



Master 2
Pilotage des politiques et actions en santé
publique

Promotion : **2014-2015**

La santé,
enjeu de développement territorial

Françoise CHARTIER

Juin 2015

Remerciements

Je remercie vivement l'équipe du Conseil de développement du Pays de Châteaubriant pour son accueil et son intérêt manifesté à l'égard de mon projet.

Un grand merci à Nolwenn Diler pour la confiance qu'elle m'a accordée et à Nadège Moriceau pour son soutien et sa bonne humeur, je remercie bien entendu le Groupe « Santé », Yves Le Gall, Gérard Haulbert, Amand Chatellier, André Tessier et Joseph Plantard pour leur écoute et leur réel engagement, marqué par la volonté de rassembler, de partager et d'agir pour mieux vivre ensemble sur le territoire.

Les acteurs du Pays de Châteaubriant, qu'ils soient habitants, professionnels, techniciens ou élus, que j'ai rencontrés ou qui se sont investis en répondant à l'enquête organisée sur le territoire m'ont permis de réaliser les missions professionnelles présentées dans ce rapport, je les en remercie sincèrement.

Mes remerciements vont également à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, aux professionnels qui assurent la qualité de l'encadrement et des enseignements, en particulier Régine Mafféi pour sa présence et sa disponibilité, M. Schweyer et M. Leroy, pour leur accompagnement et leur bienveillance.

Sommaire

Introduction.....	1
1 RAPPORT DE MISSION.....	4
1.1 Présentation de la structure d'accueil : le Conseil de développement du Pays de Châteaubriant.....	4
1.1.1 Mission de la structure.....	4
1.1.2 Contexte historique des Conseils de développement.....	5
1.1.3 Fonctionnement de la structure.....	7
1.1.4 Les activités de la structure.....	9
1.1.5 Le groupe de travail « Santé ».....	10
1.2 Présentation de la mission.....	11
1.3 Construction et dimensions du questionnaire d'enquête.....	13
1.3.1 Justification des parties prenantes.....	13
1.3.2 Sélection des personnes cibles.....	14
1.3.3 Actions de communication et modes de participation.....	14
1.3.4 Thèmes du questionnaire.....	15
1.4 Portrait du territoire du Pays de Châteaubriant.....	16
1.4.1 De l'espace au territoire.....	16
1.4.2 Le territoire comme projet.....	21
1.4.3 La santé au cœur des territoires.....	25
1.4.4 Déterminants de santé, inégalités sociales et territoriales et politiques territoriales.....	27
1.4.5 Etudier les territoires.....	32
1.5 Analyse des résultats de l'enquête Territoire et Santé.....	41
1.5.1 Participation à l'enquête et profil des répondants.....	41
1.5.2 Quelle définition de la santé ?.....	42
1.5.3 Quel accès à l'information, quels besoins d'information ?.....	42
1.5.4 Qualité de l'environnement de vie, atouts et faiblesses du territoire.....	44
1.5.5 La question de l'accès aux soins sur le territoire.....	45
1.5.6 Quels projets concernant la Santé sur le territoire, quelle mobilisation des Habitants ?	46
1.5.7 Proximités habitantes.....	47
1.5.8 Expression libre.....	48
1.5.9 Aspects relationnels et confiance entre acteurs.....	48
1.6 Préconisations.....	50
Conclusion.....	53
2 SYNTHÈSE.....	56

3	NOTE REFLEXIVE.....	58
3.1	Les représentations du Conseil de développement par les acteurs du territoire comme éléments de positionnement de la mission de stage	58
3.2	Les enjeux des réorganisations territoriales pour le Conseil de développement.....	59
3.3	La mission de stage comme ouverture pluridisciplinaire.....	61
3.4	Réflexion sur les échelles.....	65
3.5	La question de la participation.....	66
3.6	Mission de stage et politique de santé publique	68
	Bibliographie.....	73
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection longue durée
ARS : Agence régionale de santé
AURAN : Agence d'urbanisme de la région nantaise
APL : Accessibilité potentielle localisée
CARSAT : Caisse Assurance Retraite Santé Travail
CBE : Comité de bassin d'emploi
CC : Communauté de communes
CCRN : Communauté de communes de la Région de Nozay
CCSD : Communauté de communes du Secteur de Derval
CLS : Contrat local de santé
CRADT : Conférence régionale d'aménagement du territoire
CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSP : Catégorie socio-professionnelle
DATAR : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
EES : Espace d'équipe de soins
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale
HPE : Hospitalisation potentiellement évitable
HPST (loi) : Hôpital, Patient, Santé et Territoires
IHPE : Indice d'hospitalisation potentiellement évitable
LEADER : Liaison entre actions de développement de l'économie rurale
LOADDT : Loi d'orientation pour l'aménagement et de développement durable du territoire
MAPTAM (loi) : Modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles
MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
NOTRE (projet de loi) : Nouvelle organisation territoriale de la République
ORS : Observatoire régional de santé
PETR : Pôle d'équilibre territorial rural
PRS : Projet régional de santé
UNADEL : Union nationale des acteurs et structures du développement local
USLD : Unité de soins longue durée
SCOT : Schéma de cohérence territoriale
SROS : Schéma régional d'organisation des soins
TSP : Territoire de santé de proximité
ZAU : Zonage en aires urbaines

Françoise CHARTIER -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2014-2015

Introduction

Les liens entre les termes « santé » et « territoire » apparaissent comme de plus en plus légitimes, grâce à l'influence de plusieurs facteurs. La régionalisation de la politique de santé est en effet une tendance lourde de la réforme des systèmes de santé européens depuis le début des années 1990. En France, la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPST) inscrit cette relation *santé-territoire* au cœur des réflexions et des actions. Par ailleurs, l'état de santé d'une population est aujourd'hui étudié au regard des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre individuel, social, territorial et environnemental. Ainsi, avec une définition large de la santé¹, celle-ci n'est plus seulement un problème médical qui relèverait de la responsabilité des seuls médecins ou professionnels chargés de la vaccination ou du dépistage ; au contraire, elle devient un enjeu social sur lequel les acteurs politiques peuvent légitimement se prononcer², d'autant plus lorsque sont mises en lumière les perceptions d'inégalités entre territoires.

D'un point de vue institutionnel, l'accent a été mis par le Ministère de la Santé sur l'accès de tous sur l'ensemble du territoire à des soins de qualité, le *Pacte Territoire-Santé*³ a alors été lancé en 2012 dans l'objectif de lutter contre les inégalités territoriales.

Sur le plan local, l'émergence des questions et des actions dans le champ de la santé peut fréquemment être reliée à une inquiétude exprimée par les habitants, les élus ou les professionnels de santé quant à la démographie des professionnels de santé sur leur territoire. En effet, lorsque des médecins ne sont pas remplacés à leur départ en retraite, les habitants se demandent s'ils vont pouvoir continuer à se soigner à proximité de leur domicile, les élus se questionnent sur l'attractivité de leur territoire et les professionnels de santé s'interrogent sur leur charge de travail, sur une évolution de leurs pratiques en réseau ou sur la reprise de leur cabinet par un jeune confrère.

Ces inquiétudes peuvent se manifester en milieu rural, où les distances à parcourir pour accéder aux services courants sont parfois importantes et où l'isolement peut être vécu comme un véritable abandon⁴.

¹ Conformément à la Charte d'Ottawa de 1986, la santé est un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. Cf. Annexe 1 – Charte d'Ottawa

² Dictionnaire des politiques territoriales, Sciences Po. Gouvernances, Collection Références, 2011, mot-clé : « Santé »

³ Cf. Annexe 2 - Pacte Territoire-Santé

⁴ Lors d'un entretien avec une ancienne élue de notre territoire d'étude, nous avons pu mesurer combien l'existence de la permanence des soins la nuit représente un enjeu pour un territoire. A l'occasion d'une réorganisation de la permanence des soins, le territoire n'a momentanément plus été couvert par un service de médecine de garde de nuit. A cette nouvelle, des habitants, souvent parmi les plus âgés d'entre eux, ont pu être pris de « panique » la nuit, sollicitant fréquemment les Pompiers qui avaient alors à prendre en charge l'angoisse de ces habitants.

Les questions de santé sont alors indissociables des enjeux territoriaux plus globaux et associent une diversité de parties prenantes : L'Etat et ses institutions (Ministères, Préfectures et sous-Préfecture, Agences Régionales de Santé-ARS), les collectivités territoriales (Régions, Départements, Communes, dans leurs missions réglementaires ou volontaristes de santé)^{5, 6}, les organismes de sécurité sociale, mutuelles, mais également les professionnels et bénévoles des secteurs sanitaire, médico-social et social ainsi que les habitants/usagers du système de santé⁷.

Face à ces enjeux, le problème de l'articulation entre ces acteurs et entre des échelles territoriales différentes peut se poser. V. Bayad⁸ rappelle que la loi du 21 juillet 2009, dite « HPST », prévoit une articulation entre services de l'Etat et collectivités territoriales dans l'organisation sanitaire et médico-sociale, à travers plusieurs dispositifs : le programme régional de santé (rôle consultatif des collectivités territoriales) ; la définition des territoires de santé (en concertation avec les collectivités) ; les contrats locaux de santé (espaces contractuels entre ARS et collectivités territoriales qui doivent amplifier, en cohérence avec les programmes régionaux de santé, les dynamiques développées par les collectivités territoriales, telles que les ateliers santé-ville ou l'animation territoriale de santé).

La mission de stage présentée dans ce rapport traite des liens entre les questions de santé et celles du développement des territoires. Ce travail s'inscrit dans une démarche initiée par des acteurs engagés au sein d'une instance de démocratie participative⁹, le Conseil de développement, sur le territoire du Pays de Châteaubriant, en Loire-Atlantique.

Plusieurs thèmes et questionnements ont guidé ce travail, nous nous sommes ainsi demandé si le débat sur le caractère urbain ou rural d'un territoire suffisait à expliquer les inégalités territoriales de santé, ou encore si le thème de la santé n'était pas un révélateur d'inégalités territoriales, ou un indicateur de vulnérabilité territoriale, et enfin s'il existait un échelon pertinent qui définirait la proximité et

⁵ Si les collectivités locales n'ont pas la compétence sur l'organisation des soins de proximité, elles s'en saisissent de plus en plus souvent face à une difficulté des professionnels de s'organiser seuls. De Haas, P., « Les collectivités territoriales et l'offre de soins de proximité », *adsp*, 82, mars 2013, pp.47-48.

⁶ Malgré un contexte budgétaire contraint, les collectivités, dans leur volonté de développer des politiques locales de santé et de réduction des inégalités de santé, mobilisent de nombreux moyens et, dans un exercice toujours plus difficile, concourent de manière significative mais souvent silencieuse à la santé publique française. Bayad, V., « Une organisation territoriale de santé complexe », *adsp*, 82, mars 2013, pp. 19-21

⁷ La loi HPST comprend une série de mesures allant spécifiquement dans le sens d'une plus grande transparence vis-à-vis des patients, comme la représentativité accrue des usagers au conseil de surveillance des hôpitaux, la publication d'indicateurs de qualité et un rôle réaffirmé des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Enfin, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) constituent le dispositif de concertation et de travail collectif central pour les Agences régionales de santé (ARS).

⁸ Bayad, V., *art. cit.*

⁹ Cf partie 1.1 du présent rapport

permettrait d'envisager des réponses aux besoins des usagers et de définir des projets qui s'attacheraient à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

Ce rapport tente d'apporter des éléments de réflexion pour envisager ces questions, sur la base d'une étude centrée sur un territoire, pour lequel une méthodologie d'enquête a été élaborée dans l'objectif d'initier une démarche de réflexion collective sur les enjeux de santé sur ce territoire.

Ainsi, en première partie figure le rapport de mission de stage, avec une présentation du Conseil de développement comme structure d'accueil et les étapes de construction de la problématique traitée, avec un exposé des différents concepts et contextes retenus. La méthodologie est ensuite justifiée et les résultats obtenus présentés et discutés pour finir sur des préconisations.

Une deuxième partie présente une note réflexive en six points, comme autant de thèmes qui ont pour certains, émergé au fil des rencontres, ou qui, pour d'autres, ont accompagné notre cheminement tout au long de ces quelques mois.

1 RAPPORT DE MISSION

1.1 Présentation de la structure d'accueil : le Conseil de développement du Pays de Châteaubriant



Le Conseil de développement du Pays de Châteaubriant nous a accueillis pour réaliser une mission de stage, du 15 février au 26 juin 2015.

Souhaitant intégrer une structure impliquée dans une réflexion et des actions en lien avec la santé sur le territoire Loire-Atlantique Nord, nos recherches nous ont menés vers une action réalisée par un groupe de travail « Santé », composé de membres bénévoles engagés et impliqués dans la vie associative locale. Ce groupe, intégré au sein du Conseil de développement, a produit en 2014 un document, intitulé « L'offre de soins demain sur le Pays de Châteaubriant ». Ce document, consulté sur Internet¹⁰, nous a permis d'identifier et de contacter le Conseil de développement, à Châteaubriant. Trois rencontres ont eu lieu fin 2014, dans un premier temps avec Nolwenn Diler, Chargée de mission, puis avec les membres du groupe de travail afin d'échanger sur une possible collaboration.

1.1.1 Mission de la structure

Le Conseil de développement du Pays de Châteaubriant est une association loi 1901, qui a pour objet¹¹ de favoriser la concertation entre les principaux acteurs de la vie locale par l'échange permanent d'informations et notamment :

- concourir au développement économique, social, culturel du Pays de Châteaubriant ;
- être consultée sur toute question relative à l'aménagement et au développement du territoire par tout acteur de terrain (institutions publiques ou privées) ;
- s'autosaisir de toute question, projet ou action pouvant avoir des incidences sur le développement Pays ;

¹⁰ Document accessible sur le site : www.paysdechateaubriant.com

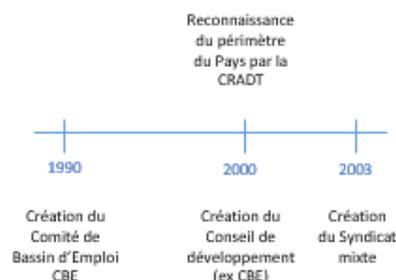
¹¹ Conformément aux Statuts de l'association

- favoriser les initiatives et l'émergence de projets en informant, détectant et orientant les porteurs de projets, en stimulant les acteurs du territoire dans la recherche de solutions de développement durable ;
- conduire ou être associée à des actions d'évaluation mises en œuvre sur tout ou partie du territoire ;
- être saisie par les acteurs locaux (institutions publiques et privées) sur toute question, projet ou action concernant le territoire.

Les Statuts de l'association précisent également son territoire d'action : l'activité du Conseil de développement s'exerce sur le territoire formé par les 3 Communautés de Communes (CC) inscrites dans le périmètre définitif du Pays de Châteaubriant¹² par la conférence régionale d'aménagement du territoire (CRADT) du 28 janvier 2002.

Le Conseil de développement représente ainsi l'une des formes d'expression de la démocratie locale. Chef de file d'un réseau d'acteurs citoyens sur le territoire, le Conseil de développement est à l'émergence de réflexions et de visions prospectives pour son territoire. Un lieu d'échanges et d'anticipation par et au service des citoyens du Pays¹³.

Le Conseil de développement a évolué avec la structuration du territoire, dont les principales étapes sont représentées dans la frise ci-contre :



1.1.2 Contexte historique des Conseils de développement

De manière générale, depuis le début des années 80, la France a connu plusieurs phases de réorganisations territoriales. Elles ont modifié les découpages administratifs, multiplié les territoires et niveaux d'action et transformé les relations des populations avec les pouvoirs publics.

¹² Cf. carte en Annexe 3

¹³ Livret intitulé « Initiatives et développement durable sur le Pays de Châteaubriant », Conseil de développement du Pays de Châteaubriant, p. 2

La création officielle des Conseils de développement par la Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire (LOADDT) dite loi Voynet, date de juin 1999, avait pour ambition d'instiller dans l'aménagement du territoire les questions de développement durable et de démocratie participative. Cependant, diverses expériences antérieures à cette loi ont pu émerger dans des contextes tels que les processus de territorialisation des politiques publiques et de décentralisation,

Dès les années 70, de nouveaux concepts, les bassins de vie et les bassins d'emploi, correspondant à de nouvelles problématiques et pratiques de territoire font leur apparition : la mobilité des individus évolue, l'espace de vie des populations déborde le périmètre de la commune, voire celui des intercommunalités naissantes. Faisant suite aux lois de décentralisation du début des années 1980, la loi d'orientation relative à l'administration territoriale de la République du 6 février 1992 cherche à encourager la coopération intercommunale, avec la *création des Communautés de Communes*. Plus tard, la loi Pasqua sur l'aménagement du territoire de 4 février 1995 s'inscrit dans un contexte où la thématique de l'aménagement du territoire est porteuse, avec une approche axée sur l'aspect développement local. Cette loi institue *les Pays* et si elle ne parle pas encore des Conseils de développement, elle introduit déjà l'association des partenaires économiques, sociaux, culturels au projet de territoire.

l'émergence de l'intercommunalité, les mouvements de développement local, avec notamment les Pays, les problématiques économiques et d'emploi, les revendications en matière de participation de la « société civile ».¹⁴

Dans ces contextes, on a vu émerger autour des projets de territoire la nécessité de partager et travailler collectivement entre acteurs locaux, de façon plus ou moins structurée, lisible et pérenne¹⁵.

La LOADDT a été portée, entre autres, par la volonté de renforcer la démocratie locale. En cela elle s'inscrit dans le processus de reconnaissance progressive du droit à l'information et à la participation du citoyen dans l'élaboration des politiques publiques qui le concernent. Le corpus législatif en la matière s'est peu à peu étoffé au cours des dernières décennies¹⁶.

¹⁴ *Dix ans de Conseils de développement : la société civile en mouvement*, Editions du CERTU, 2010, p.16

¹⁵ *ibid.*

¹⁶ Citons par exemple la Loi du 2 février 1995 relative au renforcement de la protection de l'environnement dite « loi Barnier ». Mise en place de la Commission nationale du débat public qui introduit les enjeux du développement durable et notamment le principe de précaution et consolide les processus de participation du public et des associations en matière d'environnement. La Loi du 27 février 2002 relative à la démocratie de proximité instaure les Conseils de quartier. Enfin, des textes européens, comme la Convention d'Aarhus (ratifiée en France en 2002), ont contribué à la consolidation de la législation interne relative aux droits du citoyen à l'information et à la participation dans les projets et programmes ayant un impact sur l'environnement.

Partant d'une double critique sur les excès du pouvoir technocratique des administrations et sur le monopole des élus dans la définition du « bien commun territorial », l'objectif du législateur, en créant les Conseils de développement, était de mieux impliquer la société civile au sein des « pays ruraux » et des « communautés d'agglomération »¹⁷.

1.1.3 Fonctionnement de la structure

Depuis sa création, la vie du Conseil de développement du Pays de Châteaubriant est loin d'être linéaire et s'illustre surtout par des ruptures de rythme entre temps forts et retraits.

Le Conseil de développement est amené à se réinventer continuellement pour rester pertinent par rapport à un territoire en mouvement dans un contexte législatif qui évolue¹⁸.

Depuis la loi Voynet de 1999, la constitution des Conseils de développement n'a jamais été rediscutée¹⁹ : ses membres sont des acteurs ou représentants des milieux économiques, sociaux, culturels, éducatifs, scientifiques, environnementaux et associatifs, chaque Conseil de développement s'organisant librement.

Cette liberté est ainsi garante d'une réelle indépendance, en termes de positionnement, de fonctionnement interne, de démarche méthodologique, en même temps qu'elle constitue un point de fragilité potentiel dans la définition même de la structure, de ses missions et de sa place au sein des acteurs du territoire.

A l'issue d'un travail d'évaluation du Conseil de développement mené en 2014²⁰, un groupe de travail interne s'est constitué dans l'objectif de réfléchir sur une définition « nouvelle » et partagée à donner au Conseil de développement du Pays de Châteaubriant. En effet, si le Conseil de développement est tributaire du contexte législatif, il est également fortement lié au contexte politique du territoire. Un mémoire universitaire²¹, réalisé en 2008, présente alors le Pays de Châteaubriant comme « un lieu de tension politique » : d'un point de vue historique, un Comité de Bassin d'Emploi (CBE), créé en 1990, est à l'origine du Pays. Le CBE est lui-même le résultat d'une longue réflexion engagée dans les années 1957-1958 par un groupe de syndicalistes. Le CBE est le produit d'un combat politique entre la gauche et la droite et notamment avec la municipalité de l'époque de Châteaubriant. C'est un

¹⁷ Faure, A., « Conseil de développement », dans Casillo I. avec Barbier R., Blondiaux L., Chateauraynaud F., Fourniau J-M., Lefebvre R., Neveu C. et Salles D. (dir.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*, Paris, GIS Démocratie et Participation, 2013

¹⁸ Mary A., *Quel Conseil de développement demain ?*, Rapport de stage M1 Aménagement et développement territorial, Université Bretagne Sud, Juillet 2014, p. 2

¹⁹ Voir partie 3.2 du présent rapport pour les évolutions apportées par les nouvelles lois

²⁰ Mary A., *op. cit.*

²¹ Charlot A., [Titre inconnu] Mémoire de Master 2 Aménagement, Gouvernance et Territoire, Université de Nantes, 2008, pp.18-19

changement politique sur la ville de Châteaubriant, en 1989, qui permettra de créer le CBE, puis de le transformer par la suite en Conseil de développement en 2000. Le CBE étant fondé « sur la volonté d’impliquer, à travers le dialogue social territorial, les acteurs économiques et sociaux locaux dans l’amélioration de la situation de l’emploi de leur territoire, dans une stratégie économique de développement », la transformation du CBE en Conseil de développement s’est trouvée facilitée du fait de la proximité des orientations et de l’organisation des deux instances.

En 2000, le Conseil de développement conserve deux missions clés du CBE : l’observatoire socio-économique et la gestion de fonds européens (programme LEADER +²²), le CBE étant l’opérateur du premier programme européen du Pays (LEADER II).

Le périmètre du Pays selon la loi Voynet sera reconnu au cours de l’année 2000, Pays qui se dotera en 2003 d’une structure de gestion en syndicat mixte. Dans son mémoire, A. Charlot²³ observe que la mise en place d’une Maison de l’Emploi ainsi que la structuration du syndicat mixte fragilisent le Conseil de développement en remettant en cause deux missions principales : observatoire socio-économique et animation/gestion des fonds LEADER. En effet, la mission d’observatoire est transférée à la Maison de l’emploi en 2008/09 et la gestion des fonds LEADER est désormais assurée par la structure publique, le Syndicat mixte, depuis 2008. A. Charlot conclut son travail réalisé en 2008 en soulignant que le territoire du Pays de Châteaubriant a connu des clivages politiques importants et qu’à l’heure actuelle, les tensions sont redoublées avec un sentiment accru d’une mise en concurrence des structures du Pays, entre le syndicat mixte et le Conseil de développement, entre la droite et la gauche, cette situation questionnant l’avenir du Conseil de développement dans son fonctionnement actuel.

L’évolution du personnel présent au sein du Conseil de développement illustre également la variation des missions et de l’activité de l’association. En effet, en 2009, l’association comptait 5 salariés (un Directeur, une secrétaire-comptable, une gestionnaire LEADER, une animatrice LEADER et une chargée d’études observatoire socio-économique), en 2015, une chargée de mission et une secrétaire-comptable à mi-temps sont salariées de l’association.

²² Dans le cadre de la politique agricole commune, LEADER constitue un axe méthodologique du programme de développement rural destiné à financer des projets pilotes à destination des zones rurales. Concrètement, des territoires structurés (Pays ou Parcs Naturels Régionaux) élaborent une stratégie et un programme d’actions. Ils sont ensuite sélectionnés par un appel à projets régional. Les territoires retenus, organisés en Groupes d’action locale (GAL), se voient allouer une enveloppe financière destinée à mettre en œuvre le programme d’actions. Un comité de programmation composé d’acteurs publics et privés locaux assurent ensuite la sélection des projets s’inscrivant dans ce programme d’actions.

²³ Charlot A., *op. cit.*

Concernant la structure du Conseil de développement, les statuts de 2010 définissent une organisation en 4 collèges²⁴ :

- ▶ collège du monde économique
- ▶ collège Éducation, Insertion, Santé et Action sociale
- ▶ collège du cadre de vie
- ▶ collège des élus

Chaque collège compte 18 membres titulaires.

Le Conseil d'Administration est pour sa part composé de 24 membres issus des collèges (6 membres par collège). Enfin, le Bureau est composé de 10 membres.

Le fonctionnement de l'association est assuré par une subvention des 3 Communautés de Communes du Pays de Châteaubriant via le Syndicat Mixte « Le Pays de Châteaubriant »²⁵ - subvention calculée sur un ratio de 0,62 € ou 0,64 € par habitant. Par ailleurs, le Conseil Départemental finance le poste de chargée de mission sur la base de 69% du salaire brut. L'Agence de Services et Paiement reverse la contrepartie du contrat de la secrétaire-comptable, à hauteur de 90% du salaire brut. Enfin, dans le cadre du Contrat avec la Région (2013-2015), le Conseil de Développement bénéficie d'une enveloppe de 10.600 € pour financer des conférenciers et prendre des étudiants en stage.

1.1.4 Les activités de la structure

Un premier type d'activité est constitué des Avis sur les Contrats de Territoire départementaux. Ainsi, afin d'émettre un avis sur les 3 Contrats 2013-2015, le Conseil de développement a réuni sur une soirée l'ensemble des collèges d'acteurs qui le structure. Cette méthode a permis au plus grand nombre de prendre connaissance des trois programmes d'actions et de formuler un certain nombre de remarques ou questionnements.

Une second type d'activité repose sur l'auto-saisine de thématiques en lien avec les enjeux de développement du territoire, tels que : *les nouveaux habitants dans la région de Nozay, les mobilités* (structure des déplacements et migrations domicile-travail, nouveaux modes de déplacement), *le développement durable et les initiatives locales, la santé et l'offre de soins*. Pour travailler sur ces thématiques, des groupes de travail sont constitués, l'appui d'un stagiaire en formation de niveau Master est recherché, les réflexions et travaux valorisés sous différentes formes : organisation de conférences-débat, production de documents de communication. Les groupes de travail peuvent se

²⁴ Cf. Annexe 4 pour la composition des collèges

²⁵ La CCRN n'ayant pas approuvé la transformation du Pays en Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR), leur subvention reste, pour le moment, hypothétique. Voir à ce sujet partie 3.2 du présent rapport.

constituer le temps de la réflexion et de la production collective sur une thématique ou se poursuivre à plus long terme, ce qui est le cas pour le groupe de travail « Santé », qui a souhaité inscrire sa démarche à long terme, positionnement possible par l'implication à la fois individuelle et collective de ses membres.

Enfin, le Conseil de développement participe à des travaux rassemblant divers acteurs sur le thème de la prospective : *Loire-Atlantique 2030*, organisé par le Conseil de développement de Loire-Atlantique, *Construisons ensemble les Pays de la Loire 2040*, « ateliers du futur » organisés par le Conseil Régional des Pays de la Loire.

1.1.5 Le groupe de travail « Santé »

Le groupe de travail « Santé » s'est constitué au sein du Conseil de développement fin 2012, à l'occasion d'une réunion entre la Chargée de mission et trois des membres ayant mené une action intersyndicale (retraités de la Confédération paysanne, CGT et CFDT). En effet, la question de la santé et de la permanence des soins était régulièrement évoquée au niveau du Conseil de développement. Quatre membres de l'intersyndicale ayant déjà mené une étude en 2010 sur le thème de la démographie médicale sur le Pays de Châteaubriant, le Conseil de développement a souhaité repartir de ces personnes pour créer un petit groupe d'appui sur la thématique de la santé, dans l'objectif de dégager des pistes de réflexion. Les membres actifs sont : Yves Le Gall, Gérard Haulbert, André Tessier, Amand Chatellier et Joseph Plantard, retraités et largement impliqués dans les structures sociales et médico-sociales locales.

L'étude réalisée en intersyndicale avait pour objectif avant tout d'alerter sur le sujet²⁶. L'intérêt de constituer un groupe de travail « Santé » était alors de mobiliser largement sur ce sujet, à partir du Conseil de développement. Un temps de « pédagogie », reflétant une approche « globale » de la thématique apparaissait nécessaire, voire indispensable, pour partager les constats et enjeux, et construire un langage commun²⁷. L'organisation d'un temps de conférence-débat a également été rapidement envisagé, avec un intervenant spécialiste en santé publique, identifié par le réseau du Conseil de développement.

En mai 2013, le Conseil de développement a ainsi organisé une Conférence-débat à Issé (commune du Pays de Châteaubriant), intitulée : « L'accès aux soins sur le Pays de Châteaubriant demain ? Quels professionnels ? Quels services ? Quelle organisation ? ». Un intervenant en Santé publique, M.

²⁶ Compte-rendu de réunion Groupe « Santé » du 16.10.2012, Conseil de développement

²⁷ *ibid.*

Perrigault, a mené la Conférence, avec la participation de la déléguée territoriale de Loire-Atlantique de l'ARS Pays de la Loire, Mme Neyrolles. Les objectifs de ce temps fort étaient de mobiliser les professionnels de santé, les élus, les habitants pour prendre la mesure de la problématique et leur donner envie d'ouvrir une réflexion prospective sur l'organisation de l'offre de soins sur le Pays de Châteaubriant, mais également d'informer sur des exemples de réalisation ou de solutions développées sur d'autres territoires avec les atouts et limites qu'elles peuvent représenter²⁸.

Un public de 80 personnes a assisté à cet événement. Fort de cette mobilisation et de l'amorce d'un débat, le groupe de travail « Santé » s'est interrogé sur la suite à donner et la manière de valoriser le contenu de cette soirée. Aussi, souhaitant continuer à informer, à expliquer et à mobiliser, l'idée de créer un livret est apparue pertinente. Ce document de communication s'adresse aux habitants, aux professionnels de santé et aux élus. Il permet d'aborder la question de l'offre de soins et de son devenir, en expliquant la démarche, les enjeux, avec un état des lieux cartographique de la démographie médicale sur le Pays. Ce document a été largement diffusé sur le Pays à partir de juillet 2014.

Le livret se termine par ces mots : « Notre réflexion collective n'est pas tant de répondre aux enjeux de l'offre de soins sur le Pays de Châteaubriant que de construire un véritable projet de santé, avec les professionnels qui ont envie de travailler ensemble, avec les élus, les usagers, qui chacun dans leur positionnement respectif et ensemble pourront faire avancer la problématique ».

1.2 Présentation de la mission

Les contours de la mission que nous avons menée ont été déterminés à l'occasion de plusieurs étapes. En effet, notre mission ne se base pas sur une commande à proprement parler, mais a fait l'objet d'une co-construction.

Le Conseil de développement ayant été sollicité pour nous accueillir en stage, plusieurs rencontres et échanges ont été nécessaires pour arrêter le contenu de la mission, avec comme ligne directrice, une volonté commune de compréhension mutuelle et de recherche de pertinence. Trois phases de travail avaient été négociées avant le début du stage :

- Diagnostic « santé » sur le territoire,
- Rencontre, mobilisation des acteurs sur la problématique,
- Explorations extérieures sur des projets ou des expérimentations

²⁸ Document interne de préparation de la Conférence-débat, Conseil de développement

Les premières semaines du stage ont permis une étape d'observation, d'essai de compréhension et de délimitation du territoire d'action pertinent pour la mission, dans ses dimensions géographiques, socio-culturelles, politiques, par le biais de « matériaux » très divers, tels que des discussions informelles avec des membres du Conseil du développement, des entretiens²⁹ avec des acteurs institutionnels, avec des élus et des techniciens, ou des lectures centrées sur les thématiques du développement des territoires.

Cette première phase nous a amenés à envisager les éléments suivants comme structurants pour la poursuite du projet :

- *L'aspect dynamique.* Dans un territoire où l'information est parfois difficilement accessible, où le pouvoir paraît centralisé, où les acteurs peuvent être dans une logique de concurrence, la production d'un diagnostic semblait finalement peu pertinente : risque de figer davantage les positions, difficulté d'inscription dans une démarche de partage entre les différentes parties prenantes dans la période restreinte du stage. A l'issue de cette première phase de réflexion sur les éléments structurants, l'enjeu du travail a évolué vers la nécessité d'identifier « ce qui fait charnière », ce qui permet de construire du collectif sur un territoire où se combinent de multiples périmètres de gouvernance (les communes, les Communautés de communes, le syndicat mixte, le Conseil de développement, les associations, les acteurs et structures des secteurs sanitaire, médico-social, social, les acteurs institutionnels...);
- *L'inscription dans une vision de long terme.* D'une manière générale, le Conseil de développement connaît une phase de remise en question, d'interrogation sur ses missions et moyens d'action. Le Groupe « Santé » s'est naturellement interrogé sur la pérennité d'une éventuelle production/proposition lors de la mission de stage. Il semblait ainsi primordial d'offrir une possible poursuite du travail réalisé, à ceux qui souhaiteraient se l'approprier ;
- *La mobilisation des membres de l'association.* En lien avec le point précédent, il s'agissait, dans notre mission de permettre la mobilisation des membres, autour d'une action fédératrice ;
- *L'élargissement de la thématique santé.* Depuis 2010, en action intersyndicale, et 2012, au sein du groupe de travail « Santé », les membres actifs se sont essentiellement mobilisés sur la question de l'offre de santé sur le territoire. Les conférences de presse organisées par le Conseil de développement et le groupe « Santé » sont toutes centrées sur cette préoccupation : « Il ne faut pas attendre un désert médical. Quand il n'y aura plus de médecin, on ne pourra

²⁹ Voir liste des entretiens réalisés en Annexe 5

plus faire de projets collectifs »³⁰. Le Groupe « Santé » se définit par ailleurs volontiers comme des « lanceurs d’alerte ». Le thème de l’offre de soins ayant été largement traité par le Groupe « Santé », il s’agissait alors d’élargir la réflexion en envisageant la santé dans ses multiples dimensions et les individus comme toujours situés dans un environnement, lui-même envisagé dans ses composantes sociales et physiques, et inscrits dans une dimension temporelle.

Cette analyse du contexte nous a conduit à adapter la mission définie avant le début de stage et à opter pour une action qui réponde à l’ensemble des points qui viennent d’être développés : l’organisation d’une enquête par questionnaire sur le territoire, intitulée « Territoire et Santé ».

1.3 Construction et dimensions du questionnaire d’enquête

Une première version du questionnaire a été élaborée par nos soins, puis discutée avec les membres du Groupe Santé en réunion. Une pré-enquête réalisée auprès de personnes au profil varié (âge, catégorie socio-professionnelle-CSP, durée de résidence sur le Pays de Châteaubriant) a permis d’arrêter les versions finales du questionnaire d’enquête, aussi bien au niveau de la rédaction des questions qu’au niveau de la mise en forme.

1.3.1 Justification des parties prenantes

L’enquête Territoire et Santé a été construite dans l’objectif de confronter les points de vue des habitants, des professionnels et des élus du territoire. En accord d’une part, avec les missions du Conseil de développement qui est chargé, sur le territoire, de favoriser la concertation entre les principaux acteurs de la vie locale par l’échange permanent d’informations et d’autre part, avec une définition large de la santé qui est ici adoptée, l’enquête s’inscrit dans une logique transversale, intersectorielle et participative. Nous avons ainsi élaboré trois versions du questionnaire s’adressant aux trois parties prenantes locales :

- Les élus³¹ : la démarche d’enquête doit nécessairement associer les élus, lesquels déterminent les priorités et les actions appropriées au territoire, c’est-à-dire une politique de santé territorialisée. Les élus sont également garants du « bien-être » de leur population et en capacité d’agir sur de nombreux déterminants ;
- Les habitants³² : la démarche d’enquête auprès des habitants permet de recueillir des données subjectives, la participation des habitants, facteur de démocratie sanitaire est garante du

³⁰ Ouest France, 02.07.14

³¹ Cf. Questionnaire Elus en Annexe 6

³² Cf. Questionnaire Habitants en Annexe 7

partage des informations, du diagnostic, de l'appropriation des actions et d'évolution des pratiques ;

- Les professionnels³³ : la démarche d'enquête, en associant les professionnels de santé des secteurs sanitaire, médico-social et social, permet de recueillir la parole des acteurs en prise directe et quotidienne avec les situations vécues par des personnes au sein d'un environnement donné.

1.3.2 Sélection des personnes cibles

Notre objectif n'était pas d'atteindre une représentativité rigoureuse de la composition de la population locale, mais plutôt d'identifier et de mobiliser les réseaux des membres du Conseil de développement. Néanmoins, nous avons été attentif à rechercher la variété dans les profils d'habitants, en effet, le rapport à la santé peut être vécu très différemment selon l'âge, les relations familiales (être parent, être dans une position d'aidant etc.), l'état de santé, la situation administrative (droits sociaux), le lieu de résidence (offre et accès aux services de santé). Comme dans toute enquête, la parité homme-femme et le panel de tous les âges ainsi que différents modes de vie sont à rechercher, mais somme toute rarement atteints. Nous avons alors été attentifs à proposer différents modes de communication et supports de participation.

1.3.3 Actions de communication et modes de participation

Avec le Conseil de développement et le Groupe de travail « Santé », nous avons organisé une conférence de presse pour le lancement de l'enquête. Quatre journalistes, représentants les principaux canaux d'information locale ont ainsi pu relayer notre action sur le territoire³⁴.

Deux modes de participation ont été proposés : un questionnaire à compléter en version papier et un questionnaire à compléter en ligne³⁵.

Pour les élus, un mail a été adressé à l'ensemble des Maires des 33 communes du territoire, invitant également les conseillers municipaux à répondre ainsi qu'aux élus communautaires (lien spécifique non diffusé au public pour accéder à la version en ligne du questionnaire « Elus »).

Pour les professionnels, l'enquête a été diffusée par l'intermédiaire du réseau de l'association, mais également en contact direct auprès des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire

³³ Cf. Questionnaire Professionnels en Annexe 8

³⁴ Voir Annexe 9 - Articles de presse

³⁵ Le logiciel gratuit *Google Forms* a été utilisé pour le questionnaire en ligne.

(lien spécifique non diffusé au public pour accéder à la version en ligne du questionnaire « Professionnels »).

Enfin, pour les habitants, l'enquête a été diffusée grâce au réseau des membres du Conseil de développement, tous étant membres d'au moins une autre association du territoire (condition pour intégrer le Conseil de développement). Dans la stratégie de communication, il a été décidé de donner accès au questionnaire « Habitants » à partir du site web du Conseil de développement, permettant aux volontaires de visiter le site dans son ensemble et d'être informés de la date de l'Assemblée Générale du mois de juin 2015. L'adresse du site web du Conseil de développement a également été indiquée dans les articles de presse ayant annoncé l'enquête sur le territoire.

1.3.4 Thèmes du questionnaire

Les questions ont été construites en fonction de plusieurs thèmes :

- Territoire, proximité, réseaux et pratiques
- Champ de définition de la santé
- Intérêt pour les thématiques de santé
- Information sur la santé et information locale (accès, moyens, besoins)
- Droits des usagers (connaissance, moyens d'information)
- Accès aux soins sur le territoire (renoncement /report)
- Attractivité du territoire (atouts/faiblesses)
- Projets santé existants/à développer sur le territoire
- Participation potentielle sur des sujets « santé »

La construction des questions est détaillée en Annexe 10 - Dimensions des questionnaires

L'analyse des réponses aux questionnaires est proposée en p. 41.

Auparavant, nous consacrons une partie au portrait du territoire du Pays de Châteaubriant, dans laquelle nous discuterons les notions de territoire, de déterminants de santé notamment et dans laquelle nous présenterons également les indicateurs retenus pour présenter les caractéristiques socio-économiques du territoire, les données de santé et d'organisation des soins. L'analyse des résultats de l'enquête ne pouvant en effet se faire qu'à la lumière de ces éléments de compréhension de l'environnement.

1.4 Portrait du territoire du Pays de Châteaubriant



Source : AURAN, 2012

Notre mission s'appuie sur un territoire, le Pays de Châteaubriant, situé au nord du département de la Loire-Atlantique, en région Pays de la Loire. Ce territoire correspond en partie à l'ancien Pays de la Mée (ou « Pays du milieu ») - terme encore usité actuellement, et se trouve à égale distance de Nantes, Rennes et Angers.

Le Pays de Châteaubriant est composé de 33 communes, regroupées en 3 Communautés de communes (CC) : la CC du Castelbriantais (CCC), 19 communes – 33.056 habitants, la CC de la Région de Nozay (CCRN), 7 communes – 14.735 habitants et la CC du Secteur de Derval (CCSD), 7 communes – 10.565 habitants³⁶. Ce territoire représente 20% de la Loire-Atlantique.

1.4.1 De l'espace au territoire

Etudier un territoire demande de le délimiter, de faire apparaître ses spécificités, de présenter les zonages particuliers dont il fait l'objet. Etudier un territoire nécessite également de l'envisager à plusieurs échelles, de rendre compte du contexte plus global afin d'envisager des perspectives.

