

Contrairement à nombre de commerces et services aux particuliers, les équipements et services sanitaires et sociaux continuent de se répandre sur le territoire et de se rapprocher des populations résidentes. C'est notamment le cas de la plupart des activités médicales exercées à titre libéral (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), dont la croissance est particulièrement forte dans les espaces périurbains.

À l'inverse, les activités sanitaires faisant appel à des plateaux techniques lourds restent essentiellement présentes dans les pôles ruraux et surtout urbains.

Les structures hospitalières de court séjour s'y sont ainsi concentrées et sont remplacées ailleurs par des lits de moyen et long séjour.

Bertrand SCHMITT¹
UMR INRA-ENESAD en Économie
et sociologie rurales, Dijon

Xavier NIEL
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

La diffusion des services sanitaires et sociaux depuis 1980 le poids croissant des zones périurbaines

Entre 1975 et 1998, le nombre de médecins et de pharmaciens a plus que doublé et celui des dentistes et des infirmiers a augmenté de plus de 50 %. Le nombre de communes équipées d'un service ou d'un équipement sanitaire (médecin, infirmier, dentiste, hôpital, ...) s'est également développé, à des rythmes toutefois différents selon les espaces géographiques et le type de service considéré.

1. Les auteurs remercient vivement Stéphane Delavelle, de l'INSEE de Basse-Normandie, Virginie Piguet de l'INRA de Dijon et Michel Fallet de la DRASS de Bourgogne, ainsi que le département de l'action régionale de l'INSEE pour leur aide concernant l'accès et le traitement des données.



Une présence accrue des médecins, des infirmiers et des pharmaciens dans les espaces périurbains

En 1998, les médecins généralistes et les infirmiers sont présents dans près de 30 % des 36 000 communes françaises, et les pharmaciens dans 23 % d'entre elles (tableau 1). Installés dans le quart des communes françaises environ, ces professionnels touchent sur place une proportion de la population nettement plus large. Ainsi, la part de la population française qui dispose de la présence d'un médecin, d'un infirmier ou d'un pharmacien dans sa commune de résidence dépasse désormais 80 %, et plus de 55 % dans les espaces dits « ruraux isolés » (encadré page 6 pour les définitions des espaces géographiques retenus et leurs évolutions démographiques).

Ces activités sont présentes dans tous les espaces définis comme des « pôles », qu'ils soient urbains (5 000 emplois ou plus) ou ruraux (entre 2 000 et 5 000 emplois dans l'espace à dominante rurale). Elles

sont moins implantées à mesure que s'atténue l'influence du pôle qui exerce un rôle d'attraction dans l'espace considéré. Ainsi, par exemple, les médecins sont présents dans quasiment tous les centres des pôles ruraux, mais dans seulement 39 % de leur banlieue et 10 % des communes qui leur sont périphériques² (tableau 1).

La population des communes où il n'y a pas de médecin, d'infirmier ou de pharmacie, n'en est en outre jamais très éloignée : la distance routière moyenne est de l'ordre de 7 km et le temps d'accès à ces équipements d'environ 8 mn (tableau 1)³. C'est dans les espaces ruraux isolés que les distances à parcourir sont les plus importantes, tout en restant modérées : le médecin, l'infirmier et le pharmacien sont, en moyenne, à moins de 8 km et à moins de 10 mn des communes non équipées. Cette proximité les rend aussi présents dans la gamme des services que, par exemple, les coiffeurs, les bouchers ou les bureaux de poste.

Alors que les activités commerciales ont tendance à régresser ou à disparaître dans certains espaces, on assiste depuis vingt ans à un dévelop-

pement très important de l'implantation des activités sanitaires de proximité (médecin, infirmier, pharmacie) sur le territoire. Ainsi, le nombre de communes pourvues d'un médecin généraliste est passé de 24 % en 1980 à 28 % en 1998, celui des communes ayant un infirmier de 24 % à 30 %, et celles disposant d'une pharmacie de 19 % à 23 %. L'augmentation est spectaculaire dans les banlieues et les espaces périurbains. Elle est plus

2. Le constat est un peu différent si l'on prend en compte le nombre de professionnels rapporté à la population résidente. De ce point de vue, la densité de médecins généralistes libéraux est plus élevée dans les pôles ruraux (143 médecins pour 100 000 habitants en 1994) que dans les pôles urbains (131). Le rural isolé apparaît également bien doté avec 110 médecins pour 100 000 habitants contre 79 dans les communes périurbaines et 95 dans le rural sous faible influence urbaine (INRA et INSEE, 1998).

