



RENDU FINAL

PROMOUVOIR LA BONNE SANTÉ POUR TOUS

MARS 2025



**ÉTUDE SUR L'ALLERS-VERS
EN MILIEU RURAL SUR LE
TERRITOIRE DE LA HAUTE-
VALLÉE D'AZERGUES**

Master 2 GTDL DR

*Julie Allieux, Zoé Derrien Gouerec, Tugba Yildirim,
Julie Moulin, Lucie Mistre*

Remerciements

Nous souhaitons tout d'abord remercier chaleureusement l'ensemble des membres du comité de pilotage pour leur accueil chaleureux au sein du projet et lors de nos deux semaines passées dans la Haute vallée d'Azergues, ainsi que pour leur disponibilité tout au long de ces six mois.

Nous remercions l'association La Roche qui a permis l'animation du projet. Merci à Loriane Sabot pour son investissement auprès de nous pendant le projet, ainsi que pour son aide précieuse pour notre travail. Merci à Ludovic Serna pour son accompagnement, ainsi qu'à François Anizan.

Merci à Eric Delavelle et Patricia Hoffmann de l'ADHA, pour leur bonne humeur et leur investissement. Merci à Marie-Neige Granados, de l'association La Douceur de l'Hêtre pour son regard éclairant. Merci à Lisa Berling de l'hôpital de St-Cyr au Mont d'Or pour son suivi dans le projet. Merci à Eloïse Roustan de la Communauté de l'Ouest Rhodanien, pour son soutien, ses conseils et sa disponibilité. Nous adressons également de chaleureux remerciements à Gaëlle Noury et aux salariés du centre social Vivre en Haut-Beaujolais pour leurs conseils et leur expertise au sein de ce projet. Enfin, un grand merci à Wladek Potocki de l'association Solidarité Paysans et Tereska Rozwadowska de l'association Solidarité Femmes Beaujolais. Nous sommes reconnaissants de leur très chaleureuse hospitalité et de leur gentillesse. Nous pensons également à remercier Stéphanie Petit, représentante d'AG2R La Mondiale, qui a pris le temps de nous détailler l'implication de la structure dans le projet.

Un grand merci à l'ensemble des maires et conseillers municipaux rencontrés durant nos semaines de terrain. Leur parole et leur expérience du territoire ont été des éléments importants de notre travail. Merci tout particulièrement à Dominique Despras, maire de Claveisolles, pour son investissement et ses délicieux fromages.

Plus largement, merci à l'ensemble des personnes rencontrées lors de ce projet, qu'elles soient des habitants, commerçants, professionnels de santé, du social... Ces rencontres ont été pour nous enrichissantes professionnellement mais également humainement. Tout particulièrement, nous avons une pensée pour Eric et Annie-Jeanne Schwartz, et une deuxième pour Tereska et Wladek, qui nous ont logés au cours de ces deux semaines de terrain.

Enfin, nous tenions également à remercier Anne Micoud et Jean-Noël Consalès, nos professeurs à l'université Lyon 2 au sein du Master 2 Gestion des Territoires et Développement Local pour le suivi effectué au cours de ces mois de travail. Leurs conseils et encouragements ont été moteurs.

Sommaire

Liste des sigles.....	5
Introduction.....	6
Méthodologie.....	7
I. Définir la bonne santé : le point de départ de notre étude.....	10
I.1. La santé, un concept global difficile à appréhender par les habitants.....	10
I.2. Des déterminants sociaux de la santé et d'accès aux soins.....	12
I.3. Ce qui favorise le lien social sur le territoire.....	17
II. La Haute vallée d'Azergues, un territoire dynamique aux réalités sociales délicates à appréhender.....	20
II.1. Entre attractivité et vieillissement de la population : des évolutions à anticiper.....	20
II.2. L'isolement géographique de la vallée, vecteur de solidarités mais qui peut renforcer l'isolement social.....	25
II.3. Les aidants, un public invisible avec un besoin d'écoute particulier.....	30
II.4. Un fort besoin d'écoute exprimé par les habitants de la Haute vallée d'Azergues.....	34
III. Des ressources nombreuses et variées à inclure dans le projet d'aller-vers.....	39
III.1. Le COPIL : une diversité de structures aux compétences multiples.....	39
III.2. Un échelon communal à (faire) intégrer dans les problématiques sociales du territoire.....	44
III.3. Les dispositifs d'écoute et d'aller-vers déjà en place sur le territoire.....	46
III.4. Des ressources moins identifiées à mobiliser afin de déployer la posture d'aller-vers..	52
Analyse MOFF.....	59
OBJECTIF 1 : Favoriser l'orientation et la prise en charge médico-sociale de la population de la vallée via le développement de l'aller-vers.....	62
OBJECTIF 2 : Améliorer l'interconnaissance des professionnels et personnes ressources...	75
OBJECTIF 3 : Mettre l'accent sur la prévention en considérant les déterminants de santé...	78
OBJECTIF 4 : Encourager les sociabilités et solidarités.....	80
Bibliographie.....	85
Sitographie.....	86

Liste des sigles

ADHA : Association d'aide à Domicile de la Haute vallée d'Azergues

AJD : Fondation les Amis du Jeudi Dimanche

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

BUSS : Bureau d'utilité sanitaire et sociale

CAF : Caisses d'Allocations Familiales

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la SANTé au Travail

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CEREMA : Centre d'études et expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement

CH : Centre Hospitalier

CLS : Contrat Local de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

COR : Communauté d'agglomération de l'Ouest Rhodanien

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de santé

DATAR : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale

ESS : Economie Sociale et Solidaire

ETP : Equivalent Temps Plein

HVA : Haute Vallée d'Azergues

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDR : Maison départementale du Rhône

MFR : Maison Familiale Rurale

NOTRe (loi) : Nouvelle Organisation Territoriale de la République

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAEJ : Point Accueil Écoute Jeune

PIMMS : Points d'Information Médiation Multiservices

SISM : Semaine d'Information de la Santé Mentale

SNCF : Société Nationale des Chemins de Fer français

VHB : Centre social Vivre en Haut Beaujolais

UDCCAS : Union Départementale de Centres Communaux d'Action Sociale

Introduction

L'étude a été commanditée par l'association La Roche et est aujourd'hui encadrée par un comité de pilotage (COFIL) qui inclut de nombreux partenaires locaux du monde médico-social au sein de la Haute vallée d'Azergues (HVA). Ils sont donc l'association La Roche, l'Aide à Domicile de Haute Azergues (ADHA), le Centre Hospitalier de Saint-Cyr au Mont d'Or, la Communauté d'agglomération de l'Ouest Rhodanien (COR), le Centre social Vivre en Haut Beaujolais (VHB), et les associations La Douceur de l'Hêtre, Solidarité Femmes Beaujolais et Solidarité Paysans.

Le périmètre de l'étude comprend les dix communes de la HVA, toutes situées dans la COR : Chénelette, Claveisolles, Grandris, Lamure-sur-Azergues, Chambost-Allières, Poule-les-Écharmeaux, Saint-Bonnet-le-Troncy, Saint-Nizier-d'Azergues, Ranchal et Cours-la-Ville.

Le point de départ du projet d'étude est un constat commun mis en lumière par les membres du comité de pilotage, qui est celui du faible accès des habitants de la vallée aux droits et soins de santé. Ce constat repose sur un diagnostic réalisé par la COR, qui révèle une faible participation aux dépistages, une surmortalité et une méconnaissance de certains dispositifs locaux en matière de santé. En ce sens, l'étude s'inscrit dans un des objectifs (« Lutter contre le non recours aux droits et aux soins de santé. ») du Contrat Local de Santé (CLS) de la COR, qui souhaite conforter les dynamiques d'aller-vers sur le territoire. L'objectif premier de cette étude a été d'identifier des modalités d'intervention efficaces pour atteindre les publics représentatifs de ce constat, de comprendre leurs freins et de proposer des solutions adaptées aux spécificités rurales pour favoriser l'accès aux soins et aux droits de santé.

La réalisation d'un premier diagnostic, ainsi que l'analyse des données récoltées pendant les deux semaines de terrain de novembre 2024 et janvier 2025 nous ont apporté de nombreux éléments de compréhension des problématiques de santé sur le territoire. Ces derniers nous ont permis de comprendre la commande sous un nouvel angle et de faire ressortir des enjeux liés à l'accès aux soins mais également à d'autres déterminants de la santé – ce que nous avons pu développer dans notre rapport intermédiaire. Il est apparu très tôt pendant notre enquête que le manque de professionnels de santé sur le territoire (généralistes et spécialistes) est un sujet qui préoccupe fortement la population. En effet, il est déjà admis pour tous que le territoire doit attirer de nouveaux médecins afin de répondre aux besoins de sa population actuelle mais aussi future. Certains élus le comprennent et ont tenté d'y remédier (ouverture d'une maison de santé à Lamure-sur-Azergues il y a quelques années et à Chambost-Allières en 2024). Cependant, la santé étant multifactorielle, elle dépasse les seules notions de maladies et de soins. Elle fait « appel à la perception que l'individu a de sa santé, qui varie selon les personnes, les époques, les civilisations, les environnements »¹. C'est pourquoi nous avons voulu faire ressortir les composantes essentielles de la bonne santé pour les habitants de la Haute vallée d'Azergues, en tentant de cerner leurs représentations.

¹ Géoconfluences. Santé et santé publique.

L'approche qualitative adoptée pendant les deux semaines de terrain a permis de recueillir de nombreux témoignages afin d'élargir la santé au-delà du seul fonctionnement curatif. Ainsi, si nous n'excluons pas la problématique de l'accès aux soins de notre sujet, nous y intégrons également les questions sociales, notamment les problématiques de prévention et de sensibilisation aux déterminants de santé.

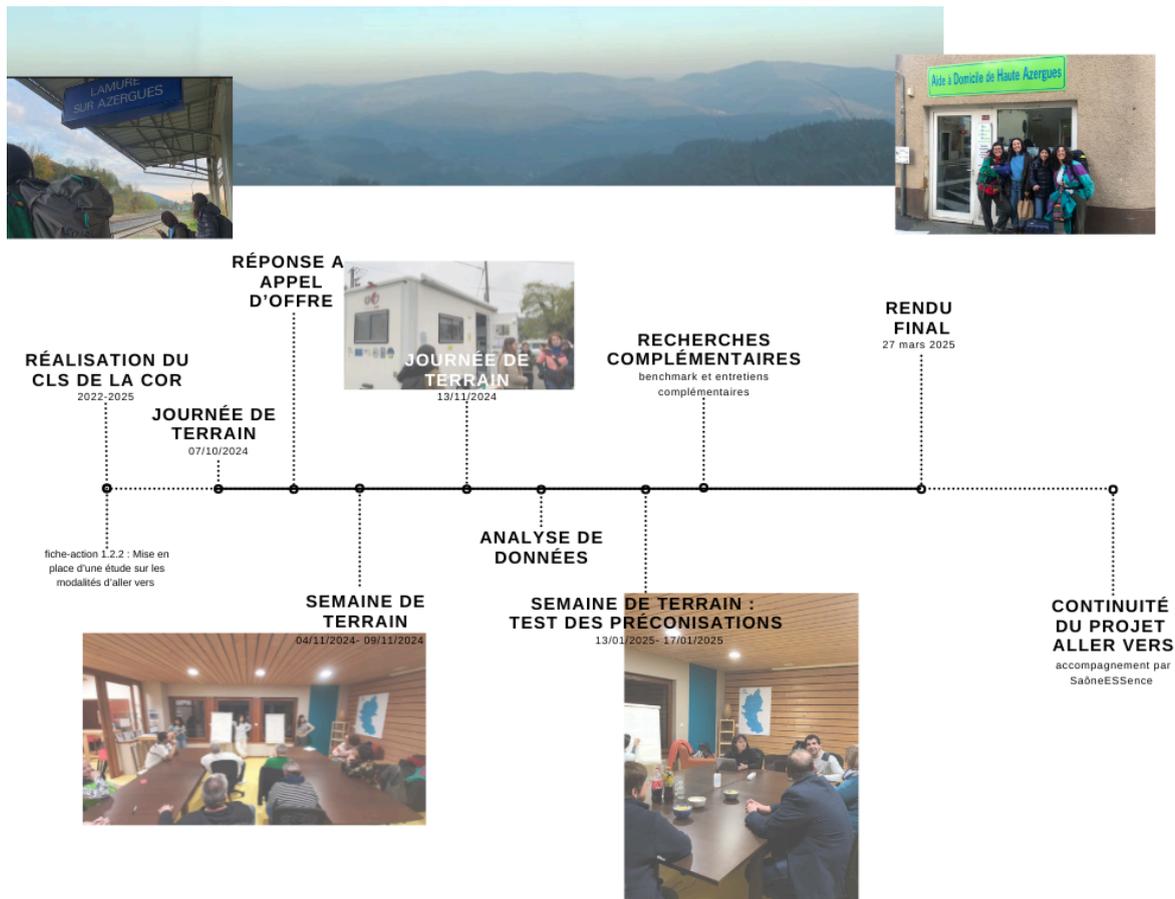
En outre, s'il nous semble important de mettre en exergue le constat du manque de médecins généralistes sur le territoire (et plus globalement celui de la dégradation de l'offre de santé), il n'est pas relatif à la seule vallée d'Azergues et met en évidence une réelle crise du monde médico-social, qui n'est pas isolée et se retrouve à tous les niveaux du système de santé français. Cependant, elle relève de choix politiques et financiers de l'Etat, lesquels sont en dehors de notre portée, et de celle des acteurs locaux. Aussi, le choix de travailler sur d'autres aspects de la santé est motivé d'une part par la volonté de penser des projets à petite échelle, à coût réduit, et qui reposent sur des actions de réseaux à taille humaine. D'autre part, il est d'une certaine manière nécessaire de changer la focale parce qu'il est extrêmement difficile, à notre niveau, d'agir sur des leviers économiques qui permettraient d'aborder en profondeur les problématiques du manque d'installation de médecins et des fermetures d'établissements médicaux et sociaux sur le territoire.

Méthodologie

Nous avons découvert le territoire pour la première fois le 7 octobre, puis sommes venues une semaine du 4 au 9 novembre 2024 (cf. annexe 1), qui a été l'occasion de rencontrer de nombreux habitants de la vallée et de discuter des enjeux de la santé en HVA. Nous sommes revenues le 13 novembre pour suivre l'action d'aller-vers du Bureau d'Utilité Sociale et Solidaire (BUSS) des Amis du Jeudi et du Dimanche (AJD), en partenariat avec la Mission Locale, le centre social VHB ainsi que France Alzheimer, devant la pharmacie de Lamure-sur-Azergues. La dernière semaine de terrain s'est déroulée du 13 au 17 janvier 2025 (cf. annexe 1). L'objectif de ce terrain était de « tester » trois préconisations, c'est-à-dire définir en quoi les mettre en place serait pertinent, et qui pourrait les porter (coordination, financement, accompagnement...). Nous avons également réalisé des entretiens complémentaires après le terrain, centrés sur nos pistes d'action, afin d'étoffer le travail de terrain et de contacter des acteurs que nous n'avions pas pu voir sur place.

La démarche de la méthodologie de terrain était celle d'aller à la rencontre des acteurs locaux et de les écouter. Nous l'avons mise en place de plusieurs manières : les micros-trottoirs, soit des entretiens courts, informels et spontanés avec des individus rencontrés dans la rue, à la sortie de la pharmacie, du supermarché... Nous avons aussi mené des entretiens semi-directifs, plus longs et formels, où les sujets peuvent être abordés plus en profondeur. Lors des deux semaines de terrain, nous avons également organisé des ateliers participatifs le vendredi 8 novembre 2024 (cf. annexes 2, 3 et 4) ainsi que les mardi 14 et jeudi 16 janvier 2025 (cf. annexes 5 et 6) avec des habitants et élus du territoire pour créer un dialogue autour des questions de santé et de solidarité.

Figure 1: Organisation du projet.



Réalisation : M2 GTDL DR

Au total, nous avons rencontré près de 285 personnes sur et en dehors du territoire, dont 18 élus du territoire, plus d'une dizaine d'associations et une centaine de leurs bénéficiaires (en majorité de de l'ADHA), 38 professionnels de la santé et du social pour une quinzaine de structures, et près de 200 habitants (cf. annexe 13).

La liste ci-dessous détaille les types d'acteurs avec qui nous avons fait connaissance.

Les collectivités territoriales :

- Des élus des dix communes (maires, adjoints, élus aux centres communaux d'action sociale) ;
- Les secrétaires des dix mairies ;
- La Maison départementale du Rhône (MDR) : trois assistantes sociales, la responsable d'équipe de Lamure-sur-Azergues, la responsable Proximité (secteur Villefranche) ;
- Les pompiers de Lamure-sur-Azergues.

Commerces et acteurs de proximité :

- Les cafés/bars/boulangeries de la HVA : 10 en novembre et 7 en janvier ;

- Des commerçants du marché de Grandris et de Poule-les-Echarmeaux.

Professionnels socio-éducatifs et associations sportives :

- Le directeur du collège de Claveisolles ;
- La Mission Locale de Lamure-sur-Azergues ;
- Toutes les salariées du centre social VHB ;
- L'association de football FC Lamure ;
- L'association de danse à Grandris.

Professionnels de santé et paramédicaux :

- Le BUSS des AJD ;
- Les deux pharmacies de la Haute Vallée d'Azergues ;
- Le médecin généraliste de Poule-les-Echarmeaux ;
- Des salariées de la MAS (La Roche) ;
- Des salariés de l'ADHA.

Société civile :

- Des bénéficiaires et bénévoles des Restos du Coeur ;
- Des bénéficiaires et bénévoles de l'association Un peu de liens ;
- Des bénéficiaires et bénévoles de l'ADHA ;
- Des bénéficiaires et bénévoles du club de tarot de Poule-les-Echarmeaux ;
- Des bénéficiaires de l'association la Douceur de l'Hêtre ;
- L'association le Lieu-Dit (théâtre) ;
- Et, plus globalement, de nombreux habitants du territoire.

Entretiens complémentaires pour les pistes d'actions :

- L'accueil de jour de La Roche (Tarare) ;
- La psychologue du point écoute de la COR ;
- La CPST de Soins Pluriprofessionnels à Vaulx-en-Velin ;
- Une cadre du site de Grandris (Hôpitaux Nord Ouest) ;
- L'équipe de l'EMPP (CH Saint Cyr au Mont d'Or) ;
- L'accueil de jour Hippocampe (Gleizé) ;
- L'UDCCAS du Rhône.

Cette méthodologie a mené à la production de divers livrables : une réponse à appel d'offre, qui offrait un premier retour pré-terrain, un rapport intermédiaire, produit début janvier, qui reprend les premiers éléments du terrain de novembre, deux posters thématiques (cf. annexes 7 et 8) et le rapport que vous lisez actuellement. Vous pourrez retrouver le rétroplanning du cahier des charges produit par le comité de pilotage en annexe 9.

Tout au long du projet, nous avons travaillé à partir d'une problématique, qui est la suivante : sur le territoire rural et esseulé de la Haute vallée d'Azergues, comment promouvoir l'accès à une bonne santé pour tous via le développement des démarches d'aller-vers ? Cette

dernière a cadré les grandes orientations de notre rapport, qui sera divisé en deux. La première section s'attardera sur des éléments de diagnostic, issus de nos rencontres de terrain et organisés en trois parties. Dans un premier temps, il s'agira de définir la bonne santé, qui est le point de départ de notre étude (I), puis nous mettrons la focale sur la Haute vallée d'Azergues, qui est un territoire dynamique aux réalités sociales délicates à appréhender (II) avant de se concentrer sur les ressources, nombreuses et variées, à inclure dans le projet d'aller-vers (III).

La seconde section de ce rapport sera centrée sur les pistes d'actions, pensées en accord avec les données du diagnostic, qui seront déclinées selon quatre objectifs : favoriser l'orientation et la prise en charge médico-sociale de la population de la vallée via le développement de l'aller-vers (1), améliorer l'interconnaissance des professionnels et personnes ressources (2), mettre l'accent sur la prévention en considérant les déterminants de santé (3) et encourager les sociabilités et solidarités (4).

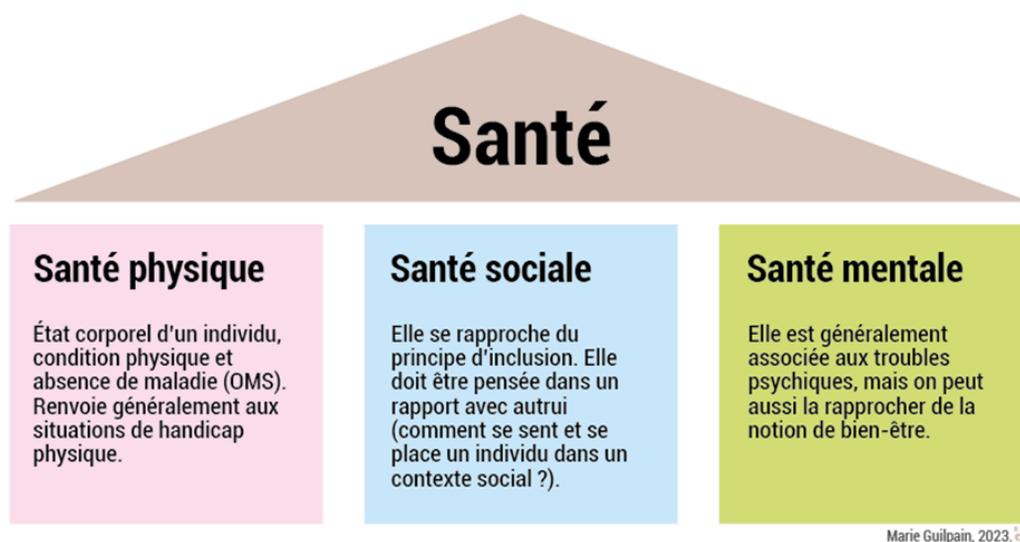
I. Définir la bonne santé : le point de départ de notre étude

Afin de cadrer notre travail, nous nous sommes interrogées sur ce qui fait la bonne santé. Pour ce faire, nous avons mobilisé des définitions officielles, reconnues internationalement par le monde médical, ainsi que les perceptions des habitants.

I.1. La santé, un concept global difficile à appréhender par les habitants

La constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) considère la santé comme une « état complet de bien-être physique, mental et social ». Ces trois piliers sont définis par Marie Guilpain dans le schéma suivant (cf. figure 2).

Figure 2 : Les trois piliers de la santé.



Source : Marie Guilpain, 2023.

« Cette définition donnée par l'OMS, utilisée notamment en géographie de la santé, fait alors appel à la perception que l'individu a de sa santé, qui varie selon les personnes, les époques, les civilisations, les environnements »². Lors de la première semaine de terrain, nous avons ainsi voulu faire participer les habitants de la Haute vallée d'Azergues pour définir la santé. L'objectif était d'avoir une vision des plus représentatives et complètes, en associant les témoignages recueillis lors de la semaine de terrain de novembre à des définitions reconnues. Cela permet de mettre en lumière les composantes essentielles d'une bonne santé au-delà de l'accès aux soins, en y intégrant les représentations de la population.

Si les participants avaient souvent un avis affirmé sur l'offre de soins, ils exprimaient plus de difficultés à définir la santé. Nous avons formulé une question simple : « Pour vous, la

² Géoconfluences. Santé et santé publique.

bonne santé c'est quoi ? », posée lors de la plupart de nos échanges. Nous avons ainsi pu capter la diversité des perceptions, qui ont ensuite été synthétisées et enrichies lors d'un atelier participatif le 8 novembre (contribution de dix habitants). Il en ressort de nombreuses choses.

La santé : un sujet central mais confus

Il est arrivé régulièrement, au cours de nos échanges, que la première réponse à nos questions sur la bonne santé soit une exclamation reprenant un proverbe ou une formule de bon sens qui place la santé comme un élément central de l'existence et des préoccupations. Il semble que cela soit particulièrement le cas chez les personnes âgées interrogées, mais cette rhétorique est présente dans toutes les générations confondues. Les phrases « *la bonne santé c'est tout* », ou « *la santé c'est la vie* », lorsqu'elles ont été prononcées par les personnes interrogées, l'étaient de manière presque instinctive (réponse rapide qui vient avant la réflexion). Dans ces cas-là, lorsque nous essayions d'obtenir plus d'éléments, certaines personnes parvenaient à répondre (leurs témoignages seront détaillés par la suite), mais d'autres restaient bloquées. Ces difficultés témoignent de l'abstraction du concept de santé, malgré sa place prépondérante dans la vie et les préoccupations. En effet, la bonne santé est difficilement mesurable car elle peut se définir comme « l'état physiologique normal de l'organisme d'un être vivant, en particulier d'un être humain qui fonctionne harmonieusement, régulièrement, dont aucune fonction vitale n'est atteinte, indépendamment d'anomalies ou d'infirmités dont le sujet peut être affecté » (définition issue du Centre national de ressources textuelles et lexicales). Ainsi, la santé serait l'état « normal », soit le fonctionnement par défaut de « l'organisme » qui est dit harmonieux et régulier. La définition reprend donc des termes flous avec une notion de norme difficile à appréhender.

La définition de la bonne santé basée sur l'absence de maladie et autonomie

Face à cette difficulté d'envisager ce qui est perçu comme un fonctionnement normal de l'organisme, le premier élément de définition avancé par de nombreuses personnes rencontrées est l'absence de maladies ou de problèmes. C'est le cas des deux exemples suivants :

- « *Être en bonne santé, c'est ne pas avoir de maladies trop graves* » (habitante de Claveisolles, 35 ans) ;
- « *Être en bonne santé, c'est ne pas être malade, ne pas avoir de handicap* » (habitante de Cours, 52 ans).

Ces paroles d'habitantes traduisent une vision centrée sur le fonctionnement physique de l'organisme et sur la préservation de l'intégrité corporelle. Cependant, cette perception contraste avec la définition de l'OMS (cf. page 10). Il y est d'ailleurs précisé que la santé « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »³. Les témoignages recueillis sont variés et permettent ainsi de compléter ces représentations et de se rapprocher

³ Géoconfluences. Santé et santé publique.

de l'approche de l'OMS où « la santé est prise en compte dans sa globalité. » En effet, « elle est associée à la notion de bien-être. Tournée vers la qualité de la vie, la santé devient la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part s'adapter à celui-ci »⁴. L'autonomie constitue en effet une dimension essentielle de la bonne santé, mise en avant par plusieurs habitants comme dans les exemples suivants :

- « *La bonne santé c'est n'avoir mal nulle part, pouvoir se déplacer, être autonome et avoir le moral* » (agriculteur, 50 ans, habitant de Saint-Bonnet-le-Troncy) ;
- « *Être en bonne santé c'est avoir du possible, ce qui commence par pouvoir se déplacer soi-même* » (habitant de Claveisolles, 50 ans) ;
- « *Être en bonne santé c'est pouvoir respirer, marcher, manger sans souci. Être autonome* » (habitante de Lamure-sur-Azergues, 25 ans) ».

Ces témoignages soulignent que la santé est perçue comme un état permettant de vivre pleinement et de manière indépendante. L'autonomie physique peut être associée à une autonomie mentale et une capacité de mener des projets, comme mentionnée pendant les ateliers participatifs.

I.2. Des déterminants sociaux de la santé et d'accès aux soins

Les habitants ont également souligné que la santé dépend de multiples facteurs liés aux modes de vie. Une habitante de Cours explique par exemple : « *je ne pense pas spécialement à la santé au quotidien, mais j'essaie d'avoir une vie saine : pas d'addictions, je mange de tout, je fais du sport* » (habitante de Cours, 42 ans). Cette approche préventive n'a pas été évoquée lors de beaucoup de rencontres. Elle traduit une prise de conscience de l'impact des habitudes de vie sur la santé. Cependant celles-ci sont conditionnées par certains facteurs, notamment financiers. En effet, les revenus des personnes ont forcément un impact sur leurs conditions de vie et jouent un rôle majeur dans l'accès aux soins, comme le montrent les témoignages suivants :

- « *Parfois, je ne prends pas mes médicaments, surtout quand ils ne sont pas remboursés et que je ne peux pas les payer* » (habitante de Cours, 72 ans, bénéficiaire des Restos du Cœur).
- « *Il faut être prêt à mettre de l'argent pour bien se soigner. Les ostéos et tout, c'est très cher ça* » (Femme, 42 ans, bénéficiaire des restos du cœur).

Au-delà de l'accès aux soins de santé, cette réalité économique conditionne également les conditions de vie qui constituent des facteurs participant à la santé. Le témoignage suivant mentionne d'ailleurs implicitement les possibilités liées à un confort financier : « *la bonne santé, c'est pouvoir faire ce qu'on a envie de faire, vivre sa vie tranquille, ne pas se priver sur l'alimentation* » (commerçant au marché de Grandris, 39 ans). Ainsi, avoir un emploi assurant

⁴ Haute Autorité de Santé.

