



HAL
open science

Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour

Benoit Conti, Sophie Baudet-Michel, Charlène Le Neindre

► To cite this version:

Benoit Conti, Sophie Baudet-Michel, Charlène Le Neindre. Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour. 2019. halshs-02518591v1

HAL Id: halshs-02518591

<https://shs.hal.science/halshs-02518591v1>

Preprint submitted on 25 Mar 2020 (v1), last revised 20 Jul 2020 (v2)

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.

Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour

Auteurs

- Benoit Conti, LVMT, Université Gustave Eiffel ; conti.ben@gmail.com
- Sophie Baudet-Michel, UMR Géographie-cités, Université Paris Diderot ; sophie.baudet-michel@univ-paris-diderot.fr
- Charlène Le Neindre, Irdes ; LeNeindre@irdes.fr

Cet article a été accepté pour parution dans le prochain numéro (1er numéro de 2020) de la revue Géographie, Economie, Société, Editions Lavoisier. Il est ici proposé dans la version précédent la version finale.

Résumé

Cet article propose d'analyser, à travers la notion de rétraction, l'évolution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet (séjour supérieur à 1 jour) en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique dans les villes de France métropolitaine sur la période 2000-2016. La notion de rétraction, utilisée dans les travaux sur la décroissance urbaine, est ici mobilisée afin de mettre l'accent sur le retrait de cet équipement de soins dans le système des villes. Après avoir présenté la manière dont la distribution spatiale des hôpitaux a été pensée et modifiée par l'Etat au cours des 50 dernières années, la rétraction des lits d'hospitalisation est interrogée dans sa relation à l'organisation du système urbain : quelles catégories de taille de villes affecte-t-elle ? Affecte-t-elle de manière préférentielle les villes en décroissance? Plusieurs indicateurs de rétraction sont proposés pour répondre à ces questions. La rétraction par

diminution permet de mettre en valeur une évolution qui a affecté la quasi-totalité du système urbain. La rétraction par disparition concerne davantage les petites villes et les villes en décroissance. D'une manière générale, les grandes villes sont moins touchées par la rétraction des lits hospitaliers que les villes petites et moyennes.

Abstract

The decrease in the supply of hospital care in Medicine, Surgery, Obstetrics is analyzed through the notion of shrinkage, applied to the evolution hospital beds' numbers, in the urban system, from 2000 to 2016. The concept of shrinkage, mainly used in shrinking cities studies is used in order to underline the spatial decrease in this specific hospital equipment. Although shrinkage in hospital beds may be explained in organisational terms by the continuation in hospital reforms led by Regional Health Agencies under the leadership of the Ministry of Health, shrinkage of hospital beds is questioned in relation to urban system organisation : hierarchy and demographic dynamics : does hospital bed shrinkage has to do with city size, with urban demographic decrease ? Several shrinking indicators are calculated in order to answer those questions. Shrinkage through decrease is found nearly everywhere, whereas complete loss in MCO beds targets smaller cities and shrinking cities. Large and medium cities seems less at stake.

Mots-clefs : Rétraction, Hôpital, Système urbain, Petites et moyennes villes, Décroissance urbaine, France

Keywords: Shrinking, Hospital, Urban System, Small and medium cities, Urban shrinking, France

Introduction

Depuis la fin des années 1970, 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 et s'inscrivent 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) (Artioli, 2017). 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 amélioration des soins et une pratique plus rapide d'une grande partie des activités médicales. Ces dernières sont à l'origine du développement de l'activité ambulatoire (Côté, 2002). Elles ont contribué à transformer l'offre de soins présente dans les territoires. La diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps complet (soit pour des séjours de plus de 24h) 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.

Cette article s'inscrit dans le cadre d'une recherche collective visant à mieux comprendre le processus spatial de rétraction. La recherche a porté sur deux équipements publics, les tribunaux et les hôpitaux, et certains commerces de proximité ou intermédiaire. Nous avons choisi de présenter ici le cas spécifique des hôpitaux. Au sens physiologique, la rétraction désigne l'action de se retirer et de se contracter en occupant moins d'espace par resserrement. La rétraction désigne donc la diminution des dimensions d'un objet, pouvant aller jusqu'à sa disparition. L'originalité de cette recherche collective est de s'attarder sur les éléments qui se

rétractent dans l'espace. Cette notion a été mobilisée pour en tester le caractère opératoire dans l'analyse du retrait de deux services (judiciaire et hospitalier) et des commerces. Cette approche a conduit, pour le cas des services hospitaliers, à s'intéresser à une partie précise de son équipement : les lits de court séjour, dont la décroissance, continue depuis les années 1980, est bien connue (Lucas-Gabrielli, Tonnellier, 2000 ; DREES, 2017). Nous ne cherchons donc pas à analyser l'évolution de l'offre de soins dans son ensemble, et c'est la raison pour laquelle nous ne traitons pas ici de l'augmentation parallèle et bien établie, du nombre de places.

Depuis les années 1980, à l'échelle interurbaine, les villes du système urbain français accusent des trajectoires différentes. Dans les grandes villes, le processus de métropolisation conduit à une concentration des activités et des individus (Veltz, 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 ; Fol et Cunningham-Sabot, 2010).

L'objectif principal de cet article est de proposer un parallèle inédit entre ces deux évolutions : mutations dans le système urbain et rétraction d'un équipement hospitalier. Pour le cas de l'hôpital, plusieurs travaux ont déjà souligné l'impact territorial des transformations organisationnelles et institutionnelles, notamment en termes de regroupements ou de fermetures d'établissements (Jousseume, 2002 ; Vigneron et Haas, 2009 ; Baillot et Evain, 2013). Nous souhaitons interroger l'évolution de la répartition urbaine des lits d'hospitalisation, à la lumière de la notion de rétraction, comprise comme un phénomène de diminution de cet équipement dans les villes, pouvant aller jusqu'à sa disparition. A partir de

l'exploitation de la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE), qui renseigne entre autres sur le nombre annuel de lits hospitaliers dans les structures françaises de soins autorisées en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique sur la période récente 2000-2016, nous nous demanderons quelle relation peut être établie entre la rétraction de ces lits et l'évolution de l'organisation du système urbain français. Nous défendons l'hypothèse selon laquelle deux éléments auraient guidé la façon dont les lits en court séjour¹ se sont rétractés : d'un côté, la place des villes dans la hiérarchie urbaine et, d'un autre côté, la dynamique démographique des villes. Selon cette hypothèse, certains types de villes ont davantage été affectés par ce retrait : les petites villes et les villes en décroissance.

1. Hiérarchie urbaine et réformes hospitalières : l'évolution de la répartition de l'offre de soins hospitaliers en France

1.1. La hiérarchie urbaine : organisatrice de la répartition de l'offre de soins hospitaliers

À la différence d'autres services publics qui tendent vers un modèle d'organisation en réseau (Mérenne-Schoumaker, 2008), l'offre de soins hospitalière est marquée par une conception hiérarchisée du territoire, calquée sur la taille des villes. La répartition hospitalière actuelle tient son origine des réformes menées par Robert Debré en 1958². Les réformes Debré ont notamment conduit à hiérarchiser les hôpitaux en trois niveaux : au niveau le plus élevé, les

¹ La nomenclature hospitalière différencie les établissements et les entités juridiques selon leur statut juridique (public, privé lucratif, privé non lucratif) et selon leur orientation en termes de soins : les établissements de court séjour pour les opérations ponctuelles (durée de séjour inférieure à 5-8 jours), les établissements de suite et réadaptation pour les séjours de durée moyenne correspondant à une situation de convalescence, les établissements de long séjour pour des durées indéterminées et qui correspondent souvent à des hospitalisations de fin de vie pour des personnes âgées.

² Quatre principes importants des réformes Debré (1958) : (i) un principe d'égalité d'accès aux soins pour tous, pas seulement les plus démunis, qui implique, dès 1958, un effort en faveur des espaces moins équipés en soins ; (ii) un principe de regroupement dans un même lieu, l'hôpital, des fonctions de recherche, d'enseignement et de soin (CHU) ; (iii) un principe hiérarchique qui organise une offre graduée des soins du médecin généraliste ubiquiste au CHU singulier en passant par l'hôpital local et le centre hospitalier (CH) ; (iv) un principe de diffusion et de répartition de l'offre hospitalière sur l'ensemble du territoire.

Centres hospitaliers régionaux (CHR) ou universitaires (CHU) assurant à la fois les soins classiques à la population locale, mais aussi ceux hautement spécialisés ; au niveau intermédiaire, les Centres hospitaliers (CH) équipés d'un plateau technique qui permet des activités de chirurgie ; enfin au niveau inférieur, les hôpitaux locaux (HL) dans lesquels ne se pratique désormais que la médecine (Kervasdoué, 2011)³. Jusqu'à la loi HPST de 2009, le ministère chargé de la santé a maintenu cette classification des hôpitaux du secteur public en trois catégories hiérarchisées. En suivant les principes de marché et de distance d'accès de la théorie des lieux centraux de Christaller⁴, ces trois catégories d'hôpitaux s'organisent selon une hiérarchie emboîtée des grandes vers les petites villes (Barbat-Bussière, 2009 ; Fleuret 2003). Au sommet de la hiérarchie, la trame des 33 CHR (auxquels sont rattachées les facultés de médecine, à l'exception de ceux d'Orléans et de Metz-Thionville) est calquée sur celle des grandes métropoles. Leur aire d'influence est régionale, voire suprarégionale lorsqu'y sont attachés des professeurs de renom. Au niveau suivant de la hiérarchie, les 627 CH (Kervasdoué, 2015) sont localisés dans les grandes et moyennes agglomérations souvent de taille supérieure à 50 000 habitants, parfois 20 000 dans les zones peu denses de montagne par exemple. Ainsi, « l'ensemble de l'offre hospitalière se répartit selon un pavage christallerien et participe au dessin des aires d'influence des villes » (Fleuret, 2003, p.368). Si cette logique de répartition suivant la théorie des lieux centraux est observée en France, elle l'est aussi dans d'autres pays tels qu'au Brésil (Waniez *et al.*, 2000) ou en Belgique, où la distinction entre CHR-U et CH n'existe pas (Trotta, 2009).

³ Aujourd'hui, cette dernière catégorie a disparu de la nomenclature utilisée par le ministère : les hôpitaux correspondants ont rejoint la catégorie des CH

⁴ 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 (Christaller, 1933)

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. Certaines villes présentent ainsi un sous-équipement hospitalier : Béthune, par exemple, ne possède que 740 lits pour une population de 370 000 habitants. Salem *et al.* (2000), Lacoste (1995) ont en effet souligné le sous-équipement en médecine, notamment de spécialité, en hôpitaux, de la plupart des villes du Nord et, à l'inverse, le suréquipement des villes méridionales, en particulier des villes sièges de faculté de médecine telles que Montpellier, Marseille ou Toulouse. 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 (Goossens et Sporck, 1977). En France, les villes sièges de CHU et de 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 : ainsi Guéret (383 lits pour 31 500 habitants), Saint-Flour (116 lits pour 13 024 habitants) et Mende (129 pour 17 838 habitants), présentent un niveau élevé d'équipement et des spécialités qui s'explique plutôt par le rôle de desserte qu'elles exercent sur un vaste espace environnant, aux faibles densités. 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 (nombre et la répartition des équipements) et l'équité géographique qui doit rendre le service accessible à l'ensemble des citoyens (Mérenne-Schoumaker, 2008).

