



**HAL**  
open science

# Shrinking Regions à l'Ouest de l'Europe La Bretagne : un contre-exemple ?

Myriam Baron, Anaïs Bohelay, Ronan Ysebaert

► **To cite this version:**

Myriam Baron, Anaïs Bohelay, Ronan Ysebaert. Shrinking Regions à l'Ouest de l'Europe La Bretagne : un contre-exemple ?. [Rapport de recherche] Parlement Européen; Direction Générale des politiques internes de l'Union; Département thématique B: politiques structurelles et de cohésion. 2008. hal-03595551

**HAL Id: hal-03595551**

**<https://hal.science/hal-03595551v1>**

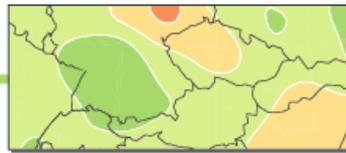
Submitted on 3 Mar 2022

**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.

## “Shrinking Regions” Un paradigme pour l’analyse des interactions entre démographie et cohésion territoriale

### Shrinking Regions à l’Ouest de l’Europe *La Bretagne : un contre-exemple ?*



Myriam Baron, Anaïs Bohelay (UMR Géographie-cités)  
Ronan Ysebaert (UMS RIATE)

#### Résumé :

*L’intérêt du cas breton est avant tout méthodologique. Quelque soient les tendances démographiques et les projections de population, la Bretagne n’est pas confrontée à la décroissance démographique à l’échelon régional. Il est en revanche possible de disposer de données démographiques à un échelon géographique fin (communes) ainsi que de séries temporelles longues (100 ans) permettant d’aller au-delà des résultats démontrés au niveau des régions européennes. Leurs analyses mettent en évidence une vaste poche de vieillissement et de dépeuplement située dans le centre de la région. Ces changements ne sont pas sans conséquences sur la répartition des services de santé et leurs accessibilités.*

#### Abstract :

*The interest of the case study of Brittany (France) is methodological above all. Whatever demographic trends and projections of population, Brittany has not to face demographic decrease at regional level. However demographic data are available as well as in a local scale (French communes) as a temporal point of view (100 years). Their analyses highlight that Central Brittany could be considered as shrinking territory. These modifications have consequences on localisations and accessibilities of Health Care services.*

## 1. Analyse de la dynamique démographique bretonne

### a. Une démographie à l'épreuve des échelles géographiques

Les recensements et les projections de population sont formels. La Bretagne n'est pas une région en décroissance démographique. Sur les vingt dernières années (1980-2000), elle a connu une croissance moyenne annuelle de 0,38 % : ce qui la place au 93<sup>e</sup> rang des 247 régions européennes les plus dynamiques (figures 1). Les projections de population de l'INSEE à moyen terme aboutissent au même constat. Le scénario central prévoit ainsi que la région bretonne sera caractérisée par une croissance moyenne de 0,53 % par an d'ici à 2030 : ce qui la placera cette fois au 41<sup>e</sup> sur les 268 régions européennes les plus dynamiques.

L'analyse des évolutions démographiques sur ces vingt dernières années à une échelle géographique plus fine - départements français, NUTS3 - confirme les résultats régionaux positifs de la région (figures 1). Les quatre départements bretons : Côtes-d'Armor, Finistère, Morbihan, Ille-et-Vilaine ont bénéficié d'une croissance annuelle positive sur la période 1982-1999 (respectivement +0,04 ; +0,17 ; +0,51 et +0,86 % par an). Le contexte départemental nuance le bon score attribué à la région bretonne. L'Ille-et-Vilaine, département le plus peuplé de Bretagne et englobant Rennes, la capitale régionale, a connu ces vingt dernières années une croissance en moyenne deux fois supérieure aux autres départements. Le Morbihan se place également dans une situation favorable. Tandis que les départements du Finistère et des Côtes d'Armor, malgré une croissance légèrement positive, se situent bien en-deçà de la moyenne métropolitaine française (+0,35 %).

La même étude menée cette fois au niveau des communes - « plus petite unité statistique française » d'après l'INSEE - permet de mettre en évidence la complexité des phénomènes qui traversent la Bretagne (figures 1), imperceptibles à l'échelle régionale (NUTS2 ou NUTS3). La commune de Martigné-Ferchaud, à l'extrême est de la région, a par exemple connu une décroissance démographique de 1,05 % par an, alors que dans le même temps le département d'appartenance de cette commune, l'Ille-et-Vilaine, voyait sa population croître de 0,86 % par an. Ce sont les espaces relativement denses, et particulièrement les communes périurbaines des principales villes bretonnes (Rennes, Brest, Lorient, Vannes, Quimper, Saint-Brieuc) qui connaissent les croissances démographiques les plus élevées sur la période 1982 – 1999. La commune de Trémuson située à quelques kilomètres de la préfecture des Côtes d'Armor, Saint-Brieuc, a vu sa population croître de 2,17 % par an depuis 1982 alors que dans le même le temps le département d'appartenance de cette commune a connu une stagnation de sa population (0,04 % par an). Les principaux foyers démographiques de la région sont en revanche caractérisés par une croissance proche de zéro. Les logements disponibles, les prix de l'immobilier, un cadre de vie plus agréable, une meilleure desserte des espaces centraux plaident en effet pour une croissance en périphérie des grandes villes : ce qui est semblable à ce qui se passe dans d'autres espaces métropolitains. Ce sont les espaces ruraux isolés, qui sont les plus touchés par le dépeuplement. Le Centre- Bretagne, apparaît comme une poche de dépeuplement avec des taux de décroissance, qui atteignent jusqu'à -4% par an dans certains cas. Quelques communes semblent résister à ce phénomène, comme Pontivy dans le Morbihan ou Carhaix dans le Finistère.

Néanmoins, le phénomène de dépeuplement est plus complexe. Il ne peut se résumer à la simple opposition entre milieu rural en déclin et espace urbain en croissance. Car certains espaces à proximité de villes moyennes dynamiques sont en dépeuplement. Réciproquement, certaines communes connaissent une croissance soutenue dans un contexte assez défavorable.

**Ces situations nécessitent d'être interprétées au cas par cas** tant les liens entre économie et démographie sont complexes et différenciés à l'échelon local.