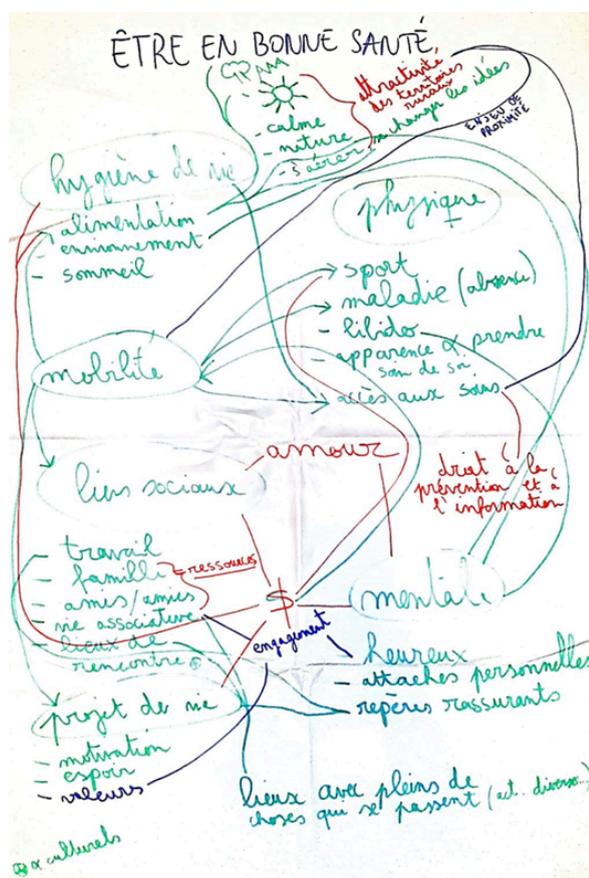
des revenus qui permettent aux personnes de répondre à leurs besoins sans se priver apparaît comme fondamental pour leur assurer une bonne santé. Au-delà des besoins physiques tels que l'alimentation, la sécurité financière est également un facteur déterminant de bonne santé mentale, comme mentionné lors de l'atelier participatif. L'alimentation est particulièrement ressortie dans les témoignages d'agriculteurs. En effet, les trois agriculteurs avec lesquels nous avons eu l'occasion d'échanger ont insisté sur ce point alors qu'il a très rarement été mentionné par les autres habitants :

- « *La santé c'est aussi ce qu'on consomme* » (agriculteur de Saint-Bonnet-le-Troncy, 50 ans) ;
- « *C'est bien se nourrir* » (agricultrice de Grandris, 80 ans) ;
- « *Ça passe aussi par l'alimentation, le fait de limiter les produits transformés* » (agricultrice de Lamure-sur-Azergues, 35 ans).

Les facteurs participant à la bonne santé qui ont été évoqués par les habitants ne se limitent pas à des éléments matériels comme l'alimentation, mais englobent aussi des dimensions immatérielles comme l'équilibre entre famille, travail et loisirs. La santé peut également être liée à l'estime de soi et au bien-être mental. Une bénévole du centre social de Cours témoigne : « *il y a eu une coiffeuse bénévole qui est venue au centre social : les gens sont repartis rayonnants* ». Cette anecdote illustre que prendre soin de soi, même par de petits gestes, contribue à une meilleure perception de soi-même et ainsi à une bonne santé mentale. Ainsi, les conditions économiques et sociales et les modes de vie et habitudes des habitants participent à la santé. Cela rejoint la vision promue par l'OMS, selon qui « les déterminants sociaux de la santé sont « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie »⁵. Une définition complète qui implique une approche systémique L'atelier que nous avons réalisé avec les habitants présents lors de la réunion permet de synthétiser tout ce qui fait la bonne santé, en prenant justement en compte ces déterminants sociaux. Le schéma ci-dessous (cf. figure 3) a été réalisé pendant l'atelier et co-construit avec les participants.

⁵ Haute Autorité de Santé.

Figure 3 : Résultat de l'atelier participatif du 8 novembre sur la bonne santé. Réalisation : Dix habitants de la vallée.



Plusieurs grandes catégories ressortent :

- L'hygiène de vie,
- Le physique,
- Le mental,
- Les liens sociaux,
- Les projets de vie.

Certains éléments apparaissent centraux puisqu'ils conditionnent l'accès à de nombreux éléments. Il s'agit de :

- L'argent,
- La mobilité.

Deux éléments participent aux liens sociaux ainsi qu'à la santé mentale et semblent donc également importants :

- L'amour,
- L'engagement.

De nombreux liens existent entre les catégories, comme en témoigne la multitude de traits sur le schéma : les différentes composantes de la santé sont largement interdépendantes. Aussi les volontés d'améliorer la santé des habitants du territoire doivent se traduire par une approche globale, prenant en compte à la fois les différents éléments de la bonne santé, les déterminants de santé et leurs interrelations. Notons que l'accès au soin, bien que mentionné comme composante du bien-être physique, n'apparaît pas du tout comme un élément central de définition. D'ailleurs, « les études épidémiologiques ont montré que l'état de santé d'une population n'est pas seulement lié à l'offre de soins et de services mais à bien d'autres facteurs qui comprennent couramment : la prédisposition aux maladies selon les groupes et les individus ; les modes de vie ; l'environnement en tant qu'écosystème anthropique et naturel, comprenant les pollutions ; la qualité du système de santé ; les facteurs socio-économiques et socio-culturels tels que l'habitat, les conditions de travail, les niveaux éducatifs, les coutumes et croyances »⁶. Une définition enrichie de la santé, qui prend en compte les perceptions des habitants ainsi que la notion de déterminant de santé communément acceptée par la sphère scientifique et politique, appelle donc une approche systémique. C'est dans cette optique que la partie suivante aborde les composantes environnementales de la santé.

⁶ Géoconfluences. Déterminants de santé.

La santé mentale : un tabou ou une priorité ?

La santé mentale a été citée par de nombreux habitants comme un élément central pour atteindre un état de bonne santé, comme dans les deux témoignages suivants :

- « *La bonne santé c'est être en forme, de bonne humeur et avoir envie d'attaquer sa journée* » (agricultrice de Lamure-sur-Azergues, 35 ans) ;
- « *C'est être bien dans ses baskets* » (habitante de Claveisolles, 35 ans).

Certaines personnes placent même le bien-être psychologique comme facteur essentiel de la santé globale, comme le formulent des habitants rencontrés :

- « *Si on a le moral, c'est sûr que la santé suit* » (agriculteur, 50 ans, Saint-Bonnet-le-Troncy),
- « *Une fois que le mental est bien, le reste en découle. La santé mentale, c'est peut-être le plus important. Quand on est bien, ce n'est pas qu'on n'a pas de douleurs, mais on les vit autrement.* » (bénévole des restos du cœur).

Ce dernier partage d'expérience est particulièrement intéressant puisqu'il introduit la question de la perception de sa propre santé et pointe du doigt l'importance de l'état d'esprit dans la manière de vivre et de traverser des problèmes physiques. Cependant, si les habitants semblent être unanimes sur l'importance de la santé mentale, elle n'en reste pas moins compliquée à définir pour eux. En effet, elle est souvent perçue comme abstraite et difficile à appréhender – même pour les personnes qui lui accordent de l'importance. C'est par exemple le cas d'une habitante rencontrée qui perçoit la bonne santé comme « *ne pas avoir de problèmes de santé concrets et être en bonne santé mentale.* » Pourtant, lorsque nous cherchons à en savoir plus afin de comprendre ce qu'est la santé mentale, elle admet : « *[qu'elle a] du mal avec la santé mentale, c'est pas concret. Faut voir le bon côté des choses* ». Ainsi, au-delà d'un état d'esprit positif, le concept reste flou. Cette difficulté à comprendre la bonne santé mentale se traduit également par une difficulté à détecter les problèmes de santé mentale. Le maire de Poule-les-Echarmeaux souligne cette complexité : « *la santé mentale est une bombe à retardement. C'est abstrait et parfois des indicateurs ne sont pas faciles à identifier* ». Ce flou semble associé à un certain malaise à ce sujet, qui devient d'ailleurs plus palpable lorsque le sujet est abordé sous l'angle des professionnels de santé mentale. Cette gêne s'est souvent exprimée lors de nos rencontres par des rires et des blagues sur l'alcool qui semblaient avoir pour objectif d'éviter une discussion plus sérieuse. Cela traduit aussi d'une vision de la santé mentale empreinte de clichés (blagues sur les fous). L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être mental qui nous permet de faire face aux sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle est influencée par divers facteurs personnels, familiaux, sociaux et structurels [qui] [...] peuvent aussi bien la protéger que la compromettre »⁷.

⁷ Santé Publique France. 2023.

L'environnement social et physique participent à la santé

Les échanges ont révélé que l'environnement social joue un rôle déterminant dans le bien-être mental. Les proches : familles, amis, ont été considérées comme des personnes ressources par le groupe ayant participé à l'atelier sur la définition de la santé (cf. figure ..). La sociabilité ne se limite pas au cercle familial ou amical : les interactions quotidiennes, même simples, contribuent également à la santé mentale : « *la santé c'est discuter, c'est le lien social* » (bénévole à Cours). Un habitant de Cours confie : « *des fois, je vais au bureau de tabac sans rien acheter, juste pour discuter. Quand je vois des gens, je discute un peu : ça fait du bien* » (retraité vivant seul à Cours, 73 ans). Ce témoignage souligne l'importance des commerces de proximité comme lieu de sociabilité qui permettent les discussions entre habitants (particulièrement les personnes âgées seules plus touchées par l'isolement) ou des moments d'échanges avec les commerçants. Leurs rencontres nous ont permis d'identifier que ce rôle social est particulièrement bien conscientisé par les gérants de commerces des communes les moins peuplées du territoire (Ranchal, Grandris, Thel), tandis que les commerçants des communes les plus importantes y semblent moins sensibles (Lamure-sur-Azergues). Les lieux de sociabilité, qu'ils soient formels ou informels, sont perçus comme essentiels par les habitants. Des retraités de Ranchal illustrent cette idée avec humour et lucidité : « *le bar, pour la santé mentale, c'est aussi important que le médecin* ». Cette observation souligne l'importance de ce lieu comme élément favorisant les échanges entre les habitants et qui permet le partage et le soutien. Les associations locales jouent également un rôle clé dans le maintien de la santé mentale. À Ranchal, un retraité plaisante : « *si quelqu'un a un problème de santé mentale, il vient dans l'asso du fleurissement et en quelques mois, il est réglé* ». Cette réflexion sur le ton de la plaisanterie souligne tout de même l'importance des activités, des rencontres et des discussions permises par le secteur associatif. De telles initiatives permettent de créer un lien social et de lutter contre l'isolement. Les apports du bénévolat sont aussi largement vantés par les bénévoles des Restos du Cœur que nous avons rencontrés. Ces retraités témoignent :

- « *Être bénévole à l'accueil écoute de la Croix Rouge, je dirai pas que c'est un pilier dans ma vie mais quand même ça prend beaucoup de place quoi* » ;
- « *Le bénévolat ça m'apporte : la semaine dernière on est allées manger avec 3 bénévoles. On rencontre des gens d'avis différents* » ;
- « *On a prévu d'aller faire un bowling entre bénévoles la semaine prochaine* ».

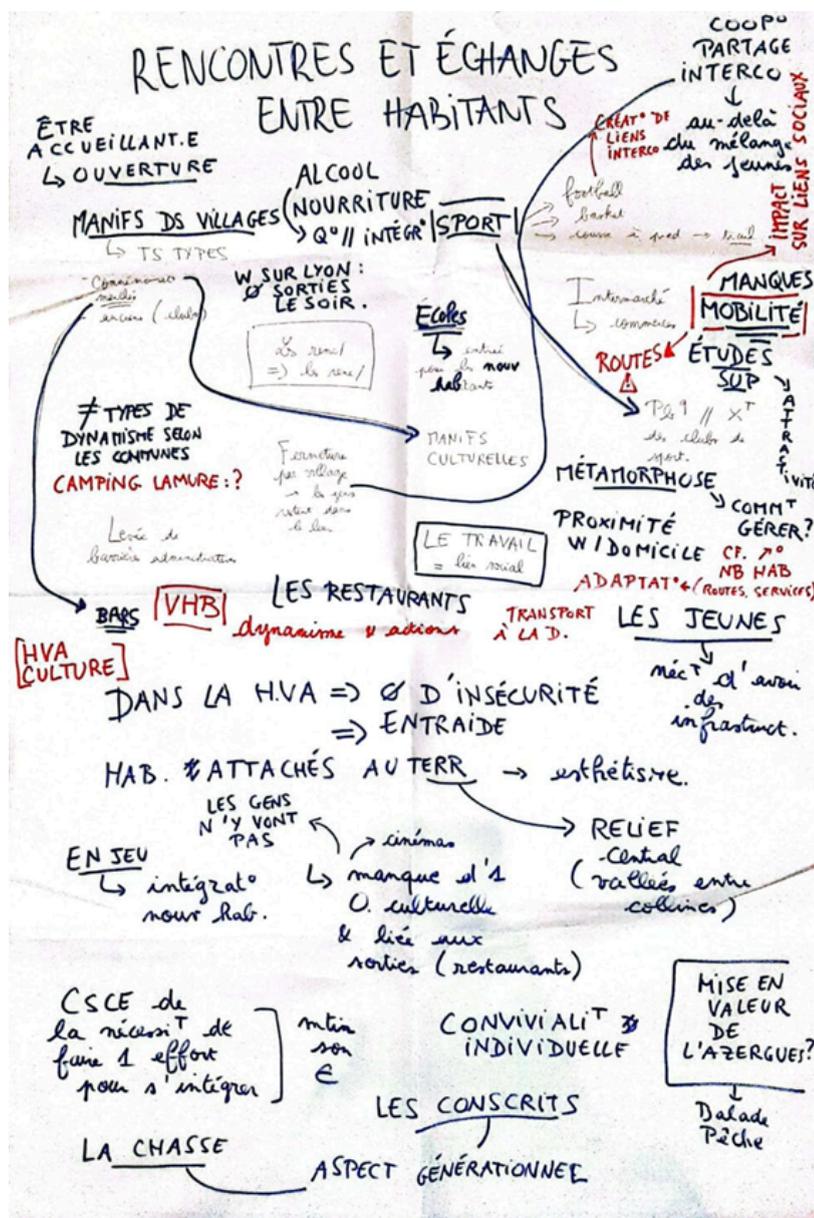
Si l'environnement social est fondamental pour la bonne santé mentale, l'environnement physique est également ressorti comme élément participant à cette dernière. En effet, lors des discussions autour de la définition de la bonne santé (cf. figure 3), l'environnement physique a été mentionné comme élément apprécié du territoire offrant des paysages plaisants et des lieux permettant de « *s'aérer* » et « *se changer les idées* » dans le « *calme* ». La topographie vallonnée, et la présence d'arbres sont particulièrement appréciés. L'environnement a été considéré par les participants comme un élément d'attractivité de la Haute Vallée d'Azergues offrant aux habitants un cadre de vie agréable. Cependant,

l'environnement physique des individus constitue également un déterminant de santé au-delà de la santé mentale. Le poids de l'environnement dans la santé est particulièrement mis en avant par « L'approche 'one health' [qui] défend une vision intégrée : la santé des humains, du vivant en général, et de leurs environnements, sont en interrelation systémique ».

I.3. Ce qui favorise le lien social sur le territoire

Au vu de l'importance accordée par les habitants de la Haute Vallée d'Azergues aux liens sociaux comme composante du bien-être, nous avons souhaité nous intéresser de plus près à ce sujet. Aussi, lors de la réunion organisée à destination des habitants, nous avons mis en place un atelier ayant pour but de réfléchir aux éléments favorisant le lien social. Nous avons donc demandé aux participants de définir ce qui favorise les rencontres et échanges entre habitants selon eux. Leurs réponses sont synthétisées sur le schéma qui suit (cf. figure 4). Les lieux ou moments propices à la création de liens sociaux sont : les écoles, les manifestations de villages, les conscrits, le travail, les bars et restaurants, le sport, la chasse, les manifestations culturelles. Si certains éléments favorisant le lien social localement ressortent (entraide, convivialité, attachement au territoire, ouverture), des obstacles apparaissent également (mobilité, études et travail en ville). Plus largement, le territoire est perçu comme en cours de métamorphose et l'arrivée de nouveaux habitants pose un enjeu d'intégration.

Figure 4 : Résultat de l'atelier participatif du 8 novembre sur les rencontres et échanges entre habitants.



Réalisation : Dix habitants de la vallée.

La bonne santé, telle que perçue par les habitants de la Haute Vallée d'Azergues, s'inscrit dans une vision globale qui inclut le bien-être physique, mental, social, ainsi que des 17 facteurs matériels et immatériels comme l'autonomie, les liens sociaux, et les projets de vie. Les témoignages recueillis montrent que si les habitants accordent une importance primordiale à la santé mentale et à l'autonomie, ils restent parfois mal à l'aise ou confus face à des notions abstraites comme la santé mentale. Les déterminants sociaux de la santé semblent cependant bien identifiés puisque ce qui ressort des échanges avec les habitants rejoint la vision promue par l'OMS. Ce travail de définition met également en lumière les multiples interdépendances entre les différents facteurs de santé : les conditions économiques et sociales, les modes de vie, et l'environnement physique jouent un rôle clé dans la construction

de la santé. Ces interrelations appellent à une approche systémique et intégrée pour améliorer la santé des habitants. Bien que l'accès aux soins soit reconnu comme un élément important, il n'émerge pas comme la priorité centrale dans les perceptions locales. Aussi, nos préconisations d'actions ne seront pas uniquement orientées vers l'accès aux soins, mais bien vers une amélioration des déterminants de santé sur le territoire.

II. La Haute vallée d’Azergues, un territoire dynamique aux réalités sociales délicates à appréhender

Cette partie vise à mettre en lumière les enjeux qui existent sur le territoire en matière de santé, en s’appuyant sur des éléments de diagnostic issus d’enquêtes précédentes ainsi que de notre propre expérience du terrain. Elle s’articule autour des évolutions à anticiper, particulièrement pour la démographie future (vieillesse, nouveaux habitants), ainsi qu’autour des problématiques d’isolement – social et géographique – qui touchent différentes populations et sont étroitement liées à la raréfaction des services, et enfin sur la question complexe des aidants.

II.1. Entre attractivité relative et vieillissement de la population : des évolutions à anticiper

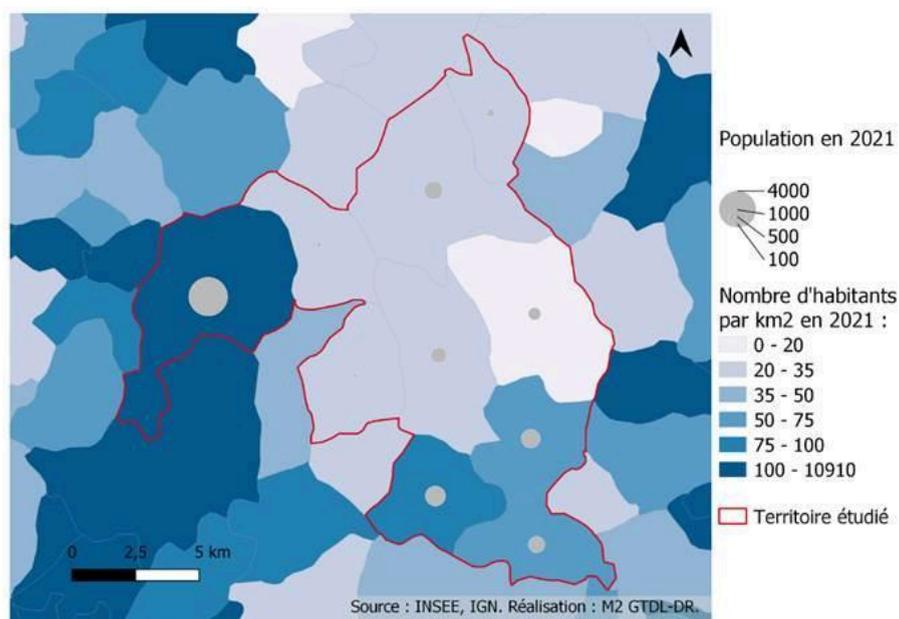
La Haute vallée d’Azergues, dont la population totale est estimée à 10 815 habitants en 2021⁸, est un territoire rural isolé en matière d’accès aux soins. Avec une densité moyenne faible, de 43 habitants/km² (cf. figure 5), il se caractérise par une dispersion géographique marquée, rendant l’accès aux infrastructures médicales et sociales plus complexe. Ces caractéristiques démographiques accentuent les effets d’une désertification médicale qui apparaît déjà dans la région.

II.1.1. Un vieillissement de la population nécessitant une demande accrue de soins de proximité

Le territoire étudié révèle une faible densité de population, à l’exception des quelques bassins de vie. Lamure-sur-Azergues, en tant que pôle administratif et de services, constitue une centralité pour la vallée d’Azergues. De même, Cours, situé de l’autre côté de la vallée, joue un rôle de bassin de vie pour les communes environnantes, notamment Ranchal. Par ailleurs, le Sud du territoire présente une densité de population plus élevée que le Nord, caractérisé par un enclavement plus marqué.

⁸ INSEE, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024.

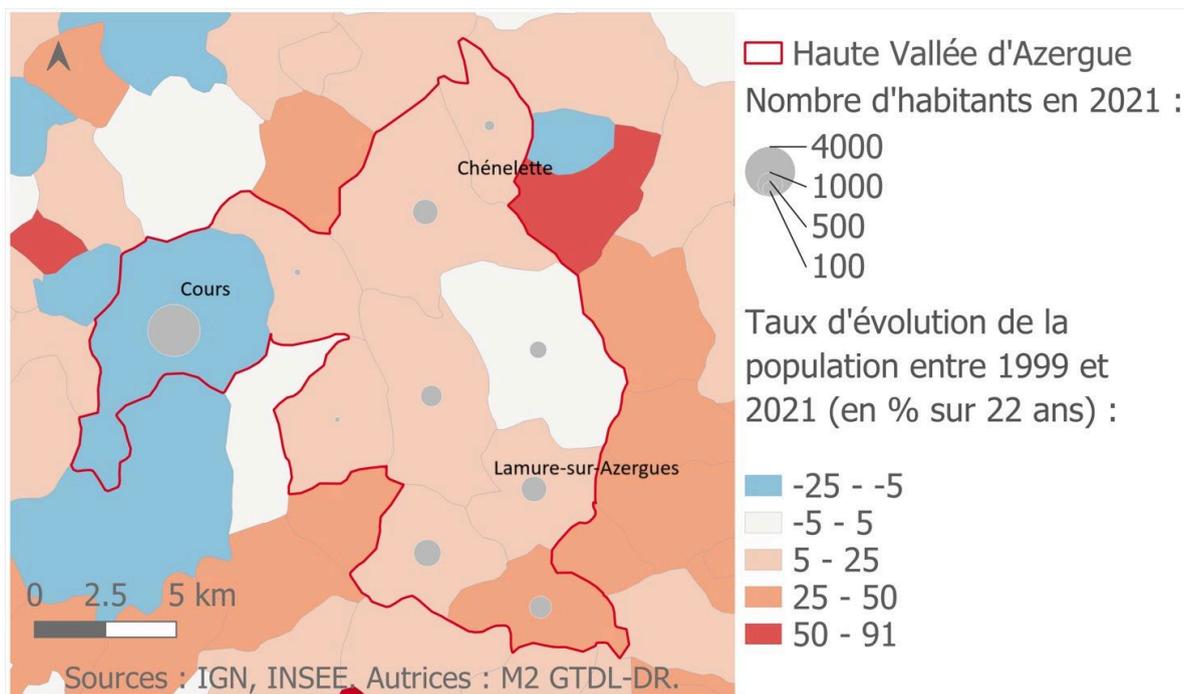
Figure 5 : Densité de la population de la Haute Vallée d'Azergues en 2021



Source : INSEE. Réalisation : M2 GTDL-DR.

D'après la figure 6, entre 1999 et 2021, la population totale du territoire étudié a augmenté d'environ 3,15 %, correspondant à une croissance de près de 330 habitants. Cette évolution démographique se reflète globalement dans la majorité des communes du territoire, bien que le niveau de croissance varie. Par exemple, la population de Claveisolles a augmenté de 2 %, tandis que celle de Chambost-Allières a connu une hausse significative de 35 %. En revanche, la commune de Cours se distingue par une baisse marquée de sa population, avec une diminution de près de 730 habitants sur la même période (les neuf autres communes du territoire ont enregistré un gain de 1 058 habitants). Cette augmentation globale de la population pourrait accentuer la pression sur un système de santé déjà fragilisé, notamment en raison de la pénurie de médecins, un problème fréquemment signalé par des habitants.

Figure 6 : Évolution de la population de Haute Vallée d'Azergues entre 1999 et 2021

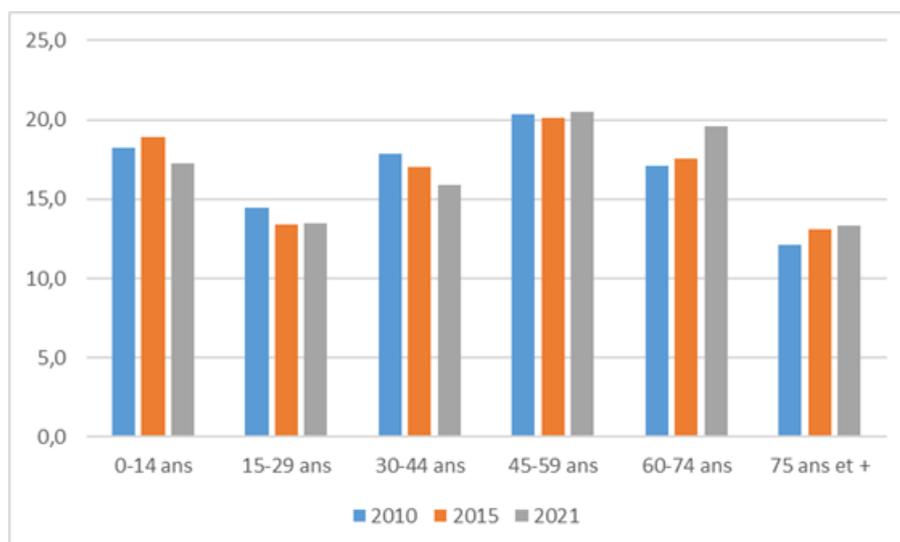


Source : INSEE. Réalisation : M2 GTDL-DR.

L'un des enjeux majeurs de ce territoire en termes de santé publique est le vieillissement de la population. Ce phénomène se traduit par une augmentation des maladies chroniques et une demande accrue en soins de longue durée, ainsi qu'en accompagnement pour les personnes âgées. La gestion de la dépendance devient un enjeu central, nécessitant des services adaptés pour répondre aux besoins spécifiques. Comme le souligne Jean-Claude Bontron dans *Gérontologie et Société* : « Les besoins et dépenses de santé augmentent très fortement en fonction de l'âge... Le vieillissement des zones rurales [...] marque la demande de soins, surtout dans les territoires isolés et de faible densité »⁹.

⁹ Bontron J.-C., 2013, Personnes âgées en milieu rural : problématiques et expériences, *Gérontologie et Société*, n° 146, pp 153-171.

Figure 7 : Population de la Haute Vallée d'Azergues par tranche d'âge.



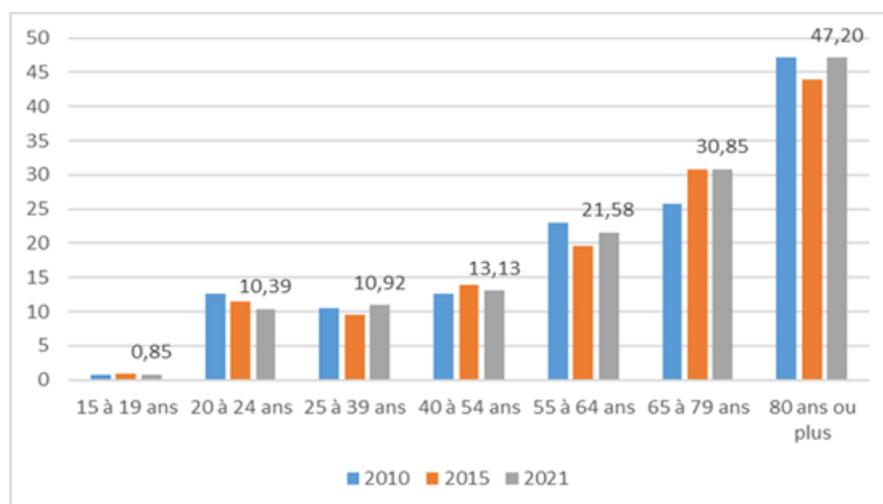
Source : INSEE. Réalisation : M2 GTDL-DR.

Selon la figure 7, la part des plus de 60 ans sur le territoire est en augmentation, témoignant d'un vieillissement marqué de la population. Cette catégorie de population représente environ un tiers de la population actuelle, et cette part augmentera encore probablement dans les prochaines années. Cette évolution soulève une problématique majeure : l'accès aux services de santé en milieu rural, où la faible densité de population et les infrastructures souvent insuffisantes compliquent la prise en charge des besoins croissants. Une habitante de 72 ans, résidant à Cours-la-Ville, illustre ces inquiétudes : « *on se demande si on aura toujours un médecin* ». Ce témoignage reflète l'importance centrale de la santé dans les préoccupations des populations vieillissantes.

Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées, la demande en soins spécialisés et réguliers s'accroît, englobant notamment la gestion de la dépendance, les soins de longue durée et l'accompagnement social. Les préoccupations liées à l'accès aux médecins, particulièrement exprimées par les personnes âgées rencontrées sur le terrain, traduisent une nécessité d'une réponse adaptée à ces besoins.

Environ une personne sur trois âgée de 65 à 79 ans, et une personne sur deux parmi les plus de 80 ans vit seule en 2021 (cf. figure 8).

Figure 8 : Evolution de la part des personnes vivant seules par classe d'âge, entre 2010 et 2021.



Source : INSEE. Réalisation : M2 GTDL-DR.

Le non recours aux soins, par méconnaissance ou par réserve culturelle, aggrave également la situation. Cette situation peut entraîner des conséquences multiples et graves pour les personnes concernées. Les personnes âgées vivant seules peuvent être susceptibles de retarder leurs consultations médicales par manque d'accompagnement, ce qui peut entraîner une prise en charge tardive de pathologies graves.

Selon Toulemon et al.¹⁰, les projections de population publiées en 2021 par l'INSEE annoncent la poursuite du vieillissement démographique de la France dans les cinquante prochaines années. Tous les scénarios envisagés mènent à une hausse importante de la proportion de personnes âgées d'ici 2070. En 2050, parmi les ménages supplémentaires, huit sur dix seraient composés d'une personne seule. D'après les analyses prospectives de l'INSEE en région AURA¹¹, le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus doublerait et parmi elles : 43% vivraient seules, soit le double qu'en 2018. Cette évolution démographique soulève des enjeux cruciaux pour l'accès à la santé, notamment dans des zones rurales comme la HVA, où la densité médicale est souvent plus faible que dans les zones urbaines.

