



LES HABITANTS DU RURAL CONSOMMENT 20 % DE SOINS HOSPITALIERS EN MOINS QUE CEUX DES VILLES

La réalité de l'inégalité d'accès des ruraux à l'hôpital reste très largement sous-documentée par une administration qui préfère se cacher derrière le voile de l'égalité républicaine. Une étude de l'AMRF y apporte pour la première fois la preuve par les chiffres : non, les habitants du monde rural n'ont pas le même accès aux soins hospitaliers que les habitants des villes.

Après l'analyse du rôle de l'hôpital de proximité pendant la crise sanitaire (36 000 Communes n°377–septembre 2020) le groupe d'étude mandaté par l'AMRF s'est penché sur les chiffres de l'hospitalisation en France pour apporter enfin une réponse à une question simple : Les habitants du monde rural ont-ils le même accès aux soins hospitaliers que les habitants des villes ? La réponse est sans appel, car on observe qu'à âge et sexe égal (donc avec le même besoin théorique d'accès aux soins), les habitants du monde rural ont 20% moins que leur homologues urbains recours aux soins hospitaliers.

Faire vivre la démocratie sanitaire

Les chiffres et la méthode détaillés dans les pages qui suivent ont pour objectif de fournir des données nouvelles susceptibles d'armer les élus dans leurs relations avec les tutelles, et plus largement de contribuer au débat pour faire vivre une démocratie sanitaire face à un État qui, empêtré dans son modèle d'aménagement du territoire centré sur le développement des métropoles, continue d'affaiblir les campagnes à grand renfort d'arguments statistiques. Faute de disposer d'un observatoire de la santé qui puisse permettre de recueillir facilement des données locales et d'en faire une analyse locale, la démocratie sanitaire doit être refondée sur un véritable débat contradictoire afin d'offrir de nouvelles solutions aux habitants du monde rural.

C'est l'objet de l'étude au long cours entamée par l'AMRF, afin de fournir aux citoyens et aux élus ruraux de nouveaux arguments face

au dogme centralisateur et apporter au débat public de nouvelles données pour se forger une opinion éclairée sur la réalité du désastre sanitaire français. Car si tout le monde pressent que les groupements hospitaliers ne tiennent pas leur rôle dans une répartition plus harmonieuse des soins, personne ne peut répondre à cette question, même pas les autorités de tutelles.

Documenter les différentes facettes de la désertification médicale pour y apporter une réponse immédiate

Constater qu'aujourd'hui, comme il y a 2 siècles, les ruraux sont en moyenne moins soignés à l'hôpital que les citadins à âge et sexe égal, permet donc d'apporter des clés de lecture complémentaires au vaste sujet de la désertification médicale. Là encore, tout semble question de proximité et de distance (comme le montre la carte en page 11). Or, faute de définition et de contraintes légales précises, les tutelles et les Agences régionales de santé (ARS) en tête, continuent de prôner la concentration des services hospitaliers au détriment des plus élémentaires principes de cohésion territoriale. Il ne s'agit pas en effet d'opposer les territoires entre eux, mais de constater que l'organisation de l'offre de soins en France génère de fortes inégalités d'accès, que le mythe de la rationalisation/concentration des groupements hospitaliers ne fait qu'accroître. Car une réalité statistique s'impose aujourd'hui grâce aux chiffres publiés par l'AMRF : les habitants du monde rural ne sont pas soignés à l'hôpital comme les habitants des mondes urbains.

Faute de disposer d'un observatoire de la santé, la démocratie sanitaire doit être refondée sur un véritable débat contradictoire



Malades des villes et malades des champs

PAR EMMANUEL VIGNERON

Nous vivons chez nous dans la méconnaissance des inégalités en général et des inégalités de santé en particulier. Nous vivons dans l'illusion bien commode de l'Égalité républicaine

et le voile de silence dont sont recouvertes ces inégalités permet de se prétendre « en accord » avec la devise de la République qui se suffit ainsi à elle-même. L'égalité de droit serait ipso facto une égalité de fait. C'est confondre l'objectif et la réalité. C'est aussi un moyen de s'affirmer à bon compte comme le phare de l'humanité, ainsi qu'on le faisait aux beaux temps de l'aventure coloniale. Nous entendons cela tous les jours : nous avons le meilleur taux de dépistage, aucun pays au monde ne fait aussi bien que nous, etc. : le ridicule ne tue pas.