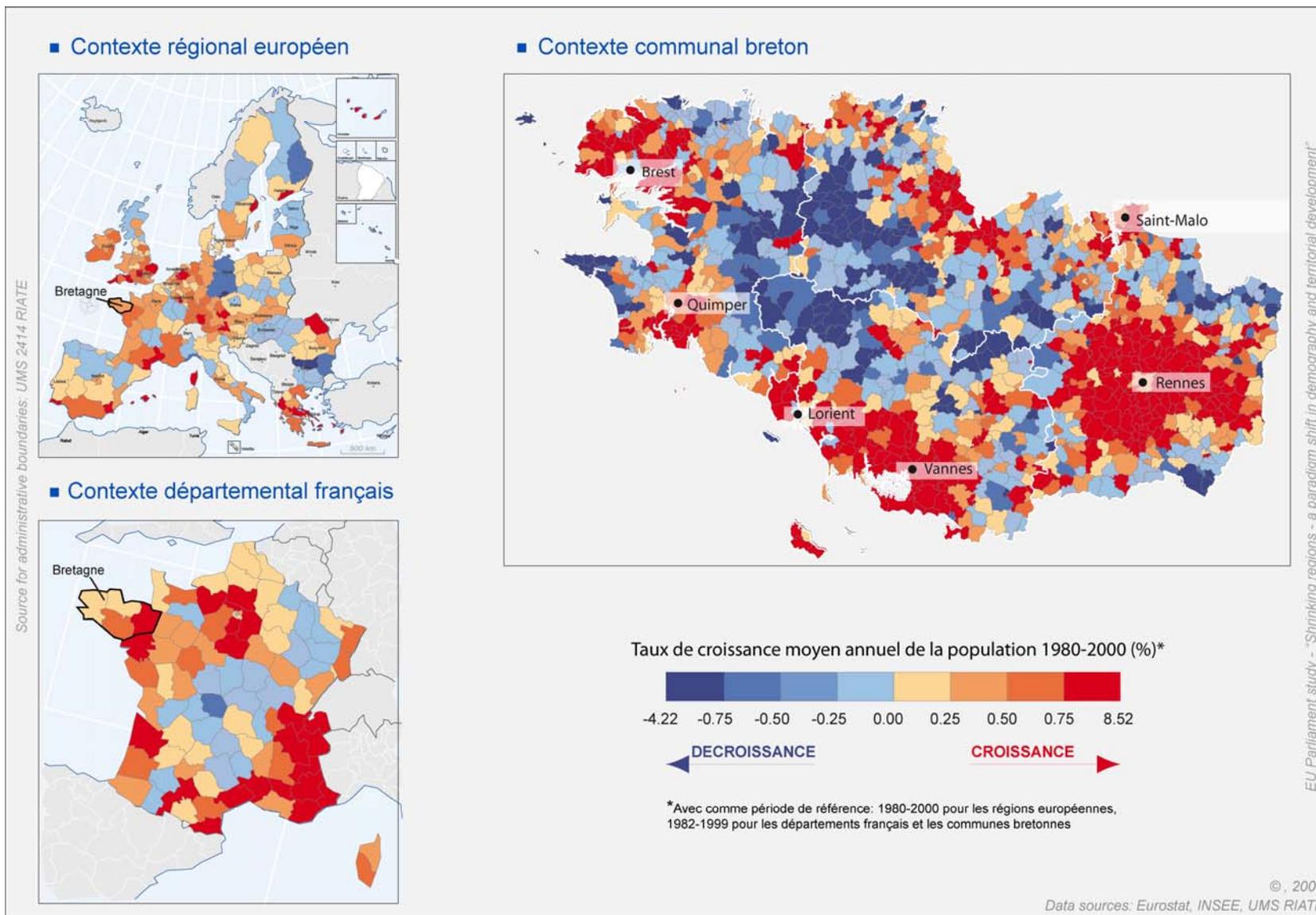
Plus généralement, la variation des échelles géographiques permet de mettre en évidence l'hétérogénéité interne qui caractérise l'ensemble régional breton. L'agrégation d'entités spatiales de base - ici les communes puis les départements ou les régions - se traduit toujours par une perte et surtout un lissage de l'information. Car les communes de moins de 500 habitants ont en moyenne perdu 0,24 % de leur population par an ; tandis que les villes de plus de 2 500 habitants ont connu une croissance moyenne annuelle de +0,75 % (tableau 1). Cela semble traduire une accélération du dépeuplement dans les espaces déjà touchés accompagné d'une polarisation autour des principaux centres régionaux. Les valeurs importantes de l'écart type rappellent pourtant la grande diversité des situations et que la taille des villes n'est pas le seul paramètre explicatif du phénomène de croissance ou de décroissance démographique.

*Tableau 1 : Populations des communes et croissance démographique entre 1982 - 1999*

<b>Population 1999 des communes bretonnes</b>	<b>Nombre</b>	<b>Croissance moyenne annuelle de la population (%)</b>	<b>Hétérogénéité des situations démographiques</b>
Moins de 500 habitants	272	<b>-0,24</b>	<b>4,71</b>
De 500 à 800 habitants	229	0,20	4,65
De 800 à 1 500 habitants	313	0,34	2,62
De 1 500 à 2 500 habitants	197	0,42	2,45
Plus de 2 500 habitants	257	<b>0,75</b>	<b>1,60</b>

**Ce développement montre les limites de l'approche de la décroissance démographique au niveau NUTS2. Malheureusement, il est aujourd'hui impossible de collecter des données harmonisées à l'échelon local pour l'Europe entière. Ce type d'analyse ne peut être réservé qu'à des études de cas : ce qui en limite indiscutablement la portée politique et scientifique.**

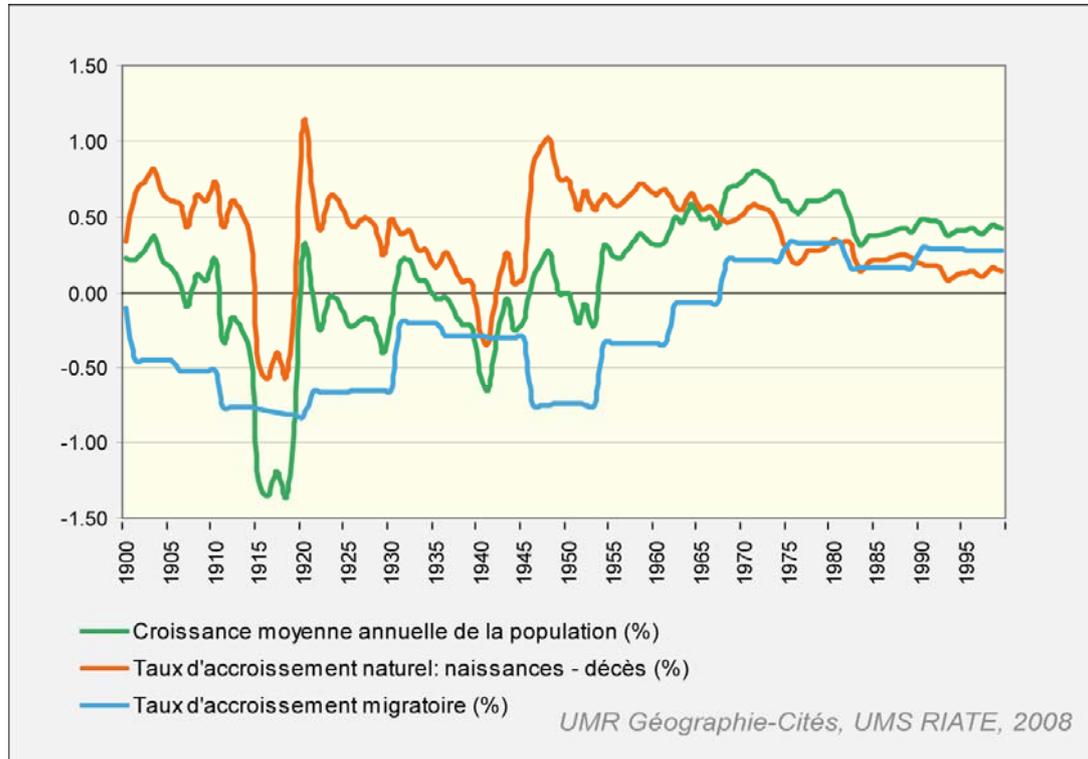
Figure 1 - Evolution démographique de la Bretagne (1980-2000) dans trois contextes géographiques



## b. Une démographie à l'épreuve des temporalités

*De la même manière qu'on a considéré l'évolution démographique à différentes échelles spatiales, il est fondamental de situer temporellement ce processus.*

Figure 2 : Croissances de la population bretonne (1900 – 1999)



Au cours du vingtième siècle, la Bretagne a connu une évolution démographique irrégulière (figure 3). Certaines tendances se dégagent assez clairement et s'expliquent simultanément par le modèle de transition démographique (évolution de l'accroissement naturel) et l'histoire socio-économique de la région (évolution des tendances migratoires) :

- Le taux d'accroissement naturel (naissances – décès) diminue progressivement (si l'on excepte les deux guerres mondiales au cours desquelles le nombre de décès excède significativement le nombre de naissances et les baby-booms d'après guerre) pour passer de valeurs assez élevées – un taux d'accroissement moyen annuel proche de 0,50% à des valeurs proches de 0. L'analyse du taux d'accroissement naturel rapproche ainsi la Bretagne d'autres régions dans le processus de la transition démographique<sup>1</sup>. La France présente en effet la particularité d'une chute de la natalité précoce, presque immédiatement associée à la baisse de la mortalité : combinaison qui limite considérablement l'augmentation de l'excédent naturel, appelé « multiplicateur transitionnel ». La Bretagne s'est distinguée au XIXème siècle par une fécondité soutenue, caractéristique d'une société plutôt rurale.

<sup>1</sup> Le concept de transition démographique désigne le passage d'un équilibre démographique à mortalité et fécondité fortes, à un régime moderne d'équilibre, à mortalité et fécondité basses. Ce modèle théorique a été vérifié dans tous les pays, sous différentes formes.