Les personnes âgées sont plus vulnérables face aux accidents domestiques, souvent graves en raison de l'absence de soins immédiats, ainsi qu'à l'isolement psychologique, favorisant des troubles comme la dépression et l'anxiété. La malnutrition et la négligence sont également fréquentes, notamment en raison d'une alimentation ou d'une hygiène insuffisante. Certaines communes, conscientes de ces enjeux, ont mis en place des actions pour suivre la situation des

¹⁰ Toulemon L., Algava É., Blanpain N. et Pison G., 2022. Vieillesse démographique de la France : à quoi s'attendre d'ici un demi-siècle ? *Après-demain*, n° 63, NF, pp.4-9.

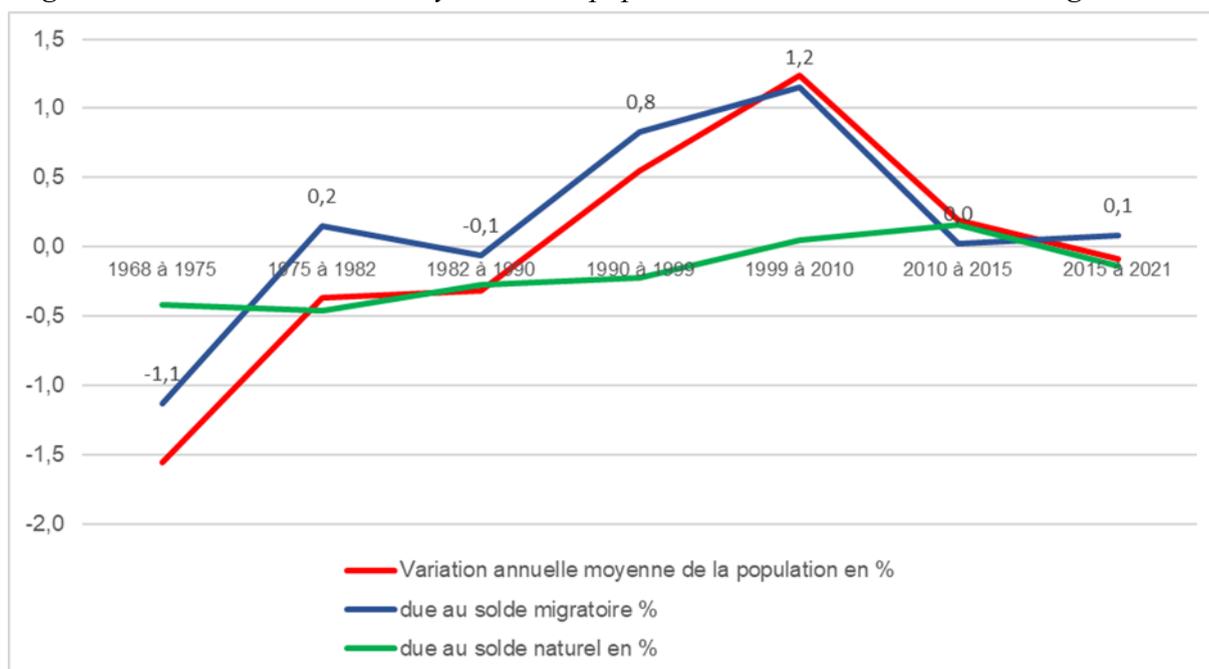
¹¹ Decorme H., Lécroart A., 2024, INSEE Analyses Auvergne-Rhône-Alpes, n° 177.

personnes âgées et prévenir ces risques. Elles organisent, par exemple, la distribution de colis pour les anciens, des repas collectifs, ou encore des prises de nouvelles régulières lors d'événements critiques comme la pandémie de Covid-19 ou les épisodes de canicule. Ces initiatives s'appuient souvent sur une liste de personnes sensibles, permettant de les contacter rapidement en cas de nécessité.

II.1.2. Des nouveaux arrivants confrontés aux difficultés d'accès aux soins

La Haute vallée d'Azergues connaît une dynamique démographique contrastée. Après une croissance notable entre 1990 et 2010 (+1,2 % par an), la population s'est stabilisée depuis 2010, avec une légère tendance à la hausse ces dernières années. La figure 9 montre justement les différentes phases de variation de la population de la vallée. Le taux de croissance démographique maximum atteint pendant la période 1999-2010, était principalement dû au solde migratoire positif. Aujourd'hui, si la population s'est stabilisée, le solde migratoire reste faiblement positif témoignant d'une attractivité constante de la vallée malgré des situations différentes selon les communes. En effet, comme montré précédemment, la commune de Cours à une croissance démographique particulièrement négative qui tire la moyenne de la vallée vers le bas.

Figure 9 : Variation annuelle moyenne de la population de la Haute Vallée d'Azergues en %.



Source : INSEE. Réalisation : M2 GTDL-DR.

L'arrivée de nouveaux habitants exacerbe les tensions sur l'accès aux soins, qui est donc compliqué pour eux. Ils peinent à trouver un médecin traitant ou à obtenir un rendez-vous rapidement. Les médecins, surchargés, ont du mal à répondre à la demande croissante, aggravée par les besoins accrus d'une population vieillissante nécessitant un suivi médical régulier. Cette saturation touche également les spécialistes, où même les cas urgents rencontrent des délais de prise en charge.

Les habitants confirment ces difficultés. Un groupe de retraités à Ranchal explique que « *c'est surtout difficile pour les nouveaux arrivants de trouver un médecin traitant. Et c'est encore pire quand leur médecin part à la retraite* ».

Le cabinet médical de Poule-les-Écharmeaux illustre cette surcharge : déjà complet avec 1000 patients, il ne peut plus accueillir de nouveaux inscrits pour préserver la qualité des soins. Les refus de nouveaux patients sont enregistrés, et les délais de rendez-vous continuent de s'allonger. Cette saturation affecte le suivi médical, les bilans de santé et les soins préventifs, posant un défi majeur pour les familles nouvellement installées. La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de l'Ouest Rhodanien tente alors de faire venir de nouveaux médecins sur le territoire afin de pallier ce manque d'offre. La CPTS rassemble différents professionnels de santé médicaux et paramédicaux du territoire de la COR. A sa tête, il y a deux médecins généralistes. Si cette structure est axée sur les questions médicales, elle reste un acteur de la santé qui peut être mobilisé dans le cadre de différents projets.

En résumé, la Haute Vallée d'Azergues illustre les défis auxquels sont confrontés la plupart des territoires ruraux face à des dynamiques démographiques contrastées. L'arrivée de nouvelles populations, bien qu'elle témoigne d'une certaine attractivité, accentue les difficultés d'accès aux soins dans un contexte de désertification médicale et de saturation des infrastructures de santé. Les besoins croissants d'une population vieillissante et les attentes des nouveaux résidents mettent en évidence l'urgence d'adapter les dispositifs médicaux et sociaux pour répondre efficacement à ces enjeux. Sans une réponse adaptée, ces tensions risquent de compromettre non seulement la qualité des soins, mais aussi l'attractivité et la qualité de vie sur le territoire.

II.2. L'isolement géographique de la vallée, vecteur de solidarités mais qui peut renforcer l'isolement social

II.2.1. La forte présence d'entraide et de solidarité sur le territoire

La solidarité est une composante importante du lien social sur le territoire. Cette forte entraide est ressortie à plusieurs reprises lors de nos différentes discussions avec les habitants. Un conseiller municipal de Saint-Bonnet-Le-Troncy nous explique qu'« *ici il y a une surveillance des anciens, tout le monde se connaît, on a tous un œil à droite à gauche* ». Il prend l'exemple d'un voisin âgé et isolé, chez qui les référents du Centre Communal d'Action Social (CCAS) se rendent plusieurs fois par semaine, afin de prendre des nouvelles. Un maire de la vallée, quant à lui, souligne que l'entraide sur le territoire s'explique par le fait qu'ils sont habitués à « *vivre à l'écart et à s'entraider* ». Il ajoute : « *c'est naturel chez nous* ».

Différents acteurs viennent renforcer cette solidarité. Les commerçants en premier lieu ont pour la plupart un réseau d'habitues, qu'ils connaissent bien, avec lesquels des liens se sont noués. Un revendeur sur le marché de Grandris nous explique qu'il a déjà fait un signalement à la mairie, en raison de l'absence répétée d'un client régulier. Les marchés, tout comme les

commerces, sont donc des lieux précieux de sociabilité, et les commerçants des acteurs importants du lien social dans la Haute vallée d’Azergues. Enfin, les associations sont des structures incontournables lorsque l’on parle d’entraide et de solidarité. Sur le territoire, elles sont nombreuses. Au-delà de l’existence de ces associations, c’est l’implication des habitants dans leur fonctionnement qui crée le lien social, et l’intégration à la commune et au territoire. Le bénévolat est créateur d’entraide et de solidarité. (cf. III.4).

Le lien social est caractérisé par une forme de convivialité et de forte interconnaissance, sur le territoire de la Haute-Vallée d’Azergues. Néanmoins, paradoxalement, le risque d’isolement est bien présent et bien croissant.

II.2.2. La fragilisation du lien social et la hausse des situations d’isolement

Selon le diagnostic social du VHB, la part des personnes seules est de 33 % dans la Haute vallée d’Azergues, plus faible que dans le Rhône (37, 8 %).¹² Néanmoins, la question de l’isolement est revenue à de nombreuses reprises au cours de nos échanges avec les habitants.

La raréfaction de services et commerces de proximité sur le territoire

Pour comprendre ce phénomène, il faut d’abord constater la raréfaction des services de proximité sur le territoire. L’absence de services administratifs et sociaux essentiels (CAF, CARSAT...) se couplent à la fermeture ou la réduction d’autres services (à l’image de la présence limitée de la Maison du Rhône à Lamure-Sur-Azergues). Si certains services de proximité existent, ils ne semblent pas être connus. Par exemple, le Point d’Information Médiation Multiservices (PIMMS) de Cours-la-ville a ouvert en 2021, et a pour mission de faciliter l’accès aux services et l’accompagnement aux dossiers administratifs. Les usagers bénéficient de conseils, d’explications et d’orientation au sujet des démarches administratives. Ce PIMMS a peu été mentionné au cours de nos terrains, malgré le fait qu’il semble être un lieu de ressources. Le phénomène de raréfaction touche également les professionnels de santé : il n’existe plus que deux médecins sur le territoire, à Lamure-sur-Azergues et Poule-les-Echarmeaux.¹³ Enfin, avec un nombre de fermetures croissant d’année en année, les commerces de proximité sont également touchés (cf. figure 10).

¹² Centre social VHB. Projet social 2021-2025. 2022

¹³ Un nouveau médecin s’installera à Chambost-Allières en juin 2025.

Figure 10 : Fermeture récente d'un café à Grandris.

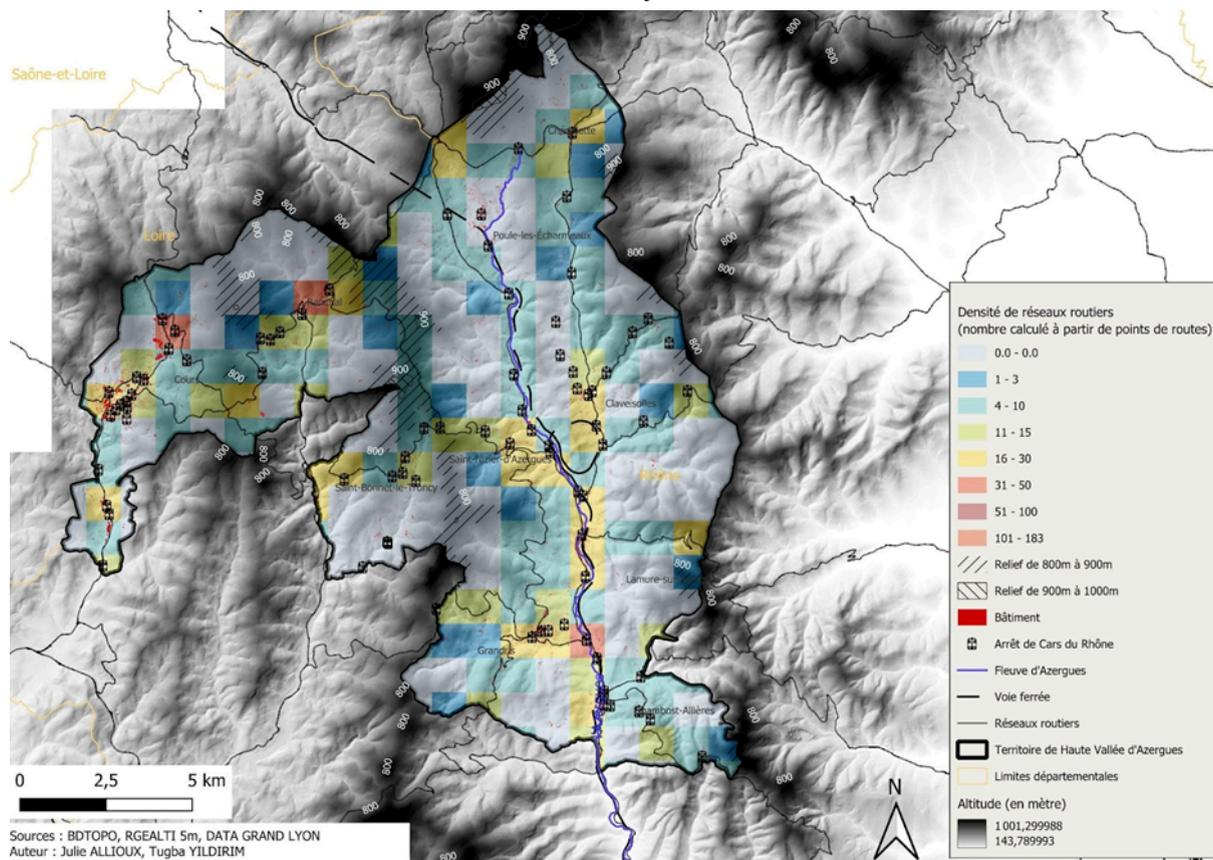


Réalisation : M2 GTDL-DR.

L'éloignement des services et commerces constitue aussi une problématique importante. Les professionnels de santé, et surtout les spécialistes, se trouvent dans des agglomérations éloignées du territoire (Villefranche-sur-Saône, Tarare ou encore Lyon). Concernant les commerces de proximité, le cas de la zone artisanale qui se développe à la périphérie de Lamure-Sur-Azergues reflète cette problématique de l'éloignement. Plusieurs commerces originellement dans les centres-bourgs, à l'image de la pharmacie, ont fait le choix de s'y implanter, principalement pour des raisons logistiques et pratiques. Néanmoins, le développement de cette nouvelle centralité périphérique est susceptible de mettre en danger les bourgs et la proximité qui les caractérise. Enfin, il faut noter qu'il existe des inégalités entre les différentes communes du territoire. Une animatrice du Centre Social VHB résume la situation : « *On nous enlève de plus en plus la proximité* ». La raréfaction des commerces et des services de proximité impacte directement l'isolement. La fermeture de lieux de convivialité et créateurs de liens sociaux, même de manière informelle, limite l'interconnaissance et est vectrice, à terme, d'isolement.

Couplé à cet enjeu d'éloignement et de raréfaction des commerces et de services, l'enjeu de la mobilité est aussi étroitement lié à la question de l'isolement. La Haute vallée d'Azergues se caractérise par une topographie vallonnée compliquant les déplacements (cf. figure 11). Les communes les plus en altitude de la vallée sont considérées comme les plus enclavées par certains habitants du territoire. Le maire de Chambost-Allières explique que « *la vallée d'Azergues se descend, mais ne se monte pas* ». La référente famille-habitants du centre social VHB rapporte qu'« *aller à Grandris est compliqué parce qu'il faut monter, et c'est pareil pour le col des Écharmeaux* ». Les routes sont étroites et sinueuses, avec de forts dénivelés pour certaines, allongeant les distances.

Figure 11 : Densité du maillage routier au sein de la Haute-Vallée d’Azergues en miroir avec le relief.



Réalisation : M2 GDTL DR

Le maillage routier de la Haute-Vallée d’Azergues présente des disparités liées à la topographie du territoire. L’implantation des routes suit principalement le cours d’eau de l’Azergues, formant un axe structurant qui favorise les connexions, notamment au Sud. Plus au Nord, bien que le réseau se fasse moins dense, il reste centré autour de cet axe. Cependant, certaines zones enclavées, marquées par un relief escarpé, restent faiblement desservies.

Le relief influence fortement l’organisation des infrastructures, mais il ne constitue pas toujours un obstacle à la mobilité. Des aménagements, comme la route traversant le col des Écharmeaux (930 mètres d’altitude), permettent de franchir ces contraintes naturelles et de relier les vallées.

La question du transport est également importante. Il existe une forte dépendance à la voiture individuelle (83 % des habitants en possèdent une sur le territoire selon l’INSEE), conjuguée à une offre de transport en commun limitée (transport à la demande peu développé et ligne ferroviaire menacée).

L’isolement touche tout particulièrement les personnes âgées, dans un contexte de fort vieillissement de la population (cf. II.1.1.). Ils sont particulièrement à risque sur les questions de perte d’autonomie, qui limitent la capacité de déplacement et la participation aux temps

communaux de convivialité par exemple. À cela s'ajoute la perte de la mobilité, notamment l'incapacité de se déplacer avec la voiture sans l'aide d'un tiers, qui renforce l'isolement. Enfin, la fracture du numérique est aussi à considérer : le manque d'accès aux équipements, la difficulté à maîtriser les outils et à comprendre les interfaces numériques participent à un non-recours aux droits, à des complications administratives et à un sentiment d'exclusion. Si des initiatives locales telles que le club des aînés, l'animation en EHPAD ou encore l'ADHA visent à rompre cet isolement, les habitants peuvent également compter sur les réseaux de sociabilité de proximité, comme le voisinage, pour maintenir du lien social. On observe sur le territoire une forte implication des jeunes retraités, dont l'engagement contribue à dynamiser la vie locale et à atténuer certaines de ces difficultés.

D'autres publics sont également à risque : les jeunes non mobiles ainsi que les ménages précaires sont soumis à un fort risque d'isolement. Concernant le premier, l'incapacité de se déplacer sur le territoire accentue la marginalisation sociale (incapacité de se rendre aux espaces de sociabilité, ou encore de trouver un emploi nécessitant un déplacement). L'animatrice jeunesse du VHB nous a fait part de ces difficultés : « *envoyer un jeune qui n'a pas de moyen de déplacement sur Villefranche [...] ça reste quand même limité* ». Lorsqu'il y a rupture dans le parcours scolaire, ce risque d'isolement est décuplé. Les ménages précaires quant à eux souffrent d'inégalités socio-économiques qui peuvent les isoler. Selon une étude de la Fondation de France et de l'Observatoire de la philanthropie, « les géographies de l'isolement se calquent sensiblement sur celles de la précarité, voire de la grande pauvreté »¹⁴. Dans la Haute vallée d'Azergues, la MDR de Lamure-sur-Azergues recense actuellement 64 ménages percevant le RSA, soit un total de 118 bénéficiaires. Elle estime également que chaque commune compte entre une et deux personnes en situation de marginalisation, cumulant divers facteurs tels que l'inaptitude ou les addictions.¹⁵ Nous pouvons donc supposer que ces populations sont plus à risque concernant l'isolement que le reste de la Haute vallée d'Azergues.

II.2.3. L'absence de demande de soin, un obstacle à la prise en charge médico-social

¹⁴ Fondation de France. (Re)liés par les lieux : une approche territoriale et spatiale des solitudes et du lien social.

¹⁵ Centre social VHB. Projet social 2021-2025. 2022.

En se posant ainsi la question du « pourquoi agir et comment faire ? », on approche de la résolution du traitement de publics dits « invisibles » : on va vers celui qui ne va pas bien, tout en ayant conscience du besoin de solitude de certaines personnes. Le positionnement est délicat : deux d'entre nous ont pu participer aux tournées de distribution de repas par l'ADHA, qui ont permis de comprendre que malgré une apparence de situation sociale précaire, de nombreux clients ne demandent pas d'aide autre que matérielle, ni ne semblent vouloir s'épancher sur leurs difficultés. Il existe ainsi une population hétérogène qui n'accède pas aux soins ou rompt fréquemment avec les soins. Ils sont non-demandeurs de soins du fait de leur âge, pathologie, isolement, handicap, crainte de la discrimination (hors causes structurelles).

Cependant, une salariée de la Mission Locale remarque que ces « publics invisibles » sont forcément recensés dans les fichiers d'une institution publique telle que la CAF, l'Education Nationale ou encore la MDR (hors cas de situation extrêmement précaire, comme sans domicile fixe ou en situation de demande de papiers). Elle explique également que malgré « *l'inscription de certains jeunes dans leurs fichiers, ce n'est pas toujours facile de les aider* » : elle nous apprend qu'elle suit un jeune de 23 ans qui refuse d'être aidé, sa trajectoire familiale approfondissant son isolement et sa défiance. Les professionnels mais également les élus rencontrent ces difficultés du non-recours. Lors d'un atelier avec des élus en janvier 2024, il a été souligné qu'il est « *difficile de prévenir les proches s'il y a un problème parce qu'on ne connaît pas la réaction que les gens peuvent avoir.* » Par ailleurs, « *les gens d'ici ne demandent jamais d'aide ; les gens qui demandent de l'aide sont des personnes qui viennent de Villefranche ou ailleurs [de milieux urbains], qui peuvent être habitués à recevoir de l'aide* ».

Répondre à cet objectif qui place la personne au centre, que ce soit pour la responsabiliser ou répondre à ses besoins, réclame en tout cas d'atteindre le public et sa confiance. Mais comment déployer ces modalités de l'intervention sociale lorsque ceux à qui l'aide est adressée ne semblent pas s'y intéresser ? Deux obstacles sont ainsi identifiés : l'absence de demande de la personne et les représentations des professionnels sociaux et/ou élus. Il s'agit donc, le plus souvent, d'aller vers les personnes, en l'absence de demande, et au-delà des freins, en étant proactif.

Ne pas prédéterminer l'offre publique, ouvrir la relation aux situations atypiques, enrôler le public dans sa propre mobilisation et admettre la réversibilité pour qu'il puisse s'ajuster avec son public... autant de pistes et de manières de soigner la relation par l'engagement du corps du professionnel. Ce n'est qu'en effet à partir du moment où nous avons accepté de « suivre les acteurs eux-mêmes » (Latour, 2006), d'aller voir où les personnes passent leur temps libre, socialisent, font leur courses, travaillent que nous avons pu comprendre l'ampleur de la diversification des situations sur le territoire.

II.3. Les aidants, un public invisible avec un besoin d'écoute particulier

Le rôle d'aidant est souvent décrit comme un engagement indispensable mais lourd à porter, particulièrement dans un contexte où la santé d'un proche devient une priorité absolue dans la vie quotidienne. Les aidants se retrouvent dans une situation complexe, où leurs responsabilités se répercutent à la fois sur leur vie professionnelle, leur santé mentale et leur bien-être personnel. Cette situation peut alors pénaliser leur état de santé de différentes manières.

II.3.1. La charge globale liée au rôle d'aidant

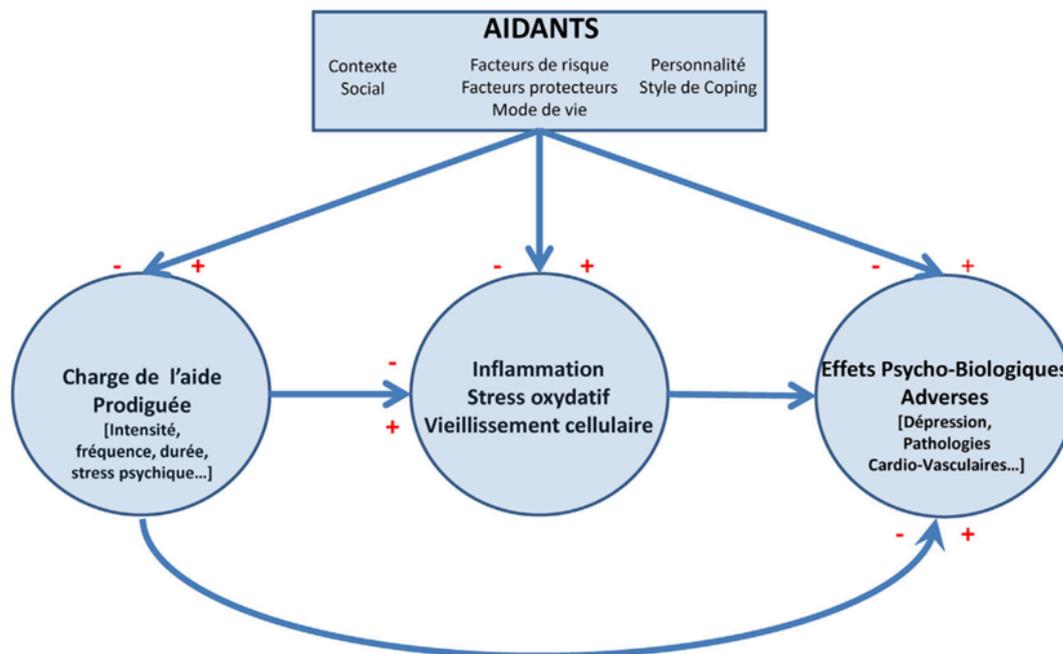
Le poids lié au rôle d'aidant est souvent qualifié de charge globale, qui comprend un aspect objectif mesurable, et « une charge subjective plus difficilement décelable ». Ainsi la charge objective « illustre les conséquences tangibles du trouble sur les membres de la famille, notamment l'impact sur la vie quotidienne, les relations familiales et sociales, le temps alloué au travail et aux loisirs sans oublier les conséquences financières ». L'aspect subjectif se traduit quant à lui « par des réactions psychologiques de détresse souvent intériorisées, voire par l'émergence d'authentiques symptômes psychopathologiques. Cette charge est liée au niveau de préoccupation et de tension psychique généré par la maladie d'un proche, à la crainte d'une évolution péjorative de l'affection du proche aidé, mais aussi à des émotions contradictoires comme un ressentiment vis-à-vis du malade et de la charge endurée consécutivement à sa maladie »¹⁶.

Face à cette charge globale intense, un des défis majeurs auxquels les aidants sont confrontés concerne la conciliation entre leur rôle d'aidant et leur emploi. Plusieurs témoignages d'aidants rencontrés dans la Haute Vallée d'Azergues illustrent cette difficulté : certains ont dû adapter leurs horaires de travail, et certains ont rencontré des obstacles à la conservation de leur emploi en raison des rendez-vous médicaux réguliers ou du temps nécessaire pour assurer une présence et des soins au quotidien.

Le rôle d'aidant est donc complexe et a des conséquences multidimensionnelles. Il est possible de dire qu'un « fardeau polymorphe pèse souvent sur eux, tel que la fatigue accumulée, la santé fragilisée, les contraintes organisationnelles, les difficultés financières, la perturbation des liens sociaux ou l'inquiétude » (Leurs, 2018). Les conséquences sur la santé des aidants peuvent être multiples et sont liées aux interactions décrites sur le schéma ci-dessous (cf. figure 12).

¹⁶ Leurs A., Trojak B., Ponavoy E., Bonin B., Chauvet-Gelinier J.-C., 2018, Impact biopsychosocial de la charge des aidants : pourquoi faut-il porter une attention spécifique envers la santé des aidants ?, *La Presse Médicale*, Vol. 47, Issue 9, pp 732-740.

Figure 12 : Modélisation des interactions biologiques, psychologiques et sociales chez les aidants.



Source : Leurs, 2018.

La notion de charge peut cependant être questionnée car « réductrice du fait d’une connotation strictement péjorative ». En effet, « Les expériences positives liées à l’aide pourraient potentiellement compenser le stress et ses conséquences sur la santé. L’hypothèse selon laquelle apporter une aide à quelqu’un est systématiquement stressant relève probablement d’une vision un peu trop étroite, simplifiée et limitée des relations humaines. Les stratégies de préservation de la santé des proches aidants doivent donc prendre en compte cette ambivalence vécue par les aidants ». Malgré ce recul nécessaire sur la question de la charge, il semble que le rôle d’aidant aie tout de même souvent des conséquences néfastes sur leur santé.

II.3.2. Les aidants ont plus tendance à négliger leur propre santé

Les proches aidants peuvent négliger la prise en charge de leur propre santé. « Une étude menée aux États-Unis a montré que des aidants de patients Alzheimer prenant un traitement pour une maladie chronique étaient moins observants que les non-aidants. Près d’un tiers des aidants rapportaient avoir fréquemment ou occasionnellement oublié de prendre leurs médicaments. Cette part était d’autant plus importante que la personne aidée était en perte d’autonomie fonctionnelle et que la situation d’aide durait depuis longtemps. Près de la moitié ont déclaré ne pas être capables de respecter leurs rendez-vous médicaux. [...] L’étude Pixel I 2000-2001 indique que 20 % des aidants diffèrent voire renoncent à une consultation,

un soin ou une hospitalisation pour eux-mêmes par manque de temps »¹⁷. En effet, les aidants ont souvent tendance à focaliser toute leur attention sur la santé de leur proche. Une habitante de Cours, mère d'un enfant handicapé, confie qu'elle « *pense à la santé de mon enfant, mais pas à la [s]ienne* ». Ce constat est partagé par une autre aidante, qui témoigne de l'effort nécessaire pour ne pas s'oublier : « *on essaye de se recentrer aussi sur nous parce qu'on oublie notre propre santé* ». Outre leur santé physique, les aidants doivent également veiller à leur santé mentale, souvent mise à rude épreuve. Comme le souligne une jeune mère aidante, « *être en bonne santé, c'est ne pas être à l'hôpital tout le temps. C'est la santé mentale aussi* ». Pourtant, l'épuisement émotionnel et psychologique reste fréquent. Un aidant de Ranchal témoigne par exemple avoir développé des problèmes psychologiques liés au poids de ses responsabilités, illustrant l'importance de prendre en charge la santé mentale des aidants de manière préventive.