3. L'inventaire communal indique la « commune où se rend habituellement la majorité des habitants des communes non équipées », ce qui permet de calculer les distances.

2

T 01 proximité des services sanitaires « de base » en 1998

	Médecin généraliste			Infirmier			Pharmacie		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
Pôles urbains villes centres	100	100	0	100	100	4	100	100	0
Pôles urbains Banlieue	84	98	5	79	95	6	77	96	5
Couronnes périurbaines	30	66	7	32	63	7	20	55	7
Communes multipolarisées	27	62	7	27	59	7	19	54	7
Rural sous faible influence urbaine	23	62	8	25	61	8	18	55	8
Pôles ruraux Centres	99	100	3	99	100	4	99	100	6
Pôles ruraux Banlieue	39	60	4	39	59	3	30	52	3
Périphérie des pôles ruraux	10	30	8	14	32	8	6	22	8
Rural isolé	20	60	9	21	58	9	17	55	9
France entière	28	84	8	29	82	8	23	80	8

(1) Part des communes équipées en 1998.

(2) Part de la population disposant du service dans sa commune de résidence (1999).

(3) Temps d'accès à ce service, en minutes.

Lecture : 28 % des communes ont un médecin généraliste. Cette proportion baisse à 20 % dans les communes du rural isolé. 84 % de la population française disposent d'un médecin généraliste dans sa commune de résidence ; cette part se ramène à 60 % pour les habitants des communes du rural isolé. Huit minutes sont en moyenne nécessaires pour aller chez un médecin.

Champ : France métropolitaine hors Corse et petite couronne parisienne

Source : INSEE-SCEES, inventaire communal 1998, Recensement de la population (données provisoires au 15 août 1999).

modérée dans le rural sous faible influence urbaine et nettement plus réduite dans les communes de l'espace rural isolé (graphique 1). La diffusion de ces activités libérales a été plus intense entre 1980 et 1988 qu'au cours de la dernière décennie.

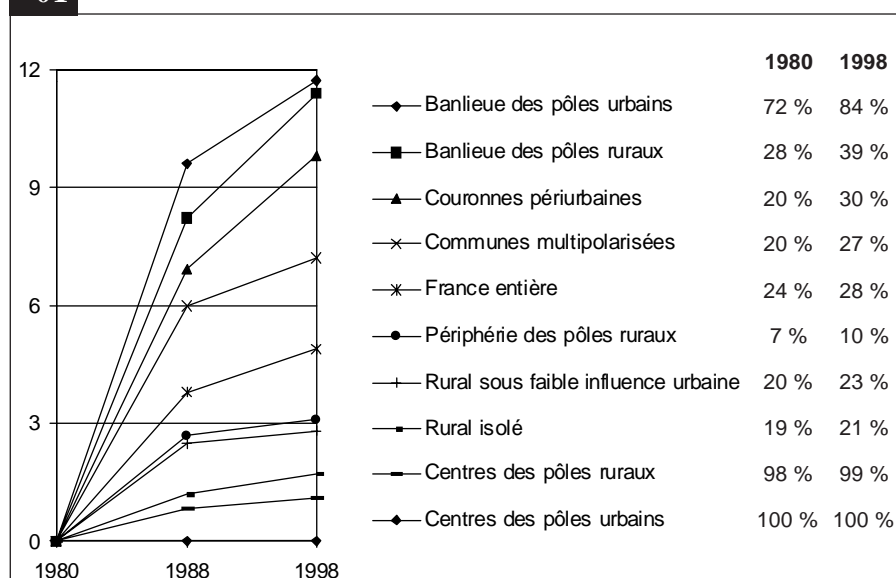
Les cabinets de masseurs-kinésithérapeutes se répandent sur l'ensemble du territoire...

Les masseurs-kinésithérapeutes et les dentistes sont un peu moins présents sur le territoire que les services

médicaux de base : en 1998, environ un cinquième des communes de France offre, sur son territoire, les services d'un kinésithérapeute ou d'un dentiste à plus des trois-quarts de la population (tableau 2). C'est dans les communes périurbaines et dans l'espace à dominante rurale que les services sont les plus rares : si tous les pôles urbains et ruraux possèdent au moins un dentiste, seulement 13 % des communes des espaces ruraux isolés et ruraux sous faible influence urbaine sont dans ce cas, les communes périurbaines étant un peu mieux équipées. En dépit de cela, les communes qui n'ont pas de masseurs-kinésithérapeute ni de dentiste ne sont jamais très éloignées d'un cabinet. Les habitants des communes non équipées du rural isolé doivent ainsi parcourir, en moyenne, moins de 10 km, en 11 mn environ, pour accéder au cabinet d'un masseur-kinésithérapeute ou d'un dentiste.