- L'originalité du cas breton tient à l'inversion du solde migratoire survenue durant le XX<sup>e</sup> siècle : très négatif durant la première moitié du siècle (-0,50% par an) puis positif sur la seconde moitié (valeurs supérieures à +0,25 % par an). Ce basculement est lié à l'histoire socio-économique de cette région. A cause de la disparition de son activité textile (100 000 métiers à tisser en 1800), du développement important du chemin de fer et de sa forte fécondité, la Bretagne est devenue dès le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle une région de forte émigration. « Les transformations de l'économie, des moyens de production, des coûts et des prix de vente, des voies de communication et des modes de vie poussaient bon nombre de jeunes adultes sur le chemin de l'exode »<sup>2</sup>. Cet exode n'a fait que se renforcer jusqu'à la 2<sup>e</sup> Guerre Mondiale, puis s'est inversé au milieu des années 1960. Retournement de tendance qui est le fruit de vigoureux efforts régionaux mais aussi nationaux, d'initiatives à la fois publiques et privées pour se doter d'une économie productive et moderne. Suite à la demande bretonne d'une loi de programme pluriannuelle, les opérations de décentralisation d'usines de production automobile de la marque Citroën à Rennes (Ille-et-Vilaine), du Centre National d'Etudes des Télécommunications à Lannion (Côtes d'Armor), de l'entreprise de Charcuteries et Salaisons Olida à Loudéac (Finistère) entre autres ont été accompagnées, du doublement de la part de la Bretagne dans les dépenses de l'Etat (de 2,5 % à presque 5 %). Parallèlement, le développement de la filière agroalimentaire dans toute la région a contribué au maintien de la population dans les zones peu urbanisées. Il n'en demeure pas moins que le solde migratoire régional cumulé sur l'ensemble du XX<sup>e</sup> siècle est déficitaire de 580 000 personnes.

**La prise en compte de la dimension temporelle permet de comprendre la nécessité de saisir l'évolution démographique des territoires sur un temps long. On peut rappeler dès lors que les données de population antérieures à 1995 sont rarement disponibles au niveau européen (Eurostat). De plus, les projections de population sont souvent effectuées en poursuivant les tendances observées sur les cinq dernières années : ce qui ne reflète pas les réalités historiques des territoires européens.**

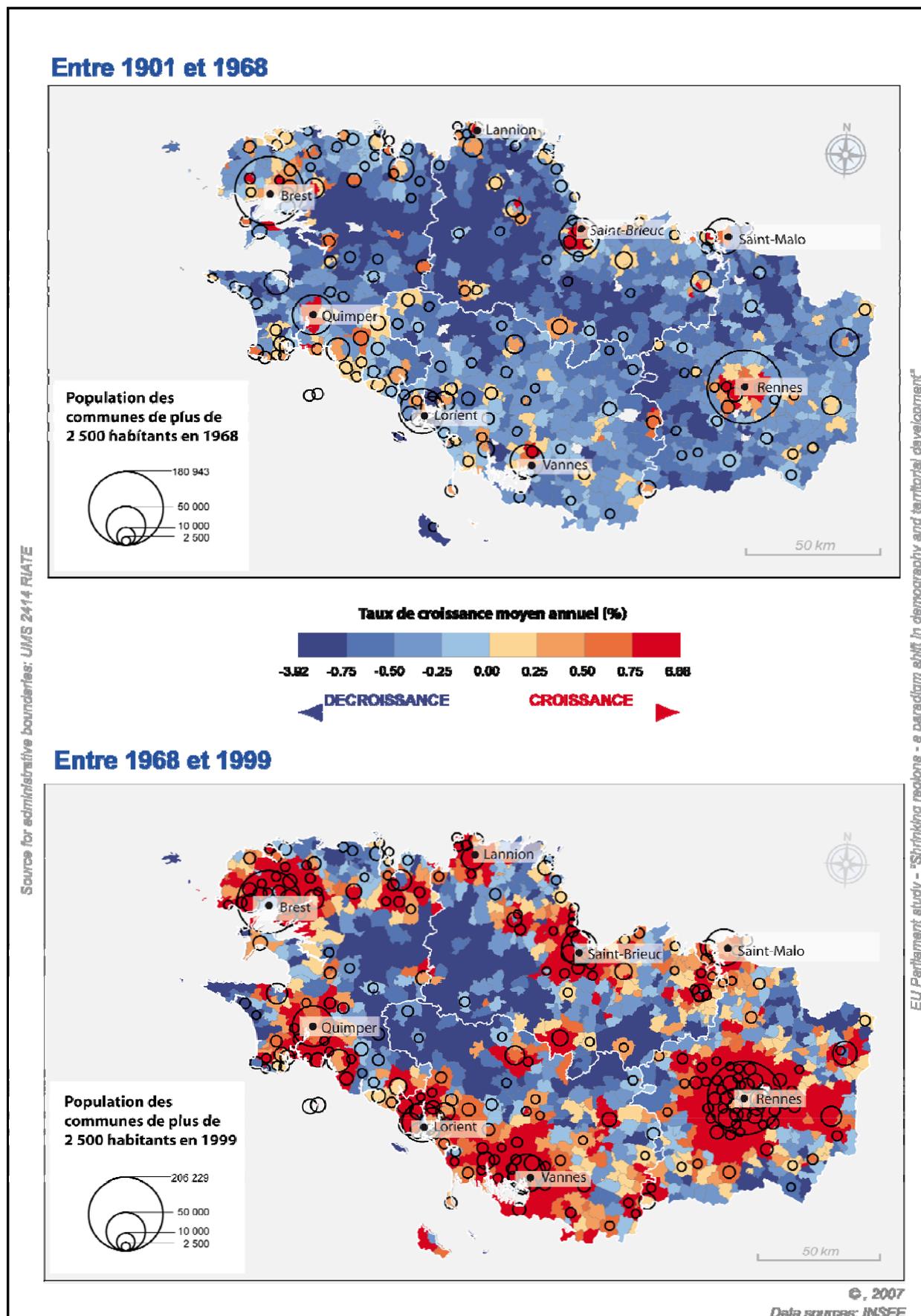
La prise en compte des évolutions démographiques des communes bretonnes sur les périodes 1901 – 1968<sup>3</sup> et 1968 – 1999 permet d'approfondir la question en mettant en évidence les formes spatiales de ces évolutions de population (figure 3). Sur la période 1901- 1968, presque toutes les communes bretonnes sont en décroissance, parfois de manière impressionnante : de nombreuses communes présentaient ainsi des taux de croissance de la population inférieurs à -3% par an. Les seuls espaces qui résistaient à la décroissance démographique correspondaient aux principales villes : Saint-Brieuc, Rennes, Brest, Quimper, Vannes. Dans le même temps, le phénomène de dépopulation touchait massivement les espaces ruraux. De « gros bourgs », dont la population avoisinait 3 000 habitants, ont également connu la décroissance démographique. Phénomène aux conséquences notables dans la mesure où ces bourgs étaient en général des centres de vie sociale pour les habitants des communes voisines moins peuplées. C'était là qu'avaient lieu les marchés, que se regroupaient les commerces et les associations. Enfin, ces bourgs constituaient autant de relais pour les démarches administratives<sup>4</sup> entre les espaces ruraux et les principaux pôles urbains de la région. La perte de leur influence a produit un changement profond des mentalités et des habitudes de vie d'une partie de la population bretonne.

<sup>2</sup> ROUXEL M., 2000, « *Le bilan démographique du siècle* », OCTANT n°80

<sup>3</sup> 1968 : période où l'on observe une inversion de la balance migratoire

<sup>4</sup> Agram de Saint-Jores L., André S., Brulais L., Diard V., *la communication événementielle des villes moyennes en Bretagne. Etat des lieux, stratégies et enjeux*, Université Rennes-2, 286 p.