- 1.2. Système urbain et impact des réformes hospitalières sur la répartition de l'offre de soins hospitaliers : disparition dans les petites villes et concentration dans les grandes

Cette organisation spatialement hiérarchisée des hôpitaux peut aussi être interprétée comme une conséquence de l'accumulation de différentes réformes et lois. À partir des années 1970, au travers de la loi Boulin⁵, l'État a cherché à orchestrer l'adaptation de la trame hospitalière à l'évolution des besoins de la population et des outils de soins en s'appuyant sur la définition de la carte sanitaire et d'instruments de coopération hospitalière (Labasse, 1980). Cette sectorisation a mis du temps à se mettre en place et la réorganisation de la trame hospitalière s'est réellement engagée dans les années 1990 avec les premiers Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Sous l'égide des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) créées en 1996, les SROS successifs ont fixé le nombre d'installations et d'activités sanitaires (médecine, chirurgie, obstétrique, hospitalisation à domicile, urgence, imagerie médicale, psychiatrie, traitement du cancer, etc.) privées et publiques selon des découpages de l'espace en secteurs sanitaires⁶, puis en territoires de santé (Delas, 2011). C'est dans les SROS qu'ont ainsi été évalués les besoins et listés les créations, regroupements, transformations et suppressions d'installations ou d'unités (Holcman, 2015), notamment en fonction de diverses évolutions (acquisition de matériels lourds, évolution biomédicale, évolution des maladies, mise en place d'alternatives à l'hospitalisation, organisation autour des court, moyen et long séjours). La question de la sécurité sanitaire a aussi conduit à des fermetures d'établissements en fonction de seuils d'actes (Vallancien, 2006) : à titre d'exemple, le décret du 9 octobre 1998 précise que seules les maternités où plus de 300 accouchements par an sont pratiqués sont autorisées à exercer en obstétrique (Baillot et Evain, 2013). Une dernière réforme importante est celle de 2009 avec la loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoire) portant

⁵ Robert Boluin, Ministre de la Santé publique du gouvernement Chaban-Delmas de 1969, a donné son nom à une loi, la loi Boulin du 30 décembre 1970 qui propose la sectorisation hospitalière. Un des objectifs de l'État était de planifier les créations, suppressions et améliorations à apporter à la trame hospitalière afin d'organiser un accès plus égalitaire et plus sûr aux soins.

⁶ L'Arrêté ministériel du 5 mai 1992 propose un seuil minimal de 200 000 habitants avec des indices de besoins pour découper l'espace régional en secteurs sanitaires. Des écarts peuvent exister : ainsi, en Bretagne, le secteur 5 de Rennes-Fougères-Vitré-Redon compte 800 000 habitants et le secteur 8 de Loudéac-Pontivy n'en compte que 150 000 (Lerouillois et Vinclat, 2002).

création des ARS (Agence Régionale de Santé), organe déconcentré de l'Etat chargé d'organiser l'évolution (fermetures et ouvertures) de structures de soin au niveau régional.

Les principales conséquences de ces réformes ont été de deux ordres : d'une part, des fusions, regroupements, transformations, parfois accompagnées de modifications, dans l'orientation médicale des établissements de soins et, d'autre part, des fermetures de petits établissements conduisant à un renforcement de la centralité des hôpitaux des plus grandes villes et à une augmentation de la distance d'accès à certaines grandes disciplines comme la chirurgie ou l'obstétrique. Vigneron et Haas (2009), dans une étude longitudinale portant sur 2 100 établissements hospitaliers de court séjour en France, ont comptabilisé 1 146 opérations de recomposition entre 1994 et 2005, dont 199 fermetures. Au-delà de ces restructurations, plusieurs travaux soulignent qu'une conséquence importante de ces transformations est la fermeture de certains services ou établissements, notamment dans les petites villes : par exemple, Baillot et Evain (2013) pour le cas des maternités en France et Jousseume (2002) pour le cas de services de chirurgie et d'obstétrique de la région des Pays de la Loire l'ont démontré. Lucas-Gabrielli et Tonnellier (2000) ont étudié la recomposition de l'offre de soins hospitalière à l'échelon départemental entre 1968, 1987 et 1997 en s'appuyant sur l'évolution du nombre de lits et ont également montré que 100 000 lits ont été fermés en France entre 1980 et 1996, soit une baisse de 15 %. La réduction du nombre de lits a davantage affecté les régions très équipées et a été plus faible dans les régions sous-équipées, réduisant ainsi les disparités régionales à l'échelle de l'ensemble du territoire national (Lucas-Gabrielli, Tonnellier, 2000, p. 190) et confirme dans une certaine mesure l'hypothèse de surcapacité de certains territoires défendue par Imbert (1996).

Si les premiers SROS (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 (Lerouvillois et Vincllet, 2002). 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 les Agences Régionales de santé (ARS⁷) à concentrer les activités dans un nombre restreint de grands établissements : ils mettent en œuvre une vision gestionnaire de la santé qui cherche à gagner en efficacité et à réduire les coûts de « production » de ces services. Toutes 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 (Brabyn et Beere, 2006), des Etats-Unis (Holmes *et al.*, 2006 ; Wishner *et al.*, 2016), d'Angleterre (Imison, 2011 ; Hassenteufel et De Maillard, 2017) ou du Canada (Liu *et al.*, 2001) se sont également fixés pour objectif une meilleure maîtrise des coûts par une transformation de l'organisation de leur offre hospitalière. Pour les auteurs précités, ces réorganisations ont pour conséquence une détérioration de l'accès aux soins et une dégradation de l'économie locale. En effet la réduction de l'offre de soins localement peut avoir des conséquences directes en termes d'emploi, mais aussi indirectes à travers la réduction des services induits par la présence de l'hôpital. 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, en cours de discussion par le gouvernement actuel qui prévoit de changer le modèle de financement des établissements de santé dès 2019, a fait l'objet de nombreuses critiques car elle apparaît productrice d'effets pervers et d'opportunité (Granger et Pierru, 2012 ; Holcman, 2015 ; Juven, 2016 ; Domin, 2017). Granger et Pierru (2012, p. 100)

⁷ En 2009, la loi HPST remplace les ARH par les ARS, qui deviennent ainsi aussi responsables de l'organisation des relations entre le secteur ambulatoire, l'Assurance Maladie et les établissements de soins.

décrivent ainsi plusieurs exemples : « recentrage [des établissements] sur les prises en charges les moins graves et sur les traitements simples, standardisés et programmables qui minimisent les coûts (par exemple, les opérations de la cataracte), abandon des activités jugées non rentables (la prise en charge des patients polypathologiques [...]) », etc. Ces auteurs notent aussi que la T2A a incité les établissements à augmenter leur productivité et « fait plonger dans le rouge les finances de la plupart des hôpitaux, particulièrement les plus gros d'entre eux » (p. 101). Du point de vue des effets selon les types d'établissements, la T2A a aussi eu tendance à fragiliser les petits établissements hospitaliers, où le nombre d'actes conduits est trop faible pour engendrer des recettes suffisantes, les conduisant ainsi vers l'endettement et la faillite (Escudié, 2018). Par ailleurs, le développement de la pratique ambulatoire, notamment en chirurgie, apparaît comme une autre manière pour l'État d'envisager une réduction des dépenses. Le passage à l'ambulatoire s'est traduit par une diminution du nombre de lits et une augmentation du nombre de places d'hospitalisation. Ce changement dans la manière de réaliser certains types d'actes est commun à l'ensemble des pays de l'OCDE « grâce aux progrès des technologies médicales, en particulier à la diffusion des interventions peu invasives, et de l'anesthésie » (OCDE, 2017).

Les quelques études qui ont analysé l'évolution de l'offre pour certains types de soins (urgence ou maternité) depuis les années 2000 semblent confirmer la tendance de la période précédente aux fermetures, et donc à une rétraction, affectant de manière plus spécifique une catégorie de villes, les petites villes. Ainsi, le rapport de l'APVF (Association des petites villes de France) de 2016, intitulé *L'offre de soins dans les petites villes : dans la difficulté, les maires innovent*, atteste du retrait des services d'urgence dans les petites villes, pour des raisons budgétaires notamment. Le rapport sénatorial sur les maternités de 2015 évoque, quant à lui, la nécessité de fermer les petites maternités (souvent présentes dans les petites

villes) pour des raisons de coûts et de concentrer les naissances dans de plus grands établissements (dans les villes moyennes, voire les plus grandes)⁸. Aucun de ces travaux ne traite de l'existence d'un lien avec la dynamique démographique des territoires. Nous pensons néanmoins qu'il pourrait exister un lien entre évolution de l'équipement hospitalier et la dynamique démographique, en particulier dans les territoires dont la population décroît.

2. Mesurer la rétraction des lits d'hospitalisation : problématique et méthodologie

2.1. Hiérarchie urbaine et dynamique démographique : quelles relations avec la rétraction des soins hospitaliers?

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 l'organisation spatiale du processus de rétraction des lits hospitaliers ? Nous faisons l'hypothèse centrale que la rétraction des lits d'hospitalisation ne se produit pas de manière aléatoire dans le système urbain, mais qu'elle est liée à deux processus qui affectent le système urbain : la métropolisation d'une part, la décroissance urbaine d'autre part. Le premier favorise la concentration de la population, des activités, des services et principales fonctions au sommet de la hiérarchie urbaine (Veltz, 1999). La « modernisation » de l'État a participé à ce processus : non pas en concentrant les activités dans les métropoles, mais plutôt en fermant certains équipements publics dans les villes petites et moyennes, alors même que les services administrés contribuaient à l'armature des bourgs et petites villes pour les services de proximité

⁸ A titre d'exemple, « la maternité du centre hospitalier d'Auxerre en Bourgogne est passée de 1 100 naissances en 1995 à quasiment le double en 2013 à la suite de la fermeture de six établissements du département de l'Yonne » (source, date).

(Jennequin, 2011). La métropolisation a aussi été favorisée par l'accroissement de l'intensité et de la portée des mobilités quotidiennes : en effet, la contraction de l'espace temps a contribué à court-circuiter les villes petites et moyennes au profit des métropoles (Bretagnolle, 1999, 2003 ; Pumain, 1999). Le second processus qui affecte certaines villes du système urbain est celui de la décroissance urbaine. Les *shrinking cities*, ont fait l'objet de nombreuses recherches (Baron *et al.*, 2010 ; Wolff *et al.*, 2013 ; Fol et Cunningham-Sabot, 2010 ; Laménie, 2015). Les travaux sur les processus de décroissance urbaine montrent que celle-ci ne renvoie pas simplement à une diminution de la population, mais aussi à une perte de fonctions, d'emplois, à l'augmentation de la vacance des commerces et logements ; elle contribue à la paupérisation et renforce la ségrégation (Miot, 2012). Cauchi-Duval *et al.* (2017), Paulus (2004, 2015) ont montré que la décroissance est plus représentée dans les villes petites et moyennes alors que les grandes villes sont relativement épargnées.

L'objectif de cet article étant de faire le lien entre décroissance, hiérarchie urbaine et rétraction hospitalière, nous avons délibérément choisi de centrer nos analyses sur un équipement qui connaît une décroissance continue depuis les années 1980 : les lits d'hospitalisation à temps complet (soit pour une durée de séjour supérieure à une journée) pour des soins de court séjour⁹. Le choix a été fait pour deux raisons principales : i) les transformations actuelles des modalités d'hospitalisation conduisent à fermer des lits ii) les activités de court séjour constituent un enjeu fort en termes d'accessibilité pour la population. Les services de court séjour sont le premier lieu d'accueil des patients présentant une affection grave, pendant la phase aiguë. Ils sont plus souvent associés à la représentation symbolique de ce qu'est un « hôpital » que les services de moyens ou longs séjours. Nous ne

⁹ Les soins de court séjour désignent un ensemble d'activités qui peuvent être programmées ou non, telles que des opérations de chirurgie ou de suivi de maladie chronique, qui peuvent donner lieu par exemple à des hospitalisations pour diabète, accouchement ou chirurgie (Picheral, 2001). Elles se différencient des activités dites de moyen séjour pour des soins de suite et de réadaptation (hospitalisation pour convalescence après des actes de chirurgie par exemple) ou des activités dites de long séjour qui s'adressent à des personnes nécessitant une hospitalisation permanente.

tenons donc pas compte, pour cet article centré sur le processus de rétraction, de l'ensemble des transformations à l'œuvre dans le système hospitalier et notamment de l'augmentation importante des *places d'hospitalisation à temps partiel* (essor de la chirurgie ambulatoire notamment¹⁰) (Figure 1).

Les établissements sélectionnés pour cette étude appartiennent à l'ensemble des hôpitaux, publics et privés à but lucratif ou non, qui possèdent des lits d'hospitalisation complète dans l'une des disciplines hospitalières de court séjour de médecine (M), de chirurgie (C) ou de gynécologie-obstétrique (O). Par convention, ces disciplines sont regroupées sous le sigle MCO. Si l'évolution du nombre d'établissements autorisés pour des activités de soins de MCO constitue un indicateur intéressant¹¹, celle du nombre de lits dédiés permet d'envisager de façon beaucoup plus fine le processus de rétraction. En effet, le nombre d'hôpitaux et/ou de cliniques dans une ville peut rester constant alors que les lits de soins de court séjour peuvent avoir complètement disparu (c'est par exemple le cas lorsqu'un hôpital ne fait plus que des activités de moyens ou long séjour).

Figure 1. Les lits d'hospitalisation complète de court séjour parmi l'ensemble de l'offre de soin en France

L'hypothèse principale défendue dans cet article est celle d'une relation entre l'organisation hiérarchisée des villes, leurs dynamiques démographiques et la rétraction des lits hospitaliers. Notre travail vise donc à interroger les évolutions entre équipement hospitalier (approchée par les lits de MCO) et demande de soins (approchée par la dynamique démographique et la taille des villes). Ainsi, au niveau de l'ensemble des villes équipées de lits hospitaliers de MCO, les hypothèses suivantes sont testées :

¹⁰ Le passage à l'ambulatoire caractérise la transformation des hospitalisations à travers la durée des séjours : en ambulatoire, le patient séjourne moins de 24h dans le service hospitalier et occupe une place plutôt qu'un lit. Le passage à l'ambulatoire a été particulièrement important dans le domaine de la chirurgie.

¹¹ Nous avons aussi observé la diminution du nombre des établissements de soins dans les villes.

- La rétraction du nombre de lits se traduit dans l'espace urbain par des formes différenciées, allant de la simple diminution à la disparition totale. Nous proposons donc différents indicateurs pour appréhender la variété des modalités de la rétraction.

- La rétraction des lits n'affecte pas le système urbain de façon homothétique et obéit à une logique hiérarchique. La revue de la littérature incite à penser que les petites villes sont plus touchées par les phénomènes de réduction du nombre d'établissements et de lits alors que les plus grandes sont relativement épargnées. Nous faisons donc l'hypothèse que la rétraction, qu'il s'agisse d'une diminution ou d'une disparition du nombre de lits, concerne de manière plus spécifique les petites aires urbaines¹². Nous supposons que le nombre de lits n'est pas indépendant de l'évolution de la population : la baisse de la population peut favoriser la fermeture de lits. Nous supposons que la rétraction des lits touche davantage les villes en décroissance.

Nous nous appuyons sur une délimitation fonctionnelle de la ville et menons nos analyses au niveau des aires urbaines¹³, dont la dernière définition par l'Institut national de la statistique et des études économiques (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.

2.2. Constitution d'une base de données urbaine originale à partir de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE)

¹² Ne nous appuyant pas sur la définition de l'Insee pour distinguer les petites, moyennes et grandes aires urbaines, nous précisons plus loin comment nous avons défini chacun de ces ensembles.

¹³ Nous avons aussi observé la rétraction des lits hospitaliers dans les unités urbaines.

Afin de tester ces trois hypothèses, la SAE est mobilisée. Cette base de données est produite à partir d'une enquête annuelle déclarative, 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 nombre d'informations relatives aux structures, capacités, équipements, personnels et activités de ces établissements. Les informations de 2016 (les plus récentes lors de nos travaux) sont accompagnées d'une table longitudinale renseignant l'effectif de lits par discipline de 2000 à 2016 aux niveaux des établissements¹⁴ pour le secteur privé, et au niveau des entités juridiques¹⁵ pour le secteur public : à titre d'exemple, les informations concernant l'entité juridique de l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) sont recensées sur une seule et même ligne, à son adresse administrative (3 avenue Victoria, Paris ; là où aucun soin n'est dispensé), et non au niveau de ses 39 établissements (où se déroulent effectivement les soins), dont certains sont localisés hors de l'aire urbaine de Paris (comme dans le département des Pyrénées-Atlantiques). De ce fait, l'exploitation de la table longitudinale de la SAE immédiatement disponible est inadaptée à notre objectif de suivi de l'évolution de la localisation des lits dans les villes. Nous avons donc reconstruit une table longitudinale permettant de suivre de 2000 à 2016 la localisation des lits publics et privés au niveau des établissements à partir des tables annuelles de la SAE. Nous avons colligé des données annuellement fournies depuis 2000 dans des tables ad hoc qui résultent de l'interrogation des établissements privés et des interrogations complémentaires des établissements relevant d'entités juridiques publiques multi-établissements dispensant des soins en MCO en hospitalisation complète. Pour reprendre l'exemple de l'AP-HP, notre fichier propose alors 1 ligne par établissement de l'APHP ayant une activité d'hospitalisation complète en MCO à chaque date.

¹⁴ Un établissement, obligatoirement relié à une entité juridique, se rapporte à une implantation géographique où des activités sont exercées.

¹⁵ Une entité juridique, rattachée à la notion de personne morale et associée à un statut juridique, détient des droits (autorisations, agréments, conventions...) afin d'exercer ses activités dans des établissements.

Par ailleurs, les neuf hôpitaux d'instruction des armées ont fait l'objet d'un traitement spécifique pour les années 2000 et 2001 : aucune information les concernant n'était disponible à ces dates ; après avoir constaté la stabilité des effectifs entre 2002 et 2005, nous avons recopié les données recueillies pour l'année 2002 aux années 2000 et 2001. Les informations des établissements ont ensuite été agrégées au niveau des aires urbaines¹⁶. Nous avons au final développé une base de données longitudinale originale décrivant pour chaque aire urbaine et pour les seize années entre 2000 et 2016 le nombre de lits en médecine, en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique dans les hôpitaux publics, d'une part, et les cliniques privées, d'autre part.

2.3. Rétraction des lits hospitaliers dans le système urbain français : les indicateurs construits

À partir de cette base de données originale, nous avons pu identifier les aires urbaines qui possèdent des lits d'hospitalisation complète. Seules celles de la France métropolitaine ont été traitées. Nous avons en effet considéré que la discontinuité spatiale des départements et régions d'outre-mer avec le territoire de France métropolitaine et les caractéristiques géographiques, populationnelles et d'organisation sanitaire différenciées de ces territoires ultramarins leur confèrent une situation spécifique en termes d'évolution de l'équipement en soins qui ne permet pas de les englober dans la trajectoire d'ensemble. L'échantillon principal sur lequel reposent nos analyses statistiques a été constitué à partir du critère suivant : la présence d'au moins un lit de MCO sur la période 2000-2016. Si une ville est dans ce cas, alors elle entre dans notre échantillon, même si elle ne possédait pas de lit en 2000 et/ou en

¹⁶ Les analyses ont aussi été conduites au niveau des unités urbaines : les résultats concordant avec ceux obtenus pour les aires urbaines, le choix a été fait de privilégier l'aire urbaine comme niveau d'analyse considérant que cette entité géographique est plus pertinente au regard de la problématique. Par ailleurs, les lits des établissements de soins présents dans les communes rurales sont exclus de notre analyse : ils représentent un nombre et un pourcentage très faibles de lits (par exemple, en 2016, 1 500 lits soit 0,7 %).

2016. Finalement, ce sont 539 aires urbaines (sur les 771 métropolitaines) possédant au moins un lit de MCO sur la période 2000-2016 (Carte 1¹⁷) qui composent l'échantillon d'étude.

Carte 1. Taille des 539 aires urbaines équipées

Pour les résultats présentés ici, les stocks de lits en 2000 et en 2016 sont principalement mobilisés¹⁸. Plusieurs indicateurs ont été construits pour apprécier la rétraction des lits (Tableau 1) : l'évolution brute du nombre de lits dans une ville permet de prendre la mesure de la rétraction en termes absolus ; elle est complétée par l'évolution de la densité de lits par habitant et le taux d'évolution du nombre de lits qui permettent de capter la rétraction en termes relatifs. L'analyse de ce dernier indicateur a conduit à différencier deux modalités de la rétraction : une rétraction en termes de diminution en tant que processus incomplet (perte d'au moins 10% des lits de 2000) et une rétraction en termes de disparition (perte de 100% des lits). Les hypothèses relatives à la relation entre forme et dynamique du système urbain et rétraction des lits seront testées à partir de ces deux modalités (diminution et disparition). Pour le cas spécifique de la disparition, des temps d'accessibilité à l'aire urbaine équipée la plus proche ont également été calculés afin de mesurer les conséquences, a minima, pour les populations des aires urbaines concernées.

Tableau 1. Indicateurs de mesure de la rétraction des lits hospitaliers, de la dynamique démographique et de la taille des villes

Les hypothèses formulées quant aux relations entre rétraction des lits et caractéristiques des villes ont été testées à l'aide de tests du Chi2. Cet article présente les résultats au niveau des

¹⁷ L'ensemble des cartes de cet article a été réalisé par les auteurs à l'aide des logiciels Philcarto et Adobe Illustrator, à partir des bases de données de la SAE (Drees), ainsi que du recensement de la population et du zonage en aires urbaines (Insee).

¹⁸ L'étude longitudinale, rendue possible par la base de données documentant le nombre de lits hospitaliers dans chaque ville à chaque date, ne fait pas l'objet de traitements pour cet article, mais pourra faire l'objet de recherches futures, notamment la réalisation de modèles séquentiels permettant de mesurer la variabilité de la rétraction au cours du temps.

aires urbaines pour la rétraction par diminution et disparition. Une analyse de sensibilité concernant les discrétisations et le zonage utilisés (autres seuils de diminution, autres classes de taille de villes, autres bornes de dynamique urbaine, étude au niveau des unités urbaines) a été menée et donne des conclusions concordantes (Baudet-Michel *et al.*, 2019).

3. L'organisation spatiale de la rétraction des lits de MCO en France métropolitaine : une relation avec les caractéristiques du système urbain ?

3.1. Prendre la mesure du phénomène de rétraction des lits hospitaliers

Entre 2000 et 2016, 36 048 lits de MCO ont disparu des aires urbaines métropolitaines : le système urbain est alors passé de 239 059 lits à 203 011 lits d'hospitalisation (Tableau 2). Cette diminution s'explique notamment par la poursuite du développement de la pratique ambulatoire¹⁹. Elle se comprend aussi comme la poursuite d'une politique gestionnaire qui tend à diminuer les dépenses de santé. Comment ce retrait se traduit-il dans l'ensemble du système de villes ?

La rétraction par diminution des lits de MCO entre 2000 et 2016 : l'ensemble du système urbain affecté

L'observation des paramètres statistiques décrivant le nombre de lits dans les aires urbaines en 2000 et en 2016 (Tableau 2) rend compte de la baisse généralisée du niveau de cet équipement dans les villes : alors qu'en 2000, les villes équipées offraient en moyenne 457

¹⁹ Cordier (2008) note ainsi que, pour les établissements de MCO, l'activité ambulatoire a augmenté de 27 % entre 2003 et 2006 avec des différences selon le statut des établissements : +33 % pour les privés lucratifs, +24% pour les privés non lucratifs, +21 % pour public.

lits, ce chiffre s'abaisse à 423 en 2016. La chute du nombre médian de lits témoigne aussi de ce recul : la moitié des villes dotées proposait moins de 118 lits en 2000, ce chiffre passe à 105 en 2016. Les extrémités de la distribution ne sont pas épargnées : l'aire urbaine la plus équipée, celle de Paris, perd 11 160 lits et la moins pourvue perd un lit (ces situations correspondant à une intensité absolue différente, mais relative similaire d'environ -25 %). Sur les 539 aires urbaines qui possèdent au moins un lit de MCO sur la période, la très large majorité des villes françaises est touchée par une diminution des lits de MCO (perte d'au moins un lit) : 402 aires urbaines, soit plus de 74 % sont concernées.

Peu de travaux ont été menés sur l'évolution de l'équipement hospitalier à l'échelle du système urbain. Toutefois, cette diminution du nombre de lits peut être mise en perspective avec des travaux menés à d'autres échelles et/ou sur d'autres catégories d'offre de soins hospitaliers. Baillot et Evain (2013) ont montré que la quasi-totalité des départements a été affecté par les fermetures de maternité sur la période 2001-2010 (seuls les départements de la Corse et du Limousin ont été épargnés). Lucas-Gabrielli et Tonnellier (2000) ont souligné le fait que la réduction du nombre de lits d'hospitalisation en court séjour entre 1987 et 1997 a affecté l'ensemble des régions, quel que soit leur niveau initial d'équipement : de quelques centaines en Poitou-Charentes à quelques milliers en Ile-de-France. Ainsi, la réduction de l'équipement hospitalier apparaît comme relativement ubiquiste en ce sens qu'elle touche l'ensemble du territoire.

Tableau 2. Paramètres de tendance centrale et de dispersion du nombre de lits dans les aires urbaines équipées en 2000 et en 2016 et leurs évolutions

La diminution envisagée à partir du taux d'évolution du nombre de lits entre 2000 et 2016 est elle aussi flagrante (Tableau 3) : de 25 % en moyenne pour l'ensemble des villes. Plus de la moitié des aires urbaines de l'échantillon étudié a accusé une perte de lits de MCO supérieure à -18 %. Cette évolution est aussi très variable d'une ville à l'autre (comme en témoigne l'écart-type sensiblement plus élevé que la moyenne) : une majorité enregistre une diminution, pouvant aller jusqu'à la disparition totale des lits de MCO, tandis qu'un quart voit son niveau d'équipement augmenter. Entre 2000 et 2016, 395 aires urbaines (73 % des AU) ont été affectées par une baisse d'au moins 1 % du nombre de lits et 326 (60 %) par une chute d'au moins 10 %²⁰ : la lecture de ce taux d'évolution confirme donc l'ubiquité du processus déjà établie en évolution absolue (Tableau 2).

Tableau 3. Paramètres de tendance centrale et de dispersion du taux d'évolution du nombre de lits dans les aires urbaines entre 2000 et 2016

Carte 2. Taux d'évolution du nombre de lits dans les aires urbaines entre 2000 et 2016

La lecture géographique (Carte 2) de ces taux d'évolution confirme les résultats obtenus sur les soldes absolus de lits : la diminution touche les villes de toutes les régions et affecte les villes avec une intensité variable. A titre d'exemple, les aires urbaines les plus fortement concernées par la diminution, ayant un taux d'évolution compris entre -43 % et -85 % sont présentes dans toutes les régions.

²⁰ Notons toutefois qu'un même taux peut recouvrir des évolutions très différentes en stock : par exemple, les aires urbaines de Rouen et Saint-Menehould ont un taux d'évolution de leur nombre de lits de -11 % sur la période, ce qui pour Rouen représente une perte de plus de 300 lits, alors que pour Saint-Menehould la baisse n'est que de 2 lits.

Alors qu'entre 2000 et 2016, le nombre de lits de MCO a baissé de 36 000 lits (-15 %) dans les aires urbaines, la population y a augmenté de 4,1 millions de personnes (+8 %). Comment ces divergences d'évolution se sont-ils traduits en termes de nombre de lits par habitants ? Lorsque le nombre de lits est rapporté à la population dans les villes équipées, une forte diminution est également observée (Tableau 3)²¹ : l'équipement s'est réduit, passant en moyenne de 62 lits pour 10 000 habitants en 2000 à 48 en 2016. Dans la moitié des villes, la densité de lits est passée de moins de 54 à moins de 44 lits pour 10 000 habitants. L'écart-type et le coefficient de variation des densités de lits entre les villes équipées chutent en 2016 respectivement à 31 lits pour 10 000 habitants (44 en 2000) et 63 % (70 % en 2000), attestant d'une forme de convergence entre les villes. Si aucune information officielle ne vient en attester, « tout se passe comme si une règle, dite ou non dite, de réduction des lits avait été appliquée uniformément » (Lucas-Gabrielli et Tonnellier, 2000, p.194). Lucas-Gabrielli et Tonnellier (2000) avaient montré pour la période 1987-1997 que la réduction du nombre de lits avait entraîné une réduction des écarts initiaux et une convergence inter-régionale en termes de densité de lits : les diminutions avaient été les plus fortes dans les régions les plus équipées en 1987 (Alsace, Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Lorraine, Ile-de-France²²), et plus faibles dans les moins équipées (Poitou-Charente, Picardie, Centre, Pays-de-la-Loire, Nord-Pas-de-Calais²³). Baillot et Evain (2013) ont montré que les fermetures de maternité et de lits d'obstétrique et la redistribution des lits se sont accompagnées d'une réduction des disparités interrégionales de lits par accouchement (nombre de lits rapporté au nombre d'accouchements).

²¹ Les calculs présentés pour 2016 sont réalisés sur les aires urbaines équipées en lit de MCO après exclusion de l'aire urbaine de Noyal-Pontivy qui a un comportement exceptionnel venant orienter artificiellement les conclusions. En effet, le nombre de lits par habitant y a exceptionnellement augmenté relativement aux aires urbaines de taille comparable en raison de l'ouverture d'un nouvel établissement de santé en 2012 à Noyal-Pontivy suite à la fusion des établissements de Pontivy et de Plémet-Loudéac.

²² Plus de 60 lits pour 10 000 habitants en 1987, entre 40 et 50 en 1997.

²³ Entre 43 et 48 lits pour 10 000 habitants en 1987, entre 36 et 38 en 1997.

La rétraction par disparition des lits de MCO entre 2000 et 2016 : 59 villes concernées

59 aires urbaines de l'échantillon²⁴ (soit 8 % des villes étudiées totalisant 2 022 lits en 2000) ont connu une disparition complète de leur équipement de lits de MCO entre 2000 et 2016 (carte 3). Très loin d'être négligeable, cette disparition concerne a minima le demi-million de résidents de ces 59 villes et sans doute davantage en considérant les personnes vivant dans les aires urbaines voisines non-équipées et les espaces ruraux à proximité. La disparition complète des lits de MCO représente la forme extrême de la rétraction. Largement mise en avant par la littérature en raison des restructurations qui ont touché l'offre en court séjour (transformation en moyen ou long séjour notamment) jusqu'au début des années 2000 (Lerouvillois et Vinclet, 2002 ; Jousseau, 2002 ; Vigneron et Haas, 2009), la rétraction par disparition s'est donc poursuivie sur la période 2000-2016.

Si à l'échelle de l'ensemble des communes françaises, le temps médian d'accès à l'établissement hospitalier le plus proche a finalement peu évolué entre 1980 et 2013, passant de 16 à 17 min, et seulement 5% de la population est à plus de 23 min d'un hôpital (Barczack et Hilal, 2017), le temps d'accès peut s'être nettement allongé pour les habitants des villes (et de l'espace environnant) où l'offre a disparu. Dans les régions particulièrement affectées par ces disparitions, la distance aux lits de MCO a augmenté pour les populations de ces aires urbaines : dans la région des Pays de la Loire, parmi les 8 aires urbaines sans lit en 2016 à la suite de fermetures multiples, 2 villes (Baugé et La Flèche) sont désormais à plus de 30 min d'une aire urbaine avec au moins un lit de MCO, 5 villes à entre 20 et 30 minutes (Villaines-la-Juhel, Saint-Hilaire-de-Riez, Candé, Pouancé et Longué-Jumelles) et une ville à 10 minutes (Saint-Pierre-Montélimart). Dans la région Centre, tous les habitants des sept aires urbaines

²⁴ Seulement 56, si les aires urbaines avec ouverture après 2000, puis fermeture avant 2016 de lits ne sont pas comptabilisées (3 cas).

où les lits de MCO ont disparu sont désormais à plus de 15 min d'une aire urbaine équipée (l'aire urbaine de Buzançais se trouve même éloignée de 37 min). Cette conséquence des fermetures sur les temps d'accessibilité vient confirmer les résultats d'autres recherches : par exemple, Fleming *et al.* (1995) estiment l'augmentation de la distance d'accès à 30 minutes pour les habitants de secteurs ruraux affectés par une fermeture hospitalière aux Etats-Unis, tandis que Brabyn et Beere (2006) constatent que la part de la population néo-zélandaise située à plus de 60 minutes d'un service d'urgence a augmenté suite à de nombreuses fermetures.

Carte 3 : Aires urbaines concernées par la disparition des lits de MCO en 2016

De ces premiers résultats, nous pouvons conclure que la rétraction par diminution de l'équipement en lits de MCO est généralisée à l'ensemble du système urbain. Les villes les plus équipées perdent le plus de lits en termes absolus et cette diminution semble aller dans le sens d'une réduction des disparités en nombre de lits par habitant. Mais la rétraction prend aussi une forme plus extrême qui peut aller jusqu'à la disparition totale des lits de MCO : près d'une soixantaine de villes ont été touchées sur la période considérée. Ces fermetures de services hospitaliers en court séjour s'inscrivent dans la dynamique de recomposition (fusions, transformations des établissements vers une activité en moyen ou long séjour) et de transformation (augmentation des places dédiées à une hospitalisation de moins de 24 heures) de l'offre hospitalière. Les travaux que nous avons menés en parallèle sur les fermetures de tribunaux montrent que ces fermetures relèvent aussi plus globalement, du mouvement général de rationalisation et de retrait des services publics dans un grand nombre de villes (Barczack et Hilal, 2017 ; Vignerot, 2017 ; Chouraqui, 2019)

3.2. La taille des villes, un facteur explicatif de la rétraction des lits de MCO

Les petites aires urbaines²⁵ tiennent une place singulière dans le processus de rétraction. La disparition des lits semble en effet particulièrement les concerner : 90 % des aires urbaines ayant vu cet équipement disparaître comptent moins de 17 000 habitants, la moitié moins de 6 200. Seule l'aire urbaine de Cluses (92 500 habitants en 2013) déroge à ce constat.

Nous avons vérifié statistiquement que ces petites villes ont été davantage la cible de la rétraction que les villes moyennes ou grandes²⁶. Si une régression linéaire ne permet pas de souligner une corrélation²⁷, le test du Chi²²⁸ est significatif et atteste d'un effet de la taille. Les 392 villes de moins de 50 000 habitants sont plus représentées qu'attendu dans la catégorie « disparition » (tableau 4). Cette même catégorie de taille de ville est légèrement sous-représentée dans les deux autres catégories « diminution » et « autres cas » (c'est-à-dire les taux d'évolution du nombre de lits entre 2000 et 2016 variant entre -10 % et + 435 % [le maximum]). Il y a donc plus de disparitions, moins de diminutions et moins « d'autres cas » qu'attendu dans les petites aires urbaines. Dans la catégorie des 100 aires urbaines de 50 000 à 200 000 habitants, on trouve moins de villes avec disparition qu'attendu, mais plus de villes avec de fortes diminutions et autres situations. En revanche, dans la catégorie des 47 grandes

²⁵ Eu égard à l'échantillon des 539 villes, sont considérées comme « petites » les 392 AU de moins de 50 000 habitants en 2013, comme « moyennes » les 100 AU de 50 000 à 200 000 habitants et comme « grandes » les 47 restantes (carte 1). D'autres classes de taille ont été testées dans nos analyses pour des résultats similaires.

²⁶ Les grandes aires urbaines, même si elles ont enregistré une baisse de leur stock, n'ont pas été affectées par des diminutions plus importantes en termes relatifs et n'ont pas non plus été le siège d'une perte totale d'équipement à la différence de certaines petites villes (certes, du fait d'un effet mécanique : la disparition est probable dans les petites, voire les moyennes villes mais *a priori* impossible dans les grandes).

²⁷ Cette absence de corrélation linéaire s'explique par la diversité des situations rencontrées par certaines petites villes qui sont les seules à connaître une augmentation du nombre de lits.

²⁸ Le test du Chi² permet de mesurer un écart à une situation théorique dans laquelle il y aurait indépendance entre la catégorie de taille et la catégorie de rétraction. Le test compare la situation observée (répartition des villes dans les 9 catégories) à une situation où les villes se distribueraient de manière aléatoire (entre ces 9 catégories) : l'écart entre la situation observée et la situation aléatoire est indiqué en italique pour chaque cas dans le tableau 4.

villes, on trouve moins de villes avec disparition et diminution forte et plus de villes avec une situation « autre ».

Ces résultats convergent avec des travaux précédents. Jousseau (2002) en Pays de la Loire a montré que la réforme hospitalière de 1991 a remis en cause l'existence des centres hospitaliers des petits bourgs : entre 1968 et 1999, les services de soins de courte durée ne se sont maintenus que dans les préfectures et sous-préfectures. Pour ce qui est des maternités, Barczak et Hilal (2017) ont montré que 407 communes²⁹ ont perdu leur maternité entre 1982 et 2013 : ce sont en majeure partie des petits pôles de 12 000 habitants en moyenne en 1980³⁰. Baillot et Evain (2013) ont, quant à eux, montré que les petites maternités de type 1³¹ ou de moins de 200 lits, présentes dans les petites villes, ont fermé (152 de moins en 2010 qu'en 2001). Certaines ont été reconverties en centres périnataux de proximité, tandis que d'autres ont été maintenues, notamment lorsqu'elles permettaient la prise en charge loin des villes équipées. Nos résultats sur les petites villes convergent aussi avec le constat de l'APVF (rapport de 2016) qui signalait qu'elles étaient particulièrement touchées par les fermetures complètes d'un service ou d'un hôpital.

Tableau 4. Effectif observé et écart à l'indépendance (en italique entre parenthèses) des aires urbaines suivant leur catégorie de taille (en lignes) et leur catégorie de taux d'évolution du nombre de lits (e colonnes)

Ces résultats permettent d'affirmer que la rétraction par disparition est un élément propre aux petites villes, et que la rétraction par diminution est davantage observée pour les villes

²⁹ Le nombre de communes équipées d'une maternité est passé de 784 à 411 entre 1982 et 2013.

³⁰ Le seuil d'apparition (nombre d'habitants à partir duquel 25 % des communes possèdent le service) des maternités a d'ailleurs augmenté : il est passé de 4 200 à 7 500 habitants entre 1982 et 2013 et le seuil de généralisation (nombre d'habitants à partir duquel 75 % des communes possèdent le service) de 7 700 à 10 850 habitants. D'après ces auteurs, le temps d'accès médian aurait augmenté de 19 à 25 min et, pour 25 % de la population, il serait passé de 25 à 30 min.

³¹ Type 1 : obstétrique ; type 2 : obstétrique et néonatalogie ; type 3 : obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale.

moyennes. Les métropoles (aires urbaines de plus de 200 000 habitants) sont relativement épargnées par ce processus de rétraction. En ciblant les petites villes, la rétraction favorise en creux les grandes villes et les métropoles, dans lesquelles l'équipement se voit de fait concentré. Si toutes les petites villes équipées de lits hospitaliers ne sont pas concernées par la disparition, il n'en reste pas moins que les fermetures de lits hospitaliers organisées par les Agences Régionales de Santé participent au retrait des services publics documenté par les travaux de Taulelle (2012) et Courcelles et al. (2017), ou par le rapport de Legge (2011). La rétraction des lits hospitaliers semble participer indirectement au processus d'affaiblissement des petites villes et par ricochet à la métropolisation.

Ces résultats viennent par ailleurs confirmer l'intérêt d'utiliser de concert les deux indicateurs de rétraction pour mettre en évidence la situation spécifique des villes selon leur taille dans le processus de rétraction des lits d'hospitalisation : même si la diminution est générale, le processus n'agit pas de la même façon aux trois niveaux de la hiérarchie urbaine.

3.3. Les villes en décroissance particulièrement affectées par la disparition des lits de MCO

La littérature sur la décroissance urbaine montre que les aires urbaines touchées par le double processus de décroissance urbaine et de décroissance de l'offre de services sont bien souvent des villes petites et moyennes (Wolff *et al.*, 2013 ; Cauchi-Duval *et al.*, 2017 ; Courcelle *et al.*, 2017). Nous avons donc à nouveau testé l'existence d'une relation, en réalisant une régression linéaire et en mobilisant le test du Chi2 (Tableau 5). Comme pour la taille des villes, la régression linéaire n'atteste pas de corrélation³². En revanche, le test du Chi2 montre une relation significative (et faible selon le coefficient de Tschuprow $T=0,15$) entre les villes

³² Dans une part importante des villes où les lits de MCO ont diminué, la population a augmenté. A titre d'exemple Saint-Hilaire-de-Riez a vu sa population augmenter de 28 % (+6 000 habitants) alors qu'elle ne compte plus aucun lit en 2016.

selon leur type de trajectoire démographique (croissance / stagnation / décroissance) et le fait qu'elles aient enregistré une disparition, une forte diminution ou une autre situation au regard de son nombre de lits de MCO.

Tableau 5. Effectif observé et écart à l'indépendance (en italique entre parenthèses) des aires urbaines selon leur type de trajectoire démographique entre 1999 et 2013 (en lignes) et leur catégorie de taux d'évolution du nombre de lits (en colonnes)

À l'image des résultats sur la relation avec la taille de l'aire urbaine, la disparition affecte particulièrement les villes en décroissance. Ces villes sont surreprésentées dans la catégorie ayant enregistré une disparition complète des lits de MCO, alors qu'elles sont sous-représentées pour les « autres cas » (taux d'évolution supérieurs à -10 %, c'est-à-dire depuis les légères diminutions jusqu'à la plus importante augmentation). Cette disparition dans les villes en décroissance est constatée par exemple dans les aires urbaines de Revin (-23 % d'habitants entre 1999 et 2013), Vimoutiers (-16 %), Saint-Mihiel (-15 %), Sancerre (-15 %) ou Saint-Valéry-en-Caux (-11 %) qui n'ont plus aucun lit de MCO en 2016. Ces résultats convergent avec ceux de Barczak et Hilal (2017) qui observent que le fait d'être une commune en décroissance a un impact fort sur le maintien de la présence des services et commerces : il est plus difficile pour les communes de garder un équipement que pour celles en croissance démographique. Alors que l'hôpital est souvent le premier employeur départemental, ces disparitions de services d'hospitalisation complète de courte durée dans les villes en décroissance interrogent les effets en chaîne de la disparition d'un équipement tel que l'hôpital sur la situation déjà difficile de ces villes en décroissance. L'effet boule de neige décrit dans le rapport sénatorial de de Legge (2001), comme la disparition d'un service public entraînant la fermeture d'autres services par manque de demande, est donc à craindre pour ces villes. En revanche, le fait d'être une ville en décroissance n'a pas d'impact sur la situation de

diminution du nombre de lits (sans disparition donc) : à Saint-Calais, la population a décré de 11 % alors que les lits ont augmenté de 13 %, l'aire urbaine d'Ham a gagné 45 % de lits tout en perdant 9 % de ses habitants. Les villes en croissance démographique adoptent le comportement inverse de celles en décroissance : elles se trouvent sous-représentées dans la catégorie disparition, tandis qu'elles apparaissent surreprésentées dans celle intitulée « autres cas », regroupant les évolutions allant d'une faible diminution à l'augmentation.

Conclusion

Nous avons choisi d'aborder la question du redéploiement territorial d'un type d'équipement de soins sous l'angle spécifique du retrait pouvant aller jusqu'à la fermeture. C'est pourquoi nous avons mobilisé le terme « rétraction », peu courant dans la géographie française. Celui-ci a d'abord été utilisé par les aménageurs et les chercheurs allemands pour décrire les processus de décroissance urbaine au moment où ceux-ci commençaient à être systématiquement investigués au début des années 2000. La rétraction du nombre de lits d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) est nette dans le système urbain du territoire de France métropolitaine entre 2000 et 2016 : durant cette période, le nombre de lits de ces disciplines hospitalières a été réduit de 36 000 unités, soit une baisse de 15 % par rapport au volume initial, dans la continuité du processus engagé antérieurement. Les deux mesures de la rétraction proposées, d'un côté, par diminution et, d'un autre côté, par disparition ont permis de montrer que ce retrait prend deux formes principales. La diminution est généralisée et affecte la très grande majorité des villes (73 % des villes perdent au moins un lit), tandis que la disparition concerne près d'une soixantaine de villes (soit 11 % des villes étudiées) : le nombre d'aires urbaines possédant au moins un lit de MCO s'est réduit, passant de 523 villes

équipées en 2000 à 480 en 2016. Les réformes de ces dernières décennies (mise en place de la T2A en 2004, loi HPST de 2009) ont prolongé et accentué des transformations entamées dès le début des années 1980 : virage ambulatoire, fermeture d'établissements pour des questions de sécurité des soins, impératifs gestionnaires. Si pour cet article nous avons choisi de centrer l'analyse sur ce qui décroît (le nombre de lits), la mise en place de la T2A a aussi conduit les hôpitaux à préférer développer une offre ambulatoire (les places d'hospitalisation) plutôt qu'à maintenir l'offre en hospitalisation complète (les lits). Nous avons cherché à tester l'effet de la T2A sur la rétraction et n'avons pas constaté de changement dans le rythme de la rétraction avant et après la mise en place de la T2A. Il conviendrait cependant d'analyser en parallèle la transformation de l'offre hospitalière et l'augmentation du nombre de places : dans quelle mesure les places ont-elles remplacés les lits ? Cette évolution concerne-t-elle l'ensemble des villes ou favorise-t-elle les grandes villes au détriment des petites ?

Nous avons également pu montrer que toutes les villes ne sont pas égales vis-à-vis de la rétraction : les disparitions de lits de MCO affectent de manière spécifique des villes en décroissance démographique, tandis que les villes stagnantes ou croissantes à cet égard sont relativement épargnées. De la même manière, les petites villes sont davantage affectées par les disparitions de lits, tandis que les villes moyennes sont plus affectées par les diminutions. Toutefois, notre étude montre aussi que parmi les petites villes, les situations sont très diverses : certaines d'entre elles ont au contraire connu une croissance du nombre de lits de MCO.

Taulelle (2012) et Laborie (2012) ont montré que les transformations de la trame territoriale des services publics, après avoir affecté les territoires ruraux, concernent désormais les « centralités de proximité », notamment les petites villes ou les bourgs ruraux, où étaient rassemblés les « services de la proximité urbaine élémentaire ». La rétraction des équipements hospitaliers vient s'ajouter à un mouvement de rétraction des services publics qui fragilise la

place des petites villes dans le système urbain et participe ainsi au renforcement des grandes villes. Le processus général de transformation de l'action publique (RGPP en 2007 et MAPTAM en 2014) va dans le sens d'un retrait territorial de l'Etat (Artioli, 2017) qui n'affecte pas tous les territoires de la même manière. Si nos résultats ne permettent pas de conclure sur une distinction ou une convergence territoriale, des études comparatives menées au niveau des régions (niveau des ARS donc) apporterait un regard complémentaire au diagnostic national que pose cet article. Si toutes les régions sont affectées par la rétraction des lits de MCO, le sont-elles avec la même force ? Le pilotage régional de la transformation de l'offre hospitalière par les ARS a-t-il été marqué par des différenciations inter-régionales ? Comment les ARS ont-elles tenu compte des spécificités régionales, et notamment comment ont-elles opéré par rapport à la hiérarchie urbaine (Tabuteau, 2010) ?

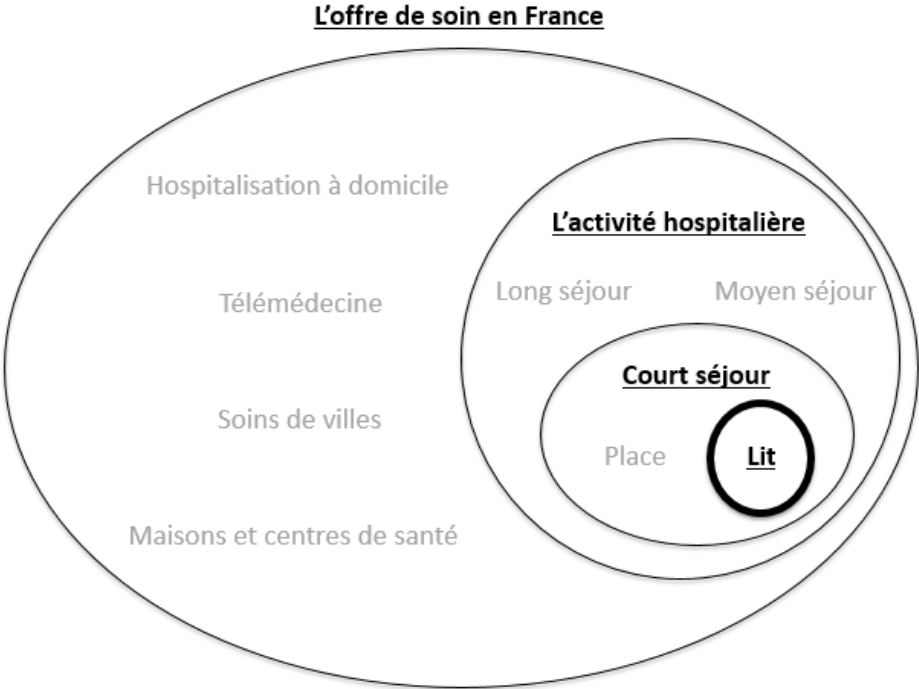
Nous avons précisé en début d'article que nous avons aussi étudié la rétraction des tribunaux dans le système urbain. Les résultats obtenus sont similaires à ceux énoncés ici pour les lits d'hospitalisation et convergent avec les travaux conduits sur la gendarmerie, la poste (Courcelles et al. 2017), les casernes militaires (Artioli, 2017). Alors que l'hôpital est souvent le premier employeur départemental et un acteur important de l'économie locale (Bailly et Widmer, 1997) les disparitions de services d'hospitalisation complète de court séjour dans les villes en décroissance interroge les conséquences territoriales d'une organisation en silo du retrait des services publics par l'Etat (de Legge, 2011). Les réformes s'inscrivent dans une dynamique du système de peuplement qui depuis les années 1970 s'organise spontanément en faveur des métropoles. Ce faisant, l'Etat semble rompre avec la vision égalitariste prônée par les réformes Debré. En Allemagne, les chercheurs travaillant sur la décroissance urbaine utilisent désormais la notion de périphérisation qui souligne les rapports de domination qui peuvent se cacher derrière la décroissance urbaine (Roth, 2016). En effet, l'un des postulats de ces nouvelles recherches est que la décroissance urbaine relève « d'un processus où

interagissent affaiblissement économique, pertes migratoires et dépendance politique, au sens de perte de pouvoir » (Roth, 2016, p.1). Dans cette perspective, les phénomènes de déclin urbain sont envisagés dans un système plus vaste d'interactions et de jeux de pouvoir qui explique le déclin par la relation aux métropoles et aux modèles de développement dominants (Roth, 2016).

Remerciements

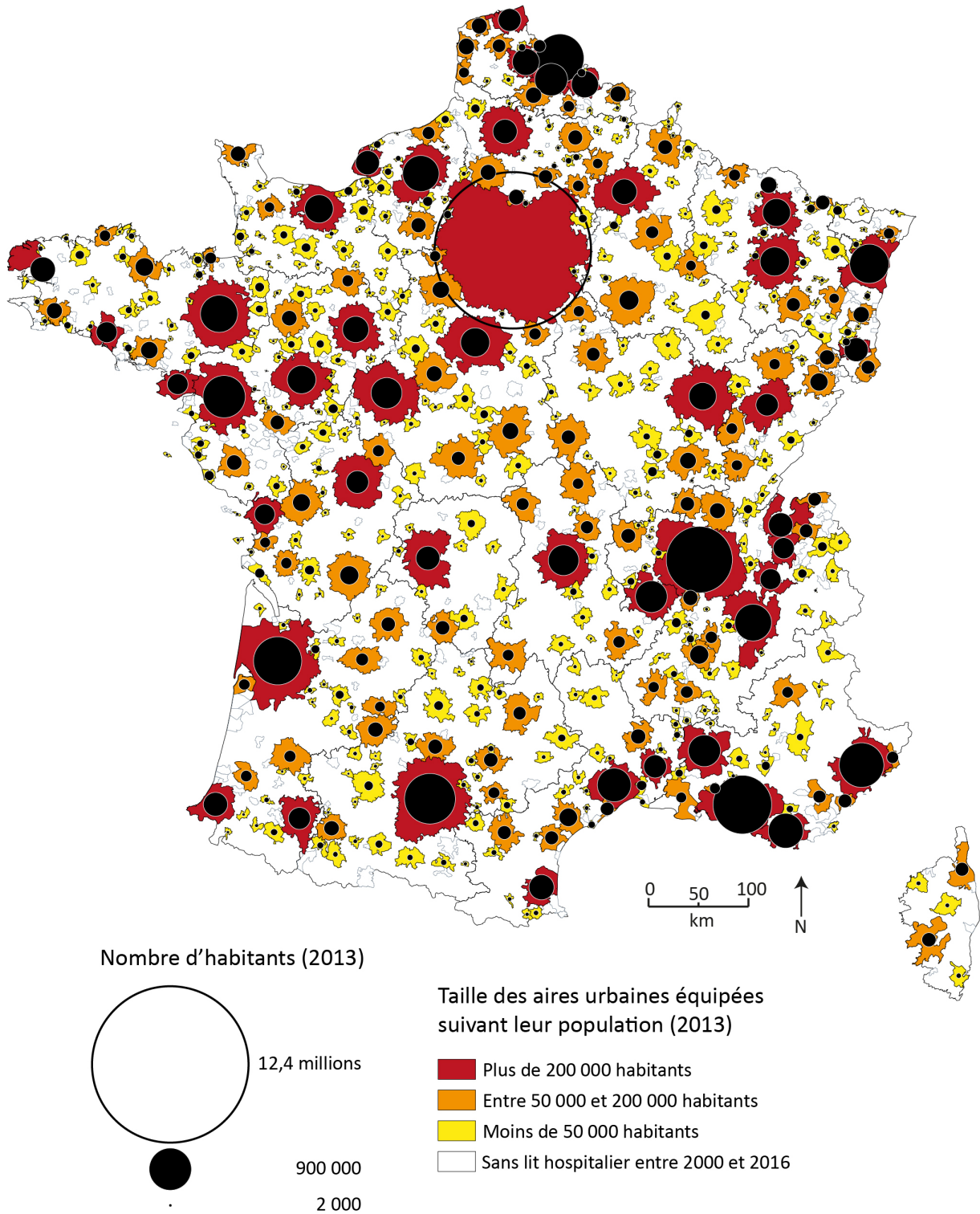
Cet article présente des résultats obtenus dans le cadre du programme de recherche sur « la rétraction de services et commerces dans les villes petites et moyennes en France » qui a été financé par la Banque des Territoires (ex CDC : Caisse des Dépôts et Consignations) et l'Agence Nationale de la Cohésion des Territoires (ex CGET : Commissariat Général à l'Egalité des Territoires). Les auteurs remercient également le LabEx DynamiTe et l'Irdes pour leur financement et l'accueil d'un contrat postdoctoral. Par ailleurs, les auteurs remercient chaleureusement Christophe Queva ainsi que les relecteurs pour leurs remarques et conseils qui ont permis d'améliorer la qualité de l'article.

Figure 1. Les lits d'hospitalisation complète de court séjour parmi l'ensemble de l'offre de soin en France



Source : réalisation des auteurs

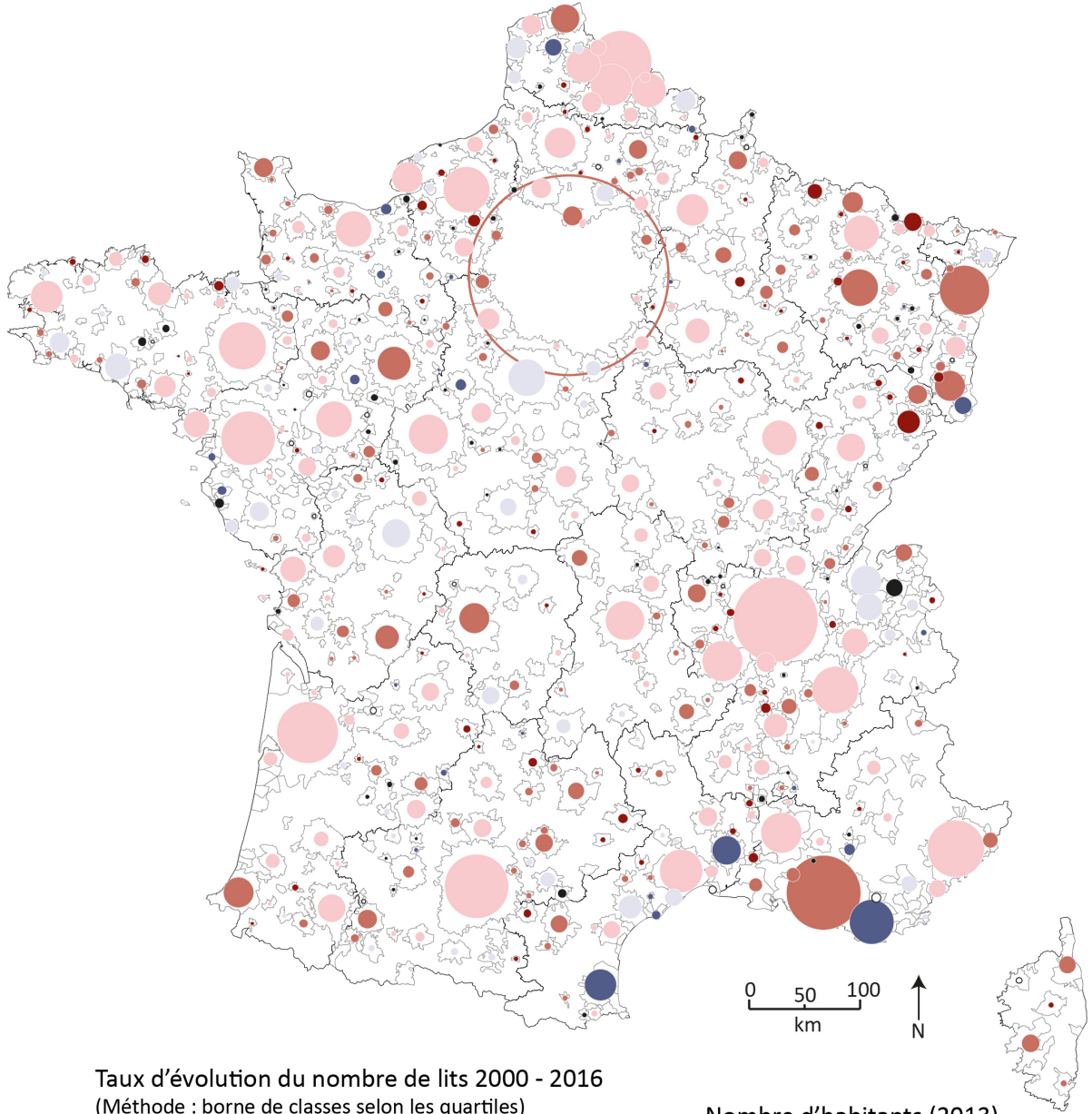
Carte 1. Taille des 539 aires urbaines équipées



Source : Insee, recensement de la population

Sources : Insee, exploitation des auteurs

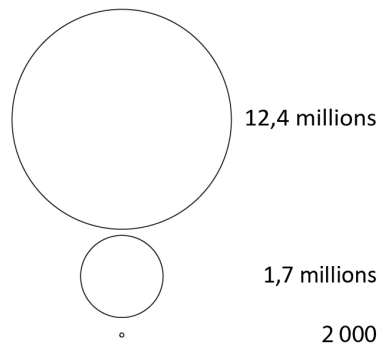
Carte 2. Taux d'évolution du nombre de lits dans les aires urbaines entre 2000 et 2016



Taux d'évolution du nombre de lits 2000 - 2016
(Méthode : borne de classes selon les quartiles)

- Aire urbaine sans lit sur la période
- +13 à 445 % (27 AU)
- 0 à +12 % (94 AU)
- 0 % à -17 % (141 AU)
- 18 % à -42 % (132 AU)
- 43 % à -100 % (73 AU)
- 100 % : aire urbaine sans lit en 2016

Nombre d'habitants (2013)

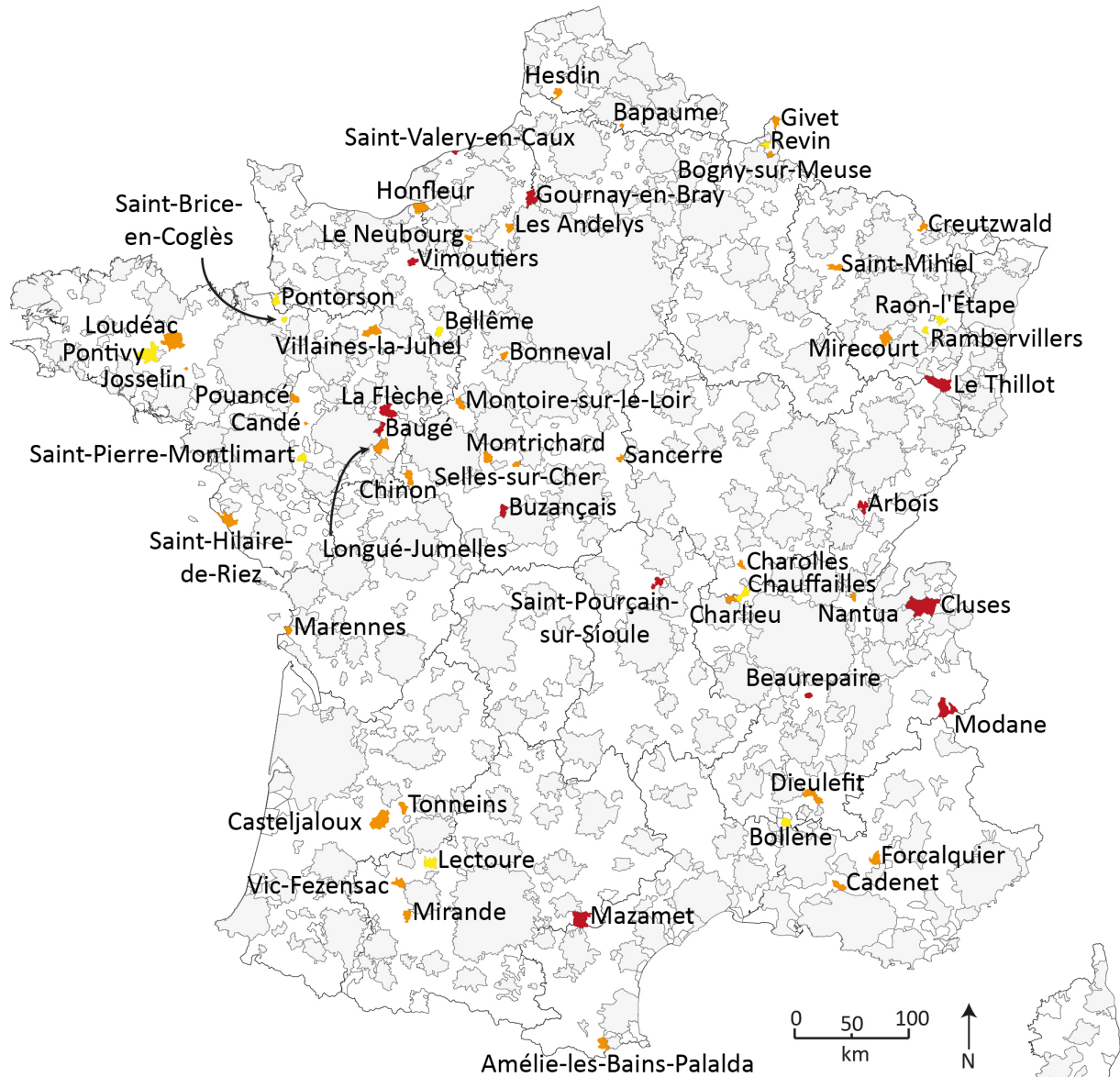


Statistiques descriptives du taux d'évolution :
Moyenne : -25 % ; Médiane : -18 % ; Ecart-type : 42 %

Source : Insee, recensement de la population - DRESS, Statistique annuelle des établissements

Sources : DREES & Insee, exploitation des auteurs

Carte 3. Aires urbaines concernées par la disparition des lits de MCO en 2016



Temps d'accessibilité à l'aire urbaine équipée la plus proche pour les aires urbaines où l'offre de lits de MCO n'existe plus en 2016

- Plus de 30 min (13 aires urbaines)
- Entre 16 et 30 min (35 aires urbaines)
- Inférieur à 15 min (11 aires urbaines)
- Aire urbaines équipées en 2016
- Sans lit hospitalier entre 2000 et 2016

Statistiques descriptives du temps d'accès :

Moyenne : 24 min ; Médiane : 24 min ; Ecart-type : 8 min ;

Minimum : 10 min (Saint-Pierre-Montlimart) ; Maximum : 43 min (Mazamet)

Source : Insee, recensement de la population - DRESS, Statistique annuelle des établissements

Sources : DREES & Insee, exploitation des auteurs

Tableau 6. Indicateurs de mesure de la rétraction des lits hospitaliers, de la dynamique démographique et de la taille des villes

Nom	Méthode de calcul
Evolution brute du nombre de lits	Nombre de lits en 2016 - nombre de lits en 2000
Densité de lits	Nombre de lits en 2000 ou 2016 / nombre d'habitants en 1999 ou 2013
Taux d'évolution du nombre de lits	(Nombre de lits en 2016 – nombre de lits en 2000) / nombre de lits en 2000 Disparition : taux d'évolution égal à -100 % (56 AU ³³) Diminution : taux d'évolution inférieur à -10 % (270 AU) Autres cas : taux d'évolution supérieur à -10 % (213 AU)
Temps d'accessibilité à la ville équipée plus proche	Moyenne des temps de trajets en heures de pointe et en heures creuses sur le réseau routier de 2012 ³⁴
Taux de croissance annuel moyen (TCAM) de la population	$\sqrt[14]{\frac{\text{population de l'aire urbaine en 2013}}{\text{population de l'aire urbaine en 1999}}} - 1$ Décroissance : TCAM inférieur à -0,15 % ³⁵ (154 AU) Stagnation : TCAM compris entre -0,15 % et +0,15 % (91 AU) Croissance : TCAM supérieur à +0,15 % (294 AU)
Taille des aires urbaines	Trois classes de population en 2013 : moins de 50 000 habitants (392 AU) entre 50 000 et 200 000 habitants (100 AU) plus de 200 000 habitants (47 AU)

Tableau 7. Paramètres de tendance centrale et de dispersion du nombre de lits dans les aires urbaines équipées en 2000 et en 2016 et leurs évolutions

	2000	2016	Solde
Nombre d'AU équipées (avec au moins un lit)	523	480	- 43
Nombre de lits dans les AU équipées :			
Somme	239 059	203 011	- 36 048
Minimum	4	3	- 1
Maximum (AU de Paris)	46 823	35 663	- 11 160
Moyenne	457	423	- 34
Médiane	118	105	- 13
1 ^{er} décile	13	15	+ 2
9 ^e décile	785	747	- 38
Écart-type	2 186	1 778	- 408
Coefficient de variation	478 %	420 %	- 58

Sources : DREES & Insee, exploitation des auteurs

³³ AU : aires urbaines

³⁴ Temps calculés à partir du distancier développé par Florian Bayer (Agence de la biomédecine) et Charlène Le Neindre (Irdes).

³⁵ Ce seuil de $\pm 0,15$ % est choisi en accord avec les travaux de Wiechmann et Wolff (2013) sur les évolutions démographiques des villes européennes.

Tableau 8. Paramètres de tendance centrale et de dispersion du taux d'évolution du nombre de lits dans les aires urbaines entre 2000 et 2016

Minimum (Disparition complète)	-100 %
Maximum (Aire urbaine de Saint-Omer)	+445 %
Moyenne	-25 %
Médiane	-18 %
1 ^{er} décile	-100 %
9 ^e décile	+3,9 %
Ecart-type	42 %
Nombre d'AU de l'échantillon	539
Nombre d'AU avec stagnation ou augmentation de lit	137
Nombre d'AU avec baisse d'au moins 1 lit	402
Nombre d'AU avec baisse d'au moins 1 %	395
Nombre d'AU avec baisse d'au moins 10 %	326

Sources : DREES & Insee, exploitation des auteurs

Tableau 9. Effectif observé et écart à l'indépendance (en italique entre parenthèses) des aires urbaines suivant leur catégorie de taille (en lignes) et leur catégorie de taux d'évolution du nombre de lits (e colonnes)

	Disparition (-100 %)	Diminution (] -100% ; -10 %)	Autres cas (> -10 %)	Total
Petites (moins de 50 000)	55 (<i>14*</i>)	194 (<i>-2</i>)	143 (<i>-12</i>)	392
Moyennes (entre 50 000 et 200 000)	1 (<i>-9</i>)	53**(<i>3</i>)	46 (<i>6</i>)	100
Grandes (plus de 200 000)	0 (<i>-5</i>)	23 (<i>-1</i>)	24 (<i>5</i>)	47
Total	56	270***	213	539

Lecture : *14 aires urbaines de plus qu'attendu dans la catégorie des aires urbaines de moins de 50 000 habitants ont enregistré une disparition de lits. **53 aires urbaines de 50 000 à 200 000 habitants ont enregistré un taux de décroissance des lits compris entre -10 % et -99 %. ***270 aires urbaines font partie de cette catégorie de forte diminution.

Sources : DREES & Insee, exploitation des auteurs

Tableau 10. Effectif observé et écart à l'indépendance (en italique entre parenthèses) des aires urbaines selon leur type de trajectoire démographique entre 1999 et 2013 (en lignes) et leur catégorie de taux d'évolution du nombre de lits (en colonnes)

	Disparition (-100 %)	Diminution (] -100 % ; -10 %)	Autres cas (> -10 %)	Total
Décroissance (TCAM <= -0,15%)	31*(<i>15**</i>)	78 (<i>1</i>)	45 (<i>-16</i>)	154
Stagnation (TCAM entre ±0,15 %)	5 (<i>-4</i>)	46 (<i>0</i>)	40 (<i>4</i>)	91
Croissance (TCAM >+0,15 %)	20 (<i>-11</i>)	146 (<i>-1</i>)	128 (<i>12</i>)	294
Total	56	270	213	539

Lecture : *31 sur 154 aires urbaines ayant enregistré une décroissance démographique ont enregistré une disparition totale des lits de MCO. **15 aires urbaines de plus que ne l'aurait laissé attendre la situation théorique d'indépendance entre types de trajectoire démographique et catégories du taux d'évolution des lits de MCO ont été comptées comme ayant enregistré disparition des lits et décroissance démographique.

Source : DREES & Insee, exploitation des auteurs

Bibliographie

- APVF, 2016, L'offre de soins dans les petites villes : Dans la difficulté, les maires innovent, Rapport de l'Association des petites villes de France, Février 2016, 19 p.
- Artioli F., 2017, Les politiques du retrait territorial de l'État. Réformes de la carte militaire et gestion des mobilisations locales (1989-2012) Gouvernement & action publique, vol. 6, no 1, p. 81-106.
- Baillot A., Evain, F. , 2013, Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures, Journal de gestion et d'économie médicales, vol. 31, n° 6, 333-347.
- Bailly A., Widmer G., 1997, Une nouvelle approche pour la planification hospitalière : la conception métricométrique, Revue d'Economie Régionale et Urbaine, n°5, p. 817-827.
- Barbat-Bussière S. (2009). *L'Offre de soins en milieu rural. L'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne*. Clermont-Ferrand : Presses universitaires Blaise Pascal, coll. « Ceramac », 488 p.
- Barczack A., Hilal M., 2017, Quelle évolution de la présence des services publics en France ?, in Courcelle T., Fijalkow Y., Fijalkow T., Taulelle F., *Services publics et territoires. Adaptations, innovations et réactions*, Presses Universitaires de Rennes, Espace et Territoires, p. 31-65.
- Baron M., Cunningham-Sabot E., Grasland C., Rivière D., Van Hamme G., 2010, Villes et régions européennes en décroissance, maintenir la cohésion territoriale, Hermès, p.368.
- Baudet-Michel S., 2015, « Explorer la rétraction dans l'espace, les services de soins dans le système urbain français », L'Espace Géographique, n°4 (Tome 44), pp. 369-380.
- Baudet-Michel S. (coordination), Conti B., Chouraqui J., Commenges H., Delage M., Guérois M., Guiraud N., Le Neindre C., Madry P., Paulus F., Pavard A., Toutin G., Vallée J., Fol S., Quéva C., 2019, « La rétraction des services et commerces dans les villes petites et moyennes : modalités et logiques à l'échelle interurbaine », Rapport CGET-CDC, à paraître.
- Brabyn L., Beere P., 2006, Population access to hospital emergency departments and the impacts of health reform in New Zealand. Health Informatics Journal, vol. 12, n° 3, p. 227-237.
- Bretagnolle A., 1999, *Les systèmes de villes dans l'espace-temps : effets de l'accroissement des vitesses de déplacement sur la taille et l'espacement des villes*, Thèse de doctorat. Paris 1.
- Bretagnolle A., 2003, Vitesse et processus de sélection hiérarchique dans le système des villes françaises, in Mattei M.-F., Pumain D. (coord.), Données urbaines 4, Anthropos, Paris, Collection Villes, p. 309-323.
- Cauchi-Duval N., Béal V., Rousseau M., 2016, La décroissance urbaine en France : des villes sans politique, Espace populations sociétés. En ligne : <http://journals.openedition.org/eps/6112>
- Chouraqui J., 2019, « Réformes de l'Etat, services publics et recompositions territoriales », in La rétraction des services et commerces dans les villes petites et moyennes, Rapport pour la CDC et le CGET, pp. 52-89, à paraître.
- Christaller W., 1933, Die zentralen Orte in Süddeutschland: eine ökonomisch-geographische Untersuchung über die Gesetzmässigkeit der Verbreitung und Entwicklung der Siedlungen mit städtischen Funktionen. University Microfilms.
- Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Marcoux L., 2011, Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007, Rapport Irdes n°550, 121 p.

- Cordier M., 2008, « Hôpitaux et cliniques en mouvement : Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients », Etudes et Résultats, 8 p.
- Côté D., 2002, Le virage ambulatoire: vers l'humanisation des soins? in Pérodeau G., Côté D (eds.), Le virage ambulatoire : défis et enjeux, p. 11-32.
- Courcelle Th., Fijalkow Y., Taulelle Fr., 2017, Services publics et territoires : Adaptations, innovations et réactions, Rennes, Col. Espace et territoires, PUR, 253 p.
- Delas A., 2011, L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques, Hérodote, vol.4, p. 89-119.
- Domin J-P., 2017, « Le prix de l'hôpital », La Vie des idées, 30 juin 2017. ISSN : 2105-3030. URL : <http://www.laviedesidees.fr/Le-prix-de-l-hopital.html>
- DREES, 2017, Les établissements de santé, édition 2017, Panoramas de la DREES Santé.
- Escudé J-N., 2018, Accès aux soins - Les fermetures de petits hôpitaux reviennent sur le devant de la scène, Localtis. En ligne : <https://www.caissedesdepotsdesterritoires.fr/cs/ContentServer?pagename=Territoires/Articles/ArticlesImpression&cid=1250280708285>
- Fleming S.T., Williamson H.A., Hicks L.L., Rife I., 1995, Rural hospital closures and access to services, Hospital & health services administration, vol. 40, n° 2, p. 247-263.
- Fleuret S., 2003, Spécialisations hospitalières et centralité, in Mattei M.-F., Pumain D. (coord.), Données urbaines 4, Anthropos, Paris, Collection Villes, p. 367-375.
- Fol S., Cunningham-Sabot E., 2010, « Déclin urbain » et Shrinking Cities : une évaluation critique des approches de la décroissance urbaine, Annales de géographie, n° 674-4, p. 359-383.
- Guiraud N. et al., 2019, « La recomposition des implantations judiciaires en France métropolitaine (2000-2016) : une rétraction sélective des équipements de Justice », in La rétraction des services et commerces dans les villes petites et moyennes, Rapport pour la CDC et le CGET pp. 90-135
- Goossens M., Sporck J.A., 1977, Plan d'aménagement des infrastructures nationales et d'intérêt national. Confrontation des résultats avec des infrastructures prévues au Plan 76-80, KULeuven et Université de Liège
- Granger B., Pierru F., 2012, L'hôpital en sursis. Idées reçues sur le système hospitalier, Paris : Le Cavalier Bleu, 182 p.
- Gremy F., 1999, La Réforme Debré un tiers de siècle après, actes du colloque de Caen des 9 et 10 décembre 1996, éditions de l'Ecole Nationale de santé publique, 240 p.
- Hassenteufel P., De Maillard J., 2017, Le recours au marché comme processus politique. Gouvernement et action publique, n° 4, p. 101-126.
- Holcman R., 2015, Management hospitalier-2e édition : Manuel de gouvernance et de droit hospitalier, Dunos, Paris, 896 p.
- Holmes G.M., Slifkin R.T., Randolph R.K., Poley S., 2006, The effect of rural hospital closures on community economic health, Health Services Research, vol. 41, n° 2, p. 467-485.
- Imbert J., 1996, Les hôpitaux en France, Presses universitaires de France, Paris, 128 p.
- Imison C., 2011, Reconfiguring hospital services, London: Kings Fund, 20 p.
- Jennequin H., 2011, Politiques publiques et développement territorial en France : quid des activités tertiaires ? *L'action publique dans la crise : vers un renouveau en France et en Europe*, CREAM.
- Jousseume V., 2002, Diffusion et recomposition de l'offre médicale : l'exemple des Pays de la Loire (1967-2000), in Fleuret S., Séchet R. (dir.), La Santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être, Presses universitaires de Rennes, Collection Espace et territoires, p. 33-49.

- Juven P-A., 2016, Une santé qui compte. Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public, Presses universitaires de France, Paris, 256 p.
- Kervasdoué J. (dir), 2009, Carnet de santé de la France 2009, Dunod, Paris, 250 p.
- Kervasdoué J., 2015, Le système hospitalier, Que sais-je, PUF, Paris, 128p.
- Labasse J., 1980, L'hôpital et la ville : géographie hospitalière, Editions Hermann, Collection Actualités scientifiques et industrielles, 241 p.
- Laborie, J.-P. (2012). « Les services publics dans des configurations territoriales complexes ». Sciences de la société 146–151.
- Laménie B., 2015, Les territoires industriels face aux effets cumulés du déclin démographique et économique : quelles perspectives avec la métropolisation? L'exemple des Ardennes, Espace populations sociétés. En ligne : <https://journals.openedition.org/eps/6222>
- de Legge D., 2011, Rapport d'information au nom de la mission commune d'information sur les conséquences de la révision générale des politiques publiques pour les collectivités territoriales et les services publics locaux. Rapport d'information n°666. Sénat, Session ordinaire 2010-2011, 260 p.
- Lerouvillois G., Vinclet P., 2002, Les hôpitaux sous contraintes : des restructurations aux recompositions de l'offre, l'exemple de la Basse-Normandie, La Santé, les soins, les territoires, Penser le bien-être, Presses universitaires de Rennes, Collection Espace et territoires, p. 49-65.
- Liu L., Hader J., Brossart B., White R., Lewis S., 2001, Impact of rural hospital closures in Saskatchewan, Canada, Social Science & Medicine, vol. 52, n°12, p. 1793-1804.
- Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., 2000, Les équipements hospitaliers en France, in Mattei M.-F., Pumain D. (coord.), Données urbaines 3, Anthropos, Paris, Collection Villes, p. 189-198.
- Merenne-Schoumaker B., 2008, Géographie des services et des commerces, Presses Universitaires de Rennes, DIDACT Géographie, 256 p.
- Miot Y., 2012, Face à la décroissance urbaine, l'attractivité résidentielle ? : le cas des villes de tradition industrielle de Mulhouse, Roubaix et Saint-Etienne. 2012, Thèse de doctorat de l'Université de Lille 1 - Sciences et Technologies. 442 p.
- OCDE, 2017, Panorama de la santé 2017, Les indicateurs de l'OCDE, 224 p.
- Paulus F., 2004, "Coévolution dans les systèmes des villes, croissance et spécialisation des aires urbaines françaises de 1955 à 1999", Thèse de doctorat, Université Paris I Panthéon Sorbonne, 408 p. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00008053>
- 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" du Labex DynamiTe, 28 mai 2015.
- Pumain D., 1999, "Quel rôle pour les villes petites et moyennes des régions périphériques ?", Revue de Géographie Alpine, Tome 87, n°2, pp. 167-184.
- Picheral H., 2001, Dictionnaire raisonné de géographie de la santé, Université Montpellier III-Paul Valéry, 308 p.
- Roth H., 2016, « Du déclin à la périphérisation : quand les courants constructivistes et critiques revisitent les différenciations spatiales en Allemagne », Cybergeog : European Journal of Geography [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 758, mis en ligne le 04 janvier 2016, DOI : 10.4000/cybergeog.27389
- Salem G., Rican S., Charraud A., Simon M., 2000, Hiérarchie urbaine et densités médicales, in Mattei M.-F., Pumain D. (coord.), Données urbaines 3, Anthropos, Paris, Collection Villes, p. 261-272.

- Sénat, 2015, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, Vanlerenberghe J-M (dir.), 79 p.
- Tabuteau D., 2010, Loi «Hôpital, patients, santé et territoires»(HPST): des interrogations pour demain!. Santé publique, vol. 22, no 1, p. 78-90.
- Taulelle F., 2012, « Ce que nous avons vu en matière de services publics dans les quatre pays de l'étude : le délaissement du territoire », Sciences de la société [En ligne], 86 | 2012, mis en ligne le 01 juin 2012, consulté le 18 octobre 2017. URL : <http://sds.revues.org/1634> ; DOI : 10.4000/sds.1634
- Tonnellier F., Vigneron E., 1999, Géographie de la santé en France, Presse Universitaire de France, 128 p.
- 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.
- Vallancien G., 2006, L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France, Rapport à l'attention de Monsieur Xavier Bertrand Ministre de la Santé et des Solidarités,
78 p.
- Veltz P., 1999, Métropoles, périphéries et économie mondiale : une économie d'archipel, in Fontan J-M., Klein J-L., Tremblay D-G. (dir.), Entre la métropolisation et le village global, Presse de l'Université du Québec, p. 49-60.
- Vigneron E., Haas S., 2009, 10 ans de recomposition hospitalière, Paris : Dexia, rapport d'études, 16 p.
- Vigneron E., 2011, Les inégalités de santé dans les territoires français : Etat des lieux et voies de progrès, Elsevier Masson, 193 p.
- Vigneron E., 2017, L'Hôpital & le Territoire. De la coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent, SPH éditions, 296 p.
- Waniez P., Brustlein V., O'Neill M-M., Rodrigues Hees D., 2000, Fonction hospitalière et système urbain au Brésil, Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé, vol. 10, n° 2, p. 145-53.
- Wiechmann T., Wolff M., 2013, Urban shrinkage in a spatial perspective: Operationalization of shrinking cities in Europe, 1990-2010, Association of European Schools of Planning (AESOP) – Association of Collegiate Schools of Planning (ACSP) Joint Congress, 15-19 Juillet, Dublin.
- Wishner J., Solleveld P., Rudowitz R., Paradise J., Antonisse L., 2016, A look at rural hospital closures and implications for access to care: three case studies, Kaiser Family Foundation. En ligne :
<https://www.urban.org/sites/default/files/publication/82511/2000857-brief-a-look-at-rural-hospital-closures-and-implications-for-access-to-care.pdf>
- Wolff M., Fol S., Roth H., Cunningham-Sabot E., 2013, Shrinking Cities, villes en décroissance : une mesure du phénomène en France, Cybergeog : European Journal of Geography. En ligne : <https://journals.openedition.org/cybergeog/26136>