Passé les rodomontades d'estrade, il reste que les inégalités sont durement ressenties par ceux qui les subissent, déniées par les autres qui

peuvent même y trouver quelque intérêt, inconnues du plus grand nombre. Ni les uns ni les autres n'en ont une vision claire. Mais souvenons-nous d'Albert Camus : « *Mal nommer un objet, c'est ajouter au malheur de ce monde* ». Et essayons ici de ne pas ajouter aux inégalités en entretenant la confusion. Essayons donc de bien nommer les choses.

« Les Hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un Peuple »

Le chirurgien
Jacques Tenon,
en 1788

La question est révélatrice du prix accordé à la vie des uns et des autres

Répondre à cette simple question pour laquelle on ne dispose d'aucun chiffre établi : Les habitants du monde rural ont-ils le même accès aux soins hospitaliers que les habitants des villes ?

La question est évidemment importante en soi pour ce qu'elle nous dit des risques encourus par chacun mais elle est aussi révélatrice de la prise en charge par la société tout entière de la santé de chacun et, si l'on pousse les choses, du prix finalement accordé à la vie des uns et des autres. Dire cela comme ça suppose toutefois un certain nombre de choses telles que :

- « on ne va pas à l'hôpital par plaisir »,
- « les soins hospitaliers en particulier et la médecine en général sont bons pour la santé »,

- « si la surconsommation de soins peut exister (c'est l'effet d'induction de l'offre sur la demande et encore faut-il la prouver), la sous-consommation n'a en revanche pas de raison d'être.

C'est une question pour laquelle les élus ne trouvent pas de réponse auprès des services « compétents » alors même qu'elle

dépasse, et de beaucoup, la seule question de la santé individuelle pour parler du dynamisme des territoires et de leur attractivité.

Mais plus profondément, si inégalités il y a, cela interroge la cohésion territoriale et finalement l'attachement à la République. Si le communautarisme se développe, le sécessionnisme ou à tout le moins le séparatisme le peut aussi. À quoi bon la République si elle n'assure plus les bases de l'Égalité pourtant garantie dans des domaines précisés par le préambule de 1946 ? L'abstentionnisme, le choix de votes extrêmes n'en sont-ils pas les signes de la possibilité ?

Éléments de méthode

La question est de savoir si les habitants du monde rural ont ou non le même accès aux soins hospitaliers que les habitants des villes ? Question importante donc mais comment l'étudier ? Avec quoi ? Deux séries de questions doivent être abordées, la première est la définition de ce que recouvre l'expression « soins hospitaliers », la seconde est la définition de ce qui est ville et ce qui est campagne, ou urbain et rural si l'on préfère.

Les soins hospitaliers

Ils nous sont connus par les données du PMSI, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information de l'hôpital. Imaginé dès 1983, il n'a été généralisé au secteur public qu'en 1999 puis à tous les établissements en 2002. Il en résulte des bases annuelles qui décrivent l'activité de tous les établissements publics et privés, lucratifs ou non dans les domaines de la Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO),

de la Psychiatrie et des Soins de Suite et de Réadaptation.

Le domaine de la MCO est le plus important. Il décrit près de 30 millions de séjours et de séances. Chaque séjour ou séance est décrit de manière anonyme : Age, sexe du patient, lieu de résidence habituel du patient, établissement d'hospitalisation, diagnostic médical, principal ou associé, nature des actes réalisés, cause et nature de séjour (appelé Groupe Homogène de Séjour ou GHS), etc...