³⁶ Insee, RP2011

Par ailleurs, si l'on considère les acteurs - les professionnels, les citoyens, les usagers, les élus – alors, le territoire ne se réduit pas à l'espace. Le territoire n'est pas seulement l'espace et les distances à parcourir, c'est également les zones d'influence des institutions diverses (communes, conseil départemental, hôpital, zones d'intervention des uns et des autres...), les espaces vécus avec les pratiques des uns et des autres, les pratiques de coopération et de collaboration diverses³⁷.

Ainsi, un territoire est plus que la somme de ses composantes structurelles, géographiques, sociales, économiques. C. Lopes (2008) situe le territoire comme l'intersection entre des niveaux local et global. Il est « l'espace d'articulation d'intérêts distincts et de rapports de force entre acteurs politiques, économiques et sociaux relevant de multiples échelles »³⁸.

Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont des regroupements de communes ayant pour objet l'élaboration de « projets communs de développement au sein de périmètres de solidarité ». Ils sont soumis à des règles communes, homogènes et comparables à celles de collectivités locales. Les EPCI à fiscalité propre sont les Communautés Urbaines (taille démographique minimum de 500.000 habitants), les Communautés d'Agglomération (taille minimum de 50.000 habitants et une ville de plus de 15.000 habitants), les Communautés de Communes (CC), les Syndicats d'Agglomération Nouvelle, les Métropoles³⁹.

Les CC, créés par la loi dite ATR du 6 février 1992 (Administration Territoriale de la République), sont une forme d'intercommunalité adaptée aux territoires de taille plus modeste. La loi du 12 juillet 1999 confère à cette structure un caractère rural.

Longtemps assimilés aux espaces agricoles, les territoires ruraux étaient définis « en creux », comme non urbains. Entre 1998 et 2009, l'approche morphologique des territoires a coexisté avec une approche dite fonctionnelle, fondée sur le zonage en aires urbaines (ZAU). L'espace à dominante urbaine était constitué par l'ensemble des aires urbaines et des communes multipolarisées. Dans cette approche, le rural était ainsi défini par le résidu de l'urbain. Il représentait l'ensemble des communes rurales et unités urbaines n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine. Il s'agissait donc de l'ensemble des communes qui ne sont pas sous l'influence des villes. Cependant, dans les espaces périurbains (couronnes périurbaines et communes multipolarisées), aux densités de population plus faibles, les paysages sont parfois marqués par des activités agricoles et forestières. Le caractère rural

³⁷ Bourgueil, Y., Actes du colloque *Accès aux soins : quels outils pour les territoires ?* 16 octobre 2012, DREES, collection Etudes et Statistiques, 2013, p. 11

³⁸ Villar, C., David, M., « La résilience, un outil pour les territoires ? » Séminaire international du réseau de l'Intelligence Territoriale *IT-GO Rosko14-Vers une intelligence durable des territoires : les échelles de la résilience*, Roscoff, 2014

³⁹ Définition Insee

des espaces périurbains est d'autant plus fort qu'aujourd'hui, les modes de vie urbains et ruraux sont devenus proches⁴⁰ : le poids du paysage devient donc déterminant dans la différenciation spatiale.

Avec le nouveau zonage en aires urbaines (ZAU 2010)⁴¹, le vocabulaire change. Il ne vise plus à identifier les espaces à dominante urbaine ou rurale : il délimite ce que l'on appelle « l'espace d'influence des villes », tandis que l'approche morphologique au sens des unités urbaines permet toujours de qualifier un territoire d'urbain ou de rural (densité, continuité du bâti, paysages, etc.).

En 2012, la Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR) a réalisé une nouvelle typologie des campagnes françaises (la précédente datant de 2003), afin de prendre en compte leurs récentes évolutions socio-économiques. Cette typologie a été abordée avec une vision dépassant le seul critère de densité et l'approche selon laquelle le rural est le négatif de l'urbain. La relation entre les villes et les espaces situés en périphérie plus ou moins éloignée était un point central des travaux. La prise en compte de ces espaces a conduit à préférer le terme « campagnes », plus polysémique, à celui « d'espaces ruraux » qui reflétait insuffisamment cette réalité périurbaine⁴².

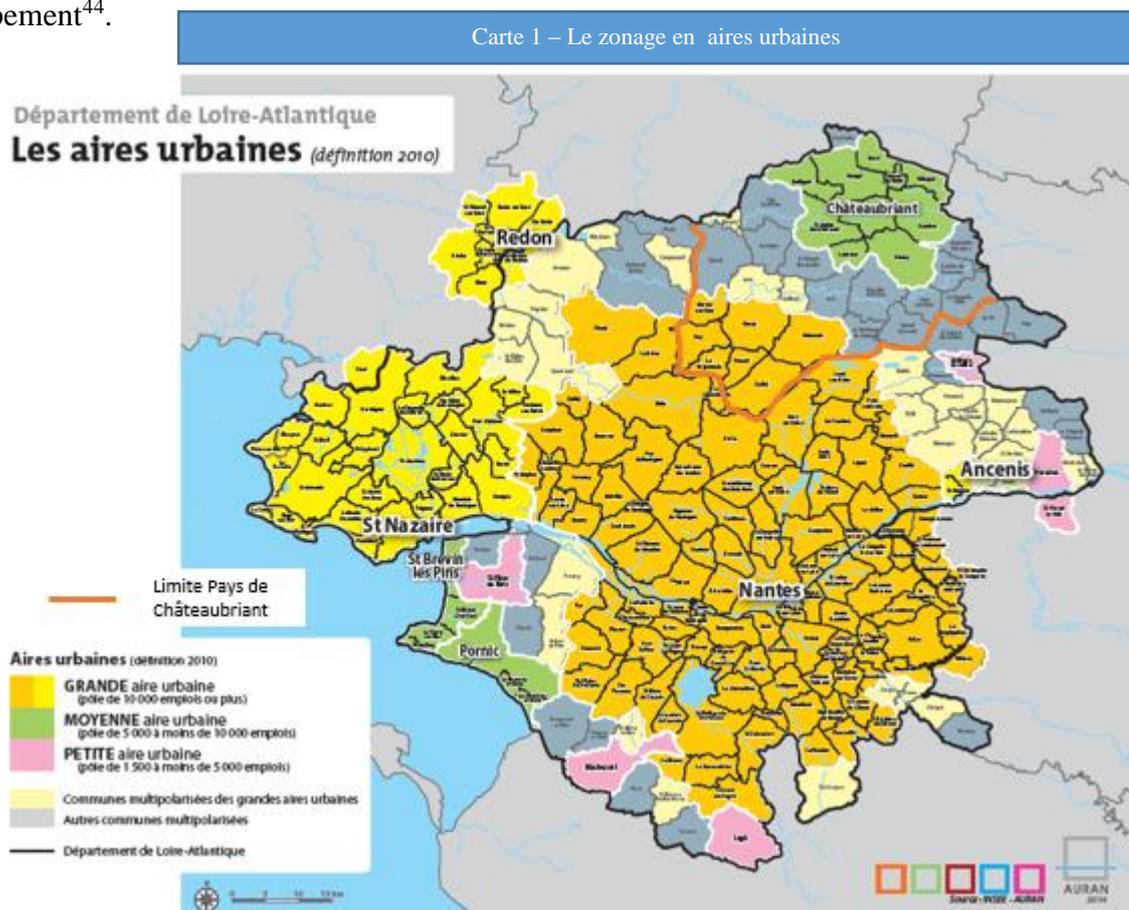
Comme le montre la carte n°1, la métropole nantaise affirme de plus en plus son influence sur des territoires de plus en plus éloignés, sous l'effet de l'étalement urbain et des mobilités croissantes des habitants. Notre territoire d'étude présente ainsi une grande hétérogénéité, 4 des 5 typologies des aires urbaines étant représentées au sein du Pays de Châteaubriant : des communes faisant partie de la grande aire urbaine de Nantes, des communes multipolarisées de la grande aire urbaine de Nantes, des communes appartenant à l'aire urbaine moyenne de Châteaubriant et des communes multipolarisées.

⁴⁰ Y. Le Caro observe qu'un triple processus d'urbanisation est à l'œuvre : *la périurbanisation, l'urbanisation des esprits ou acculturation et l'arrivée d'ex-citadins* (mixité de population qui va introduire une demande urbaine, en termes de services par exemple). Il résulte de ces 3 modes d'urbanisation, combinés de manière différenciée dans les territoires, une population toujours composite dans son rapport au territoire local. Cela entraîne, dans un espace à partager, des tensions et des conflits, mais aussi une grande créativité pour construire des accords originaux et trouver des compromis. « L'espace rural français aujourd'hui ? », Actes du Séminaire *Quelles spécificités de la planification en territoire rural ?* 18 septembre 2012, Châteaubriant, Terres en Villes, p. 9

⁴¹ Le zonage en aire urbaine existe depuis 2010. Une aire urbaine ou "grande aire urbaine" est un ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci. Il existe également des moyennes aires (5000-10000 emplois) et des petites aires (1500-5000 emplois). Définition Insee

⁴² La typologie concerne toutes les communes qui n'appartiennent pas à une unité urbaine regroupant plus de 10000 emplois. 3 groupes ont été identifiés donnant naissance à 7 classes : Les campagnes de villes, du littoral et des vallées urbanisées, les campagnes agricoles et industrielles, les campagnes vieilles, à très faible densité. Hilal, M., « La nouvelle typologie des campagnes françaises, des littoraux et de la montagne », *Territoires en mouvement*, 7, DATAR, Hiver 2012, p.6-8

Le problème n'est donc pas tant l'urbain, le périurbain, le rurbain, le rural ou la campagne en soi, mais les dynamiques qui produisent et transforment ces territoires (appropriation, gestion, création, conservation de l'espace physique et social), et les inégalités notamment sanitaires et sociales qu'ils génèrent, amplifient ou corrigent⁴³. Les structures telles que les CC, les Pays, constituent des mosaïques où le rural et l'urbain s'entremêlent dans des configurations nouvelles, où les zones périurbaines se sont considérablement étendues, où cohabitent des populations variées. Ces évolutions rapides bousculent les modes de fonctionnement locaux. Elles obligent à organiser un dialogue rural-urbain pour permettre à ces nouveaux territoires de projet de mieux conduire leur développement⁴⁴.



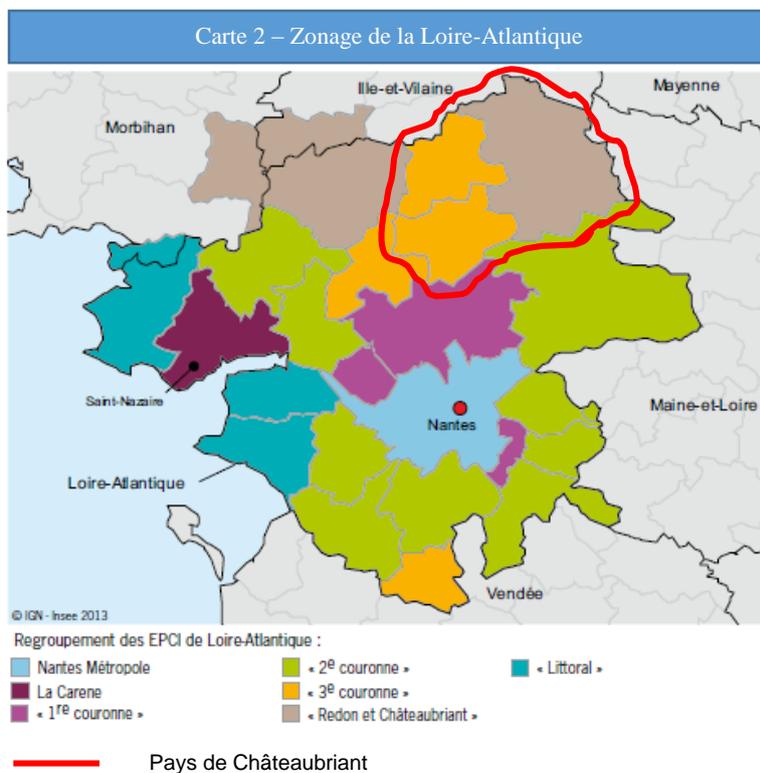
Source : AURAN, 2014

Du point de vue de l'habitant, le lien au territoire est variable d'un individu à l'autre et, surtout, chacun a sa propre perception de ce qu'est son territoire. Certains se concentrent sur leur village ou sur leur quartier quand d'autres parlent plus facilement du Pays ou de l'agglomération.

⁴³ Vaillant, Z., Rican S., Salem, G., « Y a-t-il une santé urbaine ? », *Les Cahiers*, 170-171, IAU Ile-de-France et ORS Ile-de-France, septembre 2014, p. 27

⁴⁴ *Accueil de nouvelles populations en milieu rural : bilan d'une expérimentation*, Lettre 225, Mairie Conseils, Décembre 2009, p. 1

Au final, les français sont de plus en plus nombreux à exprimer leur « multi-appartenance territoriale ». Ils vivent à l'échelle d'un « bassin de voisinage » pour une partie de leurs relations et pour les services dont ils ont le plus souvent besoin. Ils s'inscrivent dans un bassin plus large pour l'emploi et pour des services plus rares. Les territoires vécus ont à ce point changé qu'il est de plus en plus difficile de les définir par le biais des bassins de vie et des bassins d'emploi.^{45,46}



Source : Insee Pays de la Loire, mai 2013

La carte ci-contre est découpée en sept territoires correspondant à des regroupements des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) de la Loire-Atlantique. Les EPCI regroupés présentent des profils proches au regard des problématiques de cohésion sociale, de périurbanisation et de développement durable.

Ainsi, même s'il est indispensable de délimiter un territoire d'étude par des indicateurs objectifs et quantifiables, lesquels peuvent alors être à la base de zonages particuliers, les pratiques des habitants constituent elles aussi des indicateurs pertinents pour aider à définir un territoire d'action pertinent.

⁴⁵ *Nouvelles gouvernance, nouveaux territoires – Dix-huit enquêtes sur le dialogue urbain-rural*, Mairie Conseils Caisse des Dépôts, Décembre 2009, p. 13

⁴⁶ **Bassin de vie** : il constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. On délimite ses contours en plusieurs étapes. On définit tout d'abord un pôle de services comme une commune ou unité urbaine disposant d'au moins 16 des 31 équipements intermédiaires. Les zones d'influence de chaque pôle de services sont ensuite délimitées en regroupant les communes les plus proches, la proximité se mesurant en temps de trajet, par la route à heure creuse. Ainsi, pour chaque commune et pour chaque équipement non présent sur la commune, on détermine la commune la plus proche proposant cet équipement. Les équipements intermédiaires mais aussi les équipements de proximité sont pris en compte. Définition Insee

Zone d'emploi, pôle d'emploi : Une *zone d'emploi* est un espace géographique à l'intérieur duquel la plupart des actifs résident et travaillent, et dans lesquels les établissements trouvent l'essentiel de la main-d'œuvre nécessaire pour occuper les emplois offerts. Ce zonage permet de décrire et d'analyser le fonctionnement des marchés locaux du travail ainsi que des dynamiques à l'œuvre. La constitution des zones d'emploi repose sur l'agrégation par étape des communes selon l'intensité des déplacements domicile-travail. Si l'unité dépasse un certain seuil en termes de nombre d'emplois, cette unité est appelée *pôle d'emploi*. Définition Insee

Une récente Circulaire émise dans le cadre de la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine⁴⁷ note l'importance de prendre en compte le quartier « vécu » dans le cadre des projets à mettre en place pour les quartiers prioritaires, lesquels feront l'objet d'un contrat de ville⁴⁸. Dans la Circulaire, le quartier « vécu » est défini comme suit : il « *correspond aux usages des habitants et aux lieux qu'ils fréquentent (écoles, équipements sportifs, zones d'activité, etc.). Il conduit à identifier des institutions auxquelles ils sont confrontés dans leur quotidien, les infrastructures et équipements auxquels ils ont recours et plus largement les politiques publiques dont ils sont bénéficiaires. Ce périmètre, complexe à appréhender car renvoyant, selon les politiques publiques considérées, à des modes d'action et des échelles différentes, ne fera pas nécessairement l'objet d'une délimitation précise. Les politiques de droit commun et les crédits spécifiques déployés dans le cadre de la politique de la ville pourront bénéficier aux infrastructures, équipements et associations relevant du quartier « vécu »* ».

Ainsi, le territoire, plus qu'un simple périmètre donné d'avance, apparaît davantage comme un construit, résultant de la manière dont les acteurs, les habitants façonnent, s'approprient, gèrent, contrôlent leur espace physique et social et la manière dont en retour, ils en sont investis (normes locales, opportunités, héritages, cumul d'avantages ou de désavantages, identités, etc.)⁴⁹.

1.4.2 Le territoire comme projet

La fin des années 1990 et le début des années 2000 sont des années d'effervescence autour de l'organisation du territoire et de son armature urbaine ; la coopération intercommunale se développe et le SCoT (Schéma de cohérence territoriale), outil d'aménagement et de planification issu de la loi Solidarité et renouvellement urbain (SRU) de 2000, trouve, dans ce contexte propice, un écho particulier en Loire-Atlantique⁵⁰. La structuration des territoires traduit cette notion de territoire de projet. Il s'agit alors de permettre une inter-relation des différents acteurs en créant des espaces de rencontre, d'engager le dialogue nécessaire à l'appropriation du projet, d'adopter une démarche visant à décloisonner les approches institutionnelles et les cultures des acteurs, pour un territoire plus

⁴⁷ Circulaire N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville, p. 4

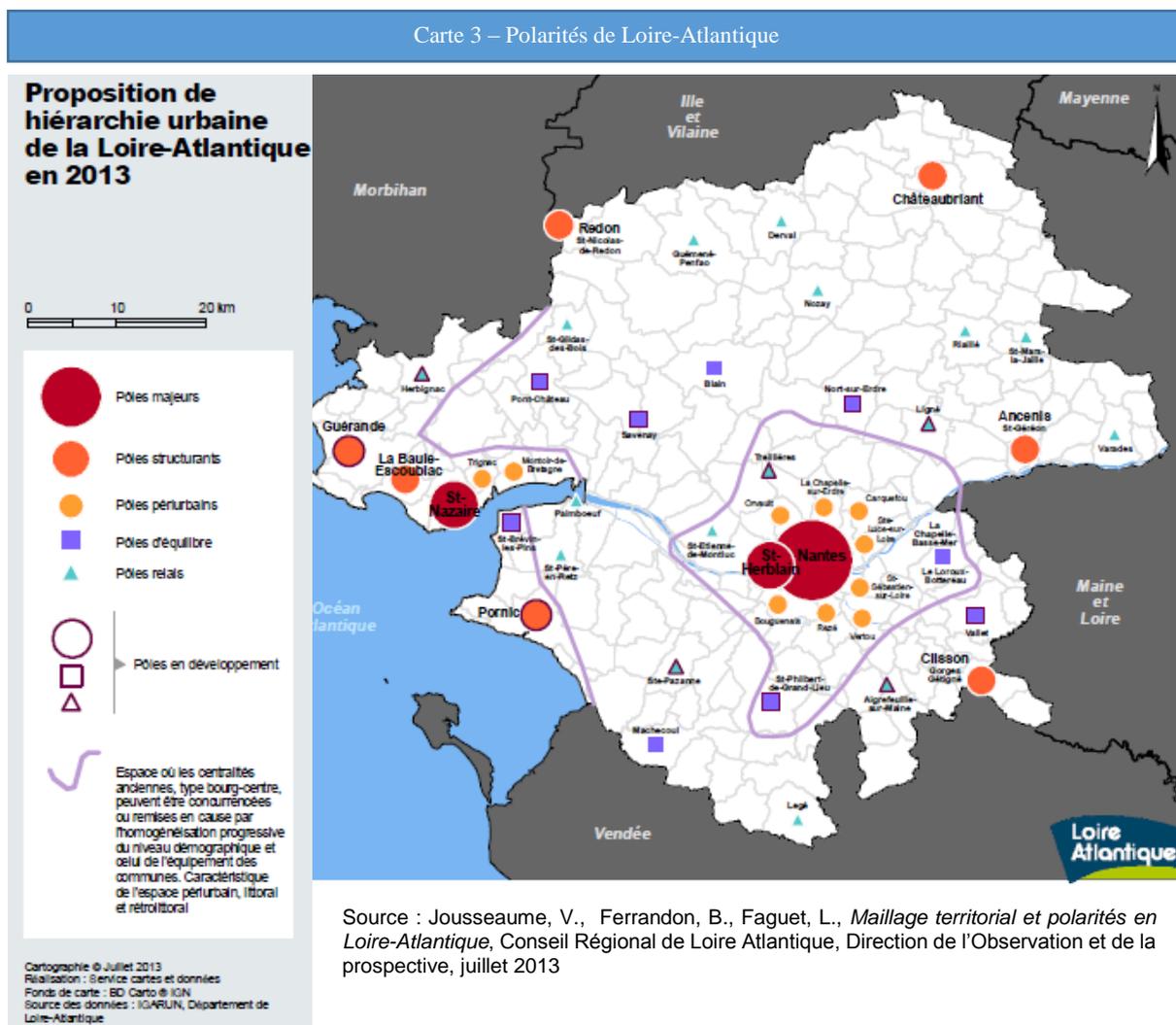
⁴⁸ Cf. Annexe 19 – Cadres institutionnels

⁴⁹ Lévy, J., Lussault, M., 2003, cités par Vaillant Z., Rican S., Salem G., *art. cit.*

⁵⁰ Jousseume, V., Ferrandon, B., Faguet, L., *Maillage territorial et polarités en Loire-Atlantique*, Conseil Régional de Loire Atlantique, Direction de l'Observation et de la prospective, juillet 2013

solidaire. De fait, le SCoT impose de fournir une vision structurée des mobilités, du développement économique et de l'habitat autour de pôles⁵¹.

L'ensemble du département est couvert par un périmètre de SCoT et, hormis celui du Pays de Châteaubriant qui en est encore à sa phase de diagnostic, tous ont pleinement intégré la notion de polarité.



Les pôles majeurs que sont Nantes et Saint-Nazaire partagent cette appellation avec Saint-Herblain, dont le rayonnement économique s'est largement affirmé ces dernières décennies.

⁵¹ Deux remarques, empruntées à E. Brochard, nous paraissent pertinentes, dans le cadre de la planification territoriale. La première concerne la *densité* en milieu rural, où maisons avec jardins et hameaux sont omniprésents : habiter la campagne repose sur une notion d'espace (non de surface : pouvoir utiliser son chez soi selon son envie et avoir de la flexibilité) et non de densité. La seconde remarque concerne la question de la *mobilité* : ce n'est pas un problème comme le perçoit un urbain car, en milieu rural, les gens intègrent cette donnée (sauf pour les personnes sans voiture) comme constitutive de l'habitat. La voiture est considérée comme le prolongement de l'habitat et à la campagne, à la différence de la ville, on maîtrise son temps de parcours. « Qu'est-ce que le rural en 2012 ? », Actes du Séminaire *Quelles spécificités de la planification en territoire rural ?*, 18 septembre 2012, Châteaubriant, Terres en Villes, p. 13

Selon la carte ci-dessus, le Pays de Châteaubriant compte un « pôle structurant », Châteaubriant, petite ville qui rayonne sur un territoire étendu et dont les fonctions n'ont pas fondamentalement été remises en question ces dernières décennies. Deux « pôles relais » sont également présents sur le territoire, Nozay et Derval. Ces pôles exercent une influence intercommunale certaine, mais limitée par rapport aux « pôles d'équilibre » (Blain et Nort-sur-Erdre pour les plus proches). Ces pôles participent à la structuration du territoire et doivent donc être accompagnés pour continuer à exercer une fonction intermédiaire par rapport à la dynamique métropolitaine⁵².

Chaque pôle ainsi défini peut être porteur d'enjeux pour tendre vers un développement harmonieux. Les enjeux retenus dans les tableaux suivants⁵³ sont des enjeux de connexion, de dynamique démographique et de l'emploi ainsi que de l'évolution du niveau d'équipement.

Tableau 1 – Enjeux en fonction des types de pôles

Pôles	Dynamique de l'emploi	Dynamique de la population	Niveau de connexion aux réseaux de transport	Dynamique récente des équipements	Enjeux
Pôles majeurs					
Nantes	++	++	+++	0	Renforcement du rayonnement interrégional et reconnaissance à l'échelle européenne
Saint-Herblain	++++	-	++	++	Inversion de la tendance démographique et consolidation de l'attractivité économique
Saint-Nazaire	++	0	+++	++	Attirer de nouveaux habitants et réaffirmer son rayonnement sur l'ensemble du littoral
Pôles structurants					
Ancenis-St Géréon	+++	-	++	0	Contenir le risque de stagnation démographique
Châteaubriant	+	-	--	++	Attirer de nouvelles populations et entreprises et améliorer la connexion aux pôles majeurs
Pôles d'équilibre					
Blain	0	++	-	-	Consolider son statut de pôle par la création d'emplois nouveaux
Nort-sur-Erdre	++	+++	-	+	Conforter son rôle sur le territoire en devenant un véritable pôle d'emploi
Pôles relais					
Derval	-	++	+	0	Développer l'emploi et l'offre de santé
Guéméné-Penfao	-	0	--	0	Contrecarrer le risque de banalisation dans l'armature urbaine en attirant de nouvelles populations et des emplois
Nozay	0	+	+	0	Renforcer la dynamique économique pour contrecarrer le risque de périurbanisation
Riaillé	0	0	--	0	Contrecarrer le risque de banalisation dans l'armature urbaine en attirant de nouvelles populations et des emplois
Saint-Mars-la-Jaille	--	0	+	0	Attirer de nouvelles entreprises et de nouveaux emplois pour consolider son rôle

Source : Jousseau, V., Faguet, L., Ferrandon, B., *Maillage territorial et polarités en Loire-Atlantique*, Direction de l'Observation, et de la prospective, Loire-Atlantique, juillet 2013

⁵² Jousseau, V., Ferrandon, B., Faguet, L., *op. cit.*

⁵³ *ibid.*

Les 3 pôles du Pays de Châteaubriant figurent dans ce tableau, aux côtés des 4 catégories de pôles situés à proximité du Pays de Châteaubriant.

Ces données, publiées dans un rapport en 2013 se basent sur des données de 2010 (population et emploi). Les 3 pôles du Pays de Châteaubriant ont récemment bénéficié de modifications et/ou de projets répondant, en partie aux enjeux présentés :

- La ligne de tram-train Nantes-Châteaubriant, mise en service en 2014, améliorant la connexion,
- La Commission Nationale des Pôles d'Excellence Rurale a officiellement labellisé, en 2011, la candidature du Pays de Châteaubriant pour son projet de Plan territorial pilote pour la qualité de vie et la santé des habitants. Ce plan pilote comprend trois projets, un pour chaque pôle : un centre de remise en forme aquatique à Châteaubriant, une maison de santé pluridisciplinaire à Nozay, un multi accueil crèche halte-garderie à Derval, projets améliorant l'offre en matière d'équipements.

Parmi les enjeux listés pour les différents types de pôles, la « santé » apparaît comme l'un des enjeux pour le développement de deux types de pôles : pôles d'équilibre et pôles relais.

Tableau 2 – La santé comme un enjeu pour les pôles d'équilibre et les pôles relais

Pôles	Dynamique de l'emploi	Dynamique de la population	Niveau de connexion aux réseaux de transport	Dynamique récente des équipements	Enjeux
Pôles d'équilibre					
Pont-Château	++	+++	+	-	Développer l'offre de santé
Saint-Brévin-les-Pins	+++	+++	+	0	Développer une offre éducative et de santé, adaptée au rayonnement grandissant
Saint-Philbert-de-Grandlieu	+++	+++	+	0	Devenir un pôle d'emploi et développer l'offre en matière de santé, de culture et de sport
Pôles relais					
Aigrefeuille-sur-Maine	++	+++	+	0	Devenir un pôle d'emploi et développer l'offre commerciale et de santé
Derval	-	++	+	0	Développer l'emploi et l'offre de santé
Saint-Père-en-Retz	+	+	-	0	Développer des emplois et l'offre de santé
Sainte-Pazanne	+	+++	+	0	Développer des emplois, l'offre commerciale et de santé pour s'affirmer comme un véritable pôle

Source : Jousseume, V., Faguet, L., Ferrandon, B., *Maillage territorial et polarités en Loire-Atlantique*, Direction de l'Observation, et de la prospective, Loire-Atlantique, juillet 2013

C'est le cas pour 3 des 9 pôles d'équilibre et pour 4 des 15 pôles relais, dont Derval qui fait partie de notre territoire d'étude. Ces pôles ont en commun à la fois une dynamique de la population moyenne à forte (couplée à une forte dynamique de l'emploi pour les pôles d'équilibre), une absence de dynamique récente des équipements⁵⁴ et un niveau de connexion aux réseaux de transport qui reste limité.

⁵⁴ 86 équipements retenus dans la base permanente des Equipements (BPE) de l'Insee : Commerce, Santé, Formation, Sports-Loisirs.

Les enjeux qui viennent d'être présentés conditionnent le développement des territoires et par là-même, leur attractivité.

Parmi ces enjeux, nous avons vu que la santé constitue un des facteurs dans l'attractivité des territoires. En effet, un territoire est attractif parce qu'il regroupe un certain nombre d'avantages en termes d'emplois, d'accès, de qualité de vie – notamment le logement, les conditions de transport, l'offre scolaire et, bien sûr, l'offre de santé.

Certains territoires connaissent aujourd'hui une baisse de densité médicale ou un vieillissement moyen de l'âge des médecins. Ces territoires peuvent connaître des problèmes d'attractivité. Inversement, les médecins libéraux sont sûrement plus attirés par certains territoires que par d'autres, quitte à avoir des rémunérations moindres⁵⁵.

1.4.3 La santé au cœur des territoires

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009), a inscrit le « territoire » au cœur de son dispositif. V. Lucas-Gabrielli et M. Coldefy⁵⁶ rappellent que la territorialisation de la santé n'est pourtant pas nouvelle : elle est le fruit d'un long processus dont le point de départ est souvent fixé à la création de la carte sanitaire en 1970, qui a pour objectif de réguler l'offre hospitalière en fixant des indices « de besoin » (en fait des ratios d'équipements) par secteur et région sanitaires.

La territorialisation croissante de l'action publique en matière sanitaire, c'est-à-dire sa construction à partir des réalités spatiales, s'est imposée de plus en plus à la faveur de multiples facteurs – constat de disparités de santé réalisé par les observatoires régionaux de santé, implication des géographes dans l'analyse. La territorialisation des politiques de santé, que ce soit à travers la régionalisation ou l'instauration de la carte sanitaire correspond d'abord à une réponse à la différenciation sociale et territoriale de l'offre de soins et des problèmes de santé⁵⁷.

⁵⁵ Pierre Dartout, Délégué interministériel à l'Aménagement du territoire et à l'attractivité régionale, Actes du Colloque *Dynamiques territoriales de santé : quels enjeux ? Quels outils ?*, 9-10 septembre 2010, Arras, DATAR, novembre 2010, p. 64

⁵⁶ Lucas-Gabrielli, V., Coldefy, M., « Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins », *adsp*, 82, mars 2013, pp.32-34

⁵⁷ *ibid.*

C'est ainsi que les schémas d'organisation des soins (Sros), mis en place en 1994, vont venir compléter la carte sanitaire en identifiant des priorités régionales de santé et en fixant des objectifs qualitatifs adaptés aux spécificités locales et plus seulement quantitatifs.

En 2003, un changement important se produit : avec l'élaboration des Sros de troisième génération, la carte sanitaire est supprimée, faisant des Sros l'outil unique de planification. Le territoire de santé fait son apparition et devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire, jugée trop rigide et technocratique. Ce changement sémantique (du *secteur* sanitaire au *territoire* de santé) correspond à une évolution importante de la conception de l'espace dans la planification sanitaire : de simple contenant, le territoire devient un élément structurant de l'organisation des soins⁵⁸.

Dans ce nouveau contexte, les régions françaises ont donc été incitées – à travers les agences régionales d'hospitalisation (ARH) – à repenser le territoire des soins et son découpage. Le ministre de la Santé demande aux régions « d'emprunter une voie innovante dans la définition des territoires » s'affranchissant des traditionnelles limites administratives et tenant compte des réalités locales en considérant les géographies physiques et humaines des territoires et les comportements de la population face à l'offre de soins. Dans cette perspective, il s'agit de mieux comprendre et intégrer les logiques spatiales des comportements de la population, qui ont souvent peu à voir avec les référentiels territoriaux administratifs venant d'en haut – régions, départements, cantons, communes...⁵⁹

Avec la loi HPST du 21 juillet 2009 les ARS sont à leur tour chargées de définir de nouveaux territoires de santé. Cette reconfiguration réalisée dans un temps relativement court s'est opérée par un choix plus fréquent des régions pour un découpage départemental des territoires de santé et qui, dans l'esprit, va à l'encontre des principes définis en 2003 qui consistaient à s'affranchir des frontières administratives puisque seize régions sur vingt-six ont choisi le découpage départemental ou le regroupement de départements pour définir leurs territoires de santé⁶⁰. C'est le cas pour notre territoire d'étude, intégré au territoire de santé départemental de Loire-Atlantique.

Jusqu'à présent, la planification sanitaire était très hospitalo-centrée. L'un des enjeux majeurs de la loi HPST est maintenant de définir des territoires de santé pour des activités à la fois de santé publique, de soins hospitaliers, de prise en charge et d'accompagnement médico-social, ainsi que d'accès aux soins de premier recours et d'articuler les interventions. On voit se développer des

⁵⁸ *ibid.*

⁵⁹ *ibid.*

⁶⁰ *ibid.*

territoires de natures diverses : des territoires de projet dont la logique est différente du territoire de santé car il ne s'agit pas d'un maillage systématique du territoire par le haut mais d'une démarche ascendante appuyée sur l'initiative d'acteurs locaux, des territoires d'animation, ou bien encore de contractualisation avec les contrats locaux de santé qui permettent de mieux articuler le projet régional de santé et les démarches locales de santé existantes⁶¹. On passe ainsi d'une représentation de la santé fondée sur la mesure des maladies et le soin à un modèle global. Les nombreux déterminants de la santé nécessitent d'agir dans différents domaines et de sortir du champ strictement sanitaire. L'approche territoriale permet cela⁶².

1.4.4 Déterminants de santé, inégalités sociales et territoriales et politiques territoriales

La diffusion d'une conception de la santé comme un état général de bien-être influencé par des facteurs économiques et sociaux tels que le revenu, la sociabilité, le logement ou la nutrition – ce que l'on appelle les *déterminants* sociaux de la santé – est une dynamique fondamentale des politiques territoriales de santé. Pour les collectivités territoriales, cette définition est un levier qui leur permet de s'impliquer dans un domaine central à la qualité de vie de leur population (actions sur la santé par le biais de leurs compétences sociales, d'urbanisme ou de transport).⁶³

En santé publique, un déterminant de santé est un facteur qui influence l'état de santé d'une population soit de façon isolée, soit en association avec d'autres facteurs. Il peut s'agir de :

- facteurs individuels (âge, sexe, patrimoine génétique, comportement,...),
- socio-économiques (accès au logement, à l'emploi, à la culture, à l'éducation,...),
- environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, de l'environnement sonore,...),
- politiques (urbaines, habitat, transport, emploi,...),...

A) Évolution du concept des déterminants de la santé

Plusieurs représentations des déterminants de la santé ont été proposées au cours des dernières décennies⁶⁴ :

- Jusque dans les années 1970, on considérait généralement que la santé des individus dépendait de leur exposition à un ou plusieurs facteur(s) de risque : la maladie était envisagée comme «une conséquence de l'action d'un agent pathogène externe (microorganisme, traumatisme, agent toxique) sur un individu plus ou moins en capacité de se défendre » (Bourdillon F., 2009).

⁶¹ Les ARS définissent une organisation du territoire sur 4 niveaux : la Région (territoire réglementaire), le territoire de santé (territoire réglementaire), le territoire de santé de proximité (territoire d'animation), les espaces d'équipe de soins. Voir l'Annexe 11 – ARS Pays de la Loire et découpages territoriaux pour un détail de l'organisation territoriale.

⁶² Lucas-Gabrielli, V., Coldefy, M., *art. cit.*

⁶³ Dictionnaire des politiques territoriales, *op. cit.*

⁶⁴ Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J-L. et Cuzin, Y., *Agir pour un environnement favorable à la santé, concepts & outils* - Guide EHESP/DGS, 2014, pp. 14-16

- En 1974, suite à la publication du rapport Lalonde⁶⁵, Santé Canada (Ministère fédéral de la Santé) a proposé un nouveau cadre de référence pour une conception globale de la santé reposant sur 4 grandes familles de déterminants : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Indiscutablement, la conception globale de la santé a eu pour conséquence de donner à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie, en tant que catégories, une importance égale à celle de l'organisation des soins de santé.

Une conception globale de la santé selon 4 catégories de déterminants		
Famille de déterminants	Exemples de déterminants	Principales caractéristiques
Biologie humaine	Facteurs individuels, génétiques et biologiques, tels que l'âge, le sexe, les caractéristiques héréditaires.	Facteurs généralement non modifiables.
Environnements	Facteurs environnementaux liés à l'état des milieux dans lesquels évoluent les populations : qualité de l'air, de l'eau, des sols,...	Facteurs non modifiables individuellement mais qui constituent des leviers d'action pour promouvoir la santé via des politiques publiques adaptées.
	Facteurs environnementaux liés au cadre de vie: habitat, aménagement du territoire, transports, équipements et services publics,...	
Habitudes de vie	Facteurs environnementaux liés à l'entourage social : famille, amis, emploi, pauvreté, soutien social,...	Facteurs modifiables qui relèvent de décisions individuelles mais fréquemment influencés par l'environnement socio-culturel.
	Facteurs comportementaux relevant de décisions individuelles : comportements à risque, addictions, alimentation, travail, culture, éducation, activités physiques, comportement sécuritaire,...	
Organisation des soins de santé	Facteurs liés au système de soins : accessibilité et qualité de l'offre de soins tant préventifs que curatifs : soins de santé primaire, services spécialisés,...	Facteurs influencés par les politiques de santé et l'environnement socio-culturel.

Figure 1 : Principales caractéristiques des 4 grandes familles de déterminants selon Lalonde (1974)

Source : Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J.-L. et Cuzin, Y., 2014

D'autres modèles de représentation des déterminants de la santé ont été élaborés depuis. Parmi les plus classiques, on retrouve en 1991 le modèle de Whitehead et Dahlgren, puis celui plus récent du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS, 2010).