L'évolution la plus importante est la multiplication des cabinets de masseurs-kinésithérapeutes sur l'ensemble du territoire : le nombre de communes françaises qui en ont au moins un, passe de 16 % à 20 % sur la période allant de 1980 à 1998. Cette

G 01 croissance (en points) et proportion (en %) de la part des communes équipées d'un médecin généraliste selon les espaces géographiques



Lecture : la part des communes équipées d'un médecin généraliste est passée de 72 % à 84 % dans les banlieues des pôles urbains entre 1980 et 1998, soit une augmentation de 12 points.

Champ : France métropolitaine hors Corse et petite couronne parisienne.
Source : SCEES et INSEE, Inventaires communaux 1980, 1988 et 1998.

T 02 proximité des équipements sanitaires en 1998

	Dentiste			Masseur-kinésithérapeute			Laboratoire d'analyse		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
Pôles urbains Villes centres	100	100	0	100	100	0	94	99	9
Pôles urbains Banlieue	69	93	6	71	94	6	28	66	8
Couronnes périurbaines	18	51	9	19	53	8	2	15	13
Communes multipolarisées	16	48	9	17	49	8	2	12	14
Rural sous faible influence urbaine	14	49	10	16	51	10	2	12	18
Pôles ruraux Centres	99	100	6	99	100	4	81	88	14
Pôles ruraux Banlieue	17	35	4	16	34	4	2	7	6
Périphérie des pôles ruraux	3	15	9	5	18	9	0	1	11
Rural isolé	13	48	11	14	50	11	2	11	24
France entière	19	77	10	20	78	9	5	54	17

(1) Part des communes équipées en 1998.

(2) Part de la population disposant de l'équipement dans sa commune de résidence (1999).

(3) Temps d'accès à cet équipement, en minutes.

Lecture : 19 % des communes ont un dentiste. Cette proportion s'infléchit à 13 % dans les communes du rural isolé. 77 % de la population française disposent d'un dentiste dans leur commune de résidence ; cette part se réduit à 48 % pour les habitants des communes du rural isolé.

Champ : France métropolitaine hors Corse et petite couronne parisienne.

Source : INSEE-SCEES, inventaire communal 1998, Recensement de la population (données provisoires au 15 août 1999).

croissance s'infléchit moins dans la période récente que dans le cas des médecins, pharmaciens et infirmiers, et les catégories de communes les plus dynamiques sont les mêmes (augmentation de 16 points entre 1980 et 1998 pour les banlieues des pôles urbains, 7 points pour les couronnes périurbaines et 4 points pour les banlieues des pôles ruraux).

... alors que les cabinets de dentistes se raréfient en zone rurale

En revanche, la présence des dentistes sur le territoire est moins répandue et touche nettement plus inégalement les différentes catégories de communes. Ainsi, le nombre de communes qui possèdent au moins un dentiste n'augmente que de 2 points au cours de l'ensemble de la période 1980-1998 (passant de 17 % de communes équipées à 19 %), la diffusion se concentrant essentiellement sur cette période (graphique 2). De plus, si, en dehors des pôles et de leurs banlieues, les communes périurbaines sont bien concernées par ce mouvement de diffusion, ce n'est pas le cas

des communes de l'espace à dominante rurale (hors pôles ruraux) : entre 1988 et 1998, on assiste même à une légère régression de la proportion de communes disposant d'un dentiste dans les zones rurales sous faible influence urbaine (-0,5 point), dans la périphérie des pôles ruraux (-0,4 point) et dans l'espace rural isolé (-1,2 point).

Des laboratoires d'analyses très présents dans les pôles urbains...