**VOLUME DES SOINS
HOSPITALIERS DISPENSÉS
EN FRANCE EN 2019 EN FONCTION
DE LA GRILLE DE DENSITÉ**

Type de territoire et acitivité	Nombre de séjours ou de séances
1 - dense	11 228 234
Chirurgie	2 055 595
Interventionnel	1 271 129
Médecine	2 851 430
Nouveaux-nés	353 034
Obstétrique	538 493
Séances	4 158 553
2 - intermédiaire	9 349 834
Chirurgie	1 831 317
Interventionnel	1 081 347
Médecine	2 389 950
Nouveaux-nés	216 536
Obstétrique	339 928
Séances	3 490 756
3 - peu dense	8 521 916
Chirurgie	1 786 435
Interventionnel	997 175
Médecine	2 211 661
Nouveaux-nés	185 096
Obstétrique	272 464
Séances	3 069 085
4 - très peu dense	609 349
Chirurgie	123 736
Interventionnel	66 137
Médecine	175 560
Nouveaux-nés	9142
Obstétrique	13 987
Séances	220 787

Le lieu de résidence habituel du patient est un code postal, là où la population est suffisamment nombreuse pour ne pas permettre une levée de l'anonymat un regroupement de code postal quand cela serait possible. Au total, on compte 5 637 codes postaux en France (DOM compris bien sûr) soit davantage que de cantons d'avant la réforme de 2014 (4055) et à fortiori que de nouveaux cantons (2074), ce qui donne aux observations une finesse acceptable et néanmoins compatible avec les règles de la significativité statistique.

Les soins hospitaliers sont de nature variée. Le PMSI ne décrit que les séjours (même de quelques heures) et les séances (chimiothérapie et dialyse essentiellement). Ils peuvent être rangés selon leur domaine médical d'une part. On distingue traditionnellement la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, et, désormais en raison du développement des techniques interventionnelles, à mi-chemin de la médecine et de la chirurgie invasive, un domaine nouveau et à part s'est constitué. Qualifié d'interventionnel, il concerne la cardiologie, la radiologie, la gastro-entérologie. Enfin le développement de la néonatalogie, notamment avec l'augmentation des naissances vivantes de faible poids conduit à l'identification d'un domaine particulier, celui de la néonatalogie. Ils sont aussi rangés selon la nature du séjour (voir tableau de détail page suivante), séjour en hospitalisation ambulatoire de moins de

24 heures (classés J), de « très courte durée » (inférieure à 2 jours, classés T), complète de plusieurs jours. Dans ce dernier cas ils sont rangés aussi en fonction de leur sévérité selon quatre niveaux, du moins au plus sévère, 1,2,3,4 pour la chirurgie, la médecine, l'interventionnel, ou A,B,C,D pour la néonatalogie et l'accouchement.

Les territoires

Avec la différenciation forte des territoires datant de la fin du XIX^e siècle, puis surtout avec la croissance urbaine du XX^e siècle, puis les phénomènes de métropolisation, périurbanisation et littoralisation à partir du dernier quart du XX^e siècle de nombreuses typologies des territoires ont été proposées. Récemment l'INSEE a établi une nouvelle typologie fondée sur une grille communale de densité. La grille communale permet ainsi de distinguer quatre catégories de communes : les communes densément peuplées, les communes de catégorie intermédiaire, les communes peu denses, les communes très peu denses (voir tableau). C'est cette typologie à l'élaboration de laquelle participe en France l'AMRF dans le cadre de l'Agenda rural, que nous avons ici utilisée. Relèvent du monde urbain les deux premières catégories, et du monde rural les deux dernières peu denses et très peu denses. Ce que l'on considère donc comme rural représente 90% de la superficie de la France, 90% des communes et le tiers de la population de la France.

