



Ce rapport est probablement la première étape d'une longue aventure qui n'est pas près de s'arrêter.

Nous étions partis à vrai dire d'un a priori qui reposait confusément sur un certain nombre d'idées reçues selon lesquelles, notamment, il devait bien y avoir quelque inégalité ici ou là entre la ville et la campagne.

La première difficulté à laquelle nous nous heurtâmes et qui d'emblée chahuta quelque peu nos belles certitudes consista à définir la ruralité. Diable ! Il n'y avait pas un milieu rural, clair, bien identifié mais plusieurs milieux ruraux, mal délimités, mouvants, superposés, ce qui nous conduisit à douter de la géographie (la géographie physique, celle d'Hérodote et d'Euclide) comme seul facteur explicatif des différences spatiales.

Chemin faisant, une autre idée reçue tomba aux oubliettes lorsque nous découvrimus (l'ignorions nous vraiment ?) que la consommation des ruraux était égale à celle des citadins malgré une densité médicale notoirement inférieure. Cela signifiait-il que la demande de soins s'adapte à l'offre et que le patient reporte sur son médecin de famille l'insuffisance de biens et de services de spécialistes ? La réponse était partiellement affirmative. Oui pour la gynécologie, pour la pédiatrie ; non pour la cardiologie.

Cela étant, nous étions bien en face d'un généraliste qui ne faisait pas le même métier que son confrère de ville et qui, au passage, ne portait pas un intérêt démesuré (statistiquement en tout cas) pour "l'option référent".

Nous nous mîmes alors à imaginer plusieurs scénarios catastrophe du style : si les médecins de plus de 50 ans seuls dans leur commune n'étaient pas remplacés, que se passerait-il ? Si dans les trois régions globalement, l'accès aux soins en 2008 ne serait pas bouleversé, en revanche certaines zones déjà peu desservies rencontreraient de réelles difficultés.

Ce qui nous importait cependant était de vérifier si, finalement, (c'est bien pour cela que nous travaillons) les gens étaient en plus ou moins bonne santé. L'analyse multifactorielle opérée sur nos trois régions prenait en compte notamment la mortalité et une multitude de facteurs susceptibles d'influencer les indicateurs.

Le résultat de nos investigations nous permit là encore de poursuivre notre étonnement. Il existe des zones rurales dans lesquelles, malgré une infrastructure médicale apparemment incomplète, les résultats sanitaires sont plutôt bons. Il existe des pôles urbains dans lesquels au contraire rien ne va plus.

Alors, que faire ?

Nous avons acquis une conviction : aucune explication n'est aisée et, dans cette période de réflexion sur l'accès aux soins, il nous faut être très prudent. Ainsi que nous l'enseignait notre bon Pascal : tout ce que nous savons c'est que nous ne savons rien. Ou en tout cas peu de choses.

Alors l'aventure de la géographie continue.

**MM. BAUDIER, FROMENTIN et GRENIER**  
Directeurs des URCAM de Franche-Comté,  
de Languedoc-Roussillon et d'Aquitaine

### Pour plus de précisions sur les thèmes et méthodes présentés ici...

Le lecteur pourra se référer au rapport technique complet dont cette plaquette constitue la synthèse :  
"Santé et Milieu Rural - Une démarche exploratoire menée par trois URCAM."

Cette plaquette et le rapport technique peuvent être téléchargés depuis les sites Internet suivants :

<http://www.urcam.org>  
<http://www.languedoc-roussillon.assurance-maladie.fr>  
<http://www.aquitaine.assurance-maladie.fr>  
<http://www.credes.fr>  
<http://www.msa.fr>

Contacts :

URCAM Franche-Comté ■ D. CAREL ■ Tél. 03.81.40.12.70 ■ e-mail : [dcarel@urcam.org](mailto:dcarel@urcam.org)  
URCAM Aquitaine ■ V. LAMOULIATTE ■ Tél. 05.57.19.09.49 ■ e-mail : [valerie.lamouliatte@assurance-maladie.fr](mailto:valerie.lamouliatte@assurance-maladie.fr)  
URCAM Languedoc-Roussillon ■ V. DANTARD ■ Tél. 04.67.02.92.54 ■ e-mail : [virginie.dantard@assurance-maladie.fr](mailto:virginie.dantard@assurance-maladie.fr)  
CREDES ■ F. TONNELIER ■ Tél. 01.53.93.43.16 ■ e-mail : [tonnellier@credes.fr](mailto:tonnellier@credes.fr)  
CCMSA ■ L. MENDES ■ Tél. 01.41.63.73.11 ■ e-mail : [mendes.lina@ccmsa.fr](mailto:mendes.lina@ccmsa.fr)



## VIVRE, COMPRENDRE ET AGIR EN MILIEU RURAL

Il faut "adapter l'offre de soins aux besoins de la population". Phrase passe partout et pourtant chargée de sens, que chacun lit, entend ou prononce si souvent, jusqu'à parfois en oublier la signification, un peu comme un tableau ou une photo qui est accroché depuis trop longtemps sur un mur et que l'on ne voit plus.

Pourtant, mettre en œuvre cette recommandation est un défi que nous devons relever. Il repose à la fois sur une observation et une analyse très fines de la situation sanitaire mais aussi sur une adaptation de notre système de santé à des réalités particulièrement évolutives.

Le milieu rural est de ce point de vue un espace aussi intéressant que complexe. Entre, d'une part, le rural isolé, encore fortement marqué par l'agriculture et dont la population est vieillissante, et, d'autre part, le rural péri urbain, développé à proximité de grandes agglomérations et peuplé de public jeune aux revenus élevés, le trait commun se limite surtout à une ruralité contrastée à l'extrême. Elle est le reflet des évolutions récentes qu'il faut analyser à la lumière d'études prenant en compte les dimensions géographiques mais aussi sociales, démographiques, économiques et épidémiologiques.

