «bassins de vie locaux» conduit à une typologie de formes, révélatrice de relations particulières dans un environnement particulier.

### ① Bassin de vie local ramassé :

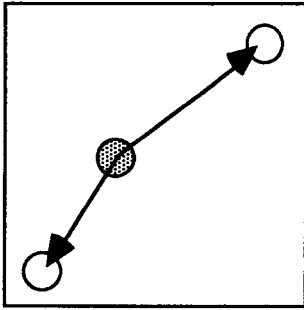


Modèle classique d'une séparation fonctionnelle simple de l'espace : la population enquêtée oscille entre deux sites privilégiés : l'un pour le médecin, l'autre pour des besoins divers. La forme ramassée caractérise des régions de petite taille, où la ville n'est jamais très loin, forte proximité entre les communes non équipées et communes équipées. Modèle que l'on rencontre en Haute Normandie, Picardie et Nord-Pas de Calais



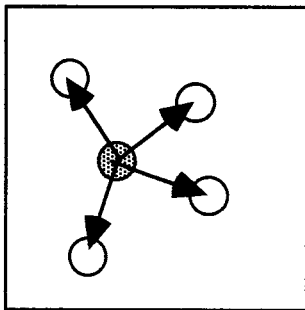
Modèle similaire, la seule nuance se concrétise par la présence d'une petite ville, ou agglomération vers lesquelles les personnes s'orientent pour des besoins divers, sachant que le médecin consulté demeure toujours dans une petite commune rurale à proximité de la commune de résidence.

② Bassin de vie local longitudinal :



Modèle dont la trame générale dérive du modèle précédent, la variation tient compte des caractéristiques locales, notamment un allongement des distances entre les communes. Ce modèle se rencontre notamment en Champagne Ardenne. De nouveau, ce type de modèle engendre un modèle intermédiaire, organisé par la présence d'une petite ville ou agglomération.

③ Bassin de vie local éclaté :



L'organisation générale répond au même concept, l'évolution consiste en une multiplication des sites vers lesquels convergent les flux. Au maximum, les populations enquêtées se déplacent entre 4 sites différents, spécialisés en fonction de leur besoin. La commune où se trouve le médecin consulté n'a que cette fonction. De nouveau, une adaptation spatiale du modèle se réalise, en fonction de la morphologie des sites, entre des modèles groupés ou longitudinaux. De même, qu'une petite ville ou agglomération peut s'intercaler au sein du modèle.



### Conclusion :

Peu peuplés, éloignés de toutes influences urbaines, des espaces survivent, maintenant un semblant d'organisation atypique ou typiquement rural. Un monde rural où la population, marginale et en régression constante, s'accommode d'un milieu peu propice. Une adaptation spatiale, fonctionnelle et spécialisée s'est construite, articulée en fonction des besoins divers, des distances à l'origine de relations avec généralement deux communes. Une commune où se localise la fonction soignante, et une ou plusieurs communes à fonctions diverses et variées. Ce constat traduit le concept de «la fréquentation multipolaire» déclinée par Y. Janvier <sup>9</sup>, précisant l'atténuation des relations exclusives entre une région rurale et la ville la plus proche.

Ce modèle d'organisation spatiale a donné naissance à des bassins de vie locaux et suggère une distribution particulière des acteurs du système de soins au sein des espaces les plus reculés. En effet, les enquêtes ont révélé une spécialisation très poussée de communes dont la fonction n'est autre que d'être le lieu d'installation d'un médecin. Les personnes enquêtées, au sein des espaces ruraux les plus reculés de la France du Nord pratiquent une même logique spatiale : se déplacer dans une commune précise où se situe le médecin de campagne ou encore le médecin de famille.

Cette approche des «bassins de vie locaux» n'est qu'une démarche prospective, une population mère de faible taille n'est que très peu révélatrice, et ne permet de prescrire des généralités. Toutefois, ces maires enquêtés représentent 57.00 % des maires élus au sein des 81 communes de la France du Nord, sélectionnées selon un critère métrique. Ces bassins de vie locaux sont ainsi révélateur d'une organisation atypique, d'un milieu particulier, régi par des conditions de vie particulière. Il contribue ainsi à approfondir la connaissance d'un milieu fragilisé, où des populations luttent chaque jour pour maintenir leur identité, leur société, leur mode de vie. Le médecin de campagne ou encore le médecin de famille oeuvre dans ce sens. Le choix de son site d'installation répond à cette volonté de compréhension d'un milieu différent, afin de pratiquer une médecine différente.

---

(9) Y. Janvier, : L'intégration des villes et des campagnes extrait de l'ouvrage de B. Kayser : Naissance de nouvelles campagnes - DATAR.