- Le modèle de **Whitehead et Dahlgren** (1991 - figure 2) marque un tournant dans la prise en compte des inégalités de santé. En effet, les importantes inégalités de l'état de santé des populations observées à travers le monde ne peuvent pas s'expliquer uniquement par des différences individuelles et génétiques. Whitehead et Dahlgren représentent cette notion à travers une représentation graphique de catégories de déterminants de santé organisés selon 4 niveaux d'influence autour des facteurs de la biologie humaine :
 - la *sphère individuelle* comprenant les facteurs de la biologie humaine généralement non modifiable (âge, sexe, facteurs héréditaires...) puis ceux liés au comportement et au

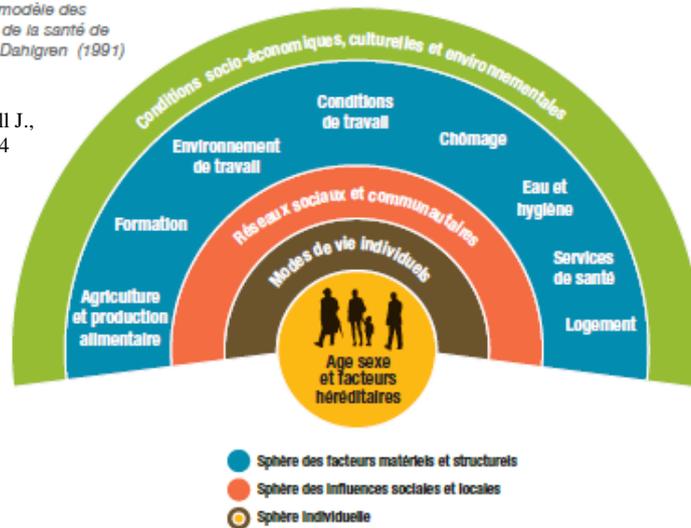
⁶⁵ En 1974, le Livre blanc du gouvernement fédéral, intitulé Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (Rapport Lalonde), soutenait qu'en modifiant le mode de vie ou l'environnement physique et social, on arriverait probablement à améliorer davantage la santé que si l'on investissait plus d'argent dans les systèmes existants de prestation de soins. Le rapport Lalonde est à l'origine du concept de promotion de la santé.

style de vie des personnes (alimentation, pratique d'activité physique, addiction, capacité d'adaptation,...) ;

- les *influences sociales et locales* (éducation, statut social, loisirs, famille, amis, réseaux de soutien social,...) ;
- les facteurs matériels et structurels (logement conditions de vie et de travail,...) ;
- les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

Figure 2 : Le modèle des déterminants de la santé de Whitehead & Dahlgren (1991)

Source : Roué Le Gall A., Le Gall J., Potelon J-L. et Cuzin Y., 2014

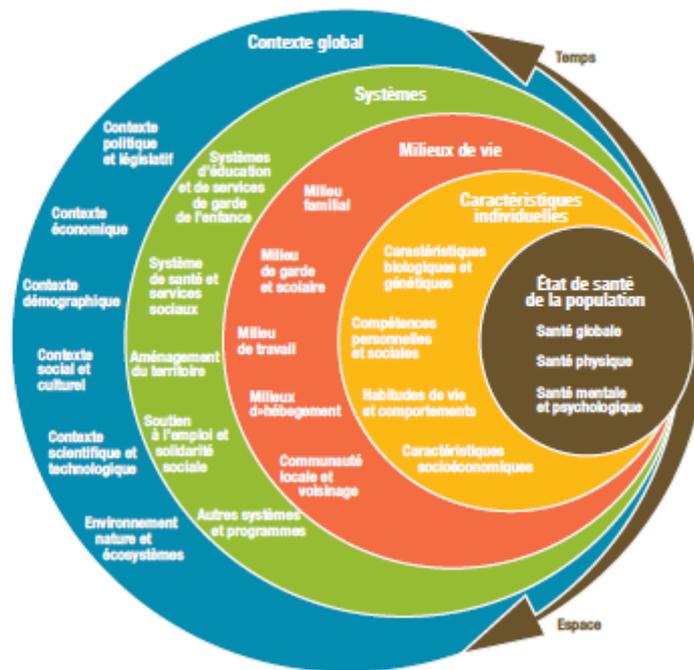


- Enfin, le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants du MSSS (2010 - figure 3) apporte une vision plus détaillée et plus dynamique par rapport au modèle de Whitehead et Dahlgren :
 - Il inscrit la santé comme une variable qui est susceptible d'évoluer au gré du temps et des lieux ;
 - Il spécifie pour les 4 grands champs de déterminants (contexte global, systèmes, milieux de vie et caractéristiques individuelles) des sous-champs (caractéristiques biologiques et génétiques, compétences personnelles et sociales, milieu familial, milieu scolaire et de garde,...) qui influencent tous l'état de santé de la population (au centre). Le modèle permet ainsi de repérer l'importance des choix d'aménagement du territoire sur la santé publique ;
 - Il considère plusieurs dimensions de l'état de santé de la population (global, physique, et mentale et psychosociale) selon le type de mesure privilégié

Figure 3 : Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants (Ministère de la santé et des services sociaux

Source : MSSS Québec, 2010

Source : Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J-L. et Cuzin, Y., 2014



Pour notre rapport de mission, nous nous situons dans ce modèle, lequel est en forte adéquation avec notre discipline de référence, la psychologie environnementale. En effet, nous considérons que l'individu n'interagit pas uniquement avec des aspects physiques et matériels de son cadre de vie, mais aussi en fonction et par rapport à la présence d'autrui. Ce sont les différents modes de partage de cet environnement qui vont, autant que les aspects matériels, avoir une incidence sur les perceptions, les représentations, les émotions et les comportements de l'individu⁶⁶. Par ailleurs, deux aspects ne peuvent être négligés quand on étudie la relation de l'homme à son cadre de vie : les dimensions culturelles et temporelles. Ainsi, dans ses échanges continuels avec l'environnement physique et social dans lequel il vit, l'homme agit en fonction de sa culture elle-même issue de ses relations particulières avec son cadre de vie, et, en même temps s'inscrit dans une dimension temporelle⁶⁷.

B) Les inégalités de santé

Couramment abordées sous l'angle des inégalités⁶⁸ sociales et environnementales de santé, leur réduction constitue un enjeu majeur de santé publique qui nécessite une approche systémique de l'ensemble des déterminants de santé.

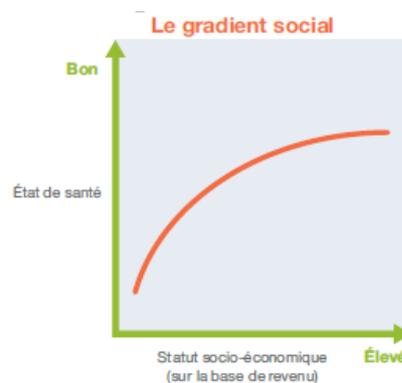
⁶⁶ Moser, G., Weiss, K., *Espaces de vie*, 2013, p. 12

⁶⁷ *ibid.*

⁶⁸ Les *inégalités* sont des disparités (ou différences) perçues et vécues comme des injustices, c'est-à-dire comme n'assurant pas les mêmes chances à chacun. Les *disparités* sont des différences quantitatives mesurables entre territoires ou entre individus, dans les domaines économiques, sociaux ou culturels. Définitions de Brunet R., cité par Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J-L. et Cuzin, Y., *op.cit.*

L'existence d'inégalités sociales de santé est aujourd'hui solidement établie dans la plupart des pays industrialisés⁶⁹. L'hypothèse sous-jacente est que, généralement, les populations socio-économiquement désavantagées sont plus fréquemment affectées par divers problèmes de santé⁷⁰.

Ce phénomène est résumé par le terme de « gradient social » des inégalités de santé⁷¹. Les inégalités sociales de santé relèvent de déterminants socialement construits pouvant être liés à des choix politiques. Elles concernent bien l'ensemble de la population et pas seulement les plus précaires. Ainsi, de nombreux déterminants sociaux de la santé couvrent différents domaines qui peuvent avoir des effets directs ou indirects sur la santé, comme la stabilité économique (statut d'emploi, revenu, stabilité de logement...), l'éducation, le contexte familial et professionnel (structure familiale, cohésion sociale, exclusion, conditions de travail...) mais également de résidence (qualité du logement, accès aux aménités⁷²,...).



Source : Hyppolite, S.-R. 2012 citée par Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J.-L. et Cuzin, Y., 2014

C) Les inégalités de santé à l'échelle d'un territoire

Il existe au moins trois façons d'être interpellé par l'existence d'inégalités de santé à l'échelle d'un territoire⁷³ :

- soit parce que certains groupes de populations (personnes âgées, enfants, publics vulnérables ou précaires,...) sont plus particulièrement concernés [**Approche par publics**],
- soit parce que le territoire concentre des taux de polluants ou de nuisances importants [**Approche par environnement - milieux et ressources**]
- soit enfin parce qu'il est faiblement doté ou organisé en équipements et services [**Approche par environnement- cadre de vie**].

⁶⁹ Kunst, 2007, HCSP 2009, cité par Roué Le Gall, A., Le Gall J., Potelon, J.-L. et Cuzin, Y., *op.cit.*

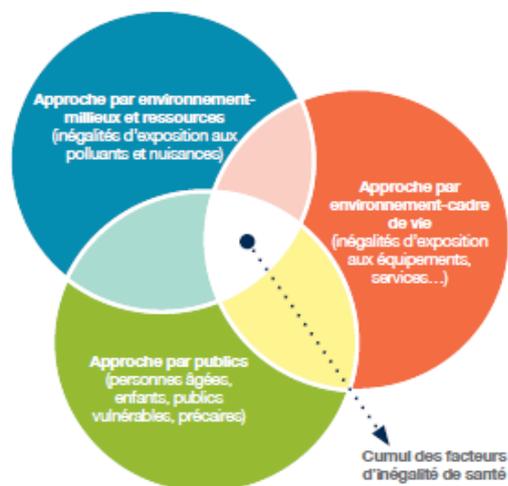
⁷⁰ Dalstra et al, 2005 ; Menvielle, 2007 ; Ellison-Loschmann, 2007, cité par Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J.-L. et Cuzin, Y., *op.cit.*

⁷¹ Potvin et al, 2010 ; Moleux et al, 2011, cité par Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J.-L. et Cuzin, Y., *op.cit.*

⁷² Les aménités urbaines constituent l'ensemble des caractéristiques et des qualités qui contribuent à l'agrément, à l'harmonie et aux aspects culturels de l'environnement, Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J.-L. et Cuzin, Y., *op.cit.*

⁷³ *ibid.*

Pour autant, quel que soit l'angle d'approche privilégié au départ, aucun des trois prismes n'est indépendant l'un par rapport aux autres : aborder les inégalités d'accès à des aménités environnementales nécessite en parallèle de s'interroger sur l'exposition à des pollutions ou nuisances et de repérer les publics concernés. Le graphique ci-dessous illustre ces trois approches, leur imbrication et permet de visualiser un éventuel cumul de facteurs d'inégalité.



Angles d'approche des inégalités de santé et cumul des facteurs d'inégalité
Source : Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J-L. et Cuzin, Y., 2014

1.4.5 Etudier les territoires

Etudier les territoires nécessite de collecter des données dans le but de présenter, caractériser, comparer les ressources et ainsi repérer les potentiels atouts et faiblesses de ces territoires. Cependant, face à la masse considérable de données disponibles, il devient rapidement indispensable de délimiter le champ des données. Par ailleurs, chaque institution ou organisme présente une liste d'indicateurs qui peut varier. Ainsi, beaucoup de diagnostics sont disponibles, portant sur des échelles territoriales diverses et intégrant des thématiques ou des indicateurs également divers. Les difficultés rencontrées par certains territoires pour partager une vision collective des enjeux de développement territorial peuvent amener à reprendre le constat suivant : *Les actions que portent les collectivités se font encore de manière non coordonnée entre EPCI et l'absence de diagnostic d'ensemble et de visions prospectives pose de plus en plus de problème... Ce qui incite peu à « jouer collectif »*⁷⁴.

⁷⁴ Mairie Conseils Caisse des Dépôts, 2009, *op. cit.*

A) Les indicateurs retenus

Pour la présente mission, plusieurs cadres de référence sont utilisés, dans lesquels nous avons sélectionnés des indicateurs pour qualifier notre territoire d'étude, il s'agit des cadres de l'observation territoriale de :

- l'Observatoire Régional de Santé-ORS/ARS Pays de la Loire : indicateurs utilisés pour les Diagnostics Flash des TSP,
- l'ORS Pays de la Loire : indicateurs issus du « Panier d'indicateurs socio-sanitaires territoriaux »⁷⁵,
- l'Agence d'urbanisme de la région nantaise (AURAN) : indicateurs utilisés pour réaliser les fiches synthétiques de territoire
- la Caisse Assurance Retraite Santé Travail (CARSAT) Pays de la Loire : indicateur de fragilité

B) Caractéristiques du territoire du Pays de Châteaubriant

Même si nous avons vu que les découpages territoriaux étaient nombreux et qu'ils impliquaient d'être attentifs à adopter une vision qui tienne compte de ces différentes échelles, le territoire qui nous intéresse ici correspond à au moins 3 découpages cohérents, au sens du périmètre concerné :

- Pays de Châteaubriant (retenu par la CRADT en 2000)
- Territoire de SCoT (retenu par la Préfecture en 2009)
- Territoire de santé de proximité - TSP (retenu par l'ARS en 2012-2013)⁷⁶



a) Principaux indicateurs socio-économiques du territoire⁷⁷

Le territoire du Pays de Châteaubriant présente une densité de la population de 51 hab./km² (190 pour la Loire Atlantique), 3 habitants sur quatre vivent en dehors d'un pôle urbain ou d'une couronne périurbaine. L'habitat en maison individuelle est très majoritaire (88,3%).

Le taux de variation annuel de la population (1,2%) montre un dynamisme démographique supérieur au mouvement départemental, régional et national, dynamisme dû aussi bien au solde naturel que migratoire. La part des personnes de moins de 20 ans et de plus de 75 ans est proche des valeurs de référence départementale, régionale et nationale, alors que les familles monoparentales y sont moins nombreuses. Néanmoins, des disparités existent au niveau infra-territorial, avec d'un côté la CCRN et la CCSD qui montrent un fort dynamisme démographique (+ 2,2%) et une part de jeunes importante

⁷⁵ Consultable en ligne à l'adresse : <http://instant-atlas.santepaysdelaloire.com/>

⁷⁶ Cf. Annexe 11 - ARS Pays de la Loire et découpages territoriaux

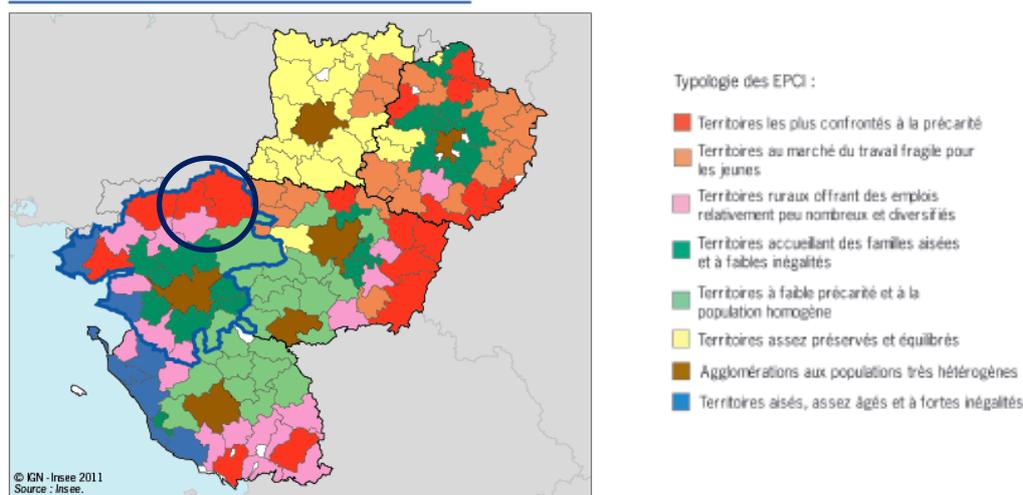
⁷⁷ Cf. Annexe 12 - Indicateurs socio-économiques du territoire pour visualiser les données

(de 28,7 à 29,6%), et de l'autre côté, la CCC qui connaît un dynamisme démographique limité (0,4%) et une part de jeunes moins importante (25,9%).

Avec un indicateur de concentration d'emploi moindre qu'au niveau départemental ou régional, la part des actifs ayant un emploi sur place est de 65%. Cependant, le taux d'emploi des 15 ans et plus est comparable aux valeurs du département ou de la région, le secteur de l'industrie étant particulièrement représenté en termes d'emplois, alors que le secteur tertiaire propose moins d'emplois sur le territoire. La part d'emploi dans les petites entreprises est plus importante qu'au niveau départemental ou régional.

Le territoire présente une forte proportion d'ouvriers dans la population active (34,6%), alors que les cadres sont sous-représentés (6,7%) par rapport aux valeurs départementale, régionale ou nationale. Les allocataires dépendants des prestations sociales ainsi que les bénéficiaires de la CMU-C sont moins nombreux qu'au niveau national, et restent proches de la moyenne régionale. Les foyers non imposables sont en revanche plus nombreux sur le territoire qu'au niveau régional ou national.

Huit familles de territoires au regard des disparités sociales



■ Pays de Châteaubriant

Source : Pays de la Loire : moins de pauvreté et d'inégalité qu'ailleurs, malgré des disparités territoriales, Etudes, Insee Pays de la Loire, 100, Décembre 2011

Parmi les familles de territoires définies par l'Insee Pays de la Loire pour étudier les disparités sociales, le Pays de Châteaubriant – notamment les CCSD et CCC – présente une situation défavorable, classé dans la typologie « Territoires les plus confrontés à la précarité ». Celle-ci est le résultat de la conjugaison de l'ensemble des facteurs explicatifs de la pauvreté monétaire⁷⁸. Dans ces territoires, la proportion de ménages à bas revenus est nettement plus élevée qu'ailleurs et les

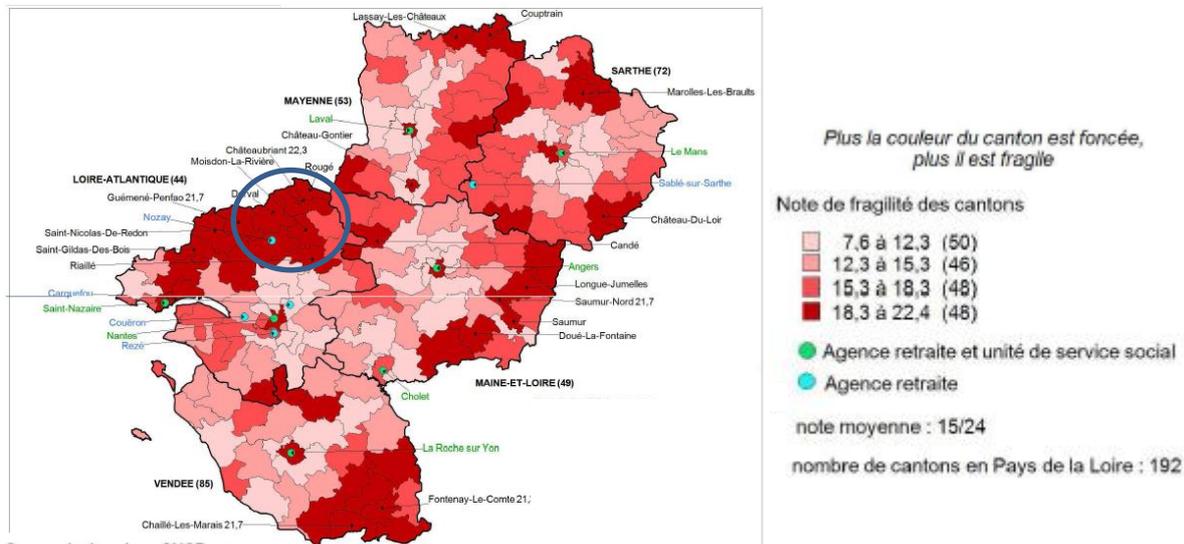
⁷⁸ *Pays de la Loire : moins de pauvreté et d'inégalité qu'ailleurs, malgré des disparités territoriales*, Etudes, 100, Insee Pays de la Loire, Décembre 2011, p. 2

inégalités de revenus y sont assez importantes. En outre, ces territoires sont plus affectés que les autres par la crise économique. Les familles d'ouvriers et d'employés y sont surreprésentées. En termes d'insertion professionnelle, les jeunes sont moins bien lotis qu'ailleurs, du fait principalement de faibles qualifications. Une étude Insee-Directe-Rectorat⁷⁹ indique en 2012 que la zone d'emploi de Châteaubriant est classée en zone défavorisée (sur une échelle en 4 points de *très défavorisée* à *très favorisée*) quant au niveau de formation et d'insertion professionnelle des jeunes⁸⁰.

Par ailleurs, ces territoires sont caractérisés par un chômage assez élevé, qui touche davantage les hommes que les femmes et qui dure plus longtemps qu'ailleurs. Les personnes âgées y sont plus nombreuses qu'ailleurs et elles sont, elles aussi, davantage touchées par la pauvreté : le nombre de bénéficiaires du minimum vieillesse y est plus élevé en moyenne que dans la région.

La CARSAT Pays de la Loire a développé un *indicateur de fragilité*⁸¹ concernant les personnes âgées. Le découpage retenu est ici le canton (en 2013, le Pays de Châteaubriant comptait 6 cantons). Le canton de Châteaubriant est le territoire le plus fragile de la région, selon l'indicateur CARSAT, avec un score de 22,3 sur un maximum de 24. Le canton de Nozay figure quant à lui parmi les 10 les plus fragiles.

Degré de fragilité des cantons des Pays de la Loire
au 31 Mars 2012



Source : Atlas-Observation des personnes en situation de fragilité, Plateforme d'Observation Sociale et Médico-Sociale, CARSAT Pays de la Loire, Novembre 2013

⁷⁹ *Caractéristiques de la main-d'œuvre potentielle dans les zones d'emploi des Pays de la Loire*, Informations statistiques, 471, Insee, Avril 2013

⁸⁰ Classement sur la base de 3 indicateurs : proportion des peu ou pas diplômés parmi les 20-24 ans, proportion des diplômés de niveau V parmi les 20-24 ans, proportion de jeunes non insérés parmi les 18-24 ans).

⁸¹ Indicateur de fragilité regroupant plusieurs critères : bénéficiaire d'un minimum vieillesse, être exonéré de la CSG, être bénéficiaire d'une pension de réversion, vivre seul(e), avoir entre 55 et 64 ans, entre 65 et 74 et plus de 75 ans, *Atlas-Observation des personnes en situation de fragilité*, Plateforme d'Observation Sociale et Médico-Sociale, CARSAT Pays de la Loire, Novembre 2013, p. 8

Dans le cadre de la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, une nouvelle géographie prioritaire a été définie, sur la base d'un critère unique : le revenu des habitants. La région Pays de la Loire compte 46 quartiers prioritaires dépendant de 17 communes, la CC du Castelbriantais compte 1 quartier prioritaire, le quartier de la Ville-aux-roses.

b) *Principaux indicateurs de santé sur le territoire*⁸²

Les différents indicateurs de mortalité – *générale, prématurée, évitable* – situent le territoire comme particulièrement exposé. Cependant, les valeurs pour les femmes et pour les hommes sont tout à fait opposées, la mortalité masculine, et particulièrement la mortalité prématurée, figurant parmi les plus élevées de la région, alors que la mortalité des femmes est significativement inférieure à celles de la mortalité régionale pour ce sexe.

Si les cancers ne représentent pas une cause de mortalité particulière sur le territoire, ce sont en revanche les maladies de l'appareil circulatoire qui représentent une très grande part des causes de mortalité et d'admission en affection longue durée (ALD). Le diabète et la maladie d'Alzheimer sont quant à eux très peu représentés parmi les admissions en ALD.

Enfin, la mortalité par pathologies liées à l'alcool, par accidents de la circulation et par suicide présentent des valeurs significativement supérieures à celles observées au niveau régional ou national.

c) *Principaux indicateurs de l'offre et de l'organisation de soins sur le territoire*⁸³

Selon les données 2015, la démographie médicale - abordée par les indicateurs de densité relative et de taux de professionnels de santé de 60 ans et plus – permet de situer l'offre de soins de 1^{er} recours sur le territoire comme plus faible qu'au niveau régional. Ainsi, les médecins généralistes libéraux, les chirurgiens-dentistes libéraux, et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux présentent une densité relative plus faible, alors que celle des infirmiers libéraux est comparable à un niveau régional. Le nombre de pharmacies est cependant plus élevé sur le territoire qu'au niveau régional et national⁸⁴. Concernant la part des professionnels âgés de 60 ans et plus, elle est équivalente aux valeurs régionales pour les médecins (33%) et les infirmiers (9%), mais supérieure pour les masseurs-kinésithérapeutes (14%) et les chirurgiens-dentistes (32%).

⁸² Cf. Annexe 13 -Indicateurs de santé sur le territoire pour visualiser les données

⁸³ Cf. Annexe 14 - Démographie médicale 1^{er} recours – TSP de Châteaubriant pour visualiser les données

⁸⁴ Donnée issue du Diagnostic Flash 2013, ARS, basée sur le nombre de pharmacies pour 10.000 habitants-Finess 2013

Le TSP du Pays de Châteaubriant est découpé en 2 espaces d'équipe de soins (EES), Châteaubriant (correspondant à la CCC) et Nozay (correspondant aux CCRN et CCSD). Ce découpage infra-territorial fait apparaître des disparités en termes d'offre de soins de 1^{er} recours : si l'EES-Châteaubriant possède une meilleure densité relative pour les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes, en revanche, l'EES-Nozay compte les professionnels de santé les plus jeunes⁸⁵.

L'indicateur de l'accessibilité relative⁸⁶ fournit un point de vue complémentaire sur l'offre de soins de 1^{er} recours et accentue les disparités entre les deux EES : Châteaubriant est classé comme une zone à forte accessibilité relative (sur une échelle en 5 points, de *très faible* à *très forte*), alors que Nozay est classé comme zone à faible accessibilité relative, faiblesse renforcée par une fragilité en chirurgiens-dentistes et en masseurs-kinésithérapeutes.

L'EES-Nozay compte 7 communes classées en zone fragile conventionnelle pluri-professionnelles, correspondant à l'ensemble des communes de la CCRN⁸⁷.

Concernant l'accompagnement des personnes âgées, le nombre de places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en unité de soins longue durée (USLD) est inférieur sur notre territoire d'étude qu'au niveau régional⁸⁸.

Enfin, le recours aux soins hospitaliers se démarque sur le territoire du Pays de Châteaubriant. En effet, les hospitalisations totales et, de manière encore plus significative, les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) sont plus importantes qu'au niveau régional et national⁸⁹.

⁸⁵ Cf. Annexe 14 - Démographie médicale 1^{er} recours – TSP de Châteaubriant pour visualiser les données

⁸⁶ Cf. Annexe 15 - Accessibilité aux professionnels/service de santé – TSP de Châteaubriant

⁸⁷ L'arrêté du 10 mai 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans la région des Pays de la Loire, signé par l'ARS, établit la liste des communes des Pays de la Loire classées en zones fragiles (303 communes au total) : pour la Loire-Atlantique, 9 communes figurent dans la liste, en Pays de Châteaubriant ou à proximité immédiate du territoire. Ces zones fragiles conventionnelles sont le lieu du déploiement des mesures d'aides et d'incitations, notamment liées au regroupement et à l'exercice pluri-professionnel de professionnels de santé.

⁸⁸ Cf. Annexe 12 - Indicateurs socio-économiques du territoire

⁸⁹ Cf. Annexe 13 - Indicateurs de santé sur le territoire

d) *Etude de l'ORS Pays de la Loire sur les hospitalisations potentiellement évitables (HPE)^{90, 91}*

L'ARS Pays de la Loire a intégré en 2013 un axe de travail sur l'identification des actions possibles autour de la réduction des HPE (pour les personnes âgées d'au moins 20 ans) et a missionné l'ORS des Pays de la Loire pour un appui méthodologique. Les HPE peuvent être définies comme des séjours hospitaliers qui auraient pu être évités par une prise en charge optimale en amont de l'hospitalisation, compte tenu de l'organisation actuelle du système de soins.

Sur la base d'une liste de pathologies au motif desquelles une admission à l'hôpital peut être considérée comme potentiellement évitable, il apparaît que près de 4 séjours régionaux sur 10 correspondent à la prise en charge d'une insuffisance cardiaque congestive, et un peu plus du quart à une pneumopathie bactérienne. Les autres motifs d'hospitalisation évitable sont moins fréquemment notifiés⁹².

Parmi les 57 TSP que compte la région, 23 présentent un indice d'hospitalisation potentiellement évitable (IHPE) significativement inférieur à la moyenne nationale et 8, un IHPE significativement supérieur à la moyenne nationale. Le territoire du Pays de Châteaubriant est le 4^{ème} TSP présentant l'IHPE le plus élevé (moyenne nationale IHPE base 100, moyenne IHPE Pays de la Loire : 91, IHPE TPS Châteaubriant : 120⁹³).

La synthèse de l'étude réalisée par l'ORS Pays de la Loire⁹⁴ indique qu'à l'échelle de l'ensemble des TSP des Pays de la Loire, la fréquence de survenue des HPE est corrélée avec plusieurs caractéristiques liées à l'offre de soin, à la population, et à l'épidémiologie territoriale.

Parmi elles, « toutes choses égales par ailleurs », quatre caractéristiques territoriales sont associées au risque qu'un TSP de la région présente une fréquence d'HPE supérieure à la moyenne nationale, après standardisation sur l'âge et le sexe (ICHPE>100) :

- *l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux* : à caractéristiques socioéconomiques et épidémiologique équivalentes, le risque qu'un TSP de la région présente une fréquence d'HPR supérieure à la moyenne nationale s'élève lorsque l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux diminue ;

⁹⁰ *Hospitalisation potentielles évitables dans les Pays de la Loire, données par TSP 2010-2012, Volet 1 – Identification de territoires cibles, ORS des Pays de la Loire, Juin 2014*

⁹¹ *Hospitalisation potentielles évitables dans les Pays de la Loire, données par TSP 2010-2012, Volet 2 – Association entre les HPE et les données de contexte territorial, ORS des Pays de la Loire, Juin 2014*

⁹² ORS des Pays de la Loire, Volet 1, *op. cit.*

⁹³ *ibid.*

⁹⁴ ORS des Pays de la Loire, Volet 2, *op. cit.*

- *l'équipement en EHPAD et USLD* : la fréquence d'HPE supérieure à la moyenne nationale diminue lorsque l'équipement en EHPAD et USLD augmente.
- *la part de la population sans diplôme* ;
- *l'état de santé de la population, approché par la mortalité cardiovasculaire*.

Nous avons vu précédemment, avec les indicateurs socio-économiques, les indicateurs de l'état de santé, de l'offre et de l'organisation des soins, que le territoire du Pays de Châteaubriant présentait effectivement une faible accessibilité aux médecins généralistes libéraux, des places limitées en EHPAD et USLD, une part importante de la population sans diplôme ainsi qu'une cause principale de mortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire.

C'est donc une variété de déterminants, de nature diverse, à la fois individuels, sociaux, liés aux politiques de santé, qui peut expliquer une donnée de santé de la population.

e) *Éléments de prospective*

Le portrait du territoire du Pays de Châteaubriant que nous venons de proposer s'appuie sur des indicateurs qui, pour certains d'entre eux, font partie des 79 indicateurs sélectionnés dans le cadre de la stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable (SNTEDD) 2015-2020⁹⁵. Les indicateurs sélectionnés permettent en effet de rendre compte des avancées et des progrès accomplis à la fois économiques, écologiques et humains. 4 enjeux sont identifiés - changement climatique, perte accélérée de la diversité, raréfaction des ressources, risques sanitaires et environnementaux – et 9 axes identifiés. Parmi ces derniers, 3 axes sont particulièrement concernés par notre étude sur le thème de la santé comme enjeu de développement territorial :

Axe 1 – Développer des territoires durables et résilients

Axe 3 – Prévenir et réduire les inégalités environnementales, sociales et territoriales

Axe 8 – Mobiliser les acteurs à toutes les échelles

En effet, si le dynamisme démographique et économique du département de la Loire-Atlantique renforce le développement du territoire, l'enjeu est de préserver les équilibres socio-démographiques, économiques et environnementaux.

⁹⁵ Pour une présentation complète des indicateurs, consulter le document : *Proposition d'indicateurs de suivi de la stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable 2015-2020*, rapport technique des travaux de la commission indicateurs du CNTE, Commissariat général du développement durable, Février 2015

Le contexte de fort dynamisme démographique se double d'un vieillissement de la population, ainsi, le maintien d'une répartition adaptée des équipements et des services sur le territoire constitue un enjeu décisif dans les années à venir⁹⁶.

La métropole nantaise faisant figure de pôle d'attraction du département, les migrations résidentielles révèlent néanmoins un important phénomène de périurbanisation. Si la population a investi l'espace périurbain, les emplois restent essentiellement concentrés dans les pôles urbains. Avec cette discordance spatiale entre lieu d'emploi et d'habitat, les distances s'allongent, les trajets en voiture étant effectués de manière majoritaire en voiture⁹⁷.

Si l'hétérogénéité des niveaux de vie est assez modérée en Loire-Atlantique, des disparités existent néanmoins. Les zones excentrées du département, notamment au nord, présentent davantage de fragilités sociales. Préserver la cohésion sociale représente ainsi un enjeu important, dans une période économiquement tourmentée, marquée par une augmentation de la part des inactifs (jeunes et personnes âgées)⁹⁸.

⁹⁶ *Loire-Atlantique : attractivités, dynamismes, des équilibres à préserver*, Etude, 118, Insee Pays de la Loire, Juin 2013, p. 2

⁹⁷ *ibid.*

⁹⁸ *ibid.*

1.5 Analyse des résultats de l'enquête Territoire et Santé

Le traitement des données ainsi que les représentations graphiques commentées figurent en Annexe 16 – Traitement des données d'enquête.

1.5.1 Participation à l'enquête et profil des répondants

L'enquête Territoire et Santé, ouverte du 27 avril au 18 mai 2015, a permis de recueillir 388 réponses exploitables (17 réponses réalisées *en ligne* ont été écartées - doublons, questionnaires vides - soit 4% des réponses).

PROFIL	Nombre
Habitants	295
Elus	38
Professionnels	55
TOTAL	388

Le choix de proposer deux modes de réponses, une version papier et une version en ligne est pertinent. Si le mode de réponse *en ligne* est plébiscité – près de 3/4 des réponses - le questionnaire version papier reste un vecteur essentiel de communication et de contact direct auprès des personnes cibles. La communication autour de l'enquête réalisée par voie de presse a permis une augmentation significative du nombre de visites du site web du Conseil de développement (la date du 29 avril correspond à la publication de l'article sur l'enquête dans *Ouest France*), le questionnaire Habitants étant accessible à partir du site web.

Les Habitants ...

Les réponses des Habitants à notre enquête sont surtout le reflet de l'intérêt des femmes, de personnes âgées de 30 à 74 ans, employées ou retraitées, résidant depuis au moins 10 ans sur le territoire et impliquées dans la vie associative. Les personnes en activité travaillent en grande majorité sur le territoire étudié.

Les Professionnels ...

L'échantillon de Professionnels, très majoritairement féminin et âgé pour moitié de moins de 45 ans, assure une variété de profils quant au statut, à la durée d'exercice sur le territoire, mais également en termes de secteurs d'activité (sanitaire, médico-social, social) et de public pris en charge (de l'enfant à la personne âgée, publics en situation de précarité ou de handicap).

Les Elus ...

L'échantillon des Elus compte principalement des Conseillers municipaux élus aux dernières élections, âgés de 30 à 59 ans et presque autant de femmes que d'hommes sont présents. La majorité des Elus sont des cadres ou des employés.

Concernant la population active, le profil de notre échantillon s'écarte nettement du profil général de la population de notre territoire étudié, lequel compte un peu plus d'un tiers d'ouvriers mais à peine 7% de cadres.

Ce constat renforce ce qui est habituellement pointé comme difficulté dans la mise en place d'actions participatives : la faiblesse de représentation de certaines catégories de populations (ouvriers, jeunes, personnes âgées notamment). Ce constat est renforcé par le fait que, dans notre enquête, deux répondants sur 3 déclarent être impliqués au sein d'une *association/réseau* du territoire, et ce, quelle que soit la tranche d'âge considérée. L'implication des retraités, avant 75 ans, est néanmoins la plus importante, avec 80% de l'échantillon concernés.

1.5.2 Quelle définition de la santé ?

A la question « Selon vous, la santé sur le plan local, c'est l'affaire de ... ? », une tendance se démarque : la santé n'apparaît pas comme un thème partagé, dont chacun des acteurs peut se saisir, la santé apparaît plutôt comme étant l'affaire de certains... mais pas de tous. La première question de notre enquête permet de réaffirmer la nécessité d'une approche collective de la question de la santé sur un territoire, avec, comme partenaires privilégiés, les professionnels de santé, les élus du territoire, les individus et leur famille. Cependant, il paraît incontournable d'associer plus largement les acteurs œuvrant à des niveaux divers sur un territoire, pour reconnaître et faire reconnaître leur rôle direct ou indirect sur la santé des individus, dans ses dimensions physique, mentale et/ou sociale.

Le Conseil de développement devra être attentif à cette question de la légitimité à se saisir et à agir sur les questions de santé, *les associations et lieux d'expression/débat* étant parmi les réponses les moins fréquemment citées, surtout par les Habitants et les Elus.

1.5.3 Quel accès à l'information, quels besoins d'information ?

Si *le médecin traitant* et ensuite *les proches, la famille* constituent des sources d'information privilégiées dans le domaine de la santé, *les associations du secteur santé/social* ne sont pas, quant à elles, une source fréquemment citée.

La question sur les droits des patients/usagers du système de santé qui a été posée dans les questionnaires est intéressante dans la mesure où elle montre bien le paradoxe entre la capacité des habitants à affirmer qu'ils ont des droits et toute la difficulté qu'ils éprouvent à indiquer des sources d'information sur cette question.

Les besoins d'information dans le domaine de la santé ne s'expriment pas de manière homogène selon les profils de répondants. Les différences de réponses les plus marquées concernent les modalités faisant référence à la prévention : *les actions de prévention, les possibilités de dépistage, la vaccination, les lieux d'accueil/d'écoute pour les patients et leur entourage*. A la différence des Habitants, les Professionnels et les Elus placent fréquemment ces thématiques au cœur des besoins qu'ils envisagent pour les habitants. Pour nuancer ces divergences, il est utile de rappeler que notre échantillon d'Habitants se compose majoritairement de femmes, avec des tranches d'âge avant 30 ans très peu représentées, avec une majorité d'employés et de cadres et de personnes déjà engagées dans des activités associatives sur le territoire. Ces caractéristiques socio-économiques sont plutôt favorables aux attitudes et aux comportements liés à la prévention, expliquant sans doute, en partie, que les besoins d'information des Habitants ne portent pas majoritairement sur ces questions liées à la prévention. D'autre part, les indicateurs socio-sanitaires peu favorables sur le territoire⁹⁹, notamment en matière de mortalité prématurée et évitable, incitent sans doute les Professionnels et les Elus à être particulièrement attentifs à la question de la prévention. Il est à noter que certaines actions de prévention, déployées sur le territoire, ont été évaluées très positivement¹⁰⁰, témoignant de l'intérêt des habitants pour ces actions :

- **Le dispositif Instants Santé**, action proposée par la MSA Loire-Atlantique-Vendée tous les 10 ans à chaque assuré âgé de 25 à 74 ans relevant du régime agricole, permet de proposer aux bénéficiaires une action de prévention adaptée (bilan pré-médical, consultation de prévention, actions de prévention). Cette action est déployée par canton, tous les cinq ans. En 2013, les cantons de Rougé, Châteaubriant, Moisdon La Rivière et St Julien de Vouvantes – situés sur le Pays de Châteaubriant – ont notamment été ciblés par le dispositif Instants Santé. Les assurés sont invités par courrier à participer à cette action, deux cibles étant identifiées : les « consommateurs », personnes ayant réalisé une consultation ou un bilan dans les 2 ans et les « non consommateurs », personnes n'ayant réalisé aucune consultation dans les 2 ans (24-44 ans) ou aucun bilan dans les 2 ans (44-75 ans). Sur le territoire qui nous intéresse ici, les taux de participation sont particulièrement intéressants à souligner, en effet, en moyenne, 40% des assurés invités réalisent l'action de prévention (« consommateurs » comme « non consommateurs »), quand, sur le plan national, la participation est de 20%.
- **L'opération de télé-dermatologie**, réalisée par la MSA depuis 2013, dans une dizaine de départements, cible les exploitants et salariés agricoles. Ces professionnels ont en effet une durée d'exposition solaire importante et de ce fait, un risque accru de lésions. L'objectif de l'opération de télé-dermatologie est ainsi de les alerter sur les risques d'exposition aux UV naturels et artificiels, sur les dangers des cancers de la peau et, en corollaire, de les sensibiliser au dépistage précoce afin de réduire les risques liés à ces pathologies. Les actions de télé-dermatologie sont mises en place dans un contexte de difficultés d'accès aux dermatologues rencontrées dans certains territoires, notamment ruraux et s'inscrivent dans l'engagement n°7 du Pacte Territoire Santé :

⁹⁹ Cf. partie 1.4.5 Etudier les territoires du présent rapport

¹⁰⁰ Les rapports d'évaluation nous ont été remis à l'occasion de notre entretien du 11.03.15 avec Mme Tesson, Responsable de service Relations avec les partenaires de santé et avec des Agents de Développement Social Local de la MSA 44-85

« Développer la télé-médecine »¹⁰¹. En 2014, l'opération s'est déroulée dans 15 départements, et a rencontré un vif succès sur le territoire de Châteaubriant, où 22 patients ont pu être dépistés.

- **L'opération Côlon Tour**, qui s'est déroulée du 6 au 9 septembre 2013 à Châteaubriant, à l'occasion de la Foire de Béré. Le bilan de cette action de prévention du cancer colo-rectal fait apparaître à la fois une bonne fréquentation des stands et un intérêt, une ouverture au dialogue de la part des visiteurs. Une professionnelle d'une mutuelle de Châteaubriant, partenaire de l'opération, remarque que « sur le plan de la prévention, nous avons beaucoup à faire dans notre pays. Les attentes, parfois sur des actions toutes simples, sont nombreuses ».

Chez les Professionnels comme chez les Elus, la *prévention* arrive également en première réponse à la question de l'intérêt pour les thématiques du domaine de la santé. *L'organisation/permanence des soins* représente également un intérêt certain pour les deux profils de répondants, intérêt plus marqué néanmoins pour les Elus. Une modalité *promotion de la santé* avait volontairement été dissociée de la modalité prévention, afin de valoriser l'aspect positif auquel renvoie le terme de promotion de la santé¹⁰², contrairement à celui de prévention, renvoyant davantage à la notion de risque. Si la *prévention* remporte l'essentiel de l'intérêt des Professionnels et des Elus, la *promotion de la santé*, quant à elle, est nettement moins plébiscitée. Il serait sans doute utile de sensibiliser les acteurs à cette notion et notamment les Elus. Rappelons ici que l'échantillon des Elus est composé majoritairement de conseillers municipaux, non spécialistes des questions de santé.

Pour les Habitants, l'intérêt majeur porte sur les *lieux et professionnels de santé à proximité du domicile*.

Ainsi, les deux questions posées aux Habitants, aux Professionnels et aux Elus portant l'une sur les besoins d'information des habitants du territoire, l'autre sur l'intérêt pour les thématiques liées à la santé font apparaître :

- Une préoccupation commune liée à l'accès aux soins sur le territoire,
- Un grand investissement de la question de la prévention par les Professionnels,
- Des thématiques émergentes : médecines douces/alternatives, santé-environnement.

