HAL open science

La transformation des équipements hospitaliers se fait-elle au détriment des villes petites et moyennes?

Sophie Baudet-Michel, Anne-Claire Chantal, Benoit Conti, Charlène Le Neindre

To cite this version:

Sophie Baudet-Michel, Anne-Claire Chantal, Benoit Conti, Charlène Le Neindre. La transformation des équipements hospitaliers se fait-elle au détriment des villes petites et moyennes?. CIST2020 - Population, temps, territoires, Collège international des sciences territoriales (CIST), Nov 2020, Aubervilliers (en ligne), France. pp.245-249. hal-03037851

HAL Id: hal-03037851

https://hal.science/hal-03037851v1

Submitted on 3 Dec 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AUTEUR·E·S
Sophie BAUDET-MICHEL,
Anne-Claire CHANTAL,
Benoit CONTI,
Charlène LE NEINDRE

La transformation des équipements hospitaliers se fait-elle au détriment des villes petites et moyennes ?

RÉSUMÉ
Les fermetures de lits d'hospitalisation (séjours de plus de 24 heures) peuvent s'accompagner en France d'une augmentation du nombre de places d'hospitalisation (séjours de moins de 24 heures). Ces changements s'inscrivent dans une double transformation, technique (dans la manière de dispenser les soins) et gestionnaire (qui vise à réduire la durée d'hospitalisation des patients). Ces transformations ont notamment opéré dans le secteur de la chirurgie. Parallèlement, le système urbain se transforme au profit des métropoles tandis que certaines villes petites et moyennes semblent souffrir de pertes de population, activités et services. Nous proposons d'interroger l'évolution de l'offre en lits et places de chirurgie dans sa relation au système urbain : les places remplacent-elles les lits dans toutes les villes de la même manière ou ces modifications participent-elles des différenciations interurbaines en cours ? Quelles catégories de taille de villes affectent-elles ? Existe-t-il un lien avec la dynamique démographique urbaine ? Plusieurs indicateurs seront proposés pour répondre à ces questions. Les résultats seront discutés au regard des transformations en cours dans le système urbain et de la manière de penser l'organisation des services publics sur le territoire.

MOTS CLÉS
hôpital, chirurgie, système urbain, Nouvelle gestion publique, petites et moyennes villes, décroissance urbaine

Hospital Equipment's from Beds to Places: Are Small and Medium Size Cities at Stake?

ABSTRACT
The closure of hospital beds (stays over 24 hours) may be accompanied in France by an increase in the number of places (stays below 24 hours). These changes are part of a twofold transformation, technical (in the way care is provided) and managerial, which aims to reduce the length of hospitalisation for patients. These transformations have taken place in the surgery sector. At the same time, the urban system is being transformed to the benefit of metropolises, while some small and medium-sized towns seem to be suffering from a loss of population, activities and services. We will question the evolution of the supply of surgical beds and places in its relation to the urban system: Do places replace beds in all cities in the same way or do these changes contribute to ongoing inter-urban differentiations? What categories of city size do they affect? Is there a link with urban demographic dynamics? Several indicators will be used to answer these questions. The results will be discussed with regard to the transformations taking place in the urban system and the way of thinking the organisation of public services on the territory.

KEYWORDS
Hospital, Surgery, Urban system, New Public Management, Small and medium cities, Urban shrinking

Depuis la fin des années 1990, l'offre hospitalière de soins a considérablement évolué au sein du système de soins français. Ces transformations peuvent être envisagées comme relevant de deux catégories. D'une part, des transformations organisationnelles et institutionnelles visent à limiter les dépenses de santé en s'inscrivant dans l'ensemble des réformes touchant les services publics (Révision générale des politiques publiques / RGPP de 2007 et loi de Modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles / MAPTAM de 2014). Celles-ci conduisent souvent à une disparition des établissements de santé dans les petites villes. D'autre part, des transformations techniques et technologiques ont permis une pratique plus rapide d'une grande partie des activités chirurgicales. Ces dernières sont à l'origine du développement de l'activité ambulatoire. Elles ont contribué à transformer l'offre en équipement de soins dans les territoires.

La diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet (c'est-à-dire pour des séjours de plus de 24 heures) et l'augmentation du nombre de places d'hospitalisation alternative (de jour, de nuit, ambulatoire ou à domicile) constituent deux facettes très visibles des transformations dans la manière de dispenser des soins hospitaliers.

Par ailleurs, depuis les années 1980, à l'échelle interurbaine, certaines villes du système urbain français accusent des trajectoires très différenciées. Dans les grandes villes, le processus de métropolisation conduit à une concentration des activités et des individus (Pumain, 1999), alors que certaines villes, plus petites, sont touchées par un tout autre processus, la décroissance urbaine, caractérisé par une augmentation de la vacance des commerces et des logements, du taux de chômage et de la paupérisation et une baisse de la population et de l'emploi dans le même temps (Wolff *et al.*, 2013).

L'objectif principal de cet article est de proposer un parallèle entre ces deux évolutions : dans le système urbain et dans la répartition de l'équipement hospitalier sur le territoire. Plusieurs travaux ont déjà souligné l'impact territorial des transformations organisationnelles et institutionnelles, notamment en termes de regroupements ou de fermetures d'établissements (Baillot & Evain, 2013). Nous souhaitons poursuivre ces travaux en interrogeant l'évolution de la répartition urbaine des lits et places d'hospitalisation en chirurgie au regard des transformations en cours dans le système urbain. À partir de l'exploitation de la base de données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) sur la période récente (2000-2018), nous nous demanderons quelle relation peut être établie entre cette transformation et l'évolution de l'organisation du système urbain français. Nous défendons l'hypothèse selon laquelle deux éléments auraient guidé la façon dont cette transformation s'est opérée : d'un côté les évolutions récentes du système urbain, de l'autre la conception managériale de l'hôpital. Selon cette hypothèse, les petites villes et les villes en décroissance ont été particulièrement affectées de deux façons particulières : d'une part, elles ont été écartées du processus de substitution des lits par des places, d'autre part, elles ont été touchées par des suppressions complètes de leur équipement hospitalier (lits et places).

1. TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME URBAIN ET TRANSFORMATIONS HOSPITALIÈRES

Au cours des 30 dernières années, l'analyse des variations de population dans les villes françaises a mis en évidence deux processus de redistribution simultanés : la métropolisation et le déclin urbain. Paulus a défini la métropolisation comme « le processus par lequel les métropoles s'affirment de plus en plus comme des centres de décision, au fur et à mesure que se réunissent les personnes et les institutions chargées de la gestion et de la réglementation, ainsi que les leaders d'opinion » (2004 : 36). Pour Pumain (1999), l'évolution vers des hiérarchies plus accentuées (c'est-à-dire l'inégalité croissante de la taille des villes en faveur des centres métropolitains et des grandes villes) est un phénomène qui pèse sur la durabilité du développement des villes de taille moyenne et petite : face à la mondialisation, les zones métropolitaines consolident leurs positions tandis que les villes de petite et moyenne taille sont davantage sur le chemin de la stagnation ou du déclin démographique. En effet, Paulus (2015) a récemment observé que la concentration de la population dans les aires urbaines a augmenté dans les grandes villes (plus de 320 000 habitants) de 52 % à 55 % de 1968 à 2011. Pendant ce temps, certaines villes – en particulier les petites – sont confrontées à un déclin urbain. En 2015, un tiers des aires urbaines françaises de moins de 10 000 habitants étaient en déclin et un cinquième en stagnation ; la concentration de la population dans les petites villes est passée de 10 % à 8,5 % entre 1968 et 2011 (*ibid.*). Mais il a également constaté que 18 % de ces petites villes avaient connu une croissance plus rapide que la moyenne, notamment les villes de moins de 5 000 habitants. Cauchi-Duval *et al.* (2016) ont montré que la population de 283 (sur 771) aires urbaines a diminué depuis 1990, deux tiers étant de petite taille. Cette tendance n'est pas limitée à la France : en Europe la diminution urbaine est généralisée dans les petites villes de moins de 25 000 habitants.