Type d'espace	Communes		Superficie		Population municipale 2016 (2019)	
	nb de communes	%	(km²)	%	nb d'habitants	%
1 dense	822	2%	9 638	2%	25 411 462	38%
2 intermédiaire	3 388	10%	61 122	10%	19 983 021	30%
3 peu dense	18 773	54%	359 854	59%	19 869 740	29%
4 très peu dense	12 011	34%	181 296	30%	2 450 232	4%
Total	34 994	100%	611 910	100%	67 714 455	100%

Résultats

Quel est donc le niveau de consommation de soins hospitaliers ? Il faut, pour l'apprécier indépendamment du jeu de ce que l'on appelle des biais statistiques (comme l'inégale composition par âge et sexe des populations), mesurer réellement le risque d'être hospitalisé selon le

type de territoire dans lequel on vit. Pour ajuster les taux afin de neutraliser ces biais, on calcule ainsi des Indices Comparatifs d'Hospitalisation (ICH) comme on calcule souvent des Indices Comparatifs de mortalité (ICM). On pratique ainsi ce que l'on appelle une standardisation indirecte en recourant à la méthode des taux-types, le plus souvent dans des cas comparables au notre, la moyenne nationale ou la moyenne jugée de référence, par exemple ici celle des espaces denses. La situation observée s'interprète ainsi en termes de sur ou sous-hospitalisation et le rapport ainsi formé est nommé Indice Comparatif d'Hospitalisation.

ESPACES DE VIE ET CONSOMMATION DE SOINS HOSPITALIERS				
Indices comparatifs d'hospitalisation (valeur espaces dense =100)				
type d'espace	4 très peu dense	3 peu dense	2 intermédiaire	1 dense
séances	69	80	92	100
Hospitalisation complète	89	95	100	100
Ensemble Hospitalisation	81	89	97	100

source : PMSI 2019

Calculs E.Vigneron sept 2020

INDICES COMPARATIFS D'HOSPITALISATION PAR GRAND DOMAINE D'ACTIVITÉ, SÉVÉRITÉ ET TYPE D'ESPACE DE VIE DES PATIENTS				
Domaine et sévérité	4 très peu dense	3 peu dense	2 intermédiaire	1 dense
Chirurgie	94	104	105	100
niveau 1	110	113	111	100
niveau 2	103	103	107	100
niveau 3	94	99	102	100
niveau 4	87	91	94	100
niveau J	85	100	103	100
niveau T	66	88	93	100
Interventionnel	81	92	99	100
niveau 1	97	99	105	100
niveau 2	89	90	95	100
niveau 3	74	79	87	100
niveau 4	70	75	86	100
niveau J	75	89	98	100
niveau T	69	85	90	100
Médecine	91	91	98	100
niveau 1	99	96	104	100
niveau 2	104	99	105	100
niveau 3	100	99	103	100
niveau 4	96	96	102	100
Néonatalogie	71	77	87	100
niveau A	76	82	90	100
niveau B	56	67	79	100
niveau C	40	46	59	100
niveau D	116	79	101	100
Obstétrique	87	93	104	100
niveau A	86	96	102	100
niveau B	64	78	93	100
niveau C	76	78	93	100
niveau D	51	70	91	100
Séances	69	80	92	100
Total HC	89	95	100	100
Total HC et séances	81	89	97	100

source : PMSI 2019

Calculs E.Vigneron sept 2020

Résultats : une incontestable sous-hospitalisation en milieu rural

Les indices comparatifs d'hospitalisation en fonction de la grille de densité montrent :

— **Une progression continue des valeurs depuis les territoires les moins peuplés jusqu'aux centres urbains les plus denses**