Le travail est donc immense... et nécessaire dans différents domaines dont celui de la santé. Le projet "Santé et milieu rural" tente d'y contribuer à son niveau, avec les outils et les moyens qu'il s'est donné. La région en constitue la porte d'entrée initiale. L'analyse présentée ici y pénètre dans des dimensions pointues, en termes de territoire et d'indicateurs. La place du généraliste est au cœur de cette réflexion dans une approche qui souhaite conforter son rôle comme un acteur privilégié du système de soins.

Les pistes envisagées dans ce document restent ouvertes. Elles doivent faire l'objet de partage et d'échanges avec tous ceux qui vivent et travaillent en milieu rural. Elles devront aussi conduire à des innovations en matière d'organisation des soins. Ce sont certaines de ces perspectives qui sont évoquées tout au long de cette plaquette.

**MM. BAUDIER, FROMENTIN et GRENIER**  
Directeurs des URCAM de Franche-Comté,  
de Languedoc-Roussillon et d'Aquitaine

# Le projet Santé et Milieu Rural

## Point de situation en 2002

Le projet Santé et Milieu Rural a été lancé, en 1998, à l'initiative de la CCMSA, de trois URCAM et du CREDES. Il vise à caractériser le milieu rural afin de mieux comprendre les inégalités géographiques de santé et d'accès aux soins.

Les préoccupations initiales de ces partenaires étaient les suivantes :

- identifier les spécificités de l'offre et de la demande de soins en milieu rural,
- répertorier les données disponibles dans ces domaines : en particulier, vérifier si un niveau géographique fin (canton ou autre) permet de rendre compte des spécificités sanitaires rurales,
- déterminer les outils et méthodes susceptibles de permettre à l'assurance maladie d'agir de manière efficace et efficiente en direction des professionnels de santé et des assurés sociaux résidant en milieu rural pour garantir l'accès aux soins, veiller à la qualité des prises en charge et développer la prévention en milieu rural.

Pour répondre à ces préoccupations, les objectifs suivants ont été définis :

- faire un diagnostic de la situation,
- fournir des éléments de réponses sur les questions de la juste répartition de l'offre de soins et de l'identification des zones défavorisées en termes de santé,
- mettre en place des actions expérimentales.



## Les acteurs et l'organisation du projet

### Le Comité de pilotage national

Il est composé de :

- la CCMSA dans ses différentes composantes (Direction de la Santé, Echelon National du Contrôle Médical et Direction des statistiques),
- du CREDES,
- de l'URCAM de Franche-Comté,
- de l'URCAM d'Aquitaine,
- de l'URCAM du Languedoc-Roussillon,
- des Associations Régionales des Caisses de MSA des 3 régions partenaires
- de la CMR d'Aquitaine.

Le comité de pilotage oriente les travaux, suit et valide les différentes phases de l'évolution du projet, décide des orientations stratégiques à prendre pour le bon déroulement du projet, et arbitre en fonction des scénarii possibles.

### Les groupes régionaux

Les trois URCAM ont associé différents acteurs de la santé au sein de groupes régionaux :

- En Aquitaine, les travaux sont menés par l'URCAM avec l'appui technique, pour la constitution de la base de données, du CTI. Un groupe régional fondé sur le volontariat et composé de représentants des membres de l'Union a été constitué. Ces derniers apportent aux différentes analyses, non seulement leur connaissance du terrain, mais également la vision des différents régimes et de leurs spécificités. Par ailleurs, la CMR d'Aquitaine a intégré au cours de l'année 2000 le COPIL en tant que représentant du régime des professions indépendantes.
- En Franche-Comté, des partenariats ont été développés avec l'Association régionale des Caisses de Mutualité Sociale Agricole, les Caisses d'Assurance Maladie, l'ARH, la CRAM, l'INSEE, le CRES, l'ORS, le SERF (Unité INSERM), le registre des cancers et l'URML.
- En Languedoc-Roussillon, les travaux sont menés directement par l'URCAM avec l'appui technique du CTI. Les caisses primaires ont non seulement apporté leur connaissance du terrain en matière d'offre de soins mais également testé et validé la mise en œuvre pratique des requêtes nécessaires à la constitu-

tion de la base de données.

## Les acquis

Les objectifs initiaux du projet ont été atteints à différents degrés en 2001. La **définition d'outils et méthodes** a permis de construire un **état des lieux** détaillé du système de soins ambulatoires. Mais des difficultés, liées aux carences des systèmes d'informations, ont été mises en évidence concernant l'étude du champ hospitalier. Il serait souhaitable d'approfondir ce domaine, ainsi que celui des indicateurs de santé, au delà des indices de mortalité.

La **mise en place d'actions expérimentales** est également à classer parmi les objectifs partiellement atteints. Pour autant des actions existent, quoiqu'en nombre réduit : **SERVIS** (Système d'Échange Régional pour la Valorisation des Informations de Santé), **bibliographie Santé et milieu rural** en ligne sur le site Internet de l'URCAM de Franche-Comté... Et les fondements nécessaires pour leur développement sont présents : des liens ont été tissés entre les trois régions et des partenariats développés au sein des régions autour des thèmes de la santé et du milieu rural. Par ailleurs, l'expertise acquise dans le domaine de la géographie de la santé, et les données recueillies peuvent aider à la décision et à l'identification de besoins.

## L'état des lieux

Le travail d'étude et la mise en œuvre des méthodes définies dans le cadre du projet a permis, au niveau cantonal, l'identification de spécificités rurales et fournit un certain nombre de résultats.

- ■ ■ Ainsi, a été réalisée une observation des disparités locales de recours aux soins ambulatoires, mais aussi de quelques-uns des facteurs expliquant ces disparités (offre de soins, environnement socio-économique...).
- ■ ■ Ce travail a notamment permis d'établir qu'il n'y a pas un milieu rural mais des milieux ruraux qui reflètent aussi des particularités régionales : le rural "touristique" du Languedoc-Roussillon n'est pas le rural "industriel" de la Franche-Comté, ni le rural "traditionnel" d'Aquitaine. Toutefois, les milieux ruraux ont en commun leur isolement, une moindre accessibilité aux soins que les villes. Cette caractéristique induit des particularités de structures de consommation. On ne consomme pas les mêmes soins en milieu rural qu'en milieu urbain : le recours aux spécialistes est faible, les soins de généralistes proches de

## Les résultats

Les effets de la simulation du non-remplacement systématique des médecins de 50 ans et plus exerçant seuls dans leur commune sont significatifs et induisent une dégradation de l'accessibilité aux omnipraticiens pour une partie des populations. Il est toutefois difficile de juger de la gravité de ces conséquences sans référence : c'est ce qui a motivé une comparaison avec une situation antérieure, celle de l'année 1982.