En France, l'héritage d'un maillage administratif fin et d'une vision égalitaire de l'accès aux services publics a longtemps favorisé un maillage de petites villes dont les activités de service public constituaient souvent la base du développement. Mais récemment, tant le processus de métropolisation que la remise en cause des politiques égalitaires de planification par la mise en œuvre des principes de la NGP (nouvelle gestion publique) ont affaibli les villes de petite et moyenne taille (Berroir *et al.,* 2019). À partir des années 2000, les villes de petite et moyenne taille ont été mises de côté dans l'agenda politique : elles ont été confrontées à la fermeture de services publics, alors que beaucoup d'entre elles l'étaient déjà lors de la désindustrialisation. Plus encore, depuis cette période, les politiques d'aménagement du territoire privilégient les aires métropolitaines, considérées comme les seules villes capables de maintenir la France dans la compétition internationale (*ibid.*). Courcelle *et al.* (2017) qui ont analysé les méthodes et les critères retenus pour réorganiser les cartes des services publics, ont constaté que les villes et les zones rurales étaient touchées. En effet, l'utilisation

d'un seuil pour décider de la fermeture d'établissements (par exemple la fermeture d'un service hospitalier d'obstétrique de moins de 300 accouchements par an) a mécaniquement ouvert la voie à la fermeture des établissements des petites villes. De façon plus générale, en France, depuis les années 1990, de moins en moins de communes sont équipées de services publics et ce processus affecte particulièrement les petites villes et les communes rurales. Dans ce processus, certaines petites ou moyennes villes ont même été qualifiées de villes « martyres » : Joigny (Yonne) a subi la fermeture de ses deux tribunaux de justice, de son enceinte militaire, de ses installations chirurgicales et obstétriques. Montluçon (Allier) a combiné la fermeture de l'hôpital obstétrique et du tribunal administratif de justice. Châlons-en-Champagne a perdu son enceinte militaire et ses services régionaux, qui ont été transférés à Strasbourg (capitale régionale). Toutes ces villes sont de taille petite ou moyenne et comptent moins de 80 000 habitants.

À la différence d'autres services publics qui tendent vers un modèle d'organisation en réseau, l'offre de soins hospitalière est marquée par une conception hiérarchisée du territoire, calquée sur la taille des villes et un modèle christallerien[1]. Cette répartition hospitalière tient son origine des réformes menées par Robert Debré en 1958. Toutefois, le modèle christallerien n'épuise pas la réalité de la distribution spatiale de l'offre hospitalière, qui souffre de déformations aux extrémités de la hiérarchie urbaine, ainsi que de spécificités régionales. Trotta (2009), dans le cas de la Belgique, affirme ainsi que « la présence d'une université et de sa faculté de médecine est sans nul doute un des facteurs les plus importants » qui perturbe le modèle de hiérarchie urbaine dans le sens d'une concentration de l'offre de soins. En France, les villes sièges de centre hospitalier universitaire (CHU) et de centre hospitalier régional (CHR) présentent souvent un niveau d'équipement en lits plus élevé que la moyenne. Mais de petites villes aussi présentent un niveau d'équipement qui surpasse leur taille. En effet, dans le cas des petites villes, la localisation des hôpitaux, en tant que service public, reflète des enjeux, des choix politiques et un compromis entre l'efficacité et l'équité géographique qui doit rendre le service accessible à l'ensemble des citoyens.