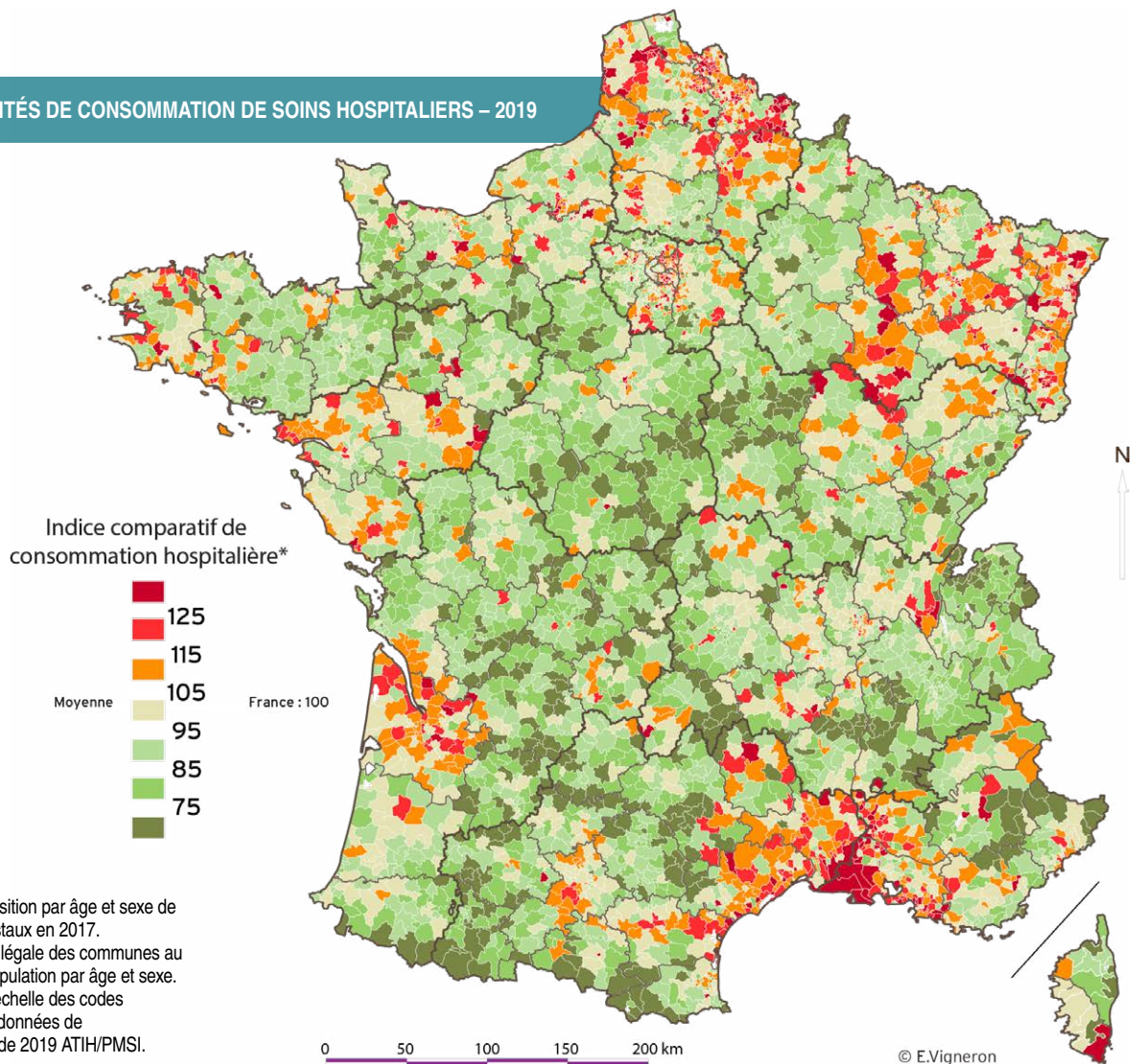
Ces chiffres n'éliminent pas en soi la possibilité que cette sous-hospitalisation soit liée au fait que les habitants de la campagne se portent mieux et ont moins besoin de soins... (ce qu'une prochaine série d'étude viendra infirmer). La carte ci-contre suggère au contraire une forte corrélation avec la distance aux centres hospitaliers et incidemment, l'absence de médecins traitants : là où il n'y pas de médecins libéraux qui dépistent et adressent le patient à l'hôpital, moins de patients vont à l'hôpital.

