

## Équipements de santé et territoires en Pays de la Loire, 1967-2000

**Valérie JOUSSEAUME**

UMR 6590 CNRS – CESTAN, Nantes  
BP. 81227  
44312 – NANTES Cedex 3

**Résumé :** En une génération, les services de santé de proximité se sont largement diffusés dans les communes rurales de plus de 1 000 à 2 000 habitants. À l’opposé, les services hospitaliers de chirurgie et d’obstétrique se sont concentrés, par étapes, vers les préfectures et sous-préfectures. Cette redistribution des fonctions sanitaires pose à la fois la question économique de l’emploi en milieu rural, et la question territoriale de la capacité des petites villes à structurer leur "pays".

**Mots-clés :** France. Pays de la Loire. Santé. Petite ville. Rapports ville-campagne. Aménagement du territoire.

**Abstract :** Between 1967 and 2000, consulting-rooms, surgeries and chemist’s shops have opened in most of the villages of more than 1 000 or 2 000 inhabitants. At the same time, surgical and obstetrical departments have been concentrating in the prefectorial towns. This new division of the medical corps has a twofold interest. On one hand, it puts the economical issue of employment in the rural area. On the other hand, it raises a territorial question of possibilities for the little towns to organize their own district.

**Key words :** France. Pays de la Loire. Health. Small Town. Rural-urban Relations. Territorial Planning.

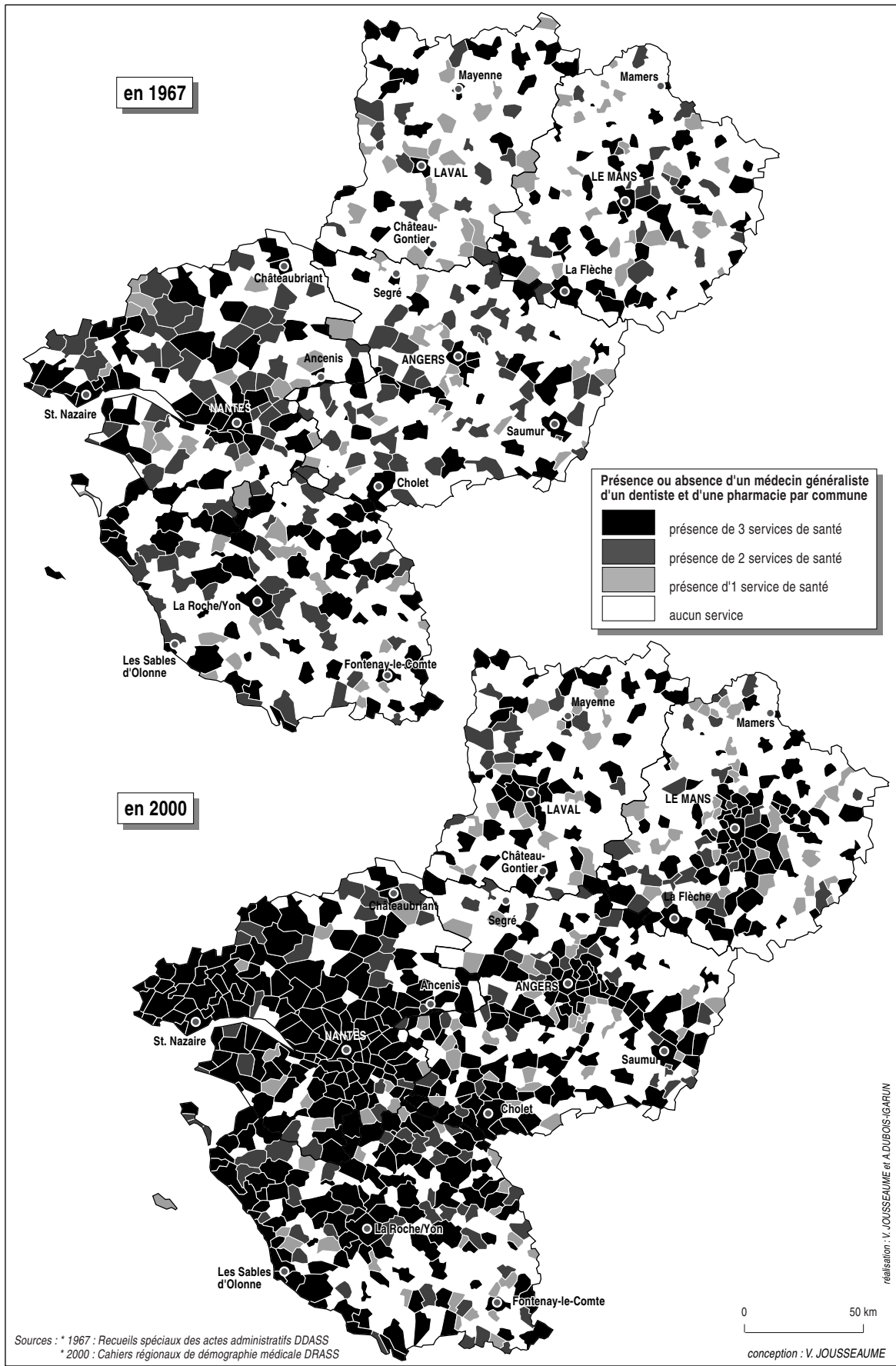
La santé est une préoccupation majeure de notre société par de multiples aspects, parmi ceux-ci l’égalité d’accès aux soins, à travers la répartition spatiale des équipements de santé. Très régulièrement, la presse régionale se fait l’écho des oppositions locales face à la restructuration hospitalière qui touche les plus petits hôpitaux. En novembre dernier, le quotidien *Ouest-France*<sup>(1)</sup> relayait le conseil national de l’ordre des médecins, agitant la menace d’une "désertification" médicale de certaines campagnes françaises. À partir du cas de la région des Pays de la Loire, nous avons tenté de mener, sur le moyen terme, une observation localisée de la relation entre les équipements de santé et les territoires. Ainsi, de 1967 à 2000, la géographie des équipements de santé en Pays de la Loire s’est considérablement modifiée. En une génération, les services de santé de proximité se sont largement densifiés et diffusés dans les communes rurales. À l’opposé, l’hôpital rural s’est transformé en centre de convalescence ou de rééducation, laissant les fonctions de spécialité aux villes, conformément à la tendance nationale.