1.5.4 Qualité de l'environnement de vie, atouts et faiblesses du territoire

La qualité de l'environnement de vie des habitants du territoire est mise en avant par l'ensemble des répondants. Le positionnement des Professionnels est toutefois plus partagé, 1/3 d'entre eux estimant l'environnement de vie *plutôt* ou *tout à fait défavorable*. Pour expliquer leur réponse, les Professionnels font référence à 4 facteurs, dont 3 sont interdépendants : les conditions socio-

¹⁰¹ Cf. Annexe 2 - Pacte Territoire Santé

¹⁰² Cf. Annexe 1 – Charte d'Ottawa

économiques, l'offre médicale et les addictions. Ainsi, si l'offre médicale est pointée comme insuffisante sur le territoire (généralistes, spécialistes dont spécialistes en santé mentale), la difficulté d'accès aux soins ou à des actions de prévention est rendue d'autant plus difficile par les situations de précarité et d'isolement social que peuvent rencontrer certains habitants, situations s'accompagnant de comportements à risque (sédentarité, alcoolisme, tabagisme, suicide...) et de difficulté d'autonomie dans les déplacements. Un quatrième facteur est également évoqué : les pollutions environnementales (dues aux activités industrielles : fumée et poussière de fonderie, aux activités agricoles : nitrates issus des épandages, pesticides et engrais, et au trafic routier).

Concernant les atouts et faiblesses du territoire, les trois profils de répondants sont unanimes pour citer *la proximité de la nature* comme atout principal. Cet atout devient également une faiblesse puisqu'il implique *l'éloignement des grandes villes, des difficultés de déplacement*, mais surtout un *manque d'opportunités d'emploi*, constituant la faiblesse la plus importante du territoire pour l'ensemble des personnes enquêtées. *Le manque de professionnels et de services de santé* est également fréquemment cité comme faiblesse du territoire. La dimension sociale et culturelle est pour sa part un atout mis en avant par les Habitants, les Professionnels et les Elus avec le *tissu associatif* ainsi que les *activités culturelles, de loisirs, sportives* comme modalités retenues. Notons cependant que beaucoup des Habitants qui ont répondu à l'enquête sont des membres d'associations.

1.5.5 La question de l'accès aux soins sur le territoire

Le report ou le renoncement aux soins ou aux consultations sur le territoire sont fréquents pour les Habitants interrogés (3 personnes sur 5), cette difficulté apparaissant également comme une réalité à une très grande majorité de Professionnels et d'Elus. Les professionnels de santé, objet de ces reports ou renoncements, sont le plus souvent les *médecins spécialistes*, les *dentistes*, mais également les *médecins généralistes*, même s'ils sont moins souvent cités. Les *infirmières* sont, quant à elles, très peu objet de report ou de renoncement aux soins. Les raisons principales aux reports ou renoncements sont *les délais d'attente trop longs* et *l'absence des professionnels/services de santé sur le territoire*, ces deux causes étant bien évidemment liées. Les *tarifs trop élevés* représentent une raison fréquemment citée par les Professionnels et les Elus mais beaucoup moins par les Habitants. Cette différence de perception peut s'expliquer par la composition de l'échantillon Habitants (les personnes les plus précaires ne sont pas celles qui ont répondu en masse à l'enquête), mais aussi peut-être par l'importance accordée au problème des délais d'attente et à la difficulté de pouvoir consulter sur son territoire, masquant ainsi peut-être d'autres raisons possibles au report ou au renoncement aux soins.

Selon une étude de la DREES sur la qualité et l'accessibilité des soins de santé¹⁰³, si une large majorité des personnes interrogées est satisfaite de l'accès aux soins, elles ne considèrent pas forcément que tous les Français sont égaux dans l'accès aux soins. Les Français sont, en outre, de plus en plus nombreux à considérer les inégalités d'accès aux soins comme les moins acceptables. Pour la première fois en 2012 et en 2013, elles occupent la première position, devant les inégalités de logement, de revenus et de situations liées à l'origine ethnique. Toutefois, seuls 9% des Français considèrent les inégalités de soins comme le type d'inégalité le plus répandu¹⁰⁴.

Environ six Français sur dix ne sont pas d'accord avec l'affirmation qu'« on a la même qualité de soins quel que soit son revenu » ou « son lieu d'habitation », et trois Français sur dix pensent que tout le monde ne peut pas être soigné quels que soient son revenu et son lieu d'habitation.

Par ailleurs, 15% des Français ont renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, d'après l'Enquête sur la santé et la protection sociale de 2010.

1.5.6 Quels projets concernant la Santé sur le territoire, quelle mobilisation des Habitants ?

Il existe un taux très important d'Habitants mais également de Professionnels et d'Elus déclarant ne pas connaître de projet dans le domaine de la santé sur le territoire. Lorsque des réponses sont données, *Maison de santé* apparaît comme celle la plus citée (souvent : *Maison de santé de Nozay*). Les projets dans le champ de la *prévention* sont quant à eux cités essentiellement par les Professionnels et chez les Elus, les réponses relatives aux projets de *soutien à l'installation de médecins* sont importantes, sans pour autant que des projets concrets soient cités, il s'agit alors davantage d'une volonté d'agir contre le risque de désert médical que de véritables projets en cours ou à venir.

Les Professionnels et Elus étaient également invités à indiquer les projets pertinents à mener sur le territoire. Quatre principaux thèmes de projets sont évoqués : *Maison de santé*, *Coopération-mutualisation*, *Soutien installation médecins*, *Réorganisation territoriale*, thèmes se rattachant directement au problème de la faiblesse de l'offre de soins sur le territoire (actuelle ou à venir). Cependant, les réponses à ce problème sont de deux ordres : d'un côté des projets basés sur un modèle favorisant le regroupement, la coopération, la mutualisation, le décroisement entre professionnels du champ de la santé, permettant un partage d'information et une approche globale, de l'autre, des

¹⁰³ *Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ?* Etudes et Résultats, n°866, Drees, Février 2014, pp. 1-6

¹⁰⁴ *Ibid.*

projets privilégiant le maintien ou le retour des professionnels de santé de premier recours assurant une proximité de service, c'est-à-dire dans chaque commune.

Pour les Professionnels, c'est avant tout des projets dans le champ de la *prévention* et de *l'accompagnement des personnes* qu'il s'agit de mettre ne place.

Les leviers d'action et obstacles pour les projets à développer sur le territoire font majoritairement appel aux thèmes des *moyens* (financiers, techniques, humains) et de la *coopération*. La *coopération* fait notamment référence à la nécessité de bâtir des projets en associant professionnels de santé et élus (les habitants sont également cités comme partenaires, mais de manière moins affirmée), il s'agit alors de renforcer ces liens, de parvenir à une meilleure communication, de fédérer, de construire des réseaux. Ce thème fait également référence à la notion de mutualisation des moyens. Concernant enfin l'échelle territoriale pertinente pour ces projets, les Elus comme les Professionnels se prononcent en majorité en faveur d'une déclinaison multi-échelle (de la commune à la Région selon les réponses). Si l'échelle de la CC paraît être un maillon essentiel et pivot de cette déclinaison multi-échelle, les Professionnels incluent plus fréquemment l'échelle de la commune et du Pays, alors que les Elus incluent plus fréquemment l'échelle du Pays, du ScoT et du département.

L'enquête met également en lumière la mobilisation potentielle des Habitants motivés par le thème de la Santé : 60% des répondants se déclarent en effet prêts à s'associer à des projets Santé sur le territoire. Une majorité souhaite participer activement, en *donnant son point de vue ou son témoignage de façon ponctuelle* ou en *intégrant un groupe de travail*. Des modalités variées de participation permettent de motiver l'ensemble des tranches d'âge et, quel que soit l'âge des personnes, plusieurs modes de participation semblent envisageables. Les personnes intéressées par une participation sur des projets Santé sont des personnes déjà engagées dans la vie associative sur le territoire, à l'image de notre échantillon global.

1.5.7 Proximités habitantes

Dans le cadre de l'enquête, il s'agissait d'approcher les différentes pratiques habitantes afin de caractériser la notion de proximité : peut-on parler de proximité comme d'une notion commune et partagée par les habitants, ou doit-on parler *des proximités*, comme autant de réalités singulières ? Dans ce cas, que signifient les projets de services de proximité ? De quelle échelle parle-t-on ?

Les réponses montrent que pour les habitants du Pays de Châteaubriant, l'échelle de la commune de résidence, si celle-ci n'est pas Châteaubriant, ne représente jamais ou presque à elle seule un marqueur de proximité. En revanche, le territoire de proximité se définit très fréquemment en incluant la

commune de Châteaubriant (près d'1 Habitant sur 2) et au moins 1 pôle urbain (plus d'1 Habitant sur 3), le plus souvent Nantes.

Concernant les professionnels et services de santé sollicités de manière régulière par les Habitants, l'échelle de proximité est plus restreinte, cependant, les lieux les plus fréquentés pour des besoins en santé correspondent aux lieux de vie les plus fréquentés également, c'est-à-dire Châteaubriant, éventuellement avec d'autres communes alentours et 1 pôle urbain, dans la majorité des cas Nantes.

Les pratiques habitantes présentent des disparités en fonction des CSP et de l'âge (les retraités sont également les personnes les plus âgées) : le territoire de vie/de proximité est plus restreint chez les retraités et les employés que chez les cadres. En effet, ces derniers déclarent plus fréquemment un territoire de vie comprenant Châteaubriant et deux pôles urbains (le plus souvent Nantes et Rennes).

Néanmoins, lorsqu'il s'agit de consulter des professionnels/services de santé, les échelles de proximité ne sont plus dépendantes des CSP, les groupes se répartissent cette fois de manière homogène sur les différentes échelles de territoire. Deux d'entre elles sont particulièrement présentes : *Châteaubriant seul ou avec d'autres communes* et *Châteaubriant et 1 pôle urbain* (en majorité Nantes).

1.5.8 Expression libre

20% des répondants à l'enquête ont complété le questionnaire en ajoutant des commentaires libres. Si les thèmes sont variés, deux peuvent néanmoins être distingués. D'une part, des remarques sur l'organisation des soins soulignent les interrogations des uns sur les solutions au manque de médecins, tandis que les autres mettent en avant les maisons de santé, qui ont l'avantage de regrouper divers professionnels et permettent une prise en charge globale du patient, par une concertation entre professionnels. D'autre part, des remarques pointent la nécessité d'améliorer la communication entre les acteurs du territoire, notamment des élus et des professionnels, pour parvenir à une réelle implication.

1.5.9 Aspects relationnels et confiance entre acteurs

Ce dernier paragraphe est l'occasion de développer spécifiquement la question de la communication, de la collaboration et de la confiance entre instances/institutions et acteurs sur le territoire.

Ces aspects sont abordés à la fois au travers de questions figurant dans l'enquête et par le biais des réponses et commentaires libres des répondants.

Dans le point précédent traitant des remarques libres des répondants, l'objectif de parvenir à une meilleure communication entre acteurs était souligné par beaucoup comme un besoin sur le territoire. De même, s'agissant des atouts et faiblesses du territoire, si le tissu associatif est perçu comme un atout, les difficultés de communication, le manque d'ouverture, de concertation et d'intégration sur le territoire (aussi bien au niveau des acteurs politiques ou professionnels qu'au niveau des habitants eux-mêmes) sont néanmoins évoqués par les Habitants.

Concernant spécifiquement la santé des individus, des raisons d'ordre relationnel, liées à une méconnaissance ou à des difficultés de communication, peuvent également expliquer des reports et des renoncements à des soins ou à des consultations sur le territoire. Ainsi, pour les Professionnels ayant participé à l'enquête, *la peur, une image ou une représentation négative des professionnels de santé* de la part des patients est une raison citée fréquemment pour expliquer le report ou le renoncement des soins sur le territoire. De même, les comportements motivés par un *mauvais contact* avec les professionnels de santé ou par des *compétences professionnelles jugées insuffisantes* par les patients sont une explication donnée par les trois profils de répondants dans des proportions non négligeables (15 à 20% des réponses).

Si les projets utiles à mener sur le territoire font référence, pour les répondants, à des projets basés sur la coopération, les représentations mutuelles des Elus et des Professionnels seraient utiles à interroger et pourraient constituer une base à davantage d'ouverture au dialogue et à de possibles coopérations pour une meilleure prise en charge de la santé des habitants sur le territoire. Les projets cités par les répondants faisant référence à des actions collaboratives, à l'organisation de Forum santé, au partage d'information, à la valorisation d'expériences positives menées sur le territoire font tous référence à la nécessité de connaissance et de re-connaissance mutuelle des acteurs, condition à l'expression de formes de confiance.

1.6 Préconisations

L'analyse des réponses à l'enquête mise en place sur le territoire met en lumière les situations vécues et les représentations des personnes ayant participé à cette enquête. Les 388 personnes de notre échantillon ne sont certes pas représentatives - au sens statistique - de l'ensemble des habitants, des professionnels et des élus du Pays de Châteaubriant, mais permettent cependant d'observer des tendances et surtout, d'envisager une poursuite du travail du Groupe Santé au sein du Conseil de développement, sur le territoire. L'enquête menée est ainsi un nouvel outil qui a été expérimenté et qui s'inscrit dans la démarche de mobilisation et d'exploration menée par la structure, dans l'objectif de nourrir le débat et de permettre à chacun de s'exprimer.

La mission de stage réalisée permet ainsi de relever plusieurs points, lesquels pourront être interrogés par les membres du Conseil de développement :

- L'élargissement du thème Santé à d'autres dimensions que celle de l'offre de soins ou de la démographie médicale. En effet, si cette question a pu représenter une entrée en matière tout à fait pertinente pour le territoire du pays de Châteaubriant, il est nécessaire d'ouvrir les réflexions afin de pouvoir considérer d'autres déterminants de santé. La notion de *promotion de la santé* pourrait constituer un point de départ intéressant. D'une part, il permet d'associer de manière très large les acteurs du territoire, donc d'envisager de nouveaux contacts et de potentielles collaborations dans une vision transversale, d'autre part, il encourage à poursuivre un travail de compréhension et de prospective territoriale, en valorisant les ressources et en attirant l'attention sur les difficultés potentielles,
- L'accueil des personnes ayant répondu à l'enquête et qui souhaitent être associées à des projets sur le thème de la santé. Rappelons que 174 personnes se sont déclarées être intéressées et parmi elles, 102 disent être prêtes à participer activement, en donnant un point de vue ou un témoignage de manière ponctuelle, ou en intégrant un groupe de travail. Il s'agit ainsi de pouvoir répondre à cet intérêt, en proposant des modes de participation qui permettent au plus grand nombre de pouvoir effectivement s'exprimer, par exemple :
 - L'utilisation d'Internet a constitué un mode privilégié d'expression pour répondre à l'enquête, aussi, il serait opportun de pouvoir utiliser et de valoriser ce média : dans le cadre d'appel à témoignages sur des thèmes à explorer ou à approfondir, pour permettre des réactions à des compte-rendu de réunions auxquelles certains n'auraient pas pu assister, mais aussi pour diffuser et donner une visibilité aux travaux réalisés.

- L'organisation d'événements « hors les murs », ou visites de terrain¹⁰⁵, permettant des rencontres sous une forme originale, conviviale, favorisant la connaissance mutuelle et une réflexion sur les représentations. L'intérêt est également, qu'en amont, il est nécessaire d'identifier des lieux et des partenaires potentiels et de contacter les acteurs (ex : CH de Châteaubriant, CRSA Pays de la Loire, CMP de Châteaubriant, Maison de santé pluridisciplinaire, etc.).
- L'ouverture du réseau du Conseil de développement vers les plus jeunes. L'enquête compte en effet seulement 3% de personnes de moins de 30 ans. Des partenariats avec des structures accueillants des jeunes pourraient ainsi être envisagés¹⁰⁶, dans une démarche de « aller vers » afin de poursuivre la réflexion et de développer des projets en tenant compte de la parole des plus jeunes ou en les associant plus directement aux actions,
- Le suivi du Conseil de développement du Contrat de ville pour le quartier de la Ville-aux-Roses de Châteaubriant, notamment du volet Santé et de la mise en place du Conseil citoyen. Des enjeux de collaboration, de participation citoyenne, d'expérimentation méthodologique sont bien présents sur le territoire,
- Le renforcement du rôle du Conseil de développement en tant que relai d'information. Les capacités d'action de la structure sont dépendantes du niveau et de la qualité des informations qu'elle recueille et auxquelles elle a accès. Etre informé et informer repose sur une bonne connaissance préalable des acteurs, de leurs actions et réseaux. Informer, rassembler, valoriser les ressources du territoire et de ses acteurs répond à un besoin mis en évidence par l'enquête menée sur le territoire. Pour y répondre, un projet pourrait être développé par le Conseil de développement : susciter une démarche collective d'écriture d'un guide des acteurs de la santé sur le territoire, conçu comme un véritable outil d'inter-connaissance à destination de l'ensemble des acteurs du territoire.

Ces positionnements peuvent être des signaux forts vers les acteurs du territoire pour susciter, encourager, soutenir des initiatives collectives sur le thème de la santé, comme précurseurs et comme base à de futurs contrats locaux de santé (CLS), lesquels sont en attente de redéfinition en « contrats

¹⁰⁵ Des visites de terrain ont été déjà été organisées par le Conseil de développement en 2012 et 2013 : visite du centre de tri des déchets de Châteaubriant, rencontres acteurs-porteurs de projet sur le thème *Initiatives et développement durable* sur le site de Gruëllau, visite d'une nouvelle Maison de retraite à St Vincent des Landes.

¹⁰⁶ Le Conseil de développement pourrait en effet développer les liens avec le Lycée agricole de Derval (projets sur la santé et la citoyenneté) et le Foyer de Jeunes Travailleurs de Châteaubriant, certains des membres étant engagés dans ces structures.

territoriaux de santé » avec la nouvelle loi de santé en préparation¹⁰⁷. Il s'agit ainsi de participer à créer les conditions favorables pour faire émerger des protocoles de coopération à partir d'initiatives locales.

Les points évoqués, comme autant de nouvelles opportunités, peuvent amener le Conseil de développement vers de nouvelles perspectives, mais peuvent également représenter des risques pour la structure. Les éléments d'opportunité à prendre en considération sont synthétisés dans les tableaux suivants, lesquels pourront servir de base à une réflexion collective sur le niveau d'engagement de la structure sur ces nouveaux projets.

Eléments d'opportunité

Atouts	Coef.*	Inconvénients	Coef.*
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contexte législatif national favorable au renforcement de la dimension territoriale des projets, au développement des territoires ruraux, au renforcement de la démocratie en santé, à la réaffirmation du rôle des Conseils de développement dans la démocratie participative : future loi santé, future loi NOTRe¹⁰⁸, mesures du Comité interministériel aux ruralités¹⁰⁹ ✓ Participation du Conseil de développement à la démarche de projet sur le thème de l'amélioration des parcours en santé, initiée par la CRSA Pays de la Loire sur le territoire en avril 2015 ✓ Positionnement du Conseil de développement sur l'axe de travail <i>Coopération, Collaboration au service du territoire</i>, validé par le CA en juin 2015 ✓ Volonté des acteurs de santé du territoire de se rencontrer, de partager, d'agir pour une meilleure coordination 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contexte de reconfiguration territoriale local incertain et peu favorable à la coopération entre EPCI ✓ Manque de clarté des missions du Conseil de développement pour les membres (selon résultat enquête mai 2015 auprès des membres du CA) ✓ Disponibilité limitée des membres (bénévoles) ✓ Peu d'outils méthodologiques disponibles / déjà expérimentés ✓ Pas de visibilité à moyen ou long terme sur les moyens financiers et humains 	

Gains	Coef.*	Risques	Coef.*
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Meilleure visibilité du Conseil de développement auprès des acteurs du territoire ✓ Développement des outils méthodologiques ✓ Renforcement de la légitimité des actions du Conseil de développement ✓ Attractivité du Conseil de développement pour de nouveaux membres actifs 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manque d'adhésion des membres du Conseil de développement ✓ Absence de porteur de projet ou de personne leader aux côtés de la chargée de mission ✓ Accroissement de la vulnérabilité politique de l'organisation civile 	

* Coefficients à déterminer collectivement par les membres du CA du Conseil de développement, permettant une aide à la décision.

¹⁰⁷ Cf. Annexe 17 – Contrats locaux de santé

¹⁰⁸ Cf. p. 58 du présent rapport

¹⁰⁹ Cf. Annexe 18 – Mesures du Comité interministériel aux ruralités

Conclusion

La démarche d'enquête réalisée pour cette mission de stage a pour intérêt majeur d'ouvrir la discussion. Reconnaître les perceptions et les intérêts, parfois divergents, des différentes parties prenantes, constitue une première étape indispensable au dialogue, au débat et à des possibles actions pertinentes sur un territoire. C'est bien là une mission fondamentale du Conseil de développement, structure avec laquelle ce travail a été élaboré sur le territoire du Pays de Châteaubriant.

En réalisant un portrait du territoire, l'ambition était également de mettre en avant la pluralité des déterminants de santé et ainsi la nécessité d'associer le plus largement possible à la réflexion et à l'action les différentes parties prenantes, dans une perspective intersectorielle.

La réflexion autour de la question de la *proximité*, question essentielle, abordée dans ce rapport, devra être poursuivie, elle est en effet au cœur des réflexions sur les projets à développer au niveau local. Un facteur de réussite d'un projet tiendrait-il à l'échelle à laquelle on travaille ? Nous avons vu, au travers du travail mené, que pour les habitants d'un territoire, il n'existe pas *une* mais *des* proximités. Dans le Projet Régional de Santé (PRS) des Pays de la Loire¹¹⁰, il est question de l'échelle des territoires de santé de proximité : « la taille de ces territoires doit être suffisamment grande pour bâtir des projets d'envergure, tout en restant dans des limites géographiques acceptables pour rendre possible un travail en commun des acteurs locaux autour d'enjeux de réponse de proximité aux besoins de santé ».

S'interrogeant sur la question de l'existence réelle des territoires de santé, Christian Saoult¹¹¹ avance que les contrats locaux de santé ne sont une logique de territoire que par la bonne volonté des acteurs qui s'y impliquent. Chacun ayant son propre périmètre d'action et ses propres représentations du territoire, trouver un territoire unique peut s'avérer difficile. Est-ce un territoire de soins de premier recours, est-ce le territoire du parcours de soins, de la prévention jusqu'au médico-social ? Pour C. Saoult, il faut essayer de trouver ce territoire unique. Il doit être visible et lisible pour le citoyen qui, aujourd'hui, ne sait comment s'orienter dans le système de santé.

Partant du constat que l'ensemble des secteurs de la société est marqué par un souhait d'une meilleure prise en compte des besoins, des demandes et des désirs exprimés par les individus eux-mêmes, individuellement ou collectivement, le PRS des Pays de la Loire note que le droit à la santé s'est

¹¹⁰ PRS Pays de la Loire 2011-2015, Etat des lieux de l'offre de soins en Pays de la Loire, ARS Pays de la Loire, p. 867

¹¹¹ Saoult, C., « Le point de vue des usagers », Actes du colloque *Accès aux soins : quels outils pour les territoires ?*, 16 octobre 2012, collection Etudes et Statistiques, DREES, 2013, p. 16

considérablement transformé avec un droit à l'information et à la participation des usagers à toutes les décisions qui ont des conséquences sur leur santé¹¹².

« Considérer la personne au cœur du système de santé » représente l'une des orientations stratégiques développées dans le PRS Pays de la Loire, avec comme déclinaison, « pouvoir être acteur de sa santé », notamment en permettant la participation et l'autonomie de chaque personne mais également l'expression collective, considérée comme une ressource pour l'analyse des problèmes et l'identification de réponses et pour la mobilisation des acteurs. Ainsi, la population doit pouvoir exprimer collectivement ses besoins et ses attentes, à travers les associations représentant les personnes ou les familles, en les reconnaissant comme partenaires dans l'analyse des besoins et la construction de réponses en santé et dans des débats publics, lieu d'expression et de recueil des attentes et des propositions. Les usagers et leurs représentants peuvent ainsi jouer pleinement un rôle complémentaire à l'expertise professionnelle dans l'analyse de situation et d'aide à la décision concernant la santé. Le Conseil de développement du Pays de Châteaubriant, à travers l'action du Groupe Santé, a initié cette démarche et la mission de stage que nous avons menée a appuyé cette recherche d'expression collective. Il s'agit pour le Conseil de développement de s'appuyer sur de nouveaux projets, en s'ouvrant à de nouvelles collaborations, à la fois en interne, en anticipant sur les modalités d'accueil et de participation de nouveaux membres et, en externe, en se positionnant sur des projets qui permettent de nouvelles expérimentations. Ainsi, des collaborations avec d'autres territoires sont à envisager, basées, d'une part, sur des partenariats avec des acteurs et des structures, d'autre part sur des échanges et innovations en matière de méthodologie.

Appliquée à un territoire ou portée par une structure, la notion de *développement* doit-elle être comprise comme un processus continu, linéaire, ou intègre-t-elle également les perturbations, les ruptures ? Une question nous a accompagnés tout au long de la mission de stage : comment prendre en compte ces mouvements, ces dynamiques entre dépendance et autonomie, entre local et global, entre repli et ouverture, entre redondance et efficacité ? ¹¹³ Une réponse, bien entendu multidimensionnelle, consiste à considérer que plusieurs facteurs peuvent être mobilisés par des territoires en réponse à des perturbations : le développement des liens entre acteurs, la confiance, l'innovation et la créativité, l'ouverture d'alternatives et l'expérimentation sociale, la veille et l'anticipation, l'apprentissage¹¹⁴.

¹¹² PRS Pays de la Loire 2011-2015, Orientations stratégiques, ARS Pays de la Loire, p. 19

¹¹³ Villar, C., David, M., *art. cit.*

¹¹⁴ *ibid.*

En somme, face aux enjeux du développement territorial, une démarche qui intègre la complexité multi-thématique et multi-échelle devient une véritable clé de lecture stratégique pour comprendre et agir sur les territoires. La santé constitue une porte d'entrée particulièrement pertinente en ce sens qu'elle permet à chacun de se positionner – habitant, professionnel, élu – d'exprimer ses besoins, de reconnaître ceux des autres parties prenantes. Des outils, des lieux existent et restent à inventer pour accompagner et soutenir l'expression, le dialogue et le débat pour bâtir des projets utiles à chacun et à tous. Cette conclusion s'applique enfin également aux disciplines universitaires, la santé représentant l'un des lieux majeurs de l'intrication des enjeux, des thématiques et des méthodes au service des territoires.

2 SYNTHÈSE

L'étude des articulations entre les notions de « santé » et de « territoire » a constitué le thème central de la mission de stage réalisée au sein du Conseil de développement du Pays de Châteaubriant, de mi-février à fin juin 2015.

Les enjeux de la mission étaient de poursuivre le travail du Groupe Santé du Conseil de développement, dans ses missions de veille, de recueil de données et d'analyse des enjeux pour le territoire du Pays de Châteaubriant. Il s'agissait également d'élargir les réflexions en envisageant la santé dans ses multiples dimensions, en effet, un travail sur l'offre de soins a déjà été réalisé ces dernières années par le Groupe Santé, lequel a constitué un point de départ à la réflexion sur le thème de la santé. Enfin, il s'agissait aussi d'expérimenter de nouveaux outils méthodologiques pour continuer à mobiliser, susciter la participation des acteurs du territoire.

Un temps d'observation, de compréhension du territoire et des dynamiques des acteurs a permis d'adapter et de construire notre approche méthodologique. Ainsi, une enquête par questionnaire, intitulée « Territoire et Santé », a été réalisée au mois de mai 2015 dans l'objectif de mobiliser les différentes parties prenantes du territoire et de confronter trois points de vue : celui des habitants, des professionnels de santé et des élus du territoire.

D'un point de vue méthodologique, les questions ont été construites de manière à aborder la santé dans des dimensions très variées. Ainsi, figuraient des thèmes tels que la proximité, les réseaux et les pratiques territoriales ; l'accès, les moyens, les besoins d'information sur les questions de santé et de droits des usagers du système de santé ; l'accès aux soins sur le territoire avec des questions sur le report et le renoncement aux soins ; l'attractivité du territoire ; les projets Santé existants et à développer. Les réseaux de l'ensemble des membres du Conseil de développement ont été mobilisés afin d'assurer la diffusion de l'enquête, démarche appuyé par une communication par voie de presse dans les médias locaux. Deux modes de participation ont été proposés, des questionnaires « papier » et des questionnaires « en ligne ».

L'enquête a permis de recueillir 388 réponses exploitables (295 habitants, 38 élus et 55 professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social). Un traitement exhaustif des résultats a été produit et constitue une base pour proposer une synthèse accessible au plus grand nombre qui sera diffusée sur le site du Conseil de développement mais également pour de futurs travaux des membres.

L'analyse des résultats fait apparaître trois principaux points.

Tout d'abord, il apparaît primordial d'associer plus largement les acteurs œuvrant à des niveaux divers sur le territoire, pour reconnaître et faire reconnaître leur rôle direct ou indirect sur la santé des individus. En effet, la santé relève de différentes dimensions, il existe une dimension physique bien entendu, mais également mentale et aussi sociale. Cette définition large peut permettre de mieux comprendre que la santé ne se réduit pas uniquement aux soins mais que des actions de prévention et de promotion de la santé sont tout à fait importantes à mettre en place, de manière concertée au bénéfice des habitants d'un territoire. Il s'agit ainsi d'envisager une multiplicité de déterminants de santé et de considérer que c'est bien l'ensemble des politiques publiques qui sont susceptibles d'impacter la santé des individus. L'intérêt est alors de développer des projets sur un territoire qui soient construits avec l'objectif de favoriser la communication, la coopération et la coordination.

Le deuxième point concerne l'importance d'informer les habitants sur leurs droits en tant qu'usagers du système de santé. Toutes les actions et projets qui renforceront les connaissances des individus permettront à ces individus de devenir véritablement acteurs et acteurs de leur santé.

Enfin, un dernier point concerne l'importance de susciter et soutenir la participation des citoyens et de répondre à l'intérêt qu'ils ont manifesté à l'égard des questions de Santé. Il s'agit alors pour le Conseil de développement de pouvoir proposer des modes de participation qui soient novateurs, diversifiés, afin de correspondre aux pratiques et aux attentes du plus grand nombre.

La démarche d'expression collective engagée par le Groupe Santé et par la mission de stage qui a été réalisée doit maintenant être poursuivie. Il s'agit pour le Conseil de développement de s'appuyer sur de nouveaux projets, en s'ouvrant à de nouvelles collaborations, à la fois en interne, en anticipant sur les modalités d'accueil et de participation de nouveaux membres et, en externe, en se positionnant sur des projets qui permettent de nouvelles expérimentations. Ainsi, des collaborations avec d'autres territoires sont à envisager, basées, d'une part, sur des partenariats avec des acteurs et des structures, d'autre part sur des échanges et innovations en matière de méthodologie.

La démarche d'enquête qui a été réalisée pour cette mission de stage a pour intérêt majeur d'ouvrir la discussion. Reconnaître les perceptions et les intérêts, parfois divergents, des différentes parties prenantes, constitue une première étape indispensable au dialogue, au débat et à des possibles actions pertinentes sur un territoire. C'est bien là une mission fondamentale du Conseil de développement, structure avec laquelle ce travail a été élaboré sur le territoire du Pays de Châteaubriant. En réalisant un portrait du territoire, l'ambition était également de mettre en avant la pluralité des déterminants de santé et ainsi la nécessité d'associer le plus largement possible à la réflexion et à l'action les différentes parties prenantes, dans une perspective intersectorielle.

3 NOTE REFLEXIVE

Le travail d'observation, de compréhension de l'environnement, d'ajustement de ma mission au sein du Conseil de développement, peut être présenté sous l'angle d'une analyse réflexive, en six points principaux.

3.1 Les représentations du Conseil de développement par les acteurs du territoire comme éléments de positionnement de la mission de stage

Les structures collectives, implantées sur un territoire donné, sont porteuses de représentations, liées à leur histoire, à leur organisation, à leurs représentants, aux réseaux qu'elles tissent et entretiennent, à leurs missions et aux actions réalisées, à leurs moyens de communication.

Les entretiens réalisés auprès d'acteurs du territoire au cours de la mission de stage, même s'ils ne portaient pas directement sur le thème de la place et de l'image du Conseil du développement sur le territoire, ont tous été l'occasion pour mes interlocuteurs de questionner cet aspect, essentiellement sous trois formes :

- De manière systématique, le *territoire d'action* du Conseil de développement est interrogé par les interlocuteurs. Le périmètre est très fréquemment réduit à Châteaubriant ou à la CC du Castelbriantais. La notion de Pays de Châteaubriant paraît floue et peu utilisée. Les trois CC du Pays sont alors identifiées comme des territoires à part entière, sans lien particuliers entre eux. Les remarques sur les difficultés de collaboration ou d'ouverture de chacun de ces territoires étaient mêmes fréquentes.
- De manière moins directe, le *positionnement politique* du Conseil de développement est questionné. Pour certaines structures du territoire, la question explicite pourrait être formulée ainsi : notre structure peut-elle collaborer avec le Conseil de développement sans risque d'être marquée par une couleur politique ? Le Conseil de développement est-il réellement une structure indépendante et a-politique ?¹¹⁵ Ou encore en ces termes : le Conseil de développement est-il réellement force de proposition ou plutôt d'opposition ?
- Enfin, et cette question est en partie liée à la précédente, la *composition et le renouvellement des membres* du Conseil de développement étaient abordés. En effet, les membres du bureau, du Conseil d'administration ainsi que des Groupes de travail sont en majorité intégrés à

¹¹⁵ La légitimité de cette question peut sans doute s'expliquer, au moins en partie, au regard de l'histoire du Conseil de développement. En effet, dans la période 2006-2008, le Président du Conseil de développement était également Président d'une Communauté de Communes du Pays et Vice-Président du syndicat de Pays. Dans le mémoire de A. Charlot (*op. cit.*), cet élu s'exprime sur sa position : « C'est très inconfortable. On a dû défendre des politiques qui ne sont pas forcément les mêmes. J'étais en opposition permanente. C'est pas à faire ». Les nouveaux statuts de l'association ont, depuis 2010, rendus impossible l'élection d'un élu à la Présidence du Conseil de développement.

l'association depuis plusieurs années avec le profil suivant : Homme, retraité, impliqué dans d'autres structures associatives du territoire, ancien mandat d'élu ou engagement syndical.

Ces questions, témoignant des représentations de certains acteurs du territoire, ont bien entendu été discutées avec mon Maître de stage. Ces « retours de terrain » constituent une matière de réflexion utile dans un contexte de grande incertitude pour le Conseil de développement. En effet, des réorganisations majeures sont en cours sur le territoire, mais sans éléments de certitude pour l'heure sur les impacts pour le Conseil de développement. Les bouleversements attendus concernent son périmètre géographique d'action, qui pourrait se restreindre, entraînant de fait une baisse des subventions, questionnant à terme le maintien même de son activité.

3.2 Les enjeux des réorganisations territoriales pour le Conseil de développement

Les principaux éléments de ces réorganisations sont les suivants :

- La transformation du Pays de Châteaubriant en Pôle d'Equilibre Territorial Rural (PETR). La loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM), offre aux pays la possibilité de se transformer en PETR et ainsi retrouver une plus grande assise juridique¹¹⁶. Dans les PETR, la notion de projet de territoire (plus opérationnel) vient remplacer celle de charte dans les pays (essentiellement stratégique). Ce projet définit les conditions et les actions en matière de développement économique, d'aménagement de l'espace, d'écologie, de culture et social ou encore de promotion de la transition écologique. Ce projet doit par ailleurs être compatible avec les SCoT applicables dans le périmètre du pôle et doit être élaboré dans les douze mois suivant la mise en place du PETR en partenariat avec les EPCI qui le composent¹¹⁷. Conformément à la loi, le PETR doit être constitué « entre plusieurs établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre ». Le PETR est donc constitué au minimum de deux EPCI à fiscalité propre¹¹⁸. Par ailleurs, les modalités de répartition des sièges du comité syndical entre les EPCI doivent tenir compte du poids démographique de chacun des membres, sans qu'aucun ne puisse détenir plus de la moitié des sièges. Cette représentation liée à la population a donc des impacts sur le poids des membres au sein de la structure.

Sur notre territoire d'étude, le PETR compte au 1^{er} janvier 2015 les trois CC regroupées précédemment dans le pays. Cependant, la CCRN a annoncé souhaiter se retirer de cette entité

¹¹⁶ *Décryptage juridique : comment transformer un pays en PETR*, Etd, juillet 2014, p. 5

¹¹⁷ *ibid.*

¹¹⁸ *ibid.*

pour rejoindre le pôle métropolitain Nantes/Saint-Nazaire. Avec la représentation des EPCI liée à la population, la CCRN constitue alors une minorité de blocage au PETR, lequel est donc pour le moment au point mort, tout comme le SCoT, dont le périmètre comprend la CCRN. C'est le Préfet qui est compétent pour officialiser le départ ou le maintien de la CCRN au sein du PETR (première prise de décision fixée au 3 juillet 2015).

Pour le Conseil de développement, l'enjeu est la redéfinition de son périmètre géographique d'action et, de ce fait, le maintien ou non de la subvention de la CCRN.

- Le projet de loi Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) inclut différents articles qui pourront, si la loi est adoptée, impacter directement le territoire du Pays de Châteaubriant :
- L'Article 14 concerne le seuil démographique des EPCI. Concernant le département de la Loire-Atlantique, le seuil minimum est fixé à 20.000 habitants. Si la CCRN devait finalement quitter le PETR, comme évoqué dans le point précédent, les deux CC restantes, Secteur de Derval et Castelbriantais, devraient alors fusionner pour atteindre ce nouveau seuil fixé à 20.000 habitants.

Pour le Conseil de développement, l'enjeu est, comme précédemment, une redéfinition de son positionnement face à cette nouvelle entité et aux nouvelles collaborations qu'elle supposerait.

- La loi MAPTAM et le projet de loi NOTRe évoqués, font tous deux état des Conseils de développement dans leurs textes.
- En accord avec la loi MAPTAM, un organe consultatif, le Conseil de développement territorial, doit être mis en place. La loi ne donne aucun élément sur sa nature : il peut par conséquent être constitué d'un groupe informel ou tout aussi bien prendre la forme d'une association. Il réunit les représentants des acteurs économiques, sociaux, culturels, éducatifs, scientifiques, et associatifs du pôle. Il est consulté sur les principales orientations du comité syndical du pôle. Il peut donner son avis ou être consulté sur toute question d'intérêt territorial. La loi MAPTAM adoptée en 2014 a prévu la création de Conseils de développement auprès des métropoles et des PETR, en complément de la loi Voynet de 1999 qui avait prévu leur mise en place dans les pays et agglomérations de plus de 50.000 habitants. Des différences existent néanmoins : ses modalités de fonctionnement doivent être inscrites dans les statuts du pôle et son rapport annuel d'activité doit faire l'objet d'un débat devant le comité syndical¹¹⁹.

¹¹⁹ *ibid.*

- Le Chapitre 1^{er} ter de la loi NOTRe porte sur l' « engagement citoyen et participation » avec l'article 22 nonies relatif aux Conseils de développement, article rappelant la composition de ses membres (acteurs ou représentants des milieux économiques, sociaux, culturels, éducatifs, scientifiques, environnementaux et associatifs), ainsi que les missions : « chaque Conseil de développement s'organise librement. Il est consulté sur l'élaboration du projet de territoire, sur les documents de prospective et de planification résultant de ce projet ainsi que sur la conception, l'évaluation des politiques locales de promotion du développement durable des territoires. Il peut donner son avis ou être consulté sur toute autre question relative au territoire. La collectivité de rattachement veille aux conditions de bon exercice de la mission du conseil de développement ». ¹²⁰

Dans le projet de loi NOTRe, le Conseil de développement est conforté à la fois dans son indépendance et dans le soutien apporté par la collectivité de rattachement (mais sans détail sur les conditions de ce soutien).

Ce détour par quelques éléments de législation, même s'ils ne sont pas directement liés à mon sujet d'étude, permet de mesurer la complexité et l'instabilité de l'environnement auquel les acteurs du territoire, les institutions sont confrontés et moi-même, durant la période de stage.

3.3 La mission de stage comme ouverture pluridisciplinaire

Se positionner sur le thème *Territoire et Santé* permet d'être au carrefour de plusieurs approches disciplinaires, telles la géographie de la santé, la psychologie environnementale ou la sociologie, et ainsi de réfléchir à des concepts utilisés dans une approche pluridisciplinaire. Dans le cadre d'une réflexion qui prend son point de départ dans un lieu tel que le Conseil de développement, lieu de rencontre de points de vue et de débat démocratique, et au sein du Groupe Santé qui s'interroge sur l'évolution de l'offre de soins sur un territoire rural, les concepts pertinents sont, par exemple, les inégalités de santé¹²¹ ou encore le capital social¹²².