L'organisation spatialement hiérarchisée des hôpitaux peut aussi être interprétée comme une conséquence de l'accumulation de différentes réformes et lois. Si les premiers schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), en 1991, avaient pour objectif de moderniser l'offre de soins et de l'adapter aux besoins de la population en la pensant au niveau des régions, à partir des années 2000, les objectifs de réduction des dépenses de santé deviennent une priorité. Les établissements hospitaliers doivent désormais répondre à des objectifs de maîtrise des dépenses (dotation globale de fonctionnement puis tarification à l'activité, dite T2A, au sein de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie) qui incitent entre autres les agences régionales de santé (ARS) à concentrer les activités dans un nombre restreint de grands établissements. Ces réformes émanent d'un processus plus global de transformation des services publics visant une réduction des coûts de fonctionnement dont la RGPP de 2007 constitue l'un des points d'orgue. Inspiré par le modèle du *new public management*, ce mouvement ne touche pas seulement le système hospitalier français : les gouvernements de Nouvelle-Zélande, des États-Unis, du Royaume-Uni ou du Canada se sont également fixés pour objectif une meilleure maîtrise des coûts par une transformation de l'organisation de leur offre hospitalière. En France, l'orientation gestionnaire des établissements hospitaliers est passée par un changement de leurs modes de financement et notamment par le passage à la T2A. Celle-ci a fait l'objet de nombreuses critiques car elle apparaît productrice d'effets pervers et d'opportunités. Par ailleurs, le développement de la pratique ambulatoire, commun à l'ensemble des pays de l'OCDE, notamment en chirurgie, apparaît comme une autre manière pour l'État d'envisager une réduction des dépenses et une augmentation de la productivité.

2. DYNAMIQUE DÉMOGRAPHIQUE, HIÉRARCHIE URBAINE ET TRANSFORMATIONS DE L'ÉQUIPEMENT HOSPITALIER : QUELLES RELATIONS ?

Face aux questions et débats soulevés par les impacts territoriaux des réformes hospitalières, cet article propose de répondre à la problématique suivante : dans quelle mesure les évolutions du système urbain peuvent-elles être mises en relation avec la transformation de l'équipement hospitalier ? Les travaux sur la rétraction des lits hospitaliers (Conti *et al.*, 2020) ont montré que la quasi-totalité des aires urbaines françaises équipées en hôpitaux a enregistré des fermetures de lits depuis le début des années 2000. Pour certaines petites villes, cette évolution s'est traduite par une disparition complète. L'appréhension de l'évolution de l'équipement par les lits additionnés des places plutôt que par les seuls lits vient-elle moduler ce constat ?

Les établissements sélectionnés pour cette étude appartiennent à l'ensemble des hôpitaux, publics et privés à but lucratif ou non, qui possèdent des lits et places en chirurgie. L'hypothèse principale défendue dans cet

1 Cette théorie repose sur l'idée que deux contraintes s'exercent sur la répartition des activités banales sur le territoire : une contrainte d'espace et une contrainte de seuil de marché. La contrainte d'espace est la distance que les consommateurs sont prêts à franchir pour se procurer un service : plus le recours est fréquent, plus la contrainte est forte, plus le service doit être proche des consommateurs.

article est celle d'une relation entre l'organisation hiérarchisée des villes, leur dynamique démographique et l'évolution de l'équipement en lits et places de chirurgie. Les hypothèses suivantes seront testées :

– La substitution de l'équipement hospitalier des lits vers les places se traduit dans l'espace urbain par des formes différenciées, allant de la substitution partielle des lits par les places à la disparition totale des deux types d'équipement.

– L'augmentation du nombre de places privilégie le haut de la hiérarchie urbaine tandis que les villes petites et moyennes subissent plutôt une diminution de l'ensemble de leur équipement (lits et places).

– Il existe une relation entre l'évolution de la population et la transformation de l'équipement : là où la population diminue, l'équipement diminue, et les lits ne sont pas remplacés par des places dans les mêmes proportions que sur l'ensemble du territoire.