### I - LA DIFFUSION DES SERVICES DE SANTÉ DE PROXIMITÉ

Entre 1968 et 1999, les recensements indiquent un accroissement de la population régionale de 25 %. Sur une période comparable, entre 1967 et 2000, le nombre de pharmacies a été multiplié par 1,6, passant de 789 à 1 241. Les dentistes, plus de 1 700 aujourd’hui, sont deux fois plus nombreux qu’il y a 30 ans. Les médecins généralistes, 1 152 à exercer en cabinet en 1967, sont aujourd’hui 3 296, soit trois fois plus, conformément à la moyenne française. Cette croissance n’est pas uniforme géographiquement et cette inégalité s’explique à la fois par des structures de peuplement différenciées et le niveau d’urbanisation.

#### A - L’effet de la structure de peuplement

L’équipement sanitaire communal reflète à la fois la structure de peuplement et le dynamisme démographique (fig. 1 et 2).



**Fig. 1 et 2 : Diffusion des services de santé de proximité**

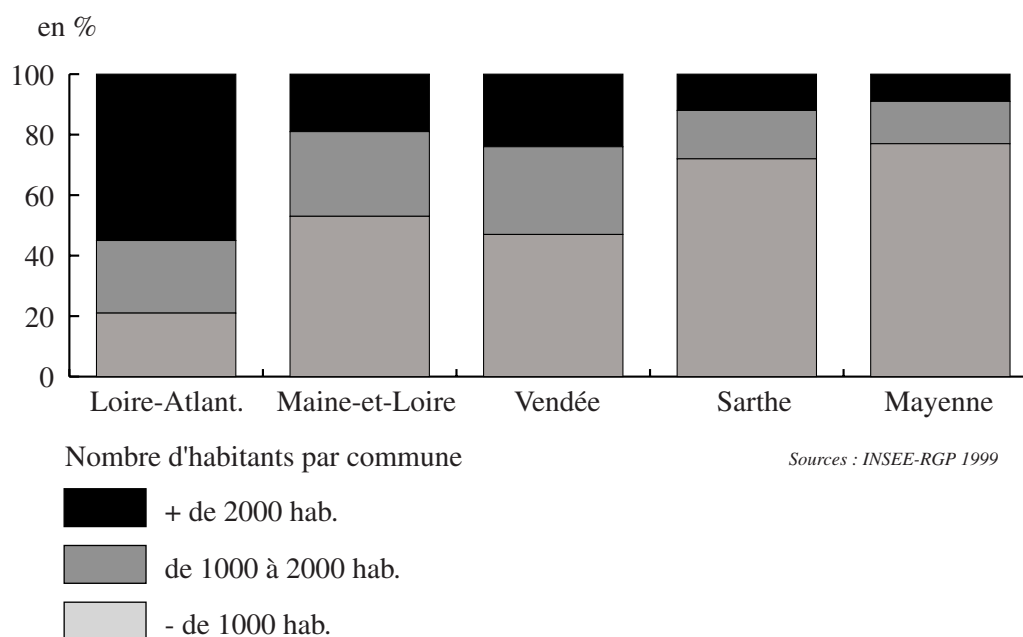
À l'ouest de la région, un découpage communal plus large, des densités plus fortes et une croissance démographique plus vive, favorisent un équipement des communes meilleur que dans l'est (tableau 1).

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Vendée	Sarthe	Mayenne
Population 1999	1 132 024	732 455	539 362	529 366	285 310
Nombre de communes en 1999	221	364	283	375	261
Nombre moyen d'hab. par commune en 1999	5122	2012	1905	1411	1093
Densité départementale	166	102	80	85	55
Densité rurale	57	48	50	39	31
Évolut° démographique 1968-1999	+31,4 %	+25,1 %	+28 %	+14,6 %	+12,9 %

Sources : INSEE, RGP 1968 et 1999

**Tableau 1 : Peuplement et dynamisme démographique en Pays de la Loire**

En Loire-Atlantique, 80 % des communes dépassent 1 000 habitants, seuil au-delà duquel apparaît le cabinet médical. Trois-quarts des communes ont plus de 1 500 habitants, ce qui permet l'installation d'un dentiste, d'un masseur-kinésithérapeute. Plus d'une commune sur deux compte plus de 2 000 habitants, seuil d'apparition des pharmacies et des maisons de retraite (Jousseau, 1996). Il en est de même dans la grande moitié nord de la Vendée, dans les Mauges, le long de la Loire jusqu'à Saumur.