Cette comparaison a permis d'établir que dans l'hypothèse pessimiste où aucun des médecins isolés de 50 ans et plus ne serait remplacé, l'accessibilité des populations à leur médecin généraliste se dégraderait, pour les trois régions, au point de revenir au niveau constaté en 1982.

Les résultats sont de deux ordres :

- le pourcentage de population dans des communes dotées de médecins diminue légèrement, mais ceci était l'hypothèse de départ,
- pour chaque région, le pourcentage de population située à plus de 10 km d'un médecin généraliste augmenterait légèrement en 2008 (voir tableau) ; il passe de 0,5 % à 1,1 % en Aquitaine, de 1,3 % à 1,9 % en Franche-Comté et de 1,3 % à 1,6 % en Languedoc-Roussillon.

La situation serait donc légèrement moins favorable que celle observée en 1982 en termes de distance moyenne d'accès. On peut considérer que ces changements ne concernent qu'une minorité de la population (moins de 1 % dans chaque région), mais ils risquent d'être particulièrement sensibles pour les personnes âgées ou à mobilité réduite.

Reste à savoir si un tel scénario est acceptable : l'état de santé de la population et l'accessibilité n'étaient pas jugés particulièrement mauvais il y a 15 ou 20 ans, mais les comportements en termes de consommation de soins ont évolué tout comme les techniques médicales et les modes de vie.

Dans un contexte de stabilisation ou diminution des effectifs médicaux, un des rôles des institutions locales comme les URCAM sera d'observer les modifications d'accessibilité à tous les professionnels dans chaque région, et d'agir pour garantir à tous un accès aux soins satisfaisant.

### Distances d'accès aux omnipraticiens libéraux

(part de la population régionale en % par classe de distance, simulation 2008 de la cessation d'activité sans remplacement des quinquagénaires de 1998, calcul des distances d'accès sur la base du réseau routier de 1998)

	Aquitaine			Franche-Comté			Languedoc-Roussillon		
	1982	1998	2008	1982	1998	2008	1982	1998	2008
moins de 5 km	90,4	92,0	88,7	85,0	87,6	85,3	88,3	88,6	87,6
moins de 10 km	99,2	99,4	98,8	97,9	98,3	97,6	98,1	98,3	97,7
de 10 à 15 km	0,7	0,5	1,1	1,6	1,3	1,9	1,5	1,3	1,6
de 15 à 20 km	0,1	0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	0,3	0,3	0,5
20 km et plus	0	0	0	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2