Figure 3 : Evolutions démographiques des communes bretonnes (1901-1968 et 1968-1999)



Les évolutions démographiques enregistrées au cours de la période plus récente allant de 1968 à 1999 dessinent une réalité toute autre, en soulignant les bouleversements dus au fait que le solde migratoire redevient positif. La plupart des communes bretonnes connaît une croissance annuelle importante au cours de cette période puisqu'elle est en moyenne supérieure à +0,75 %. Cette croissance suit également une logique spatiale. A partir de 1968, ce sont les communes situées en périphérie des grandes villes qui sont décrits par les taux de croissance les plus importants : ce qui est à rapprocher du processus de périurbanisation. A l'inverse, les principales villes enregistrent une stagnation de leurs populations voire même une décroissance dans certains cas : Rennes est caractérisée par une croissance annuelle de +0,42 %, tandis que Brest, Lorient et Saint-Brieuc perdent respectivement 0,09%, 0,37 et 0,28% de leurs habitants chaque année. Enfin, bien que « *cette conquête périurbaine ne [soit] pas spécifique à la Bretagne, elle présente ici des paramètres originaux liés à la vigueur du phénomène* » (Ollivro, 2005). Dans le même temps, le littoral breton devient de plus en plus attractif. Quant au centre de la Bretagne, à quelques exceptions près (Carhaix, Loudéac) il poursuit son processus de désertification.

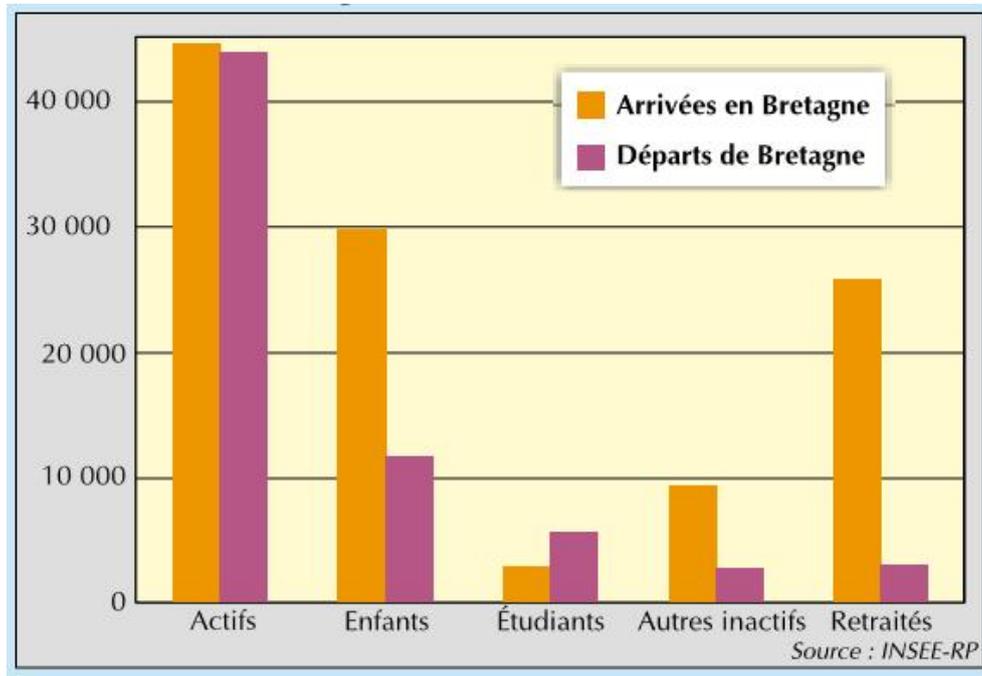
**L'approche temporelle permet de remettre en perspective le dépeuplement du centre de la Bretagne est un processus engagé depuis bien plus longtemps que ces vingt dernières années. La décroissance démographique inscrite dans la durée souligne les difficultés d'un vaste sous-ensemble régional.**

### **c. Une démographie à l'épreuve des migrations**

Depuis 1968, le solde migratoire breton redevient positif et ne cesse d'augmenter surtout au cours des 15 dernières années. Néanmoins, « il faut clairement dissocier les dynamiques quantitatives (retournement positif des flux migratoires) des dynamiques qualitatives (nature des populations concernées. » (Ollivro, 2005). Une partie des jeunes est ainsi contraintes d'émigrer pour terminer ses études. Pour les diplômés bretons, la région offre peu d'emplois requérant un haut niveau de qualification. De plus, les salaires inférieurs à la moyenne nationale n'incitent pas à rester. Ils ont été 1 588 à partir entre 1990 et 1999 (figure 4) : c'est peu comparé au nombre total de migrants mais beaucoup compte tenu de leur rôle moteur dans le dynamisme socio-économique de la région. De la même manière, les actifs ayant un emploi ont tendance à quitter la Bretagne. En retour, l'arrivée d'actifs sans emploi a été relativement important puisqu'elle a concerné 9 416 habitants entre 1990 et 1999 (figure 4). Le profil socio-économique de la région est donc fortement influencé par ces mouvements. Tout ceci conduit à une situation paradoxale : le niveau de qualification moyen de la population bretonne baisse à mesure que la qualification des jeunes augmente (Rouxel, 2000). D'autre part, « la population en retraite est sans doute la moins mobile : trois retraités bretons sur quatre habitent le même logement en 1990 et en 1999 » (Rouxel, 2000). Néanmoins, l'arrivée de retraités est très importante puisqu'ils ont été plus de 31 000 à s'installer en Bretagne entre 1990 et 1999. Ils représentent par conséquent à eux seul plus de 41% des migrants. Le développement d'une « immigration grise » sur le littoral Breton et dans les espaces en dépeuplement du centre renforce la rupture générationnelle spatiale et alourdit également la dépendance vieillesse de la région. Pour une partie d'entre eux, il s'agit d'un retour au pays. Si l'on inclut dans la définition de « retour aux sources » les conjoints et ceux qui ont un parent né en Bretagne, c'est presque une migration sur deux qui peut être considérée comme « de retour » (Rouxel, 2003). Ces retraités sont plutôt aisés et apportent un certain dynamisme à l'économie locale. « Si Paris continue à prendre les actifs (si possible diplômés) et à se débarrasser des retraités, qui n'ont d'ailleurs plus envie de vivre sur place,

on comprend bien les effets pervers d'une *décentralisation des ennuis* et des risques d'un renforcement des inégalités Paris/ reste de la France.» (Ollivro, 2005). Le renouveau démographique permis par le solde migratoire positif depuis 1968 masque en réalité un départ des jeunes diplômés et un retour d'actifs souvent sans emplois et de retraités. L'afflux migratoire vers la Bretagne apporte chaque année un cinquième de retraités dans la population totale de la région.