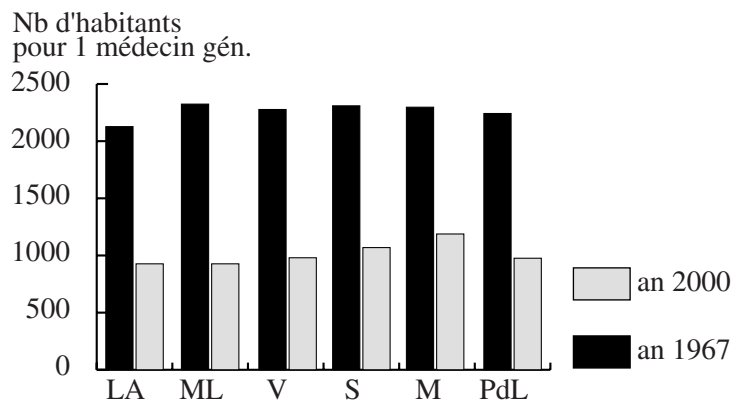
**Fig. 3 : Taille des communes dans les départements des Pays de la Loire**

À l'opposé, au nord-est de l'axe Châteaubriant /Angers /Doué-la-Fontaine, les densités humaines sont moindres, les communes sont de plus petite dimension et sont donc moins peuplées. En Mayenne, 77 % des communes n'atteignent pas 1 000 habitants, et n'offrent pas la clientèle potentielle pour l'installation de services de santé de base. 9 % des communes seulement ont plus de 2 000 habitants et sont donc susceptibles d'offrir l'ensemble des équipements de santé de proximité : médecin généraliste, pharmacie, dentiste, masseur-kinésithérapeute, maison de retraite. En Sarthe 72 % des

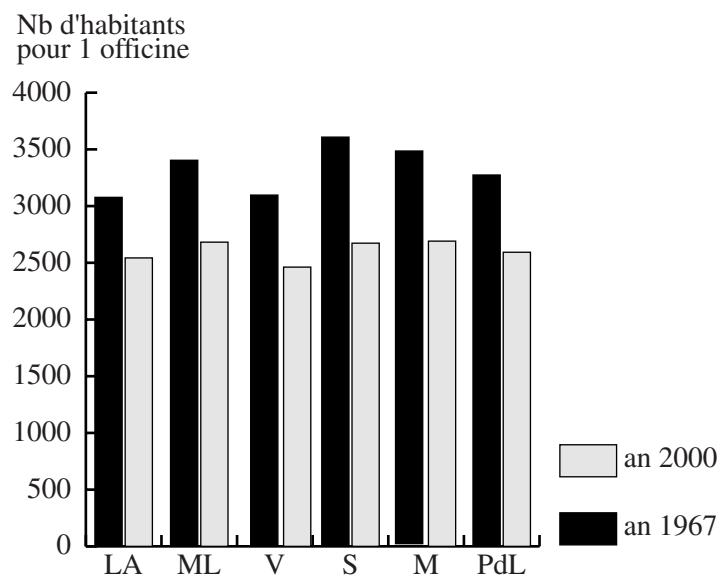
communes ont moins de 1 000 habitants et 12 % seulement des communes ont plus de 2 000 habitants (fig. 3). On trouve également le même type de peuplement dans la plaine du Sud vendéen. Dans ces espaces ruraux, c'est le chef-lieu de canton qui regroupe l'ensemble des équipements de santé de proximité.

### B - L'effet de l'urbanisation

En 2000, les Pays de la Loire comptent une densité moyenne de 1 médecin généraliste pour 976 habitants et 1 pharmacie pour 2 593 habitants (fig. 4 et 5).