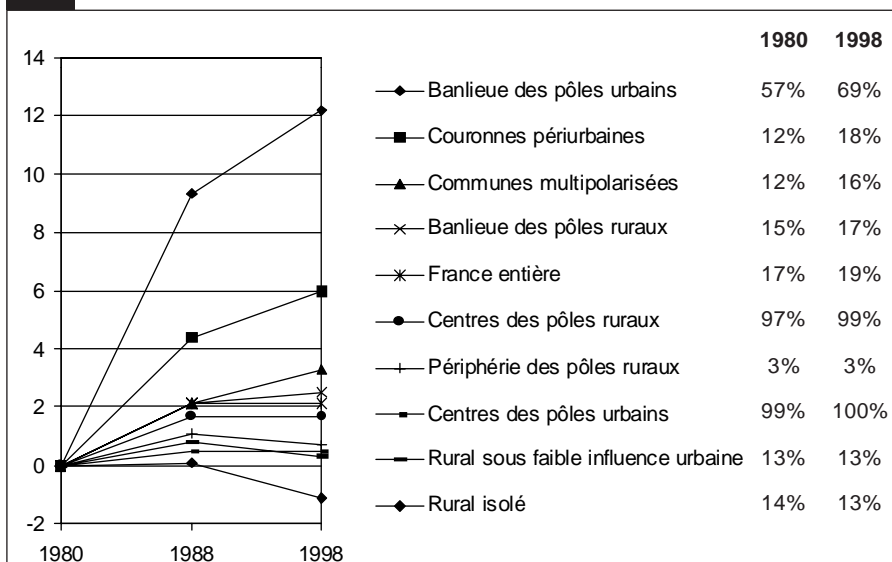
Malgré la très forte augmentation du nombre de séances d'analyses et d'examens prescrits par les médecins au cours des années 80, les laboratoires d'analyses médicales se sont relativement peu répandus sur le territoire au cours des deux dernières décennies, en raison du coût du matériel et de la technicité, de plus en plus forte, nécessaire à cette activité. Largement présents dans les pôles urbains (94 % de leurs centres en ont au moins un), les laboratoires d'analyses le sont déjà un peu moins dans les pôles ruraux (80 % d'entre eux sont équipés) et sont pratiquement

inexistants dans les autres catégories d'espaces, qu'il s'agisse d'espaces périurbains ou ruraux⁴ (tableau 2). Cette relative rareté se traduit par des distances d'accès assez importantes pour les habitants des communes non équipées : les habitants de l'espace rural isolé doivent ainsi parcourir 22 km, avec un temps de transport de 24 mn en moyenne pour accéder à un laboratoire, et ceux de l'espace rural sous faible influence urbaine, 17 km en 18 mn. Les habitants des espaces périurbains sont, quant à eux, encore en moyenne à 11 km et à 13 mn de l'équipement qu'ils fréquentent.

... qui s'implantent progressivement dans les pôles ruraux

L'augmentation du nombre de communes accueillant un laboratoire d'analyses médicales n'est toutefois pas négligeable entre 1980 et 1998 (+16 %), même si elle se concentre sur la seconde partie de la période étudiée (1988-1998). Elle se traduit d'abord par une généralisation de l'implantation des laboratoires en zones urbaines. Dans le même temps, l'évolution la plus marquante est le développement de l'implantation des laboratoires dans les pôles de l'espace à dominante rurale : c'est dans ces pôles que la croissance du nombre de communes équipées est la plus importante. Le taux de présence des laboratoires d'analyse passe dans les centres des pôles ruraux de 63 à 81 % entre 1980 et 1998, alors qu'il n'est passé que de 17 à 28 % dans les banlieues des pôles urbains. Cette implantation accrue des laboratoires d'analyses dans les pôles ruraux se traduit par une meilleure répartition du service sur le territoire et par une

G.02 croissance (en points) et proportion (en %) de la part des communes équipées d'un dentiste selon les espaces géographiques



Lecture : la part des communes équipées d'un dentiste est passée de 57 % à 69 % dans les banlieues des pôles urbains entre 1980 et 1998, soit une hausse de 12 points.
Champ : France métropolitaine hors Corse et petite couronne parisienne.
Source : SCEES et INSEE, Inventaires communaux 1980, 1988 et 1998.

4. Cette rareté peut être, comme dans le département de l'Orne, le résultat d'un choix de limitation drastique des laboratoires (2 à 3 par aire urbaine), les pharmacies assurant le relais avec les patients.

réduction des distances d'accès, dont profitent également les espaces où ces équipements sont peu développés. Ainsi, la distance d'accès des habitants de l'espace rural isolé à un laboratoire d'analyses s'est réduite, en dix-huit ans, de près de 25 km à moins de 22 km, malgré une baisse du nombre de communes équipées.