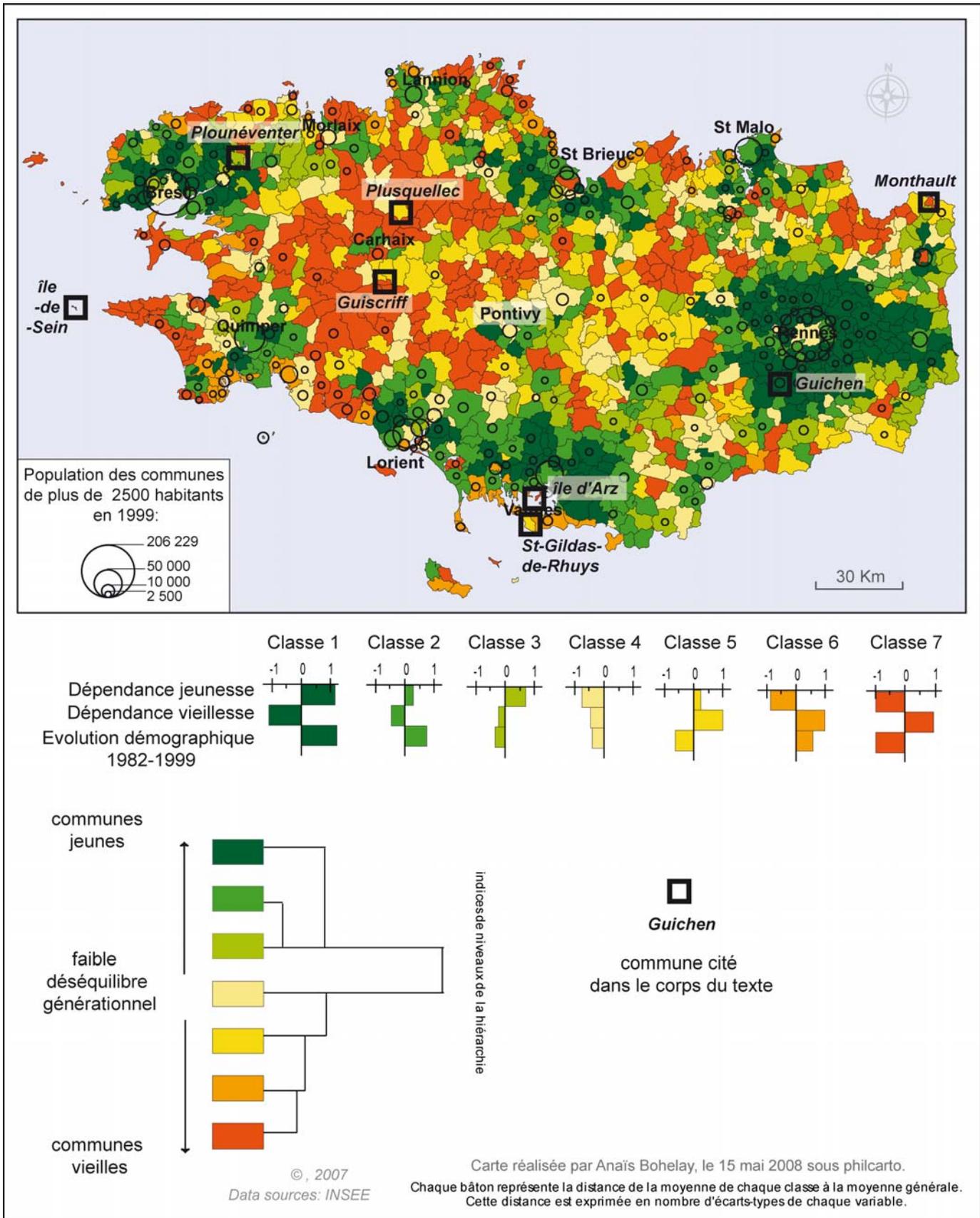
Figure 4 : Les migrants entre Paris et la Bretagne 1990 - 1999



## 2. La Bretagne à l'épreuve des vieillissements

La mise en relation du taux de dépendance des jeunes et des personnes âgées avec la croissance démographique permet de rendre compte de la répartition spatiale de la population selon son cycle de vie et de la dynamique démographique. De cette manière, les proportions de retraités et de jeunes prennent une dimension économique car de forts taux de dépendance impliquent un effort local important des actifs pour soutenir leurs aînés et leur descendance. Certaines communes (figure 5, classe 6) associent croissance démographique, forte dépendance vieillesse et faible dépendance jeunesse. Ces communes jouent sur l'attraction exercée par le littoral sur les retraités à la recherche d'un cadre de vie agréable. Par exemple au sud de Vannes, la commune de St Gildas du Rhuy présente des taux de dépendance vieillesse deux fois plus élevés que les taux de dépendance jeunesse pour une croissance démographique annuelle de près de 2%. Ici le vieillissement apparaît comme un moteur (figure 5). Quant à la sur représentation des personnes âgées dans le centre breton, une enclave vieillissante apparaît dans l'Argoat, à l'exception de Carhaix. Cette situation se retrouve de manière plus ponctuelle sur le littoral breton et dans les îles et concerne 17,6% des communes bretonnes. Les îles détenant le record de la disproportion relative entre personnes âgées et jeunes. Par exemple, l'île d'Arz abrite 7 fois plus de retraités que de jeunes et perd chaque année plus 1% de sa population. De la même manière, l'île de Sein comporte cinq fois plus de retraités que de jeunes, avec cette fois-ci, une perte annuelle de plus de 4% de ses habitants.

Figure 5 : Les seniors, les jeunes et le dépeuplement



Or, dans un proche avenir, « la prospérité des territoires dépendra étroitement de leur capacité à retenir ou attirer les jeunes ». L'enjeu d'un peuplement jeune est de développer « un pouvoir de décision politique et économique, avoir un équilibre démographique relatif, créer une image dynamique, développer des activités novatrices. » (Ollivro, 2005). La priorité pour la Bretagne est donc l'équilibre des classes d'âge, la jeunesse et la réappropriation du territoire. « Dans le cadre d'une mobilité croissante des populations, dynamisme interne et rayonnement international sont très liés et l'on ne peut plus envisager les évolutions démographiques de façons isolée. » (Ollivro, 2005). Or, on associe souvent les retraités dans un même ensemble homogène pourtant, il existe des différences importantes entre un sexagénaire et un octogénaire. Ces deux types de vieillissement ne disposent pas des mêmes besoins et utilisent l'espace de façon différenciée. Ce sont des éléments à prendre en compte, particulièrement dans le développement de politiques d'aménagement du territoire.

#### **a. Mobilité et vieillissement**

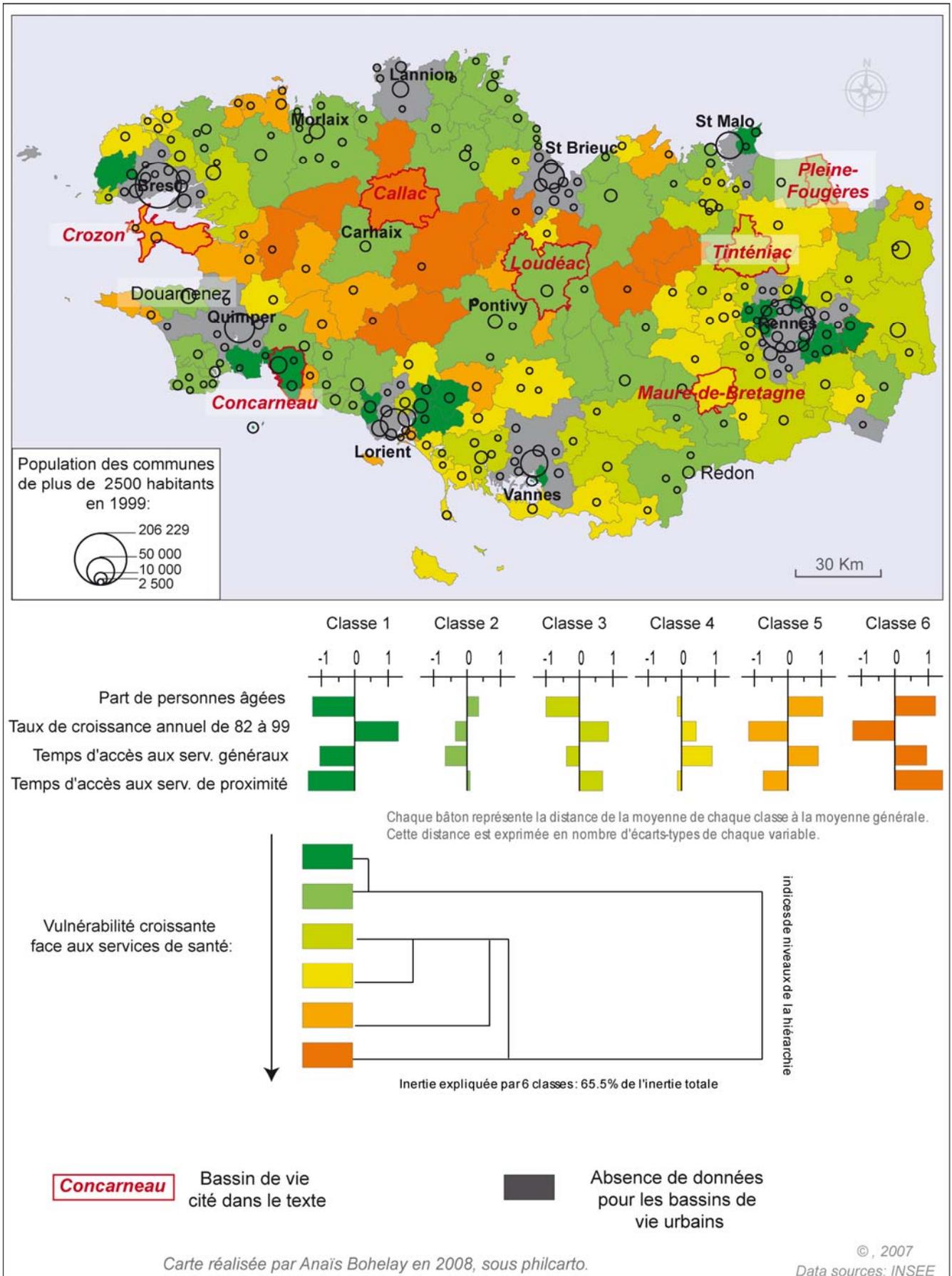
Démographes et géographes utilisent souvent des seuils situés entre 75 et 85 ans pour distinguer les « populations âgées » des « populations très âgées ». Nous avons retenu la borne du 80<sup>e</sup> anniversaire pour distinguer ces deux étapes de la vieillesse. Même s'il n'existe pas de discontinuité d'un âge à l'autre, le passage au grand âge implique de nouvelles contraintes et de nouveaux besoins souvent liés à une **perte d'autonomie et de mobilité**.