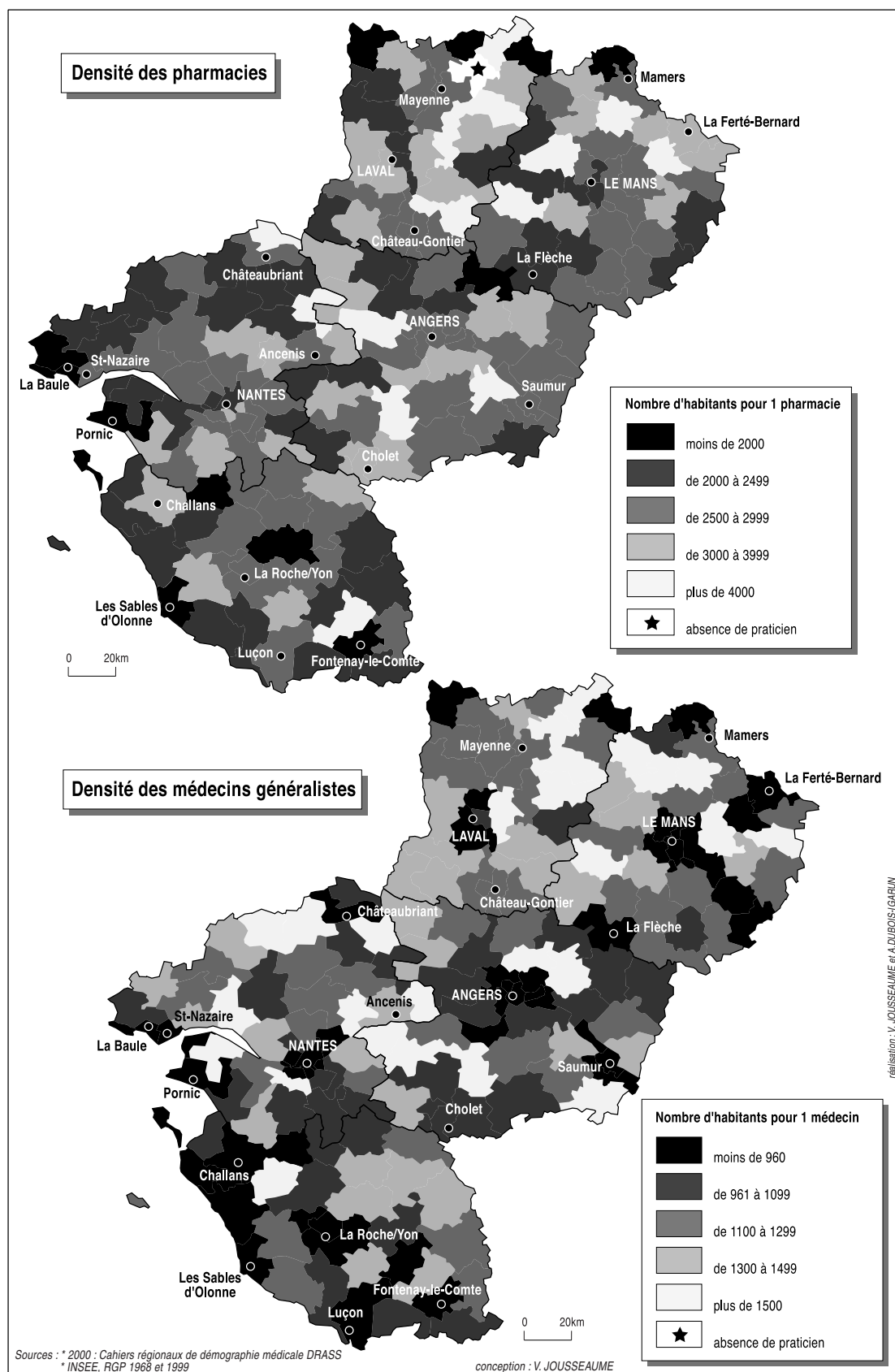


**Fig. 4 : Densité des médecins généralistes en 1967 et en 2000**



**Fig. 5 : Densité des pharmacies en 1967 et en 2000**

À l'échelle départementale, les densités des pharmacies sont relativement homogènes du fait de l'autorisation des ouvertures conditionnées par un volume de clientèle potentielle. Une pharmacie peut être créée par tranche de 3 000 habitants dans les communes de plus de 30 000 habitants, 2 500 habitants dans les communes de 5 000 à 30 000 habitants et 2 000 habitants dans les communes de moins de 5 000 habitants. Depuis la loi du 27 juillet 1999, le quorum nécessaire à l'ouverture d'une officine dans les espaces ruraux a été réévalué à 2 500 habitants. La Vendée et la Loire-Atlantique sont légèrement mieux dotées en raison des densités côtières élevées.



**Fig. 6 et 7 : Densité cantonale des pharmacies et des médecins généralistes en 2000**

La densité des médecins généralistes est plus forte que la moyenne régionale, en Loire-Atlantique et Maine-et-Loire (un médecin pour 927 habitants), départements les plus urbanisés de la région. À

l'opposé, la Sarthe et la Mayenne plus rurales, sont moins bien pourvues, avec un médecin pour presque 1 200 Mayennais. Les écarts restent toutefois modestes à cette échelle, variant de 1 à 1,3.

À l'échelle cantonale, tant pour les pharmacies que pour les médecins généralistes, les écarts de densité varient de 1 à 2. Le rapport entre le nombre de praticiens et la population par canton en 2000, souligne en général un meilleur équipement des principales agglomérations et du linéaire urbain littoral (fig. 6 et 7). Les espaces ruraux ont des densités sanitaires moindres. Les densités les plus faibles concernent les périphéries départementales, entre la Mayenne et la Sarthe en particulier, entre la Loire-Atlantique et le Maine-et-Loire autour d'Ancenis également.

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Pays de la Loire
<b>Pharmacies en 1967</b>	280	172	73	128	136	789
<b>Pharmacies en 2000</b>	445	273	106	198	219	1241
<b>Médecins en 1967</b>	405	252	110	200	185	1152
<b>Médecins en 2000</b>	1221	790	240	495	550	3296

