

Septembre 2022

Études sur la santé en milieu rural

- Analyse de la répartition des médecins à l'échelle des bassins de vie -

Les chiffres exclusifs du manque de médecins

La réalité de la désertification médicale n'est plus à démontrer.

- **10 millions** de Français vivent dans un territoire où l'accès aux soins est de qualité inférieure à celle de la moyenne du pays
- **6 millions** d'entre eux résident à plus de 30 minutes d'un service d'urgence.

Une série d'études commanditées par l'AMRF en 2020 et 2021 a montré qu'entre l'aggravation des écarts d'espérance de vie, la moindre consommation de soins hospitaliers, le vieillissement des professionnels de santé ou encore la baisse de la densité médicale, les territoires ruraux apparaissent comme les plus touchés.

A partir de ce constat alarmant et de la nécessité de réorganiser le système de santé autour du renforcement des services publics et de la proximité médicale, l'AMRF continue de documenter la question des déserts médicaux afin de mieux porter des solutions pour l'établissement d'une égalité territoriale d'accès aux soins.

En partenariat avec



Les faits et chiffres à retenir

- **25 %.** À l'échelle des bassins de vie (BV), le rural c'est 30 % de la population mais seulement 25 % des médecins généralistes (MG).
- **6.** Dans les BV ruraux, 1 MG couvre en moyenne 30 km² (contre 5 km² dans les BV urbains). La réalité de l'accessibilité à la présence médicale est 6 fois plus faible en milieu rural qu'en ville.
- **63 %.** 2 BV ruraux sur 3 (63 %) manquent de MG (dans le sens où ils se situent en dessous de la moyenne).
- **3388.** Dans ces BV ruraux déficitaires, il manque 3388 MG pour égaliser à la moyenne. En miroir, il y a au total 2 266 MG excédentaires (par rapport à la moyenne) dans les BV urbains.
- **6000.** Au-delà de la moyenne, pour viser un objectif souhaitable de 1 MG pour 1000 habitants, il manque plus de 6000 MG dans les BV ruraux.
- **18%.** Si 31 % des BV urbains atteignent cet objectif de 1 p. 1000, seuls 18 % de BV ruraux sont suffisamment dotés

Données et méthode

Données du RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) au 8 août 2022 :

Nous traitons ici des Médecins exerçant à titre « libéral exclusif » ou exerçant aussi à titre partiel un emploi de médecins salarié et dont le mode d'exercice est alors dit « mixte ». Les tableaux de la page suivante donnent cette répartition dans l'ensemble des médecins Français.

Pour les besoins de notre étude nous n'avons pas pris en compte les étudiants, les remplaçants et les intérimaires dans la mesure où ils n'ont pas d'adresse précise puisque pas de cabinet de consultation et, outre qu'ils sont en nombre très insuffisant, sont par définition « nomades ». Ce choix a imposé une mise en forme, un tri et de nombreuses corrections dans la base RPPS du ministère de la santé et qui, dans les faits, n'est pas d'une présentation aisée pour un non spécialiste.

**Tableau 1 - Répartition des médecins en France
par catégorie et mode d'exercice**

Mode d'exercice	Med Spé*	Med G*	Ensemble
Libéral exclusif ou mixte	62 040	65 470	127 510
<i>dont libéral exclusif</i>	43 066	57 033	100 099
<i>dont mode d'exercice mixte</i>	18 974	8 437	27 411
Salarié	66 877	34 471	101 348
<i>dont hospitalier</i>	53 874	18 939	72 813
<i>dont autres</i>	13 003	15 532	28 535
Ensemble des médecins	128 917	99 941	228 858

source : RPPS, DREES, 2022

Nous avons travaillé sur les **12 spécialités les plus fréquentes**, celles dont on a le plus souvent besoin, celles qui, au minimum, devraient être présentes dans tous les départements.

Ensemble des données :

- [Tableau 1&2 - Répartition des médecins en France par catégorie et mode d'exercice](#)
- [Tableau 3 - Répartition des médecins par spécialité et par mode d'exercice](#)

Données Insee au 01 01 2021 (publiées en mars 2022)

La base géographique est constituée du bassin de vie (tel que défini par l'INSEE) pour les médecins généralistes. C'est une proximité déjà assez relative au sein de laquelle on devrait toujours trouver des médecins généralistes en nombre suffisant pour desservir la population et donner à chacun un médecin référent comme y oblige la loi.

En revanche, dans un souci de réalisme et de solidarité, on peut considérer qu'au XXI^e siècle, la présence des médecins spécialistes, peut s'apprécier à une échelle départementale.