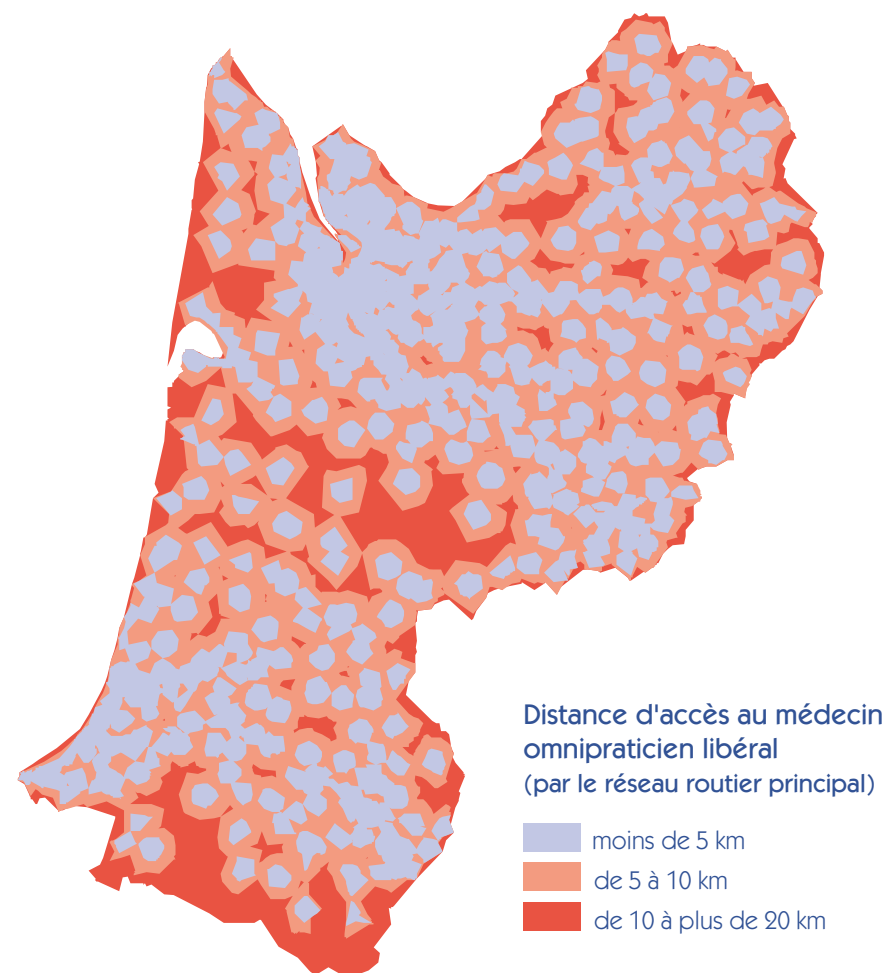
## DEMOGRAPHIE MEDICALE : LE RISQUE DE DESERTIFICATION EST A RELATIVISER

### La démarche

Au vu de la stabilité, voire de la décroissance des effectifs de médecins, et des inquiétudes légitimes qu'elle induit quant à l'évolution future de la démographie médicale en milieu rural, un scénario qui peut être qualifié de "pessimiste" a été testé : il retient l'hypothèse du non-remplacement, au moment de leur retraite, en 2008, des médecins généralistes libéraux de 50 ans et plus exerçant seuls dans leur commune. Ce scénario permet d'évaluer les conséquences d'une moindre dispersion de l'offre dans sa répartition géographique, mais tend à dramatiser l'évolution de la démographie médicale. En effet, les différentes projections régionales des effectifs de médecins, réalisées récemment par le CSDM pour les URCAM ou par la DREES, prévoient plutôt, entre 1998 et 2008, une progression des effectifs pour deux des trois régions étudiées, nette en Franche-Comté (+21,2 % en densité) et plus modérée en Aquitaine (+5,4 %). Le cas de la région Languedoc-Roussillon est différent, puisque l'on peut s'attendre, dans cette région, à une baisse assez sensible des effectifs de médecins : -16 % en densité.

### Aquitaine

Distance d'accès au médecin généraliste en 2008 (simulation)



la moyenne. Mais ces particularités ne sont pas associées systématiquement à des indicateurs de santé (de mortalité comparative ou évitable) défavorables. Dans les régions étudiées, le rural "industriel" en Franche-Comté et le rural "isolé" du Languedoc-Roussillon peuvent être qualifiés de défavorisés (avec d'autres zones aux caractéristiques plus urbaines). Mais pour confirmer ceci, il conviendra de mobiliser d'autres données : informations sur la prévalence des pathologies, exploitation des données d'ALD ou d'hospitalisation (PMSI).

Le trait dominant des cantons ruraux étant leur isolement, il a par ailleurs paru nécessaire, au vu de la stabilité, voire de la décroissance des effectifs de médecins, d'aborder la question de la démographie médicale et de ses évolutions dans les prochaines décennies. Ce travail a permis de relativiser le risque de "désertification médicale", mais sans l'exclure complètement.

C'est encore pour répondre aux questions posées par l'isolement des territoires ruraux que des éléments ont été apportés pour la constitution de "bassins de santé", à partir de flux de patients. Ces "bassins de santé" fournissent des informations utiles sur les comportements des usagers et sont complémentaires de la définition des zones "favorisées" ou "défavorisées" définies à partir d'une typologie d'indicateurs socio-sanitaires.

### L'utilisation des résultats du projet sur le terrain

Le projet Santé et Milieu Rural a permis de développer des synergies autour d'un thème, de construire des outils, et a produit des résultats dans le cadre d'un état des lieux :

- des données sur l'offre et la demande de soins, socio-économiques ou encore de mortalité ont été recueillies dans une base de données cantonales,
- des démarches méthodologiques reproductibles : les systèmes d'information utilisés localement montrent ici leur intérêt et leur richesse. La démarche entreprise dans les trois régions est applicable dans d'autres régions, et permet d'avoir une meilleure connaissance des variations de consommation non seulement en milieu rural, mais aussi en milieu urbain,
- des particularités locales de consommation, en structure ou en niveau, sont mises en évidence,

- des territoires de recours aux soins homogènes et des zones défavorisées sont définis.

Ces résultats doivent être mobilisés et venir appuyer les décisions :

- parce qu'ils permettent de définir des zones d'actions prioritaires et d'identifier les particularités locales, et répondent ainsi en partie aux besoins de critères dans le cadre de dispositifs tels que l'aide à l'installation des médecins,
- parce qu'ils peuvent aider à rechercher des solutions pour une meilleure utilisation du système de soins (comment pallier l'absence d'offre locale pour certaines professions en utilisant mieux ce qui est disponible) dans le cadre, par exemple, du développement des réseaux de soins.

### Les suites du projet

Deux pistes de travail envisageables pour la poursuite du projet ont été retenues :

*L'élargissement de l'étude à d'autres régions*

L'atteinte de cet objectif passera notamment par la mise en oeuvre d'actions de communication visant à faire connaître le projet et à mettre à disposition les méthodes développées. Certaines de ces actions de communication ont déjà eu lieu en 2001 (intervention lors du séminaire des URCAM en octobre) et d'autres en 2002 (interventions aux journées d'assurance maladie de la CANAM et aux journées des statisticiens de l'assurance maladie en mars). La diffusion de la synthèse du rapport, et la sensibilisation des autres régions à la démarche (dans le cadre de la conférence des Directeurs d'URCAM par exemple) feront suite à ces actions.

*La définition d'actions locales de terrain en réponse aux problèmes identifiés par l'état des lieux*

Pour favoriser l'émergence de ce type d'actions, est envisagée l'organisation d'un séminaire de travail en fin d'année 2002 à Besançon, réunissant les acteurs de la Santé en Milieu Rural.