Un certain nombre de déplacements résidentiels internes à la région apparaissent à partir de 75-80 ans. Il s'agit dans la grande majorité des cas de « mobilités de courte distance » (Rouxel, 2002) vers des établissements d'accueil pour personnes âgées tels que les maisons de retraites, les foyers logements ou encore parfois les établissements hospitaliers de long séjours. Ce choix est « motivé par une difficulté à rester dans son logement » (Rouxel, 2002) souvent dû à une trop grande perte d'autonomie ou à un sentiment de solitude. Ainsi, « un tiers des bretons âgés de 90 ans en 1999 ont changé de logement durant les années 1990, sans changer de département de résidence. » et « à l'âge de 90 ans, 31% des personnes séjournent » dans ce type d'établissements (Rouxel, 2002).

#### **b. Dépeuplement, vieillissement et vulnérabilité sanitaire**

Si l'indicateur de vieillissement de la population prend en compte la mobilité réduite des personnes âgées dans l'évaluation d'espaces en vulnérabilité, il convient de l'envisager avec l'accessibilité des services de santé pour la population ainsi que la variété des situations liées au dépeuplement. Car la distance-temps d'accès aux services de santé est mise au cœur du principe d'équité sanitaire : une mauvaise accessibilité réduit le recours aux soins courants et de prévention. Certains bassins de vie disposent d'une excellente situation sanitaire (figure 6). Ils sont tous caractérisés par un dynamisme démographique vigoureux et se regroupent à proximité des pôles urbains principaux (Rennes, Brest, Quimper, Lorient, Vannes et St-Malo). Les personnes âgées, peu nombreuses, y sont donc bien prises en charge. C'est le cas dans le bassin de vie de **Concarneau**, où le temps d'accès aux services de santé généraux est de 13 minutes contre une moyenne régionale de 20 minutes. Tandis que les bassins de vie les plus nombreux sont caractérisés par des temps d'accès aux services de santé satisfaisants, notamment concernant les services généraux. Ils sont situés soit entre les deux enclaves de dépeuplement du centre breton soit sur le littoral (surtout la côte nord) et correspondent à des pôles urbains locaux comme Pontivy, Carhaix, Loudéac, Douarnenez, Redon... Ces villes garantissent une bonne couverture médicale à des espaces pourtant en faible croissance démographique voire en légère décroissance.

Figure 6 : Les bassins de vie bretons et l'accès au soin en 2003



Une sorte de seconde auréole apparaît en lointaine périphérie des pôles urbains majeurs. Dans ces bassins de vie, la tendance s'inverse : la dissymétrie profite aux services de santé de proximité et joue en défaveur des services de santé généraux. Ces espaces en légère croissance démographique ne sont que faiblement polarisés par des bourgs dépassant rarement les 2 500 habitants : ce qui peut expliquer la relative absence des services généraux. Le gain de personnes âgées dans ces bassins de vie implique une certaine demande de services de proximité à laquelle les praticiens semblent répondre. Il s'agit par exemple du bassin de vie de **Maure-de-Bretagne** qui présente des temps d'accès aux services de proximité identiques à la moyenne régionale et une distance-temps d'accès aux services généraux un tiers plus importante que la moyenne régionale (soit 29 minutes). Enfin, les bassins de vie des deux enclaves de dépeuplement du centre Ouest et Est breton sont caractérisés par des distances d'accès à l'ensemble des services de santé parmi les plus importantes de Bretagne. Ces bassins de vie isolés cumulent un phénomène de dépeuplement important et la quasi absence de petits pôles locaux. Il s'agit par exemple du bassin de vie de **Callac** (figure 6), le temps d'accès aux services de proximité y atteint 9 minutes (plus de 3 fois la moyenne régionale) et 23 minutes pour les services de santé généraux. Les populations de ces bassins de vie sont d'autant plus vulnérables que les personnes âgées y sont nombreuses.

La **Mission Régionale de Santé (MRS)**, dont la mission est de **cibler les zones rurales et urbaines pouvant justifier d'une aide** (installation et/ou au regroupement des professionnels de santé), a défini 22 cantons jugés éligibles aux aides à l'installation pour les médecins généralistes (URCAM, 2005). Les cantons déficitaires se trouvent à l'intérieur des terres et s'étirent le long d'une diagonale Nord - Ouest / Sud - Est (figure 7). La majorité d'entre eux se trouve en situation de dépeuplement. L'exemple de la situation de l'offre sanitaire du canton de Corlay est représentative du phénomène : Sur les deux médecins exerçant dans ce canton, l'un des deux doit partir à la retraite dans une dizaine d'années. Il restera alors un médecin pour 3 056 habitants, soit un rapport de 32 médecins pour 100 000 habitants : ce qui est très peu comparé à la moyenne nationale et régionale voisine de 88-89 médecins généralistes pour 100 000 habitants. La situation de pénurie est d'avantage liée semble t'il au manque de disponibilité des médecins. Ce canton éligible, pour une aide à l'implantation des médecins généralistes est lui-même entouré de cantons, éligible ou fragiles, ce qui augmente le constat de pénurie.

Figure 7 : Pénurie de médecins généralistes dans les cantons bretons



Source : URCAM Bretagne - Décision MRS du 22 Novembre 2005

*Comment gérer ce délaissement sanitaire global des espaces ruraux et le manque prochain de professionnels de santé ?*

## **Conclusions**

### **a. Une nouvelle donne sanitaire ?**

La politique d'aménagement du territoire, mise en place après la seconde guerre mondiale, avait pour objectif de réduire les inégalités de développement en France. Ce n'est que récemment, depuis une trentaine d'années, que le secteur sanitaire a été intégré à cette politique avec la création notamment de la carte sanitaire, ou plus précisément d'une carte hospitalière. « Jusqu'au début des années 1990, la carte sanitaire constituait le seul instrument de planification hospitalière. Elle fixait par secteur sanitaire et par tranche de population les besoins théoriques d'équipements et de lits. Jugée trop rigide, elle a été complétée en 1991 par les SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire). Ceux-ci définissent la répartition optimale des structures de santé, à partir d'une analyse de l'offre et de la demande de santé et fixent les mesures nécessaires de restructuration » (VIE-PUBLIQUE.FR, 2005). Ces programmes de rééquilibrage sont primordiaux : en 1970 sont ainsi construits les Centres Hospitaliers Universitaires dans des villes comme Amiens, Caen, Angers, Brest, Dijon et Besançon afin de fixer les jeunes diplômés dans les régions défavorisées du croissant Nord de la France. Avec l'idée d'un rééquilibrage territoriale et d'aide aux espaces les plus défavorisés, se développe alors l'idée de « discrimination positive territoriale » : « C'est en rendant attractif ce qui ne l'est manifestement pas que l'on espère modifier la donne. Ainsi va-t-on changer artificiellement la valeur de l'espace. » (DATAR, 2004).