Ensemble des données :

- [Définition des Bassins de vie](#)
- [Répartition des bassins de vie urbains/ruraux](#)

Résultats : Calcul du nombre de médecins généralistes « manquants » ou « excédentaires » pour chacun des 1600 bassins de vie

On obtient un tableau qui permet de décrire par Bassin de vie (il y a donc plus de 1600 lignes) un grand nombre de variables (en colonne).

The screenshot shows a detailed data table with columns such as 'Bassin de vie 2012 au 01/01/21', 'LIBBV2012', 'NB_jour', 'Pop 01/01/21', 'superficie arrondie (km2)', 'NB_MED G LIB & Mixte', 'Dens p.1000', 'Chen. Au km2', and several columns for 'nb de médecins' (manquants, pour égaliser, excédentaires) and their respective percentages.

Pour vous repérer : les deux premiers chiffres du Code INSEE du Bassin de vie correspondent au département dont il fait partie.

Cette partie de l'étude traite des **médecins généralistes** et nous faisons ici référence à la moyenne nationale (qui, pour les médecins

généralistes, est de 0,83 médecins pour 1000), puis, dans un second temps, à un objectif de desserte de 1 p.1000 partout.

Ces références aux moyennes nationales ou à un taux cible de 1p.1000 sont réalistes et constituent ce qu'on pourrait appeler un « minimum ». Elles sont en accord avec les idéaux républicains et le principe constitutionnel d'accès aux soins.

Ensemble des données :

- [Tableau 4 : Besoin de médecins généralistes par bassin de vie](#)

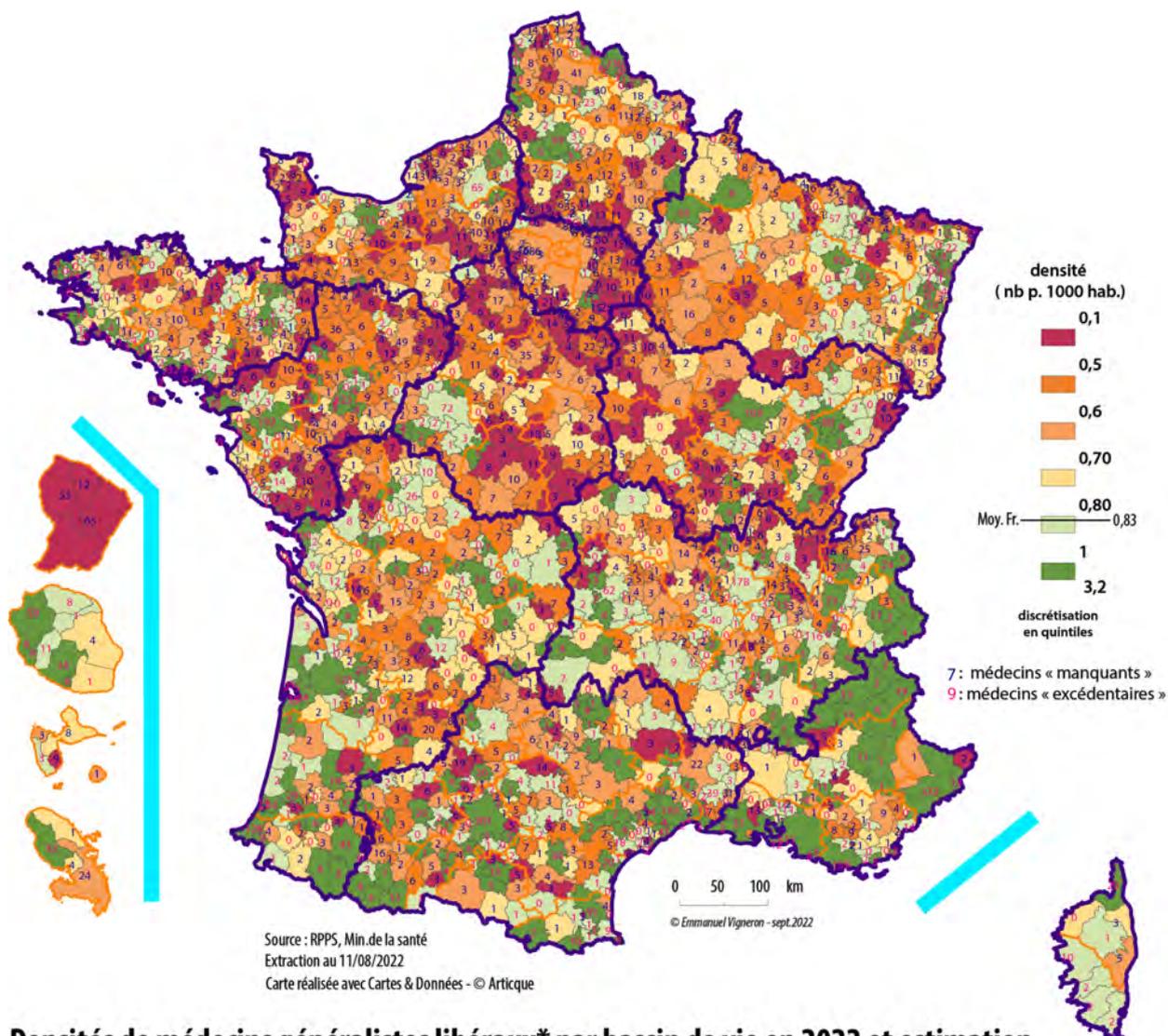
Exemple Dordogne :