Pour alléger cette charge, les aidants identifient le soutien des proches comme un élément crucial. Une mère aidante insiste sur ce besoin fondamental : « *pour gérer au mieux le rôle d'aidant au quotidien, on a surtout besoin d'avoir un bon soutien des proches* ».

II.3.3. Des besoins spécifiques d'écoute face à cette situation

Ces témoignages mettent en lumière la solitude et les sacrifices auxquels les aidants font face, mais aussi l'importance des ressources sociales et émotionnelles pour maintenir un équilibre. Leur situation appelle à une meilleure reconnaissance de leur rôle, et à la mise en place de dispositifs de soutien adaptés, afin de protéger leur santé tout en leur permettant d'assurer leurs responsabilités envers leurs proches.

Un soutien professionnel ou l'accès à des groupes de paroles sont nécessaires mais difficilement accessibles sur le territoire. En effet, un aidant rencontré à Ranchal nous explique avoir des difficultés à avoir accès à une prise en charge psychologique pour cause de saturation de l'offre locale, et notamment du Centre Médico-Psychologique (CMP). Cette difficulté d'accès s'étend également aux structures sociales telles que la MDR. Cet aidant explique avoir eu des difficultés à avoir connaissance de ses droits en tant qu'aidant et aux aides auxquelles il pouvait avoir accès. Il considère avoir appris son rôle d'aidant « *par l'expérience* » et avoir eu « *peu d'informations à ce sujet alors que ça aurait été utile* » pour comprendre son rôle.

Sur le territoire, il y a en effet peu de structures agissant en faveur des aidants, elles seront présentées dans la partie III sur les ressources locales à mobiliser. Il n'y a à ce jour pas de groupe de parole ou d'espace d'échange entre aidants sur le territoire. Si la psychologue du point écoute de la COR reconnaît l'utilité et le besoin des aidants de groupe de paroles, elle n'a pas la possibilité matérielle de les mettre en place (temps déjà rempli, pas de possibilité d'embauche d'une psychologue supplémentaire par la COR). Ce besoin de rencontre et d'échange entre aidants est confirmé par d'autres professionnels de santé, comme

¹⁷ Laborde, C., Bigossi, F. et Grémy, I., 2022, Santé des proches aidants et interventions de santé publique pour améliorer leur santé. *ADSP*, 117(1), pp. 6-11.

l'orthophoniste de Lamure-sur-Azergues, également élue, qui nous a fait remonter ce besoin lors de la rencontre que nous avons organisée entre les élus des CCAS de la Haute vallée d'Azergues.

Au-delà d'une simple écoute et de partages d'expériences, il serait aussi utile de donner accès aux aidants à des informations afin qu'ils aient les meilleurs outils pour gérer leur situation. C'est ce qui a été exprimé par l'aidant rencontré à Ranchal, comme dit précédemment.

Résumé : la situation d'aidant implique des besoins spécifiques d'écoute et d'information

Les aidants jouent un rôle essentiel mais souvent méconnu, au prix d'une charge physique et mentale qui impacte directement leur santé. Confrontés à des contraintes organisationnelles et à un épuisement progressif, beaucoup négligent leur propre bien-être, faute de temps ou de ressources adaptées.

Les témoignages recueillis soulignent un besoin urgent de soutien et d'écoute, notamment à travers des groupes de parole ou des espaces d'échange, aujourd'hui inexistantes sur le territoire. Malgré une prise de conscience des acteurs locaux, la saturation des services limite la mise en place de ces dispositifs. L'accès à des informations claires sur leurs droits et des solutions adaptées à leur quotidien permettrait de mieux accompagner ces aidants, en leur offrant des ressources concrètes pour alléger leur charge et préserver leur équilibre. Mieux reconnaître leur rôle et répondre à leurs besoins est une nécessité pour assurer leur bien-être et la pérennité de leur engagement. Ainsi il est nécessaire de développer l'offre de services et de soutien qui leur sont destinés localement.

II.4. Un fort besoin d'écoute exprimé par les habitants de la Haute vallée d'Azergues

L'importance des liens sociaux est ressortie fortement dans la définition de la bonne santé. Comme expliqué dans la partie I, l'environnement social constitue un déterminant de santé phare à prendre en compte pour favoriser l'accès à la santé pour tous. Nous venons de voir que l'isolement géographique et social sont des enjeux particulièrement importants dans la vallée, avec différents publics qui présentent un risque élevé d'isolement, comme les personnes âgées ou les aidants par exemple.

Dans cette partie, nous verrons l'importance du lien social et de l'écoute pour les habitants ainsi que les difficultés grandissante à accéder à cette écoute, notamment en lien avec l'offre médicale qui ne répond plus à ce besoin. Nous questionnons alors l'importance de l'aller-vers au vu de cet enjeu.

II.4.1. Importance du lien social de manière régulière pour tous les habitants

Se sentir écouté et pouvoir partager ses préoccupations sont des éléments fondamentaux du bien-être psychologique et social. Le rôle central de l'écoute ressort dans de nombreux témoignages, et particulièrement au cours des échanges avec des bénévoles et employés des structures d'aide sociale. Ces derniers soulignent que les bénéficiaires ne viennent pas uniquement chercher des services, mais aussi pour avoir un moment d'échange avec des interlocuteurs bienveillants.

Un bénévole des Restos du Cœur insiste par exemple sur l'importance de ces moments de discussion pendant les distributions alimentaires : « *la distribution, c'est quelque chose, mais le plus important c'est parler. C'est vraiment important pour eux, il y en a qui n'ont pas de vie sociale.* ». Ce constat est partagé par d'autres structures de la vie locale, notamment au sein des mairies ou des associations culturelles et de loisirs. Les secrétaires de mairie par exemple, souvent en contact avec les habitants, observent que leur rôle ne se limite pas à la gestion administrative, mais inclut également une fonction d'écoute car « *les gens viennent pour parler, pas toujours pour un besoin administratif* ».

Ainsi, les lieux de sociabilité jouent un rôle fondamental dans la création et le maintien des liens entre les habitants, quel que soit leur âge ou leur situation. Ces interactions régulières permettent d'assurer un équilibre psychologique et de prévenir l'isolement, même pour ceux qui ne se considèrent pas comme particulièrement isolés. L'importance de ces lieux de sociabilité sera détaillée dans la partie III qui présentera les ressources locales à mobiliser pour développer l'aller vers en Haute vallée d'Azergues.

II.4.2. Une écoute de moins en moins trouvée chez les médecins

La raréfaction et la difficulté d'accès aux médecins généralistes de la vallée a un impact direct sur le ressenti des habitants, qui déplorent une relation de plus en plus impersonnelle avec leur praticien. Une habitante de Cours-la-Ville, âgée de 72 ans, exprime cette frustration en quelques mots : « *on en trouve plus des docteurs à qui parler* ». Ce constat est partagé par les professionnels de santé eux-mêmes. Un secrétaire médical d'un cabinet de la Vallée souligne que son cabinet, qui suit déjà près d'un millier de patients, enregistre de nombreux refus. Il précise que si « *le cabinet décidait d'en accepter davantage, la qualité du suivi et le temps accordé à chaque rendez-vous seraient réduits* ». Il regrette également un décalage entre les attentes du terrain et les engagements des syndicats médicaux, qui poussent les médecins à accepter d'avantage de patients malgré des conditions déjà saturées : « *les syndicats s'engagent au nom des médecins à prendre plus de patients alors que les médecins sur le terrain n'ont pas la possibilité de prendre plus de patients* ».

Face à cette difficulté croissante à obtenir une écoute attentive dans le cadre médical conventionnel, certains habitants se tournent vers des formes alternatives de médecine. Une femme de 45 ans, praticienne en soins énergétiques sur le territoire, observe ainsi une forte demande en ce sens : « *même lorsqu'ils ont accès à un médecin, les gens ne se sentent pas*

écoutés, pas entendus et donc ne se sentent pas pris en charge ». Selon elle, c'est justement ce besoin d'interaction, cette recherche d'écoute auprès des professionnels, qui poussent les gens à se tourner vers des formes de soins alternatives car « *il y a un vrai besoin de se sentir entendu et compris* ». Ce recours croissant aux médecines alternatives pourrait alors témoigner alors d'un besoin non satisfait d'attention et d'écoute dans le cadre médical classique.

II.4.3. L'aller-vers comme posture d'écoute

L'aller-vers est une démarche qui rompt avec l'idée que l'accompagnement découle nécessairement d'une demande exprimée. Selon la définition proposée par le ministère de la santé, « l'aller-vers est à entendre comme une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, ou d'accompagnement. [...] Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics [...] et engage les acteurs à se situer dans une pratique proactive, pour entrer en relation avec ces publics »¹⁸. Loin d'être un simple déplacement physique des services, l'aller-vers s'ancre dans une approche plus large qui considère l'accès aux soins et aux droits comme un processus dans lequel la rencontre est un élément clé.

L'aller-vers ne se résume pas à une action ponctuelle ou à un déplacement physique, mais implique un véritable changement de posture professionnelle : aller là où se trouvent les personnes, dans leur quotidien, dans leur trajectoire de vie, sans attendre qu'une demande soit formulée. L'aller-vers ne doit ainsi pas être confondu avec le hors les murs, qui consiste à déplacer une activité d'un lieu fixe vers un autre espace identifié (salle des fêtes, maison des associations, etc.). Il ne s'agit pas uniquement de délocaliser un service, mais bien de recomposer les modalités d'intervention en s'adaptant aux dynamiques et aux réalités vécues des habitants. Comme le souligne la directrice du centre social VHB, cette approche engage autant sur le plan physique que psychologique : « *l'aller-vers, c'est un déplacement physique, mais c'est aussi psychique : on va là où les gens en sont* ».

L'aller-vers va au-delà d'une simple démarche de sensibilisation. Il repose sur une capacité d'écoute accrue, permettant d'identifier non seulement des besoins explicites, mais aussi des besoins latents, souvent non exprimés. Il s'agit ainsi d'un levier pour capter des situations invisibles aux dispositifs classiques, qu'il s'agisse de renoncements aux soins, de précarité, d'isolement social ou de barrières psychologiques empêchant l'accès aux droits. Comme l'explique la directrice du centre social VHB, « *l'aller-vers, ça sert à parler de ce qu'on fait, mais ça sert aussi à écouter, à comprendre les besoins des gens pour pouvoir y répondre* ». Dans le cadre de la santé, les déterminants sociaux s'entrecroisent comme nous l'avons expliqué dans la partie I, rendant l'approche par l'aller-vers particulièrement pertinente.

¹⁸ Santé.Gouv, notes de cadrage aller-vers, Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, en ligne.

L'objectif n'est pas uniquement de mettre en relation les habitants avec les services existants, mais aussi de questionner l'accès même à ces services, en identifiant les déterminants du non recours. Comme l'explique la directrice du centre social VHB : « *les gens pensent tellement que c'est impossible qu'ils ne posent même plus la question, donc il faut vraiment les écouter pour comprendre leurs besoins* ». Ainsi, il ne suffit pas de proposer une offre pour qu'elle soit utilisée. L'aller-vers permet de créer un espace où la parole peut émerger, où des personnes qui n'auraient pas spontanément sollicité une aide peuvent exprimer leurs préoccupations, reformuler leurs attentes, et progressivement être accompagnées vers des solutions adaptées.

Cette démarche exige une posture d'intervention qui s'adapte en permanence, en fonction des contextes, des territoires et des publics rencontrés. Elle demande une formation spécifique des équipes, notamment sur l'écoute active et la compréhension fine des parcours de vie. Pour être efficace, elle nécessite aussi des modalités d'organisation souples et réactives, permettant de s'ajuster aux réalités du terrain plutôt que d'imposer un cadre figé. Enfin, l'aller-vers constitue un levier pour renforcer le pouvoir d'agir des habitants. Il ne s'agit pas simplement de réduire les barrières d'accès aux soins et aux droits, mais aussi de rendre les individus acteurs de leur propre parcours, en leur donnant les moyens de s'informer, de s'orienter et de faire valoir leurs besoins. Pour la directrice du centre social VHB, « *pour toucher les gens, [il y a] surtout besoin de contact et de conseil de personne à personne* ». Cette posture proactive redéfinit les logiques d'intervention en plaçant la rencontre et l'écoute au centre de l'action, dans une logique de construction collective des solutions. Dans des contextes où les freins sont multiples et souvent invisibles, elle apparaît comme un outil essentiel pour améliorer l'accès aux soins, aux droits, à la prévention et ainsi à la santé globale des habitants.

L'analyse des entretiens révèle que le besoin d'écoute ressort au sein de la population de la Haute vallée d'Azergues, et est lié à plusieurs enjeux :

- Les personnes âgées peuvent être plus sujettes à l'isolement. Certaines cherchent à maintenir du lien social à travers le bénévolat par exemple ;
- Le besoin d'échanges et d'écoute est universel, et exprimé par des publics variés ;
- Le monde médical peine à répondre à cette demande d'écoute, du fait de la saturation des services et du manque de temps accordé à chaque consultation.

Ce constat met en lumière la nécessité de développer des espaces d'écoute et de parole accessibles à tous, que ce soit via des structures associatives, des initiatives municipales ou des dispositifs de santé mieux adaptés aux réalités locales. De tels services sont rares mais existent tout de même sur le territoire, et seront détaillés dans la partie III sur les ressources locales à mobiliser pour plus d'aller vers.

Dans cette perspective, l'aller-vers apparaît comme un levier essentiel pour pallier ces manques. En s'adaptant aux réalités de terrain et en allant à la rencontre des habitants, il

permet de repérer les besoins non exprimés, d'instaurer une relation de confiance et de prévenir certaines ruptures dans l'accès aux droits et aux soins. L'approche proactive qu'il propose est particulièrement pertinente pour les publics les plus éloignés des dispositifs classiques, notamment les aidants, souvent isolés dans leur rôle et en manque de soutien.

Résumé de la partie II

La Haute Vallée d'Azergues est un territoire rural marqué par une faible densité de population, un vieillissement important et une dispersion géographique qui compliquent l'accès aux soins. Le manque de médecins et la fermeture de certains services accentuent ces difficultés d'accès, autant pour les habitants de longue date que pour les nouveaux arrivants. Les jeunes et les ménages précaires sont eux aussi touchés par l'isolement, notamment à cause du manque de mobilité ou de ressources.

Malgré ces fragilités, le territoire reste marqué par une forte solidarité entre habitants, portée par les réseaux de proximité, les commerçants, les associations ou encore les bénévoles. Cette entraide, très présente, ne suffit cependant pas toujours à compenser les effets de l'éloignement et de la fermeture progressive des services de proximité, pouvant mener à des situations d'isolement social.

Enfin, un besoin d'écoute ressort fortement sur le territoire. Il ne concerne pas seulement les personnes en difficulté, mais une grande partie des habitants. Or, les médecins, souvent surchargés, n'ont plus toujours le temps de répondre à cette attente. Certains publics ont des besoins d'accompagnement et d'écoute particulier, comme c'est le cas des aidants, qui jouent un rôle central dans le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie mais se retrouvent souvent seuls face à la charge qu'ils assument au quotidien. Leur propre santé est alors mise en danger, faute de temps, d'écoute ou de soutien adapté.

Dans ce contexte, l'aller-vers apparaît comme une réponse pertinente pour aller à la rencontre des habitants, repérer les besoins non exprimés, et créer du lien là où les dispositifs classiques ne suffisent plus. C'est une approche qui met l'écoute au centre, et qui permet d'adapter l'action aux réalités vécues sur le terrain.

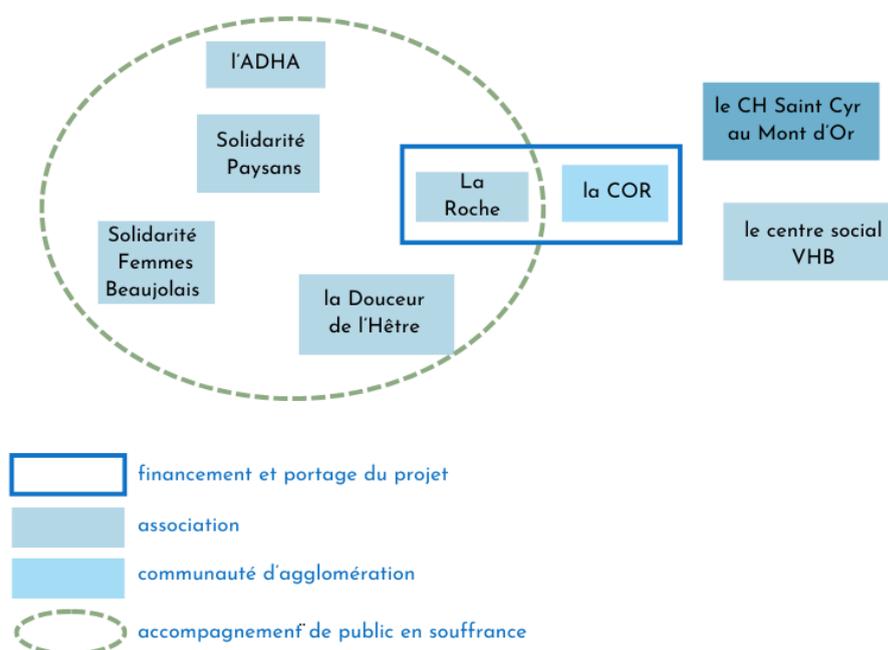
III. Des ressources nombreuses et variées à inclure dans le projet d’aller-vers

Le développement de l’aller-vers en Haute vallée d’Azergues, souhaité par le comité de pilotage et par le CLS de la COR, passe nécessairement par un appui sur les ressources locales. Elles sont présentées dans cette partie. D’abord, l’existence même du COPIL sera analysée comme une ressource préalable à des actions communes et à une meilleure interconnaissance du monde médico-social. Puis le rôle des mairies dans l’action sociale sera interrogé, avant de nous intéresser aux dispositifs d’aller vers déjà en activité sur le territoire, desquels nous essaierons de mesurer l’efficacité. Enfin, des ressources primordiales pour plus d’aller-vers mais pour le moment peu mobilisées et identifiées seront présentées : il s’agit des services et commerces de proximité, ainsi que des associations locales.

III.1. Le COPIL : une diversité de structures aux compétences multiples

III.1.1. Présentation des membres du comité de pilotage

Figure 13 : Organisation du comité de pilotage.



Réalisation : M2 GTDL DR

Le comité de pilotage regroupe huit structures implantées dans la Haute vallée d’Azergues, qui sont présentées ci-dessus (cf. figure 13). Elles agissent toutes sur le territoire, au contact de la population, et se sont réunies autour d’un constat partagé : les habitants n’ont pas toujours recours à leurs droits et soins de santé, malgré des situations parfois complexes

nécessitant une aide professionnelle. Voici une brève présentation pour chaque structure membre du comité de pilotage, basée sur des entretiens de cadrage (cf. annexe 11) :

Association La Roche

Créée en 1972, l'association La Roche accompagne les personnes en situation de handicap psychique ou de maladie mentale. Son action vise à favoriser leur insertion socioprofessionnelle, leur autonomie et leur rétablissement, en s'appuyant notamment sur l'emploi, laissant le maximum d'autonomie aux personnes accompagnées. La Roche gère plusieurs établissements : ESAT, foyers, résidences et appartements, ainsi que des services d'accompagnement (accueil de jour, SAVS). Aujourd'hui, elle soutient plus de 750 personnes avec près de 300 salariés.

Association ADHA (Aide à Domicile de Haute Azergues)

Basée à Lamure-sur-Azergues, l'ADHA intervient auprès de personnes en perte d'autonomie (âgées, en situation de handicap ou atteintes de pathologies chroniques), en leur apportant une aide au quotidien (entretien du logement, préparation des repas, accompagnement à la mobilité). Son objectif est de permettre à chacun de rester à domicile dans les meilleures conditions possibles.

Centre hospitalier de Saint-Cyr au Mont d'Or

Le CH de Saint-Cyr au Mont d'Or est un établissement public spécialisé en psychiatrie, couvrant tout le département du Rhône et une partie de la Métropole de Lyon. Avec 334 places, il dispose de pôles de psychiatrie adulte et pédopsychiatrie, ainsi que d'un service de réhabilitation psychosociale. Il est membre de la Communauté Psychiatrique de Territoire Rhône Métropole aux côtés des hôpitaux du Vinatier et de Saint-Jean-de-Dieu. Réparti sur 18 sites, il propose des soins via un réseau de CMP, CATTP et hôpitaux de jour, avec une approche pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, éducateurs, rééducateurs, etc.).

Communauté d'agglomération de l'Ouest Rhodanien (COR)

La COR pilote plusieurs dispositifs en santé, dont le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) Rhône Ouest, qui vise à renforcer la prévention et l'accompagnement en santé mentale. Elle porte également le Contrat Local de Santé (CLS). La communauté d'agglomération a mis en place des actions concrètes d'aller-vers, comme des bilans de santé gratuits (cf. annexe...) et des points d'écoute accessibles sur le territoire. Ces bilans de santé permettent de mieux orienter les patients vers des soins complémentaires si nécessaire.

Association La Douceur de l'Hêtre

Créée en 2019 et basée à Létra, l'association accompagne les aidants en facilitant l'écoute et l'accès à l'information sur leur rôle. Elle organise des rencontres, des permanences, une écoute téléphonique et des événements de sensibilisation à la santé mentale (ex : SISM). L'association soutient aussi la pair-aidance familiale et travaille à la stigmatisation des troubles psychiques.

Association Solidarité Femmes Beaujolais

L'association lutte contre les violences faites aux femmes et œuvre pour l'égalité femmes-hommes. Elle propose un espace sécurisé, gratuit et confidentiel pour accueillir, accompagner et orienter les victimes et leurs proches. Ses missions incluent des ateliers de sensibilisation aux violences conjugales, des formations accessibles à tous, ainsi que des rencontres mensuelles pour favoriser l'échange et le soutien mutuel.

Association Solidarité Paysans

Solidarité Paysans accompagne les agriculteurs en difficulté à travers une approche fondée sur l'entraide et la médiation. L'association intervient sur des problématiques diverses : endettement, accès aux droits, démarches administratives, difficultés sociales ou juridiques. Elle défend un modèle d'accompagnement entre pairs, permettant une meilleure compréhension des réalités du monde agricole.

Centre social Vivre en Haut Beaujolais (VHB)

Le centre social VHB est une association de proximité créée par et pour les habitants de la Haute Vallée d'Azergues. Il propose des activités, un accueil et une orientation des habitants, tout en accompagnant les projets collectifs et le partenariat local. Son fonctionnement repose sur l'itinérance, la participation citoyenne et l'ouverture à tous. Agréé Centre Social par la CAF, il est géré par un conseil d'administration mêlant habitants et élus. Il se veut un lieu ressource et un carrefour pour les habitants et les acteurs locaux et agit auprès de publics variés : enfants, jeunes, familles, retraités avec certaines actions à destination de tout public.

Les activités menées par le centre social peuvent avoir lieu hors les murs, dans des lieux fixes ou se déplaçant de communes en communes pour toucher le maximum de personnes possible. Une attention est particulièrement accordée au recueil des besoins des habitants et à leur écoute. En effet, des temps d'échanges avec différentes catégories de population sont organisés dans cette optique. La responsable aller vers nous expliquait se rendre régulièrement dans les clubs du troisième âge ou autre clubs fréquentés par les personnes âgées afin d'aller à leur rencontre et de comprendre les situations et besoins (individuels ou collectifs) par la discussion. Certains services offerts par le VHB, comme le relai petit enfance, ont une utilité au-delà de leur fonction initiale puisqu'ils constituent également des espaces d'échanges et d'écoute informels, particulièrement précieux pour les participants, comme expliqué par le VHB. Ces temps permettent aussi l'orientation. D'autres activités et dispositifs mis en place par le VHB seront présentés dans la suite du dossier.

III.1.2. Une interconnaissance précieuse à développer

Le comité de pilotage est principalement composé d'associations, de tailles variées et aux objectifs divers. Forts de leurs expériences de terrain et de leur contact avec des publics variés, elles ont une compréhension fine des besoins des publics qu'elles accompagnent. Les publics spécifiques représentés via les associations présentes dans le COPIL sont : les femmes victimes de violences (Solidarité Femmes Beaujolais), les personnes avec des troubles

psychiatriques (La Roche), les aidants de personnes avec des troubles psychiatriques (La Douceur de l'Hêtre), les agriculteurs en difficulté (Solidarité Paysan), les personnes âgées en perte d'autonomie (l'ADHA).

Cette diversité de publics accompagnés par ces structures est une force pour comprendre les situations spécifiques auxquels ils sont confrontés, et les besoins qui en découlent. Il semble que le partage d'information et les échanges entre les membres du COPIL sont une richesse importante pour le territoire. En effet, il est ressorti de nos échanges avec les professionnels du monde médico-social que le cloisonnement peut être un frein à l'accès aux droits et soins de santé, et à l'orientation vers les structures adaptées.

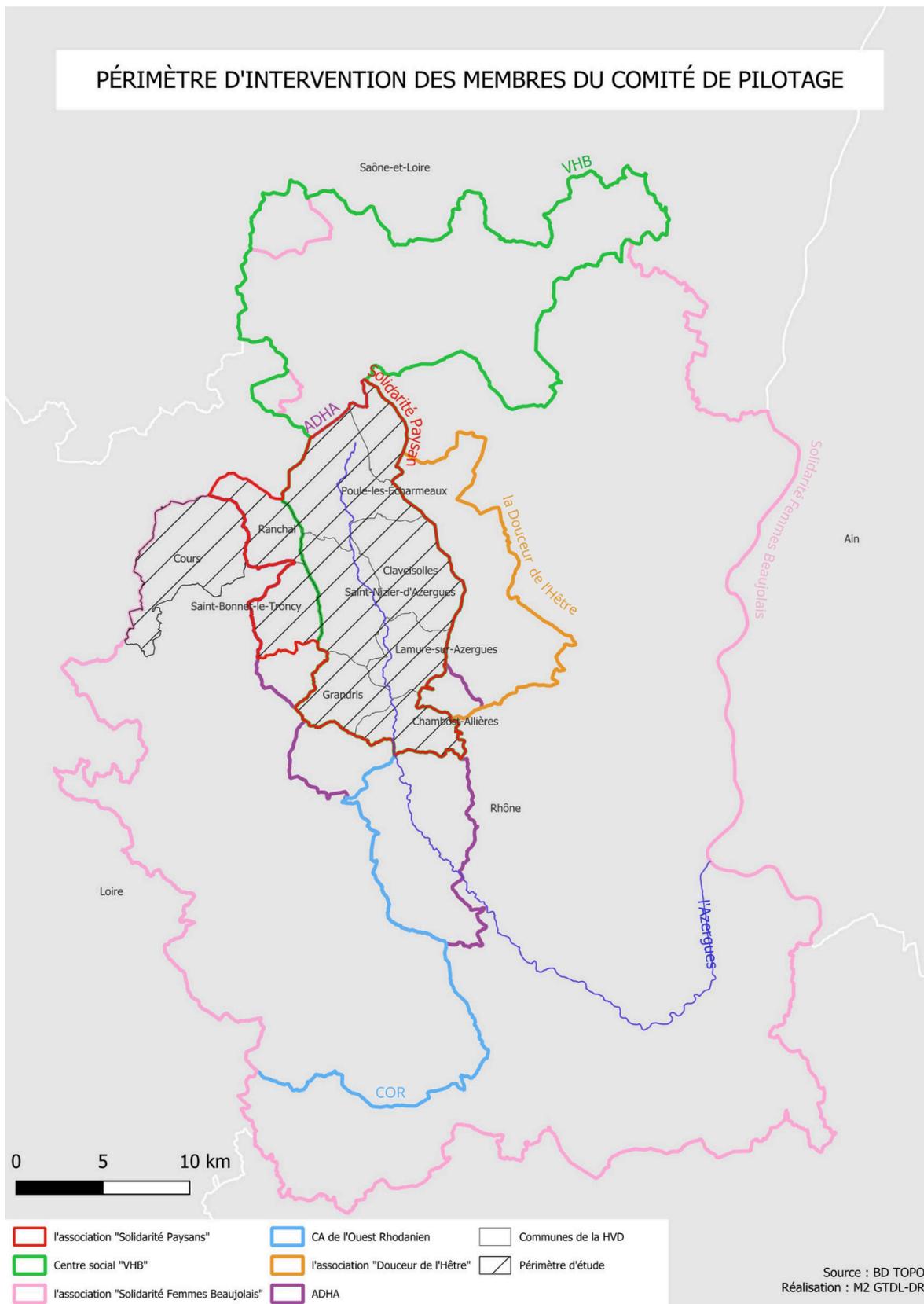
La méconnaissance de l'offre locale (professionnels sociaux et de santé, associations) est une réalité frappante, aussi bien chez les habitants que chez les professionnels. Si certains ont des bases de données et essaient d'accroître leur connaissance du territoire pour permettre une bonne orientation des personnes suivies (c'est le cas du centre VHB, des secrétariats de mairies, des points écoute, etc) ; elles sont souvent incomplètes faute de temps. La mutualisation de tels outils pourrait représenter un gain de temps non négligeable. Notons que l'information n'est pas le seul frein à l'orientation, et que la connaissance mutuelle des acteurs est primordiale. En effet, certains professionnels de santé nous ont expliqué ne pas orienter leurs patients chez des professionnels qu'ils ne connaissent pas et avec lesquels ils n'ont jamais échangé. Ainsi, des espaces d'échanges et de travail communs entre les acteurs sont utiles et importants. Le COPIL est une richesse du territoire, et pourrait être l'amorce d'une véritable dynamique globale, qui mobiliserait des acteurs variés : associations, professionnels, élus, habitants.

III.1.3. Le périmètre d'action du COPIL : une échelle adaptée ?