Hôpitaux : les services de court séjour se concentrent dans les pôles urbains

Environ 5 % des communes françaises possèdent un établissement de santé public ou privé (tableau 3). Fréquemment implantés dans les pôles tant urbains que ruraux, ils sont presque inexistant ailleurs. Du fait des processus de recomposition de l'offre hospitalière engagés depuis plusieurs années, la proportion de communes ayant un hôpital sur leur territoire ne progresse entre 1988 et 1998, que dans les espaces ruraux isolés (+7,8 %). Mais cette légère diffusion des établissements de santé en dehors des pôles masque des modifications profondes de la structure de l'offre de soins hospitaliers, classiquement appréhendée en distinguant services de court séjour et services de moyen et long séjour (encadré).

Services de court, moyen et long séjour

Services de court séjour : ils regroupent les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. La durée du séjour moyen est inférieure à huit jours.

Services de moyen séjour : ils assurent les soins de suite et de réadaptation, après la phase aiguë de la maladie. La durée de séjour est en moyenne de l'ordre d'un mois.

Services de long séjour : il s'agit des services destinés à l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins constants. La durée de séjour dépasse en moyenne trois mois.

On observe en effet une très forte concentration des lits de court séjour dans les pôles urbains (93 % des lits), les pôles ruraux en regroupant, quant à eux, moins de 4 %. La distance de l'équipement hospitalier le plus proche⁵ est d'environ 11 km en moyenne nationale. Elle est de 9 km en moyenne pour les communes périurbaines qui n'ont pas d'hôpital sur leur territoire, mais de 15 km environ dans l'espace rural isolé.

La réduction du nombre de lits de court séjour observée entre 1988 et 1998 (-11,4 %) se distribue de façon très différenciée entre les catégories d'espaces. Faible dans les pôles urbains, elle est plus importante dans les pôles ruraux (-31 %) et, avec le mouvement de concentration des équipements dans les villes-centres, elle touche particulièrement les communes périurbaines, ainsi que les autres catégories d'espace à dominante rurale.

Les services de long séjour se réorientent vers les zones rurales

Parallèlement, le nombre de lits en services de moyen et long séjour augmente d'environ 14 % entre 1988 et 1998. Cette augmentation concerne en priorité les pôles ruraux (+30 %) où elle fait plus que compenser la baisse des lits de court séjour. Les autres catégories d'espace voient leur nombre de lits de moyen et long séjour s'accroître plus modérément : 18 % dans les pôles urbains, 7 % dans les communes de l'espace rural sous faible influence urbaine et 6 % dans le rural isolé. Ces évolutions pro-

5. Les distances calculées dans cette section ne correspondent plus à la distance entre les communes non équipées et la commune fréquentée ; il s'agit ici de la distance à la commune équipée la plus proche (données FINESS).

T 03 les établissements de santé

	Communes équipées d'un établissement de santé		Services de court séjour				Services de moyen et long séjour		
	Part des communes (en %)	Évolution 1988/1998 (%)	Nombre de lits en 1998 (milliers)	Pour 100 000 habitants	Évolution 1988/1998 (%)	Distance en 1998 (km)	Nombre de lits en 1998 (milliers)	Pour 100 000 habitants	Évolution 1988/1998 (%)
Pôles urbains	31	0,0	261	742	-8,8	3	111	315	17,6
dont Villes-centres	88	0,8	198	1149	-7,8	1	66	382	20,7
Communes périurbaines	2	-3,1	4	40	-30,9	9	17	179	-0,4
Rural sous faible infl. urbaine	2	-4,0	1	26	-50,6	13	12	226	7,2
Pôles ruraux	39	-0,4	11	517	-29,8	7	20	949	30,1
dont Centre	65	0,4	11	588	-29,6	6	20	1061	30,2
Périphérie des pôles ruraux	1	-23,1	0	17	-61,2	9	1	102	7,6
Rural isolé	3	7,8	3	62	-44,9	15	24	471	5,7
Ensemble	5	0,3	280	480	-11,4	11	185	317	14,4

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, Répertoire FINESS, 1988 et 1998.

longent et renforcent les tendances antérieures et l'implantation rurale de ce type d'équipement. Ainsi, en 1998, les pôles urbains ne rassemblent plus que 60 % des lits de long et moyen séjour (contre 93 % des lits de court séjour), l'espace rural isolé occupant la deuxième place avec 13 % de ces lits, et les pôles ruraux la troisième avec plus de 10 %.