Bassin de vie 2012 au 01/01/21	LIBBV2012	Zonage Rural	Pop 01/01/21	superficie arrondie (km2)	NB_MED G LIB & Mixte	nb de médecins manquants pour égaliser à la moyen	nb de médecins excédentaires pour égaliser à la moyen	nb de médecins manquants pour égaliser à 1 p.1000	nb de médecins excédentaires pour égaliser à 1 p.1000
24035	Belvès	RUR	6886	282	4	2		3	
24037	Bergerac	RUR	83143	915	57	12		26	
24064	Brantôme	RUR	10917	384	13		4		2
24067	Le Bugue	RUR	13303	475	11		0		2
24164	Excideuil	RUR	13085	460	11		0		2
24167	Eymet	RUR	9859	268	6	2			4
24223	Lalinde	RUR	15458	492	7	6			8
24291	Montignac-Las	RUR	9798	347	8		0		2
24294	Montpon-Méne	RUR	17066	368	11	3			6
24299	Mussidan	RUR	11043	303	6	3			5
24309	Neuvic	RUR	11288	219	3	6			8
24311	Nontron	RUR	16098	630	10	3			6
24322	Périgueux	URB	90542	619	87		12		4
24352	Ribérac	RUR	25649	873	13	8			13
24354	La Roche-Chala	RUR	9357	298	7	1			2
24372	Saint-Astier	RUR	14897	162	6	6			9
24396	Saint-Cyprien	RUR	3586	81	4		1		0
24520	Sarlat-la-Canéc	RUR	28076	540	23		0		5
24547	Terrasson-Lavil	RUR	17971	331	7	8			11
24551	Thiviers	RUR	11795	370	9	1			3
24571	Vergt	RUR	5250	186	2	2			3
Totaux			425067	8603	305	63	17	122	2

Résultats : Traitements cartographiques des données / France

Sur cette carte est représentée la densité actuelle de médecin généraliste libéral par bassin de vie. On y constate que dans de nombreux territoires le manque de médecins est criant. C'est le cas en Ile de France mais aussi dans de nombreux territoires ruraux où ces déserts médicaux s'étendent parfois sur de vastes surfaces. Les zones de haute densité sont bien plus concentrées que les autres.

En surcharge, est indiqué le nombre de médecins qu'il faudrait pour arriver à la moyenne actuelle de 0,83 pour 1000 habitants ; et dans une autre couleur, le nombre de médecins dépassant la moyenne dans les territoires excédentaires.



Densités de médecins généralistes libéraux* par bassin de vie en 2022 et estimation du nombre de médecins nécessaires pour parvenir à la moyenne actuelle de 0,83 p.1000 habitants

* «médecins généralistes « libéraux exclusifs» et «mixtes» (libéraux pour partie et salariés pour partie)

Accédez à la carte en haute définition :

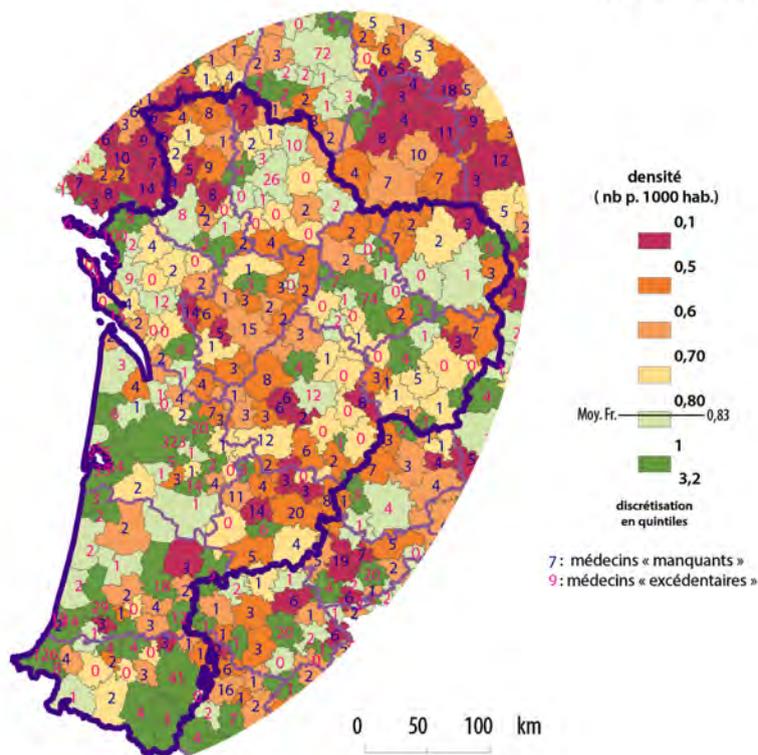
- [C1 France_nb de méd G nécessaires pour parvenir à la moyenne](#)