Au long de notre travail, nous nous sommes questionnées sur la pertinence du périmètre d'étude et d'action retenu (cf. figure 14). En effet, celui-ci a été déterminé selon l'ancien périmètre du canton, cependant cela ne correspond pas à un bassin de vie. D'ailleurs, nous appelons ce périmètre Haute Vallée d'Azergues par abus de langage mais il ne couvre pas uniquement cette vallée en intégrant des communes comme Cours et Ranchal.

L'intégration de la commune de Cours au périmètre pose particulièrement question puisqu'elle n'a pas les mêmes réalités sociales et démographiques et surtout pas le même bassin de vie. Les habitants de Ranchal et particulièrement de Cours ne se rendent en effet jamais à Lamure-sur-Azergues, qui représente une centralité pour les autres communes du périmètre. Le périmètre peut ainsi évoluer, et intégrer des communes voisines concernées par les mêmes caractéristiques que celles de la vallée d'Azergues (comme Saint-Vincent-de-Reims par exemple).

Figure 14 : Périmètre d'intervention des membres du comité de pilotage.



Réalisation : M2 GTDL DR.

III.2. Un échelon communal à (faire) intégrer dans les problématiques sociales du territoire

Depuis la loi NOTRe de 2015, les communes de moins de 1 500 habitants n'ont plus l'obligation d'avoir un CCAS. Cette loi concerne toutes les communes du territoire étudiées, excepté Cours-la-Ville. Cependant, si elles le souhaitent, elles peuvent ajouter cette ligne budgétaire dédiée aux actions sociales dans leur budget communal. Par exemple, à Saint-Nizier d'Azergues, il y a seulement une ligne budgétaire recoupée dans le budget annuel de la mairie. D'autres, comme Claveisolles ou Lamure-sur-Azergues, ont choisi de garder ces deux budgets séparés pour des raisons pratiques.

III.2.1. La commune comme acteur social de proximité

Nous avons pu réunir au cours de deux rencontres en janvier 2025 les élus de Saint-Nizier d'Azergues, Saint-Bonnet le Troncy, Claveisolles, Lamure-sur-Azergues et Grandris pour plusieurs ateliers concernant leur rôle et leur avenir (cf. figures 15 et 16).

Figures 15 et 16 : Ateliers participatifs avec des élus, janvier 2025.



Réalisation : M2 GTDL DR.

Le centre social VHB avait déjà tenté fin 2022 de les réunir pour les sensibiliser aux questions sociales mais s'était vu confronter à des difficultés d'implication sur le long terme. En effet, le CCAS est considéré comme un organe officiel au rôle purement administratif. « *On n'a pas besoin du CCAS pour créer dans la solidarité dans la commune* », nous explique un des élus. De plus, l'échelon local est fortement sollicité, la mairie étant l'interlocutrice principale et « *un repère pour beaucoup de personnes* ». Certains agents communaux jouent même parfois « *un rôle d'assistante sociale* », comme c'est le cas à la l'agence postale d'une des communes. De plus, « *dans les petits villages, les CCAS sont tout petits en moyens humains, mais aussi en termes de temps [de réunion]* », car ce sont souvent les mêmes personnes impliquées dans toutes les actions d'animations de la vie des bourgs. Dans ces espaces, les gens sont aussi intégrés à beaucoup d'autres associations, avec des petits budgets, ce qui limite leur portée d'action. Dans les petites communes, le CCAS disparaît, et ce sont « *des gens engagés qui participent à la vie sociale locale* ». Les élus remarquent également un problème de regroupement, pour des raisons d'économie et d'efficacité, mais qui a pour

conséquence de « *se couper de la proximité qui est la grosse richesse des communes* ». Une autre limite soulignée est le manque de présence de la Maison du Rhône sur le territoire, qui fait des permanences le mardi et le jeudi après-midi, ce qui ne semble pas suffisant. Les assistantes sociales se délocalisent près de Villefranche, et « *ne connaissent plus les situations [locales], contrairement à avant* ». Ce déplacement rend compliqué le lien communal avec les services sociaux départementaux et la continuité du suivi des habitants.

III.2.2. Les missions du CCAS, un organe administratif à faire évoluer

Les communes ont principalement des missions d'aides financières d'urgence, du portage des repas et colis des anciens ; quand elles en font plus, comme de l'animation socioculturelle par exemple, c'est selon la sensibilité de l' élu en charge. Certaines communes possèdent des logements d'urgence, principalement sollicités par l'association Solidarité Femmes Beaujolais. D'autres sont en lien avec les commerces locaux, notamment pour les bons alimentaires. Pour certains, le rôle du CCAS est d'avoir « *une ouverture nécessaire pour leur trouver [aux habitants] du boulot, de mettre en relation les gens avec les structures* ». En effet, est ressorti lors des ateliers un exemple de mise en lien d'une mère de famille pour un travail à la cantine communale ; cela reste cependant à la marge car « *il faut que les gens osent demander* », nous explique un élu. En effet, c'est beaucoup de cas par cas, car il y a peu de demandes (de l'ordre de trois ou quatre par an sur chaque commune à peu près). Il n'existe ainsi pas de public cible, par manque de public tout court. De plus, les élus ne veulent pas s'immiscer dans le rôle de la famille. Il n'y a intervention de la mairie que lorsque la famille est loin ou partie.

On observe que les actions visant l'accès aux soins et à la prévention sanitaire sont presque inexistantes (malgré la création récente de maisons de santé sur certaines communes), alors qu'un élu nous explique que « *les communes devraient être dans le préventif* ». Or, le repérage de signes de vulnérabilité sociale bien identifié par certains élus peut malgré tout servir dans le cas où la personne ne demande aucune aide : on nous souligne l'existence de « *personnes dont on constate les problèmes de santé mais si ces personnes ne souhaitent pas avoir de l'aide, le CCAS ne sait pas comment s'y prendre* ». Ces territoires auront à déployer une intervention sociale de proximité, encore aujourd'hui placée sous la responsabilité conjointe des départements et des communes, celles-ci pouvant jouer le rôle de « *facilitatrices à leur échelle* ». En raison de cloisonnements, nous soulignons la présence d'une intervention sociale polymorphe et le besoin de réfléchir de façon plus approfondie à la manière dont pourrait se déployer une action fondée sur la médiation et l'animation socioculturelle, pour des publics qui ne sont pas habitués à utiliser les dispositifs existants, comme nous l'explique un élu : « *les gens d'ici ne demandent jamais d'aide* ». Plusieurs propositions sont ressorties lors des ateliers participatifs avec les élus en janvier 2025. On nous exprime la volonté de créer du lien intergénérationnel, « *pour des jeunes [qui] ne trouvent pas leur place dans ces villages vieillissants* ». Certains ont fait le lien entre le projet sentinelle (présenté plus bas), afin d'inclure tous les habitants à se sentir impliqués dans l'attention aux autres. Ce « *chapeautage communal* » est permis par le poids de la mairie dans la mise en lien avec les acteurs locaux. Ils pourraient par exemple mettre en lien des personnes en demande et des

professionnels de santé, via un centre de ressources mis en commun. Les communes de Claveisolles et Saint-Bonnet-le-Troncy ont des projets d'habitats collectifs, certains en délégation des compétences de gestion et d'animation avec l'ADHA (c'est le cas de Claveisolles par exemple).

III.2.3. Des difficultés à cibler des publics: un frein à l'action sociale

Une des missions du CCAS est de tenir de à jour un fichier des bénéficiaires d'une prestation sociale (légale ou octroyée au titre de la politique d'action sociale de la ville et de son CCAS) et de réaliser annuellement une analyse des besoins sociaux de la population sur le territoire communal. Ce sont des outils de connaissance et de compréhension de la situation sociale de la commune, qui permettent d'identifier les problématiques, les réponses existantes, les points de vigilance et/ou d'aggravation... Ce sont de véritables leviers d'aide à la décision pour les élus locaux. Cependant, cet exercice est moins répandu dans les petites communes que dans les grandes : en 2014, 11 % des communes de moins de 1 500 habitants l'ont mis en œuvre contre 76 % de celles de plus de 30 000 habitants¹⁹. Au travers de ces ateliers, nous soulignons la difficulté de « capter » l'ensemble des habitants, car ces analyses, qui permettent une compréhension fine des besoins, ne sont pas réalisées. Nous observons également une relative diversité au niveau de l'implication des uns et des autres dépendant de la sensibilité de chacun et une absence de demande d'aides d'usagers potentiels des dispositifs existants. Dans ces conditions, des médiations seraient à établir en vue d'atteindre plus directement les personnes qui se trouvent en situation d'infra-assistance²⁰ ou n'ont guère l'habitude de solliciter l'aide d'autrui. Cela s'amène par des changements dans les imaginaires collectifs des habitants et dans les représentations guidant l'action communale. En effet, pour faire évoluer les pratiques, il est nécessaire de changer les paradigmes, parfois obsolètes, dans lesquels elles sont enracinées. Pour ce faire, nous constatons au travers de nos entretiens et les ateliers participatifs un besoin d'échanges entre acteurs et partenaires du territoire sur les dispositifs existants, leurs modalités et leurs domaines d'intervention dans l'objectif de mener à long terme un réel projet social pour la Haute Vallée d'Azergues.

Nous soulignons que le CCAS se projette peu dans ses missions, pour les raisons évoquées ci-dessus. Ainsi, il pourrait être intéressant de travailler avec eux, à long terme, pour les sensibiliser et les impliquer davantage aux problématiques sociales.

III.3. Les dispositifs d'écoute et d'aller-vers déjà en place sur le territoire

Il existe sur le territoire plusieurs dispositifs d'aller-vers et d'écoute, qui ont pour but d'accompagner des personnes en situations de fragilité sur différents aspects (cf. annexe 12). Il s'agit de l'équipe mobile du BUSS des AJD, du point écoute de la COR et de l'équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP), dont les activités respectives sont détaillées ensuite.

¹⁹ Abdouni, S. (2017). En 2014, huit communes sur dix mènent une action sociale. Premiers résultats de l'enquête ASCO. DREES, Études et Résultats.

²⁰ C'est-à-dire qui ne demandent de l'assistance que ponctuellement.

L'objectif commun de ces dispositifs est l'entrée des personnes prises en charge dans un parcours de soin ou l'accès à des droits sociaux ou services de santé adaptés à leurs situations.

III.3.1. Le BUSS : équipe mobile pluridisciplinaire

Le BUSS est une équipe mobile pluridisciplinaire itinérante qui agit sur le territoire de la Haute vallée d'Azergues. Ces actions sont une application concrète des principes d'aller-vers et nous semblent particulièrement pertinentes pour favoriser un meilleur accès aux droits et soins de santé (cf. figure 17).

Figure 17 : Flyer de présentation du BUSS.

Fondation AJD
Maurice Gounon
Plateforme Adultes & Insertion
+ AIDE +

B.U.S.S.

Equipe mobile du Bureau santé social

1 Travailleur social 1 infirmière 1 psychologue

- Accueil / café pour tous : avec ou sans RDV
- Santé mentale : Point Écoute Adultes
- Prévention santé : bilan infirmier
- Soutien social : accès aux droits
- Dépannage premières nécessités
- Réseau partenarial médical et social

Carte des communes desservies : Amplepuis, Cours, Grandris (en attente), Poule-les-Echarmeaux, Haute - Rivoire, Sainte-Foy-l'Argentière (en attente), Saint-Laurent-de-Chamousset, Chambost-Allières, Cublize, Les Sauvages, Thizy / Bourg de Thizy, Aveize.

Contacts
06.47.06.38.77
@buss@fondation-ajd.com

Avec le soutien de :
PRÉFET DU RHÔNE LE DÉPARTEMENT, ars Agence Régionale de Santé, Assurance Maladie, ALANCI RELAY, HANCIERIE FARMACIE, BIOMERIEUX, Cal du Rhodan.

Source : BUSS des AJD.

La fondation des AJD

Le BUSS est géré et co-financé par la fondation des AJD. Leur site présente la structure comme telle :

« La Fondation AJD Maurice Gounon est une fondation reconnue d'utilité publique qui agit principalement dans le domaine de la protection de l'enfance et de l'accompagnement social. Elle est aussi un des principaux acteurs de la région lyonnaise dans le secteur de l'hébergement, de l'insertion par le logement et par le travail. [...] Depuis 80 ans, la Fondation AJD aide et accompagne les personnes les plus fragiles pour qu'elles retrouvent leur place dans la société et construisent leur avenir. [...] La Fondation AJD gère et anime une vingtaine d'établissements et services à caractère social :

- des maisons et foyers pour l'enfance et l'adolescence,
- des centres d'hébergement pour adultes,
- des services de prévention et d'accompagnement social,
- des logements pour l'insertion des jeunes de 16 à 30 ans,
- des ateliers d'insertion professionnelle,
- des dispositifs diversifiés pour lutter contre la violence faite aux femmes.

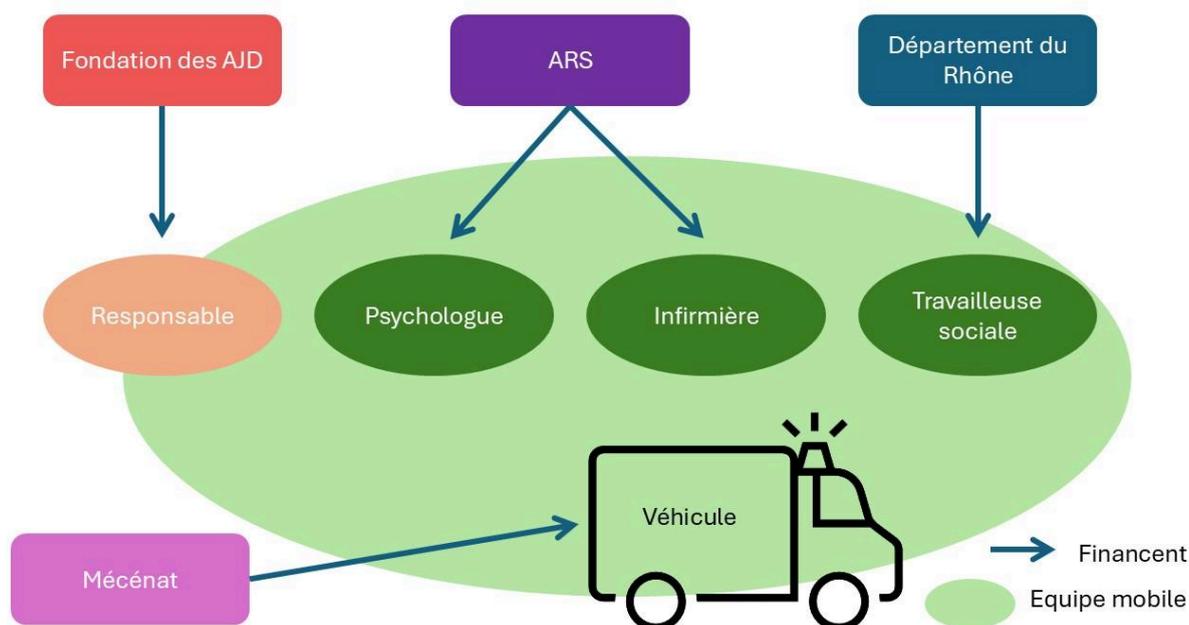
L'ensemble de ce dispositif permet une réponse souple et adaptée aux besoins de chacun ».

Un dispositif d'aller-vers efficace

La pluridisciplinarité de l'équipe du BUSS permet aussi une meilleure prise en charge et orientation lors de situations complexes, qui nécessitent un accompagnement au-delà d'une simple prise en charge médicale. L'objectif principal, en accord avec les principes d'aller-vers, est d'instaurer un dialogue avec les habitants ou l'écoute est au centre, afin d'identifier les différentes problématiques et proposer une orientation vers les structures adaptées du territoire.

Le BUSS de la fondation des AJD est une des structures qui représente le plus la mise en place de démarches d'aller vers sur le territoire. En effet, le déplacement physique dans les communes permet de toucher un plus grand nombre d'habitants. De plus, la participation aux démarches d'aller-vers mises en place par le VHB (comme la rencontre devant la pharmacie de Lamure-sur-Azergues par exemple) permet de toucher de nouvelles personnes. Les permanences sont l'occasion de toucher un nouveau public de manière plus informelle, en entamant simplement la discussion avec les personnes rencontrées (la présence sur l'espace public permet d'informer les passants). La travailleuse sociale du BUSS explique que lors de leurs permanences, certains veulent juste boire un café et discuter, dans un espace informel qui « *libère la parole* ». Le lien social formé par l'écoute est ainsi vecteur de bonne qualité de vie et de santé, particulièrement de santé mentale.

Figure 18 : Sources de financement du BUSS.



Réalisation : M2 GTDL DR.

Le schéma ci-dessus (cf. figure 18) présente les différentes sources de financement de l'équipe mobile du BUSS. Le financement ARS du BUSS, qui finance deux postes (psychologue et infirmière) « vient tout juste d'être sécurisé », nous explique le responsable du BUSS, alors qu'il devait être renouvelé annuellement jusqu'en janvier 2025. Actuellement les activités du BUSS correspondent au maximum atteignable avec le budget dont ils disposent. Pour continuer à étendre les activités de l'équipe mobile, il serait donc nécessaire de trouver de nouveaux financements.

III.3.2. Le point écoute de la COR, un dispositif très sollicité

En 2023, le Point Écoute Psychologique de la COR a accompagné 51 bénéficiaires, avec une moyenne de 4,9 séances par personne, certaines prises en charge allant jusqu'à 16 consultations²¹. Le service fait face à une forte demande, avec 17 patients en attente, et un délai moyen de 76 jours avant la première consultation²².

Le public accueilli est majoritairement féminin (78,2 %). Les personnes suivies ont de 5 à 79 ans avec un âge moyen de 34 ans. Beaucoup sont en situation de précarité, notamment des personnes sans emploi. L'orientation vers le point écoute se fait souvent via des partenaires sociaux, notamment les assistantes sociales scolaires, la MDR et La Roche. Si le point d'écoute de la COR est très actif, il bénéficie cependant peu aux habitants de la Haute vallée d'Azergues, par sa localisation à Tarare et Thizy-les-Bourgs. Nous remarquons une disparité

²¹ Bilan statistique des activités du point d'écoute, fourni par la COR

²² Idem.

d'accès entre les communes avec sept personnes suivies habitant à Cours (11,8 % des personnes suivies par le point écoute en 2023) contre seulement deux pour tout le reste de la vallée (4 % des personnes suivies par le point d'écoute en 2023).

Les bénéficiaires rencontrent des difficultés variées : angoisse, dépression, isolement, violences conjugales et sexuelles, addictions ou encore troubles non diagnostiqués, comme expliqué par le psychologue de la COR. Beaucoup sont en dehors des radars médicaux et n'ont jamais consulté de psychologue auparavant. Elle nous explique que face à l'offre inexistante sur le territoire, une dérogation a permis d'accueillir des jeunes dans ce dispositif, normalement destiné exclusivement aux adultes. Environ 80 % des jeunes reçus font face à des problématiques de harcèlement scolaire, de phobie scolaire, d'automutilation ou de tentatives de suicide. Pour améliorer leur prise en charge, la création d'un Point Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) serait souhaitable, sur le modèle du point écoute adulte. De plus, des groupes de parole (notamment sur les troubles alimentaires et les violences) pourraient être mis en place, mais le manque de moyens empêche la concrétisation de ces ambitions.

III.3.3. L'Équipe Mobile Précarité Psychiatrie : un dispositif d'accompagnement sur le terrain

L'Équipe Mobile Précarité Psychiatrie (EMPP) intervient auprès des personnes en situation de précarité et de souffrance psychique, souvent éloignées des soins. Créée en 2022, elle a connu plusieurs évolutions avant de se stabiliser. Aujourd'hui, l'équipe est composée de 1,5 équivalent temps plein (ETP) d'infirmiers.

L'EMPP est sollicitée par des travailleurs sociaux et structures d'accueil d'urgence (CCAS, associations caritatives, assistants sociaux, hébergeurs d'urgence, France Travail) pour évaluer des situations complexes. L'évaluation se fait en présence du travailleur social référent, afin de faciliter l'introduction auprès de la personne concernée. L'accompagnement repose sur la coopération volontaire de la personne : sans adhésion, le suivi ne peut être maintenu comme nous a expliqué une infirmière de l'équipe entretien avec l'équipe Mobile Précarité Psychiatrie. Une fois l'évaluation réalisée, l'équipe oriente les bénéficiaires vers des soins adaptés, notamment vers les Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou l'hôpital psychiatrique. Cependant, les délais de prise en charge sont longs, pouvant atteindre six mois avant un premier rendez-vous. Face à ces délais, l'EMPP assure un suivi relationnel temporaire, servant de tampon entre l'évaluation et l'accès aux soins.

Ces rencontres régulières peuvent avoir lieu dans des espaces informels et ne portent pas forcément sur le soin à chaque rencontre. L'objectif est de maintenir un lien, créer une alliance thérapeutique et instaurer une confiance pour accompagner progressivement vers une prise en charge plus durable, explique l'infirmière de l'EMPP. Le dispositif a une approche basée sur les principes d'aller-vers et de flexibilité, s'adaptant aux personnes suivies. Par exemple, l'infirmière peut rencontrer les personnes dans des lieux qui leur conviennent : cafés, parcs, domiciles ou même dans des espaces d'activités comme un cours de couture. L'objectif est de

réduire les freins à l'accompagnement en s'adaptant aux besoins et aux habitudes des personnes suivies.

L'EMPP intervient principalement sur Villefranche-sur-Saône, Tarare et Alix, notamment auprès de structures comme le foyer Notre-Dame des Sans-Abris. Elle agit pour le moment peu sur le territoire étudié. Ses restructurations ces dernières années n'ont pas permis de faire connaître l'EMPP à tous les professionnels médico-sociaux du territoire. Le développement de cette interconnaissance avec les professionnels du territoire est une ambition de l'équipe mais le périmètre d'action très étendu qu'il couvre rend cela difficile à mettre en place.

Les points d'écoute permettent une entrée dans un parcours de soins avec une orientation vers des professionnels adaptés. En effet, ces dispositifs ne sont pas faits pour établir un suivi de longue durée et sont supposés se limiter à des interventions ponctuelles en attendant une prise en charge par d'autres structures si nécessaire. Cette question de l'orientation pose problème. En effet, sur le territoire on fait face à une raréfaction de l'offre de services médicaux et psychiatriques. Le CMP par exemple, vers qui les points d'écoute peuvent orienter les habitants est particulièrement plein : orientation des personnes du CMP vers le point écoute alors que ça devrait être l'inverse. CMP a stoppé la prise en charge d'un aidant que nous avons rencontré pour motif qu'il a eu un empêchement à un rendez-vous. Le CMP de Grandris est également en cours de cessation de ces activités. Ainsi, les principales limites de ces dispositifs d'écoute et d'aller-vers sont le manque de moyens et des difficultés d'orientation.

III.4. Des ressources moins identifiées à mobiliser afin de déployer la posture d'aller-vers

Notre deuxième semaine de terrain a été l'occasion de rencontrer des personnes dont le travail, l'activité associative ou les habitudes impliquent d'être dans une situation de dialogue avec du public. Nous avons ainsi discuté avec des associations sportives, de loisirs, des secrétaires de mairie, des pharmaciennes, des vendeurs et vendeuses sur le marché, des barmans, des agents de la Poste, etc. L'objectif principal de ces discussions était de définir dans quelle mesure l'activité qu'ils exercent sur le territoire les amène à voir et appréhender des situations délicates (précarité, violences, instabilité psychologique...), afin d'éventuellement les intégrer à une des pistes d'action que nous souhaitons mettre en place (le dispositif sentinelles, nous y reviendrons).

Dans cette partie, nous présenterons dans un premier temps les commerces identifiés, puis les associations locales et la société civile ; avant d'expliquer l'intérêt de les intégrer à une démarche d'aller-vers.

III.4.1. Les services et commerces de proximité : un contact privilégié avec les habitants au quotidien

A partir de la semaine de terrain, nous avons pu identifier certains lieux particulièrement intéressants à considérer comme ressource pour leur proximité avec la population :

- Différents types de commerce, comme les salons de coiffure, qui sont des espaces de discussion plus ou moins intime selon le type de relation entretenue entre le coiffeur et le client ;
- Les pharmacies, où des professionnels sont à l'écoute ;
- La Poste ou d'autres types de services. D'après notre terrain, ce sont des lieux de rencontre et de discussion, particulièrement pour les personnes âgées ;
- Les mairies, via les secrétaires et/ou les maires ;
- Les bars et cafés, eux aussi des lieux de rencontre et discussion ;
- L'école, où peuvent être identifiées des situations difficiles au niveau des enfants, et au niveau de la famille ;
- Les associations (voir sous-partie suivante).

Au sein de ces lieux, certains membres du public jouent un rôle d'écoute et d'orientation de la population vers des structures du médical et/ou du social, de manière informelle : parce que c'est leur métier (on peut notamment penser aux pharmacies), ou plus simplement par réflexe, celui de s'enquérir de la situation de telle ou telle personne connue.

Plusieurs exemples de ce type sont ressortis sur le territoire. Une agente postale nous a expliqué qu'elle entretient un lien quotidien avec les habitants de la vallée qui viennent la voir, qu'ils y vivent de longue date ou qu'ils viennent de s'installer. Elle écoute et oriente, *« comme [elle] le ferai[t] pour [s]a famille »*, à la fois vers la mairie, le PIMMS, la MDR. Généralement, les nouveaux habitants viennent se présenter à la Poste, envoient du courrier, et au fur et à mesure commencent à raconter leur vie : *« on ne sait pas trop ce qu'il faut dire »*, mais selon elle, ça se voit *« au visage »*. Son travail lui permet ainsi d'être au courant de situations sur le territoire, qu'elle peut transmettre aux conseillers de la mairie quand c'est nécessaire ; elle a aussi un lien avec les commerçants communaux, avec qui elle peut communiquer discrètement sur des sujets sensibles. Ainsi, sa position la met face à un public nombreux, en demande d'écoute, une demande exacerbée pendant l'épidémie de Covid-19. Les gens venaient à la Poste, *« sous prétexte qu'ils souhaitaient acheter un timbre »*, mais en réalité, *« ils voulaient juste parler »*.

De la même manière, certains commerçants exercent un rôle de ce type. Dans un bar tabac et services de la vallée, les gérants, très à l'écoute, indiquent que les clients viennent très souvent leur parler, car ils sont dans le besoin, ils sont isolés. Ainsi, ils font de l'orientation

vers des professionnels de santé, et à une occasion, ils ont pu amener une cliente à Lyon pour un rendez-vous médical. Globalement, sur les dix communes d'étude, ces discours de commerçants et travailleurs communaux soucieux des situations des habitants sont revenus à quelques reprises dans nos entretiens.

Au-delà de ces personnes, les travailleurs du milieu médico-social sont aussi à mobiliser pour développer l'aller-vers sur le territoire. En effet, une des salariées d'une pharmacie de la vallée nous explique qu'ils travaillent au contact de la population, mais qu'ils ne sont pas dans l'identification, quand bien même ils pourraient « être [une] ressource ». Elle se sent « parfaitement légitime » à orienter des clients. Selon elle, cela fait partie de son travail. De même, les salariés du centre social font du repérage de personnes en difficulté : la posture d'écoute est inhérente à leur attitude de travail, et ce sont ainsi des personnes à mobiliser.

III.4.2. Société civile et associations : une richesse locale non négligeable à mobiliser

Le tissu associatif local

Le tissu associatif de la Haute vallée d'Azergues semble être largement tourné vers les loisirs mais aussi la sociabilité. Les associations sont des espaces privilégiés de rencontre des habitants entre eux.

Il existe de nombreux clubs sportifs et associations, véritables espaces de rencontre pour les jeunes et moins jeunes. Ils peuvent être des espaces privilégiés, d'échanges et d'écoute, notamment vis-à-vis des formateurs. La présidente du FC Lamure nous explique qu'elle « connaît les jeunes donc [elle] voit rapidement si ça va pas trop ». Elle nous explique que les parents viennent également discuter des difficultés qu'ils peuvent avoir avec leurs enfants. La professeure de danse de Grandris nous raconte être vigilante : « si on ne va pas bien, ça se voit tout de suite dans le corps ». Elle repère alors les fragilités mentales des adolescents (TDAH, hyperactivité, souci physique) ainsi que les problèmes psychologiques des adolescents (dépression, soucis familiaux ou angoisse personnelle). Les parents sont pris à partie dans le cas d'absence répétées, par un appel ou une sollicitation.

Il existe ensuite de nombreux clubs de jeux et clubs pour anciens, ce qui témoigne de l'importance de ces espaces de rencontres. Ces clubs créent de la rencontre entre les villages, comme c'est le cas à Poule-les-Echarmeaux où les adhérents viennent de Lamure-sur-Azergues, Chauffailles, Grandris, St-Niziers-d'Azergues, Chénelette ou encore Tarare. Ils sont « contents de se voir et de jouer ensemble », et font particulièrement attention aux personnes malades (le président prend de leurs nouvelles et les transmet au groupe). D'ailleurs, une association a spécialement été créée pour répondre à ce besoin de sociabilité : « Un peu de lien » à Saint-Bonnet-le-Troncy. Créée en 2019, elle réunissait une trentaine de personnes avant la pandémie. Ce succès s'explique par l'implication des fondatrices, qui ont fait du porte à porte auprès de tous les habitants de la commune lors du lancement de

l'association. Cela a permis d'intégrer des gens qui n'étaient pas visibles auparavant sur la commune, qui sont maintenant impliqués au Comité des fêtes. Ces rencontres régulières permettent de rompre l'isolement des personnes âgées et d'intégrer les nouveaux arrivants à la commune. Cependant, ce genre d'initiative n'est pas adapté au profil de tous les villages. « *Chaque village a son énergie* » nous révèle un élu ; « *ce n'est pas applicable partout, par exemple à Claveisolles à chaque manifestation, c'est noir de monde* ». Cela s'explique par leur emplacement géographique : selon un autre élu, « *c'est parce que ce sont des villages de fond de vallée, de bout du monde* ». Ces clubs des anciens, présents notamment à Lamure-sur-Azergue, Chénelette, Grandris et Claveisolles, sont bien des supports de sensibilisation pour le VHB, où la responsable aller-vers du centre social VHB nous explique y « *faire de la veille et de l'écoute pour s'informer sur ce qui se passe sur le territoire* ». Elle les rencontre une à deux fois par trimestre, ce qui permet d'installer une relation de confiance.