Sources : DDASS 1967 et DRASS 2000

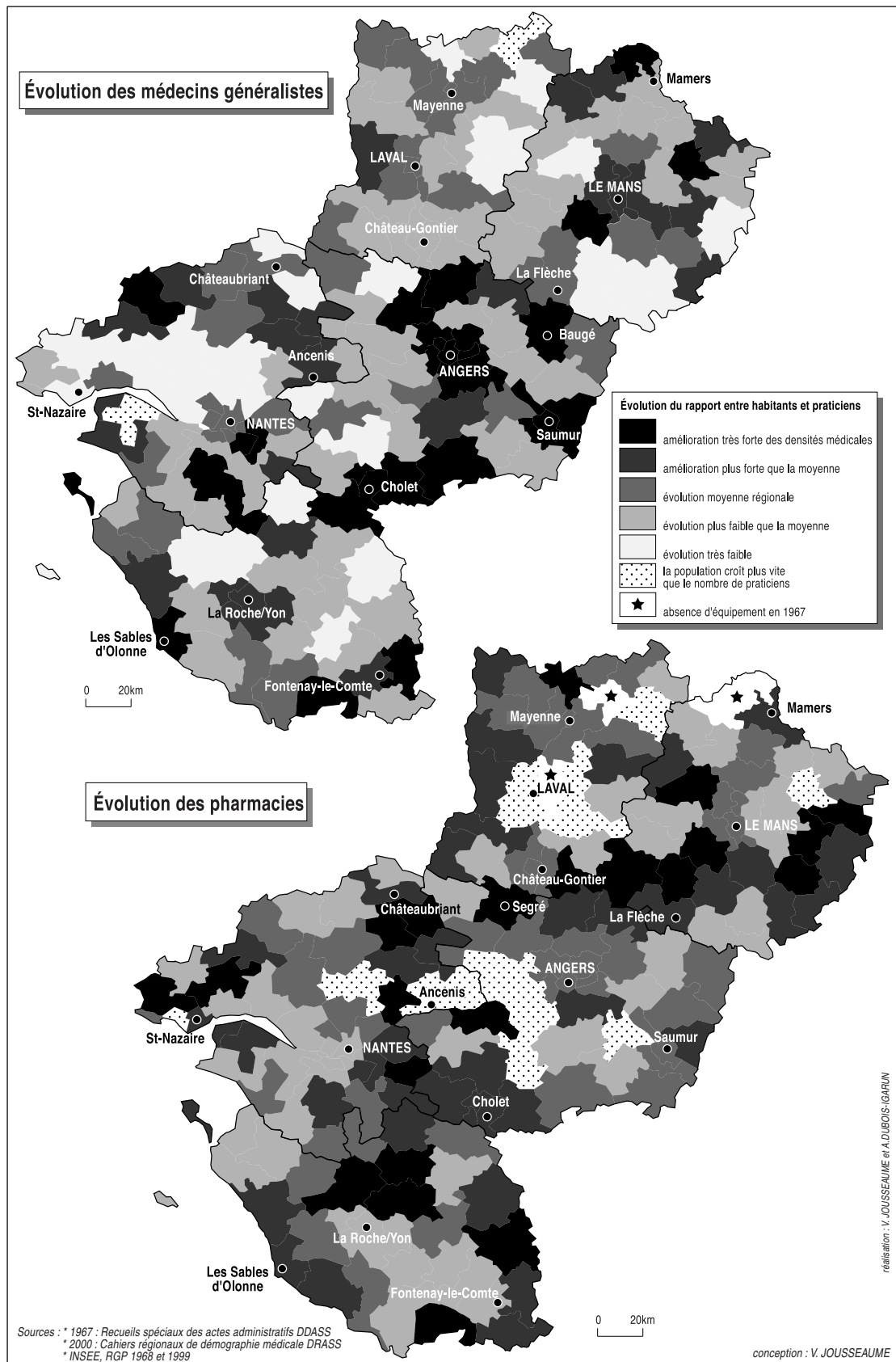
**Tableau 2 : Nombre de pharmacies et de médecins généralistes en cabinet en 1967 et en 2000**

Entre 1967 et 2000, partout les densités sanitaires se sont améliorées. Celles-ci ont néanmoins évolué très diversement selon qu'il s'agisse des pharmacies ou des médecins. Les médecins généralistes, agissant dans un système libéral, sont sensibles au tropisme des villes.

Ainsi, la Mayenne, département le plus rural des Pays de la Loire, a enregistré une croissance de la densité des médecins partout plus faible que le reste de la région (fig. 8). L'évolution de l'installation des médecins généralistes a favorisé le renforcement de l'offre des foyers urbains, grands et petits, en Vendée, Maine-et-Loire et Sarthe. Même si elle est plus modeste qu'en ville, les espaces ruraux y connaissent quand même une croissance des densités médicales. La Loire-Atlantique fait un peu exception. Ici, les espaces ruraux ont connu un rattrapage médical, vis-à-vis des grandes villes sans doute saturées. En effet, Nantes, Saint-Nazaire et La Baule, Châteaubriant conservent, malgré cette tendance, des densités médicales fortes. C'est surtout dans l'espace périurbain, soumis aux attractions croisées de Nantes et de Saint-Nazaire, que les nouvelles installations de médecins pourtant nombreuses, compensent à peine la croissance démographique.

Du fait du contrôle des installations par la profession, l'évolution des densités des pharmacies reste moins sensible au niveau d'urbanisation (fig. 9). La tendance 1967-2000 favorise en effet plutôt le rattrapage des périphéries départementales rurales. Les zones urbaines enregistrent des croissances faibles. Dans l'espace périurbain de Laval, la population augmente même plus vite que le nombre de pharmacies. Il en est de même entre Nantes et Angers au nord de la Loire. Cette tendance favorise une harmonisation des densités entre l'urbain et le rural.

À quelques rares exceptions, tout l'espace des Pays de la Loire connaît depuis 30 ans une amélioration de son équipement de santé de proximité. Il y a partout plus de médecins généralistes par habitant qu'il y a trente ans. Le nombre de communes équipées s'est considérablement accru. La région des Pays de la Loire n'a néanmoins pas un peuplement totalement homogène. C'est pourquoi, dans la partie occidentale de la région, la santé de proximité s'inscrit dès l'échelle communale. En revanche, dans la partie orientale, la santé de proximité est d'échelle cantonale, à l'exception des agglomérations mancelle et lavalaise.



**Fig. 8 et 9 : Évolution de la densité cantonale des médecins généralistes et des pharmacies entre 1967 et 2000**

## II - LA CONCENTRATION DE L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER

Comme le montre la figure 10, en 1967, les services chirurgicaux ou obstétricaux sont présents jusque dans les bourgs-centres de plus de 4 000 habitants environ. En 2000, sur la figure 11, ils ne subsistent plus que dans les préfectures et sous-préfectures.