[Une autre carte](#) indique le nombre de médecin qu'il faudrait pour arriver au taux cible de 1 pour 1000.

Résultats : Traitements cartographiques des données / Région

Cette cartographie des bassins de vie avec le nombre de médecins « manquants » ou « excédentaires » se décline possiblement à l'échelle régionale.

Nouvelle Aquitaine



Source : RPPS, Min de la santé
Extraction au 11/08/2022
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

© Emmanuel Vigoron - sept.2022

**Densités de médecins généralistes libéraux* par bassin de vie en 2022 et estimation
du nombre de médecins nécessaires pour parvenir à la moyenne actuelle de 0,83 p.1000 habitants**

* «médecins généralistes « libéraux exclusifs » et «mixtes» (libéraux pour partie et salariés pour partie)

Accédez à la carte en haute définition :

- [C2 Nouvelle Aqu nb de méd G nécessaires pour parvenir à la moyenne](#)

[Une autre carte](#) indique le nombre de médecin qu'il faudrait pour arriver au taux cible de 1 pour 1000.

Résultats : Traitements cartographiques des données / Départements

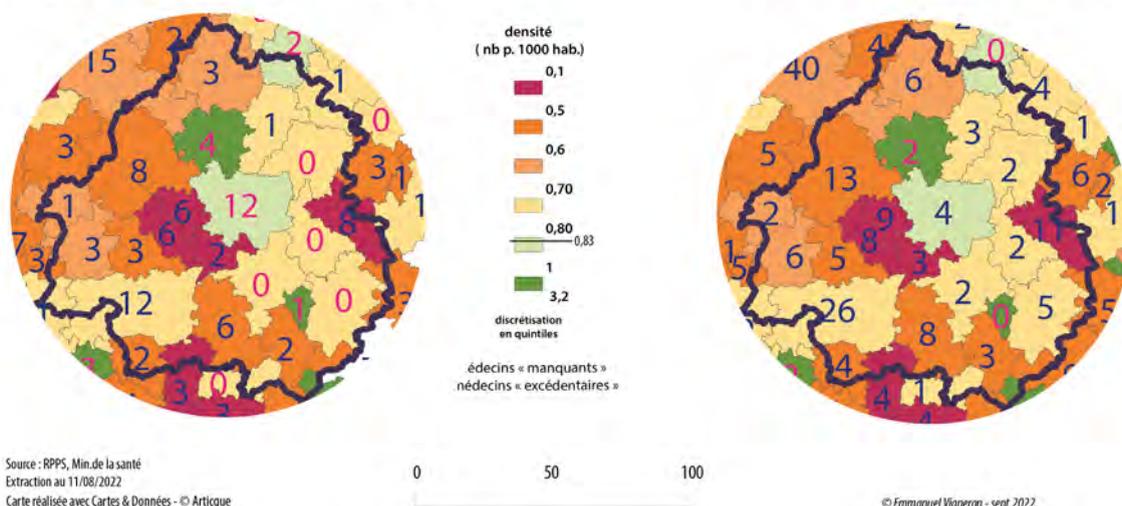
Ces cartographies des bassins de vie avec le nombre de médecins « manquants » ou « excédentaires » peuvent également se décliner à l'échelle départementale.

Densités de médecins généralistes libéraux* par bassin de vie en 2022 et estimation du nombre de médecins nécessaires pour parvenir à

Dordogne

la moyenne actuelle de 0,83 p.1000 habitants

une densité de 1 p.1000 habitants



* «médecins généralistes « libéraux exclusifs » et «mixtes» (libéraux pour partie et salariés pour partie)

Lecture : La répartition des médecins généralistes dans le département de la Dordogne marque une nette séparation entre la moitié Nord-Est, plutôt convenablement dotée (à l'exception du bassin de vie de Terrasson-Lavilledieu à l'extrême Est du département), et la partie Sud-Ouest du département, largement déficitaire.