Les hôpitaux implantés en zones rurales voient donc fortement diminuer leurs activités de court séjour, et se spécialisent dans les activités de réadaptation ou d'accueil de malades privés d'autonomie. Dans ces zones, les services médicaux « de proximité » (médecin, infirmier, pharmacie) se sont développés dans le même temps. Au fur et à mesure des mouvements de concentration et de rationalisation des équipements hospitaliers, les structures hospitalières urbaines concentrent, quant à elles, de plus en plus, les moyens lourds que nécessitent les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Fort développement des maisons de retraite en milieu rural

Allant dans le même sens que l'évolution des structures hospitalières, on assiste, au cours de la période 1980-1998, à une diffusion sur le territoire des établissements d'accueil et des services destinés aux personnes âgées. Les communes équipées d'une maison de retraite qui représentaient, en 1980, 8,4 % de l'ensemble des communes seulement, en regroupent dix-huit ans plus tard près de 14 % (tableau 4). Au-delà de la généralisation de l'équipement des pôles urbains et ruraux, le développement de ces implantations touche de façon spectaculaire toutes les autres catégories de communes (environ 4 points d'augmentation, ce qui représente un accroissement de + 53 % dans les espaces ruraux isolés, + 71 % dans les espaces ruraux sous faible influence urbaine et + 97 % dans les espaces périurbains). Cette tendance s'est fortement accentuée au cours de la der-

L'INSEE a adopté en 1996 une nouvelle nomenclature spatiale pour la France métropolitaine : le zonage en aire urbaine (ZAU).

1 • L'espace à dominante urbaine est composé de pôles urbains, de couronnes périurbaines et de communes multipolarisées (Le Jeannic, 1996).

Un pôle urbain est une unité urbaine offrant 5 000 emplois ou plus et n'appartenant pas à la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain. On distingue dans cette étude le centre et la banlieue des pôles urbains.

Une aire urbaine est un ensemble de communes d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle urbain ou dans des communes attirées par celui-ci.

La couronne périurbaine (d'un pôle urbain) est formée de l'ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain.

Les communes multipolarisées sont des communes rurales et des unités urbaines situées hors des aires urbaines, dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre-elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

2 • L'ensemble des communes rurales et des unités urbaines n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine décrit ci-dessus constitue l'espace à dominante rurale. Cet espace est assez hétérogène, ce qui a incité l'INRA et l'INSEE à en proposer une partition en quatre catégories (Hilal et Schmitt, 1997 ; INRA et INSEE, 1998).

L'espace rural sous faible influence urbaine forme une auréole supplémentaire autour des espaces à dominante urbaine. Il est constitué de communes dont au moins 20 % des actifs vont travailler chaque jour dans les aires urbaines. La superficie de cette catégorie d'espace est comparable à celle des communes périurbaines, mais la population qui y vit est deux fois moins nombreuse.

Les pôles ruraux sont des petites unités urbaines de l'espace à dominante rurale, offrant entre 2 000 et 5 000 emplois et qui comptent plus d'emplois que d'actifs résidents. On distingue dans cette étude le centre et la banlieue de ces pôles.

6

T 04 les maisons de retraite et établissements pour personnes âgées

	Proportion de communes équipées d'une maison de retraite (en %)			Nombre de places dans les établissements pour personnes âgées	
	(1)			(2)	
	en 1980	en 1988	en 1998	en 1998 (en milliers)	Évolution 1988-1994 (en %)
Pôles urbains Villes-centres	85,2	86,6	96,2	170	19,8
Pôles urbains Banlieue	19,0	21,9	40,6	135	21,4
Communes périurbaines	4,6	5,7	9,0	60	27,4
Rural sous faible infl. urbaine	6,7	7,2	11,3	67	28,0
Pôles ruraux Centres	80,6	82,7	89,6	42	11,0
Pôles ruraux Banlieue	6,1	8,1	11,8	2	48,0
Périph. des pôles ruraux	2,1	2,3	4,0	6	25,7
Rural isolé	7,8	8,2	11,8	88	21,8
France entière	8,4	9,2	13,8	570	21,6

(1) Champ : France métropolitaine hors Corse et petite couronne parisienne. Sources : INSEE et SCEES, Inventaires Communaux 1980, 1988 et 1998.