— **Ces variations se retrouvent toujours constamment en moyenne dans tous les segments d'activité observés.**

Il s'agit d'une tendance générale qui s'explique bien par la localisation urbaine du système hospitalier. L'éloignement joue partout et donne la preuve des inégalités territoriales en matière d'accès aux soins : les habitants ont recours à l'hôpital de manière très contrastée en fonction de leur lieu d'habitation, ce qui est, sinon inattendu, mais totalement anormal dans un pays qui fait de l'accès de tous aux soins la base des principes de l'égalité républicaine.

Les sigles et la nomenclature du tableau sont précisés dans le texte page 9. *Par rapport une situation de référence (base 100) observée dans les espaces denses, l'indice comparatif d'hospitalisation s'interprète ainsi en termes de sur-hospitalisation ou de sous-hospitalisation. Les ICH sont comparables entre eux puisqu'ils ont la même base. Un ICH de 80 signifie ainsi que l'hospitalisation est inférieure de 20% à ce que l'on devrait observer si les habitants du territoire se comportaient comme ceux du territoire de référence.*

CARTE DES INÉGALITÉS DE CONSOMMATION DE SOINS HOSPITALIERS – 2019



* Indice ajusté sur la composition par âge et sexe de la population des codes postaux en 2017.
Sources : Insee, population légale des communes au 1^{er} janvier et données de population par âge et sexe. Données recomposées à l'échelle des codes géographiques du PMSI et données de consommation hospitalière de 2019 ATIH/PMSI.

- La carte représente à âge et sexe égal la consommation hospitalière des populations en fonction de leur code postal de résidence. L'indice 100 correspond à la moyenne nationale. La carte oppose ainsi deux grands ensembles : des zones où les habitants consomment plus que la moyenne (teintes jaune à rouge) et des zones de sous-consommation (teintes vert à vert foncé).
- On remarque que sauf exceptions, les zones de forte consommation de soins hospitaliers correspondent aux zones urbaines et aux couloirs de circulation les reliant (à noter par exemple l'axe remarquable du couloir audois). Et à l'inverse, on a des zones de sous-consommation qui correspondent très largement à la France rurale et encore plus aux zones de montagne et de faible densité du Morvan aux montagnes pyrénéennes.
- On observe par ailleurs assez bien à une échelle fine les limites des départements ou des anciennes régions, avec une sous-consommation à mesure que l'on s'éloigne du chef-lieu (là où se situe la principale offre de soins hospitaliers).
- On retrouve bien sur la carte la situation que les tableaux de chiffres résumés en rangeant les territoires selon leur degré de ruralité, c'est-à-dire leur densité de population.

« Ce qui est consommé en moins en soins dans les zones rurales est en fait une part de renoncement aux soins. Là où il y a les déserts médicaux, il n'y a pas de médecins donc pas de soins à l'hôpital. C'est la double peine. Pour aller consulter un spécialiste, il faut une lettre du médecin traitant. Nos habitants sont pénalisés »

Isabelle Dugelet, maire de La Gresle (42)

- Cela pose un problème d'inégalité et d'inéquité criant : avec des zones où les habitants consomment beaucoup, qui sont systématiquement des zones de grandes villes ou de conurbations.
- Cette carte traduit un vrai problème de cohésion. Alors que les territoires ruraux sont attractifs (notamment du fait de la crise sanitaire et du développement du télétravail), l'accès aux soins hospitaliers y est fortement dégradé.

Des données qui alimentent le débat sur les Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Les chiffres et valeurs présentés dans ce dossier font écho aux observations plus qualitatives de la Cour des Comptes en ce début d'octobre 2020. Dans la partie de son rapport consacrée à l'application des lois de financement de la sécurité sociale rendu le 7 octobre 2020 la Cour des Comptes porte un jugement très sévère sur les GHT auxquels elle consacre un chapitre de 20 pages environ. Elle détaille ce jugement et documente ses critiques dans une communication faite le même jour à la commission des Affaires Sociales du Sénat sous la forme d'un rapport spécifique aux GHT et riche de plus de 180 pages.