Les comités des fêtes sont présents dans chaque commune et participent à créer des espaces des rencontres entre habitants via l'organisation d'événements ponctuels. Pour les jeunes, la fête des Conscrits est ancrée culturellement dans le bassin de vie de Villefranche. Les jeunes nés la même année s'affirment d'une même « classe », ce qui est vecteur de rencontre au sein d'une même génération. Cela participe également à créer un réseau de solidarité intergénérationnelle, car les autres « classes » sont amenées à se retrouver en « décade ». Cependant, cette culture locale est menacée par la mobilité des populations. De plus, la différence de l'autre peut être vecteur d'exclusion (on nous a rapporté l'exemple d'une jeune qui n'a pas fini ses conscrits car elle ne mangeait pas de viande).

Enfin, l'existence d'associations de solidarité permet à certains publics particuliers de trouver des espaces dans lesquels ils peuvent être accueillis et pris en charge. Nous recensons Solidarité Paysans, Solidarité Femmes Beaujolais, l'ADHA, ou encore les Restos du Cœur. Ces associations locales accompagnent des personnes en souffrance et sont les premiers contacts pour déceler les fragilités des habitants.

La mobilisation des bénévoles : la pierre angulaire du monde associatif

Nos échanges et nos observations ont mis en avant un tissu associatif dynamique sur le territoire mais des inquiétudes ont été exprimées quant à sa pérennisation. En effet, il est difficile de renouveler l'effectif des associations organisant des événements festifs. En leur sein, les jeunes se font rares, ce qui à terme représentera un frein à la continuité de cette vie locale active.

Nous constatons également que vieillir dans la vallée est un défi, et que ce défi est exacerbé pour les personnes fraîchement retraitées, dans un territoire où un tiers de la population a plus de 65 ans. Pour un élu de Claveisolles, « *à 65 ans et en pleine santé, si ce n'est pas inné de s'occuper, on a du mal à organiser sa retraite* ». Le bénévolat semble alors être une solution pour les maintenir actifs, « *les encourager à faire des activités et les sortir de l'ennui* ». Il faudrait pour certains habitants réussir à enclencher un mouvement de bénévolat, afin de dynamiser et « *de réapprendre à vivre ensemble* ». En effet, le bénévolat semble apporter des bienfaits aux personnes rencontrées : « *on tend la main vers les autres, on sert à quelque*

chose » nous explique une bénévole du centre social de Cours. « *ça conserve, c'est valorisant de sortir du système individualiste* », nous explique un autre bénévole. Le bénévolat apparaît alors comme un levier essentiel pour leur rompre l'isolement. Plusieurs témoignages ont en effet mis en avant son rôle structurant dans le maintien du lien social. Il offre aux personnes disposant de temps libre, l'opportunité de s'impliquer activement dans la vie locale, tout en bénéficiant eux-mêmes de relations sociales régulières. Une bénévole de la Croix-Rouge illustre cette réalité en expliquant que son engagement associatif lui a permis de lutter contre sa propre solitude : « *je suis retraitée donc j'ai du temps. Mais ça répondait surtout à mon envie de casser mon propre isolement* ».

De plus, certains habitants sont demandeurs pour être bénévoles mais ne parviennent pas à trouver quelque chose qui leur correspond. Un dispositif de mise en relation de personnes qui ont besoin d'un service et de personnes qui peuvent le rendre avait été créé il y a 3 ans par le centre social VHB. Dans ce dispositif Entraide-Habitants, beaucoup de services tournaient autour de la mobilité (aller faire des courses, aller à un rendez-vous médical...). Le reste concernait essentiellement la convivialité, les sorties balade et le petit bricolage. Une salariée du centre appelait tous les mois les bénéficiaires, sans quoi certains services n'étaient pas demandés. Cela prend du temps et de l'énergie pour le centre, les moyens humains étant limités. Au fur et à mesure du dispositif, le nombre de bénévoles est à la baisse, par manque de disponibilité principalement. Le constat de ce dispositif est bien la difficulté de mobiliser à long terme des personnes et le renouvellement des personnes proposant des services. Ce dispositif existe toujours, mais est peu investi par les habitants.

III.4.4. Penser un dispositif de soutien des habitants par les habitants : des limites et besoins à appréhender et anticiper

Mobiliser les habitants dans le but de venir en aide à la population n'est pas chose aisée. Lors de nos semaines de terrain, la phrase « *ce n'est pas mon rôle* »²³ est revenue assez régulièrement chez les personnes au contact du public que nous sommes allées interroger. Le sentiment que cette fonction n'a pas à être remplie par les commerçants ou les secrétaires de mairie a été assez largement partagé sur le territoire, même si certains se sont montrés volontaires. Une de nos pistes d'action vise en effet à formaliser cette aide qui est déjà proposée naturellement (et par cela créer des sentinelles : des individus prêts à écouter, repérer et orienter des personnes en situation fragile, voir IV., Objectif 1, « Structurer un réseau de sentinelles »), ce qui, pour de nombreux habitants, n'a pas à être, dans le sens où il est exercé de manière informelle.

Sur une des communes de la HVA par exemple, il y a un repérage des enfants qui ne mangent pas assez à la cantine ; l'information remonte ensuite à la mairie et à l'école pour ne pas alerter les parents dans un premier temps, qui tentent de gérer le problème en interne : « *Ils font déjà le travail de sentinelle d'une certaine manière.* », nous informe un élu lors d'un des deux ateliers participatifs réalisés début janvier avec les élus du CCAS des communes de la vallée. Les élus se sont en effet interrogés sur les sentinelles. Ils considèrent que nommer

²³ Extrait d'entretien avec une secrétaire de mairie du territoire, réalisé le 16/01/2025.

quelqu'un une sentinelle, « *c'est lui donner une responsabilité et un rôle qui ne sont pas les siens mais qu'il [ou elle] remplit déjà* » de manière informelle. L'idée sous-jacente de ce propos, qui s'est aussi ressentie auprès des personnes interrogées sur le sujet, c'est que formaliser ce rôle pourrait être une entrave à sa bonne réalisation, qui est souvent fondée sur du bon sens, mais aussi sur des affinités (connaissances, réseau sur le territoire) et sensibilités propres à chacun (écoute, empathie...).

L'enjeu est ainsi double : d'une part, il s'agit de développer la mobilisation d'une partie de la population, en contact avec le public, sur le territoire, afin de mieux écouter les habitants, et leur offrir une possibilité de faire leur entrée dans le parcours de soin grâce aux conseils de membres du public formés, et d'autre part, il s'agit également de mettre en avant ce qui est déjà existant (des individus au contact du public soucieux de leurs patients, de leurs clients) sans forcément le formaliser, au risque d'abîmer des relations construites sur un lien de confiance naturel qui n'a pas toujours à être encadré par une organisation externe.

Au-delà des enjeux décrits dans les paragraphes de la sous-partie précédente, les entretiens de terrain ont fait ressortir des freins qui les empêcheraient de se mobiliser pour venir à l'aide des plus fragiles. Ces dernières nous renseignent aussi sur les publics-cibles.

Les différentes discussions avec ces acteurs ont mis en lumière les publics fragiles du territoire, qui sont variés : les personnes âgées sont souvent citées, car elles sont particulièrement touchées par les problématiques d'isolement, et car ce sont aussi celles qui ne se sentent « *plus capables de rien* »²⁴. De même, quelques jeunes sous tutelle sont aussi dans des situations délicates. D'autres publics sont également revenus : les aidants, les personnes atteintes de maladies de démence (type Alzheimer), les personnes en détresse psychologique (risque de suicide, par exemple), victimes de violences (domestiques, familiales, infantiles)... Le panel des publics touchés est très large, ce qui complique le repérage, qui peut être compliqué quand il est effectué par des individus qui ne proviennent pas du monde médico-social. Un des enjeux qui découle de ce constat est la nécessité d'accompagner les sentinelles volontaires dans leur rôle, ce qui passe notamment par la proposition de formations, un sujet que nous évoquerons plus tard dans le dossier.

Un critère qui revient beaucoup est celui du temps. Nous sommes allées à la rencontre des secrétaires de mairies pour les interroger sur leur éventuelle mobilisation, mais ils et elles sont déjà débordés : « *on a beau dire que ça prendra pas beaucoup de temps, mais on a déjà tellement de choses à gérer que ce n'est pas possible* »²⁵. De même, lors d'un atelier participatif réalisé avec des élus en janvier, nous avons pu entendre de la part d'un maire qu'ils sont déjà « *sur tous les fronts* ». Globalement, ce constat interroge : il met en lumière la surcharge des mairies et leur sur-sollicitation ; est-il ainsi pertinent d'engager sur des projets l'échelon déjà surchargé ? Bien sûr, la prise en compte en cas-par-cas reste intéressante : quelques secrétaires de mairie nous ont indiqué être ouvertes à la formation, si elles ne durent pas plus d'une « *demi-journée, une journée max* »²⁶.

²⁴ Extrait d'entretien avec une agente communale du territoire, réalisé le 16/01/2025.

²⁵ Extrait d'entretien avec une secrétaire de mairie du territoire, réalisé le 15/01/2025.

²⁶ Extrait d'entretien avec une secrétaire de mairie du territoire, réalisé le 14/01/2025.

L'absence de connaissance de l'offre de santé sur le territoire est aussi un frein à la mobilisation d'une partie des habitants du territoire. En effet, si les professionnels du médico-social ont un réseau plus étendu dans le domaine, ce n'est pas le cas d'autres publics comme les commerçants, les gérants de bar, les agents communaux. En général, certaines situations sont plus faciles à gérer en termes d'orientation que d'autres. Par exemple, la forte implication de l'association Solidarité Femmes Beaujolais sur le territoire l'impose comme un acteur-clé très identifié. Ainsi, l'orientation vers cette structure est effectuée aisément par différents acteurs, qui connaissent le champ d'action de l'association (violences domestiques faites aux femmes). En revanche, pour d'autres sujets comme le handicap, « *on n'a pas 36 000 contacts* »²⁷.

Le manque de lien entre les structures est également un critère qui limite l'orientation, comme a pu nous le démontrer une pharmacienne du territoire, en nous donnant l'exemple des infirmières Asalée qui travaillent sur des thématiques de sevrage tabagique, de diabète.²⁸ Ces dernières prennent en charge le patient en lien avec leur médecin généraliste, pour la pharmacienne, être en contact avec l'infirmière permet d'informer le client concerné de son existence, de pouvoir renvoyer vers une professionnelle de santé connue. De même pour les psychologues : elle ne connaît pas ceux qui exercent alentour, ni leurs spécialités. Si c'était le cas, elle pourrait plus facilement leur envoyer des patients (ou savoir s'il est possible de leur en envoyer). Ces exemples peuvent être généralisés à toutes les structures du médico-social : s'il n'y a pas de contact, il ne peut y avoir de lien de patientèle.

En ce qui concerne un aspect plus personnel, un des aspects du projet qui peut être un frein est la lourdeur psychologique de la tâche. En effet, si la posture d'écoute est essentielle pour repérer des individus en situation difficile, les paroles d'autrui peuvent être accablantes, bouleversantes, dures à recevoir. Une agente communale nous avoue : « *moi j'aime les gens [...] peut-être un peu trop* », et indique être ouverte à des formations qui aident à prendre de la distance face à ce qui peut être raconté, pour réduire le risque d'être soi-même affectée par des récits de vie parfois traumatiques. De même, la question des récits de vie ne peut être posée sans une interrogation qui concerne la confidentialité : comment parle-t-on de ces situations ? Cette discussion s'est présentée lors d'un atelier participatif en janvier : l'idée est de pouvoir discuter d'informations délicates avec des personnes de confiance, qui sont en mesure de les entendre pour orienter au mieux les individus concernés. Un élu conclut : « *l'idée ne me choque pas, bien au contraire, mais il faudrait de la réactivité [...] ça peut vite dérapier* ».

²⁷ Extrait d'un atelier participatif avec des élus, réalisé le 14/01/2025.

²⁸ « Le métier d'infirmière ou d'infirmier « Asalée » vise à améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Elle repose sur une collaboration étroite entre les médecins généralistes et les infirmières, lesquelles se voient ainsi déléguer une partie des actes médicaux. » Site de la Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé (MACSF).

Résumé de la partie III

Pour développer l'aller-vers en Haute Vallée d'Azergues, nous devons nous appuyer sur les ressources déjà présentes localement :

- Le comité de pilotage réunit des structures aux profils variés, qui partagent une bonne connaissance du terrain et des publics accompagnés. Cette diversité permet une complémentarité précieuse, et la perspectives d'actions communes.
- Les communes, malgré des moyens réduits, restent des acteurs clés de proximité. Les élus rencontrés ont peu de moyens et d'outils pour agir en terme d'action sociale. Les demandes d'aide sont rares, et les actions restent souvent en réaction à une urgence ou informelles et portées par des personnes engagées.
- Des dispositifs d'écoute et d'aller-vers existent déjà sur le territoire (BUSS, point écoute, EMPP), mais manquent de moyens pour répondre à l'ensemble des besoins. Ils facilitent cependant l'entrée dans un parcours de soins ou d'accompagnement pour des publics éloignés.
- Les personnes en contact avec le public sont des ressources moins visibles mais pas moins essentielles. Il s'agit des commerçants, agents communaux, associations, bénévoles... Tous entretiennent un lien quotidien avec les habitants, et repèrent parfois des fragilités. Si certains jouent déjà un rôle de sentinelle, leur mobilisation plus large nécessite de les accompagner, sans formaliser à l'excès ce qui repose souvent sur la confiance et la spontanéité.

Le développement d'une culture commune de l'aller vers est un enjeu central pour tous ces acteurs afin d'améliorer le recours aux droits et soins de santé de la population, et à terme la santé des habitants.

Analyse MOFF

FORCES

Cadre de vie agréable grâce aux aménités paysagères 

 Entraide et solidarité

Forte dynamique associative 

FAIBLESSES

 Isolement géographique et enjeu de mobilité

Accès limité aux soins et manque de professionnels 

Stigmatisation et préjugés 

OPPORTUNITÉS

 Acteurs locaux engagés

Initiatives locales et ressources à mobiliser 

 Développement des mobilités alternatives

MENACES

 Désertification médicale

Accroissement des inégalités 

 Fragilisation du lien social

Vieillessement de la population 

IV. Quelles solutions adaptées au territoire ?

Nous établissons que l'efficacité des actions de promotion et d'amélioration de la santé des habitants du territoire s'articule autour de trois critères :

- une approche globale et positive de la santé pour renforcer les compétences et aptitudes individuelles en termes de qualité de vie ;
- une démarche participative permettant à chacun de faire des choix éclairés en matière de santé ;
- des axes d'intervention pluriels multiscalaires et intersectoriels.

La mise en œuvre d'actions de prévention, de sensibilisation et de prise en charge aux soins de santé en milieu rural prend appui sur le travail en réseau d'un ensemble d'acteurs issus du monde de la santé et/ou du social. Nous nous sommes tout particulièrement appuyées sur les propositions d'actions du comité de pilotage, qui a formalisé la commande et qui est également à même de mobiliser de nombreuses ressources (humaines, techniques, financières).

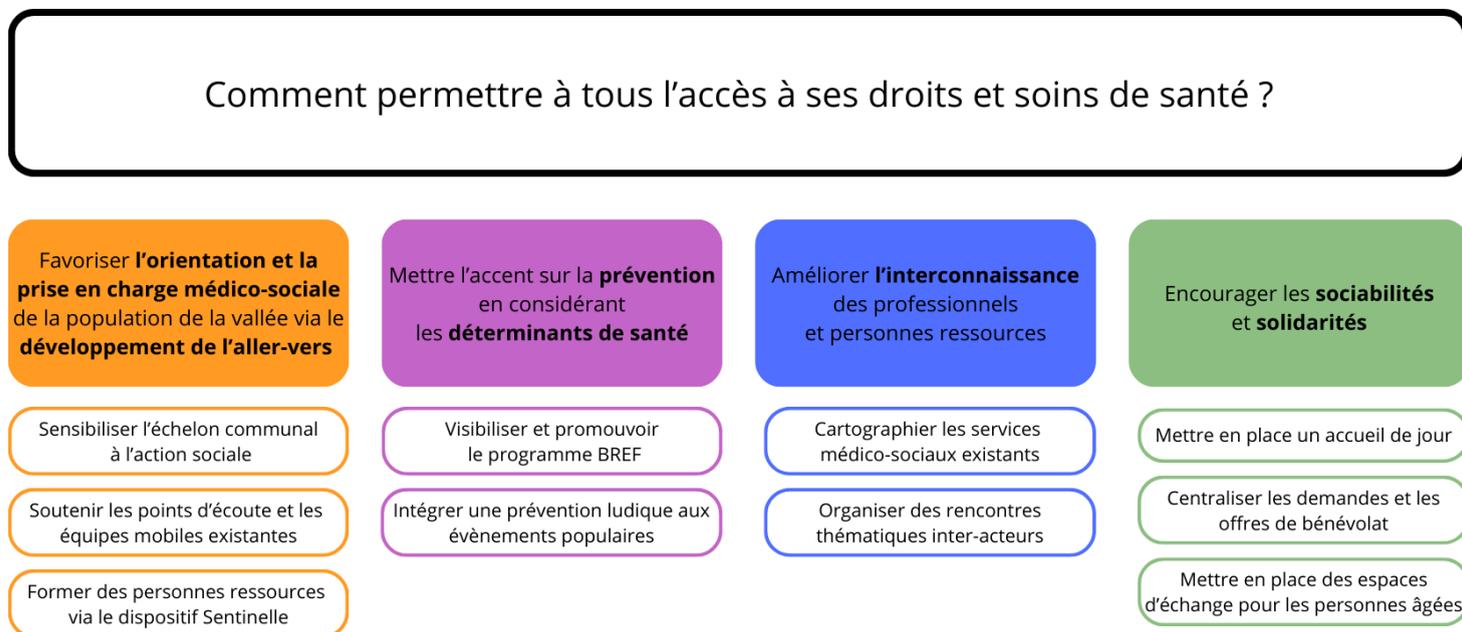
Certaines propositions sont issues d'idées recueillies lors de la semaine de terrain de novembre, au cours d'échanges avec les acteurs ou dans le cadre des ateliers participatifs que nous avons organisés. Par exemple, la mobilisation des centres communaux d'action sociale a été proposée en réunion publique. Nous nous sommes par la suite saisies de cette proposition et l'avons élargie pour repenser le rôle des communes dans l'accompagnement social des populations, constatant les actions limitées des CCAS sur le territoire.

Les pistes d'actions présentées à la suite de cette introduction ont vocation à être mises en œuvre sur le territoire. Pour cela, le comité de pilotage ne travaillera pas seul. En effet, il sera accompagné par l'incubateur de projet d'économie sociale et solidaire SaonESSence.²⁹ Cette structure leur fournira un soutien pour la coordination et l'accompagnement des différents projets. A terme, le comité de pilotage pourra se positionner en tant que gestionnaire ou co-gestionnaire de certains projets, ou leur apporter soutien, suivi et accompagnement selon ses compétences.

²⁹ SaônESSence œuvre à l'accompagnement de porteurs de projets via une approche humaine, systémique et orientée autour de la recherche-action. L'incubateur favorise la création d'écosystèmes locaux et interconnectés où l'ensemble des parties prenantes œuvrent à des solutions adaptées aux caractéristiques du territoire. Site de SaônESSence.

Nos préconisations s'articulent autour de quatre grands objectifs, résumés par la figure 19 ci-dessous.

Figure 19 : Schéma récapitulatif des objectifs globaux et des préconisations qui en découlent.



Réalisation : M2 GTDL DR

OBJECTIF 1 : Favoriser l'orientation et la prise en charge médico-sociale de la population de la vallée via le développement de l'aller-vers

Comme nous l'avons déjà expliqué, la posture d'aller-vers est complexe à appréhender et dépend des acteurs qui la mettent en place et des objectifs qu'ils poursuivent. Il ressort que l'écoute et le dialogue avec les publics rencontrés semblent primordiaux. Ces éléments sont particulièrement ressortis lors de nos échanges avec le centre social VHB, acteur expérimenté dans la mise en place de dispositifs d'aller-vers et d'écoute informelle. Si cet acteur est bien formé à la posture de l'aller vers, tout comme le BUSS par exemple, ce n'est pas le cas de tous les acteurs à mobiliser sur cette thématique. Aussi, il nous semble important de considérer la formation des professionnels et des personnes ressources comme modalité d'action indispensable.

Un changement de posture permettrait la reconnaissance des publics comme de véritables acteurs, voire des partenaires indispensables dans le comblement des failles propres à tout travail d'aller vers des publics qui, du fait de sa pluralité, resteront instables. Il s'agit donc, le plus souvent, d'aller vers les personnes, en l'absence de demande, et au-delà de nos freins, en étant proactif, c'est-à-dire d'entretenir ses qualités relationnelles. Autrement dit, d'engager une relation de confiance et d'écoute en se centrant sur la personne. Chaque citoyen croise régulièrement les services de prévention dans les entreprises, les services de santé scolaire, les professionnels de santé libéraux, les travailleurs sociaux, les animateurs de prévention ou autres structures de proximité. Ces rencontres sont des opportunités renouvelées d'être exposé à des messages cohérents à des propositions d'accompagnement et des temps d'écoute.

Ainsi, les propositions d'actions en lien avec le développement de la formation autour de la posture d'aller-vers sont :

- Former les personnes ressources et professionnels à la posture d'aller-vers (via la mise en place du dispositif sentinelle notamment) ;
- Soutenir les points d'écoute et équipes mobiles existantes ;
- Sensibiliser l'échelon communal à l'accompagnement social.

Structurer un réseau de sentinelles

De la même manière que Larousse, qui définit le mot sentinelle comme une "personne ou chose qui a pour tâche de veiller, de surveiller pour éviter toute surprise", le dispositif dont nous allons parler a pour objectif de veiller sur la population. Dans le cadre de ce projet, nous définissons la sentinelle comme une personne qui appartient au grand public, et/ou au monde médico-social, et qui a pour mission l'écoute, le repérage et l'orientation de personnes en situation de fragilité. A l'origine de cette fragilité, il peut y avoir des problèmes psychologiques, des violences verbales, physiques subies au sein du cadre de la famille, du

travail, des maladies, des handicaps, une charge mentale trop élevée au quotidien, mais aussi des situations économiques instables, de la précarité, etc. Les causes de la fragilité sont multiples et très complexes.

Le territoire de la HVA est en proie à de nombreuses problématiques sociales, comme plusieurs diagnostics de territoire (de la CAF, mais aussi du VHB) ont pu l'indiquer : isolement, solitude, accès restreint à un professionnel de santé, du social, etc. Mettre en place des sentinelles viserait à faciliter l'entrée des habitants dans un parcours de soin médical, et/ou social, en les encourageant à prendre un rendez-vous chez un professionnel connu, disponible et adapté à leurs besoins. L'intérêt de ce projet est qu'il produit un outil de soutien à la population locale, par la population locale.

A terme, l'enjeu est de développer un réseau, un maillage local de sentinelles citoyennes qui viennent en aide à la population. Demander de l'aide n'est pas toujours chose aisée, particulièrement dans les territoires ruraux où l'interconnaissance peut être un frein à l'entrée dans le parcours de soins (peur du regard des autres, de la stigmatisation). De plus, sur le territoire de la HVA comme dans de nombreux territoires ruraux, l'offre de soins est limitée, d'une part parce qu'il n'y a pas suffisamment de professionnels de santé, et d'autre part parce que lorsqu'ils existent, ils sont surchargés (nous pouvons penser au CMP de Grandris, qui se voit dans l'obligation d'orienter des patients vers d'autres structures car il n'est pas en mesure de les gérer).

Ainsi, le projet de sentinelles sur la vallée peut être expliqué en quelques mots. Il s'agit de la mobilisation et de la formation de personnes volontaires sur le territoire, plus spécifiquement des personnes dont l'activité implique de travailler auprès du public, à l'écoute, au repérage et à l'orientation d'individus qui vivent des situations de vie compliquées, et qui ne sont pas forcément suivis par un professionnel du monde de la santé, ou du social. Ces sentinelles, comme il l'est précisé dans la deuxième sous-partie du III de ce dossier, peuvent être des commerçants, des agents communaux, des entraîneurs sportifs, des bénévoles dans des associations.

Mettre en place des sentinelles sur un territoire, c'est avant tout les identifier, c'est-à-dire aller à la rencontre d'individus au contact du public et de les interroger d'une part sur leur rôle au sein de la structure dans laquelle ils évoluent, le but étant d'évaluer s'il leur permet de dialoguer avec le public, d'avoir un contact prolongé ou, à défaut, régulier. D'autre part, il s'agit de définir, avec ces individus, s'ils seraient intéressés pour faire partie du réseau, sachant que selon les profils et les activités pratiquées, cela n'est pas toujours possible (risque d'empiéter sur le travail quotidien, de le perturber, etc). Nous avons pu produire une première liste de sentinelles potentielles en allant à la rencontre des habitants du territoire, qu'il faudra préciser et étoffer pour déterminer à quel niveau ils pourraient être prêts à s'impliquer, nous en reparlerons par la suite.

Recenser des sentinelles constitue la première étape de la mise en place du réseau. La deuxième étape est aussi de l'ordre du recensement, cette fois des besoins des sentinelles. En effet, si l'avantage du dispositif est que toute personne au contact du public peut être amenée à

se l'approprier, la multiplicité des profils complique sa gestion en amont : par exemple, le salarié d'une pharmacie n'aura pas les mêmes connaissances ni les mêmes compétences qu'un fleuriste. Comment faire monter en compétences des personnes qui mènent des activités très différentes ? L'essentiel est d'être à l'écoute des demandes des sentinelles : selon les profils, les sensibilités et les envies seront différentes, donc plutôt que de tenter d'élever chaque sentinelle à un niveau de connaissance égal, l'idée est davantage de s'adapter au cas-par-cas, ce qui demande plus d'investissement de la part de la structure porteuse, mais qui a plus de chance d'aboutir car elle ne pousse pas les sentinelles potentielles à faire plus que ce qu'elles pourraient fournir. La base du projet étant le volontariat des acteurs, il est indispensable de partir d'eux pour la mise en œuvre.

Le comité de pilotage propose, à cet égard, de mettre en place différents niveaux de sentinelles :

- Les sentinelles dites "du quotidien" (soit des commerçants, des professeurs des écoles, de collège, des secrétaires de mairie), qui n'appartiennent pas au monde médico-social mais qui sont au contact du public tous les jours, et qui sont donc à même de repérer des situations délicates.
- Les sentinelles référentes, que les sentinelles du quotidien peuvent contacter et qui ont un niveau de connaissance et de compétence plus affiné (nous pouvons éventuellement penser à des pharmaciens et pharmaciennes, à des salariés de centres sociaux). Ces sentinelles prennent alors un double rôle : celui d'écoute, de repérage et d'orientation des personnes fragiles ainsi que celui d'aiguiller des sentinelles moins qualifiées, dans le sens où elles prennent un rôle qui peut être éloigné de leur formation initiale.
- Un troisième et dernier niveau de sentinelles serait assuré par un groupe de travail au sein du comité de pilotage, qui s'est positionné en tant que gestionnaire du projet, nous y reviendrons. Ce groupe de travail, qui n'est pas encore construit, serait à même de faire le lien avec des structures du territoire à même de prendre en charge des patients. L'avantage premier du comité de pilotage est la multiplicité des acteurs présents en son sein, et donc l'étendue du réseau qu'il peut mobiliser, ce qui explique sa position sur l'échelle des sentinelles.

L'identification des besoins des acteurs volontaires est nécessaire à la troisième étape, qui est la recherche de formations adaptées aux manques et lacunes en matière d'écoute (comment pratiquer l'écoute active par exemple), de repérage, de dialogue (quels mots utiliser avec une personne en situation de fragilité, comment s'exprimer sans juger, sans mettre mal à l'aise l'autre), d'orientation. Quelques exemples de formations sont fournis à la suite de ces paragraphes.

Parallèlement à cette étape, il nous semble également pertinent de fournir à ces sentinelles des clés d'orientation concrètes, c'est-à-dire un carnet d'adresses des professionnels de santé et du social, qui viendrait pallier le manque de certaines sentinelles, qui n'ont pas forcément connaissance des praticiens sur le territoire. Ce carnet d'adresse est à penser avec toutes les structures du médico-social de la Haute vallée d'Azergues, mais aussi au-delà (l'offre étant réduite sur les dix communes de l'étude). Il faut identifier les structures

existantes, mais aussi et surtout identifier celles qui sont à même d'accepter de nouveaux patients, pour ne pas surcharger des lieux déjà saturés. En ce sens, cette piste d'action ne peut exister sans des rencontres inter-partenariales, où des acteurs du médico-social pourraient diffuser ce type d'informations (quel professionnel prend de nouveaux patients, quelles évolutions en matière d'offre médico-sociale, quelles nouvelles structures s'installent, etc.).

Ce paragraphe ci-dessus met en lumière la nécessité absolue qu'est la coordination du réseau, qui représente l'étape transversale au projet. En effet, pour faire circuler au mieux l'information des professionnels du médico-social jusqu'aux sentinelles – qui n'appartiennent pas toutes à ce monde – il est central qu'un acteur se pose comme coordinateur. Sur ce point, le comité de pilotage s'est imposé comme référent, de la désignation des sentinelles à leur suivi. Cela implique de porter de nombreuses actions sur le territoire :

- Le recensement et la mobilisation première des sentinelles, avec une explication claire du projet, ses objectifs, ses moyens d'actions, ses impacts souhaités à plus long terme, etc. Il s'agit ici de choisir des personnes de confiance, volontaires et prêtes à endosser le rôle et les actions qu'il implique.
- La recherche et l'organisation de journées ou demi-journées de formations (cumulables) adaptées aux besoins et aux différents agendas des volontaires. L'enjeu est aussi d'aider à dégager du temps, chez les volontaires, pour ces formations.
- L'organisation de réunions de suivi où les sentinelles peuvent raconter leurs expériences, leurs rencontres, leurs difficultés et facilités, dans un cadre bienveillant et confidentiel, et être aidées dans l'appréhension de certaines situations délicates. Le suivi est absolument essentiel pour pérenniser la mobilisation des sentinelles et pour les encourager dans leur action. Avoir des moments de discussion collective où les sentinelles se retrouvent pour mettre en commun leurs expériences, sous l'égide de quelques membres du comité de pilotage, est fondamental d'une part pour faire prendre la mesure de l'action sur le territoire et d'autre part pour constituer le maillage local des sentinelles à l'échelle de la haute vallée.