François Dubet, s'interrogeant sur les piliers de la solidarité, avance la notion de cohésion sociale. « Si l'on accepte de donner à cette notion un peu de consistance, elle signifie d'abord que la solidarité n'est pas un état du système social mais qu'elle est une production continue résultant des actions

¹²⁰ *Décryptage Projet de Loi Nouvelle Organisation Territoriale de la République*, ANPP, 2015

¹²¹ Cf. partie 1.4.4 du présent rapport pour une approche de ce concept.

¹²² L'importance de ce concept a été souligné par M. Calvez, sociologue, lors d'une journée d'étude de l'UMR ESO CNRS-Rennes2 à laquelle j'ai participé le 30.03.15, pour ce chercheur, le capital social doit en effet apparaître comme un point de convergence pour traiter la question des inégalités de santé et dans la conception d'indicateurs d'éloignement/proximité à la santé.

individuelles et des politiques publiques, du capital social, de la confiance [...], ce qui compte alors, c'est de « faire société »¹²³. Pour F. Dubet, le capital social est une « théorie latente de la solidarité » en ce sens que le capital social « transforme la qualité des relations sociales en richesse et en dynamisme collectifs »¹²⁴.

Pour Didier Fassin¹²⁵, au cours des dernières années, le capital social s'est imposé, dans les études épidémiologiques, comme un concept nouveau susceptible de permettre une meilleure compréhension des relations entre inégalités sociales et inégalités de santé. L'expression *capital social* apparaît pour la première fois dans l'œuvre de Pierre Bourdieu en 1979 et 1980. Pour cet auteur, le capital social est défini comme « l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'inter-connaissance et d'inter-reconnaissance »¹²⁶. D. Fassin analyse le concept de capital social à trois niveaux : tout d'abord, il étend et généralise la notion de capital, habituellement réduite à sa seule dimension économique. De même que le capital culturel décrivait l'accumulation de biens scolaires et de valeurs académiques, le capital social permet de penser les effets des relations entre individus et entre groupes. Ensuite, il fonctionne sur un principe d'échanges de biens et enfin, il est en permanence à conquérir ou à entretenir, justifiant, de la part des acteurs, des calculs conscients ou inconscients d'investissement dans des réseaux¹²⁷. Dix ans plus tard, le sociologue nord-américain James Coleman définit le capital social non plus seulement sur la base d'aptitudes, mais d'éléments fonctionnels (normes, attentes, obligations) qui en permettent l'acquisition ; il n'est plus seulement question de contacts interindividuels mais d'un ensemble de conditions (confiance, accès à l'information, efficacité des sanctions) qui facilitent l'action. Quelques années plus tard, le politiste Robert Putnam donne une nouvelle orientation au concept de capital social avec une étude sur les inégalités de développement des régions italiennes, en termes d'efficacité économique et politique. R. Putnam montre comment le capital social, fondé sur des « normes de réciprocité », ou encore des relations d'obligation mutuelle et des « réseaux d'engagement civique », ou plus simplement des associations ou des clubs est ce qui détermine, au bout du compte, l'efficacité des institutions. Ainsi, c'est le « contexte civique qui importe dans la manière dont les institutions fonctionnent »¹²⁸.

¹²³ Dubet, F., *La préférence pour l'inégalité*, Seuil, 2014, p. 70

¹²⁴ *ibid.*

¹²⁵ Fassin, D., « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *RESP*, 4, septembre 2003, p. 403

¹²⁶ *ibid.*

¹²⁷ *ibid.*

¹²⁸ *ibid.*

De la complexité de ce concept de capital social, des termes comme *échanges, confiance, accès à l'information*, trouvent un écho particulier dans les situations vécues au cours de ma mission.

En effet, début avril, certains membres du Groupe Santé ont été informés, via leurs réseaux, du lancement d'un projet par la CRSA Pays de la Loire sur le thème de « l'amélioration des parcours de santé ». Pour ce projet, deux territoires expérimentaux ont été retenus à l'échelle régionale : le Pays de Châteaubriant au titre de territoire rural et Angers au titre de territoire urbain.

La CRSA ayant mandaté un cabinet d'étude pour organiser et animer la participation des acteurs à ce projet, mon Maître de stage et moi-même avons rapidement pu échanger avec M. Erwan Dagherne, chargé de mission du cabinet Missions Publiques, sur la pertinence de la participation du Conseil de développement à ce projet mené sur le territoire, au titre du travail réalisé par le Groupe Santé et de l'actuelle mission de stage.

Notre sollicitation a reçu un excellent accueil et nous avons été en contact avec M. Dagherne à différentes reprises, aussi bien pour lui indiquer des professionnels du territoire potentiellement intéressés par le projet – M. Dagherne ne possédant aucune connaissance préalable du territoire – que pour des questions d'ordre logistique, mais néanmoins stratégique. En effet, un des membres du Groupe Santé participant au projet de la CRSA sous une autre fonction était chargé de trouver une salle de réunion et a proposé celle du Conseil de développement.

Un entretien avec Madame Schaaf, Sous-Préfète à Châteaubriant, au cours duquel nous avons abordé le projet de la CRSA, nous a permis de mesurer les risques d'un positionnement stratégique mal évalué. En effet, le lieu de réunion pour le lancement d'un projet est éminemment symbolique, le processus de dialogue et de débat entre acteurs aux intérêts parfois divergents pouvant être mis à mal par les jeux de pouvoir, même symboliques et parfois non intentionnels, de certains de ces acteurs.

Une rapide discussion au sein du Bureau du Conseil de développement a suffi pour que chacun reconnaisse que l'enthousiasme initial de recevoir dans les murs de l'association les acteurs du territoire pouvait représenter une entrave au processus de projet de participation, notamment pour les élus. Une communication en ce sens a été faite à M. Dagherne, qui a pris acte de notre positionnement, tout en lui soulignant l'importance de trouver un lieu neutre pour la réunion – hors bâtiments Mairie et Communauté de communes du Castelbriantais. Au final, c'est dans une salle du bâtiment du Conseil départemental à Châteaubriant que s'est déroulée la réunion, dans une ambiance et une volonté de travailler de concert tout à fait positives. Deux élues de la Mairie de Châteaubriant et de la CC de Châteaubriant devaient être présentes (Affaires sociales), l'une d'elle ne s'est pas présentée

et l'autre n'est finalement pas restée à la réunion, face à la salle déjà très étroite pour les 28 personnes en présence.

La situation qui vient d'être relatée, au-delà de l'anecdote, alimente la réflexion. Réaliser un stage au sein du Conseil de développement, c'est faire l'expérience de « l'entre-deux » : être au cœur du territoire sans véritable légitimité pour agir, ressentir les enjeux de pouvoir au risque de se laisser happer, soutenir l'engagement de chacun parfois au prix de la rigueur des arguments. Cet « entre-deux », en début de stage, a pu être difficile à penser, il s'agissait en effet en première intention de ne pas se laisser happer par les considérations « loco-centrées », de se détacher des représentations, des *a priori*, des rapports de pouvoir très présents. La nécessité a alors été pour moi de prendre de la hauteur, d'observer le territoire de plus haut, de se référer à des cadres institutionnels¹²⁹, pour retrouver des normes et des cadres d'action supra-territoriaux.

Pour R. Ferras, « plus on se situe à petite échelle et plus l'espace est indifférencié. A l'inverse, par contre, la grande échelle n'apporte pas forcément une vision plus claire d'un phénomène. Au total ces deux extrêmes balisent deux faux problèmes ; toute avancée en géographie repose sur la combinaison et le passage incessant d'une échelle à l'autre [...] Une échelle descendante vers les niveaux géographiques les plus grands met bien en valeur des emboîtements successifs d'espaces ; une échelle remontante vers les niveaux planétaires, ceux du système monde, met en valeur des stratégies »¹³⁰. L'auteur souligne également qu'il existe un rapport d'emboîtement entre ces échelles, comparable à « l'appareil d'optique que l'on met peu à peu au point ».

L'idée de « focale » est également reprise par Y. Bourgueil ¹³¹ plus récemment :

« Plus l'observateur grossit sa focale, plus il va se rapprocher des territoires et plus la complexité est grande et plus les acteurs se retrouvent dans les analyses. A l'inverse, plus l'observateur prend de la hauteur, plus l'analyse est simplifiée et moins les acteurs se retrouvent dans les jugements qui sont portés. »

Face à ces enjeux, deux postures s'offraient à moi. La première était d'envisager le territoire en réduisant la complexité des jeux d'acteurs, en tentant de travailler la question du diagnostic à partir

¹²⁹ J'ai ainsi entrepris de réaliser un panorama des grands cadres institutionnels relatifs au champ de la santé, présenté à la première réunion du Groupe Santé le 10/03/15, cf. Annexe 19

¹³⁰ Ferras, R., 1995, cité par Woloszyn, P. & Guiu, C., « Quelles échelles pour quelles recherches ? », Séminaire ESO, Le Mans, 18 mars 2013, 2p.

¹³¹ Bourgueil, Y., *op. cit.*

d'indicateurs. La seconde, celle que j'ai finalement privilégiée, était au contraire d'utiliser ces jeux d'acteurs, en valorisant la position de chacun, en confrontant les angles de vue et l'expertise des différents acteurs du territoire : celle des élus, celle des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social, social et celle des habitants-usagers du système de santé, avec comme outil de recueil et d'analyse : l'enquête par questionnaire.

La question des échelles dépasse par conséquent largement le niveau géographique, pour interroger l'angle d'attaque initial de l'objet d'étude. « Le changement d'échelle cartographique n'est pas que l'abandon des détails [...], c'est une opération intellectuelle qui transforme, et parfois de façon radicale, la problématique que l'on peut établir et le raisonnement que l'on peut former »¹³².

3.4 Réflexion sur les échelles

La mission de stage réalisée m'a permis de me confronter à cette difficile question des *échelles*. En effet, s'intéresser « au territoire » demande de préciser et de justifier l'échelle d'analyse que l'on va privilégier. Cependant, se limiter à une seule échelle peut revenir à se priver d'informations tout à fait indispensables pour éclairer un aspect jusque-là caché, par le choix d'une échelle particulière. Les tentatives de compréhension de l'objet étudié justifient alors l'approche multi-échelle, permettant d'envisager différents angles de vue.

Lorsqu'il s'agit par exemple de caractériser l'offre médicale et l'organisation des soins du territoire du Pays de Châteaubriant, plusieurs questions initiales peuvent se poser en ces termes :

- Ces limites de territoire correspondent-elles aux mêmes limites prises en compte par des structures ou institutions compétentes en matière d'organisation/d'intervention dans l'offre de soins ? Des données existent-t-elles sur ce territoire ?

→ L'ARS Pays de la Loire a effectivement défini le Pays de Châteaubriant en 2012 comme territoire de santé de proximité – au titre de territoire d'*animation* - au sein de l'un des cinq territoires de santé de la région, correspondant au département de Loire-Atlantique – au titre de territoire *réglementaire*. Cependant, le Pays de Châteaubriant est composé de 3 Communautés de communes mais seulement de 2 Espaces d'Equipe de Soins, constituant pour l'ARS des lieux d'observation de la présence et de la coordination des soins autour du patient entre le médecin, le pharmacien, le chirurgien-dentiste, l'infirmier et le masseur kinésithérapeute. Concernant l'offre hospitalière, le Centre Hospitalier Châteaubriant-Nozay-Pouancé possède un site, sur Pouancé, qui n'est pas intégré au Pays de Châteaubriant. Enfin,

¹³² Lacoste, Y., 1976, cité par Woloszyn, P. & Guiu, C., *op.cit.*

pour le service de santé au travail présent sur le territoire, Service médical interentreprises (SMIE) Châteaubriant, le périmètre d'action est la CCC exclusivement, même si une demande d'élargissement à la CCRN et à la CCSD est en cours, pour un périmètre d'action « plus cohérent », les entreprises et salariés de ces CC étant effectivement rattachés à Redon.

- Le territoire ciblé présente-t-il de grandes similitudes avec les territoires voisins, les tendances issues des données d'échelle géographique plus large – départementale, régionale – s'appliquent-elles au territoire d'étude ?

→ Nous l'avons vu précédemment (Cf. partie 1.4), la région Pays de la Loire est composée de territoires très diversifiés, de même au niveau départemental, les données ne reflètent pas la réalité du Pays de Châteaubriant.

Il s'agit alors non seulement d'envisager différentes échelles, mais également les relations entre ces différentes échelles. En effet, les réalités n'existent sans doute pas les unes à côté des autres, mais plutôt reliées entre elles. C'est ainsi que les disparités territoriales peuvent être mises en évidence et par là, l'étude des déterminants de santé, à l'origine d'inégalités observées entre territoires.

A la difficulté que représente ce jeu d'échelles géographiques, s'ajoute la difficulté de positionnement vis-à-vis des acteurs du territoire.

3.5 La question de la participation

Comment s'engager dans une structure dont l'objet est la participation ? La question peut paraître non pertinente et pourtant, l'adhésion aux structures participatives montre que les modalités d'entrée sont parfois rigides et procèdent par là-même d'un processus d'exclusion de certains acteurs et notamment du citoyen *lambda* ne relevant pas d'une organisation locale. Cet enjeu d'ouverture est sans doute un pilier pour la mise en marche d'une démarche dite participative, notamment en matière de créativité et de renouvellement¹³³.

Pour les Conseils de développement, le risque est notamment de devenir une forme d'arène politique reproduisant les confrontations politiques de l'espace public, et par là même, parasitant son action¹³⁴. Les conséquences peuvent alors porter sur le difficile renouvellement des membres de la structure, alors que ce jeu de départ et d'arrivées de nouvelles personnes constitue le socle de l'innovation, de l'émergence de nouvelles thématiques et constitue le moteur du changement au sein d'une

¹³³ Charlot, A., *op. cit.*

¹³⁴ *ibid.*

organisation. Un nouveau risque est alors de construire une démocratie participative monopolisée. Avoir toujours les mêmes personnes dans les instances délibératives des processus participatifs, c'est restreindre de façon inacceptable l'idée de démocratie participative, c'est aussi surcharger ces personnes et ces groupes de responsabilités décisionnaires qui sont collectives¹³⁵.

Ces réflexions posent le problème plus large de l'évolution des formes d'engagement citoyen. Le Conseil de développement de Nantes Métropole, dans un document qui témoigne des « bonnes raisons de réfléchir à l'avenir »¹³⁶, pointe un manque de diversité dans les participants (âge, sexe, actifs/non actifs...), un risque de routine dans la conduite des échanges et la constitution d'un « effet-club » préjudiciable à l'ouverture.

Si les collectivités ont aujourd'hui recours à une infinie variété de dispositifs, tels que conseils de quartiers, d'enfants, de jeunes, d'anciens, d'étrangers, forum d'habitants, panel citoyens, budgets participatifs, un grand « marché » de la participation s'est ouvert¹³⁷. Malgré un air du temps qui conduit à accoler le mot « citoyen » ou « participatif » à n'importe quel substantif de la langue française, la demande de débat et d'intervention des habitants continue de progresser sans toujours trouver sa satisfaction. Il y a parfois un sentiment de « verrouillage » des débats. La situation est aujourd'hui très paradoxale : la demande d'intervention citoyenne est très forte en même temps que la défiance vis-à-vis des institutions ne cesse de grandir¹³⁸. Pour le Conseil de développement de Nantes Métropole, une question se pose alors : la multiplication des dispositifs participatifs correspond-elle à la réalité de la demande ou génère-t-elle au final de nouvelles frustrations ?

Les lois de réforme territoriale (MAPTAM, NOTRe, citées précédemment) confortent les Conseils de développement, c'est ainsi une véritable reconnaissance de la légitimité de ces structures dans le débat public. De même, dans le secteur de la Santé, la « démocratie en santé » est une notion en plein essor, évoquant l'implication des citoyens dans la définition des politiques publiques comme dans l'adaptation des organisations en santé.

Un des défis majeurs qui se pose aux structures souhaitant permettre et soutenir la participation des usagers et des citoyens est alors la question des méthodes et des outils facilitant cette implication. Pour le Conseil de développement, cette question paraît cruciale, car l'introduction de réflexions sur des aspects méthodologiques permet de structurer les actions, de proposer un cadre d'échange,

¹³⁵ Laville, J-L, Cattani, A. D., Le dictionnaire de l'autre économie, cité par Charlot, A., *ibid.*

¹³⁶ *Propositions pour un outil du débat public permanent*, Conseil de développement de Nantes Métropole, novembre 2013

¹³⁷ *ibid.*

¹³⁸ *ibid.*

d'organiser les débats sur la base d'un travail qui interroge les représentations des parties en présence, pour une meilleure connaissance et reconnaissance des enjeux individuels et collectifs. Ainsi, en luttant contre les stéréotypes, en assurant une connaissance de la vie de la cité, de la démocratie, le Conseil de développement peut être une « école de la citoyenneté »¹³⁹.

Sur cette question de méthodologie, un autre défi, sur le territoire du Pays de Châteaubriant, sera de créer et de faire vivre le Conseil citoyen du quartier prioritaire de la Ville-aux-Roses de Châteaubriant¹⁴⁰. Les principes qui guident l'action des conseils citoyens renvoient aux enjeux démocratiques et opérationnels qui s'appliquent aux Conseils de développement, nous pouvons citer par exemple : liberté, indépendance, pluralité, parité, proximité, citoyenneté, co-construction.

Ces deux instances, Conseil de développement et Conseil citoyen, ont en commun d'être des lieux d'expression des habitants, associations et acteurs locaux du quartier, que rassemble leur appartenance commune à un territoire et l'objectif commun d'apporter les réponses les plus pertinentes aux problématiques identifiées.

Une telle instance peut constituer l'opportunité d'un questionnement sur les aspects méthodologiques de la création des conditions de collaboration des différents acteurs en présence, questionnement pour lequel le Conseil de développement est tout à fait légitime.

3.6 Mission de stage et politique de santé publique

Ma mission de stage, même si les débuts ont été tâtonnants, a très rapidement trouvé un écho de taille : la CRSA Pays de la Loire, lieu privilégié de la concertation sur les politiques de santé, a en effet engagé un projet fin mars-début avril 2015 sur le thème de « l'amélioration des parcours de santé », le Pays de Châteaubriant ayant été retenu comme territoire expérimental.

Le projet, organisé sous la forme de trois rencontres sur le territoire, constitue une expérimentation d'une démarche de démocratie sanitaire dont l'objectif est de faire émerger par les acteurs du terrain eux-mêmes, les solutions qui leur conviendront. Chacun des temps du débat correspond à une nouvelle étape de la construction de propositions qui seront présentées à l'ARS Pays de la Loire¹⁴¹.

¹³⁹ Terme employé par un référent UNADEL, lors d'une conférence-débat sur les Conseils de développement et leur évolution, AG du Conseil de développement d'Erdre et Gesvres du 27.03.2015

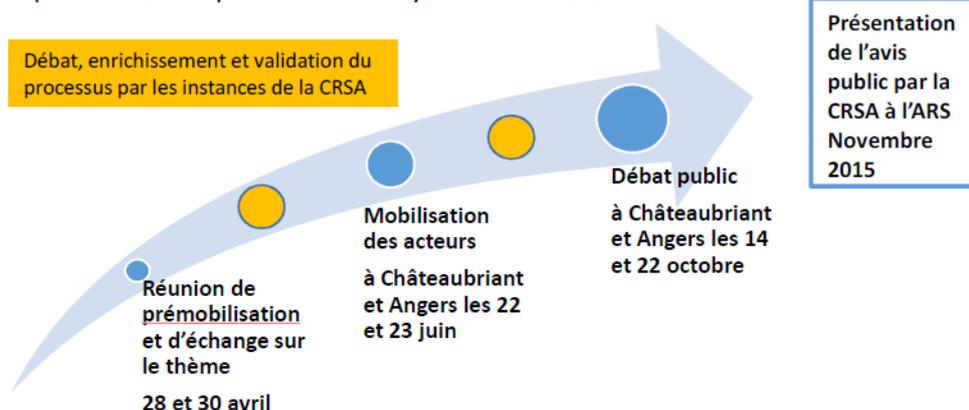
¹⁴⁰ Ce quartier fait l'objet d'un Contrat de ville, conformément aux dispositions de la loi du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine. Cf. Annexe 19 – Cadres institutionnels

¹⁴¹ Courrier CRSA pour l'appel à participation à la réunion du 22.06.2015

Pour ce projet, une réunion de préparation a eu lieu le 30 avril 2015 à Châteaubriant, à laquelle j'ai participé avec mon Maître de stage et une vingtaine d'acteurs de la santé du territoire. Un temps de travail par petits groupes de 4 ou 5 personnes a permis de réfléchir puis de partager les points de vue sur 2 thèmes : les personnes vulnérables, pouvant souffrir d'un manque de coordination des parcours de santé ; les intervenants connaissant le plus des problèmes ou des contraintes en termes de coordination des parcours de santé. Enfin, il nous a été demandé de proposer des thèmes, en lien avec le sujet de l'amélioration des parcours de santé, qui paraissent pertinents pour la suite du travail de concertation. Sur la base des réponses des acteurs présents à Angers et à Châteaubriant, deux thèmes ont été identifiés comme priorités d'actions : la coordination entre les intervenants des parcours de santé et l'amélioration des processus de repérage des personnes en risque de basculer en situation critique, pour des raisons d'isolement ou de précarité du support social. Afin d'approfondir ces réflexions et de construire ensemble des propositions d'action, une seconde réunion, le 22 juin 2015, a été organisée, réunissant cette fois une cinquantaine d'acteurs du territoire, professionnels et bénévoles impliqués dans les secteurs sanitaire, médico-social et social, également quelques élus du territoire. Comme lors de la première réunion, des temps de travail en groupe ont alterné avec des temps de restitution. A partir de situations réelles, il était demandé d'identifier les difficultés, d'essayer de trouver des réponses à ces difficultés, d'identifier les leviers et blocages éventuels. La synthèse de ces travaux rejoint celle de notre enquête, en soulignant l'importance d'une meilleure lisibilité et d'une plus grande cohérence des actions, des structures, des dispositifs, des périmètres d'intervention. Le défaut de connaissance, de communication, d'information entre acteurs révèle les difficultés de coordination sur le territoire,

Au mois d'octobre prochain, un dernier temps de débat réunissant l'ensemble des personnes intéressées par ce travail sera organisé à Châteaubriant.

Le processus de débat public de santé en Pays-de-la-Loire de 2015 :



Source : Synthèse des rencontres de pré-mobilisation des 28 et 30 avril à Angers et Châteaubriant, Missions Publiques

En accord avec la CRSA, le sujet de l'amélioration des parcours de santé concerne de nombreux acteurs, qu'ils soient professionnels de santé mais aussi acteurs sociaux ou politiques, ou encore usagers. Le thème est central et peut répondre à un besoin de décloisonnement, de meilleure connaissance et d'articulation des différents acteurs entre eux.

Le travail mené dans ces deux territoires permettra de faire émerger des recommandations de politiques de santé à l'échelle régionale. Cette démarche anticipe également le projet de loi qui pose la question de constituer de manière pérenne une dynamique de santé dans les territoires¹⁴².

L'enquête menée avec le Conseil de développement sur le territoire du Pays de Châteaubriant a mis en évidence l'intérêt que les habitants portent aux formes de participation au débat public, et en particulier sur les questions de santé. Au-delà des préoccupations concernant les maladies et leurs traitements, la demande d'une meilleure information sur les droits des patients et des usagers du système de santé ainsi que sur les médecines douces ou alternatives doit sans doute être entendue comme un signe positif, comme une opportunité de renforcer le pouvoir d'agir des individus, pour une meilleure prise en compte de leur santé. D'autre part, les professionnels et élus ont exprimé, à travers l'enquête, la nécessité de mettre en place sur le territoire des projets santé basés sur la coopération, la mutualisation. Là encore, ce sont des signes positifs vers davantage de communication, condition nécessaire pour un continuum d'accompagnement et de prise en charge des personnes. L'implication du Conseil de développement au projet mené par la CRSA sur le territoire du Pays de Châteaubriant participe à renforcer la mise en réseau des acteurs, la connaissance et reconnaissance de chacun ainsi que la légitimité du Conseil de développement à poursuivre son action sur le thème de la santé, comme projet fédérateur et structurant pour le territoire. En s'associant à des instances ou à des porteurs de projet dont le champ d'action est ouvert sur d'autres territoires que celui du Pays de Châteaubriant, le Conseil de développement peut assurer un regard élargi, des collaborations nouvelles, un enrichissement des pratiques d'animation et des outils méthodologiques.

Le travail d'enquête mené au cours de cette mission de stage pourra être valorisé dans le cadre du projet mené par la CRSA Pays de la Loire, notamment à l'occasion du troisième et dernier temps prévu en octobre prochain : temps de débat public. Les animateurs et responsables du projet se sont montrés tout à fait intéressés pour associer les deux démarches de la CRSA et du Conseil de développement. Les membres du Groupe Santé pourront ainsi s'approprier et porter la démarche d'enquête comme support de communication, d'échange et de débat sur des questions fondamentales

¹⁴² Synthèse des rencontres de pré-mobilisation des 28 et 30 avril à Angers et Châteaubriant, Missions Publiques, p.1

en santé publique : le décloisonnement et la coordination des acteurs, l'information des usagers, la participation de l'ensemble des parties prenantes à des actions à l'échelle d'un territoire, qui pourra alors s'envisager comme territoire de projet.

Bibliographie

Articles scientifiques

Bayad, V., « Une organisation territoriale de santé complexe », *adsp*, 82, mars 2013, pp. 19-21

De Haas, P., « Les collectivités territoriales et l'offre de soins de proximité », *adsp*, 82, mars 2013, pp. 47-48

Lucas-Gabrielli, V., Coldefy, M., « Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins », *adsp*, 82, mars 2013, pp. 32-34

Fassin, D., « Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire », *RESP*, 4, septembre 2003, pp. 403-413

Vaillant, Z., Rican S., Salem, G., « Y-a-t-il une santé urbaine ? », *Les Cahiers*, 170-171, IAU Ile de France et ORS Ile de France, septembre 2014, p. 26-27

Chauvin, P., Vallée, J., « Inégalités de santé : dimensions individuelles et contextuelles », *Les Cahiers*, 170-171, IAU et ORS Ile de France, Septembre 2014, pp. 46-49

Ouvrages

Dubet, F., *La préférence pour l'inégalité : Comprendre la crise des solidarités*, Paris, Seuil, 2014, 112 p.

Faure, A., « Conseil de développement », dans Casillo, I., Barbier, R., Blondiaux, L., Chateauraynaud, F., Fourniau, J-M., Lefebvre, R., Neveu, C. et Salles, D. (dir.), *Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*, GIS Démocratie et Participation, Paris, 2013

Ferras, R. et Pumain, D., *Encyclopédie de géographie*, Paris, Economica, (2^{ème} éd.), 1995, cité par Woloszyn, P. & Guiu, C., "Quelles échelles pour quelles recherches ?", Séminaire ESO, Le Mans, 18 mars 2013

Lacoste, Y., *La géographie, ça sert d'abord à faire la guerre*, Paris, Maspéro, 1976, cité par Woloszyn, P. & Guiu, C., "Quelles échelles pour quelles recherches ?", Séminaire ESO, Le Mans, 18 mars 2013

Moser, G., Weiss, K., *Espaces de vie*, Paris, Armand Colin, 2013, 400 p.

Pasquier, R., Guigner, S., Cole, A., (dir.), *Dictionnaire des politiques territoriales*, Sciences Po. Gouvernances, Collection Références, 2011, 584 p.

Rapports

Proposition d'indicateurs de suivi de la stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable 2015-2020, rapport technique des travaux de la commission indicateurs du CNTE, Commissariat général du développement durable, Février 2015

Devictor, B., *Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier, développer l’approche territoriale et populationnelle de l’offre en santé*, Rapport pour le Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Mars 2014

Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l’Ecologie, du Développement Durable et de l’Energie, Janvier 2014

Mary, A., *Quel Conseil de développement demain*, Rapport de stage Master 1 Aménagement et développement territorial, Université Bretagne Sud, Juillet 2014

Roué Le Gall, A., Le Gall, J., Potelon, J-L. et Cuzin, Y., *Agir pour un environnement favorable à la santé, concepts & outils* - Guide EHESP/DGS, 2014

Hospitalisation potentielles évitables dans les Pays de la Loire, données par TSP 2010-2012, Volet 1 – Identification de territoires cibles, ORS des Pays de la Loire, Juin 2014

Hospitalisation potentielles évitables dans les Pays de la Loire, données par TSP 2010-2012, Volet 2 – Association entre les HPE et les données de contexte territorial, ORS des Pays de la Loire, Juin 2014

Qualité et accessibilité des soins de santé : qu’en pensent les Français ? Etudes et Résultats, 866, Drees, Février 2014

Jousseaume, V., Ferrandon, B., Faguet, L., *Maillage territorial et polarités en Loire-Atlantique*, Conseil Régional de Loire Atlantique, Direction de l’Observation et de la prospective, juillet 2013

Caractéristiques de la main-d’œuvre potentielle dans les zones d’emploi des Pays de la Loire, Informations statistiques, 471, Insee, Avril 2013

Atlas-Observation des personnes en situation de fragilité, Plateforme d’Observation Sociale et Médico-Sociale, CARSAT Pays de la Loire, Novembre 2013

Loire-Atlantique : attractivités, dynamismes, des équilibres à préserver, Etude, 118, Insee Pays de la Loire, Juin 2013

Propositions pour un outil du débat public permanent, Conseil de développement de Nantes Métropole, novembre 2013

Hilal, M., « La nouvelle typologie des campagnes françaises, des littoraux et de la montagne », *Territoires en mouvement*, 7, DATAR, Hiver 2012

Pays de la Loire : moins de pauvreté et d’inégalités qu’ailleurs, malgré des disparités territoriales, Etudes, 100, Insee Pays de la Loire, Décembre 2011

PRS Pays de la Loire 2011-2015, Etat des lieux de l’offre de soins en Pays de la Loire, ARS Pays de la Loire

PRS Pays de la Loire 2011-2015, Orientations stratégiques, ARS Pays de la Loire

Dix ans de Conseils de développement : la société civile en mouvement, Editions du CERTU, 2010

Nouvelles gouvernance, nouveaux territoires – Dix-huit enquêtes sur le dialogue urbain-rural, Mairie Conseils Caisse des Dépôts, Décembre 2009

Accueil de nouvelles populations en milieu rural : bilan d'une expérimentation, Lettre 225, Mairie Conseils, Décembre 2009

Charlot, A., [Titre inconnu] Mémoire de Master 2 Aménagement, Gouvernance et Territoire, Université de Nantes, 2008

Actes de Colloques

Bourgueil, Y., Actes du colloque *Accès aux soins : quels outils pour les territoires ?* 16 octobre 2012, DREES, collection Etudes et Statistiques, 2013, 104 p.

Brochard, E., « Qu'est-ce que la rural en 2012 ? », Actes du Séminaire *Quelles spécificités de la planification en territoire rural ?*, 18 septembre 2012, Châteaubriant, Terres en Villes, 20 p.

Calmette, P., « Présentation du Contrat local de santé », Actes du séminaire *Communautés de communes et Contrats locaux de santé*, 22 janvier 2013, Paris, Mairie Conseils – Caisse des dépôts, juillet 2013, 67 p.

Le Caro, Y., « L'espace rural français aujourd'hui », Actes du Séminaire *Quelles spécificités de la planification en territoire rural ?*, 18 septembre 2012, Châteaubriant, Terres en Villes, 20 p.

Dartout, P., Table ronde « Quelle place pour les collectivités dans l'organisation de l'offre de soins ? », Actes du Colloque *Dynamiques territoriales de santé : quels enjeux ? Quels outils ?*, 9-10 septembre 2010, Arras, DATAR, novembre 2010, 66 p.

Villar, C., David, M., « La résilience, un outil pour les territoires ? » Séminaire international du réseau de l'Intelligence Territoriale *IT-GO Rosko14-Vers une intelligence durable des territoires : les échelles de la résilience*, Roscoff, 2014

Saoult, C., « Le point de vue des usagers », Actes du colloque *Accès aux soins : quels outils pour les territoires ?*, 16 octobre 2012, DREES, collection Etudes et Statistiques, 2013, 104 p.

Textes législatifs et décryptage juridique

Circulaire N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des enjeux de santé au sein des contrats de ville

Décryptage juridique : comment transformer un pays en PETR, Etd, juillet 2014

Décryptage Projet de Loi Nouvelle Organisation Territoriale de la République, ANPP, 2015

Liste des annexes

Annexe 1 – Charte d’Ottawa.....	II
Annexe 2 – Pacte Territoire et Santé.....	IV
Annexe 3 – Carte Pays de Châteaubriant.....	V
Annexe 4 – Composition des 4 collèges du Conseil de développement du Pays de Châteaubriant.....	VI
Annexe 5 – Entretiens réalisés et participation aux événements au cours de la mission de stage.....	VII
Annexe 6 – Questionnaire Elus.....	VIII
Annexe 7 – Questionnaire Habitants	XVI
Annexe 8 – Questionnaire Professionnels	XXIV
Annexe 9 – Articles de presse.....	XXXII
Annexe 10 – Dimensions des questionnaires.....	XXXVI
Annexe 11 – ARS Pays de la Loire et découpages territoriaux.....	XLII
Annexe 12 – Indicateurs socio-économiques du Pays de Châteaubriant.....	XLIII
Annexe 13 – Indicateurs de santé sur le territoire du Pays de Châteaubriant.....	XLV
Annexe 14 – Démographie médicale – 1 ^{er} recours - TPS de Châteaubriant.....	XLVIII
Annexe 15 – Accessibilité aux professionnels/services de santé – TSP de Châteaubriant..	LI
Annexe 16 – Traitement des résultats de l’enquête Territoire et Santé.....	LIII
Annexe 17 – Contrats locaux de santé.....	LXXX
Annexe 18 – Mesures du Comité interministériel aux ruralités.....	LXXXII
Annexe 19 – Cadres institutionnels.....	LXXXIV



CHARTRE d' OTTAWA pour la PROMOTION de la SANTÉ

Texte intégral

OMS - Organisation mondiale de la santé - 1986

La première Conférence internationale pour la **promotion de la santé**, réunie à Ottawa le 21 novembre 1986, émet la présente **CHARTRE pour l'action**, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà. Cette conférence était avant tout une réaction à l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement de santé publique dans le monde. Les discussions se sont concentrées sur les besoins des pays industrialisés, tout en tenant compte des problèmes de toutes les autres régions. La Conférence a pris comme base de départ les progrès accomplis grâce à la **Déclaration d'Alma Ata** sur les soins primaires, au document "Les buts de la Santé pour tous", et au récent débat sur l'action intersectorielle pour la santé, dans le cadre de l'Assemblée mondiale de la Santé.

PROMOTION de la SANTÉ

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un **plus grand contrôle** sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut

- d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et,
- d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.

La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

CONDITIONS PRÉALABLES à la SANTÉ

Les conditions et ressources préalables sont, en matière de santé : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. Toute amélioration du niveau de santé est nécessairement solidement ancrée dans ces éléments de base.

PROMOUVOIR l'IDÉE

Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la qualité de la vie. **Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé.** La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.

CONFÉRER les MOYENS

La promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'**offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités** pour réaliser pleinement leur potentiel santé. Cela comprend une solide fondation dans un milieu apportant son soutien, l'information, les aptitudes et les possibilités permettant de faire des choix sains. Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé. En outre, cela doit s'appliquer également aux hommes et aux femmes.

SERVIR de MÉDIATEUR

Seul, le secteur sanitaire ne saurait offrir ces conditions préalables et ces perspectives favorables à la santé. Fait encore plus important, **la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants** : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux besoins et possibilités locaux des pays et régions, et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

L'INTERVENTION EN PROMOTION DE LA SANTÉ SIGNIFIE QUE L'ON DOIT :

ELABORER une POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des **responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.**

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : **la législation, les mesures fiscales, la taxation et les changements organisationnels.** Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plai-

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption des politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la **détermination des solutions.** Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

CRÉER des MILIEUX FAVORABLES

Nos sociétés sont complexes et interreliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

L'évolution des schèmes de la vie, du travail et des loisirs doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de la rendre plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail sûres, stimulantes, plaisantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets du milieu sur la santé, et plus particulièrement dans les domaines de la technologie, de l'énergie et de l'urbanisation, qui évoluent rapidement est indispensable; de plus, elle doit être suivie d'une intervention garantissant le caractère positif de ces effets. La protection des milieux naturels et artificiels et la conservation des ressources naturelles doivent recevoir une attention majeure dans toute stratégie de promotion de la santé.

RENFORCER l'ACTION COMMUNAUTAIRE

La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.

La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière.

ACQUÉRIR des APTITUDES INDIVIDUELLES

La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre pendant toute leur vie et de se préparer à affronter les diverses étapes de cette dernière. Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes.

RÉORIENTER les SERVICES de SANTÉ

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les institutions offrant les services, et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé.

Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation des soins médicaux. Ce secteur doit se doter d'un nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains.

La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche sanitaire, ainsi que des changements au niveau de l'éducation et de la formation professionnelles. Ceci doit mener à un changement d'attitude et d'organisation au sein des services de santé, recentrés sur l'ensemble des besoins de l'individu perçu globalement.

ENTRER dans L'AVENIR

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé;

L'intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. Ainsi donc, les auteurs de ces stratégies doivent adopter comme principe directeur le fait que, à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, hommes et femmes sont des associés égaux.

L'ENGAGEMENT FACE à la PROMOTION de la SANTE

Les participants de cette conférence s'engagent :

- à intervenir dans le domaine des politiques publiques saines et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en ce qui concerne la santé et l'égalité dans tous les secteurs;
 - à contrer les pressions exercées en faveur des produits dangereux, des milieux et conditions de vie malsains ou d'une nutrition inadéquate; ils s'engagent également à attirer l'attention sur les questions de santé publique telles que la pollution, les risques professionnels, le logement et les peuplements;
 - à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés;
 - à reconnaître que les individus constituent la principale ressource sanitaire, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, eux, leurs familles et leurs amis; ils s'engagent également à accepter la communauté comme le principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être;
 - à réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, ce qui est encore plus important, avec la population elle-même;
 - à reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social majeur, et à traiter la question écologique globale que représentent nos modes de vie.
- Les participants de la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé publique.

APPEL pour une ACTION INTERNATIONALE

La Conférence demande à l'Organisation Mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des programmes et stratégies de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que si les gens de tous milieux, les organismes non gouvernementaux, les associations bénévoles, les gouvernements, l'Organisation mondiale de la Santé et toutes les autres instances concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et sociales inhérentes à cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra une réalité.