Dans une logique de concentration spatiale effrénée, spoliée par une urbanisation envahissante, dans une société de profit, demeurent des médecins dont la conviction profonde est de favoriser l'accessibilité aux soins au sein des espaces les plus reculés. Ainsi, éloignés de tous, des hommes, des femmes disposent en moyenne, à moins de 14.00 kilomètres de chez eux d'une source soignante, constamment à leur écoute.

## CONCLUSION DU LIVRE 2 :

Depuis plusieurs décennies, l'organisation du système de soins dans la France du Nord, et de façon générale en France métropolitaine, répond à une logique de concentration urbaine. Les médecins généralistes, spécialistes, salariés ou non, les équipements hospitaliers et toutes les autres professions médicales et paramédicales se focalisent essentiellement sur la ville. «La ville attire le médecin, et le médecin attire le médecin». Cette formule résume le principe de la dynamique de développement de l'offre de soins. Elle conduit à une saturation progressive de l'encadrement médical urbain, et a contribué à un étalement progressif et sélectif des installations de médecins. Ces mouvements se sont vus également renforcés par les phénomènes de préférences régionales figeant les médecins à proximité de leur bassin de formation. Ainsi, les vagues successives d'installation de praticiens ont comblé progressivement des espaces «médicalement» vides, mais où subsistent des moeurs urbaines. Toutefois le paradoxe demeure, et le constat d'une mauvaise répartition de l'offre de soins se poursuit, aboutissant à une définition de plus en plus nette et figée d'un système de soins dual (Figure N° 12), responsable d'une accessibilité aux soins différentielle selon la nature des espaces.

① Le système de soins urbain : la concentration et la diversité médicale sont les deux principes régissant l'offre de soins en milieu urbain. D'une médecine de proximité aux soins les plus spécialisés et rares, la ville bénéficie d'un encadrement médical très complet. De plus, ce potentiel se voit renforcé par la présence de plateaux hospitaliers plus ou moins développés, allant du Centre Hospitalier Régional aux hôpitaux et autres structures. La ville est par nature le cadre préférentiel et privilégié des composants de l'offre de soins.

② Le système de soins rural : il se décline sous deux formes élémentaires :

↳ Le système de soins rural proprement dit : son existence n'est rendu possible que par la permanence de deux structures élémentaires : la petite ville et le médecin de campagne. La première soupçonne un encadrement médical éventuellement développé. Elle s'appuie essentiellement sur un effectif plus ou moins important de médecins généralistes, complété par quelques spécialistes très élémentaires. Le rôle de la petite ville s'affirme également par le biais d'un plateau hospitalier constitué notamment de centres