Le vieillissement général de la population provoque une augmentation de la consommation sanitaire, le vieillissement du corps médical menace d'une pénurie des professionnels de santé et le dépeuplement de certains espaces pose question quand au maintien des services de santé locaux. D'autre part, les inégalités « naturelles » de répartition du corps sanitaire sont toujours d'actualité et méritent d'être résolues. L'accumulation de ces facteurs à risque contribue à créer des situations de vulnérabilité sanitaire pour la population. Néanmoins, ces difficultés récentes et héritées sont l'occasion pour le système de santé de réformer son organisation. La commission propose en premier lieu de « **développer des outils de pilotage clairement identifiés** ».

Les mesures les plus porteuses d'espoir semblent être celles visant à « **attirer et fidéliser les médecins dans des zones aujourd'hui déficitaires** ». Pour cela, l'Etat, ou les collectivités locales, peuvent « **influencer l'implantation des jeunes étudiants** » en apportant « une aide financière pour les études de médecine aux étudiants s'engageant à exercer en zones déficitaires » ou en offrant des avantages portant sur « la taxe professionnelle, la taxe foncière, les charges fiscales et sociales. Les incitations financières ne sont pas suffisantes pour promouvoir la médicalisation des espaces désertés. En effet, « l'expérience a montré que les salaires avantageux du Nord de la France attirent peu » (Dumont, 2002). « Il faut d'une part rendre attractif l'exercice professionnel en dehors des avantages financiers, d'autre part permettre une vie sociale et familiale satisfaisante. En cela, l'État et les collectivités doivent être assurés qu'il n'y aura pas de couverture médicale totalement satisfaisante du territoire national sans une réflexion plus large sur l'aménagement du territoire ». La promotion de l'implantation peut aussi passer par « la mise à disposition de locaux, de matériel informatique et de personnel administratif » facilitant « un exercice regroupé dans les maisons

médicales ». Les mesures **touchant à l'organisation de la formation** visent à favoriser « la connaissance, le goût et l'envie aux plus jeunes [d'exercer] en dehors des grandes agglomérations ». La stabilisation des étudiants dans leur région d'étude peut aussi passer par un remplacement « de manière urgente des Épreuves Classantes Nationales (ECN) en Épreuves Classantes Inter-Régionales (ECIR) ». A l'inverse, les patients peuvent être aidés pour faciliter leur accès aux soins. Il serait par exemple souhaitable de renforcer, voire de créer, les aides au déplacement des personnes à mobilité réduite dans les espaces déficitaires.

Au delà de l'augmentation quantitative des besoins sanitaires que va impliquer le vieillissement massif de la population bretonne, une réponse qualitative, spécifique aux besoins des personnes âgées doit également être envisagée. Un encadrement purement sanitaire ne suffit pas, la dimension sociale est fondamentale. En 2002 a été mise en place l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Elle vise à faciliter l'accès aux soins des 60 ans et plus se trouvant « dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liée à son état physique ou mental » (Henrard, 2007). D'autre part, la création de Centres Locaux d'information et de Coordination (CLIC) « chargés d'assurer la continuité de la prise en charge » joue un rôle de prévention primordial. « Leurs missions sont, au niveau individuel, l'information, l'évaluation des besoins et l'orientation, et la mise en œuvre éventuelle des plans d'aide et de soins. Au niveau collectif ils sont censés développer des mesures de préventions, contribuer à l'évaluation des besoins, participer à la formation des personnels. » (Henrard, 2007)

L'enjeu actuel est de promouvoir le maintien à domicile le plus longtemps possible des personnes âgées. Cela peut passer par une contribution financière pour faciliter le recours à l'aide ménagère à domicile ou par une aide à l'aménagement du logement pour faciliter la vie quotidienne des personnes dépendantes. D'autre part, il s'agit de développer autant que possible d'autres alternatives à l'hébergement. En Bretagne sont encouragés les projets innovants et la diffusion de petites unités d'hébergement permettant d'accueillir avec flexibilité les personnes âgées dans leur environnement local.

Alors que la situation de pénurie des praticiens et les contraintes de l'espace rural font l'objet d'une approche territoriale visant à réduire les inégalités, la réponse aux besoins d'encadrement du vieillissement sont souvent traitées au niveau régional. Or, la répartition des personnes âgées dans l'espace obéit majoritairement à des logiques infrarégionales : tantôt associés à des espaces littoraux en croissance tantôt à des espaces relégués et isolés en décroissance. Ces inégalités se manifestent déjà par la transformation progressive des hôpitaux ruraux en centres de convalescence. Les spécialistes sont de plus en plus regroupés dans les villes, au détriment des espaces ruraux. Les mutations spontanées du système hospitalier semblent s'opérer aux dépens du milieu rural.

#### **b. Vers une décentralisation du système de soins ?**

Une bonne gestion sanitaire passe avant tout par un relai efficace et cohérent de l'État à la plus petite unité géographique, la commune. Une efficacité et une simplification du cheminement des décisions ainsi qu'une clarification du rôle de chaque acteur apparaît indispensable à la mise en place d'une offre de santé adaptée à la réalité locale.

L'Union Européenne, fait part de son désir de « trouver des périmètres administratifs [...] parfaitement adaptés à la gestion, tout en répondant à la demande sociale et en étant accepté par les populations » (Deffigier, 2007). Ce dessein n'est pas chose facile car « le territoire idéal n'existe pas » (Deffigier, 2007). Pour optimiser la gestion territoriale, les États

européens ont tendance à multiplier les acteurs et les maillages d'action. Devant la nécessité de rationaliser cet éparpillement, « l'avenir n'est plus à l'empilement des structures, mais bien à l'exercice concerté de compétences » (Deffigier, 2007). Le principe d'autonomie reconnu par la Charte européenne du 15 octobre 1985 (mise en vigueur 3 ans plus tard), « fonde l'existence des collectivités locales et leur faculté de s'organiser en structures de coopération ». Le droit communautaire est ainsi porté par les institutions européennes et c'est à chaque État membre de veiller à ce que les collectivités locales appliquent leurs droits. Même si les effets de la décentralisation sont encore à renforcer et que la France reste un des pays les plus centralisés d'Europe, un tel bouleversement de la gestion territoriale implique des modifications sur l'organisation du système de santé français. « La loi hospitalière du 31 juillet 1991 puis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ont apporté des modifications importantes à l'organisation hospitalière ». Selon le site de La documentation française (VIE-PUBLIQUE.FR), ces changements sont les suivants :

- En 1996 est instauré « **un nouveau cadre de régulation : les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)** ». Ces nouvelles structures, « autorité unique de régulation de l'hospitalisation au niveau local, [...] ont ainsi mis fin à l'émiettement antérieur des compétences entre l'assurance maladie pour les cliniques (CRAM) et les services de l'État pour les établissements publics (DDASS, DRASS). Responsables de la planification hospitalière et de l'allocation des ressources entre les établissements, elles doivent notamment veiller à l'adaptation de l'offre aux besoins et à la réduction des inégalités de financement entre les hôpitaux ».
- Ensuite « **de nouveaux instruments de régulation** » sont mis en place : « **la contractualisation devient la base des relations entre la tutelle et les établissements de santé**. Chaque établissement, public ou privé, est ainsi amené à signer un contrat d'objectifs [qualité et sécurité] et de moyens (COM) avec l'ARH. » « **L'allocation des ressources s'inscrit dans un cadre de plus en plus régional** ». « **La planification hospitalière tente de mieux prendre en compte les besoins de la population** ».
- Jusqu'au début des années 1990, **la carte sanitaire constituait le seul instrument de planification hospitalière**. Elle fixait par secteur sanitaire et par tranche de population les besoins théoriques d'équipements et de lits. **Jugée trop rigide, elle a été complétée en 1991 par les schémas régionaux d'organisation sanitaire**. Ceux-ci définissent la répartition optimale des structures de santé, à partir d'une analyse de l'offre et de la demande de santé et fixent les mesures nécessaires de restructuration. »
- Enfin « **le développement de l'évaluation** » est une garantie fondamentale de la qualité des soins dispensés. L'ordonnance du 24 avril 1996 a donné cinq ans aux établissements de santé pour faire appel à l'équipe d'évaluation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). « Tous les établissements devraient ainsi pouvoir être situés sur l'échelle de la qualité des soins. Toutefois, cette procédure d'accréditation a pris du retard ».