PACTE TERRITOIRE SANTE

12 engagements pour lutter contre les déserts médicaux

1 pacte, 3 objectifs, 12 engagements

Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins : 1^{er} objectif

- **engagement 1** | Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants
- **engagement 2** | 1 500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017
- **engagement 3** | 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013
- **engagement 4** | Un « référent installation » unique dans chaque région

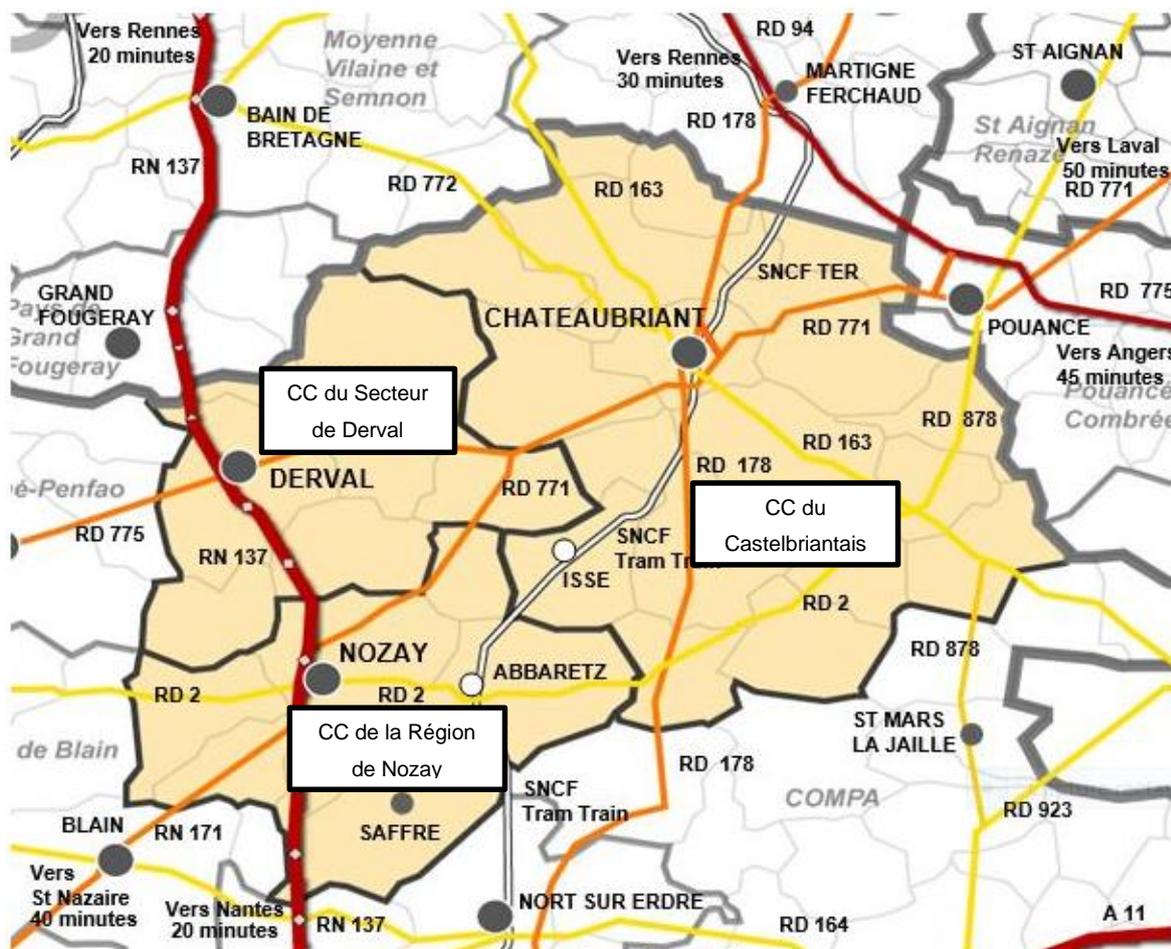
Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé : 2^{ème} objectif

- **engagement 5** | Développer le travail en équipe
- **engagement 6** | Rapprocher les maisons de santé des universités
- **engagement 7** | Développer la télémédecine
- **engagement 8** | Accélérer les transferts de compétence

Investir dans les territoires isolés : 3^{ème} objectif

- **engagement 9** | Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015
- **engagement 10** | Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires
- **engagement 11** | Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire
- **engagement 12** | Conforter les centres de santé

Annexe 3 – Carte du Pays de Châteaubriant



Source : <http://www.pays-chateaubriant.fr>

Annexe 4 – Composition des 4 collèges du Conseil de développement du Pays de Châteaubriant

Collège du monde économique	Collège Education Insertion, Santé et Action sociale	Collège du cadre de vie	Collège des élus
Chambres Consulaires	Centres de formation	Associations de jeunes	12 Elus désignés par les Communautés de Communes
Syndicats de salariés et Comités d'entreprise	Etablissements d'enseignement secondaire et supérieur	Associations de personnes âgées	
Syndicats et organisations patronales (industriels, artisanales, commerçants et agricoles)	Associations de parents d'élèves (de toutes les écoles du Pays)	Associations du domaine du sport	
Associations d'entreprises ou de commerçants	Structures de coordination et d'hébergement de personnes âgées	Associations Cinéma, photo	
Economie sociale marchande	Associations de soins et de maintien à domicile	Associations du Patrimoine, du tourisme, d'histoire locale, d'animation de sites patrimoniaux et de valorisation de savoir-faire	
Professionnels de l'économie touristique	Centres Hospitaliers	Associations de jumelage	
	Associations intermédiaires	Associations culturelles (musiques, spectacles vivants, arts plastiques)	
	Structures autour du handicap	Associations de bibliothèque et du réseau de lecture publique	
	Structures et organisations autour du logement et de l'habitat	Associations d'animation vie locale	
	Associations caritatives	Structures autour des thématiques Nature, Environnement, éco-construction	
	Associations petite-enfance, enfance, jeunesse, familles, socioculturelles	Confiréries	
	Associations autour de la Prévention et de la sécurité	Associations de Chasse et Pêche	
			6 Elus issus des Communes

Annexe 5 – Entretiens réalisés et participation aux événements au cours de la mission de stage

Liste des entretiens réalisés au cours de la mission de stage				
Date	Nom des personnes rencontrées	Structure	Fonction	Lieu de l'entretien
10.03	Mme SEGALIN		Ancienne Présidente CCRN	Vay
11.03	Mme TESSON 4 Agents	MSA 44-85	Responsable de service Relations avec les partenaires de santé Agents de Développement Social Local	Saint-Herblain
17.03	Mme LEBOT	CCSD	Responsable Vie Sociale, Jeunesse, Petite Enfance	Derval
18.03	Mme SAMSON	Centre Hospitalier Châteaubriant-Nozay- Pouancé	Directrice	Châteaubriant
08.04	Dr DAVENAS	Service Médecine Inter- entreprise	Médecin du travail	Châteaubriant
13.04	M. DUSSAUTOIS	CCC	Directeur Général des Services	Châteaubriant
13.04	Mme SCHAAF M. DUGRAVOT	Sous-Préfecture Châteaubriant	Sous-Préfète Secrétaire Général	Châteaubriant
16.04	Mme PICOT	Maison Des Adolescents	Coordinatrice réseau Antenne Nord	Nozay
20.04	Mme MARY	CCAS Châteaubriant	Directrice	Châteaubriant
22.04	Mme NEYROLLES M. COMPAIN	ARS 44	Déleguée territoriale Responsable de l'animation des Politiques du territoire	Nantes
13.05	M. CAM	CARSAT	Assistant de service social	Châteaubriant
Participation à des événements, rencontres, réunions au cours de la mission de stage				
Date	Nature de l'événement	Structure	Lieu	
02.03	Conseil d'Administration	Conseil de développement du Pays de Châteaubriant	Châteaubriant	
10.03	Réunion Groupe Santé	Conseil de développement du Pays de Châteaubriant	Châteaubriant	
18.03	Colloque "Prévention du Suicide"	CCAS Châteaubriant	Châteaubriant	
27.03	Assemblée Générale	Conseil de développement Erdre et Gesvres	Grandchamps-des-Fontaines	
30.03	Journée "Santé Bien-être"	UMR ESO CNRS-Rennes 2	Rennes	
10.04	Réunion de réseau informel des animateurs de Conseil de développement	Conseils de développement Pays de Châteaubriant, Erdre et Gesvres, Pays d'Ancenis, Loire et Sillon, Pays du Vignoble nantais, Nantes Métropole	Nantes	
10.04	Assemblée Générale	Association Collectif Santé du Pays de Guémené	Guémené-Penfao	
13.04	Réunion du Bureau	Conseil de développement du Pays de Châteaubriant	Châteaubriant	
21.04	Réunion Groupe Santé	Conseil de développement du Pays de Châteaubriant	Châteaubriant	
28.04	Conférence de presse	Ouest France, La Mée, L'Eclaireur	Châteaubriant	
29.04	Réunion de présentation de l'enquête santé réalisée en 2014	Conseil de développement Loire et Sillon	Savenay	
30.04	Réunion de pré-mobilisation	CRSA Pays de la Loire	Châteaubriant	
19.05	Conseil d'Administration	Conseil de développement du Pays de Châteaubriant	Ruffigné	
08.06	Réunion Groupe Santé	Conseil de développement du Pays de Châteaubriant	Châteaubriant	
18.06	Assemblée Générale	Conseil de développement du Pays de Châteaubriant	Saint-Vincent-des-Landes	
22.06	Réunion de mobilisation	CRSA Pays de la Loire	Châteaubriant	



Enquête Territoire et Santé Avril / Mai 2015

Le Conseil de Développement du Pays de Châteaubriant organise une Enquête Territoire et Santé, dans l'objectif de confronter 3 points de vue : les besoins des habitants, les pratiques des professionnels de santé et les actions et projets des élus du territoire.

Une analyse de ces données sera disponible dès l'été 2015 et servira de cadre de réflexion, d'échanges et de propositions avec l'ensemble des personnes intéressées par le développement et la valorisation de notre territoire, pour la santé et le bien-être de chacun et de tous.

Ce questionnaire concerne les élus du territoire.

Merci de répondre aux questions suivantes. Ce questionnaire est anonyme.



Quel est votre mandat en qualité d'élue(e) ?

Etes-vous en charge de missions particulières ?

4- Selon vous, la santé sur le plan local, c'est l'affaire de ... ?

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Des individus et de leur famille | <input type="checkbox"/> | Des élus du territoire |
| <input type="checkbox"/> | Des médecins généralistes | <input type="checkbox"/> | Des habitants du territoire |
| <input type="checkbox"/> | De l'ensemble des professionnels de santé (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes...) | <input type="checkbox"/> | Des entreprises, exploitations, commerces implantés sur le territoire |
| <input type="checkbox"/> | De tous professionnels en contact avec la population : éducation, social, culture, loisirs, emploi... | <input type="checkbox"/> | Des associations, lieux d'expression/débat du territoire |
| <input type="checkbox"/> | De l'Etat | <input type="checkbox"/> | Des services de secours |
| | | <input type="checkbox"/> | Autre |

Cochez une ou plusieurs cases

Si Autre, précisez

5- En tant qu'élue(e) du territoire, quelles sont les thématiques qui vous intéressent le plus dans le domaine de la santé ?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Prévention | <input type="checkbox"/> | Santé au travail |
| <input type="checkbox"/> | Promotion de la santé | <input type="checkbox"/> | Formations, emplois secteur médical, para-médical, social |
| <input type="checkbox"/> | Organisation/permanence des soins | <input type="checkbox"/> | Innovation, recherche |
| <input type="checkbox"/> | Santé et environnement | <input type="checkbox"/> | Aucune |
| <input type="checkbox"/> | Droits des usagers | <input type="checkbox"/> | Autre |
| <input type="checkbox"/> | Education thérapeutique du patient | | |

Cochez 4 cases maximum

Si Autre, précisez

6- Diriez-vous que la qualité de l'environnement de vie des habitants du territoire est ... ?

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait favorable à leur santé et à celle de leur entourage |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt favorable à leur santé et à celle de leur entourage |
| <input type="checkbox"/> | Plutôt défavorable à leur santé et à celle de leur entourage |
| <input type="checkbox"/> | Tout à fait défavorable à leur santé et à celle de leur entourage |

Cochez une seule case

Si Plutôt défavorable ou Tout à fait défavorable, pouvez-vous préciser les conditions :

7- Pensez-vous que certains habitants peuvent renoncer ou reporter des consultations ou des soins sur le territoire ?

Non : passer question suivante

Oui, pour :

Médecin généraliste

Soins infirmiers

Masseur-kiné

Dentiste

Appareillage dentaire

Ergothérapeute

Spécialistes (ophtalmologiste, ORL, gynécologue, dermatologue, cardiologue...)

Opticien

Orthophoniste

Psychologue, psychiatre, psychothérapeute

Hospitalisation

Action de prévention

Médicaments

Autre

Si Autre, précisez :

8- Pour quelle(s) raison(s) ?

Professionnels/services absents de leur territoire

Délais d'attente trop longs

Horaires inadaptés

Mauvais contact

Compétences insuffisantes

Tarifs trop élevés

Pas de moyen de déplacement

Distance trop longue

Peur, image/représentation négative

Autres

Si Autre, précisez :

Cochez une ou plusieurs cases

9- Pensez-vous que les habitants se sentent bien informés sur leurs droits en tant que patient/usager du système de santé ?

Oui Non

10- Comment les habitants peuvent-ils obtenir des informations sur ces droits sur le territoire ?

Cochez une seule case

11- Selon vous, quels sont les principaux atouts du territoire ?	<input type="checkbox"/>	La situation géographique	<input type="checkbox"/>	La diversité des types d'habitat
	<input type="checkbox"/>	La convivialité	<input type="checkbox"/>	Le prix des loyers
	<input type="checkbox"/>	La sécurité	<input type="checkbox"/>	Le prix des terrains à bâtir/prix de vente de biens
	<input type="checkbox"/>	Les commerces diversifiés	<input type="checkbox"/>	Les opportunités d'emploi
	<input type="checkbox"/>	Les activités culturelles, sportives, de loisirs	<input type="checkbox"/>	Les équipements et services personnes âgées (maisons de retraite, aide à domicile, clubs seniors...)
	<input type="checkbox"/>	Les facilités de déplacements	<input type="checkbox"/>	Le tissu associatif
	<input type="checkbox"/>	Les équipements et services petite enfance et jeunesse (crèches, groupes scolaires, centres socio-culturels...)	<input type="checkbox"/>	L'offre médicale (professionnels et services de santé)
	<input type="checkbox"/>	L'attrait touristique	<input type="checkbox"/>	Aucun atout
	<input type="checkbox"/>	La proximité de la nature	<input type="checkbox"/>	Autre
	Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :	

12- Comment pensez-vous que les habitants du territoire s'informent sur la santé ?	<input type="checkbox"/>	Proches, famille	<input type="checkbox"/>	Forum de discussion Internet
	<input type="checkbox"/>	Médecin traitant	<input type="checkbox"/>	Sites Internet spécialisés
	<input type="checkbox"/>	Autres professionnels secteur santé /social	<input type="checkbox"/>	Mutuelle, CPAM-MSA-RSI, Caisse retraite
	<input type="checkbox"/>	Presse locale	<input type="checkbox"/>	Réunions, manifestations publiques
	<input type="checkbox"/>	Presse spécialisée	<input type="checkbox"/>	Pas de recherche d'information
	<input type="checkbox"/>	Télévision (émissions spéciales, documentaires...)	<input type="checkbox"/>	Autre
	<input type="checkbox"/>	Associations secteur santé/social		
	Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :	

13- Selon vous, les habitants du territoire ont-ils besoin d'être mieux informés sur les questions de santé ?	<input type="checkbox"/>	Sur les maladies et leur traitement	<input type="checkbox"/>	Sur la santé au travail
	<input type="checkbox"/>	Sur les possibilités de dépistage	<input type="checkbox"/>	Sur les lieux d'accueil / d'écoute pour les patients et entourage
	<input type="checkbox"/>	Sur des actions de prévention (alimentation, drogues, activité physique...)	<input type="checkbox"/>	Sur leurs droits (sécurité sociale, dossier patient, libre choix, dépassement d'honoraire...)
	<input type="checkbox"/>	Sur les possibilités de consulter /se soigner à proximité de leur domicile	<input type="checkbox"/>	Pas de besoin d'information
	<input type="checkbox"/>	Sur les médecines douces/alternatives	<input type="checkbox"/>	Autre
	<input type="checkbox"/>	Sur la vaccination		
	Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :	

14- Selon vous, comment les habitants s'informent sur les actualités locales ?	<input type="checkbox"/>	Bouche-à-oreille	<input type="checkbox"/>	Sites internet
	<input type="checkbox"/>	Journaux, presse locale	<input type="checkbox"/>	Réunions publiques
	<input type="checkbox"/>	Bulletin municipal	<input type="checkbox"/>	Newsletter
	<input type="checkbox"/>	Magazine Com Com/Conseil Général	<input type="checkbox"/>	Réseaux sociaux (Facebook, Tweeter...)
	<input type="checkbox"/>	Affichage commerces/rue	<input type="checkbox"/>	Pas de recherche d'information
	<input type="checkbox"/>	Télévision locale/régionale	<input type="checkbox"/>	Autre
	Cochez une ou plusieurs cases		Si Autre, précisez :	

15- Selon vous, quelles sont les principales faiblesses du territoire ?	<input type="checkbox"/>	L'éloignement des grandes villes	<input type="checkbox"/>	Le manque d'équipements et services petite enfance et jeunesse (crèches, groupes scolaires, centres socio-culturels...)
	<input type="checkbox"/>	La solitude, isolement relationnel	<input type="checkbox"/>	Peu d'offres touristiques
	<input type="checkbox"/>	Les difficultés de déplacement	<input type="checkbox"/>	L'insécurité
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'activités culturelles, sportives, de loisirs	<input type="checkbox"/>	Le manque d'équipements et services personnes âgées (maisons de retraite, aide à domicile, clubs seniors...)
	<input type="checkbox"/>	L'absence de commerces diversifiés	<input type="checkbox"/>	Aucune faiblesse
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'opportunités d'emploi	<input type="checkbox"/>	Autre
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'associations		
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'habitat diversifié		
	<input type="checkbox"/>	Le manque de professionnels et de services de santé		
	<input type="checkbox"/>			
Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :		

16- Savez-vous quels projets concernant la santé sont menés sur le territoire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Si Oui, précisez :
17- Selon vous, <u>quel(s) projets en lien avec la santé</u> serai(en)t pertinent(s) sur le territoire ? →Précisez les thèmes, les publics, les porteurs de projets potentiels, les collaborations souhaitables, etc.	
18- Pour ces projets potentiels, quels sont les principaux <u>leviers d'action et obstacles</u> sur le territoire ?	
19- <u>Quelle échelle territoriale</u> serait pertinente pour ces projets ? Quartier, Commune, Com Com, Pays/PETR, SCoT, Département, Région, France...	
Cochez une seule case	

Enquête Territoire et Santé... sur le Pays de Châteaubriant

Avez-vous d'autres remarques sur le sujet Territoire et Santé ?



Nous vous remercions pour votre participation

Pour connaître les résultats de l'enquête Territoire et Santé, vous informer sur les possibilités de collaboration avec le Groupe Santé, vous pourrez consulter le site du Conseil de développement à partir de fin juillet 2015 ou nous contacter directement.

Action pilotée par :



Conseil de Développement du Pays de Châteaubriant

13 Rue d'Angers - 44110 CHATEAUBRIANT

☎ 02.40.55.68.00

conseil_developpement@paysdechateaubriant.com

www.paysdechateaubriant.com

PAYS DE CHATEAUBRIANT





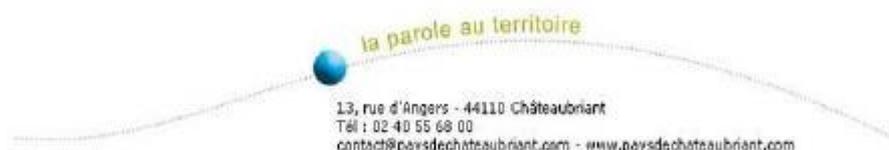
Enquête Territoire et Santé

Avril / Mai 2015

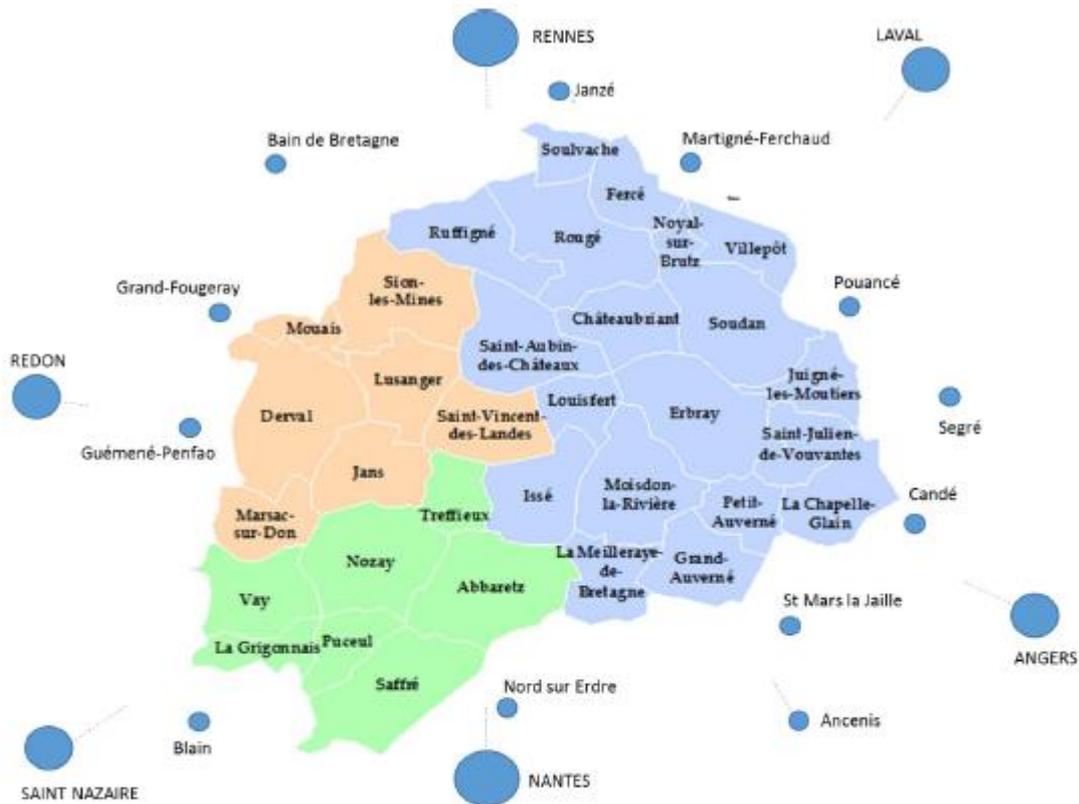
Le Conseil de Développement du Pays de Châteaubriant organise une Enquête Territoire et Santé, dans l'objectif de confronter 3 points de vue : les besoins des habitants, les pratiques des professionnels de santé et les actions et projets des élus du territoire.

Une analyse de ces données sera disponible dès l'été 2015 et servira de cadre de réflexion, d'échanges et de propositions avec l'ensemble des personnes intéressées par le développement et la valorisation de notre territoire, pour la santé et le bien-être de chacun et de tous.

Ce questionnaire concerne les habitants. Merci de répondre aux questions suivantes, ce questionnaire est anonyme et ouvert à toute personne âgée d'au moins 15 ans.



- 1- Pouvez-vous indiquer par une croix sur la carte votre commune de résidence ?
- 2- Pouvez-vous tracer les limites de votre ou de vos territoire(s) de vie/de proximité (achats, services, culture, loisirs...) ?
- 3- Pouvez-vous indiquer par des ronds les professionnels/services de santé que vous sollicitez de manière régulière ?
- 4- Si vous travaillez, pouvez-vous indiquer votre/vos lieu(x) de travail par un « T » sur la carte ?



5- Selon vous, la santé sur le plan local, c'est l'affaire de ... ?	<input type="checkbox"/>	Moi et ma famille	<input type="checkbox"/>	Des élus du territoire
	<input type="checkbox"/>	Des médecins généralistes	<input type="checkbox"/>	Des habitants du territoire
	<input type="checkbox"/>	De l'ensemble des professionnels de santé (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes...)	<input type="checkbox"/>	Des entreprises, exploitations, commerces implantés sur le territoire
	<input type="checkbox"/>	De tous professionnels en contact avec la population : éducation, social, culture, loisirs, emploi...	<input type="checkbox"/>	Des associations, lieux d'expression/débat du territoire
	<input type="checkbox"/>	De l'Etat	<input type="checkbox"/>	Des services de secours
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Autre
Cochez une ou plusieurs cases		Si Autre, précisez :		

6- Dans le domaine de la santé, quelles sont les thématiques qui vous intéressent le plus ?	<input type="checkbox"/>	Maladies, traitements, médicaments	<input type="checkbox"/>	Lieux et professionnels de santé à proximité du domicile
	<input type="checkbox"/>	Conseils personnalisés ponctuels	<input type="checkbox"/>	Droits des usagers
	<input type="checkbox"/>	Santé et environnement	<input type="checkbox"/>	Formations, emplois secteur médical, para-médical, social
	<input type="checkbox"/>	Dossiers thématiques (alimentation, grossesse, adolescence...)	<input type="checkbox"/>	Aucune
	<input type="checkbox"/>	Innovation, recherche	<input type="checkbox"/>	Autre
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cochez 4 cases maximum		Si Autre, précisez :		

7- Diriez-vous que la qualité de votre environnement de vie est ... ?	<input type="checkbox"/>	Tout à fait favorable à votre santé et à celle de votre entourage
	<input type="checkbox"/>	Plutôt favorable à votre santé et à celle de votre entourage
	<input type="checkbox"/>	Plutôt défavorable à votre santé et à celle de votre entourage
	<input type="checkbox"/>	Tout à fait défavorable à votre santé et à celle de votre entourage
Cochez une seule case		Si Plutôt défavorable ou Tout à fait défavorable, pouvez-vous préciser les conditions :

8- Diriez-vous que votre environnement de travail est ou était ... ?	<input type="checkbox"/>	Tout à fait favorable à votre santé et à celle de votre entourage
	<input type="checkbox"/>	Plutôt favorable à votre santé et à celle de votre entourage
	<input type="checkbox"/>	Plutôt défavorable à votre santé et à celle de votre entourage
	<input type="checkbox"/>	Tout à fait défavorable à votre santé et à celle de votre entourage
Cochez une seule case		Si Plutôt défavorable ou Tout à fait défavorable, pouvez-vous préciser les conditions :

9- Vous est-il déjà arrivé de renoncer ou de reporter des consultations ou des soins sur votre territoire ?

Non : passer question suivante

Oui, pour :

Médecin généraliste

Soins infirmiers

Masseur-kiné

Dentiste

Appareillage dentaire

Ergothérapeute

Spécialistes (ophtalmologiste, ORL, gynécologue, dermatologue, cardiologue...)

Opticien

Orthophoniste

Psychologue, psychiatre, psychothérapeute

Hospitalisation

Action de prévention

Médicaments

Autre

Si Autre, précisez :

10- Pour quelle(s) raison(s) ?

Professionnels/services absents de mon territoire

Délais d'attente trop longs

Horaires inadaptés

Mauvais contact

Compétences insuffisantes

Tarifs trop élevés

Pas de moyen de déplacement

Distance trop longue

Peur, image/représentation négative

Autres

Si Autre, précisez :

Cochez une ou plusieurs cases

11- En tant que patient ou usager du système de santé, savez-vous que vous avez des droits ? (sécurité sociale, dossier patient, libre choix, dépassement d'honoraires...)

Oui Non

12- Vous sentez-vous bien informé(e) sur vos droits ?

Oui Non Ne sait pas

13- Savez-vous comment/où obtenir des informations sur vos droits ?

Oui Non

Si Oui, précisez :

Cochez une seule case

14- Selon vous, quels sont les principaux atouts du territoire ?	<input type="checkbox"/>	La situation géographique	<input type="checkbox"/>	La diversité des types d'habitat
	<input type="checkbox"/>	La convivialité	<input type="checkbox"/>	Le prix des loyers
	<input type="checkbox"/>	La sécurité	<input type="checkbox"/>	Le prix des terrains à bâtir/prix de vente de biens
	<input type="checkbox"/>	Les commerces diversifiés	<input type="checkbox"/>	Les opportunités d'emploi
	<input type="checkbox"/>	Les activités culturelles, sportives, de loisirs	<input type="checkbox"/>	Les équipements et services personnes âgées (maisons de retraite, aide à domicile, clubs seniors...)
	<input type="checkbox"/>	Les facilités de déplacements	<input type="checkbox"/>	Le tissu associatif
	<input type="checkbox"/>	Les équipements et services petite enfance et jeunesse (crèches, groupes scolaires, centres socio-culturels...)	<input type="checkbox"/>	L'offre médicale (professionnels et services de santé)
	<input type="checkbox"/>	L'attrait touristique	<input type="checkbox"/>	Aucun atout
	<input type="checkbox"/>	La proximité de la nature	<input type="checkbox"/>	Autre
	Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :	

15- Comment vous informez-vous sur la santé ?	<input type="checkbox"/>	Proches, famille	<input type="checkbox"/>	Forum de discussion Internet	
	<input type="checkbox"/>	Médecin traitant	<input type="checkbox"/>	Sites Internet spécialisés	
	<input type="checkbox"/>	Autres professionnels secteur santé /social	<input type="checkbox"/>	Mutuelle, CPAM-MSA-RSI, Caisse retraite	
	<input type="checkbox"/>	Presse locale	<input type="checkbox"/>	Réunions, manifestations publiques	
	<input type="checkbox"/>	Presse spécialisée	<input type="checkbox"/>	Pas de recherche d'information	
	<input type="checkbox"/>	Télévision (émissions spéciales, documentaires...)	<input type="checkbox"/>	Autre	
	<input type="checkbox"/>	Associations secteur santé/social			
	Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :		

16- Pensez-vous avoir besoin d'être mieux informé(e) sur les questions de santé ?	<input type="checkbox"/>	Sur les maladies et leur traitement	<input type="checkbox"/>	Sur la santé au travail	
	<input type="checkbox"/>	Sur les possibilités de dépistage	<input type="checkbox"/>	Sur les lieux d'accueil / d'écoute pour les patients et entourage	
	<input type="checkbox"/>	Sur des actions de prévention (alimentation, drogues, activité physique...)	<input type="checkbox"/>	Sur vos droits (sécurité sociale, dossier patient, libre choix, dépassement d'honoraire...)	
	<input type="checkbox"/>	Sur les possibilités de consulter /se soigner à proximité de votre domicile	<input type="checkbox"/>	Pas de besoin d'information	
	<input type="checkbox"/>	Sur les médecines douces/alternatives	<input type="checkbox"/>	Autre	
	<input type="checkbox"/>	Sur la vaccination			
	Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :		

17- Comment obtenez-vous des informations sur les actualités locales ?	<input type="checkbox"/>	Bouche-à-oreille	<input type="checkbox"/>	Sites internet	
	<input type="checkbox"/>	Journaux, presse locale	<input type="checkbox"/>	Réunions publiques	
	<input type="checkbox"/>	Bulletin municipal	<input type="checkbox"/>	Newsletter	
	<input type="checkbox"/>	Magazine Com Com/Conseil Général	<input type="checkbox"/>	Réseaux sociaux (Facebook, Tweeter...)	
	<input type="checkbox"/>	Affichage commerces/rue	<input type="checkbox"/>	Pas de recherche d'information	
	<input type="checkbox"/>	Télévision locale/régionale	<input type="checkbox"/>	Autre	
	Cochez une ou plusieurs cases		Si Autre, précisez :		

18- Selon vous, quelles sont les principales faiblesses du territoire ?	<input type="checkbox"/>	L'éloignement des grandes villes	<input type="checkbox"/>	Le manque d'équipements et services petite enfance et jeunesse (crèches, groupes scolaires, centres socio-culturels...)
	<input type="checkbox"/>	La solitude, isolement relationnel	<input type="checkbox"/>	Peu d'offres touristiques
	<input type="checkbox"/>	Les difficultés de déplacement	<input type="checkbox"/>	L'insécurité
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'activités culturelles, sportives, de loisirs	<input type="checkbox"/>	Le manque d'équipements et services personnes âgées (maisons de retraite, aide à domicile, clubs seniors...)
	<input type="checkbox"/>	L'absence de commerces diversifiés	<input type="checkbox"/>	Aucune faiblesse
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'opportunités d'emploi	<input type="checkbox"/>	Autre
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'associations		
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'habitat diversifié		
	<input type="checkbox"/>	Le manque de professionnels et de services de santé		
	<input type="checkbox"/>			
Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :		

19- En tant qu'habitant, savez-vous s'il existe des projets concernant la santé sur votre territoire ?	<input type="radio"/>	Oui, précisez :	
	<input type="radio"/>	Non	
20- Aimeriez-vous être associé(e) à des projets sur le thème de la santé sur votre territoire ?	<input type="radio"/>	Oui	
	<input type="radio"/>	Non – Si Non, passez question suivante	
21- Si Oui, Comment aimeriez-vous être associé(e) ?	<input type="checkbox"/>	Recevoir une simple information	
	<input type="checkbox"/>	Donner votre point de vue ou votre témoignage de façon ponctuelle	
	<input type="checkbox"/>	Intégrer un groupe de travail	
	<input type="checkbox"/>	Autre	
		Si Autre, précisez :	
Cochez une seule case			

Questions sur votre profil

22- Depuis quand habitez-vous dans votre commune de résidence ?	<input type="checkbox"/> Moins de 2 ans	<input type="checkbox"/> De 2 à 10 ans	<input type="checkbox"/> De 10 à 20 ans	<input type="checkbox"/> Plus de 20 ans
23- Vivez-vous ... ?	<input type="checkbox"/> En ville / « Bourg »	<input type="checkbox"/> En « campagne »		
24- Pour votre logement, êtes-vous ... ?	<input type="checkbox"/> Propriétaire	<input type="checkbox"/> Locataire	<input type="checkbox"/> En institution	<input type="checkbox"/> Autre
Cochez une seule case				

25- Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ... ?	<input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/> Employé
	<input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef entreprise	<input type="checkbox"/> Ouvrier
	<input type="checkbox"/> Cadre et profession supérieur	<input type="checkbox"/> Retraité
	<input type="checkbox"/> Cadre et profession intermédiaire	<input type="checkbox"/> Lycéen/Étudiant
	<input type="checkbox"/> Mère/Père au foyer	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi
26- Êtes-vous bénéficiaire de ... ?	<input type="checkbox"/> CMU-C	<input type="checkbox"/> AAH (Allocation Adulte Handicapé)
Cochez une seule case		

27- Si vous êtes en activité, à quelle distance se situe votre activité de votre domicile ?	<input type="text" value=""/> Km	Indiquez le nombre de Km pour 1 trajet Aller
28- Quel(s) moyen(s) de locomotion utilisez-vous ?	<input type="checkbox"/> 2 roues	<input type="checkbox"/> Tram-Train
	<input type="checkbox"/> Voiture personnelle	<input type="checkbox"/> Train
	<input type="checkbox"/> Car	<input type="checkbox"/> Autre - précisez :
	<input type="checkbox"/> Co-voiturage	<input type="text" value=""/>
Cochez une ou plusieurs cases		

29- Êtes-vous ... ?	<input type="checkbox"/> Un Homme	<input type="checkbox"/> Une Femme
30- Vivez-vous seul(e) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cochez une seule case		

31- Quel âge avez-vous ... ?	<input type="checkbox"/> 15-29 ans	<input type="checkbox"/> 30-44 ans	<input type="checkbox"/> 45-59 ans
	<input type="checkbox"/> 60-74 ans	<input type="checkbox"/> /> ans ou plus	
32- Avez-vous des enfants en bas-âge ou scolarisés ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
33- Êtes-vous impliqué(e) dans une association /réseau sur votre territoire ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Cochez une seule case			

Enquête Territoire et Santé... sur le Pays de Châteaubriant

Avez-vous d'autres remarques sur le sujet Territoire et Santé ?



Nous vous remercions pour votre participation

Pour connaître les résultats de l'enquête Territoire et Santé, vous informer sur les possibilités de collaboration avec le Groupe Santé, vous pourrez consulter le site du Conseil de développement à partir de fin juillet 2015 ou nous contacter directement.

Action pilotée par :



Conseil de Développement du Pays de Châteaubriant

13 Rue d'Angers - 44110 CHATEAUBRIANT

☎ 02.40.55.68.00

conseil.developpement@paysdechateaubriant.com

www.paysdechateaubriant.com





Enquête Territoire et Santé

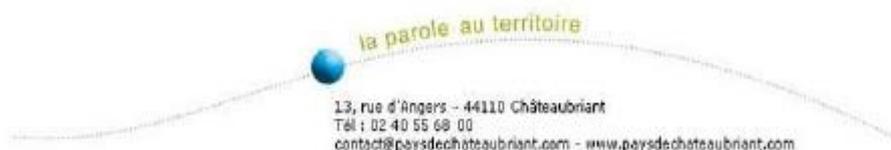
Avril / Mai 2015

Le Conseil de Développement du Pays de Châteaubriant organise une Enquête Territoire et Santé, dans l'objectif de confronter 3 points de vue : les besoins des habitants, les pratiques des professionnels de santé et les actions et projets des élus du territoire.

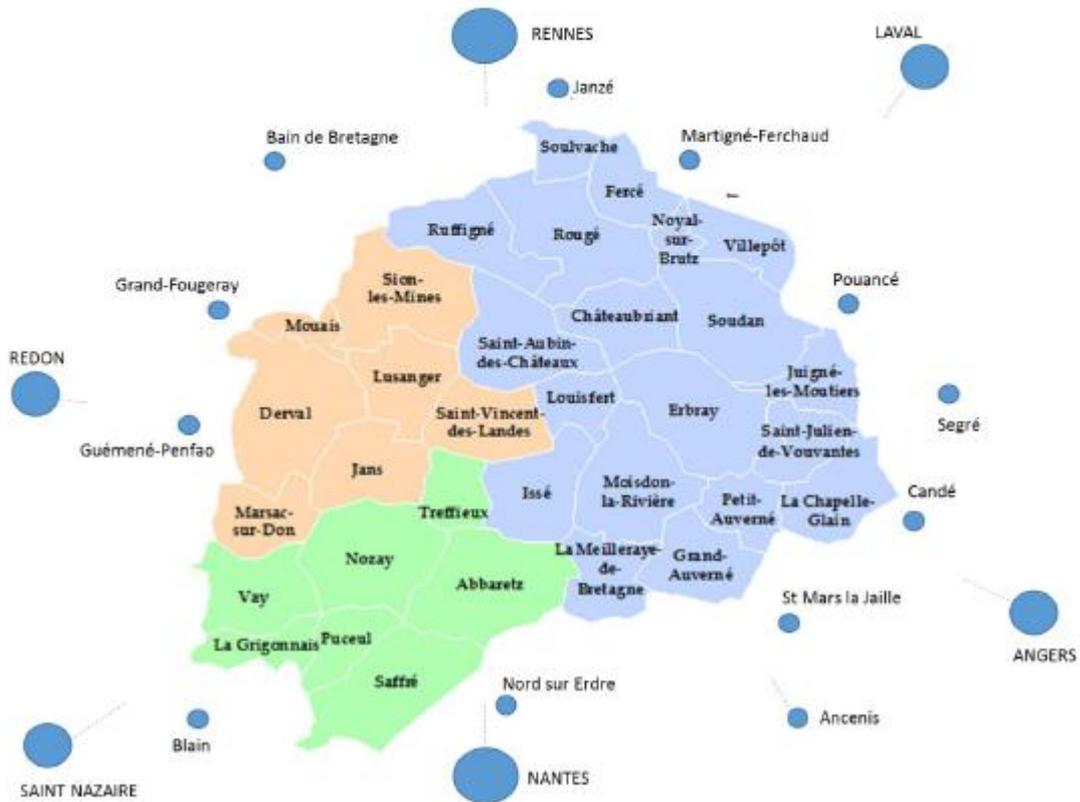
Une analyse de ces données sera disponible dès l'été 2015 et servira de cadre de réflexion, d'échanges et de propositions avec l'ensemble des personnes intéressées par le développement et la valorisation de notre territoire, pour la santé et le bien-être de chacun et de tous.

Ce questionnaire concerne les professionnels exerçant sur le territoire, des secteurs sanitaire, médico-social et social, de tout statut (y compris bénévole).

Merci de répondre aux questions suivantes. Ce questionnaire est anonyme.



- 1- Pouvez-vous indiquer par une croix sur la carte votre/vos lieux de travail ?
- 2- Pouvez-vous tracer les limites de votre ou de vos territoire(s) d'action ?
- 3- Pouvez-vous indiquer par des carrés vos principaux partenaires/réseaux ?



Vous êtes professionnel (le) de quel secteur d'activité ?

Vous intervenez auprès de quel public ?

4- Selon vous, la santé sur le plan local, c'est l'affaire de ... ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Des individus et de leur famille | <input type="checkbox"/> Des élus du territoire |
| <input type="checkbox"/> Des médecins généralistes | <input type="checkbox"/> Des habitants du territoire |
| <input type="checkbox"/> De l'ensemble des professionnels de santé (médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes...) | <input type="checkbox"/> Des entreprises, exploitations, commerces implantées sur le territoire |
| <input type="checkbox"/> De tous professionnels en contact avec la population : éducation, social, culture, loisirs, emploi... | <input type="checkbox"/> Des associations, lieux d'expression/débat du territoire |
| <input type="checkbox"/> De l'Etat | <input type="checkbox"/> Des services de secours |
| | <input type="checkbox"/> Autre |

Cochez une ou plusieurs cases

Si Autre, précisez :

5- Dans le domaine de la santé, en tant que professionnel(le) de votre secteur d'activité, quelles sont les thématiques qui vous intéressent le plus ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prévention | <input type="checkbox"/> Santé au travail |
| <input type="checkbox"/> Promotion de la santé | <input type="checkbox"/> Formations, emplois secteur médical, para-médical, social |
| <input type="checkbox"/> Organisation/permanence des soins | <input type="checkbox"/> Innovation, recherche |
| <input type="checkbox"/> Santé et environnement | <input type="checkbox"/> Aucune |
| <input type="checkbox"/> Droits des usagers | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Education thérapeutique du patient | |

Cochez 4 cases maximum

Si Autre, précisez :

6- Diriez-vous que la qualité de l'environnement de vie des habitants du territoire est ... ?

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Tout à fait favorable à leur santé et à celle de leur entourage |
| <input type="checkbox"/> Plutôt favorable à leur santé et à celle de leur entourage |
| <input type="checkbox"/> Plutôt défavorable à leur santé et à celle de leur entourage |
| <input type="checkbox"/> Tout à fait défavorable à leur santé et à celle de leur entourage |

Cochez une seule case

Si Plutôt défavorable ou Tout à fait défavorable, pouvez-vous préciser les conditions :

7- Pensez-vous que certains habitants peuvent renoncer ou reporter des consultations ou des soins sur le territoire ?

Non : *passer question suivante*

Oui, pour :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers |
| <input type="checkbox"/> Masseur-kiné | <input type="checkbox"/> Dentiste |
| <input type="checkbox"/> Appareillage dentaire | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Spécialistes (ophtalmologiste, ORL, gynécologue, dermatologue, cardiologue...) | |
| <input type="checkbox"/> Opticien | <input type="checkbox"/> Orthophoniste |
| <input type="checkbox"/> Psychologue, psychiatre, psychothérapeute | |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation | <input type="checkbox"/> Action de prévention |
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Autre |

Si Autre, précisez :

8- Pour quelle(s) raison(s) ?