Rappelons que les GHT ont été créés en juillet 2016 en application de la loi de modernisation de notre système de santé et avaient, ainsi que le souligne la Cour, « pour ambition d'apporter des corrections significatives aux faiblesses structurelles du système hospitalier public, de corriger les inégalités territoriales dans l'accès aux soins des populations et de mettre en œuvre une politique résolue de rationalisation et de mutualisation de la gestion », ce à quoi tout le monde pouvait souscrire sans être dupe de l'objectif de réduction des dépenses de santé. Aujourd'hui, l'absence d'évaluation et de prospective territoriale rendent urgente la nécessité de revoir la gouvernance des GHT, en y associant pleinement les élus.

Un jugement très sévère de la Cour des Comptes - Florilège

— « Des inégalités d'accès aux soins qui persistent [...] Le découpage territorial des GHT aurait dû contribuer à corriger les inégalités d'accès aux soins sur le territoire. Pourtant, il a abouti à la constitution de GHT hétérogènes [...] Du fait de cette hétérogénéité, tous les GHT ne sont pas en mesure d'offrir un panier de soins homogène ».

— « Les GHT dépourvus d'une partie de l'offre de soins minimale sont dans la plupart des cas ceux dans lesquels ne figurent qu'un faible nombre d'établissements sanitaires. Cette situation est aggravée par le fait qu'ils sont majoritairement implantés dans des territoires défavorisés en termes d'indicateurs de santé »

— « Alors que la loi pousse les GHT à mettre en œuvre une stratégie d'intégration marquée - entre les établissements membres dans le but d'améliorer la gradation des soins et la mutualisation des fonctions médicotextuelles et de support, l'analyse réalisée par la Cour montre que la logique propre à chaque établissement continue à largement prédominer ».

— « Le manque de ressources médicales constitue un facteur de blocage

omniprésent [...] Cette situation [...] peut conduire également à une forme de désintérêt et à un désengagement des personnels médico-soignants du GHT, organisation perçue par eux comme bureaucratique ».

— « Les entretiens et travaux menés par la Cour ne permettent pas de conclure à un impact notable des GHT, tant en matière d'offre de soins que de consommation de soins sur le territoire ».

— « La mesure des résultats de la réforme des GHT n'a pas été réalisée de manière continue par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) du ministère de la santé et des solidarités. Aucun indicateur n'a été élaboré pour évaluer les écarts d'intégration qui existent entre les différents GHT ».

— « Les conventions constitutives elles-mêmes sont, à ce stade, purement descriptives et peu engageantes pour les établissements. Elles ne présentent pas d'objectifs précis à atteindre et ne comprennent pas d'indicateurs de mesure de résultats ».

— « Cette absence d'une politique formalisée d'évaluation de la mise en œuvre et des réalisations des GHT leur porte aujourd'hui préjudice, puisqu'elle ne permet pas de déterminer leurs incidences sur l'offre publique de soins ».

Une étude sur l'accès aux soins en milieu rural financée grâce à un partenariat

L'AMRF, APIVIA Mutuelle et la MNFCT partagent de nombreux enjeux concernant l'accès aux soins et la prévention dans le monde rural. La lutte en faveur du maintien ou du développement de l'accès aux soins en zone rurale, l'accompagnement des habitants et la création d'alliances territoriales sont des sujets essentiels pour les trois structures qui ont signé un partenariat afin de favoriser la réalisation d'une étude scientifique et de vulgarisation sur les enjeux de l'accès aux soins en milieu rural.

Cette étude est confiée au chercheur et professeur des Universités, Emmanuel Vigneron, spécialiste du sujet et auteurs de nombreuses études dans le domaine fera l'objet d'une succession de publications dans 36000 Communes. Un partenariat a également été noué avec Radio France pour nourrir le débat public sur l'avenir du service public de la santé dans les territoires.