## CONSOMMATION DE SOINS : LE RURAL NE SE DISTINGUE DE L'URBAIN QU'EN TERMES DE STRUCTURE

### La démarche

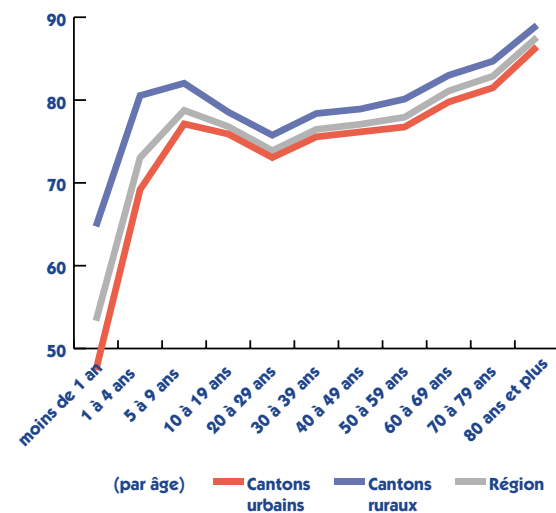
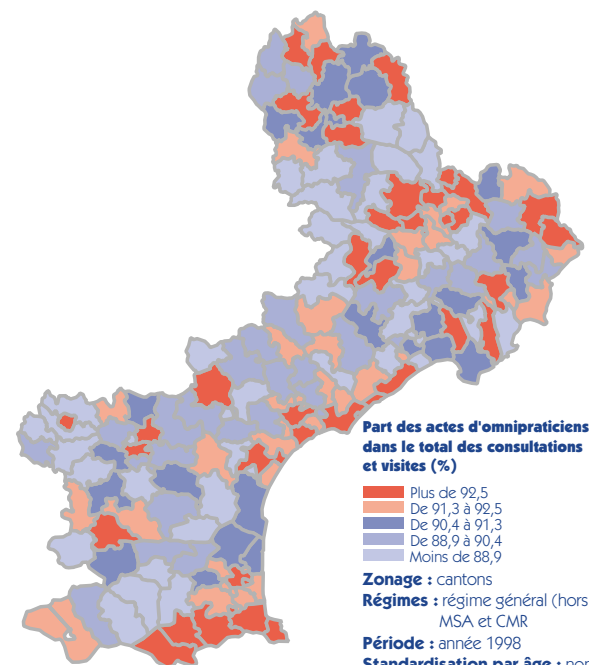
Des indicateurs de consommation de soins ambulatoires ont été choisis pour leur capacité à rendre compte du comportement des usagers. Ils ont été recueillis à l'échelle géographique des cantons.

Certains de ces indicateurs mesurent le nombre d'actes moyen annuel, par consommant, de consultations de médecins omnipraticiens ou de spécialistes, mais aussi d'infirmiers libéraux ou de kinésithérapeutes. D'autres décrivent les dépenses en médicament et en biologie, ou encore la proportion de visites dans le total des actes des médecins omnipraticiens.

Ces données ont été utiles non seulement pour la mesure des disparités géographiques de consommation, mais aussi lorsqu'il s'est agi d'identifier les spécificités du milieu rural, ou de rechercher des liens entre consommation et offre de soins ou mortalité.

### Languedoc-Roussillon

Part des actes d'omnipraticiens dans la consommation d'actes médicaux



### Les résultats

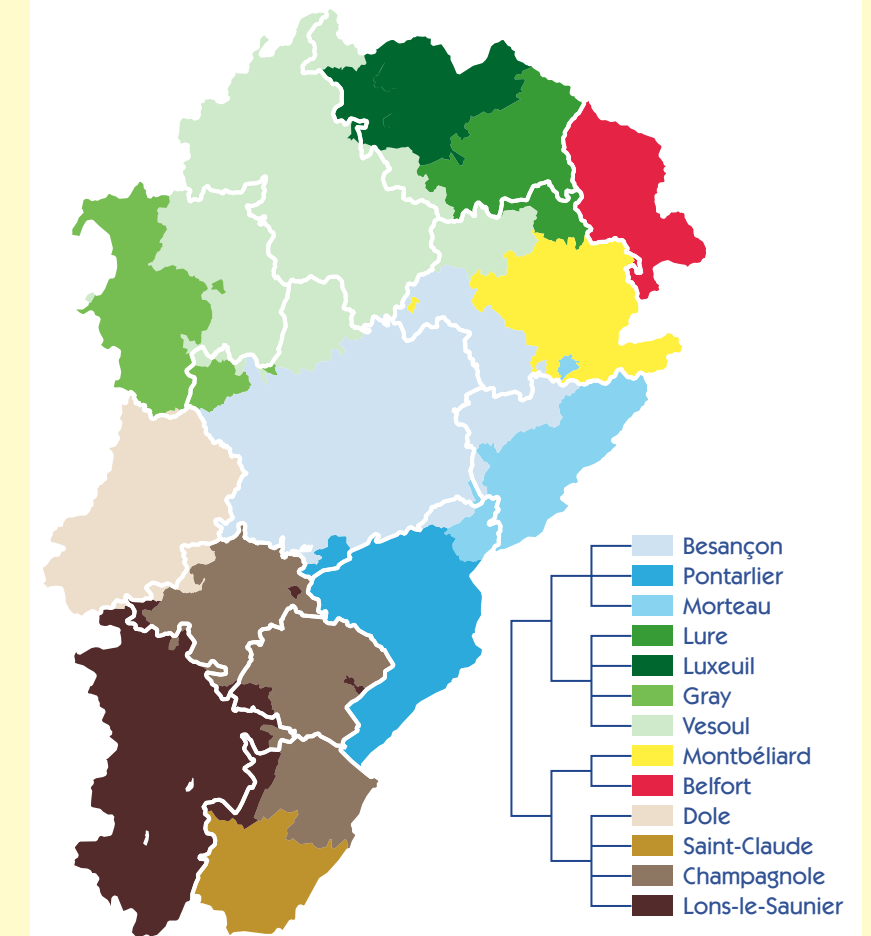
L'application des deux méthodes illustrées ci-dessous par les cartes franc-comtoises, a permis de construire des entités territoriales reflétant les comportements spatiaux des patients pour le recours aux soins du médecin généraliste. Il ne s'agit pas à proprement parler de bassins de santé mais plus de bassins de population : les seules informations prises en compte sont les déplacements des usagers. Il n'y a pas de définition universelle ou incontestable pour les bassins de santé : la diversité et la complémentarité des méthodes mises en oeuvre dans le cadre du projet Santé et Milieu Rural l'illustre bien.

Les contours définis par les méthodes statistiques reprennent les problématiques globales liées à l'accès aux soins dans la dimension territoriale. Les déplacements vers les généralistes s'inscrivent globalement dans les zones d'emploi, mais montrent aussi que les zones d'emploi ont été définies de façon hétérogènes sur le territoire et ont été inévitablement l'objet de compromis. On retrouve ici, par le biais du recours aux soins, un espace structuré par de grands pôles. Mais la frontière entre ces pôles est peu précise et révèle l'existence de pôles secondaires "tirillés" entre ces attractions prédominantes.