Par ailleurs, et comme nous l'avons déjà mentionné, le comité de pilotage sera aidé par l'incubateur SaônESSence qui leur apportera un soutien au niveau des différents aspects du portage.

Des exemples de ce type mis en place sur d'autres territoires mettent en avant des dispositifs à destination de publics plus ciblés que ceux que nous proposons, et au sein d'un seul lieu. Par exemple, le dispositif « Sentinelles et référent » mis en place au lycée Chantenay à Nantes est « destiné à prévenir et à traiter des situations de boucs émissaires (dispositif créé par Eric Verdier, psychologue communautaire au début des années 2010, au sein de la Ligue Française pour la Santé Mentale). Ce dispositif suppose de former des élèves « sentinelles » et des enseignants « référents » au sein d'un établissement scolaire pour repérer et traiter toute situation de harcèlement et de violence scolaires »³⁰.

³⁰ Article collectif du collège Chantenay De Nantes, C., Propos recueillis par Chung-Ming, M. (2018). Le dispositif Sentinelles, un levier pour le bien-être au collège « Ce qui a été abîmé par un groupe, doit être réparé par un groupe » Administration & Éducation, N° 157(1), 177-183.

Structurer un réseau de sentinelles

Une sentinelle est une personne qui appartient au grand public, et/ou au monde médico-social, et qui a pour mission l'écoute, le repérage et l'orientation d'individus en situation de fragilité.

Public cible

- Les publics fragiles du territoire, en proie à des violences, des instabilités psychologiques, de la solitude...

Acteurs et partenaires

- Le COPIL, sous la forme de groupes de travail : désignation, suivi, accompagnement du projet.

Enjeux et mise en oeuvre

- Le **recensement** et la **mobilisation** des sentinelles, soit le choix de personnes de confiance qui peuvent endosser le rôle, à différents niveaux (quotidien et/ou référent)
- La recherche et **l'organisation** de journées ou demi-journées de **formations** adaptées aux besoins et aux différents agendas des volontaires.
- L'organisation de **réunions de suivi** pour entériner le projet sur du **long terme** où les sentinelles peuvent raconter leurs expériences, leurs rencontres, leurs difficultés et facilités, dans un cadre bienveillant et confidentiel, et être aidées dans l'appréhension de certaines situations délicates.

Résultats attendus

- Faciliter l'entrée des habitants dans un parcours de soin
- Améliorer la prise en charge médico-sociale des habitants
- Développer un réseau local de sentinelles citoyennes

Etape 1

La mobilisation des sentinelles et l'identification de leurs besoins

- Affiner le premier repérage des sentinelles volontaires effectué lors du terrain de janvier 2024 en **identifiant des personnes de confiance** prêtes à endosser le rôle
- **Mobiliser ces personnes** autour d'une définition claire des différents rôles qu'il est possible d'endosser : sentinelle du quotidien, sentinelle référente ; et ce qu'ils impliquent en termes d'**actions à réaliser**
- **Identifier leurs besoins** et envies pour orienter le choix des formations proposées

Etape 2

La recherche et l'organisation de formations à destination des sentinelles

- **Trouver des formations** courtes pour pallier les manques des volontaires : tournées autour de l'écoute active et non jugeante, des manières de s'exprimer à un public fragile, d'orienter sans brusquer, etc.
- **Coordonner des temps de formations** entre tous les volontaires en respectant les contraintes de leurs agendas

Etape 3

L'accompagnement des sentinelles à moyen et long terme

- Mettre en place des **moments d'échanges**, de retours d'expériences entre les sentinelles via l'organisation de réunions bisannuelles, **en accord avec leurs différents calendriers**
- **Animer ces réunions** en encourageant les sentinelles à témoigner de leurs accomplissements, leurs difficultés
- Être en mesure d'organiser des **temps d'échanges en dehors de ces réunions** pour des cas délicats, prioritaires et/ou urgents



Accompagner le développement des points d'écoute et équipes mobiles actives sur le territoire

Comme nous l'avons présenté précédemment, il existe des points d'écoute très actifs et prisés. Ils représentent des exemples concrets de modalités d'aller-vers fonctionnelles et efficaces, par la gratuité, le déplacement physique des activités permettant une rencontre au plus près des habitants, une posture d'écoute et de compréhension de situations complexes (avantage de l'équipe pluridisciplinaire du BUSS, cf. partie III.3.1.) dans l'optique de fournir un accompagnement complet vers une prise en charge médico-sociale lorsque cela est nécessaire. La forte fréquentation des points d'écoute souligne la demande présente au sein de la population d'un tel accompagnement, mais aussi d'espaces d'écoute professionnels et accessibles (cf partie II.3 sur les besoins d'écoute).

Malgré ces constats encourageants, des obstacles persistent et entravent le bon fonctionnement des points d'écoute. Comme expliqué plus en amont, il s'agit de la contrainte de réaliser des prises en charge ponctuelles en vue d'une orientation, malgré une saturation du secteur psychiatrique qui la rend très compliquée. Le financement des points d'écoute, qui repose en grande partie sur des subventions accordées par l'ARS et les collectivités, est également une source d'incertitudes puisque la question de son renouvellement se pose perpétuellement. En effet, la gratuité des points d'écoute, élément clé de leur fonctionnement, implique nécessairement d'avoir des financeurs pour salarier les professionnels. Le développement des activités des points d'écoute sur le territoire passe ainsi nécessairement par la recherche de nouveaux financements.

Le développement des points d'écoute permettrait de toucher un public large. Le BUSS touche particulièrement un public isolé par son déplacement physique dans les communes et sa présence dans l'espace public. Cela en fait une structure qui atteint particulièrement les personnes isolées. En effet, les personnes n'ayant pas de voiture sont particulièrement touchées par ses activités. Lors de nos échanges avec l'équipe du BUSS et le VHB, l'importance de la dimension d'accueil est particulièrement ressortie. Par les permanences d'aller-vers et les accueils cafés qu'ils proposent, ils offrent des espaces d'échanges ouverts aux habitants et propices aux interactions. Aussi, l'équipe mobile est un dispositif d'aller-vers particulièrement intéressant et efficace, qu'il faut mettre en avant. Il permet d'atteindre un public généralement éloigné des services, et faisant face à des obstacles liés à la mobilité, remplissant les fonctions d'un point d'écoute (et bien plus, avec l'accompagnement complet permis par une équipe pluridisciplinaire incluant le social). Cette configuration d'action permet de lutter efficacement contre le non-recours et de considérer les situations des personnes accueillies dans leur globalité et complexité.

Les points d'écoute peuvent aussi être le support d'autres activités à mettre en place, comme des cercles de paroles par exemple (proposés par la psychologue de la COR, qui ne peut le mettre en place faute de temps de travail disponible).

En définitive, le travail d'évaluation par les professionnelles des points d'écoute est précieux, puisqu'il permet une compréhension fine des situations de fragilités, d'isolement, et également des paramètres expliquant le non-recours aux droits et soins de santé ou droits incomplets (accès à certains droits sans accéder à tout ce qui serait possible et nécessaire). Ils permettent de comprendre mais aussi de quantifier les besoins des habitants, au plus près d'eux. Ainsi, ils constituent des éléments très enrichissants dans le cadre d'un observatoire des besoins sociaux et de santé.

Quelles possibilités de développement pour les points d'écoute locaux ?

La psychologue qui s'occupe du point d'écoute de la COR est financée par l'ARS et la communauté d'agglomération. Cette dernière pourrait difficilement embaucher une deuxième psychologue, seule solution pour étendre les activités du point d'écoute.

L'équipe mobile du BUSS pourrait également difficilement étendre ses activités sans embaucher de nouvelles personnes. Le responsable du BUSS serait favorable à l'extension des activités. En effet, plus de communes pourraient ainsi être couvertes, ou de manière plus fréquente. Pour cela, il faudrait envisager l'achat d'un véhicule et l'embauche d'une nouvelle équipe de professionnelle, et donc une recherche de nouveaux financements, ce qui n'est pas matériellement réalisable actuellement.

Le BUSS, l'EMPP et le point d'écoute de la COR, dispositifs d'aller-vers utiles, ne sont pas connus par tous les acteurs locaux, alors que le rôle de l'orientation est très important pour leur patientèle. La visibilité et l'orientation des publics vers ces services conditionnent le public touché. Ainsi, il y a besoin de réfléchir à la diffusion de l'information mais aussi à la transmission, notamment auprès des personnes en contact avec le public. Par exemple, les secrétaires de mairie nous ont expliqué ne pas forcément avoir connaissance du point d'écoute de la COR au-delà d'une affiche qui a été posée en mairie. Il y a pourtant un réel besoin de présenter clairement le point d'écoute aux personnes qui pourraient y orienter des utilisateurs. De manière générale, les trois structures présentées : le BUSS, le point écoute de la COR et l'EMPP, gagneraient à être mises plus en avant. Aussi, une sensibilisation des personnes en contact avec le public (les sentinelles par exemple, cf. proposition d'action précédente) pourrait être utile. Elle ne peut pas être menée par les équipes de terrains de ces structures, ni par les responsables du BUSS ou de l'EMPP par manque de temps. Les psychologues du BUSS et du point écoute de la COR sont déjà complets et accueillent de nouvelles personnes avec des délais d'attente variables selon leur saturation. L'EMPP est également déjà prisé sur d'autres territoires et agit pour l'instant peu en Haute vallée d'Azergues. L'infirmière et la travailleuse sociale du BUSS sont également très sollicitées.

Rôle des acteurs à mobiliser :

Le BUSS et le COPIL : le BUSS semble particulièrement efficace dans la prise de contact avec les personnes n'ayant pas recours à leurs droits et soins de santé parce qu'isolées géographiquement ou socialement. Ces modalités d'actions représentent un aller vers opérationnel qui gagnerait à être développé plus largement. Avant d'envisager tout

déploiement de ces activités, une première étape serait de démarrer des échanges avec le comité de pilotage (au-delà de ceux avec certaines structures comme le VHB par exemple). Le BUSS pourrait être intégré à un groupe de travail sur le développement des dispositifs d'aller vers par exemple, ou directement au comité de pilotage.

Pour qu'un observatoire des besoins sociaux et de santé soit réellement mis en place et opérationnel, plusieurs leviers doivent être activés. Il semble notamment nécessaire de renforcer les liens entre les différents points écoute du territoire, notamment via un partage d'expérience et croisement des évaluations de l'activité des structures. Cela semble particulièrement réalisable pour le point d'écoute de la COR et le BUSS.

La COR : Ce travail de croisement et de compilation des données, qui viendrait enrichir les diagnostics déjà effectués (par la COR, par le centre social VHB, par nos soins) en y ajoutant une dimension quantitative précieuse et manquante jusqu'à présent, faute d'outils permettant de fournir des données chiffrées sur les publics accueillis ou les motifs de non-recours des personnes suivies par exemple. Même si la COR ne dispose pas des moyens pour développer davantage l'activité de son propre point d'écoute, elle pourrait néanmoins jouer un rôle de coordination sur le volet évaluation. Cette coordination, et plus globalement le soutien à ces dispositifs d'aller vers répond à plusieurs objectifs du Contrat Local de Santé (CLS) :

- Objectif 2 : Lutter contre le non-recours aux droits et aux soins de santé (dans l'axe 1 : Renforcer l'accès aux droits et aux soins - action 1.2.1 Conforter les dynamiques d'aller vers sur le territoire)
- Objectif 3.2 : Favoriser la mise en place de lieux d'écoute (dans l'axe 3 : Promouvoir la santé mentale – action 3.2.1 : Mise en place d'un point écoute adulte à Tarare et Thizy-les-Bourgs (réalisée), 3.2.3 Favoriser la mise en place d'un Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) sur le territoire de la COR (objectif fixé pour 2028 dans le CLS, pourrait être un élément à intégrer dans le développement du BUSS, dont les modalités d'action sont particulièrement adaptées pour toucher les publics non mobiles comme souvent le sont les jeunes).

Le COPIL : Sur le volet du financement, le comité de pilotage peut constituer un appui précieux, en particulier grâce à l'expérience en recherche de financement de La Roche, qui dispose d'un poste dédié en partie à l'animation du comité de pilotage autour du projet de développement de l'aller vers, et à la recherche de financements (qui a déjà permis d'accéder aux financements AG2R pour la suite du projet). C'est d'ailleurs grâce au travail conjoint de La Roche et de Loriane Sabot que le projet d'aller-vers actuellement porté par le COPIL a pu bénéficier d'un financement.

Objectif n°1

Soutenir les points d'écoute et les équipes mobiles existants

Les dispositifs d'aller-vers efficaces sont à visibiliser, soutenir et développer pour un meilleur accès aux droits et soins de santé (et droits sociaux) à destination de la population de la vallée.

Public cible

Personnes en situation de fragilité et de non-recours

Acteurs et partenaires

Dispositifs à valoriser :

- le BUSS des AJD,
- le point écoute de la COR,
- l'EMPP

Partenaires à mobiliser :

- le COPIL,
- la COR.

Enjeux et mise en oeuvre

Le territoire est déjà pourvu de **dispositifs d'aller-vers efficaces**, qu'il est important de **mettre en avant, soutenir, sécuriser et développer**. C'est particulièrement le cas du point d'écoute de la COR et de l'équipe mobile du BUSS des AJD, qui rencontrent du succès auprès des habitants. Cela témoigne d'un **réel besoin** d'autant plus que leurs capacités de prise en charge sont déjà en voie d'être saturées après seulement quelques années d'existence.

Le BUSS est particulièrement efficace pour aller à la rencontre des publics isolés, dont l'accès aux droits, soins et services est conditionné par des difficultés de mobilité. Le **développement des activités du BUSS** passerait obligatoirement par une recherche de **nouveaux financements**, qui l'équipe actuelle ne peut pas assumer.

Résultats attendus

- Augmenter la capacité d'action et d'accueil des dispositifs d'aller-vers existants.
- Améliorer la prise en charge et l'accès aux soins de proximité pour la population.

Etape 1

Compiler et coordonner l'évaluation des activités des dispositifs d'aller-vers

- Les **données d'évaluation** sont précieuses et gagneraient à être **mises en commun** et valorisées comme outils de compréhension du territoire permettant à la fois une analyse fine et une **quantification des situations de fragilité**.
- Ce travail de coordination pourrait être mené par la COR dans le cadre du CLS.
- Comme il existe déjà des liens entre le **BUSS** et le **point d'écoute de la COR**, cette mise en commun des données d'évaluation peut commencer facilement et rapidement avec ces deux structures.

Etape 2

Créer des liens entre le BUSB et le COPIL et accompagner la recherche de financements supplémentaires

- **Impliquer le BUSB dans le COPIL** semble fondamental au vu du réel apport de cette structure en terme d'aller vers sur le territoire
- Le COPIL pourrait ainsi **accompagner le BUSB** pour une recherche de **financements** par exemple

Etape 3

Développer les activités du BUSB

- A terme, l'idéal serait d'**étendre les activités du BUSB** et déployant une deuxième équipe mobile.
- Le développement d'une **deuxième équipe mobile** est coûteux mais réalisable si des financements adaptés sont trouvés



Sensibiliser l'échelon communal à l'accompagnement social

Quelques communes disposent de CCAS, mais ils semblent remis en question (cf. II.2). En effet, ce dispositif local déjà beaucoup sollicité, a des moyens humains et financiers limités, apparaît peu valorisé, que ce soit des élus confrontés à des situations complexes ou face à la culture du non-recours des habitants. De ce fait, un des enjeux est de sensibiliser les élus sur l'importance des déterminants de santé afin d'améliorer le bien-être de la population et de prévenir le non-recours. Leur mobilisation semble être pertinente au vu de leur insertion au tissu social des villages de la vallée.

Ces actions pourraient être portées par le CLS en cours, dont l'objectif 4 « Promouvoir des environnements favorables au vieillissement de la population » est bien de porter des actions contractualisées sur la sensibilisation des élus et le développement d'une plus grande interconnaissance. Cependant, cela ne concerne que les espaces urbains du territoire, notamment concernant les politiques de logement. Ces commissions seraient alors à élargir à toutes les thématiques et à tous les territoires de la COR. L'organisation de ces réunions et la participation des élus locaux aux réflexions en cours ont pour but de promouvoir une bonne santé pour les habitants de la Haute vallée d'Azergues. Une vision transversale de la santé, comprenant l'urbanisme, le sport, l'éducation, le social, est à valoriser. Les communes sont notamment des acteurs clés pour favoriser l'inclusion sociale et les solidarités intergénérationnelles à travers différentes actions. Cela nécessite des partenariats forts autour d'actions sur le bien-être et la prise en considération de l'ensemble des publics seniors par différents acteurs impliqués. Il s'agit bien de fédérer et d'animer les acteurs politiques locaux pour dynamiser et développer l'action sociale d'une manière pérenne. Cette coordination s'opère notamment par une recherche de valeurs communes entre des acteurs parfois très différents et ne voyant pas toujours la nécessité de s'impliquer.

Un deuxième enjeu concerne la réalisation d'un observatoire des besoins sociaux et de santé. En effet, la commune peut jouer un rôle central en tant que coordinateur de l'action sociale de proximité, notamment à travers l'élaboration d'une Analyse des Besoins Sociaux.³¹ Celle-ci pourrait être intercommunale et inter-partenariale, afin de mutualiser les moyens financiers et techniques.

L'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale et sa branche départementale accompagne les communes sur plusieurs sujets dont l'appui à la réalisation de ce diagnostic grâce à des outils fournis (« Balise » par l'UNCCAS). Cette récolte de données chiffrées (via l'INSEE, la CAF, le CPAM ou encore la CARSAT), ajoutée aux connaissances fines des acteurs locaux (psychologues, assistantes sociales, centre social VHB, etc.) permet la compréhension des besoins des habitants, ainsi que l'élaboration de réponses, actions et/ou dispositifs adaptés. La modalité de réalisation est à choisir, mais une association des communes de la Haute vallée d'Azergues est conseillée, en partenariat avec la COR. Le Décret n°2016-824 du 21 juin 2016 : « ce diagnostic est établi avec l'ensemble des

³¹ L'ABS, ou Analyse des Besoins sociaux, est « une obligation légale pour les CCAS/CIAS qui visent à déterminer les besoins collectifs de leur population et à réajuster leur politique sociale. » Site d'Ithéa.fr

partenaires, publics ou privés, qui participent à la mise en œuvre des actions de prévention et de développement social » implique la participation d'acteurs partenaires compétents. Le COPIL pourrait alors être sollicité afin de réaliser ce diagnostic et de se répartir en groupe de travail.

Objectif n°1

Sensibiliser l'échelon communal à l'action sociale

L'enjeu est de sensibiliser les élus sur l'importance des déterminants de santé afin d'améliorer le bien-être de la population. Leur mobilisation semble être pertinente au vu de leur insertion au tissu social des villages de la vallée.

Public cible

- Les élus,
- Les habitants

Acteurs et partenaires

- La COR via le CLS,
- Le centre social VHB,
- Le Département,
- Le COPIL

Enjeux et mise en oeuvre

Les communes sont une ressource importante pour les habitants et pourraient servir de base pour mettre en place des actions concrètes à destination de publics variés.

- **Sensibiliser les élus** en les impliquant dans des **commissions santé** sur différents déterminants.
- **Intégrer les enjeux de santé** dans les réflexions politiques locales.
- Réaliser une **Analyse des Besoins Sociaux** en partenariat avec d'autres acteurs.

Résultats attendus

- Amélioration la cohésion sociale
- Diffuser le bien-être des habitants par des actions d'accompagnement social

Etape 1

Sensibiliser les élus aux questions sociales

- Impliquer les élus aux commissions santé organisées par le Contrat Local de Santé de la COR.
- Faire venir les élus aux rencontres inter partenariales du centre social VHB afin de favoriser l'interconnaissance.

...

Etape 2

Réaliser un observatoire des besoins sociaux

- Bénéficier d'un soutien politique pour sa réalisation
- Déterminer l'organisation de la démarche et les thématiques prioritaires
- Intégrer les professionnels et les membres du COPIL dans une démarche partenariale
- Recueillir des données qualitatives et quantitatives

Etape 3

Mettre en place des actions répondant aux besoins identifiés

- Acter les projets, actions, dispositifs à mettre en place en réponses aux besoins identifiés grâce au travail d'analyse
- Agir sur les déterminants de santé par la prévention et la sensibilisation



OBJECTIF 2 : Améliorer l'interconnaissance des professionnels et personnes ressources

Lors de notre première semaine de terrain, nous avons mesuré l'importance que revêt l'interconnaissance des professionnels de santé, mais aussi du monde social. Une infirmière et cadre de santé formateur du territoire, Agnès Dollet, explique que : « pour qu'ils puissent tirer parti des apports de chaque profession, il est indispensable que les professionnels se connaissent, connaissent leurs champs d'action réciproques, leurs limites, leurs logiques d'action. »³² Le fait qu'ils se connaissent et puissent travailler entre eux peut permettre d'améliorer la prise en charge des patients : « articuler les champs d'intervention sanitaire et social, permet d'articuler projet de santé et projet de vie, et donc de replacer les usagers au cœur des prises en charge pour leur donner les moyens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé »³³ Ainsi, il s'agit de se rendre disponible et de se coordonner autour du parcours de chacun. Pour cela, la mise en lien de tous les acteurs de la communauté est nécessaire.

Dans ce cadre, les pistes d'action que nous proposons sont les suivantes :

- Améliorer la visibilité des dispositifs d'accompagnement médico-social existants ;
- Organiser des rencontres thématiques inter-acteurs.

Améliorer la visibilité des dispositifs d'accompagnement médico-social existants

Le besoin d'interconnaissance et les difficultés d'orientation par manque de lisibilité des dispositifs existants nous amène à préconiser une amélioration des dispositifs d'accompagnement médico-social existants. Il existe de nombreux annuaires artisanaux réalisés par les personnes en contact avec le public, et qui sont en demande d'orientation. Cependant cela n'est pas suffisant. De plus, améliorer la visibilité des dispositifs existants permettrait d'enrichir les réunions inter partenariales déjà existantes, en incluant une plus grande diversité d'acteurs, afin de gagner en mise en réseau. Par exemple, les cartes interactives ont un usage très concret : le grand public peut localiser les structures répondant à ses besoins, avec leurs coordonnées, etc.

Il y a déjà eu un travail de recensement des dispositifs d'aller vers sur plusieurs thématiques (santé mentale, isolement, accompagnement publics jeunes et seniors, santé globale, handicap) ainsi que les structures ressources³⁴. Cependant, elle est difficilement appropriable par les habitants et les professionnels de santé. Elle gagnerait alors à être simplifiée, dans un objectif de diffusion plus large. Des points de vigilance sont alors à prendre en compte : la difficulté de mise à jour, d'actualisation et les modalités de diffusion. Il faut ainsi vérifier si

³² Dollet, A., 2014, Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. Recherche en soins infirmiers, N° 118(3), pp. 62-74.

³³ Idem.

³⁴ Visualisation cartographique - Géoportail.

tous les acteurs/structures ressources apparaissent dans la cartographie interactive, et le cas échéant, l'enrichir avec de nouveaux partenaires.

Ci-dessous deux exemples de cartographie simplifiée, une sur la base de données Openstreetmap³⁵ (gratuite) et l'autre sur Articque³⁶ (payante).



Étendre et thématiser les rencontres partenariales

Des rencontres partenariales existent déjà sur le territoire. L'idée est ici de les étendre et les thématiser afin de les valoriser et renforcer leur efficacité. Ses objectifs sont multiples :

- Pallier le manque d'interconnaissance entre les acteurs repéré lors de notre diagnostic
- Décloisonner les différents secteurs d'activités pour une fluidification de l'accompagnement globale (médical, social, économique)
- Permettre une meilleure orientation du patient vers d'autres structures

Au terme de nos terrains, nous avons dégagé un fort besoin d'interconnaissance entre les acteurs : l'organisation de rencontres thématiques se pose comme une solution. Cette dynamique répond à une demande exprimée au cours de plusieurs entretiens : avec la pharmacie de Lamure-sur-Azergues ou encore avec le maire de Poules-Les-Echarmeaux.

Des initiatives existent déjà pour favoriser ces échanges, notamment les pauses partenariales organisées par le centre social VHB : plusieurs fois par an des réunions entre le VHB et ses différents partenaires permettent un partage d'expérience et la création d'interconnaissance. En parallèle, la COR via son CLS organise également des rencontres inter partenariales, qui rassemblent différents acteurs du domaine médical. Ces deux initiatives pourraient ponctuellement être mises en commun. Par ailleurs, la mise en place du COPIL marque la possibilité de constituer un réseau structuré et de développer l'interconnaissance entre acteurs débouchant sur des projets concrets. Leur expérience dans ce domaine les place en position de pouvoir co-animer certaines réunions.

Pour mettre en place ces rencontres, plusieurs étapes sont à penser :

³⁵ Ressources-Territoires, Openstreetmap.

³⁶ L'Etat dans le Nord s'engage dans la lutte faite aux femmes, Articque.

- Veiller à l'organisation de rencontres véritablement mixtes intégrant à la fois les professionnels du monde médical et du social.
- Mobiliser les acteurs et créer de l'engagement. Il est essentiel de définir l'intérêt concret pour chaque partie prenante afin de leur donner envie de participer. Cela implique de clarifier ce qu'ils peuvent gagner à travers ces rencontres.
- Choisir le format : sur quelles thématiques s'appuyer pour organiser ces réunions ?
- Prendre en compte l'asymétrie d'informations entre les différents participants : éviter les acronymes et toujours revenir à un niveau novice. Prendre en compte que les différents secteurs ne sont pas au même niveau d'informations ni ne traversent les mêmes réalités.
- Qui assurera l'animation de ces réunions ? L'identification d'un porteur est essentielle pour garantir le succès des rencontres.

Les freins principaux aux rencontres inter partenariales sont la disponibilité et la volonté des acteurs, notamment des médecins, qui sont souvent très sollicités et dont le calendrier ne permet pas de se dégager du temps pour de tels événements. Le défi de cette piste d'action est de construire un réseau sur le long terme nécessitant une réelle animation et un travail de mobilisation constant afin d'éviter que la dynamique ne s'essouffle.

D'autres structures ont pu mettre en place des réunions similaires. La communauté de communes de Pontivy Communauté, située en Centre-Bretagne, a dans le cadre de son Contrat Local de Santé organisé des rencontres inter-acteurs sur le thème des violences faites aux femmes. Ce projet a été permis par un besoin identifié lors du diagnostic précédent l'élaboration du contrat, qui s'est concrétisé en une fiche-action sur l'organisation de rencontres thématiques concernant les violences faites aux femmes. Pour ce faire, plusieurs réunions suivies ont eu lieu. Ces rencontres ont rassemblé des acteurs de secteurs très différents : soignants en hôpital, acteurs du judiciaire, représentants de la gendarmerie, assistants sociaux, associations... Afin de pouvoir créer des échanges constructifs, des ateliers ont été organisés : à partir d'un paperboard, chacun devait décrire la manière dont il percevait les violences conjugales sur le territoire, et ce par groupe. Au cours de ces discussions, les acteurs se sont rendus compte de la complémentarité de leurs actions et de l'intérêt de travailler ensemble.

Ces réunions ont été répétées à une fréquence trimestrielle, portées par la chargée de mission santé du Centre Intercommunal d'Action Sociale de la communauté de communes. La principale difficulté observée est la mobilisation sur le long terme.

Organiser des rencontres thématiques inter-acteurs

Afin de mener vers davantage d'interconnaissance et de réseaux entre les professionnels, les réunions améliorant l'interconnaissance pourraient être développées.

Public cible

- Professionnels du médical,
- Professionnels du social

Acteurs et partenaires

- La COR (secteur Santé),
- Le VHB,
- Le COPIL
- Les acteurs en lien avec les thématiques choisies.

Enjeux et mise en oeuvre

Choisir des thématiques variées permet de mobiliser les acteurs d'autres secteurs que celui de la santé (logement, sport, culture, etc.)

- **S'appuyer sur les temps d'interconnaissances préexistants** organisés par la COR et le VHB, et les joindre ponctuellement
- **Animer les réunions et le réseau sur le long terme** : organiser les temps d'interconnaissance, inviter les acteurs, rédiger les comptes-rendus, coordonner les agendas...
- **Prendre en compte les différences entre acteurs** : asymétrie d'information, diversité des regards...