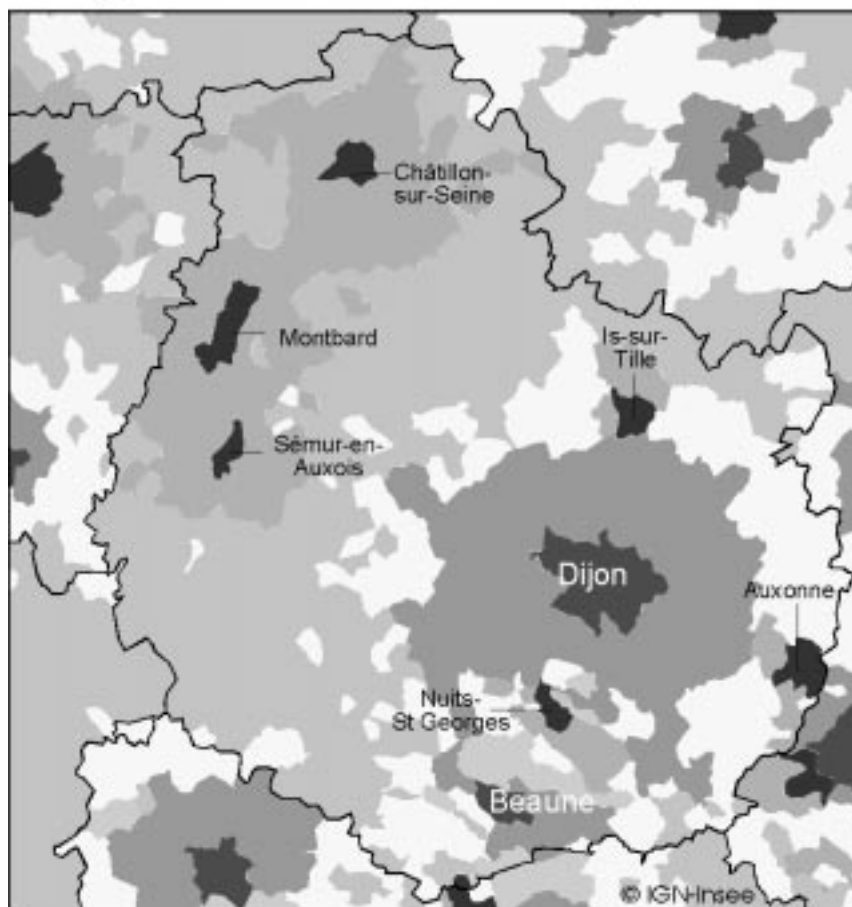
(2) Champ : France métropolitaine. Sources DREES : Répertoire Finess, 1988 et 1998.

Le zonage en aires urbaines et son complément rural

La périphérie des pôles ruraux est constituée des communes dont au moins 20 % des actifs vont travailler quotidiennement dans les pôles ruraux. Ces couronnes sont toutefois géographiquement peu étendues.

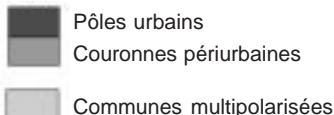
L'espace rural isolé, catégorie résiduelle, représente tout de même plus d'un tiers du territoire et 10 % de la population française.

Depuis une vingtaine d'années, le solde migratoire des pôles urbains est devenu négatif, les espaces périurbains ont connu un accroissement démographique soutenu et les campagnes ont pour partie cessé de se dépeupler. La population de l'espace à dominante rurale a même augmenté à un rythme modéré de 0,1 % par an entre 1975 et 1990. Au sein de l'espace à dominante rurale, la population n'a pas évolué partout de la même façon. Les zones rurales isolées des influences urbaines ont perdu des habitants entre 1982 et 1999 du fait d'une natalité de plus en plus faible. La population des pôles ruraux (c'est-à-dire les unités urbaines appartenant à l'espace à dominante rurale et offrant plus de 2 000 emplois) a diminué, quant à elle, entre 1982 et 1990 en raison d'un solde migratoire défavorable, puis s'est stabilisé entre 1990 et 1999. Enfin, à la périphérie des pôles ruraux et dans le rural sous faible influence urbaine, la population a d'abord augmenté à un rythme proche de la moyenne nationale entre 1982 et 1990, puis a augmenté fortement dans les espaces ruraux sous faible influence urbaine entre 1990 et 1999, plus faiblement à la périphérie des pôles ruraux.