- Professionnels/services absents de leur territoire
- Délais d'attente trop longs
- Horaires inadaptés
- Mauvais contact
- Compétences insuffisantes
- Tarifs trop élevés
- Pas de moyen de déplacement
- Distance trop longue
- Peur, image/représentation négative
- Autres

Si Autre, précisez :

Cochez une ou plusieurs cases

9- Pensez-vous que les habitants se sentent bien informés sur leurs droits en tant que patient/usager du système de santé ?

Oui Non

10- Comment les habitants peuvent-ils obtenir des informations sur ces droits sur le territoire ?

Cochez une seule case

11- Selon vous, quels sont les principaux atouts du territoire ?	<input type="checkbox"/>	La situation géographique	<input type="checkbox"/>	La diversité des types d'habitat	
	<input type="checkbox"/>	La convivialité	<input type="checkbox"/>	Le prix des loyers	
	<input type="checkbox"/>	La sécurité	<input type="checkbox"/>	Le prix des terrains à bâtir/prix de vente de biens	
	<input type="checkbox"/>	Les commerces diversifiés	<input type="checkbox"/>	Les opportunités d'emploi	
	<input type="checkbox"/>	Les activités culturelles, sportives, de loisirs	<input type="checkbox"/>	Les équipements et services personnes âgées (maisons de retraite, aide à domicile, clubs seniors...)	
	<input type="checkbox"/>	Les facilités de déplacements	<input type="checkbox"/>	Le tissu associatif	
	<input type="checkbox"/>	Les équipements et services petite enfance et jeunesse (crèches, groupes scolaires, centres socio-culturels...)	<input type="checkbox"/>	L'offre médicale (professionnels et services de santé)	
	<input type="checkbox"/>	L'attrait touristique	<input type="checkbox"/>	Aucun atout	
	<input type="checkbox"/>	La proximité de la nature	<input type="checkbox"/>	Autre	
	Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :		

12- Comment pensez-vous que les habitants du territoire s'informent sur la santé ?	<input type="checkbox"/>	Proches, famille	<input type="checkbox"/>	Forum de discussion Internet
	<input type="checkbox"/>	Médecin traitant	<input type="checkbox"/>	Sites Internet spécialisés
	<input type="checkbox"/>	Autres professionnels secteur santé /social	<input type="checkbox"/>	Mutuelle, CPAM-MSA-RSI, Caisse retraite
	<input type="checkbox"/>	Presse locale	<input type="checkbox"/>	Réunions, manifestations publiques
	<input type="checkbox"/>	Presse spécialisée	<input type="checkbox"/>	Pas de recherche d'information
	<input type="checkbox"/>	Télévision (émissions spéciales, documentaires...)	<input type="checkbox"/>	Autre
	<input type="checkbox"/>	Associations secteur santé/social		
	Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :	

13- Selon vous, les habitants du territoire ont-ils besoin d'être mieux informés sur les questions de santé ?	<input type="checkbox"/>	Sur les maladies et leur traitement	<input type="checkbox"/>	Sur la santé au travail
	<input type="checkbox"/>	Sur les possibilités de dépistage	<input type="checkbox"/>	Sur les lieux d'accueil / d'écoute pour les patients et entourage
	<input type="checkbox"/>	Sur des actions de prévention (alimentation, drogues, activité physique...)	<input type="checkbox"/>	Sur leurs droits (sécurité sociale, dossier patient, libre choix, dépassement d'honoraire...)
	<input type="checkbox"/>	Sur les possibilités de consulter /se soigner à proximité de leur domicile	<input type="checkbox"/>	Pas de besoin d'information
	<input type="checkbox"/>	Sur les médecines douces/alternatives	<input type="checkbox"/>	Autre
	<input type="checkbox"/>	Sur la vaccination		
	Cochez 6 cases maximum		Si Autre, précisez :	

14- Selon vous, comment les habitants s'informent sur les actualités locales ?	<input type="checkbox"/>	Bouche-à-oreille	<input type="checkbox"/>	Sites internet
	<input type="checkbox"/>	Journaux, presse locale	<input type="checkbox"/>	Réunions publiques
	<input type="checkbox"/>	Bulletin municipal	<input type="checkbox"/>	Newsletter
	<input type="checkbox"/>	Magazine Com Com/Conseil Général	<input type="checkbox"/>	Réseaux sociaux (Facebook, Tweeter...)
	<input type="checkbox"/>	Affichage commerces/rue	<input type="checkbox"/>	Pas de recherche d'information
	<input type="checkbox"/>	Télévision locale/régionale	<input type="checkbox"/>	Autre
	Cochez une ou plusieurs cases		Si Autre, précisez :	

15- Selon vous, quelles sont les principales faiblesses du territoire ?	<input type="checkbox"/>	L'éloignement des grandes villes	<input type="checkbox"/>	Le manque d'équipements et services petite enfance et jeunesse (crèches, groupes scolaires, centres socio-culturels...)
	<input type="checkbox"/>	La solitude, isolement relationnel	<input type="checkbox"/>	Peu d'offres touristiques
	<input type="checkbox"/>	Les difficultés de déplacement	<input type="checkbox"/>	L'insécurité
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'activités culturelles, sportives, de loisirs	<input type="checkbox"/>	Le manque d'équipements et services personnes âgées (maisons de retraite, aide à domicile, clubs seniors...)
	<input type="checkbox"/>	L'absence de commerces diversifiés	<input type="checkbox"/>	Aucune faiblesse
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'opportunités d'emploi	<input type="checkbox"/>	Autre
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'associations		
	<input type="checkbox"/>	Le manque d'habitat diversifié		
	<input type="checkbox"/>	Le manque de professionnels et de services de santé		
	<input type="checkbox"/>			
Cochez 6 cases maximum	Si Autre, précisez :			

16- Savez-vous quels projets concernant la santé sont menés sur le territoire ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Si Oui, précisez :
17- Selon vous, <u>quel(s) projet(s) en lien avec la santé</u> serai(en)t pertinent(s) sur le territoire ? →Précisez les thèmes, les publics, les porteurs de projets potentiels, les collaborations souhaitables, etc. Pour ces projets potentiels, quels sont les principaux <u>leviers d'action et obstacles</u> sur le territoire ? <u>Quelle échelle territoriale</u> serait pertinente pour ces projets ? Quartier, Commune, Comcom, Pays/PETR, SCoT, Département, Région, France...	
Cochez une seule case	

Enquête Territoire et Santé... sur le Pays de Châteaubriant

Avez-vous d'autres remarques sur le sujet Territoire et Santé ?



Nous vous remercions pour votre participation

Pour connaître les résultats de l'enquête Territoire et Santé, vous informer sur les possibilités de collaboration avec le Groupe Santé, vous pourrez consulter le site du Conseil de développement à partir de fin juillet 2015 ou nous contacter directement.

Action pilotée par :



Conseil de Développement du Pays de Châteaubriant

13 Rue d'Angers - 44110 CHATEAUBRIANT

☎ 02.40.55.68.00

conseil.developpement@paysdechateaubriant.com

www.paysdechateaubriant.com

PAYS DE CHATEAUBRIANT



Ouest France du 29.04.2015



Châteaubriant

Une enquête sur la santé lancée à l'échelle du pays

Le conseil de développement met en ligne un questionnaire sur la santé. Objectifs : recenser les actions des élus et les pratiques des professionnels et évaluer les besoins des habitants du pays de Châteaubriant.

Pourquoi ? Comment ?

Qu'est-ce que cette enquête ?
 Le groupe santé du conseil de développement du pays de Châteaubriant veut « éveiller les consciences ». En guise « d'alerte », il lance une grande enquête intitulée Territoire et santé. Ce questionnaire anonyme, ouvert aux plus de 15 ans et mis en ligne (1), doit être rempli avant lundi 18 mai. Il s'adresse aux 58 000 habitants du pays de Châteaubriant, aux élus, ainsi qu'aux professionnels de santé (secteurs sanitaire, médico-social et social). Il a vocation à faire un état des lieux du pays de Châteaubriant où il y a un médecin pour 1 621 habitants quand, en Loire-Atlantique, on en compte un pour 710, et, en France, un pour 970.

Sur quoi portent les questions ?
 Ce questionnaire à choix multiple comporte trois volets – un pour les habitants, un pour les professionnels et un pour les élus –, avec un tronc commun. Les thèmes abordés : « La santé sur le plan local, c'est l'affaire de qui ? » « Pensez-vous que certains habitants peuvent renoncer ou reporter des consultations ou des soins dans le territoire ? » « Avez-vous besoin d'être mieux informé sur les questions de santé ? », etc. D'autres questions portent sur les atouts et les faiblesses du pays de Châteaubriant, sur la façon de s'informer (bouche-à-oreille, presse, Tweeter...), sur l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle ou sur les moyens de transports utilisés.

À quoi ce questionnaire va-t-il servir ?
 L'objectif de l'enquête Territoire et santé est de confronter trois points de vue : les besoins des habitants, les pratiques des professionnels de santé et les actions et projets des élus du Pays de Châteaubriant. L'idée est « d'identifier des problématiques » et de « voir comment toutes les parties prenantes se questionnent sur



En milieu rural, d'après les membres du groupe santé du conseil de développement, « il faut trouver une organisation qui permette à des médecins de travailler en réseau ».

la santé », résume Françoise Charrier, stagiaire au conseil de développement et étudiante en Master 2 à l'École des hautes études en santé publique, à Rennes. Les réponses seront analysées et rendues publiques fin juillet. Le conseil de développement voudrait qu'elles servent de cadre à un dialogue entre ceux et celles qui se sentent intéressées par la santé. Et rêverait d'accueillir de nouvelles têtes au sein du groupe santé.

Quel est le contexte en matière de santé ?
 En 2013, ce groupe avait organisé une conférence sur le thème « L'offre de soins demain ». L'année suivante, il avait édité un livret intitulé *L'offre de soins demain... sur le pays de Châteaubriant*. Qu'en est-il aujourd'hui dans un secteur, comme bien d'autres, touché par la désertification médicale ? Si le nombre de généralistes a légèrement baissé (voir chiffre ci-contre), le pays de Châteaubriant souffre surtout d'un déficit de spécialistes : pédiatres, gynécologues, rhumatologues, dentistes... Il faut parfois attendre six mois, voire un an, pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmo. À Erbray, l'infirmière est débordée. À Moisdon-la-Rivière, un médecin à la retraite vient une fois par semaine à la maison de retraite. « Quasiment aucun professionnel de santé ne s'installe dans notre territoire, disent les membres du groupe santé (2). Sept médecins généralistes vont partir à la retraite d'ici cinq ans, dix dans les dix ans. La situation s'aggrave... »

J. B.

(1) www.paysdechateaubriant.com. Une version papier du questionnaire est également disponible au conseil de développement du pays de Châteaubriant, 13, rue d'Angers, 44110 Châteaubriant. Tél. 02 40 55 68 00 ; conseil.developpement@paysdechateaubriant.com

(2) André Tessier, Armand Chatellier, Gérard Haulbert, Jean-Luc Fourny, Joseph Plantard et Yves Le Gall.

36 C'est le nombre de médecins généralistes dénombrés en 2014 dans le pays de Châteaubriant contre 38 en 2010. Soit une baisse de 5,2 %.

PAYS DE CHÂTEAUBRIANT. Une grande enquête sur la santé

Comment se porte la santé dans le territoire ? Une enquête est lancée. Habitants, élus et professionnels de santé sont invités à y participer.

« Vous est-il déjà arrivé de renoncer ou de reporter des consultations ou des soins sur votre territoire ? » C'est l'une des questions à laquelle sont invités à répondre les habitants du Pays de Châteaubriant. Le Conseil de développement du Pays de Châteaubriant lance une grande enquête sur la santé dans le territoire des trois communautés de communes : Derval, Nozay et Châteaubriant. L'intérêt étant de confronter les points de vues : des élus, des habitants, et des professionnels de santé. Et de lancer l'alerte.



Un déficit de spécialistes

Car Yves Le Gall, Gérard Haulbert, André Tessier et Amand Châtelier, membres de la commission santé sont préoccupés. L'offre de soins semble s'amenuiser dans le Pays de Châteaubriant. Rien de catastrophique encore, mais l'inquiétude est là.

« En 2010, on comptait 38 médecins. En 2014, on en dénombre 36 », indique Gérard Haulbert. Amand Châtelier poursuit : « Le principal problème est qu'on manque de médecins généralistes. Par ailleurs, on note un déficit de spécialistes, comme des pédiatres, des gynécologues, des dentistes, des rhumatologues... » Il faut 6 mois à un an d'attente pour consulter un médecin ophtalmologue à l'heure actuelle !

Le rapport de la commission, sorti en juin 2014, le précise bien : en Loire-Atlantique, on compte un médecin pour 710 habitants ; en

France, un médecin pour 970 habitants ; et dans le Pays de Châteaubriant, un médecin pour 1 621 habitants !

« On ne voit pas de professionnels de santé s'installer dans les zones rurales. Les médecins ne trouvent pas de remplaçants quand ils partent en retraite. Si on n'agit pas, ils ne seront pas remplacés. La situation se dégrade », se désole Gérard Haulbert.

« Les infirmières sont saturées »

Exemple : à Moisdon-la-Rivière, un médecin à la retraite assure toujours des permanences auprès des résidents de la maison de retraite une fois par semaine. Certaines infirmières avouent aussi ne plus avoir suffisamment de temps pour effectuer les toilettes des

patients car elles ont trop de travail. « Les aidants sont fatigués, les infirmières sont saturées de travail », assure André Tessier.

Jusqu'au 18 mai pour répondre

Habitants, élus et professionnels de santé ont jusqu'au 18 mai pour répondre à ce questionnaire. Les résultats de l'enquête seront connus à la fin du mois de juillet. « Nous souhaitons que tout le monde travaille ensemble, impliquer les usagers, les professionnels et les élus ». Avec cette enquête, le groupe espère recueillir suffisamment de données pour interpeller chacun.

« L'analyse servira de cadre de réflexion, d'échanges et de propositions avec l'ensemble des personnes intéressées par

le développement et la valorisation de notre territoire, pour la santé et le bien-être de chacun ». Ce groupe de travail souhaite s'agrandir et accueillir toutes les personnes intéressées par cette thématique.

Tifenn Lorcy

PRATIQUE

Un formulaire d'enquête, anonyme et ouvert à tout habitant âgé d'au moins 15 ans est à remplir en ligne sur le site du conseil de développement : www.paysdechateaubriant.com. Des versions papier sont disponibles au Conseil de développement : 13, rue d'Angers à Châteaubriant. Tel. : 02 40 55 68 00. Mail : conseil.developpement@paysdechateaubriant.com.

La Mée du 6 mai 2015

Tant qu'on a la santé ... et les médecins

Le Conseil de Développement du Pays de Châteaubriant s'intéresse depuis des années au thème de la santé sur notre territoire. Les organisations syndicales Confédération Paysanne, CFDT, CGT ont mené en 2010 une enquête : « Quel accès aux soins dans l'avenir ? ». C'est donc tout naturellement que s'est mis en place un groupe de travail Santé au sein du Conseil de Développement. Il a organisé en 2013 une conférence sur le thème de l'offre de soins pour demain, avec la participation de M^{me} Neyrolles, déléguée de l'ARS 44 (Agence Régionale de Santé). Puis, en 2014, le groupe de travail a publié une plaquette sur le même thème. De leur côté les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) constatent la difficulté des patients pour obtenir une consultation médicale.

C'est donc maintenant une "Enquête Territoire et Santé" qui est lancée sur le Pays de Châteaubriant (Trois com'com'), dans l'objectif de confronter trois points de vue : les besoins des habitants, les pratiques des professionnels de santé et les actions et projets des élus du territoire.

Une analyse de ces données sera disponible dès l'été 2015 et servira de cadre de réflexion, d'échanges et de propositions avec l'ensemble des personnes intéressées par le développement et la valorisation de notre territoire, pour la santé et le bien-être de chacun et de tous.

Le premier questionnaire concerne les habitants. Il est anonyme et ouvert à toute personne âgée d'au moins 15 ans. Il est souhaitable que les réponses soient apportées directement sur le site internet, mais des exemplaires-papier sont disponibles au Conseil de Développement.

Un deuxième questionnaire est destiné aux professionnels de santé et un troisième aux élus du territoire. Il a été transmis à toutes les mairies du territoire.

Attention : date limite pour répondre : 18 mai 2015.

Le suivi est assuré par Françoise Chartier, étudiante à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique à Rennes, en Master 2 "Pilotage des politiques et actions en santé publique". Les membres du groupe de travail sont : André Tessier, Amand Chatellier, Gérard Haulbert, Jean-Luc Fourny, Joseph Plantard et Yves le Gall. Ce groupe a vocation à s'agrandir et accueillera volontiers les personnes intéressées.

Aux habitants, il est demandé un avis sur la qualité de leur environnement de vie, et de travail, sur leur éventuelle renonciation aux soins, sur la connaissance de leurs droits, sur les atouts et faiblesses du territoire et sur les éventuels projets de santé. Il leur est demandé s'ils souhaitent être informés et y être associés.

Les professionnels de santé sont interrogés sur les thématiques qui les intéressent le plus (prévention, promotion de la santé, santé au travail, etc), sur les atouts et faiblesses du territoire, sur les informations dont disposent les habitants. Ils sont invités à donner leur point de vue sur les projets, en lien avec la santé, qui seraient pertinents sur le territoire et sur les leviers ou obstacles qu'ils entrevoient.

Des questions analogues sont posées aux élus, en les incitant à préciser les projets liés à la santé et l'échelle territoriale qui serait pertinente.



Photo : Gérard, Nolwenn, Françoise, Yves, André, Amand

L'enquête s'élargit à toutes les structures en lien avec la santé, par exemple les Pompiers, la Croix Rouge. L'objectif est d'aboutir à une mobilisation populaire sur cette question, pour qu'on n'en arrive pas à une situation de désert médical. « En effet, dit Amand Chatellier, la situation se dégrade. Les médecins généralistes vieillissent et ne sont pas toujours

remplacés quand ils partent en retraite. Le territoire manque de spécialistes, par exemple en pédiatrie et gynécologie. Et il faut 6 mois pour un rendez-vous chez l'ophtalmo. ». Et ne parlons pas d'avoir un médecin la nuit ! « Les médecins généralistes qui sont encore en activité, sont débordés de travail » dit Gérard Haulbert. « A Châteaubriant, ça va encore, mais il manque des cabinets médicaux décentralisés » dit André Tessier. « Nous souhaitons arriver à un projet commun en matière de santé » dit Yves Le Gall. « Cela ne signifie pas un bâtiment commun. Cela signifie une réflexion commune à tous les acteurs du territoire, les élus ont un rôle à jouer pour la susciter ».

Ce groupe de travail "Santé" veut être un lanceur d'alerte. « Car, au-delà des médecins, il y a un vrai problème de santé publique. Si un médecin disparaît, le pharmacien quitte lui aussi la commune. Actuellement les infirmières libérales sont débordées, les SSIAD ne peuvent suffire à la demande ».

Démographie (chiffres décembre 2013)

En Loire-Atlantique : 1 médecin pour 710 habitants
En France : 1 médecin pour 970 habitants
Pays de Châteaubriant : 1 médecin pour 1621 habitants
.....36 médecins généralistes en 2015
.....7 partiront en retraite d'ici 5 ans
.....10 partiront en retraite d'ici 10 ans

Il y a des solutions, explique Nolwenn Diler, en citant des expériences comme celle de l'interpôle de santé Centre Bretagne. [[voir par exemple pages 26-27](#)]. Dans le secteur de Loudéac les professionnels de santé libéraux ont constitué une association dans le but d'élaborer un projet de santé commun afin de faciliter la communication et d'améliorer la qualité du travail. Un projet de télémédecine est lancé dans le secteur d'Uzel. Dans les cabinets médicaux, le médecin peut faire appel à la télé-expertise, etc.

« Il faut du temps, de l'anticipation, une analyse des besoins, de la réflexion, de la confiance réciproque, et la mise en place d'accords partenariaux. Il n'y a pas de solution-type généralisable, mais des projets collectifs à adapter à des situations, à un territoire » dit Nolwenn.

Alors, répondez-vite à l'enquête. Avant le 18 mai !

Références :

[Conseil de Développement](#) :

02 40 55 68 00

Livret : [l'offre de soins demain](#)

Et aussi : [Questionnaire habitants](#)

Annexe 10 – Dimensions des questionnaires

QUESTION Territoire, proximité, pratiques Habitants

Code question : Q1Hab, Q2Hab, Q3Hab, Q4Hab ¹⁴³

La question du territoire est abordée dans les quatre premières questions du questionnaire « Habitants ». Ainsi, les lieux de résidence et de travail sont demandés.

Deux autres questions renvoient aux pratiques spatiales des habitants, en leur demandant d'identifier deux types de territoires :

- le premier correspond à leur(s) territoire(s) de vie/de proximité. L'intitulé précise : *achats, services, culture, loisirs...* L'intitulé de la question a été retravaillé à l'occasion de la pré-enquête effectuée, afin de réduire au maximum le risque d'une mauvaise compréhension de cette question. L'association territoire *de vie/proximité* évite ainsi de réduire la question au simple lieu de résidence, tout comme l'ajout d'exemple de buts de fréquentation des lieux.
- le second correspond au(x) territoire(s) fréquenté(s) régulièrement pour un motif de consultation/soin chez un professionnel ou service de santé.

Sur le questionnaire format papier, il est demandé aux répondants d'inscrire directement des symboles ou des limites sur une carte du Pays pour identifier les territoires concernés par chacune des questions. En revanche, sur le questionnaire en ligne, la carte du Pays était bien représentée, mais il était demandé aux répondants d'écrire le nom de la commune ou des communes concernées.

Si ces quatre questions sont présentes, c'est que le lien au territoire est variable d'un individu à l'autre, chacun a en effet sa propre perception de ce qu'est son territoire. Des chercheurs¹⁴⁴ insistent notamment sur le risque de centrer les analyses sur la résidence actuelle des individus, de nombreux travaux négligeant ainsi de prendre en compte la forme souvent polycentrique des espaces de vie des individus. Lorsque la pertinence de l'unité spatiale mobilisée pour définir le « contexte » est discutée, c'est souvent de façon très abstraite sans s'en référer explicitement aux pratiques et aux représentations spatiales des populations. Par ailleurs, en considérant des unités spatiales qui sont les mêmes pour l'ensemble de la population, on tombe dans le piège d'une approche uniforme de l'espace (ce qu'on a appelé le « *constant size neighborhood trap* ») qui gomme la grande variabilité sociale qui existe dans les façons dont les individus s'approprient leur quartier (Vallée et al., 2014). Enfin, pour les auteurs, la diversité des expériences vécues et des rapports au territoire des habitants – y compris dans leurs composantes symbolique – nécessite d'être mobilisée de façon plus approfondie dans les analyses, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives.

QUESTION Territoire – Professionnels et élus

Code question : Q1Pro, Q2Pro, Q3Pro, Q1Elus, Q2Elus, Q3Elus

La notion de territoire était également interrogée chez les Professionnels et les Elus, correspondant à leur(s) zone(s) d'intervention professionnelle. Ainsi, il leur était demandé de situer leur lieu d'exercice professionnel, mais également leur périmètre d'action et de situer leurs partenaires et réseaux.

Comme pour les Habitants, sur le questionnaire format papier, il est demandé aux répondants d'inscrire directement des symboles ou des limites sur une carte du Pays pour identifier les territoires concernés par chacune des questions. En revanche, sur le questionnaire en ligne, la carte du Pays était bien représentée, mais il était demandé aux répondants d'écrire le nom de la commune ou des communes concernées.

QUESTION Compétences des acteurs et santé

¹⁴³ Le code question permet d'identifier la question dans les questionnaires présenté en Annexe 6, 7 et 8. Ainsi, le code question Q1Hab correspond à la question n°1 dans le questionnaire « Habitants », les codes question Q1Pro ou Q1Elu correspondent respectivement à la question n°1 dans le questionnaire « Professionnels » et dans le questionnaire « Elus ».

¹⁴⁴ Chauvin, P., Vallée, J., *op. cit.*

Code question : Q5Hab, Q4Pro, Q4Elu

Au travers des compétences des différents acteurs du territoire, c'est bien une approche de définition de la santé qui est recherchée. Une question directe sur une définition de la santé étant difficilement envisageable dans notre questionnaire d'enquête, une question sur les compétences des acteurs a été privilégiée.

La notion de santé est en effet une notion complexe : dans son acception la plus large – l'OMS la définit comme « un état de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », elle peut être assimilée au bien-être physique, matériel et social. La question de la santé déborde alors très largement le seul sujet de la santé physique, une grande diversité d'acteurs peuvent ainsi être parties prenantes sur les questions de santé¹⁴⁵.

QUESTION Intérêt pour thématiques santé

Code question : Q6Hab, Q5Pro, Q5Elu

Cette question vise à identifier les principaux intérêts sur les questions de santé en fonction des trois profils interrogés. Ainsi, des modalités de réponse sont communes aux trois profils, d'autres varient en fonction du profil.

- Les modalités communes sont : *Droits des usagers ; Santé et environnement ; Innovation, recherche ; Formations, emplois secteur médical, para-médical, social ; Aucune : Autre*

Ces termes sont largement employés, ils apparaissent comme des sujets « grand public », même si cette question ne permet pas de vérifier le degré de compréhension des modalités éventuellement cochées.

- Les modalités propres au profil Habitants : *Maladies, traitements, médicaments ; Conseils personnalisés personnels ; Dossiers thématiques (alimentation, grossesse, adolescence...) ; Lieux et professionnels de santé à proximité du domicile*

Ces termes sont facilement compréhensibles par des non-spécialistes de la santé et se rapprochent des mots-clé qui peuvent être affichés sur les sites internet grand public.

- Les modalités propres aux profils Professionnels et Elus : *Prévention ; Promotion de la santé ; Organisation/permanence des soins ; Education thérapeutique du patient*

Ces modalités ont été réservées aux Professionnels et aux Elus, en effet ces termes paraissent difficilement compréhensibles par le profil Habitants. Le risque est que certains des élus soient également peu familiers de ces notions.

Enfin, la modalité *Santé au travail* n'est commune qu'aux Professionnels et Elus, elle était bien prévue pour les Habitants, mais un oubli dans la mise en forme de la question prive ce profil de cette modalité.

QUESTION Qualité de l'environnement de vie et santé

Code question : Q7Hab, Q6Pro, Q6Elu

Cette question, à la différence des autres, est très générale. Il s'agit ici de recueillir une impression globale et spontanée sur l'environnement de vie (pour le profil Habitants) ou sur l'environnement de vie du public/des administrés (pour les profils Professionnels et Elus). La question ne vient pas interroger les comportements individuels mais les déterminants (même s'ils ne sont pas identifiés) et leur influence sur la santé de l'individu et de son entourage. Quatre degrés d'influence sont proposés, de *Tout à fait favorable* à *Tout à fait défavorable*, avec une demande de justification pour les deux dernières modalités.

145 Lors du Colloque de la SFSP en 2013, il a ainsi été affirmé : « La santé publique touche tous les secteurs de notre société. Son champ d'application s'élargit : la géographie de la santé, l'économie, le droit, les sciences sociales, l'urbanisme, les transports, l'architecture, l'aménagement de l'espace, l'organisation du territoire... contribuent à l'enrichir... « C'est l'environnement de vie dans toutes ses composantes ou plutôt les environnements de vie qui constituent et deviennent un des socles de réflexion de la santé publique mais aussi son champ d'intervention. », cité dans *Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'Ecologie, du Développement Durable et de l'Energie, Janvier 2014

QUESTION Qualité de l'environnement de travail et santé

Code question : Q8Hab

Cette question vient interroger un des déterminants de la santé de manière plus spécifique que la question précédente, l'environnement de travail des Habitants. Les différentes dimensions ne sont toutefois pas abordées (sociale, organisationnelle, physique, tâches à réaliser etc.), quatre degré d'influence sont proposés, de *Tout à fait favorable* à *Tout à fait défavorable*, avec une demande de justification pour les deux dernières modalités. Ainsi d'éventuelles dimensions de l'environnement de travail pourront être appréhendées par les justifications libres, cependant uniquement dans le cas d'influence néfaste sur la santé.

QUESTION Renoncement / report de consultations ou de soins

Code question : Q9Hab, Q7Pro, Q7Elus

Cette question vise à déterminer l'existence et l'importance du renoncement ou du report de consultations ou de soins sur le territoire et à identifier les types de professionnels et de services concernés. Les modalités proposées sont larges, avec des professionnels de premier recours, mais également des modalités relatives à l'appareillage, à la rééducation, à la psychothérapie notamment.

QUESTION Raisons du renoncement / report de consultations ou de soins

Code question : Q10Hab, Q8Pro, Q8Elus

Neuf modalités sont proposées, reflétant les causes de renoncement aux soins classiquement retenues¹⁴⁶, telles que des raisons économiques (*Tarifs trop élevés*), ou les difficultés de déplacement (*Pas de moyen de déplacement ; Distance trop longue*). La modalité *Professionnels/services absents du territoire* permet quant à elle de caractériser le territoire en termes d'offres de soins perçue/utilisée. Enfin la modalité *Peur, image/représentation négative* a été ajoutée aux formulaires lors de la phase de test avec une professionnelle de l'action sociale, fréquemment amenée à accompagner certains publics vers une meilleure connaissance et un meilleur accès aux psychologues, psychiatres ou psychothérapeutes.

QUESTION Connaissance des droits

Code question : Q11Hab

Cette question se centre sur la connaissance des droits individuels des patients/usagers du système de santé. Les modalités de réponse en *Oui* ou *Non* sont un premier niveau de réponse que viendront compléter les deux questions suivantes.

QUESTION Information sur les droits

Code question : Q12Hab, Q9Pro, Q9Elu

Cette question précise la précédente en demandant d'évaluer le sentiment d'information des Habitants ou du public/administrés quant à leurs droits d'usagers du système de santé.

¹⁴⁶ Voir par exemple « Le baromètre des droits des malades », Le CISS, Février 2015

QUESTION Moyens d'informations sur les droits

Code question : Q13Hab, Q10Pro, Q10Elu

Au-delà de la connaissance ou du sentiment d'être bien informés sur les droits, cette question interroge la connaissance des ressources territoriales éventuelles en matière de relais d'information sur les droits des usagers.

QUESTION Atouts du territoire

Code question : Q14Hab, Q11Pro, Q11Elu

Cette question vient interroger les représentations du territoire, dans leur version positive, en termes d'atouts (une modalité *Aucun atout* est toutefois proposée). Plusieurs dimensions sont abordées par la diversité des modalités proposées :

- dimension sociale, relationnelle (*La convivialité ; Le tissu associatif ; La sécurité*),
- dimension relative à l'accessibilité/moyens de communication (*La situation géographique ; Les facilités de déplacement*),
- dimension relatives aux équipements/services parmi lesquels figure l'offre médicale (*Les commerces diversifiés ; Les activités culturelles, sportives, de loisirs ; Les équipements et services petite enfance ; Les équipements et services personnes âgées ; L'offre médicale*),
- dimension économique (*Les opportunités d'emploi*),
- dimension de l'habitat (*La diversité des types d'habitat ; Le prix des loyers ; Le prix des terrains à bâtir/prix de vente de biens*),
- dimension environnementale (*L'attrait touristique ; La proximité de la nature*)

Les modalités ne sont cependant pas exclusives, ainsi, *l'attrait touristique* relève d'une dimension environnementale mais également économique, de même, *les activités culturelles, sportives, de loisirs* relèvent de la dimension relative aux équipements/services, mais également de la dimension sociale, relationnelle.

QUESTION Canaux d'information sur la santé

Code question : Q15Hab, Q12Pro, Q12Elu

Il s'agit ici d'identifier les principaux canaux d'information qu'utilisent les Habitants concernant les questions de santé. Les réponses donneront un éclairage sur la connaissance des différents types de canaux mais également sur la confiance accordée à ces canaux d'information.

QUESTION Besoin d'information sur la santé

Code question : Q16Hab, Q11Pro, Q11Elu

Cette question vient en complément de la question sur l'intérêt pour les thématiques santé (Code question : Q6Hab, Q5Pro, Q5Elu). Cependant, la présente question propose des modalités de réponse identiques pour les trois profils. Les *Droits des usagers* se retrouvent à nouveau intégrés dans cette question. Trois modalités concernent des actions de prévention, toutefois pour s'assurer d'une bonne compréhension de chacune d'elles, elles ont volontairement été dissociées : les trois profils de répondants sont ainsi questionnés autour de besoins d'information *Sur les possibilités de dépistage ; Sur des actions de prévention (alimentation, drogues, activité physique...)* et *Sur la vaccination* ¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Il semble pertinent de proposer cette modalité à part entière, en effet, comme rapporté par D. Heard, Chargé de mission INPES lors d'une intervention en Master 2 PPASP en décembre 2014, ce thème de la vaccination est un sujet très débattu au sein du grand public, notamment sur les réseaux sociaux, où les « anti-vaccin » sont très actifs dans les actions de lobbying.

L'offre de santé est abordée au travers de trois modalités : *Les possibilités de consulter/se soigner à proximité du domicile* ; *Les lieux d'accueil/d'écoute pour les patients et leur entourage* et *Les Médecines douces/alternatives*¹⁴⁸.

QUESTION Information actualités locales

Code question : Q17Hab, Q14Pro, Q14Elu

Pour compléter l'identification des canaux d'information, cette fois au plan local, les modalités proposent différents niveaux d'information et de proximité : du *Bouche-à-oreille* aux *Réunions publiques*, 10 modalités sont proposées. Cette question permet aussi de bien cibler les communications futures du Conseil de développement autour de l'enquête elle-même.

QUESTION Faiblesses du territoire

Code question : Q18Hab, Q15Pro, Q15Elu

Cette question vient interroger les représentations du territoire, dans leur version cette fois-ci négative, en termes de faiblesses (une modalité *Aucune faiblesse* est toutefois proposée). Les mêmes dimensions sont abordées que dans la question sur les atouts du territoire :

- dimension sociale, relationnelle (*La solitude, l'isolement ; Le manque d'associations ; L'insécurité*),
- dimension relative à l'accessibilité/moyens de communication (*L'éloignement des grandes villes ; Les difficultés de déplacement*),
- dimension relatives aux équipements/services parmi lesquels figure l'offre médicale (*Le manque de commerces diversifiés ; Le manque d'activités culturelles, sportives, de loisirs ; Le manque d'équipements et services petite enfance ; Le manque d'équipements et services personnes âgées ; Le manque de professionnels et de services de santé*),
- dimension économique (*Le manque d'opportunités d'emploi*),
- dimension de l'habitat (*Le manque d'habitat diversité*),
- dimension environnementale (*Peu d'offres touristiques*)

QUESTION Connaissance projets santé sur le territoire

Code question : Q19Hab, Q16Pro, Q16Elu

Il s'agit ici d'identifier le niveau d'information des trois profils concernant les projets en santé menés sur le territoire.

QUESTION Participation projets santé

Code question : Q20Hab

Cette question évalue le souhait des habitants de participer à des projets sur le thème de la santé sur le territoire.

¹⁴⁸ Une modalité abordant ce thème des médecines douces/alternatives paraît intéressante, en effet, sur le territoire voisin de Redon, un intérêt pour ces approches est grandissant, avec un projet en lien avec cette question en phase de réflexion par la Mutuelle des Pays de Vilaine (source : entretiens avec les acteurs du territoire du Pays de Redon Bretagne Sud dans le cadre du projet réalisé pour l'UE15 du Master2 PPASP en Déc/Janvier 2015 « Hôpital promoteur de santé »).

QUESTION Modes de participation

Code question : Q21Hab

En complémentarité de la question précédente, les modalités de réponse renvoient à différentes formes de participation : *Recevoir une simple information* ; *Donner votre point de vue ou votre témoignage de façon ponctuelle*¹⁴⁹; *Intégrer un groupe de travail*.

QUESTION Proposition de projets santé sur le territoire

Code question : Q17Pro, Q17Elu

En complémentarité de la question renseignant sur l'intérêt porté aux thématiques santé par les profils Professionnels et Elus, cette question permet d'identifier les thèmes, les publics, les porteurs de projets, les partenariats potentiels envisagés par les deux profils. Il est également demandé aux répondants de dégager les principaux leviers et obstacles aux projets santé qui seraient à mener sur le territoire et enfin, l'échelle territoriale pertinente.

QUESTION Lieu de vie

Code question : Q23H

La rédaction de cette question autour du lieu de vie des habitants n'a pas trouvé d'emblée de consensus. En effet, cette question vise à identifier les lieux de vie en fonction du degré de centralité, lequel conditionne les possibilités ainsi que les modes d'accès aux principales aménités de la commune de résidence. Nous avons retenu les termes « *En ville/bourg* » pour désigner un lieu de résidence situé au centre d'une commune et « *En campagne* » pour désigner un lieu de résidence éloigné du centre de la commune, ces termes rassemblant le plus large consensus.¹⁵⁰

¹⁴⁹ Comme l'a souligné un intervenant de l'UNADEL le 27 mars 2015, lors de l'AG du Conseil de développement d'Erdres et Gesvres (département 44), il s'agit de développer la participation, tout en gardant à l'esprit que ce souhait ne correspond pas forcément à un besoin des habitants, ni à leur temporalité. Ainsi est-il nécessaire de proposer des modes d'implication diversifiés.

¹⁵⁰ Selon B. Ferrandon, V. Jousseau et L. Faguet, les mots pour qualifier les espaces et définir l'armature urbaine, en particulier la base de cette hiérarchie, sont mal définis et varient d'une région à l'autre. Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- Les études nationales se concentrent sur les grandes villes et négligent les petits niveaux urbains. Les études sur la base de la hiérarchie urbaine sont d'échelle régionale ou locale, ne sont homogènes ni par leur problématique, ni par leur démarche, ni par les sources et les méthodes qu'elles utilisent, ni par leur vocabulaire pour désigner tel ou tel niveau ;
- Le vocabulaire commun est variable d'une région à l'autre en fonction de la structure du peuplement et de la densité de la population. Par exemple, le village désigne partout en France un groupement de maisons et de familles paysannes. Ces groupements ont acquis dans le Nord-Est de la France un statut de chef-lieu de commune. Dans le Centre et l'Ouest de la France, les communes sont découpées en très grandes mailles, avec plusieurs villages paysans organisés autour d'un bourg d'artisans. Sont alors nommés « villages », les hameaux et lieux-dits habités.

S'agissant du village-centre, celui-ci est défini comme un lieu de commerce alimentaire de base. Il se signale par la présence de la boulangerie, l'épicerie ou la supérette. Ce terme n'est pas satisfaisant en Loire-Atlantique où le mot village ne veut pas dire « chef-lieu de commune », mais hameau. Tous les bourgs de Loire-Atlantique possèdent quelques commerces de base. Le village-centre s'apparente donc en Loire-Atlantique à un « simple bourg ». *Maillage territorial et polarités en Loire-Atlantique*, Département de Loire-Atlantique, Direction de l'Observation et de la prospective, Juillet 2013

Annexe 11 - ARS Pays de la Loire et découpages territoriaux

L'ARS Pays de la Loire définit une organisation du territoire sur 4 niveaux¹⁵¹ :

- La région (territoire réglementaire)
→Lieu de déploiement et de mise en cohérence de la stratégie de l'ARS (PRS).
- Le territoire de santé (territoire réglementaire)
→Lieu de concertation globale autour des questions de santé, l'évaluation des besoins et l'organisation de réponses cohérentes et coordonnées (conférences de territoires). En Pays de la Loire, un territoire de santé correspond à un département. Il y a donc 5 territoires de santé.
- Le territoire de santé de proximité (territoire d'animation)
→Lieu de coordination entre les prestataires d'une palette d'offre sanitaire, médico-sociale et de prévention.
- Les espaces d'équipes de soins
→Lieu d'observation de la présence et de la coordination des soins autour du patient entre le médecin, le pharmacien, le chirurgien-dentiste, l'infirmier et le masseur kinésithérapeute.
Ces espaces d'équipes de soins (EES) peuvent être constitués ou non en maison de santé. Il s'agit de :
 - Garantir sur chaque espace une offre de soins comprenant médecin généraliste, pharmacien, chirurgien-dentiste, infirmier et masseur-kinésithérapeute.
 - Contractualiser avec les équipes de soins coordonnés pour développer de nouveaux services (prévention, dépistage et ETP).