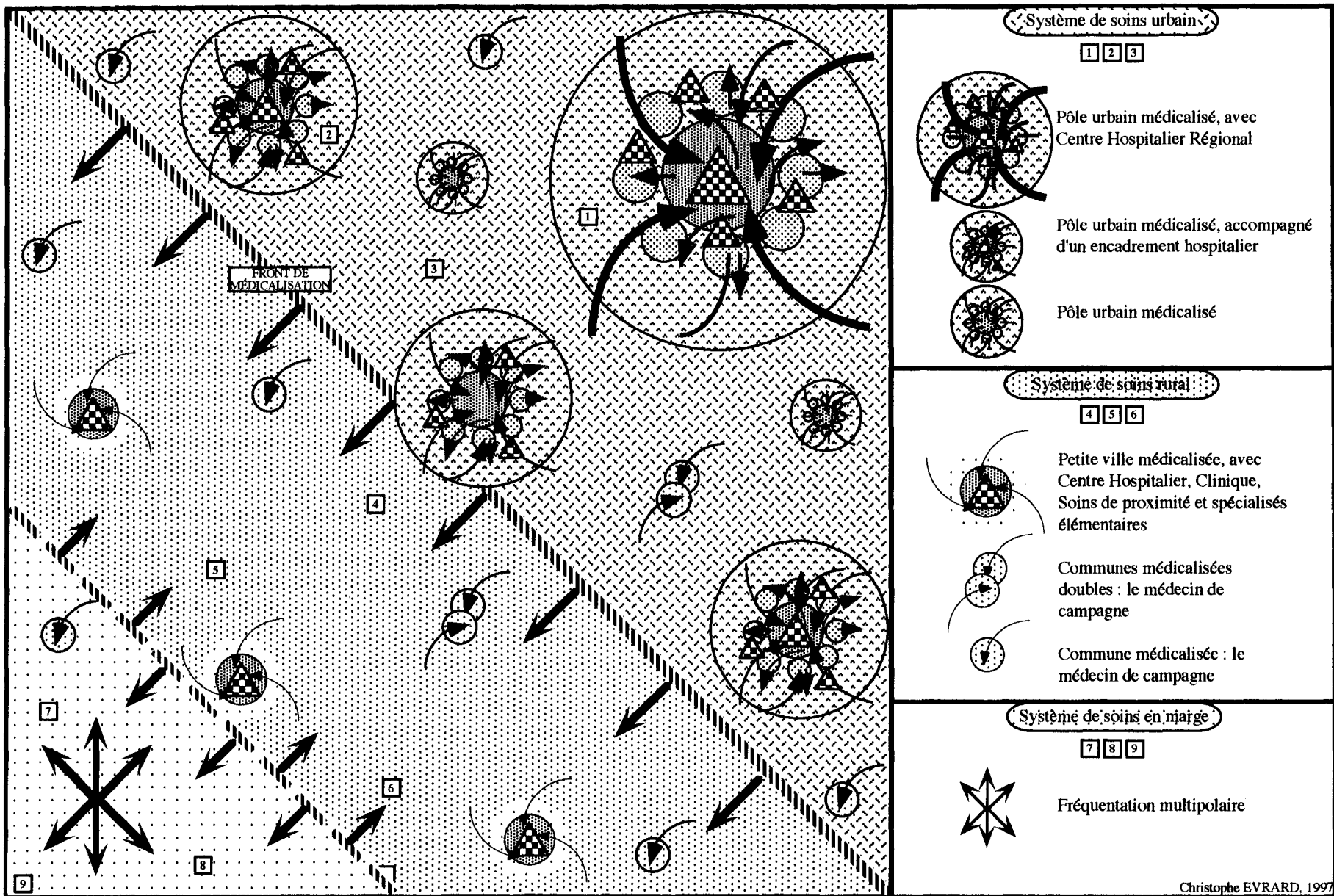


Figure N°12 : Les systèmes de soins dans la France du Nord, partisan d'une dichotomie entre le monde rural et le monde urbain :

hospitaliers, de centres hospitaliers spécialisés et hôpitaux de campagne. Toutefois, ces structures hospitalières sont faiblement présentes, et leur existence demeure fragile en raison des mouvements incessants de restructuration des cartes hospitalières, souvent source d'incompréhensions. La seconde structure repose essentiellement sur le rôle du médecin de campagne, seul représentant du système de soins dont la tâche volontaire ou non permet de pallier les imperfections du système. Sa situation repousse les limites extrêmes de l'accès aux soins, offrant les premiers soins et écoutes aux populations les plus éloignées. L'offre de soins dans le monde rural repose ainsi sur une interaction entre l'offre, fractionnée entre la petite ville et le médecin de campagne, et la demande soumises aux contraintes du système.

↳ Le système de soins en marge : il qualifie les conditions extrêmes de l'accès aux soins. La position excentrée de certains territoires prédispose l'accumulation de contraintes liées à la distance, à l'éloignement, à l'isolement, au faible peuplement... Dans ce contexte, aucune structure ne peut pallier directement les contraintes. Toutefois, l'interprétation des différents comportements décline une forme d'adaptation, privilégiant une séparation fonctionnelle de l'espace. Les populations se construisent ainsi un espace pluri-fonctionnel, répondant à l'ensemble de leurs besoins.

Cette situation soulève le problème de l'incapacité du système d'assurer naturellement l'équidistribution des soins. De plus, les quelques conditions générales de développement de l'offre de soins favorisent la pérennité du système, encouragée également par la dynamique démographique des espaces. Toutefois, en dehors de la ville et du peuplement, n'existe-t-il pas d'autres critères responsables de l'agencement actuel de l'offre de soins ? Quelles sont les conditions requises pour promouvoir le développement de l'offre de soins ? Quels sont les critères « naturels » liés à l'offre de soins ? Existe-t-il une hiérarchisation des critères ? Suffit-il de former une masse de population pour obtenir un équivalent en offre médicale ?

La recherche de ces critères a pour vocation de comprendre les motivations de développement de l'offre de soins, mais aussi de rechercher l'existence ou non de critères similaires dans le monde rural. Quels sont les critères responsables de l'organisation de l'offre de soins ? Existe-t-il des critères similaires entre le monde urbain et le monde rural ? Les logiques de développement de l'offre de soins sont-elles analogues dans le monde rural et dans le monde urbain ?

En dehors de toutes logiques d'organisation spatiale, l'individualisme de l'offre de soins dans le monde rural est une réalité reconnue. La petite ville, le médecin de campagne illustrent cette réalité. Quelles sont les motivations qui ont poussé des praticiens à déroger à la règle de la polarisation urbaine ? Quels sont ces hommes et ces femmes porteur du serment d'Hypocrate au plus profond de nos campagnes ? Quelles sont leurs logiques d'installation ? Quelles sont leurs raisons ? Comment leur logique s'inscrit-elle dans le contexte générale des installations de médecin ? Existe-t-il une logique spatiale entre les déplacements de l'offre et de la demande ?