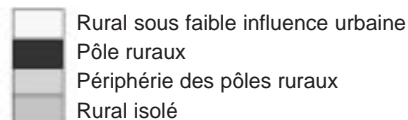


Espace à dominante urbaine

Aires urbaines



Espace à dominante rurale



Répartition de la population par zone

Catégorie d'espace	Population totale (1)		Personnes de 65 ans et + (1)			Population totale (2)	
	Répartition en 1990 (en %)	Évolution 1982-1990	Répartition en 1990 (en %)	Évolution 1982-1990	Proportion dans la zone	Répartition en 1999 (en %)	Évolution 1990-1999
Pôles urbains	60,7	3,1	55,9	12,4	13,6	56,0	2,8
Communes périurbaines	15,6	14,9	12,7	12,7	12,0	19,0	9,1
Rural sous faible influence urbaine	9,0	4,5	11,2	9,1	18,5	10,0	4,7
Pôles ruraux	3,7	-0,9	4,5	12,9	17,9	4,0	0,0
Périphérie des pôles ruraux	2,0	4,6	1,2	7,0	8,5	2,0	2,1
Rural isolé	8,9	-2,5	14,4	6,0	23,8	10,0	-0,7
Ensemble	100,0	4,2	100,0	11,1	14,7	100,0	3,6

Lecture : 60,7 % de la population vivaient dans les pôles urbains en 1990. La population y a progressé de 3,1 % entre 1982 et 1990. 55,9 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivaient dans les pôles urbains. La population de cette tranche d'âge y a progressé de 12,4 %. Les 65 ans ou plus représentaient 13,6 % de la population des pôles urbains en 1990.

(1) Champ : France métropolitaine.

Source : INSEE, Recensements de population.

(2) Champ : France métropolitaine hors Corse et petite couronne parisienne.

Source : INSEE, Recensement de population (données provisoires au 15 août 1999).

nière décennie : la croissance du nombre de communes équipées reste modérée entre 1980 et 1988 (+10 %) mais se développe à un rythme accéléré pendant la période suivante (+50 % entre 1988 et 1998).

Cette tendance à la spécialisation des espaces ruraux dans l'accueil de personnes âgées est confirmée par l'analyse du nombre de places disponibles. Entre 1988 et 1998, la croissance du nombre de places est forte dans les espaces périurbains, dans les espaces ruraux sous faible influence urbaine et même dans les espaces ruraux isolés (respectivement +27 %, +28 % et +22 % en dix ans pour une évolution moyenne nationale de 22 %). Ce mouvement est tel qu'en 1998, ce sont 36 % des places en établissements pour personnes âgées qui sont localisées dans l'espace à dominante rurale (les pôles ruraux n'en regroupant que 8 %). Les communes périurbaines participent également à la diffusion de l'activité d'accueil des personnes âgées. Elles regroupent désormais 11 % des places et répondent ainsi à l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans résidant dans ces zones (le nombre de places augmente de 13 % dans les communes périurbaines pour une évolution moyenne de 11 % du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus). ●

L'inventaire communal

L'*inventaire communal est une enquête réalisée par le service central des enquêtes et études statistiques (SCEES) du ministère de l'Agriculture et de la Pêche, et par l'Insee avec le soutien de la délégation à l'Aménagement du territoire et à l'action régionale (DATAR). Toutes les communes de France ont été interrogées au cours des mois de février et de mars 1998 sur les principaux équipements commerciaux et services à la population existant sur leur territoire. En l'absence d'un équipement, la commission communale, réunie pour l'occasion, se prononçait sur la commune généralement fréquentée par les habitants pour trouver cet équipement. Deux questionnaires ont été mis en place : l'un, standard, particulièrement adapté aux petites communes, l'autre, « urbain » adressé à 1 306 communes appartenant à des unités urbaines de plus de 10 000 habitants. En outre, les 168 communes de plus de 30 000 habitants n'ont pas été enquêtées car leurs réponses ont pu être imputées à partir de fichiers d'origine administrative.*

Tous les résultats issus de cette source et présentés dans ce document concernent les communes enquêtées en février 1998, hors DOM, Corse et petite couronne parisienne (département de Paris, des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne).

Pour en savoir plus

- HILAL M., SCHMITT B. (1997) : « Les espaces ruraux : une nouvelle définition d'après les relations villes-campagnes ». *INRA-Sciences Sociales*, 5, 1-4.
- INRA, INSEE (1998), « Les campagnes et leurs villes ». Paris, INSEE.
- LE JEANNIC T. (1996) : « Une nouvelle approche territoriale de la ville ». *Économie et Statistique*, n° 294-295, 25-45.
- SCHMITT B., VALLES V. (1998) : « Équipements communaux et bassins de vie ». In : INRA, INSEE, *Les campagnes et leurs villes*. Paris, INSEE, pp. 105-107.
- RICAN S., SIMON M., CHARRAUD A., SALEM G. (1999) : « Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines ». *Études et résultats* n° 9, DREES.