Cette dichotomie se double d'un effet « concentration urbaine » avec une forte concentration dans le bassin de vie de la préfecture **Périgueux** qui compte **12** médecins généralistes de plus que ce qu'il lui est nécessaire par rapport à la moyenne nationale (carte de gauche) ; tandis qu'il faudrait au contraire **8** médecins de plus dans le bassin de vie de **Ribérac** pour atteindre cette moyenne.

Enfin, si l'on se projette sur un taux idéal de « un médecin généraliste pour 1000 habitants » (carte de droite), seul le bassin de vie de **Brantôme** (au nord de Périgueux) serait aujourd'hui suffisamment doté pour répondre à cet objectif.

Accédez à la carte en haute définition :
- [C3_C7_Dordogne_nb_med_nécessaires](#)

Résultats : La densité pour mesurer l'accessibilité aux médecins généralistes

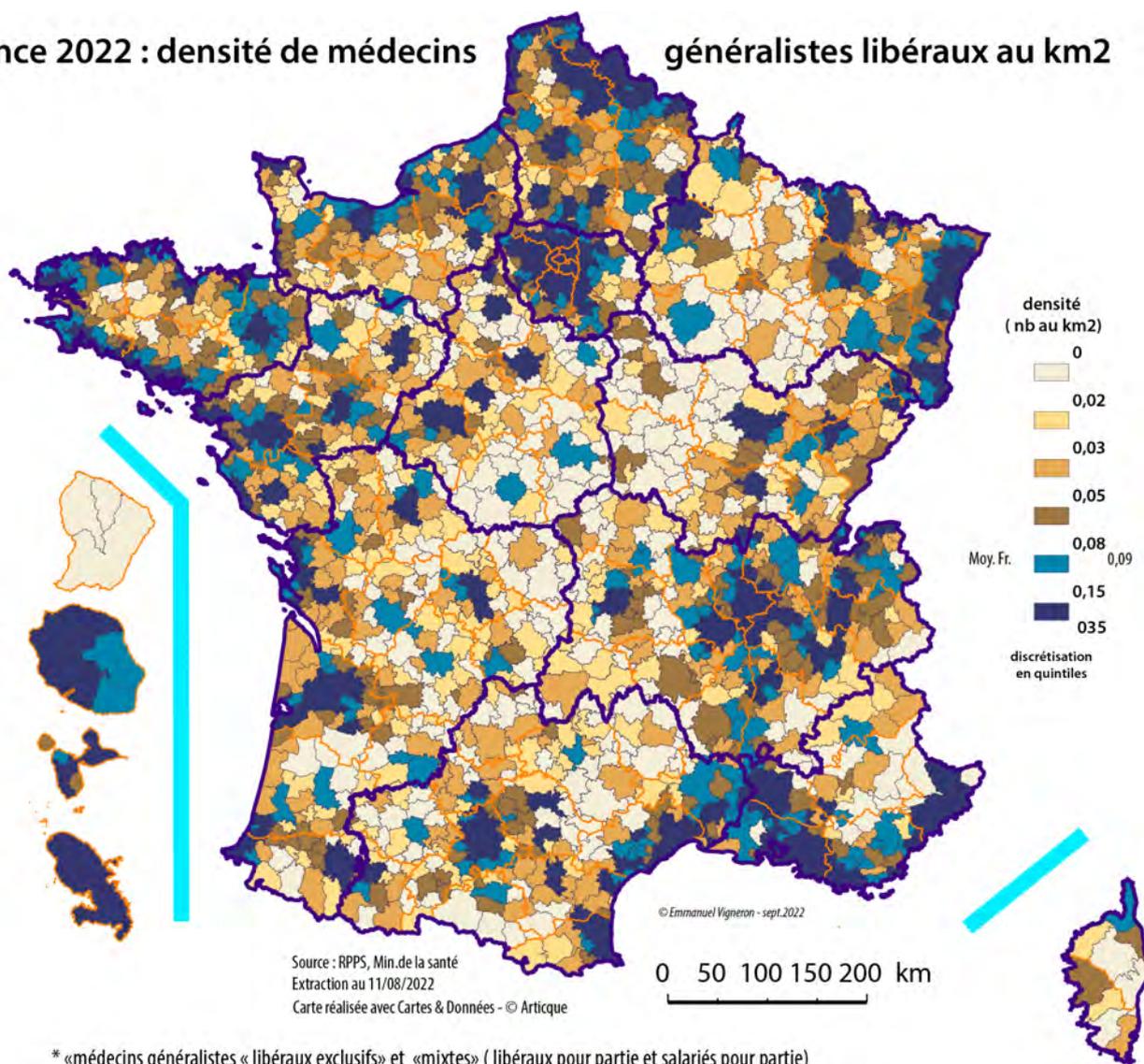
La densité de médecins est habituellement calculée par rapport aux habitants. Nous proposons ici de changer de regard, avec une façon nouvelle de la **représenter par hectare ou par km²**.