3. BASE DE DONNÉES

Afin de tester ces trois hypothèses, nous mobilisons la SAE, la base de données produite à partir d'une enquête annuelle, exhaustive et obligatoire menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des établissements de santé publics et privés localisés en France. Elle contient des informations relatives aux structures de soins : capacités, équipements, personnels et activités. Les informations de 2018 renseignent l'effectif de lits et places par discipline au niveau des établissements pour les secteurs privé et public. En 2000, les informations sont connues au niveau des établissements pour le secteur privé, au niveau des établissements ou des entités juridiques pour le secteur public. Nous reprendrons la méthodologie utilisée dans les travaux sur la rétraction des lits pour affecter les lits et places au niveau des aires urbaines pour l'année 2000 (Conti *et al.*, 2020). Concernant les informations propres aux dynamiques démographiques du système urbain, nous nous appuierons sur les données du recensement de 1999 et 2016, distribuées par l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques). Nous utilisons une délimitation fonctionnelle de la ville et menons nos analyses au niveau des aires urbaines, dont la dernière définition par l'Insee est millésimée 2010. Ce zonage, fondé en partie sur les mobilités quotidiennes des actifs, nous apparaît pertinent pour considérer la zone d'influence des établissements de santé.

Cette base de données est en cours de finalisation, aussi nous n'avons pas de résultats encore disponibles concernant les tests de corrélation (linéaire et du Chi2) qui seront réalisés afin de tester nos hypothèses.

RÉFÉRENCES

Baillot A., Evain F., 2013, « Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31(6), p. 333-347.

Berroir S., Fol S., Quéva C., Santamaria F., 2019, « Villes moyennes et dévitalisation des centres : les politiques publiques face aux enjeux d'égalité territoriale », *Belgeo*, 2019/3 [en ligne : www.journals.openedition.org/belgeo/33736].

Cauchi-Duval N., Béal V., Rousseau M., 2016, « La décroissance urbaine en France : des villes sans politique », *Espace populations sociétés*, 2015/3-2016/1 [en ligne : journals.openedition.org/eps/6112].

Conti B., Baudet-Michel S., Le Neindre C., 2020, « Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour », *Géographie, économie, société*, vol. 22, p. 5-33 [en ligne : www.cairn-info.extranet.enpc.fr/revue-geographie-economie-societe-2020-1-page-5.htm].

Courcelle T., Fijalkow Y., Taulelle F., 2017, *Services publics et territoires : adaptations, innovations et réactions*, Rennes, PUR, coll. « Espace et territoires ».

Paulus F., 2004, *Coévolution dans les systèmes de villes : croissance et spécialisation des aires urbaines françaises de 1950 à 2000*, thèse de doctorat à l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Paulus F., 2015, « Croissance et déclin dans le système des villes françaises : la population des aires urbaines françaises entre 1968 et 2011 », communication au séminaire du groupe de travail « Réseaux et territoires : entre déclin et croissance » (Labex DynamiTe), 28 mai 2015.

Pumain D., 1999, « Quel rôle pour les villes petites et moyennes des régions périphériques ? », *Revue de géographie alpine*, 87(2), p. 167-184.

Trotta M., 2009, « Évolution (1979-2008) des services d'hospitalisation en Belgique. Quels liens avec la hiérarchie urbaine ? », *Bulletin de la société géographique de Liège*, vol. 53, p. 35-45.

Wolff M., Fol S., Roth H., Cunningham-Sabot E., 2013, « *Shrinking Cities*, villes en décroissance : une mesure du phénomène en France », *Cybergeo* [en ligne : journals.openedition.org/cybergeo/26136].

LES AUTEUR·E·S

Sophie Baudet-Michel
Université de Paris – Géographie-cités
sophie.baudet-michel@univ-paris-diderot.fr

Benoit Conti
Université Gustave Eiffel – LVMT
benoit.conti@enpc.fr

Anne-Claire Chantal
Université Paris 1 Panthéon Sorbonne – Géoprisme
anneclaire.chantal@gmail.com

Charlène Le Neindre
Irdes
leneindre@irdes.fr