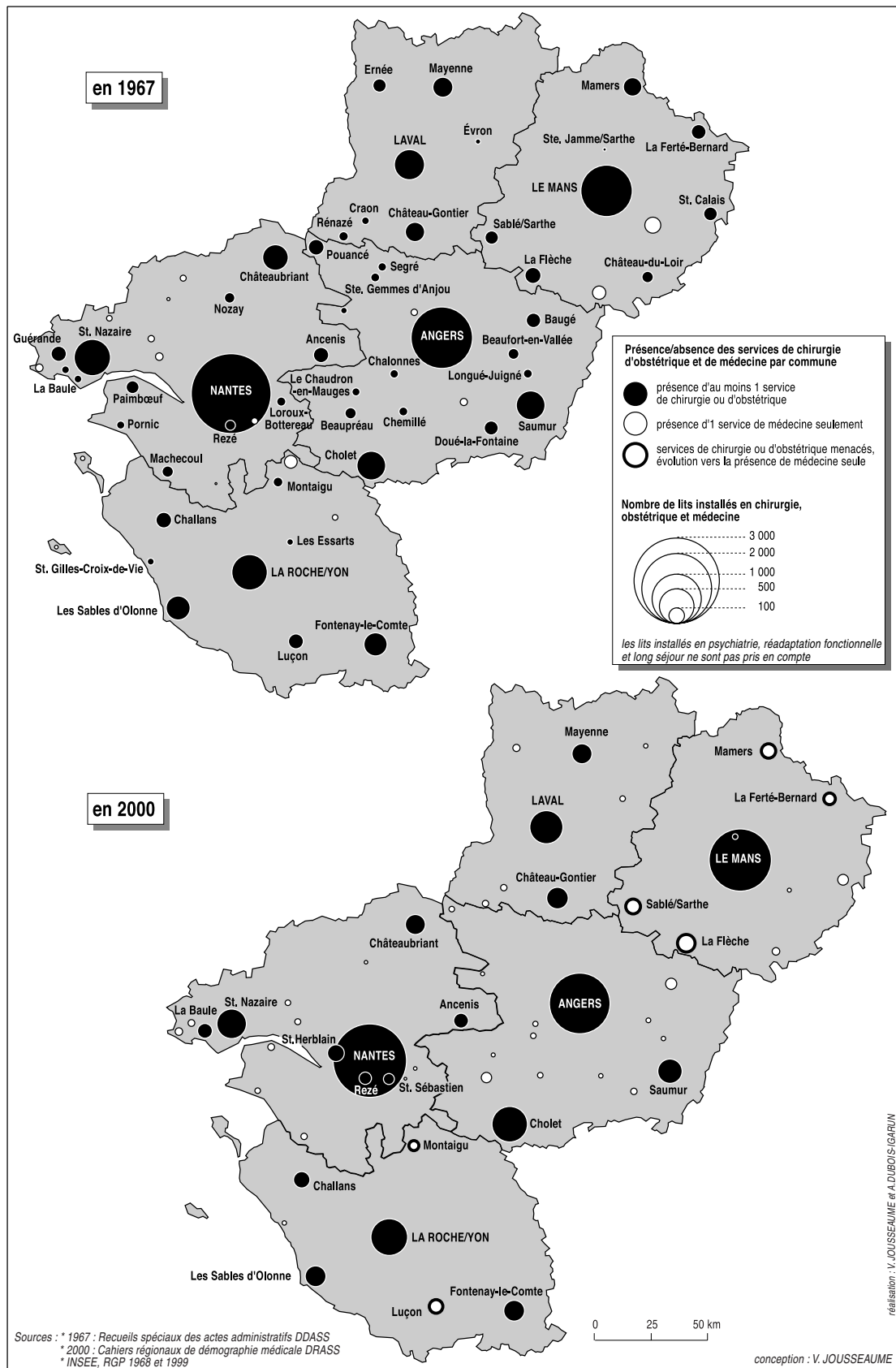
### A - 1975 : la reconversion des hôpitaux des bourgs-centres

Le rôle hospitalier des bourgs-centres, très important en 1967, fut éphémère, même si l'origine de ces établissements est souvent ancienne dans ce qui était alors des "villes" d'Ancien Régime. Ainsi, il faut remonter au XV<sup>e</sup> siècle à Clisson avec la création d'une léproserie, d'un hospice au Loroux-Bottreau, à Savenay et à Blain, au XVII<sup>e</sup> siècle à Paimbœuf et à Machecoul. Ces structures étaient souvent issues de congrégations religieuses. Mais, la fonction hospitalière moderne ne naît qu'après la Seconde Guerre mondiale. Guémené-Penfao acquiert un hôpital public, assurant la fonction d'hospice, de maternité et de médecine en 1939. Le Loroux-Bottreau accède à la chirurgie en 1943 et à la maternité en 1954 en même temps que Paimbœuf. L'hôpital-maternité de Machecoul ouvre en 1964. Ces activités chirurgicales et obstétricaux ne vécurent que le temps d'une génération. Le développement rapide des connaissances et des techniques médicales, et par là même du coût des soins, a supprimé en une seule génération l'échelon du bourg-centre, étape entre la quasi-absence de recours aux soins chirurgicaux et l'accouchement à la maison, et l'accès aux centres hospitaliers urbains groupant des services médicaux plus variés, des compétences plus pointues et un matériel plus coûteux (Jousseau, 1998). Au milieu des années soixante-dix, la quasi-totalité des bourgs-centres des Pays de la Loire perdent leur service de chirurgie et leur maternité. Il s'agit de Guérande, Le Loroux-Bottreau, Nozay, Pornic en Loire-Atlantique, Les Essarts et Saint-Gilles-Croix-de-Vie en Vendée, Baugé, Beaufort-en-Vallée, Candé, Chalonnes, Chaudron-en-Mauges, Chemillé, Doué-la-Fontaine, Longué-Jumelles, Pouancé et la clinique de Segré en Maine-et-Loire, Craon, Ernée, Evron et Renazé en Mayenne, Château-du-Loir, Saint-Calais et Sainte-Jamme en Sarthe. Les hôpitaux ruraux se transforment alors en centres de convalescence où seul reste le service de médecine, associés à une maison de retraite.