C'est une mesure à laquelle sont habitués les ruraux qui l'utilisent dans bien des domaines et qui correspond bien aux **réalités vécues** par les populations rurales.

Cette **densité de médecin au km²** permet de se représenter la distance à parcourir pour accéder à un médecin généraliste sans compter le délai de prise de rdv.

En moyenne, dans les bassins de vie ruraux, 1 médecin généraliste couvre en moyenne 30 km² (contre 5 km² dans les bassins de vie urbains). La réalité de l'accessibilité à la présence médicale est donc 6 fois plus faible en milieu rural qu'en ville.

France 2022 : densité de médecins généralistes libéraux au km²



Accédez à la carte en haute définition :

- [C9_densité Med G au km2](#)

Résultats : Analyse de la répartition des spécialistes

Nous avons travaillé sur les 12 spécialités les plus fréquentes, celles dont on a le plus souvent besoin, celles qui, au minimum, devraient être présentes dans tous les départements.

Cela nous a permis de construire un tableau des densités des principaux médecins spécialistes à l'échelle départementale. On peut s'y comparer à la moyenne nationale comme aux départements de sa région.... Et y constater de très nombreux écarts.

Un premier tableau en % permet de mesurer l'écart (en positif ou en négatif) par rapport à la moyenne (- = % de médecins manquants par rapport à l'effectif actuel) :

- [Tableau 6 % nécessaires spécialistes pr dep](#)

Un autre permet, comme pour les médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie, de mettre en évidence les effectifs de médecins spécialistes manquants ou excédentaires pour atteindre la moyenne. (- = nb de médecins à soustraire ou « en trop » par rapport à la moyenne)

- [Tableau 5 Eff nécessaires spécialistes pr dep](#)

Note de lecture : Attention, la clé de lecture logique +/- est inversée entre les deux tableaux.

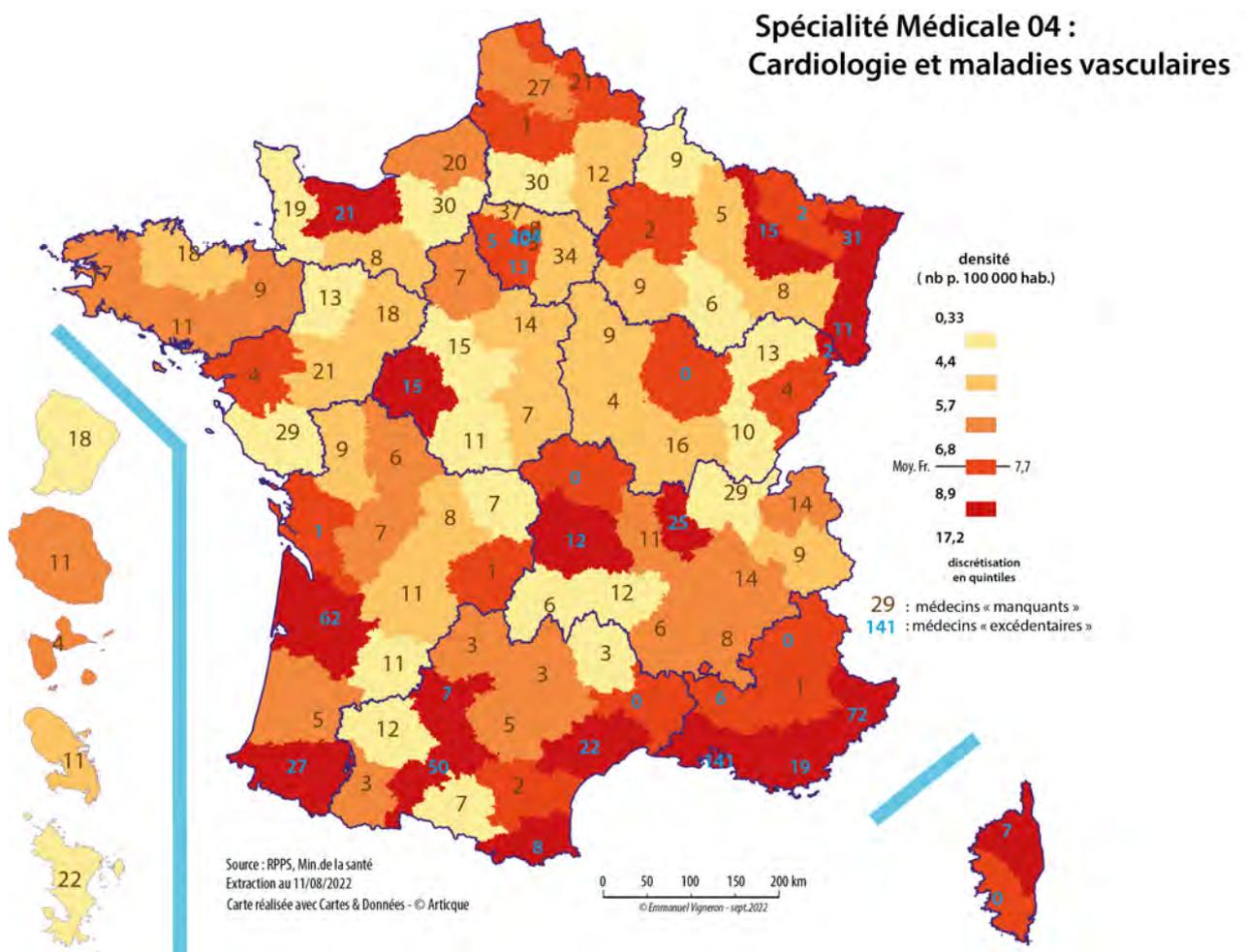
À titre d'exemple, voici en effectifs, la comparaison entre les Bouches-du-Rhône et la Dordogne :