Les méthodes utilisées ici constituent dans leur diversité une "boîte à outils" qui permet de caractériser le territoire.

### Franche-Comté

Bassins de recours au médecin généraliste (13 classes)



# LES FLUX PATIENTS-MEDECINS GENERALISTES : BASSINS DE SANTE OU BASSINS DE POPULATION ?

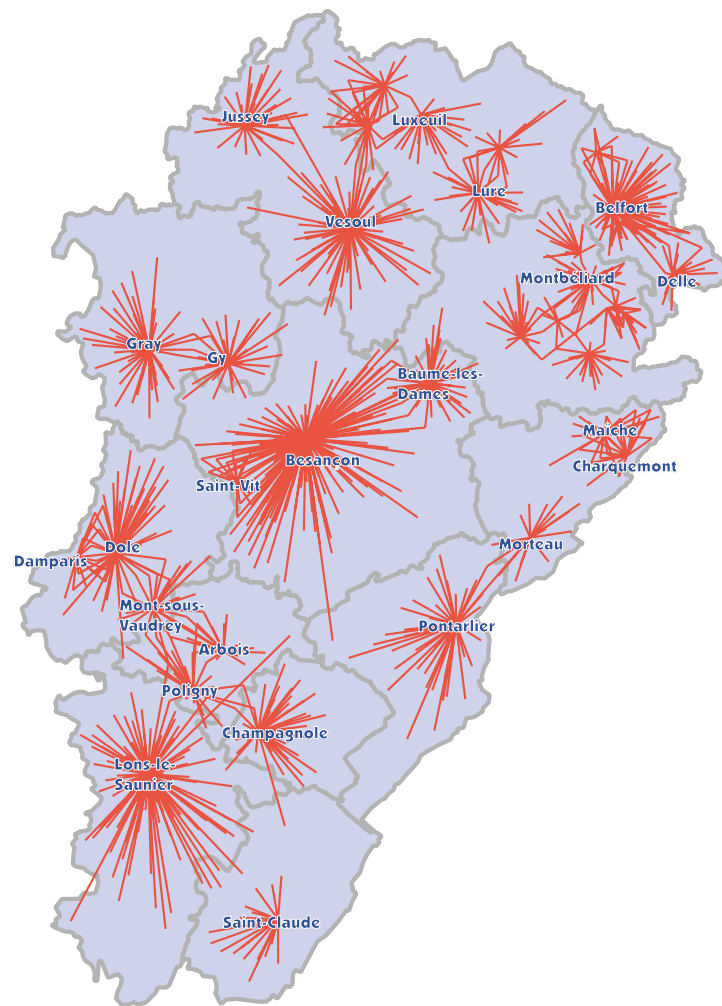
## La démarche

Deux méthodes complémentaires ont été mises en œuvre pour analyser les flux "patients/médecins généralistes". Elles ont permis de visualiser les attractions et de mettre en évidence l'existence de pôles en matière de soins de proximité.

La première méthode "méthode de flux", basée sur la représentation graphique des flux patients/médecins sous forme "d'oursins", permet d'interpréter de façon simple les relations existantes entre deux ou plusieurs communes et d'illustrer la force d'attraction des différents pôles. La deuxième méthode "méthode en bassins", basée sur les méthodes statistiques d'analyse de données multidimensionnelles (analyse factorielle des correspondances et classification ascendante hiérarchique) détermine des bassins de flux patients/médecins dont l'interprétation des relations est plus complexe.

## Franche-Comté

Pôles d'attraction pour le recours au médecin généraliste



## Les résultats

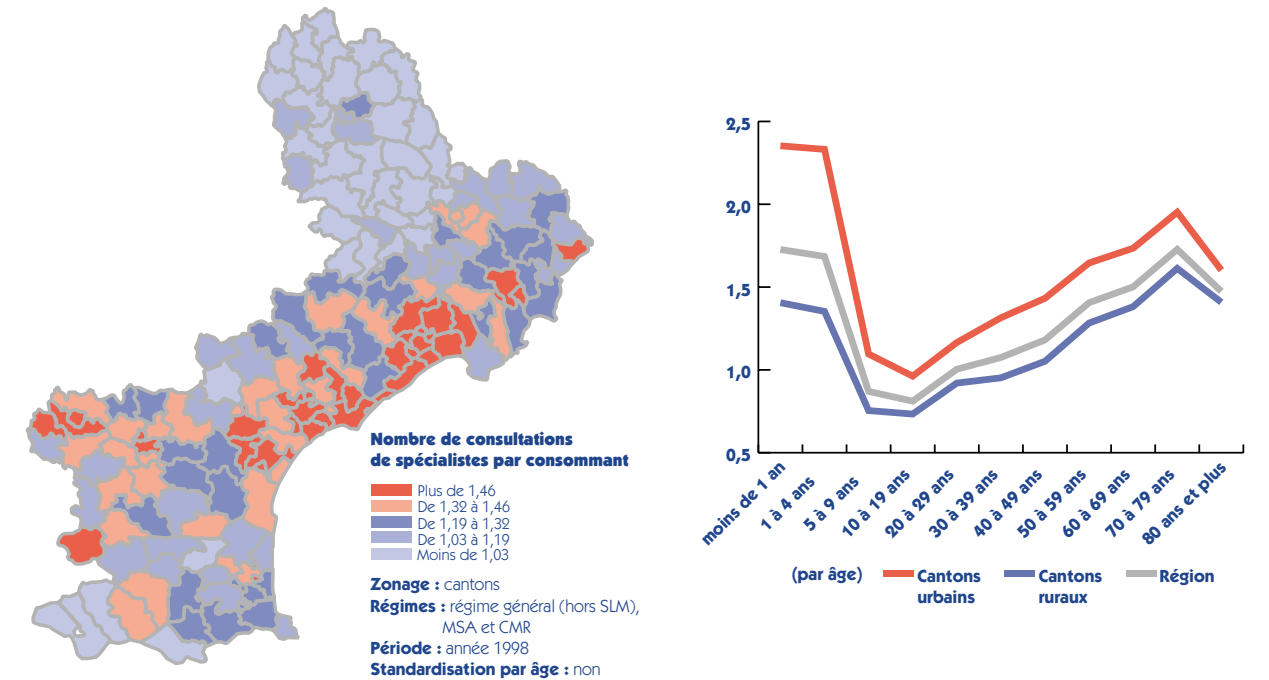
Seules certaines consommations ont des différences marquées entre cantons urbains et ruraux :

- la part des omnipraticiens dans l'activité médicale, plus élevée en milieu rural,
- les consultations de spécialistes par consommant, auxquelles les citoyens recourent davantage,
- les frais de transports, beaucoup plus importants pour les ruraux,
- dans une moindre mesure, les soins d'auxiliaires médicaux, un peu plus consommés en ville.

Ces quelques différences dans les structures de consommation de soins ambulatoires entre milieux urbains et ruraux ne se traduisent pas par des écarts importants en termes de niveaux de recours au système de soins.

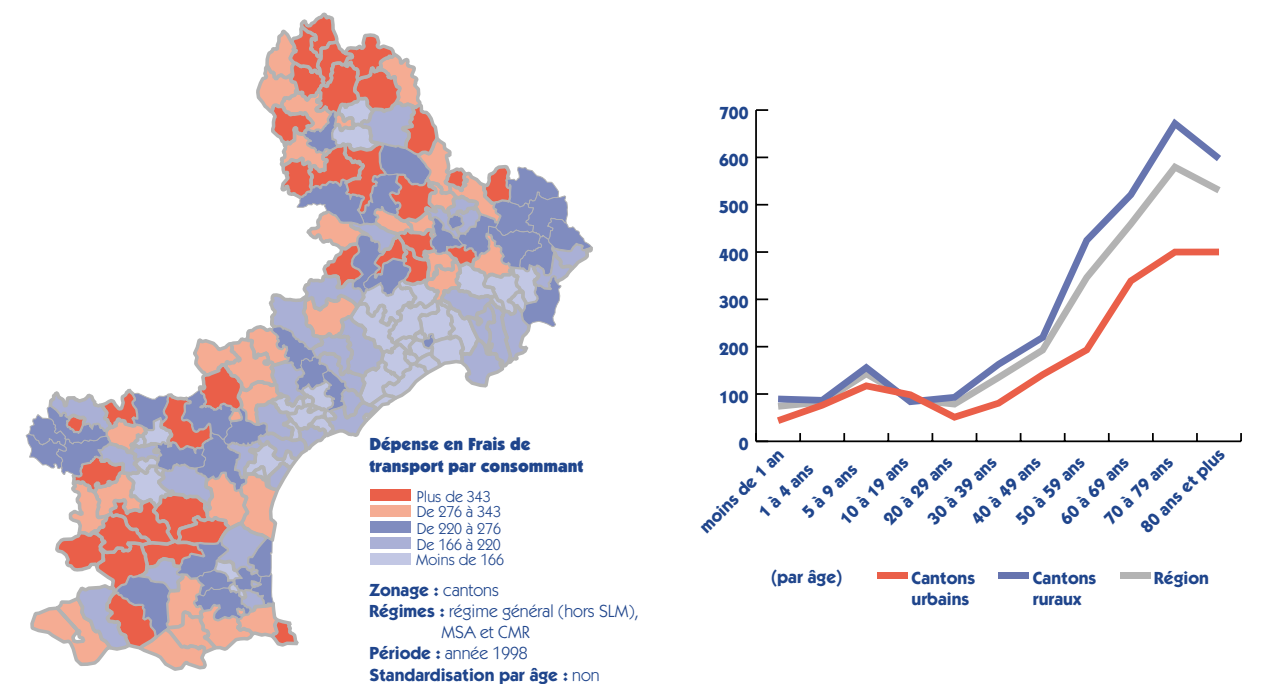
## Languedoc-Roussillon

Nombre d'actes de médecins spécialistes par canton et par âge



## Languedoc-Roussillon

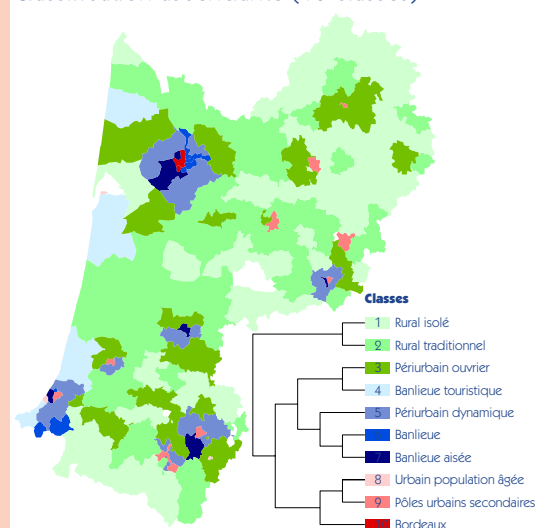
Dépenses en frais de transport (en Francs) par canton et par âge



# IL N'Y A PAS UN MAIS DES MILIEUX RURAUX, ET TOUS NE SONT PAS DEFAVORISES EN TERMES DE SANTE

## Aquitaine

Classification ascendante (10 classes)



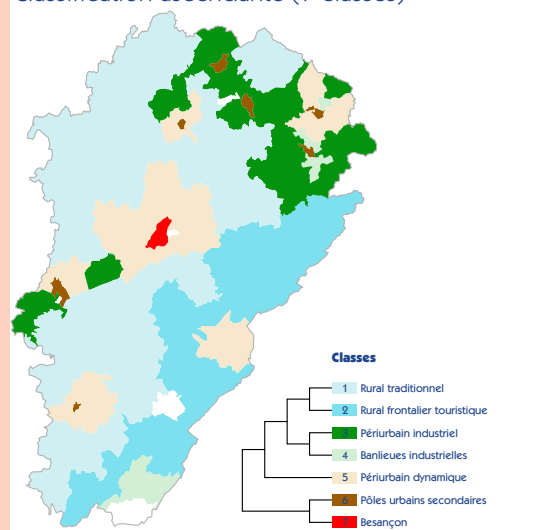
## La démarche

Les données collectées dans le cadre du projet sont nombreuses et de sources variées. Les informations concernent autant la consommation et l'offre de soins (indicateurs assurance maladie), que la démographie ou les caractéristiques socio-économiques des territoires (résultats du recensement de la population INSEE), ou encore l'état de santé des populations (données de mortalité INSERM).