**Les enjeux soulevés par le vieillissement des populations et de ses conséquences sur l'organisation du système sanitaire sont un véritable défi pour les pouvoirs publics. Les initiatives nombreuses et récentes nécessitent d'être mieux coordonnées, tant d'un point de vue vertical qu'horizontal.**

## **Bibliographie :**

ARH Bretagne, (Agence Régional de l'Hospitalisation), *Territoires et santé en Bretagne*, 2004, 38 p.

ARH Bretagne, (Agence Régional de l'Hospitalisation). *SROS 2006-2010 (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire)*.2006, 425 p.

Barney, T. ; Smeret, C., *Le vieillissement en Europe: aspects biologiques, économiques et sociaux*. Paris: La documentation française, 2007, 188 p.

Bucher, H. ; Mai, R., *Depopulation and its consequences for the regions of Europe*. Conseil de l'Europe. Allemagne, 2005, 78 p.

Caro P., Dard, O., Daumas, J-C. (dir)., *La politique d'aménagement du territoire racines, logiques et résultats*, Rennes : Presses universitaires de Rennes. 2002, 360 p.

Charleux, L., « Derrière les disparités régionales du P.I.B par habitant dans l'Union Européenne. » *Université de Joseph fourrier- Grenoble, 2001*.

Cribier, F. ; Fellier, E., *Regards croisés sur la protection sociale de la vieillesse*. Paris: La documentation Française, 2005, 358 p.

De Kervasdoue, J. ; Mace, J.-M. ; Picheral, H., *Santé, économie et territoire: étude exploratoire*. DATAR., 2004, 137 p.

Even, A., « La Bretagne en devenir », *Octant*, n°94, 2003, 15 p.

Fleuret, S. ; Sechet, R., *La santé, les soins, les territoires: penser le bien être*. Rennes: Presses universitaires de Rennes, 2002, 236 p.

Humbert, R., *Une décentralisation du système de santé*. Paris: La documentation Française, 1986, 161 p.

Krier, H. ; Ergan, L., *Bretagne: de 1975 à 1985*. Paris: Information et conjoncture, 1976, 224 p.

Levy, D. ; Ramonet, M., « La population Bretonne à l'horizon 2030 ». *Octant*, n°108, 2007, 11 p.

Merdelet, P., *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*. Rennes: Ed de l'école nationale de la santé publique, 2006, 367 p.

Ministère de l'emploi de la solidarité, DATAR, CREDES., *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?* Paris: La documentation Française, 2000, 358 p.

Mizrahi, A., *Comment se soigne-t-on en France?* Paris: Presses Universitaires de France, 2003, 127 p.

Moro, S., « Une Bretagne toujours plus diplômée malgré de nombreux départs de jeunes », *Octant*, n°111, 2008, 12 p.

Ollivro, J., *Bretagne: 150 ans d'évolution démographique*. Rennes: Presses Universitaires de France, 2005, 304 p.

ONDPS, (Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé)., *Les effectifs et l'activité des professionnels de santé 2004*, 2004, 155 p.

Pivette, B., François, N., *Bien vieillir en Bretagne: changer de regard et agir pour mieux vivre ensemble le vieillissement à domicile*. Rennes: Conseil économique et social de Bretagne, 2007, 373 p.

Rouxel, M. , « Le zonage en bassins de vie : une structuration du territoire autour de l'emploi et des services ». *Octant INSEE*, n°98, 2004, p 26.

Rouxel, M., « L'importance des retours à la région natale ». *Octant*, n°94, 2003, 3 p.

Rouxel, M., « Où résident les personnes de plus de 60 ans ? » *Octant*, n°90, 2002.

Rouxel, M., « Bretagne: Les nouveaux profils des migrants ». *Octant*, n°84, 2000, 10 p.

Tonnellier, F. ; Vigneron, E., *Géographie de la santé en France*. Paris: Presses universitaires de France, 1999, 127 p.

URCAM, Bretagne (Union Régional des Caisses d'Assurance Maladie). *Zones éligibles aux aides à l'installation pour les médecins généralistes*. 2005. <<http://www.bretagne.assurance-maladie.fr/Mission-Regionale-de-Sante.8831.0.html> >.

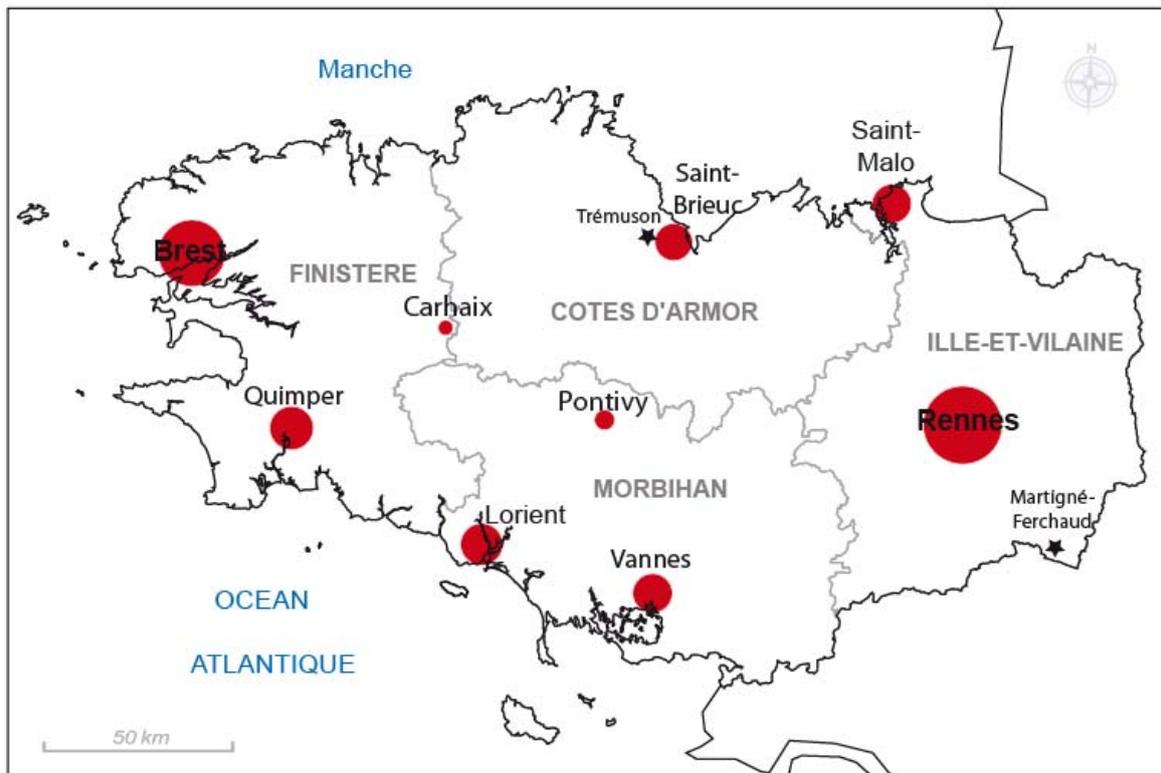
Vigneron, E., *Distance et santé: la question de la proximité des soins*. Paris: Presses universitaires de France, 2001, 127 p.

Vigneron, E. ; Barrot, J. ; Segade, J.-P., *Santé et territoires, une nouvelle donne*. Paris: La tour d'Aigues, Ed. de l'Aube, 2002, 239 p.

Vigneron, E., *Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé*. Paris: DATAR, 2004, 93 p.

Vincent, G., « Les réformes hospitalières », *Revue française d'administration publique*, 2005 p 49-63.

## Localisation des lieux cités dans le case-study breton



Localisation et population villes bretonnes  
de plus de 7 000 habitants (1999):



Villes de petite taille  
citées dans le commentaire:

