

Étude sur la santé en milieu rural

#2 La Mortalité – avril 2023

RÉSULTATS EXCLUSIFS

→ 14216 décès supplémentaires par an

À âge et sexe égal, l'indice de mortalité des bassins de vie ruraux est supérieur de 6 points à celui des bassins de vie urbains, ce qui correspond à **14 216 décès par an en plus dans les zones rurales** que ce qui serait attendu si l'espérance de vie y était identique à celle des villes.

→ 2 ans

Les écarts d'espérance de vie entre départements ruraux et département urbains s'aggravent au cours des trente dernières années, pour atteindre **près de 2 ans d'espérance de vie en moins pour les hommes** et un an pour les femmes ;

→ 15 ans

Alors que ruraux et urbains étaient égaux en 1990, la situation observée dans les départements ruraux en 2022 est comparable à celle mesurée en avant 2010 en milieu urbain ; soit **un retard de 15 ans**. C'est-à-dire qu'au cours des 30 dernières années, l'espérance de vie s'est améliorée **deux fois plus vite en ville** qu'à la campagne.

Calcul et analyse d'un indice de mortalité à l'échelle des bassins de vie

- Cette nouvelle quantifie les variations de l'espérance de vie à l'échelle nationale en actualisant l'étude sur les écarts constatés entre urbain et rural publiée en 2020 en l'affinant à l'échelle des bassins de vie, et en mettant en perspective ces résultats avec des données socio-économiques.
- Ces résultats montrent que la localisation en ville ou à la campagne devient un facteur déterminant des inégalités d'espérance de vie et actent le **passage d'une géographie des inégalités régionales à une géographie des inégalités urbain/rura**

L'ESPÉRANCE DE VIE

Les enseignements majeurs de notre étude de 2020

- 1) L'espérance de vie du moment des habitants du rural à la naissance est jusqu'à 2 ans moindre que ceux des villes.
- 2) Les écarts d'espérance de vie s'aggravent au cours des trente dernières années entre départements ruraux et département urbains ;
- 3) Le plus surprenant est la régularité extrême du lien entre types de départements et espérance de vie.

L'analyse de la mise à jour des données

→ Hommes ou femmes du rural et tout particulièrement de l'hyper rural¹ continuent de vivre moins longtemps que leurs semblables des départements les plus urbanisés.

Espérance de vie (du moment) des hommes à la naissance

année	1990	2000	2010	2019	2020	2021
01 - hyper rural	72,9	75	77,4	78,5	78,6	78,8
02-rural	72,8	75,1	77,4	79	78,9	79
03-composite	72,5	75,1	77,9	79,4	79,1	79,6
04-urbain	73,4	75,5	78,4	80,1	80	79,9
05-hyper urbain	73,2	76	79	80,7	79,5	80,2
DROM		73,4	76,2	77,9	77,3	74,2
France métropolitaine	72,8	75,3	78	79,8	79,2	79,4

Espérance de vie (du moment) des femmes à la naissance

année	1990	2000	2010	2019	2020	2021
01 - hyper rural	80,9	82,7	84,3	84,9	84,7	84,9
02-rural	81,1	82,7	84,4	85,1	85	85,2
03-composite	80,8	82,6	84,4	85,2	84,8	85,2
04-urbain	80,9	82,8	84,7	85,6	85,5	85,5
05-hyper urbain	81,1	82,9	84,9	85,8	85,1	85,7
DROM		81	83,1	84,5	83,5	81,8
France métropolitaine	81	82,8	84,7	85,7	85,2	85,5

Données : Espérance de vie par type de département

En 2021, l'écart est de 1,4 ans pour les hommes et de 0,8 an pour les femmes.

→ Au cours des 2 dernières années, les écarts d'espérance de vie se réduisent quelque peu mais ils demeurent marqués entre départements ruraux et département urbains.

Données : Espérance de vie écart à l'hyper urbain

→ En 2020 et 2021 l'écart d'espérance de vie² entre la ville et la campagne se réduit. Mais de nombreuses études ayant montré que la covid-19 avait été plus létale en milieu dense, cette réduction semble plus conjoncturelle que structurelle.

→ Les départements hyper ruraux ont entre 10 et 15 ans de retard sur les départements urbains et de même pour les femmes : ils en sont là où ces derniers étaient avant 2010.

Données : Espérance de vie graphique hommes par années

¹ Voir Annexe 1 : Typologie des départements

² Voir Annexe 2 : L'espérance de vie, ce qu'elle est, ce qu'elle n'est pas.

L'INDICATEUR COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM)

Méthode

Il est intéressant d'aller vers une appréciation plus fine de la mortalité, à l'échelle infra-départementale.

Idéalement, chaque maire aimerait connaître le niveau de la mortalité dans sa commune. Mais cela n'est pas possible dans la plupart des communes françaises car leur population est trop réduite pour que le calcul ait une précision acceptable et ne soit pas soumis à des variations aléatoires.

Pour s'assurer de la significativité statistique des écarts observés, il faut observer la mortalité sur une population d'au moins 1600 habitants, et donc agrandir la base géographique de contage. Pour cette étude a été retenu le découpage en 1666 bassins de vie sur la base du découpage de 2012 toujours en vigueur.

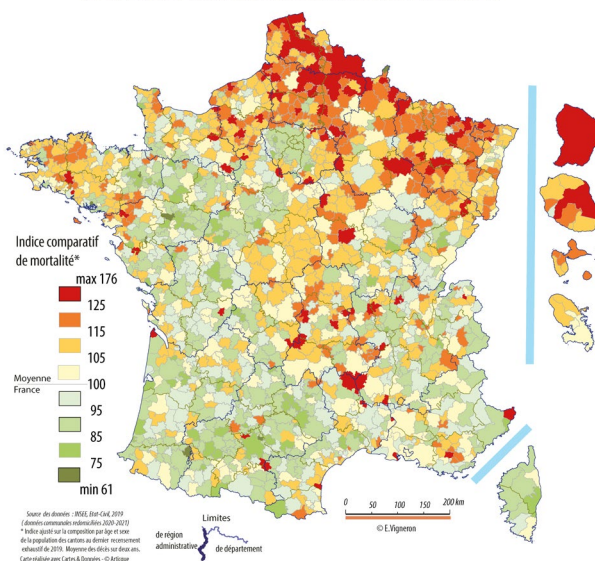
- Sur ces bases, un indice comparatif de mortalité³ pour l'année 2021 permet, comme dans le cas de l'espérance de vie de s'affranchir des variations de structure par sexe et âge de la population.

La carte de l'ICM à l'échelle des bassins de vie

La carte, établie à partir des dernières données disponibles de 2021, et les tableaux qui lui correspondent, nous renseignent sur le niveau comparatif de la mortalité générale hommes-femmes selon les territoires.

Elle permet d'identifier le niveau de la mortalité dans son bassin de vie mais elle permet surtout de dresser un tableau actualisé des variations de la mortalité en France et montre la territorialité des inégalités.

Écarts à la mortalité moyenne de la France dans les bassins de vie en 2020-2021



- Ce qui frappe de premier abord, c'est la permanence d'une géographie régionale souvent décrite. Mais un examen à des échelles plus fines fait apparaître d'autres principes de différenciation, secondaires à l'échelle nationale, mais capitaux à l'échelle des territoires.

Données : Carte de France de l'Indice comparatif de mortalité à l'échelle des bassins de vie

³ Voir Annexe 3: Indice et taux comparatifs de mortalité

Des différenciations infra –départementales majeures

→ Le premier, et les plus important, de ces principes d'inégalité territoriale est celui de **l'opposition centre-périphérie à l'échelle départementale**.

Le centre n'est pas forcément au centre géométrique du département. Le centre est, en pratique, déterminé par l'emplacement de la principale ville du département, en règle générale la préfecture qui est aussi le siège de la concentration des services publics ou privés de toute nature et notamment des services de santé. Cette opposition répond le plus souvent au gradient urbain-rural : au centre la grande ville, en périphérie le rural de plus en plus « profond » au fur et à mesure qu'on s'éloigne du centre.

Cette opposition se retrouve dans de multiples départements. Elle est bien visible en Ille-et-Vilaine autour de Rennes, dans toutes les directions, dans le Doubs, autour de Besançon en direction de Pontarlier et de la frontière Suisse ou vers le Nord-Est en direction de Montbéliard.

Exemples :

- **Puy-de-Dôme (63)** : On retrouve ce gradient dans le Puy-de Dôme en direction du Sud avec une dégradation marquée au fur et à mesure que l'on s'éloigne de Clermont-Ferrand : Clermont, ICM à 91, Issoire 101, Brassac-les-Mines 112, Massiac 115. Et de même en direction du Nord- Ouest : Clermont-Ferrand 91, Pontgibaud 101, Saint-Georges de Mons 120, Pontaumur 129.

- **Seine et Marne (77)** : Le gradient est souvent brutal comme en Seine et Marne entre Fontainebleau zone aisée au Sud et la Ferté-sous-Jouarre au Nord, Est : Fontainebleau 84, Mormant 114, Coulommiers 109, La Ferté-Gaucher 120, La Ferté-sous-Jouarre 133 ! En 70km, l'intensité de la mortalité passe de 1 à 1,6 soit 60 % d'augmentation !!, presque 1% de plus à chaque kilomètre !!

→ Le deuxième principe est celui des « **effets de bordure** ». Dans la plupart des cas, les taches rouges qui signalent les zones de surmortalité les plus importantes sont situées aux **limites des départements** et très souvent aux **marges des régions** à cheval sur deux ou trois des départements.

Ces territoires sont comme des **délaissés de l'organisation territoriale** ou encore comme les parties distales de membres mal irrigués

Exemples :

- La zone de contact entre la Haute-Saône, les Vosges, la Haute-Marne, la Meuse et la Meurthe-et-Moselle

- La zone en bordure des départements de l'Ardèche, la Haute-Loire et la Lozère

- Mais aussi des bassins de vie situés dans des ensembles où la mortalité est globalement bonne, comme aux confins de du Tarn-et-Garonne, du Gers et de la Haute-Garonne.

Si la carte ne témoigne pas d'une nette opposition entre le rural et l'urbain, les calculs opérés montrent que **la mortalité, à âge et sexe égal, est cependant plus élevée dans le monde rural qu'urbain.**

- La **centralité se renforce** : la vile préfecture compte plus par rapport au reste du département qu'il y a 20 ou 30 ans et des effets de bordures nouveaux apparaissent. **La centralisation des soins a des effets délétères** qui contribue à l'abandon des territoires périphériques.

Un lourd tribut du monde rural déjà apparent

Les courbes de l'ICM et de la taille du bassin vie ont tendance à se chevaucher : la mortalité à âge et sexe égal est souvent plus élevée dans les bassins de vie ruraux.

Données : Indice comparatif de mortalité par type de Bassin de vie

En 2012, le découpage du territoire métropolitain comporte un total de 1 666 bassins de vie dont 1 287 sont qualifiés de ruraux en raison de leur densité de population par l'Insee. Cette répartition autorise un comparatif simple permettant de synthétiser l'ICM au regard des caractéristiques des bassins de vie.

type de bassin de vie	Population en millions	Nb moyen de décès 2020-2021	ICM
rural	20,3	236 943	104
urbain	48	425 531	98
ensemble	68,3	662 474	100

- À âge et sexe égal, l'indice de mortalité des bassins de vie ruraux est supérieur de 6 points à celui des bassins de vie urbains.

Au regard du nombre moyen de décès, cela veut dire qu'on peut calculer le nombre de décès qui pourraient être évité si l'ICM était le même en milieu rural qu'en ville :

- **Cela correspond à 14 216 décès par an en plus dans les zones rurales que ce qui serait attendu si l'espérance de vie y était identique à celle des villes.**

POURQUOI CES ÉTUDES ?

Les crises récentes ont mis en avant l'importance de la proximité dans l'organisation du service de santé.

- La démocratie sanitaire doit être refondée sur un véritable débat contradictoire afin d'offrir de nouvelles solutions aux habitants du monde rural.

C'est l'objet de l'étude au long cours entamée par l'AMRF, afin de fournir aux élus ruraux de nouveaux arguments et apporter au débat public de nouvelles données pour se forger une opinion éclairée sur la réalité du désastre sanitaire français.

- Retrouvez les résultats publiés en 2020-21 dans le livret : Accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement ?

[À consulter directement à ce lien](#)

DES ACTEURS CLÉS DU MONDE DE LA RECHERCHE ET DE L'ACTION PUBLIQUE



Cette étude est confiée au chercheur et professeur des Universités, Emmanuel Vigneron, spécialiste du sujet et auteurs de nombreuses études dans le domaine.

- Le constat est simple : la bonne connaissance des enjeux et leur qualification scientifique, ainsi que leur publicité auprès du grand public et des décideurs, sont un moyen de renforcer en partie l'accès aux soins et la prévention profitant aux citoyens et aux assurés vivants en territoire rural.

L'AMRF, avec le soutien d'Apivia et la MNFCT, travaille à la construction d'une radiographie de l'état de santé du monde rural.

- Le but : mieux identifier les bonnes pratiques, de dégager les tendances et besoins par territoire, et de poser les bases d'une méthodologie permettant de tester et d'apporter des réponses communes.

4 PROPOSITIONS CONCRÈTES PRÉSENTÉES PAR 35 SIGNATAIRES

À l'initiative de l'AMRF 35 organisations se sont réunies pour proposer des propositions, réalisables, concrètes et consensuelles pour améliorer l'accès aux soins.



→ PROPOSITION N°1

Donner les moyens aux étudiants en santé (médicaux, paramédicaux et pharmaciens) de faire des stages hors du lieu de formation initiale en développant les maîtres de stages universitaires dans toutes les professions médicales paramédicales et pharmaceutiques, les hébergements territoriaux des étudiants en santé (HTES) et les aides au transport afin de rendre obligatoire la diversification des lieux de stages.

→ PROPOSITION N°2

Mettre en place et développer les ESCAP : équipes de soins coordonnées autour du patient. Ramener le patient au cœur du sujet, en permettant à n'importe quel professionnel de santé, présent aux côtés du patient, de déclencher une coordination au cœur d'un épisode de soin. Elles peuvent être favorisées par la télé expertise entre tous les professionnels de santé, et apportent des réponses à l'accès aux soins en permettant d'éviter des passages inutiles aux urgences. La coordination, justifiée et déclenchée par les seuls besoins de prise en charge du patient, doit être valorisée financièrement pour reconnaître une équipe de soins de proximité pertinente et réactive.

→ PROPOSITION N°3

Pour une meilleure répartition des professionnels de santé, faciliter leur installation est fondamental. Dans ce sens, la création d'un guichet unique d'accompagnement qui centralise, à l'échelle de chaque département, les besoins territoriaux, les aides financières, l'accompagnement administratif et les informations relatives à la vie familiale du professionnel – est nécessaire.

→ PROPOSITION N°4

Développer de nouvelles manières de pratiquer susceptibles d'assurer à la population une prise en charge rapide et en proximité. Faciliter pour tous les professionnels de santé les exercices mixtes, ville hôpital, particulièrement en zone sous dotée. Développer le partage de compétences entre professionnels de santé.

EN SAVOIR PLUS SUR EMMANUEL VIGNERON



Emmanuel Vigneron est agrégé de géographie, docteur en histoire & docteur en géographie, est professeur émérite des universités après avoir enseigné à Lille puis à Montpellier.

Il a développé l'approche géographique des questions sanitaires et sociales à partir de l'identification des besoins pour travailler à l'analyse de la localisation et à l'organisation de l'offre de soins et de santé dans les Territoires.

Depuis le début des années 1990, il a écrit plus d'une trentaine d'ouvrages sur la santé et les Territoires. Son dernier ouvrage, la santé au XXI^e siècle, a été publié éditions Berger-Levrault récemment. Il est Chevalier de l'Ordre national du mérite et chevalier du mérite agricole.

- Il est membre du Haut Conseil de la Santé Publique en qualité de vice-président de la Commission sur les déterminants de la santé et les maladies non-transmissibles.

UN PARTENARIAT POUR PRODUIRE DES DONNÉES SUR L'ACCÈS AUX SOINS EN MILIEU RURAL

L'AMRF, Apivia et la MNFCT partagent de nombreux enjeux concernant l'accès aux soins et la prévention dans le monde rural.

La lutte en faveur du maintien ou du développement de l'accès aux soins en zone rurale, l'accompagnement des habitants et la création d'alliances territoriales sont des sujets essentiels pour les trois structures.

- C'est pourquoi l'AMRF, Apivia et la MNFCT ont signé un partenariat afin de favoriser la réalisation d'une étude scientifique et de vulgarisation sur les enjeux de l'accès aux soins en milieu rural.
- Un partenariat a également été noué avec Radio France pour nourrir le débat public sur l'avenir du service public de la santé dans les territoires

LES PARTENAIRES

→ En savoir plus sur l'Association des Maires ruraux de France



ASSOCIATION DES MAIRES
RURAUX DE FRANCE

AMRF L'AMRF fédère, informe et représente les maires des communes de moins de 3 500 habitants partout en France. L'association s'engage au quotidien au niveau local comme national pour défendre et promouvoir les enjeux spécifiques de la ruralité. Créée en 1971, l'AMRF rassemble près de 10 000 maires ruraux regroupés dans un réseau convivial et solidaire d'associations départementales, en toute indépendance des pouvoirs et partis politiques. En quelques années, l'AMRF s'est imposée comme le représentant spécifique et incontournable du monde rural auprès des pouvoirs publics comme des grands opérateurs nationaux.

Pour savoir plus : www.amrf.fr // @maires_ruraux // amrf@amrf.fr

→ En savoir plus sur Apivia



Apivia marque d'Apivia Macif Mutuelle, mutuelle Santé Prévoyance d'Aéma Groupe, propose à ses adhérents des contrats d'assurance santé et prévoyance pour les particuliers, professionnels et entreprises. La Mutuelle accompagne 1,5 million d'adhérents santé et prévoyance à chaque étape de leur vie en leur offrant des solutions globales d'assurance et de services innovants répondant au plus près de leurs besoins.

Pour en savoir plus : <https://www.apivia.fr/>

→ En savoir plus sur MNFCT



La MNFCT est une mutuelle professionnelle présente depuis 1933 aux côtés de ceux qui font vivre le service public local. La MNFCT est adhérente de la Mutualité Française (FNMF) et de la Mutualité Fonction Publique (MFP), elle fait partie intégrante de Macif depuis 2012. La MNFCT s'engage pour promouvoir une véritable culture de santé au travail dans la fonction Publique territoriale. Ses actions de terrain sont complémentaires de son positionnement : proposer une offre globale incluant services, accompagnement social, et initiatives de prévention pour ses adhérents et pour l'ensemble des territoriaux.

Pour en savoir plus : www.mnfct.fr // contact@mnfct.fr