Pour chaque région, une analyse en composantes principales de l'ensemble des variables a été menée afin de mieux comprendre les liens entre consommation, offre de soins, caractéristiques socio-économiques des cantons et santé.

## Franche-Comté

Classification ascendante (7 classes)



## Les résultats

L'analyse multifactorielle a permis la caractérisation de l'ensemble des cantons, avec des résultats comparables dans les trois régions :

- les cantons urbains et ruraux s'opposent clairement, avec des caractéristiques classiques qui sont, pour le milieu rural, des distances d'accès élevées à l'offre de soins libérale, des logements anciens et moins bien équipés, de faibles niveaux de formation et une proportion importante de personnes âgées, et pour l'espace urbain, une activité fortement "tertiarisée".

- se distinguent également des cantons favorisés et d'autres qui le sont moins, que ce soit en termes de richesse, de formation ou d'activité.

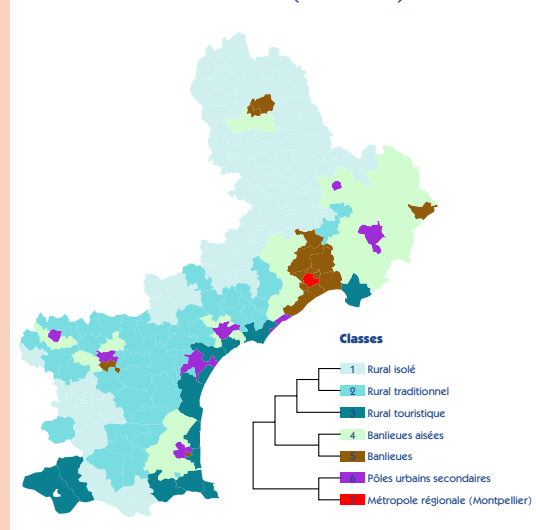
- les spécificités du milieu rural en termes de consommation de soins se résument à un moindre recours aux soins des médecins spécialistes.

- on trouve des cantons défavorisés du point de vue de la mortalité en milieu rural et en milieu urbain.

L'analyse en composantes principales a permis de définir des typologies régionales de cantons par le biais d'une classification ascendante hiérarchique : ces typologies sont illustrées par les cartes ci-contre. Enfin, une classification simultanée des cantons des trois régions a permis de confirmer qu'il existe des milieux ruraux, dont les caractéristiques diffèrent d'une région à l'autre.

## Languedoc-Roussillon

Classification ascendante (7 classes)



## Les résultats (suite)

Il n'existe pas un milieu rural homogène, mais des milieux ruraux dont la caractéristique commune est un accès géographique aux professionnels pas toujours satisfaisant. Les typologies constituées ici recouvrent la hiérarchie urbaine classique qui va du rural isolé aux banlieues et pôles urbains.

Une classification ne fournit pas un résultat absolu, mais une aide à l'interprétation et une synthèse des variables analysées : "une classification ne peut pas être vraie ou fausse, ou probable ou improbable, mais seulement profitable ou non profitable" (Lance, 1965).

Les trois classifications, réalisées sur chaque région, permettent de définir des zones que l'on peut qualifier de "défavorisées" quand les indicateurs de mortalité comparative ou prématurée sont élevés (caractères associés ou non à de faibles consommations). Les classes défavorisées sont les suivantes :

- En Franche-Comté, une classe "rurale (périurbain) industrielle", une classe "industrielle" (banlieues) et une classe constituée de "pôles secondaires".

- En Languedoc-Roussillon, une classe "rurale isolée" et une classe "pôles secondaires".

- En Aquitaine la classe correspondant à la ville de Bordeaux et une classe "pôles secondaires".

Cette énumération illustre bien la diversité du milieu rural, puisque la qualification rurale n'est pas synonyme systématiquement d'un désavantage. Elle illustre aussi la diversité des compositions sociales et démographiques cantonales. La seule classe défavorisée commune aux trois régions est le type "pôles urbains secondaires" (les pôles urbains, hors métropoles régionales), où la mortalité prématurée est forte. Le milieu rural se distingue plus par la consommation de soins, en termes de structures, avec un faible recours aux soins des spécialistes compensé en partie par le recours à l'omnipraticien plus important.

Cette diversité de la ruralité dans les régions est confirmée par la classification des cantons faite pour l'ensemble des trois régions (carte ci-dessous), et dans laquelle certaines classes "rurales" ne sont représentées que dans une ou deux des trois régions : c'est le cas du "rural industriel" en Franche-Comté ou du "rural touristique" en Aquitaine et Languedoc-Roussillon.

## Trois régions

Classification ascendante (9 classes)

- 1 Rural isolé : recours important aux omnipraticiens et mortalités brute et comparative élevées
- 2 Zones touristiques : population âgée, mortalité brute élevée, recours important aux visites d'omnipraticiens
- 3 Rural agricole : mortalité comparative évitable faible, recours important aux visites d'omnipraticiens
- 4 Rural industriel : mortalité comparative élevée et important recours aux omnipraticiens
- 5 Périurbain tertiaire : banlieue favorisée, consommation médicale importante, recours aux spécialistes et aux auxiliaires médicaux mortalité comparative faible
- 6 Périurbain dynamique : forte consommation de spécialistes, forte croissance démographique
- 7 Urbain défavorisé : pôles urbains et pôles secondaires, chômage, mortalité comparative globale et prématurée élevée
- 8 Urbain tertiaire : pôles spécifiques à la Franche-Comté, mortalité comparative élevée
- 9 Urbain : densité de population élevée, forte consommation de soins de spécialistes, mortalité comparative prématurée