Dep	Ensemble	11 Spé retenues sauf MG	Spé non retenues	SM02 - Anesthésie-Réanimation	SM04 - Cardiologie et maladies vasculaires	SM15 - Dermatologie et vénéréologie	SM19 gynéco	SM20 gynéco	SM24 - Gastro-entérologie et hépatologie	SM34 - O.R.L et chirurgie cervico faciale	SM38 - Ophtalmologie	SM40 - Pédiatrie	SM42 - Psychiatrie	SM44 - Radio-diagnostic et imagerie médicale	SM48 - Rhumatologie	SM54 - Médecine générale
013 - Bouches-du-Rhône	-1 862	-976	-320	-149	-141	-55	-89	-28	-48	-66	-85	-195	-91	-28		-566
024 - Dordogne	194	109	29	13	11	3	15	6	4	1	13	18	19	6		56

On y voit qu'il y a un « excédent » de 1862 médecins dans les Bouches-du-Rhône, dont 1296 spécialistes, alors qu'il en manque 194 en Dordogne, dont 138 spécialistes. Parmi les 11 spécialités analysées finement dans l'étude, on observe que l'écart est particulièrement marqué en Anesthésie, Gynécologie, Pédiatrie et Psychiatrie.

Résultats : Cartographies de la répartition des spécialistes

Grâce à ces cartes de densité de médecins spécialistes, chaque élu dans son département pourra se faire une idée de ce qu'il faudrait en matière de cardiologues, d'ophtalmologues, de psychiatres, de pédiatres et de gynécologues.