Résultats attendus

- Améliorer **l'interconnaissance** entre acteurs
- **Décloisonner** les différents secteurs
- A partir de cette interconnaissance, **inclure de nouveaux acteurs au sein du Copil et faire développer des projets**
- **Prendre en compte les résultats de ces discussions** pour alimenter les projets du COPIL

Etape 1

Création d'un groupe de travail au sein du Copil à propos de ces réunions

- Inclure au sein de ce groupe "réunions d'interconnaissance" du **Centre Social VHB, la COR et tous les acteurs souhaitant co-animer les réunions**
- **Choisir des thématiques pertinentes** à discuter entre différents acteurs
- Coordonner le VHB et la COR pour la **mutualiser leurs réunions et des agendas** et choisir le lieu
- Envoi des premières invitations aux différents acteurs

Etape 2

Organisation des 1ères réunions

- **Co-animer des réunions** partagées entre les différents membres du Copil avec un **animateur permanent** pour la pérennité du réseau sur le long terme
- Rédiger des **comptes-rendus** systématiquement
- Poursuivre le groupe de travail pour **rendre compte des premiers résultats obtenus** et des retours sur la forme et le contenu des réunions

Etape 3

Faire émerger des projets à partir de cette interconnaissance

- Créer un **réseau pérenne sur le long terme**, pour permettre aux acteurs de se saisir de cette interconnaissance afin de **créer des initiative annexes**
- **Inclure certains acteurs dans certains projets et groupe de travail du Copil** à l'issue de ces réunions
- **Tirer des conclusions des comptes-rendus** des différentes réunions au sein du groupe du travail "réunion d'interconnaissance" pour **alimenter les projets du COPIL**

OBJECTIF 3 : Mettre l'accent sur la prévention en considérant les déterminants de santé

Nous avons expliqué la place des déterminants sociaux et environnementaux dans la santé globale des habitants. En effet, le cadre et le mode de vie des individus sont le socle de leur bonne santé. Aussi, il est important de prendre en compte l'environnement, les habitudes, les relations sociales de la population dans la considération de son état de santé. Cela peut passer par des types d'actions variées, allant de la prévention à l'identification.

Afin de considérer les déterminants de santé, les propositions d'actions à mettre en place sont les suivantes :

- Mettre en place ou visibiliser le dispositif BREF afin de donner la parole aux aidants tout en les informant sur leur situation ;
- Organiser des rencontres ludiques afin d'informer, de sensibiliser la population aux déterminants de santé.

Développer le programme BREF

Cette préconisation s'adresse à la fois aux aidants du territoire mais aussi aux soignant.e.s volontaires pour se former au programme BREF. Ce dernier vise à apporter de l'information aux aidants et de les connecter au réseau local d'aide aux aidants. Les objectifs de cette piste d'action sont d'améliorer la prise en charge des personnes malades, de soutenir, accompagner et déculpabiliser les aidants, faciliter leur quotidien, ainsi que de développer le programme sur le territoire.

Comme nous l'avons expliqué dans le diagnostic, les aidant.es sont souvent seul.es face à leur rôle et il est utile pour eux et elles de pouvoir échanger sur leur situation afin de mieux la vivre et la comprendre.

- Se servir des flyers et affiches déjà existants pour visibiliser le programme localement.
- Solliciter les soignants pour les encourager à passer la formation BREF sur une journée, afin de développer le programme sur le territoire.
- Mettre en lien des associations d'aide aux aidants avec les professionnels de santé pour améliorer la réorientation.

A long terme, le programme pourrait être intégré à la plateforme de répit pour les aidants.

Faire de la prévention ludique aux événements populaires

Des ateliers de prévention parlant de santé au grand public sous forme de jeux peuvent être des outils d'aller-vers efficaces pour intégrer les questions de santé dans l'espace public. Plusieurs ressources sont déjà présentes sur le territoire, et sont autant de point d'appui pour l'élaboration de projets de prévention ludique :

- Des associations déjà habituées aux initiatives de prévention : Solidarité Femmes Beaujolais, le BUSS des AJD, le VHB, ou encore les infirmières Asalée.
- La prévention ludique lors des Semaines Internationales sur la Santé Mentale (SISM) ayant associé le BUSS et le VHB, dans un jeu de piste à Lamure-sur-Azergues, le 7 octobre 2023 est un point d'appui solide pour de futurs projets similaires
- Un important tissu associatif susceptible de mobiliser la population
- Une CPTS pouvant participer à ces temps de prévention
- Possibilité de s'appuyer sur les événements réguliers animant le territoire (ex : marché), ainsi que sur les plus grandes manifestations (ex : fête de conscrits)
- La présence d'un Contrat Local de Santé sur la communauté de communes

L'objectif de ces temps de prévention ludique est de créer des moments dédiés à la santé auprès de la population, dans l'idée de passer du curatif au préventif. A terme, ces ateliers de prévention permettraient de faire en sorte que la population devienne actrice de sa santé. Au final, mieux connaître sa propre santé, c'est également mieux pouvoir agir lors d'éventuels problèmes.

Néanmoins, plusieurs points sont à prendre en compte lors de la mise en place de ces ateliers de prévention ludique :

- Les résultats de la prévention ne se voient que sur plusieurs années ;
- Une mobilisation sur le long terme est nécessaire pour avoir des résultats concrets ;
- Les personnes au contact du public doivent être formées pour acquérir les compétences adaptées pour informer et accompagner ;
- L'identification des lieux et moments les plus opportuns pour mettre en place ces ateliers doit être réfléchi en amont.

Plusieurs ateliers de ce type ont déjà été mis en place ailleurs en France. Psycom, organisme public d'information sur la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation, a mis en place le concept de l'« Arbre aux idées reçues ». C'est un outil de réflexion interactif sur les mythes entourant la santé mentale. Par le biais d'une structure d'arbre sur laquelle est suspendu une multitude de cartons, l'animateur peut alors engager avec le public une discussion autour de la santé mentale. Il peut aussi apporter des informations complémentaires.

Chaque carton a deux faces : une face mythe, et une face réalité. Le but est d'initier une première prise de conscience pour les personnes s'arrêtant sur le stand. Le but de cette opération est en premier lieu d'engager une discussion sur les idées reçues construites autour de la santé mentale. C'est également l'occasion de sensibiliser aux conséquences de la stigmatisation. Par son aspect ludique, il est à même de créer de la curiosité chez les passants. Cette action est d'autant plus efficace si elle s'invite dans les espaces publics : marchés, événements, lieux publics...

Ces types d'actions sont des possibles projets dans le cadre de la prévention ludique. Les habitants touchés par cette initiative seront plus à même de comprendre les enjeux autour de la

santé mentale mais également se prendre en charge eux-mêmes. La force de cette démarche d'aller-vers est d'autant plus importante en milieu rural où l'information est plus difficilement accessible pour les habitants. L'objectif de ces temps de sensibilisation est d'abord d'agir sur la stigmatisation pour ensuite informer la population sur les ressources présentes sur le territoire. C'est un premier pas, qui permet à la fois l'information et la prévention

OBJECTIF 4 : Encourager les sociabilités et solidarités

Dans le territoire rural et isolé de la Haute vallée d'Azergues, l'objectif d'« encourager les sociabilités et solidarités » revêt une forte importance. Ce territoire, caractérisé par une faible densité de population et des défis spécifiques liés à l'éloignement des services essentiels, nécessite des approches adaptées pour lutter contre l'isolement social et promouvoir une qualité de vie optimale, qui sont les éléments essentiels de la bonne santé. Les dynamiques sociales, telles que les liens intergénérationnels, le bénévolat, et les initiatives communautaires, deviennent ici des leviers essentiels pour renforcer le tissu social et le bien-être.

Dans ce contexte, les personnes âgées, souvent confrontées à l'isolement géographique et social, peuvent bénéficier d'espaces dédiés, comme des lieux conviviaux de l'Aire Aérée ou le bistrot intergénérationnel, conçus pour favoriser les rencontres et les échanges. Ces espaces, en s'inscrivant dans une dynamique intergénérationnelle, permettent de créer des opportunités de partage entre les générations, stimulant ainsi un sentiment d'appartenance et de solidarité. De plus, la centralisation des offres de bénévolat et la mise en place de structures d'accueil de jour répondent à des besoins concrets : elles offrent un soutien structuré aux familles et encouragent la mobilisation citoyenne, tout en facilitant l'accès à des activités et des services adaptés.

Mettre en place des espaces d'échange pour les personnes âgées

Mettre en place des espaces d'échange pour les personnes âgées dans la Haute vallée d'Azergues est essentiel pour lutter contre l'isolement social exacerbé par la faible densité de population, les problèmes de mobilité et l'éloignement des services. Ils permettent de renforcer les liens sociaux, d'améliorer le bien-être des seniors et de favoriser leur inclusion locale.

Le dispositif AiRe AÉRée, déjà actif dans le Beaujolais, offre un modèle pertinent. En tant qu'espace itinérant de lien social, il propose des ateliers mémoire, des activités créatives et des moments de partage adaptés aux besoins des personnes âgées, y compris celles à mobilité réduite, grâce à un véhicule adapté. Ses objectifs s'articulent autour du bien-être, de la confiance en soi et des rencontres collectives.

L'élargissement de ce modèle au territoire de la Haute vallée d'Azergues contribuerait à revitaliser le tissu social et à réduire les défis d'isolement des seniors. Les propositions d'actions à mettre en place ce dispositif Aire Aérée sont les suivantes :

- Collaborer avec l'association Aire Aérée afin d'établir un partenariat en intégrant les collectivités locales pour définir les modalités de l'extension et faciliter la création d'une antenne locale ;
- Aménager et gérer la logistique du tiers-lieu mobile pour réaliser des ateliers et garantir l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite ;
- Mobiliser des acteurs locaux (élus, la Maison du Rhône, les associations, etc.) pour garantir la coordination et pour définir des lieux adaptés et disponibles pour les ateliers et activités ;
- Elaborer un calendrier itinérant pour desservir les communes de la Haute vallée d'Azergues et réalisation d'une communication pour maximiser la visibilité du dispositif ;
- Réaliser un suivi et une évaluation du dispositif pour ajuster les activités proposées et les besoins locaux.

Centraliser les demandes et les offres de bénévolat

Le territoire bénéficie d'un tissu associatif dense, porté par une diversité d'acteurs engagés dans des domaines clés : solidarité paysanne, lutte contre les violences faites aux femmes, aide à domicile, aide alimentaire, etc. (Solidarité Paysans, Solidarité Femmes Beaujolais, ADHA, Restos du Cœur, entre autres). Ces structures sont nombreuses à exprimer un besoin de bénévoles, mais peinent souvent à les mobiliser (cf. partie III.4.2.). Du côté des habitants, les bienfaits du bénévolat sur la santé physique et mentale sont fréquemment revenus dans les échanges menés avec des bénévoles locaux. Certains y trouvent un moyen de maintenir du lien social, de rester actifs ou encore de retrouver un sentiment d'utilité. Toutefois, plusieurs personnes rencontrées ont exprimé des difficultés à trouver un cadre ou une mission qui leur correspond réellement : horaires peu adaptés, missions trop engageantes, manque de visibilité des offres, etc. Le besoin d'entraide ponctuelle est également exprimé par certaines habitants : coups de main à domicile, visites ou services, compagnie, etc. Le centre social VHB tente déjà de répondre à ce besoin en diffusant localement des offres et demandes de bénévolat ou de services entre habitants. Néanmoins, ce système reste peu utilisé et insuffisamment structuré, ce qui en limite l'impact.

Mettre en place un outil ou une plateforme qui permet de centraliser les offres et les demandes de bénévolat à une échelle plus large pourrait répondre à plusieurs objectifs :

- Permettre à davantage d'habitants de s'engager, dans un cadre souple et accessible,
- Soutenir les associations locales en facilitant la mise en relation avec de nouveaux bénévoles,
- Favoriser l'entraide de proximité, en valorisant les compétences et les envies de chacun.

Dans cette logique, il peut être pertinent de s'inspirer des Accorderies, un modèle d'échange solidaire déjà expérimenté ailleurs en France. Ces structures, organisées sous forme associative, fonctionnent sur le principe d'une monnaie temps, où chaque heure donnée permet d'en recevoir une en retour. Le réseau des Accorderies l'explique ainsi : « Les Accorderies existent pour renforcer le tissu social et développer le pouvoir d'agir des individus et des collectifs. [...] les Accorderies luttent de manière positive contre la pauvreté et l'exclusion en créant des opportunités d'entraide et de rencontre, de coopération et la possibilité d'accéder à des services du quotidien en complément du système monétaire classique. En allant vers l'autre pour recevoir, rendre ou organiser des services, les membres créent des occasions de retrouver confiance en leur capacité à agir. »³⁷

Ce type d'initiative permettrait de valoriser les savoir-faire des habitants, tout en créant des opportunités concrètes d'échange, de rencontre et d'implication locale. Cependant, un tel projet ne peut voir le jour sans un minimum de ressources humaines et d'implication collective. Il suppose la mobilisation d'acteurs locaux, associatifs comme habitants, ainsi qu'un temps d'animation et de coordination, qui pourrait être porté par un salarié ou des bénévoles engagés. La réussite du projet repose sur une co-construction du dispositif avec les acteurs de terrain, et une visibilité suffisante du dispositif pour que chacun puisse se l'approprier.

Mettre en place un accueil de jour

L'accueil de jour est une structure médico-sociale dédiée à l'accompagnement de publics variés tels que les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou celles en situation de vulnérabilité, grâce à son équipe pluridisciplinaire et spécialisée. Il permet non seulement de répondre aux besoins spécifiques des bénéficiaires, mais aussi d'apporter un soutien précieux aux aidants familiaux, en leur offrant du repos grâce à la mise en place de plateformes de répit. Ces dernières permettent aux aidants de bénéficier de moments de pause, en confiant temporairement la prise en charge de leur proche à des professionnels. Cela leur offre ainsi l'opportunité de se ressourcer, de prendre soin d'eux-mêmes, et facilite l'organisation de leur quotidien.

Cette initiative vise aussi à diversifier l'offre de services pour des publics variés. L'impact attendu est de réduire l'isolement social, d'améliorer le bien-être des bénéficiaires et de soutenir les familles dans leur rôle d'aidants.

- Maintenir l'autonomie des bénéficiaires afin de préserver leurs capacités cognitives, physiques et sociales en favorisant leur maintien à domicile.
- Apporter un soutien aux aidants familiaux par la proposition d'un lieu de répit afin de leur fournir des ressources, partager leurs expériences, libérer leurs paroles, et d'obtenir des conseils pratiques pour alléger leur charge quotidienne.

³⁷ Site du réseau des Accorderies.

- Lutter contre l'isolement social en favorisant les interactions sociales des bénéficiaires à travers des activités adaptées.

Dans la Haute Vallée d'Azergues, l'accueil de jour de l'EHPAD d'Hôpitaux Nord-Ouest à Grandris propose cinq places pour les personnes âgées vivant à domicile, atteintes de maladies neuro-dégénératives telles que Alzheimer. D'après notre échange avec le secrétaire de l'EHPAD pendant notre terrain en janvier, ce service, bien que performant, reste insuffisant face à la demande croissante, comme en témoigne la liste d'attente. L'accueil de jour à Grandris bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire comprenant une infirmière, une aide-soignante, une psychomotricienne, une psychologue et une éducatrice sportive, qui organisent des activités adaptées pour stimuler les capacités physiques, sensorielles et cognitives des résidents. De plus, lors des entretiens, bien que des informations aient été recueillies sur la possibilité de différents publics cibles (personnes âgées, aidants familiaux, personnes en situation de handicap), il n'a pas été possible de définir un public cible précis sur le territoire. Des informations approfondies sont nécessaires pour mieux cerner les besoins spécifiques du territoire.

La mise en place d'un accueil de jour sur le territoire nécessite une préparation minutieuse et une mobilisation significative de ressources humaines, matérielles, financières et institutionnelles.

- Créer d'un groupe de travail composé de travailleurs sociaux, des psychologues des points d'écoute, de l'association la Douceur de l'Hêtre, pour définir les besoins des aidants familiaux
- Identifier un public cible via la mise en place d'un observatoire des besoins sociaux et de santé auprès des acteurs variés tels que les points d'écoute, les élus locaux, le réseau de sentinelles et des professionnels médico-sociaux ;
- Identifier un porteur de projet en fonction du futur public cible, avec des compétences spécifiques adaptées à ses besoins ;
- Collaborer avec des partenaires pour mutualiser les ressources et garantir un soutien institutionnel, notamment avec les acteurs locaux en lien avec le futur public cible ;
- Rechercher des financements pour couvrir les coûts d'installation et de fonctionnement, d'abord auprès des acteurs publics tels que l'Agence régionale de santé (ARS), du département du Rhône et des collectivités locales, et il peut être possible de trouver des financements privés.

Il est nécessaire de mettre en place un observatoire des besoins sociaux et de santé avant la mise en place de ce dispositif pour définir le public cible, l'équipe pluridisciplinaire et la proposition des activités.

- Visibiliser le dispositif sur l'ensemble du territoire par une communication pour informer les habitants, les aidants et les partenaires/acteurs locaux sur l'existence de ce service afin de garantir la pérennité de cette structure.

Le projet de l'accueil de jour Hippocampe à Gleizé, développé par l'Association des Résidences de la Communauté d'Agglomération de Villefranche-sur-Saône, illustre une initiative structurée et adaptable qui combine accueil de jour et plateforme de répit. Avec 15 places par jour, il propose des activités adaptées aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer pour pallier la perte d'autonomie, remonter leur moral et favoriser le lien social. La plateforme de répit, créée en réponse aux besoins des aidants, propose un soutien psychologique, une aide administrative et des séjours de répit pour prévenir leur épuisement. Ce projet repose sur des financements de l'ARS, de la sécurité sociale et d'aides complémentaires (APA, mutuelles, etc.), et s'appuie notamment sur des partenariats locaux avec des communes, des associations.

Parmi les défis rencontrés figurent la gestion logistique du transport, notamment pour des personnes à mobilité réduite ou en situation de handicap. Il existe également un besoin de mieux faire connaître le dispositif auprès de la population, ainsi que de sensibiliser les aidants familiaux à l'importance des services de l'accueil de jour et de la plateforme de répit. En effet, certains aidants peuvent être réticents, souvent en raison de sentiments de culpabilité, ce qui rend indispensable un travail de communication ciblé auprès des acteurs locaux (médecin, aides à domicile, auxiliaire de vie, etc).

Objectif n°4

Mettre en place un accueil de jour et une plateforme de répit

La création d'un accueil de jour vise à soutenir l'autonomie des personnes tout en luttant contre l'isolement social, et en offrant un répit aux aidants.

Public cible

- Les aidants (pour la plateforme de répit)
- Autre public à identifier (pour l'accueil de jour)

Acteurs et partenaires

- La COR,
- L'ARS,
- Le Département,
- Les collectivités locales,
- Les associations locales,
- Les points d'écoute

Enjeux et mise en oeuvre

La mise en place de l'accueil de jour doit reposer sur une analyse approfondie des besoins territoriaux qui sera réalisé par une diversité d'acteurs locaux.

- **Créer un groupe de travail** pour définir les besoins des aidants familiaux
- **Identifier le public cible** via l'observatoire des besoins sociaux et de santé auprès des psychologues des points d'écoutes, les élus locaux, le réseau de sentinelles et des professionnels médico-sociaux
- **Identifier le porteur de projet** qui sera compétent pour le futur public cible
- **Collaborer avec des partenaires** : les acteurs en lien avec le futur public cible et des aidants
- **Rechercher des financements** pour couvrir les coûts d'installation et de fonctionnement

Résultats attendus

- Maintenir l'autonomie des bénéficiaires
- Apporter un soutien aux aidants
- Lutter contre l'isolement social

CONCLUSION

Si la Haute vallée d'Azergues est un territoire vivant, il fait aujourd'hui face à plusieurs défis mettant en péril l'accès optimal aux droits et soins de santé. D'une part, le vieillissement de la population soulève des enjeux d'adaptation des services et d'accompagnement des habitants. D'autre part, l'isolement géographique, bien que générateur de solidarités locales, peut également amplifier l'isolement social. Il est alors nécessaire d'identifier et de prendre en charge les situations de fragilités.

Face à ces défis, l'écoute et l'accompagnement des habitants apparaissent comme des leviers essentiels pour favoriser l'inclusion sociale et prévenir les situations d'exclusion. La posture d'aller vers se présente comme une réponse adaptée aux spécificités du territoire. Elle implique non seulement un changement de méthode pour les professionnels, mais aussi une meilleure coordination entre les acteurs sociaux, institutionnels et associatifs.

Pour cela, mobiliser les ressources locales et valoriser l'existant a été le fil rouge de notre réflexion. Leur nombre et leur diversité nécessitent d'être coordonnés pour révéler leur complémentarité et leur efficacité. Les acteurs à l'échelon communal ont pour atout leur proximité tandis que les acteurs intercommunaux peuvent mieux appréhender des enjeux plus larges.

Il apparaît donc indispensable de continuer à co-construire ces actions avec l'ensemble des acteurs du territoire afin de garantir leur effectivité sur le long terme. Ce projet s'inscrit dans une vision à long terme, visant à renforcer le lien social et à faire de la Haute vallée d'Azergues un territoire de vivre-ensemble où chacun trouve sa place et son bien-être.

Bibliographie

- Article collectif du collège Chantenay De Nantes, C., Propos recueillis par Tchung-Ming, M., 2018, Le dispositif Sentinelles, un levier pour le bien-être au collège « Ce qui a été abîmé par un groupe, doit être réparé par un groupe » Administration & Éducation, N° 157(1), 177-183.
- Dollet, A., 2014, Apprendre à coopérer pour promouvoir la santé. Recherche en soins infirmiers, N° 118(3), pp. 62-74.
- Bontron J.-C., 2013, Personnes âgées en milieu rural : problématiques et expériences, *Gérontologie et Société*, n° 146, pp 153-171.
- Decorme H., Lécroart A., 2024, INSEE Analyses Auvergne-Rhône-Alpes, n° 177.
- Fondation de France. (Re)liés par les lieux : une approche territoriale et spatiale des solitudes et du lien social.
- Latour B., 2006, *Changer de société, refaire de la sociologie*, Paris, La Découverte.
- Laborde, C., Bigossi, F. et Grémy, I., 2022, Santé des proches aidants et interventions de santé publique pour améliorer leur santé. *ADSP*, 117(1), pp. 6-11.
- Leurs A., Trojak B., Ponavoy E., Bonin B., Chauvet-Gelinier J.-C., 2018, Impact biopsychosocial de la charge des aidants : pourquoi faut-il porter une attention spécifique envers la santé des aidants ?, *La Presse Médicale*, Vol. 47, Issue 9, pp 732-740.
- Toulemon L., Algava É., Blanpain N. et Pison G., 2022. Vieillissement démographique de la France : à quoi s'attendre d'ici un demi-siècle ? *Après-demain*, 2022/3 N ° 63, NF, p.4-9.

Sitographie

- Accorderie. Le concept. <https://www.accorderie.fr/page/le-concept>
- CdOnline. L'Etat dans le Nord s'engage dans la lutte faite aux femmes, Articque. <https://cdonline.articque.com/share/display/35952c997f0e88b9b09a2d73fe0ab42d90445b90>
- Centre social VHB. Projet social 2021-2025. 2022. <https://www.centresocialvhb.fr/wp-content/uploads/2022/02/PROJET-SOCIAL.pdf>
- Fondation de France. (Re)liés par les lieux : une approche territoriale et spatiale des solitudes et du lien social. 2024. <https://www.fondationdefrance.org/images/pdf/2024/etudes-solitudes-2024.pdf>
- Fondation des AJD. <https://www.fondation-ajd.com/>
- Géoconfluences. Santé et santé publique. <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/sante-sante-publique>
- Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbp_sante_min_eurs_jeunes_majeurs.pdf
- INSEE, RP2010, RP2015 et RP2021, exploitations principales, géographie au 01/01/2024.
- Mutuelle d'assurance des professionnels de la santé - MACSF. <https://www.macsf.fr/actualites/paramedicaux/infirmiers/infirmiere-asalee-questions>
- Ressources-Territoires, Openstreetmap. https://www.ressources-territoires.com/leaflet/snlpp_proj.html/
- Rhône, le Département. « Le Département, partenaire du BUSS mobile à la rencontre des habitants en zones rurales. » 14.01.2025 https://www.rhone.fr/jcms/pl01_2028616/fr/le-departement-partenaire-du-buss-mobile-a-la-rencontre-des-habitants-en-zones-rurales
- Santé Publique France. 2023. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale#:~:text=Selon%20l'OMS%20%2C%20la%20sant%C3%A9,une%20contribution%20%C3%A0%20la%20communaut%C3%A9%20%20%C2%BB>
- SaônESSence. 2025. <https://saonessence.fr/>
- Santé.Gouv, notes de cadrage aller-vers, Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, en ligne. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_de_cadrage_aller_vers.pdf

Table des figures

Figure 1 : Organisation du projet.....	6
Figure 2 : Les trois piliers de la santé.....	9
Figure 3 : Résultat de l’atelier participatif du 8 novembre sur la bonne santé. Réalisation : Dix habitants de la vallée.....	13
Figure 4 : Résultat de l’atelier participatif du 8 novembre sur les rencontres et échanges entre habitants.....	17
Figure 5 : Densité de la population de la Haute Vallée d’Azergues en 2021.....	20
Figure 6 : Évolution de la population de Haute Vallée d’Azergues entre 1999 et 2021.....	21
Figure 7 : Population de la Haute Vallée d’Azergues par tranche d’âge.....	22
Figure 8 : Evolution de la part des personnes vivant seules par classe d’âge, entre 2010 et 2021.....	23
Figure 9 : Variation annuelle moyenne de la population de la Haute Vallée d’Azergues en %....	24
Figure 10 : Fermeture récente d’un café à Grandris.....	27
Figure 11 : Densité du maillage routier au sein de la Haute-Vallée d’Azergues en miroir avec le relief.....	28
Figure 12 : Modélisation des interactions biologiques, psychologiques et sociales chez les aidants.....	32
Figure 13 : Organisation du comité de pilotage.....	40
Figure 14 : Périmètre d’intervention des membres du comité de pilotage.....	44
Figures 15 et 16 : Ateliers participatifs avec des élus, janvier 2025.....	45
Figure 17 : Flyer de présentation du BUSS.....	48
Figure 18 : Sources de financement du BUSS.....	50
Figure 19 : Schéma récapitulatif des objectifs globaux et des préconisations qui en découlent...	62

Table des matières

Remerciements.....	1
Sommaire.....	2
Liste des sigles.....	3
Introduction.....	5
Méthodologie.....	6
I. Définir la bonne santé : le point de départ de notre étude.....	10
I.1. La santé, un concept global difficile à appréhender par les habitants.....	10
I.2. Des déterminants sociaux de la santé et d'accès aux soins.....	12
I.3. Ce qui favorise le lien social sur le territoire.....	17
II. La Haute vallée d'Azergues, un territoire dynamique aux réalités sociales délicates à appréhender.....	20
II.1. Entre attractivité relative et vieillissement de la population : des évolutions à anticiper	20
II.1.1. Un vieillissement de la population nécessitant une demande accrue de soins de proximité.....	20
II.1.2. Des nouveaux arrivants confrontés aux difficultés d'accès aux soins.....	25
II.2. L'isolement géographique de la vallée, vecteur de solidarités mais qui peut renforcer l'isolement social.....	26
II.2.1. La forte présence d'entraide et de solidarité sur le territoire.....	26
II.2.2. La fragilisation du lien social et la hausse des situations d'isolement.....	27
II.2.3. L'absence de demande de soin, un obstacle à la prise en charge médico-social	30
II.3. Les aidants, un public invisible avec un besoin d'écoute particulier.....	32
II.3.1. La charge globale liée au rôle d'aidant.....	32
II.3.2. Les aidants ont plus tendance à négliger leur propre santé.....	33
II.3.3. Des besoins spécifiques d'écoute face à cette situation.....	34
II.4. Un fort besoin d'écoute exprimé par les habitants de la Haute vallée d'Azergues.....	35
II.4.1. Importance du lien social de manière régulière pour tous les habitants.....	36
II.4.2. Une écoute de moins en moins trouvée chez les médecins.....	36
II.4.3. L'aller-vers comme posture d'écoute.....	37
III. Des ressources nombreuses et variées à inclure dans le projet d'aller-vers.....	41
III.1. Le COPIL : une diversité de structures aux compétences multiples.....	41
III.1.1. Présentation des membres du comité de pilotage.....	41
III.1.2. Une interconnaissance précieuse à développer.....	43
III.1.3. Le périmètre d'action du COPIL : une échelle adaptée ?.....	44
III.2. Un échelon communal à (faire) intégrer dans les problématiques sociales du territoire.....	46
III.2.1. La commune comme acteur social de proximité.....	46
III.2.2. Les missions du CCAS, un organe administratif à faire évoluer.....	47
III.2.3. Des difficultés à cibler des publics: un frein à l'action sociale.....	48

III.3. Les dispositifs d'écoute et d'aller-vers déjà en place sur le territoire.....	48
III.3.1. Le BUSS : équipe mobile pluridisciplinaire.....	49
III.3.2. Le point écoute de la COR, un dispositif très sollicité.....	51
III.3.3. L'Equipe Mobile Précarité Psychiatrie : un dispositif d'accompagnement sur le terrain.....	52
III.4. Des ressources moins identifiées à mobiliser afin de déployer la posture d'aller-vers..	53
III.4.1. Les services et commerces de proximité : un contact privilégié avec les habitants au quotidien.....	54
III.4.2. Société civile et associations : une richesse locale non négligeable à mobiliser..	55
III.4.4. Penser un dispositif de soutien des habitants par les habitants : des limites et besoins à appréhender et anticiper.....	57
Analyse MOFF.....	61
OBJECTIF 1 : Favoriser l'orientation et la prise en charge médico-sociale de la population de la vallée via le développement de l'aller-vers.....	64
Structurer un réseau de sentinelles.....	64
Accompagner le développement des points d'écoute et équipes mobiles actives sur le territoire.....	70
Sensibiliser l'échelon communal à l'accompagnement social.....	75
OBJECTIF 2 : Améliorer l'interconnaissance des professionnels et personnes ressources.	79
Améliorer la visibilité des dispositifs d'accompagnement médico-social existants....	79
Étendre et thématiser les rencontres partenariales.....	80
OBJECTIF 3 : Mettre l'accent sur la prévention en considérant les déterminants de santé.....	84
Développer le programme BREF.....	84
Faire de la prévention ludique aux événements populaires.....	84
OBJECTIF 4 : Encourager les sociabilités et solidarités.....	86
Mettre en place des espaces d'échange pour les personnes âgées.....	86
Centraliser les demandes et les offres de bénévolat.....	87
Mettre en place un accueil de jour.....	88
Bibliographie.....	93
Sitographie.....	94
Table des figures.....	95