### B - 1991 : La réforme hospitalière dans les petites villes

À partir de juillet 1991, la réforme hospitalière, avec les mêmes raisons que celles qui ont prévalu lors de la fermeture des services chirurgicaux et obstétricaux des hôpitaux ruraux s'attaque aux centres hospitaliers des petites villes. L'accessibilité toujours meilleure aux grands centres urbains facilite la mobilité des personnes vers les centres hospitaliers majeurs. La spécialisation des soins ne permet plus aux petits hôpitaux d'avoir assez de personnel compétent dans toutes les spécialités de la chirurgie, de l'anesthésie et de l'obstétrique. Le coût des équipements croît en relation avec leur qualité. Enfin, les normes de sécurité exigées ne sont pas toujours atteintes. En conséquence, les hôpitaux publics et les cliniques privées des petites villes sont appelés à s'organiser pour plus d'efficacité technique et économique. En Loire-Atlantique, les services de chirurgie et d'obstétrique de Machecoul sont transférés en 1992-1993, à l'hôpital de Challans en Vendée, avec lequel Machecoul s'associe. Machecoul obtient les services de rééducation cardiaque et d'alcoologie. Paimbœuf perd son service chirurgical. En Maine-et-Loire, la maternité privée de Beaupréau ferme en 2000, suivant l'hôpital de Sainte-Gemme-d'Andigné près de Segré. En Vendée, l'hôpital de Montaigu évolue vers des lits de médecine seule. La maternité de Luçon est condamnée et le service de chirurgie est associé à La Roche-sur-Yon. L'hôpital de Challans est maintenu en raison de la présence d'une population estivale nombreuse sur la côte atlantique nord-vendéenne. En Sarthe, Sablé-sur-Sarthe conserve la chirurgie, en fusionnant avec La Flèche qui possède la maternité. L'hôpital de Mamers est en négociation en vue de fusion et de restructuration avec les hôpitaux d'Alençon et de Mortagne-au-Perche dans l'Orne. Mamers garde pour le moment quelques lits de chirurgie. De même, La Ferté-Bernard en cours de fusion avec l'hôpital de Nogent-le-Rotrou en Eure-et-Loir, conserverait un service chirurgical.





**Fig. 10 et 11 : Concentration de l'équipement hospitalier entre 1967 et 2000**

Le résultat entraîne le maintien de services hospitaliers complets dans les agglomérations de Nantes et Saint-Nazaire et les petites villes d'Ancenis et de Châteaubriant en Loire-Atlantique ; La Roche-sur-

Yon, Les Sables-d'Olonne, Fontenay-le-Comte et Challans en Vendée. En Maine-et-Loire, les villes d'Angers, Cholet et Saumur sont les seules à maintenir les services de chirurgie et d'obstétrique ; en Mayenne, il s'agit de Laval, Mayenne et Château-Gontier. En Sarthe, Le Mans, n'est relayé que par l'association de Sablé-sur-Sarthe et de La Flèche au sud du département, le reste du département n'offrant plus de maternité et peu de chirurgie.

Malgré son sous-équipement relatif à l'échelle de la France, la région des Pays de la Loire connaît comme les autres régions, une diminution du nombre de lits de soins de courte durée (chirurgie, gynécologie), alors même que l'activité augmente. La réponse à cet apparent paradoxe est le développement des lits de soins de suite (convalescence et rééducation). Les services de soins de courte durée ne se maintiennent plus que dans les préfectures et sous-préfectures des départements des Pays de la Loire. Néanmoins, selon l'Agence Régionale d'Hospitalisation, le maillage territorial des hôpitaux en Pays de la Loire demeure relativement dense à l'échelle de la France. Chaque département de la région compte toujours environ trois centres hospitaliers, alors que certains départements français peu peuplés ont du mal à n'en retenir qu'un seul. Les hôpitaux de l'espace rural sont réorientés vers les soins de suite, périphériques tant du point de vue sanitaire, spatial qu'économique.

### III - LES ENJEUX DE LA MUTATION GÉOGRAPHIQUE DES ÉQUIPEMENTS DE SANTÉ

#### A - Un enjeu économique : l'emploi rural

La restructuration d'un hôpital pose la question de l'emploi, tant il est vrai que quelque soit la taille de la commune d'implantation, l'hôpital est toujours l'un des premiers employeurs. Surtout, c'est un employeur de main-d'œuvre féminine, ce qui n'est pas sans importance dans les espaces ruraux peu pourvoyeurs d'emplois qualifiés féminins. Ainsi, la fermeture de la maternité de Beaupréau a entraîné la suppression d'un peu moins de 50 emplois. La conversion des lits en soins de suite, en lieu et place des lits de courte durée permet-elle d'écarter cette crainte ? Par exemple, Machecoul et le Loroux-Bottereau possédaient chacun un hôpital-maternité assez semblable dans les années soixante. En 1995, l'ancien hôpital rural du Loroux-Bottereau, reconverti en convalescence et gériatrie depuis 1975, employait 160 personnes. Machecoul, dont les services de chirurgie et de gynécologie existaient toujours, employait 170 personnes. Il n'y a donc pas de différence significative en termes d'emplois. Néanmoins, la qualité de ces emplois reste à analyser plus finement, afin de repérer s'il y a une baisse du nombre des infirmières et une croissance du nombre des aides-soignantes au Loroux-Bottereau, allant dans le sens d'une déqualification des emplois ruraux. Une observation rigoureuse et précise de l'évolution de l'emploi, en volume et en qualification, dans les hôpitaux du secteur rural reste à faire.