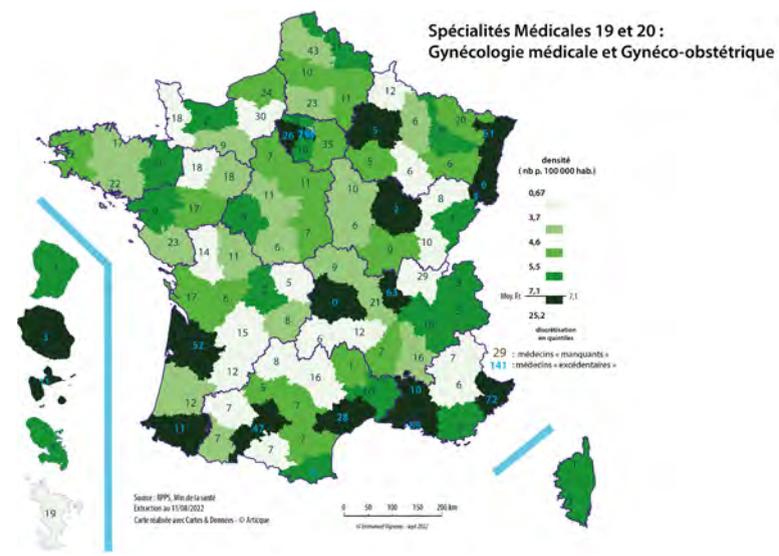
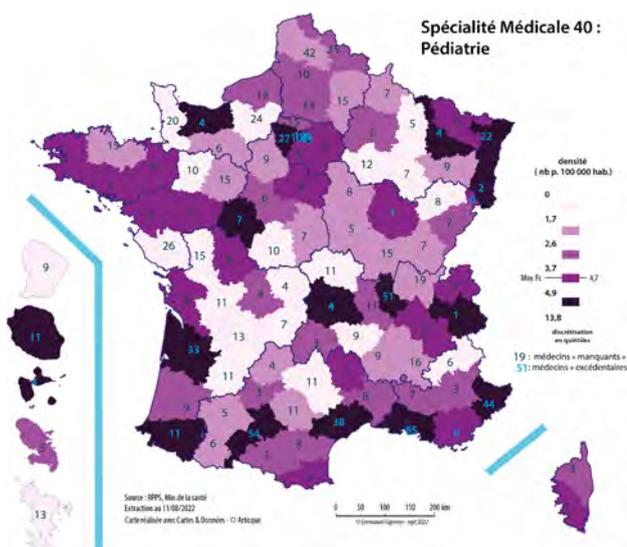
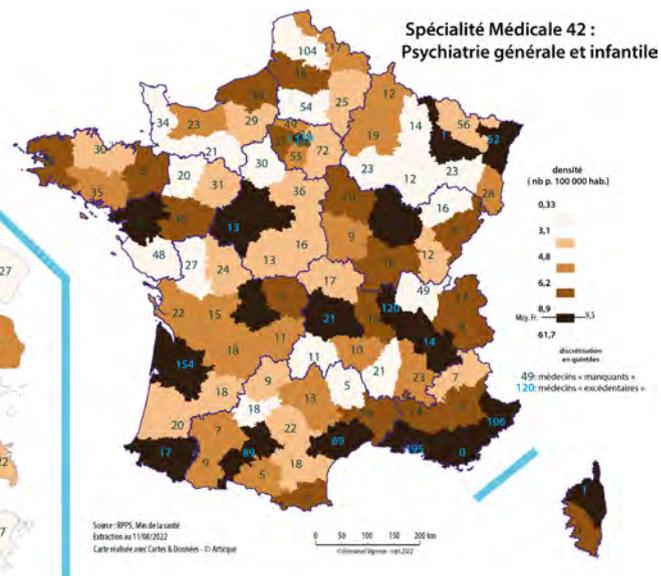
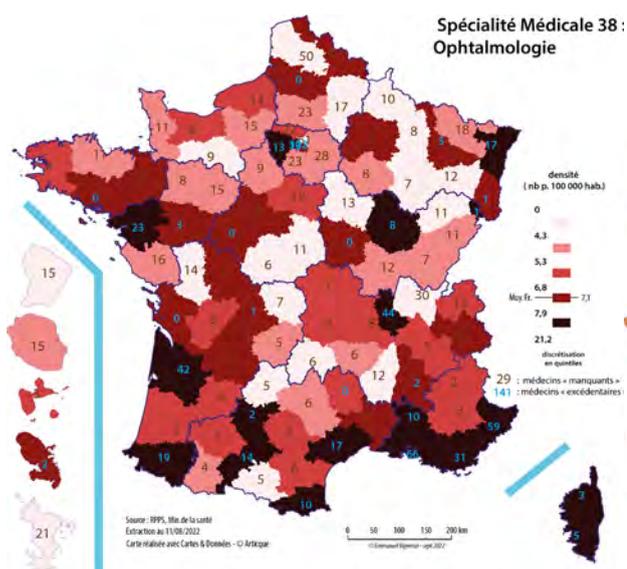


Sur cette carte comme sur les suivantes, on peut constater combien les grandes métropoles et la façade méditerranéenne sont des lieux de haute densité.

Chacun sait pourtant qu'il n'y est pas facile non plus d'y obtenir un rendez-vous dans des délais tolérables. Ceci signifie qu'un effort de convergence vers un niveau moyen constitue vraiment un minimum.

Accédez à la carte en haute définition :

- [C10_Besoins de cardiologues](#)



Accédez aux cartes en haute définition :

- [C11_besoins d'ophtalmologues](#)
- [C12_besoin de psychiatres](#)
- [C13_besoins de pédiatres](#)
- [C14_besoins de gynécologues](#)

Pourquoi ces études ?

➔ La crise récente a 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 qui, à l'image du rôle fédérateur du maire dans sa commune, a su fédérer des opérateurs aux positions parfois antagonistes, 35 organisations se sont réunies pour proposer des propositions, réalisables, concrètes et consensuelles pour améliorer l'accès aux soins.

Représentants des patients, citoyens sans médecins, infirmiers, urgentistes, hospitaliers, médecins, organisations interprofessionnelles, ambulanciers, pompiers, internes, médecins hospitaliers, kinésithérapeutes, étudiants en médecine, hôpitaux de proximité, centres de santé, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, biologistes, orthophonistes, mutuelles et élus, tous concentrés sur la défense de l'intérêt général, ont élaboré ensemble ces propositions, réalisables et consensuelles pour améliorer l'accès aux soins. Elles sont complémentaires des propositions de l'AMRF issue des travaux de la Commission Santé.

➔ 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 depuis peu 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

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 partispolitiques. 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 territoires.

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