#### B - Un enjeu territorial : la solidité des petites villes

La réforme hospitalière pose également la question de l'adéquation entre la logique sectorielle et la logique territoriale. Ce paradoxe s'exprime dans l'opposition des populations locales à la fermeture de leurs services hospitaliers, alors même qu'ils sont nombreux à préférer se faire soigner directement à l'hôpital de la grande ville, quand le besoin se présente. Il s'exprime également dans les stratégies de l'État, soutenant d'un côté la réforme hospitalière des Agences Régionales d'Hospitalisation, et encourageant d'un autre côté, la constitution de pays autour des petites villes, dont les quatre piliers structurants sont l'industrie, l'hôpital, le lycée et l'hypermarché (Renard et Piolot, 1997, Jousseume, 1999). Ainsi, on constate que les fermetures de services envisagées affectent les pôles de l'espace rural les plus modestes, souvent situés dans les espaces ruraux les plus fragilisés. Beaupréau, Segré, Luçon, Mamers et La Ferté-Bernard s'inscrivent dans des espaces ruraux en difficultés économiques ou démographiques. Montaigu présente le cas inverse de campagnes de plus en plus satellisées par l'agglomération nantaise. Dans ces deux cas extrêmes pourtant, les petites villes, en tant que centre d'animation rurale, sont affaiblies par la perte d'équipements polarisants, nécessaires pour conserver leur niveau urbain. Lorsque dans les années soixante-dix, les bourgs-centres ont été dépouillés de leur hôpital-maternité, l'enseignement secondaire aussi s'est concentré vers les villes, alors même que les guichets de banque, les services de santé de proximité se diffusaient vers les

communes rurales. Le collège et le supermarché leur ont permis de conserver une zone de chalandise, mais beaucoup plus réduite que par le passé. L'échelon du bourg-centre s'est peu à peu affaibli (Jousseume, 1996). Il faut donc veiller à ce que la fermeture actuelle de services hospitaliers dans certaines petites villes ne soit pas l'un des aspects, voire l'un des facteurs, de leur déliquescence. Déjà, dans le nord du Maine-et-Loire, Segré et Baugé ne possèdent plus d'hôpitaux, ni d'ailleurs les autres équipements qui permettraient l'animation économique et sociale de ces espaces ruraux en déclin. Le nord et l'est de la Sarthe, le sud-est de la Vendée, les Mauges accumulent les variations démographiques et économiques négatives. La fermeture de services structurants participent à l'entretien d'une spirale négative pour ces espaces. Et que faire, pour sortir de la marginalisation des espaces sans pôle urbain ? Cette question demeure une pierre d'achoppement dans la politique actuelle d'aménagement du territoire (Allain et Baudelle, 2000, Baudelle, 2000).

La réforme hospitalière en cours depuis 1991, avec sa logique d'efficacité sectorielle, s'oppose dans les secteurs ruraux, à la logique territoriale encouragée par l'État depuis 1995, en faveur de la construction de "pays", dynamisés par des petites villes motrices.

## Conclusion

Les services de santé de proximité, étaient hier concentrés dans les bourgs-centres. Ils se répandent aujourd'hui dans toutes les communes de plus de 1 000 habitants. À l'opposé, les services hospitaliers se concentrent de plus en plus vers les principales villes, laissant aux pôles ruraux les fonctions de convalescence. Après l'échelon du bourg-centre, qui s'est effacé au milieu des années soixante-dix, le rôle sanitaire de la petite ville, non sous-préfecture, est-il remis en cause aujourd'hui ? Pour la santé, comme pour le reste, tous les échelons entre la commune et la grande ville ont-ils volé en éclats ?

## Notes

1 - MAHUZIER M., Les campagnes manquent de médecins, *Ouest-France*, 22 novembre 2000.

## Bibliographie

- ALLAIN R. et BAUELLE G., 2000, Les petites villes et la question de l'urbanité, in Croix N. (dir.), *Des campagnes vivantes : un modèle pour l'Europe ?*, IGARUN-CESTAN, Nantes, pp. 589-601.
- BAUELLE G., 2000, Une validation théorique de la pertinence des pays pour les campagnes vivantes, in Croix N. (dir.), *Des campagnes vivantes : un modèle pour l'Europe ?*, IGARUN-CESTAN, Nantes, pp. 551-557.
- JOUSSEAUME V., 1996, *Les bourgs-centres à l'ombre d'une métropole : l'exemple de la Loire-Atlantique*, Thèse, Université de Nantes, 596 p.
- JOUSSEAUME V., 1998, *L'ombre d'une métropole*, Presses Universitaires de Rennes, 209 p.
- JOUSSEAUME V., 1999, Les pays face à la métamorphose des territoires ruraux. Réflexion géographique à partir de l'exemple des Pays de la Loire, *Noréis*, n° 181, pp. 183-194.
- JOUSSEAUME V. et RENARD J., 2000, *Médecins des champs et hôpital des villes : 30 ans d'évolution en Pays de la Loire*, poster, Festival International de la Géographie, Saint-Dié, 5-8 octobre 2000.
- LEROUVILLOIS G., 2000, Les établissements publics de santé et la proximité, *ESO*, n° 14, pp. 79-81.
- RENARD J. et PILOTT C., 1997, *Pays-arrondissements et services publics dans les régions atlantiques : le cas des Pays de la Loire*, rapport à la DATAR, Nantes, 125 p.
- SZTOKMAN N., 2000, *Les médecins spécialistes en Pays de la Loire*, poster, Festival International de la Géographie, Saint-Dié, 5-8 octobre 2000.