¹⁵¹ ARS Pays de la Loire, Dossier de presse, 26.02.2013, p. 11

Annexe 12 - Indicateurs socio-économiques du Pays de Châteaubriant

	FPCI	FPCI	FPCI	SCOT	LOIRE-ATLANTIQUE	PAYS DE LA LOIRE
	CCO	CCBN	CCOB	TSP		
Le territoire en chiffres						
Nombre de communes	19	7	7	33	221	1 496
Superficie en km ²	621	273	258	1 153	6 815	32 082
Démographie						
Population	33 056	14 735	10 565	58 356	1 296 364	3 601 113
Densité moyenne en hab/km ²	53	54	41	51	190	112
Taux de variation annuel (2006-2011)	0,4%	2,2%	2,2%	1,2%	1,0%	0,9%
dû au solde naturel	0,3%	1,2%	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%
dû au solde migratoire apparent	0,2%	1,0%	1,6%	0,6%	0,4%	0,4%
Taux de natalité	12,4‰	19,3‰	16,4‰	14,8‰	13,3‰	13,0‰
Part des moins de 20 ans	25,9%	29,6%	28,7%	27,3%	25,8%	25,5%
Part des 75 ans et plus	10,3%	7,3%	9,9%	9,5%	8,3%	9,4%
Indice de vieillissement	0,40	0,25	0,34	0,35	0,32	0,37
Ménages et familles						
Part des familles monoparentales	6,2%	4,9%	7,0%	6,0%	7,2%	6,7%
Emploi et activité						
Part des actifs ayant un emploi sur place	73%	36%	38%	65%	94%	97%
Indicateur de concentration	0,98	0,57	0,57	0,79	1,01	0,99
Taux d'activité des 15 ans et plus	56,7%	65,2%	59,1%	59,2%	59,4%	58,1%
Part des emplois dans l'industrie	22,9%	13,4%	12,6%	19,7%	13,6%	16,9%
Part des emplois dans le tertiaire	60,6%	62,4%	54,4%	60,2%	76,4%	70,8%
Part des emplois dans les petites entreprises	35,4%	58,0%	54,6%	41,5%	28,2%	29,5%
Revenus des ménages fiscaux						
Revenu médian	24 610	27 819	24 984	—	29 703	28 539
Logement						
Part des maisons	84,6%	92,1%	95,6%	88,3%	63,1%	71,9%

Source : AURAN, Fiches synthétiques de territoire

Indicateurs	Effectif	Val... territoire	Val... Pays de la Loire	Val... France métrop.	Valeur min.	Valeur nationale	Valeur max.
A8- Personnes de 25-29 ans sans diplôme	295	8,9	7,9	10,1	4,0		14,5
A10- Ouvriers dans la population active	9 200	34,6	27,9	22,6	17,4		41,9
A11- Indice de concentration d'emploi	-	80	99	102	43		138
A12- Bénéficiaires de la CMU-C	2 005,0	4,5	5,1	7,1	1,1		11,7

■ Pays de la Loire
 ■ France métropolitaine
 Q0-Q1
 Q1-Q3
 Q3-Q4

Source : ORS Pays de la Loire, Panier d'indicateurs socio-sanitaires territoriaux, TPS Pays de Châteaubriant

A - CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES ET SOCIODEMOGRAPHIQUES	Châteaubriant		Région	Indicateurs Valeurs territoriales			Valeur territoriale minimale dans la région	Valeur territoriale maximale dans la région
	Effectif	Indicateur		minimale	médiane	maximale		
18 cadres dans la population active	1 751	6,7	11,6	4,4	7,5	21,0		■ Châteaubriant ■ Pays de la Loire
23 allocataires dépendant des prestations sociales	1 296	5,5	5,3	1,9	3,8	8,7		■ Châteaubriant ■ Pays de la Loire
24 foyers fiscaux non imposables	18 160	57,2	46,9	37,4	49,8	57,7		■ Châteaubriant ■ Pays de la Loire ■ moyenne nationale (base 100)

Source : ARS Pays de la Loire, Diagnostic Flash, TPS Pays de Châteaubriant, 2013

Code zone d'emploi	Nom zone d'emploi	Part des 25-34 ans titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur en 2010 (en %)
5202	Châteaubriant	27,4
5203	Nantes	50,0
	France	42,3

Source : <http://www.statistiques.developpement-durable.gouv.fr>

Données AURAN – Définitions

Démographie - Recensement 2011 - Exploitation principale

Population

La population d'une commune comprend la population des résidences principales, la population des communautés de la commune et les personnes sans-abris ou vivant dans des habitations mobiles.

Densité moyenne

C'est le nombre d'habitants rapporté à la surface totale du territoire.

Taux de variation annuel dû au solde naturel

Il s'agit du taux de variation annuel (en %) expliqué par l'excédent naturel (= différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période, ici 2006 à 2011).

Taux de variation annuel dû au solde migratoire apparent

Il s'agit du taux de variation annuel (en %) expliqué par le solde migratoire apparent (= différence entre la population 2011 et la population 2006 moins le solde naturel sur la même période).

Taux de natalité

C'est le rapport du nombre de naissances vivantes de la période (ici 2006 à 2011) à la population totale de l'année. Il est exprimé pour 1 000 personnes.

Part des moins de 20 ans / des 75 ans et plus

C'est le pourcentage des personnes de moins de 20 ans / de 75 ans et plus parmi l'ensemble de la population.

Indice de vieillissement

Il est calculé en divisant la part des 75 ans et plus par la part des moins de 20 ans. Un indice autour de 100 signifie que les jeunes et les personnes âgées sont représentés dans les mêmes proportions dans la population. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

Revenus des ménages fiscaux - 2011 - DGFIP Revenus fiscaux localisés des ménages

Revenu médian (en €)

La médiane du revenu fiscal par ménage partage les ménages fiscaux en deux groupes : la moitié des ménages déclare un revenu inférieur à cette valeur et l'autre moitié un revenu supérieur. Cet indicateur permet donc de mesurer le niveau central des revenus au sein d'une zone.

Ménages et familles - Recensement 2011 - Exploitation complémentaire

Part des familles monoparentales

Une famille monoparentale comprend un parent isolé et un ou plusieurs enfants célibataires.

Emploi et activité - Recensement 2011 - Exploitation principale

Actifs ayant un emploi / Emplois

Au recensement, les actifs ayant un emploi sont les personnes qui déclarent exercer une profession, ou aider une personne dans son travail, ou être apprenti ou stagiaire rémunéré, ou être chômeur tout en exerçant une activité réduite, ou être étudiant ou retraité tout en occupant un emploi. Les personnes actives ayant un emploi peuvent être comptées à leur lieu de résidence (=actifs ayant un emploi) ou à leur lieu de travail (=emplois).

Indicateur de concentration

C'est le nombre d'emplois au lieu de travail rapporté au nombre d'actifs occupés résidant dans la zone.

Taux d'activité des 15 ans et plus

C'est le rapport entre le nombre d'actifs (actifs occupés et chômeurs) de 15 ans ou plus et l'ensemble de la population de 15 ans et plus résidant dans la zone.

Emploi et activité - Recensement 2011 - Exploitation complémentaire

Part des actifs ayant un emploi sur place

C'est la part des actifs travaillant sur leur territoire de résidence.

Part des emplois dans le tertiaire

Le secteur tertiaire regroupe un vaste champ d'activités allant du commerce à l'administration, en passant par les transports, les activités financières, la santé, l'éducation, les services...

Emploi et activité - CLAP 2011

Part des emplois dans les petites entreprises

C'est le rapport entre le nombre d'emplois dans les entreprises de moins de 20 salariés et le nombre total d'emplois.

Données ORS – Définitions

Personnes de 25-29 ans sans diplôme

% de personnes de 25-29 ans n'ayant pas suivi de scolarité ou n'ayant aucun diplôme (Insee, RP2011)

Chômeurs dans la population active

% de personnes à la recherche d'un emploi dans la population active (Insee, RP2011)

Ouvriers dans la population active

% d'ouvriers dans la population active (Insee, RP2011)

Indice de concentration d'emploi

nombre d'emplois rapporté au nombre d'actifs ayant un emploi (Insee, RP2011)

Bénéficiaires de la CMU-C

% de bénéficiaires de la CMU-C dans la population du régime général, hors SLM (Sniiram, 1er janvier 2012)

Données ARS – Définitions

Cadres dans la population active

% de cadres dans la population active (Insee, RP2009)

Allocataires dépendant des prestations sociales

Nombre d'allocataires dépendant à 75% et plus des prestations sociales au 31 décembre 2011 (CAF, MSA) pour 100 ménages

Foyers fiscaux non imposables

% de foyers fiscaux non imposables (Direction Générale des impôts, 2010)

Données Développement durable

Part des 25-34 ans titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur en 2010

Nombre de diplômés du supérieur (ISCED 5 et 6 dans la nomenclature internationale des diplômes) calculé sur la tranche d'âge 25-34 ans de la zone d'emploi considérée. Source Insee, RP 2010

Annexe 13 – Indicateurs de santé sur le territoire du Pays de Châteaubriant

- / +	Indicateurs	Effectif	Val... territoire	Val... Pays de la Loire	Val... France métropo	Valeur min.	Valeur nationale	Valeur max.
B- SANTÉ DES POPULATIONS								
	B1- Mortalité générale - deux sexes	519	106	97	100	85		132
	B2- Mortalité générale - hommes	299	119	98	100	87		132
	B3- Mortalité générale - femmes	221	92	95	100	83		133
	B4- Mortalité prématurée - deux sexes	112	116	97	100	74		139
	B5- Mortalité prématurée - hommes	87	130	100	100	74		134
	B6- Mortalité prématurée - femmes	25	82	91	100	56		155
	B7- Mortalité prématurée évitable	39	126	107	100	77		159
	B8- Admissions en ALD (3 principaux régimes d'AM)	1 316	100	93	100	73		110
- / +	Indicateurs	Effectif	Val... territoire	Val... Pays de la Loire	Val... France métropo	Valeur min.	Valeur nationale	Valeur max.
C- PROBLÈMES DE SANTÉ								
	C1- Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire	154	117	98	100	82		146
	C3- Admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire	494	119	94	100	74		120
	C4- Admissions en ALD pour diabète	176	84	87	100	66		115
	C5- Mortalité par cancers	148	106	100	100	81		116
	C6- Mortalité prématurée par cancers	41	105	100	100	78		127
	C7- Admissions en ALD pour cancers	266	95	104	100	83		118
	C14- Admissions en ALD pour affections psychiatriques	120	108	82	100	40		130
	C15- Admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer	49	75	93	100	61		133
- / +	Indicateurs	Effectif	Val... territoire	Val... Pays de la Loire	Val... France métropo	Valeur min.	Valeur nationale	Valeur max.
D- DÉTERMINANTS DE SANTÉ								
	D1- Mortalité par pathologies liées à l'alcool	14	156	112	100	59		224
	D2- Mortalité par accident de la circulation	6	181	112	100	29		214
	D3- Mortalité par suicide	14	153	125	100	55		231

Source : ORS Pays de la Loire, Panier d'indicateurs socio-sanitaires, TPS Châteaubriant

F - RECOURS AUX SOINS HOSPITALIERS						0	20	40	60	80	100	120	140	160	180
67	hospitalisations totales (données brutes)	16 587	2 934	2 617	2 089	2 627	3 242								
68	dont séjours médicaux	6 323	1 118	971	655	989	1 348								
69	dont séjours chirurgicaux	5 413	957	892	748	892	1 183								
67bis	hospitalisations totales (données standardisées)		105	95	88	94	108								
70	hospitalisations potentiellement évitables	552	117	92	62	95	132								
J - ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGEES						20	40	60	80	100	120	140	160	180	
92	places en Ehpad et USLD	687	1 281	1 449	743	1 542	2 662								

Source : ARS Pays de la Loire, Diagnostic Flash, TPS Pays de Châteaubriant, 2013

Données ORS – Définitions

Mortalité générale - deux sexes

Mortalité générale - hommes

Mortalité générale - femmes

indice comparatif de mortalité (ICM) générale (Inserm-CépiDc, 2007-2011 - Insee, RP2009, RP2010).

Un ICM de 114 signifie une mortalité supérieure de 14 % à la moyenne nationale. Un ICM de 86 signifie une mortalité inférieure de 14 % par rapport à cette moyenne.

Mortalité prématurée - deux sexes

Mortalité prématurée - hommes

Mortalité prématurée - femmes

indice comparatif de mortalité (ICM) prématurée (Inserm-CépiDc, 2007-2011 - Insee, RP2009, RP2010).

Un ICM de 114 signifie une mortalité supérieure de 14 % à la moyenne nationale. Un ICM de 86 signifie une mortalité inférieure de 14 % par rapport à cette moyenne.

Mortalité prématurée évitable

indice comparatif de mortalité (ICM) prématurée évitable (décès de personnes âgées de moins de 65 ans, par cancer du poumon, cancers des voies aérodigestives supérieures -yc œsophage-, psychose alcoolique, maladies alcooliques et cirrhose du foie, accident de la circulation, chute accidentelle, suicide et sida) (Inserm-CépiDc, 2007-2011 - Insee, RP2009, RP2010).

Un ICM de 114 signifie une mortalité supérieure de 14 % à la moyenne nationale. Un ICM de 86 signifie une mortalité inférieure de 14 % par rapport à cette moyenne.

Admissions en ALD (3 principaux régimes d'assurance maladie)

indice comparatif (IC) d'admissions en ALD (Cnamts, RSI, CCMSA, 2010-2012 - Insee, RP2011)

Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire

indice comparatif de mortalité (ICM) par maladies de l'appareil circulatoire (Inserm-CépiDc, 2007-2011 - Insee, RP2009, RP2010)

Admissions en ALD pour diabète (3 principaux régimes d'assurance maladie)

indice comparatif (IC) d'admissions en ALD pour diabète (Cnamts, RSI, CCMSA, 2010-2012 - Insee, RP2011)

Mortalité par cancers

Mortalité prématurée par cancers

indice comparatif de mortalité (ICM) par cancers (Inserm-CépiDc, 2007-2011 - Insee, RP2009, RP2010)

Admissions en ALD pour cancers (3 principaux régimes d'assurance maladie)

indice comparatif (IC) d'admissions en ALD pour cancers (Cnamts, RSI, CCMSA, 2010-2012 - Insee, RP2011)

Admissions en ALD pour affections psychiatriques (3 principaux régimes d'assurance maladie)

indice comparatif (IC) d'admissions en ALD pour affections psychiatriques de longue durée (ALD 23) (Cnamts, RSI, CCMSA, 2010-2012 - Insee, RP2011)

Admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer (3 principaux régimes d'assurance maladie)

indice comparatif (IC) d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15) (Cnamts, RSI, CCMSA, 2010-2012 - Insee, RP2011)

Mortalité par pathologies liées à l'alcool

indice comparatif de mortalité (ICM) par troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, ou par maladies alcooliques et cirrhose du foie (Inserm-CépiDc, 2007-2011 - Insee, RP2009, RP2010)

Mortalité par accident de la circulation

indice comparatif de mortalité (ICM) par accident de la circulation (Inserm-CépiDc, 2007-2011 - Insee, RP2009, RP2010)

Mortalité par suicide

indice comparatif de mortalité (ICM) par suicide (Inserm-CépiDc, 2007-2011 - Insee, RP2009, RP2010)

Données ORS/ARS

Hospitalisations totales

Indice comparatif d'hospitalisations toutes causes (PMSI MCO 2008-2010), hors séances et nouveau-nés « bien portants »

Hospitalisations potentiellement évitables

Indice comparatif d'hospitalisations potentiellement évitables (séjours de plus de 24 heures chez les 20 ans et plus)

Places en Ehpad et USLD

Nombre de places en établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) et Unités de soins de longue durée (USLD) (Finess 2013) pour 10 000 personnes de 75 ans et plus

Annexe 14 - Démographie médicale - 1^{er} recours – TSP de Châteaubriant



Territoire de Santé de Proximité
Châteaubriant

Loire-Atlantique

Territoire

Espace d'Equipe de Soins :

Nozay
Châteaubriant

Communes en zones conventionnelles :

Nozay
Vay
La Grignonais
Treffieux

Saffré
Abbaretz
Puceul

Population

Sources : Insee recensement de la population 2011 et 2012

Population municipale 2012 :	58 804
Population municipale 2011 :	58 356
Taux de variation 2011/2012 :	0,8%

Région

Part des moins de 20 ans :	27%	25%
Part des 20-59 ans :	50%	51%
Part des 60-74 ans :	14%	15%
Part des 75 ans et plus :	9%	8%

Démographie médicale et paramédicale

Sources : Assurance Maladie et Finess au 1er janvier 2015

	Nombre de professionnels de santé libéraux	Nombre de 60 ans et plus	Part des 60 ans et plus	Part des 60 ans et plus	Région
Médecins :	35	9	26%	30%	
Infirmiers :	41	3	7%	9%	
Masseurs-kinésithérapeutes :	29	4	14%	11%	
Chirurgiens-dentistes :	22	7	32%	21%	
Pharmacies d'officine :	20	Part des 60 ans et plus			
Laboratoires d'analyses et de biologie médicale :	1	Ecart à la moyenne régionale			
Centre de Santé Municipaux :	0	Supérieur à + 20 %			
Centres de Soins Infirmiers :	3	Entre - 20 % et + 20 %			
SSIAD :	4	Inférieur à - 20 %			
Centre de Soins Dentaires :	1				

Densité standardisée

Densité (*) pour 10 000 habitants	Densité (*) pour 10 000 habitant	Région
5,7	7,7	
5,7	5,6	
4,7	7,4	
3,8	4,8	
Densité : Ecart à la moyenne régionale		
Inférieur à - 20 %		
Entre - 20 % et + 20 %		
Supérieur à + 20 %		
(*) Densité standardisée par l'âge des habitants pour prendre en compte les niveaux de recours aux soins plus important chez les personnes âgées.		

Etablissements sanitaires de courts séjours

Sources : Finess au 1er janvier 2015

Hôpitaux :	CHU	CH	HL	HAD :	Etablissements de soins :	Chirurgicaux	Médicaux	Pluridisciplinaires
	0	1	1	0		1	0	0

ARS Pays-de-la-Loire - Département Accès aux Soins de Proximité - Mars 2015

Territoire

Territoire de Santé de Proximité :

Châteaubriant

Intercommunalité :

CC du Castelbriantais

Communes en zones conventionnelles :

Population

Sources : Insee recensement de la population 2011 et 2012

Population municipale 2012 :	33 067
Population municipale 2011 :	33 056
Taux de variation 2011/2012 :	0,0%

		Région
Part des moins de 20 ans :	26%	25%
Part des 20-59 ans :	49%	51%
Part des 60-74 ans :	16%	15%
Part des 75 ans et plus :	9%	8%

Démographie médicale et paramédicale

Sources : Assurance Maladie et Finess au 1er janvier 2015

	Nombre de professionnels de santé libéraux	Nombre de 60 ans et plus	Part des 60 ans et plus	Part des 60 ans et plus
Médecins :	21	7	33%	30%
Infirmiers :	22	2	9%	9%
Masseurs-kinésithérapeutes :	19	4	21%	11%
Chirurgiens-dentistes :	16	7	44%	21%
Pharmacies d'officine :	13			
Laboratoires d'analyses et de biologie médicale :	1			
Centre de Santé Municipaux :	0			
Centres de Soins Infirmiers :	1			
SSIAD :	2			
Centre de Soins Dentaires :	1			

Densité standardisée

	Densité (*) pour 10 000 habitants	Densité (*) pour 10 000 habitant
Médecins :	5,9	7,7
Infirmiers :	5,0	5,6
Masseurs-kinésithérapeutes :	5,3	7,4
Chirurgiens-dentistes :	4,9	4,8

Part des 60 ans et plus
Ecart à la moyenne régionale

- Supérieur à + 20 %
- Entre - 20 % et + 20 %
- Inférieur à - 20 %

Densité : Ecart à la moyenne régionale

- Inférieur à - 20 %
- Entre - 20 % et + 20 %
- Supérieur à + 20 %

(*) Densité standardisée par l'âge des habitants pour prendre en compte les niveaux de recours aux soins plus important chez les personnes âgées.

Etablissements sanitaires de courts séjours

Sources : Finess au 1er janvier 2015

Hôpitaux :	CHU	CH	HL	HAD :
	0	1	0	0

Hôpitaux :

CH DE CHATEAUBRIANT

Etablissements de soins :	Chirurgicaux	Médicaux	Pluridisciplinaires
	1	0	0

Etablissements de soins :

CLINIQUE SAINTE-MARIE - PÔLE SANTE DE CHOISEL

Territoire

Territoire de Santé de Proximité :

Châteaubriant

Intercommunalité :

CC de la Région de Nozay
CC du Secteur de Derval

Communes en zones conventionnelles :

Nozay Saffré
Vay Abbaretz
La Grignonais Puceul
Treffieux

Population

Sources : Insee recensement de la population 2011 et 2012

Population municipale 2012 :	25 737
Population municipale 2011 :	25 300
Taux de variation 2011/2012 :	1,7%

		Région
Part des moins de 20 ans :	29%	25%
Part des 20-59 ans :	51%	51%
Part des 60-74 ans :	12%	15%
Part des 75 ans et plus :	8%	8%

Démographie médicale et paramédicale

Sources : Assurance Maladie et Finess au 1er janvier 2015

	Nombre de professionnels de santé libéraux	Nombre de 60 ans et plus	Part des 60 ans et plus	Part des 60 ans et plus	Région
Médecins :	14	2	14%	30%	
Infirmiers :	19	1	5%	9%	
Masseurs-kinésithérapeutes :	10	0	0%	11%	
Chirurgiens-dentistes :	6	0	0%	21%	
Pharmacies d'officine :	7	Part des 60 ans et plus			
Laboratoires d'analyses et de biologie médicale :	0	Ecart à la moyenne régionale			
Centre de Santé Municipaux :	0	Supérieur à + 20 %			
Centres de Soins Infirmiers :	2	Entre - 20 % et + 20 %			
SSIAD :	2	Inférieur à - 20 %			
Centre de Soins Dentaires :	0				

Densité standardisée

Densité (*) pour 10 000 habitants	Densité (*) pour 10 000 habitant	Région
5,4	7,7	
6,7	5,6	
3,9	7,4	
2,4	4,8	

Densité : Ecart à la moyenne régionale

- Inférieur à - 20 %
- Entre - 20 % et + 20 %
- Supérieur à + 20 %

(*) Densité standardisée par l'âge des habitants pour prendre en compte les niveaux de recours aux soins plus important chez les personnes âgées.

Etablissements sanitaires de courts séjours

Sources : Finess au 1er janvier 2015

Hôpitaux :	CHU	CH	HL	HAD :
	0	0	1	0

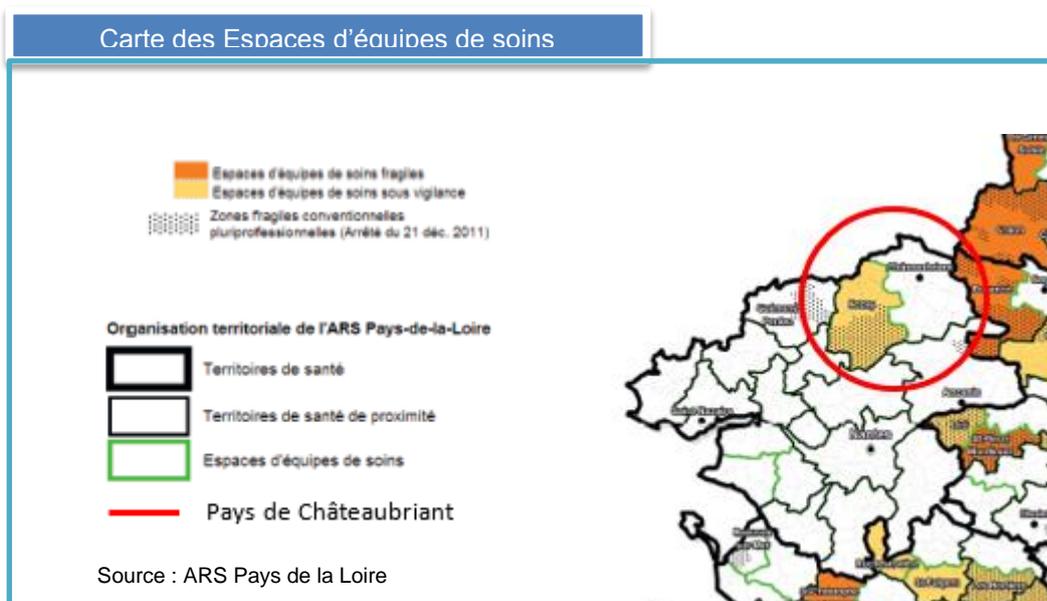
Etablissements de soins :	Chirurgicaux	Médicaux	Pluridisciplinaires
	0	0	0

Hôpitaux :

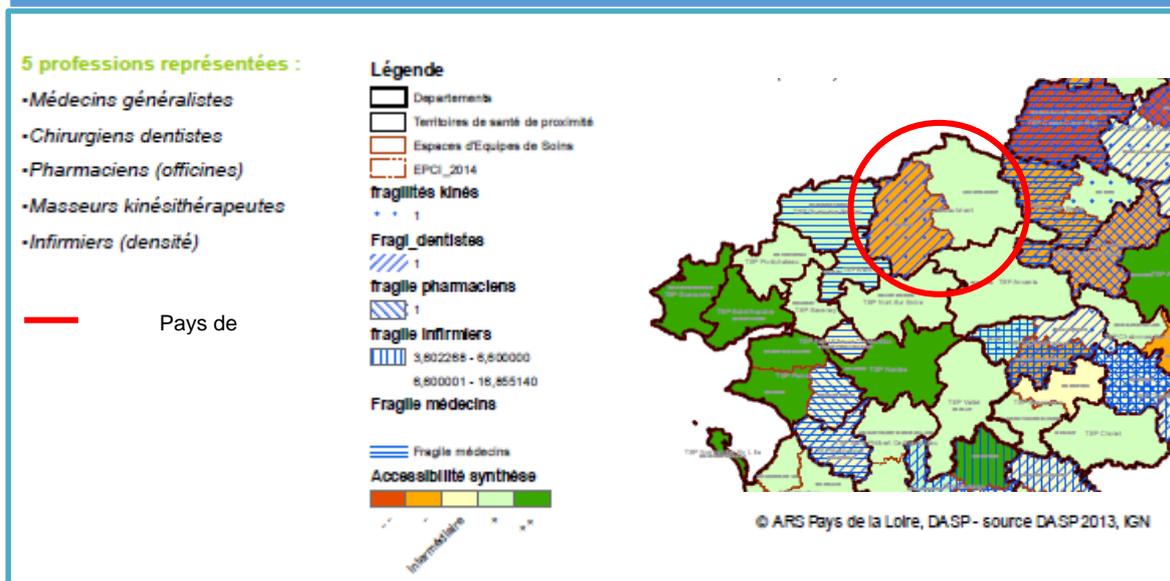
HL DE NOZAY

Etablissements de soins :

Annexe 15 - Accessibilité aux professionnels/services de santé sur le TSP de Châteaubriant



Accessibilité relative des EES aux soins de premiers recours et fragilités par densité des 5 professions



Au niveau régional, l'accessibilité est marquée par un gradient structurel urbain/rural, complété par un gradient Nord-Est/Sud-Ouest.

Pour l'ARS Pays de la Loire¹⁵², l'analyse de l'accessibilité aux soins et de la fragilité démographique en professionnels de santé des EES passe par différents moyens :

A - Analyse de l'accessibilité par l'outil « Accessibilité Potentielle Localisée » (APL)

Le calcul de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) prend en compte :

- La population desservie, pondérée par le temps d'accès aux professionnels de santé .
- Le niveau d'activité des professionnels de santé, en fonction du nombre d'actes réalisés.
- La consommation de soins, mesurée par le taux de recours en fonction de la structure par âge de la population.
- Le nombre de professionnels de santé.
- L'APL fournit un score d'accessibilité relatif.

Avantages par rapport à la densité brute :

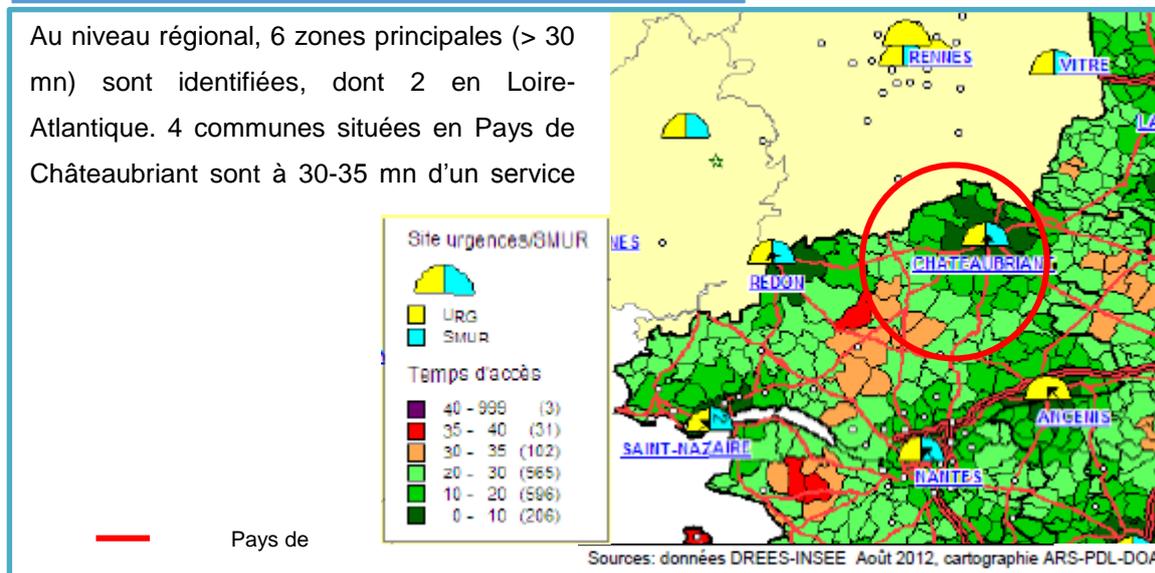
- Prise en compte du niveau d'activité, donc de la disponibilité de l'offre.
- Pas d'effet frontière, grâce à la prise en compte du temps d'accès et non de la limite communale.
- Prise en compte de spécificité de la population, par le taux de recours aux soins.

B - Analyse de la fragilité démographique par la densité en professionnels de santé.

C - Combinaison des deux analyses afin d'identifier les espaces où se déploieront prioritairement les douze mesures du Pacte « Territoire – Santé ».

Cartographie des temps d'accès aux urgences

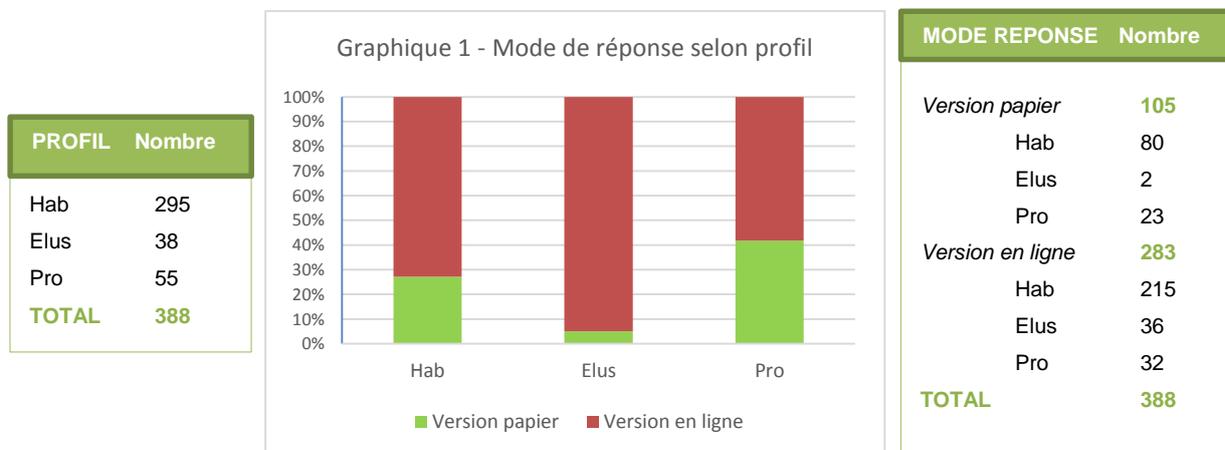
Au niveau régional, 6 zones principales (> 30 mn) sont identifiées, dont 2 en Loire-Atlantique. 4 communes situées en Pays de Châteaubriant sont à 30-35 mn d'un service



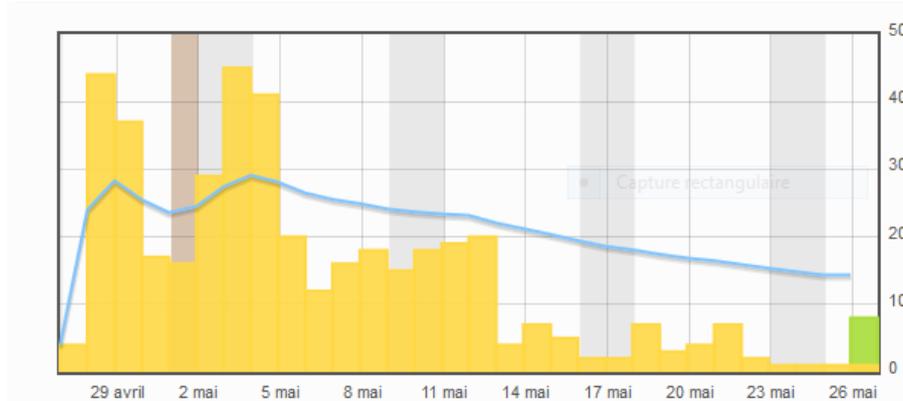
¹⁵² ARS Pays de la Loire, Dossier de presse, 26.02.2013, p. 12

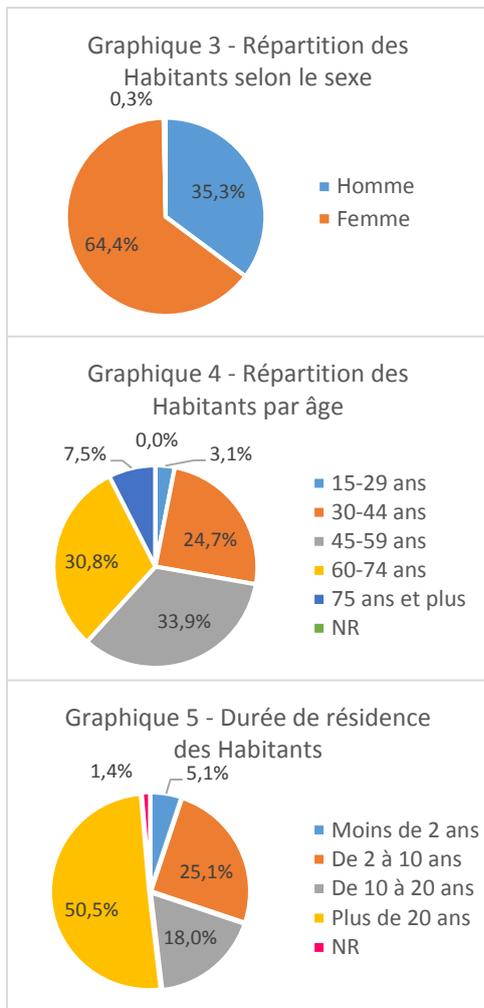
Annexe 16 - Traitement des résultats de l'enquête Territoire et Santé

A) Participation à l'enquête et profils des répondants



Graphique 2 – Nombre de visites par jour du site web du Conseil de développement





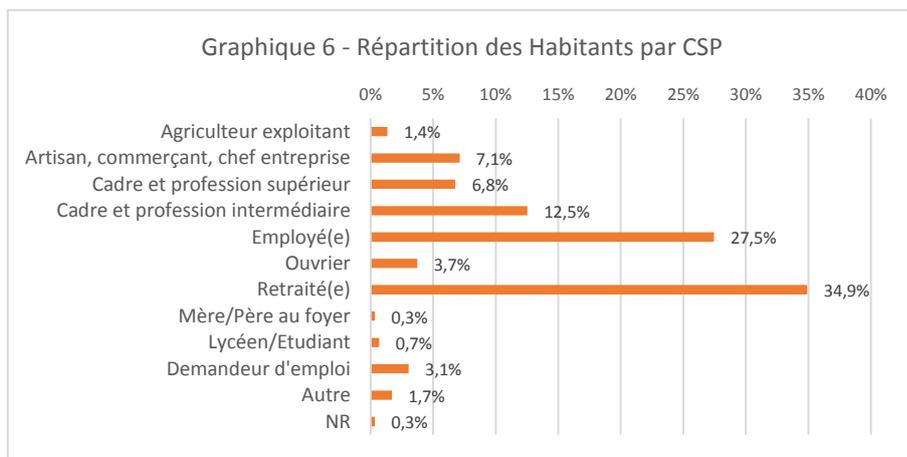
Concernant les Habitants, presque 2/3 des répondants sont des femmes.

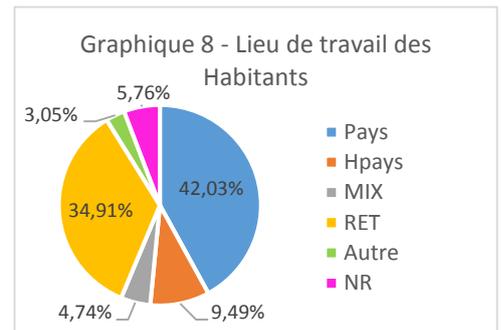
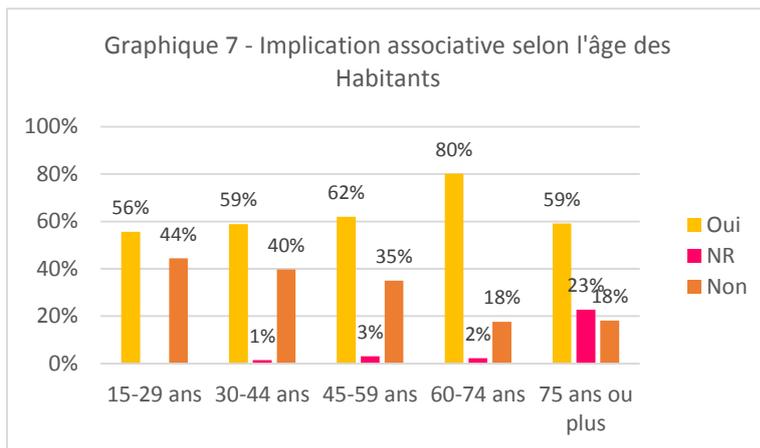
Trois tranches d'âge sont particulièrement représentées, les *30-44 ans*, les *45-59 ans* et les *60-74 ans*. En revanche, les plus jeunes (*15-29 ans*) et les plus âgés (*75 ans et plus*) sont très peu représentés (respectivement 3.1% et 7.5%). Un tiers des personnes ont des *enfants en bas-âge ou scolarisés*.

Les personnes de notre échantillon habitent dans leur commune actuelle de résidence depuis *plus de 20 ans* pour la moitié d'entre elles. Les nouveaux résidents installés depuis *moins de 11 ans* représentent 30%.

Les Habitants sont en majorité *propriétaires* de leur logement (84.4%) et ne vivent *pas seuls* (77.6%). La répartition des lieux de résidence *en ville/ « bourg »* et *« en campagne »* est relativement équilibrée, avec respectivement 57% et 42%.

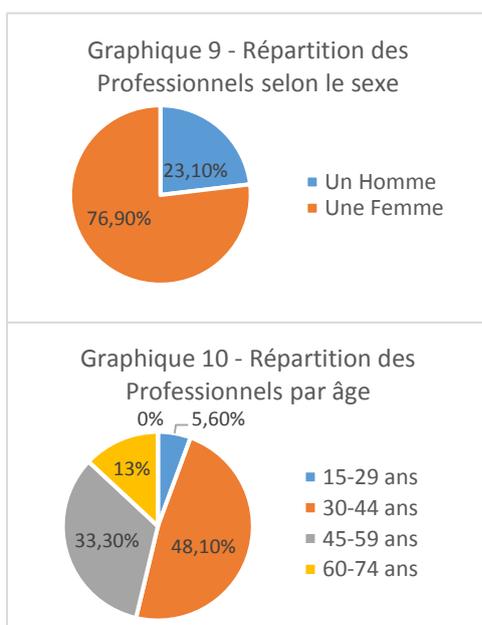
Notre échantillon est majoritairement constitué par des *retraité(e)s* (35%) et des *employé(e)s* (27,5%). Les *cadres (intermédiaires et supérieurs)* représentent un peu plus de 19%. Les *agriculteurs exploitants* ainsi que les *ouvriers* sont, quant à elles, deux catégories très peu représentées (5% au total).





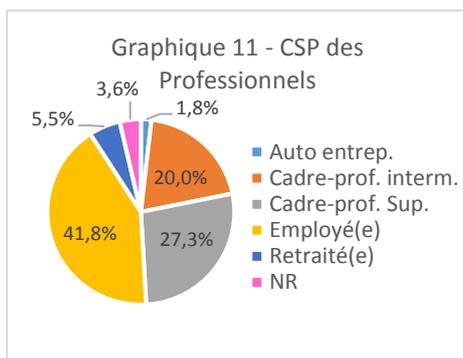
Deux répondants sur trois déclarent être impliqués au sein d'une *association/réseau* du territoire, et ce, quelle que soit la tranche d'âge considérée. L'implication des retraités, avant 75 ans, est néanmoins la plus importante, avec 80% de l'échantillon concernés.

Nous avons vu que les Retraités représentent plus d'1/3 des Habitants. Pour ceux qui sont en activité professionnelle, une très grande majorité travaille dans une commune située dans le Pays de Châteaubriant (*Pays* : 42%), contre 9,5% dans une commune située en dehors du Pays de Châteaubriant (*HPays*). Moins de 5% ont une activité multi-sites (*MIX*). Les réponses *Autre* correspondent aux personnes demandeur d'emploi, homme/femme au foyer ou en invalidité.



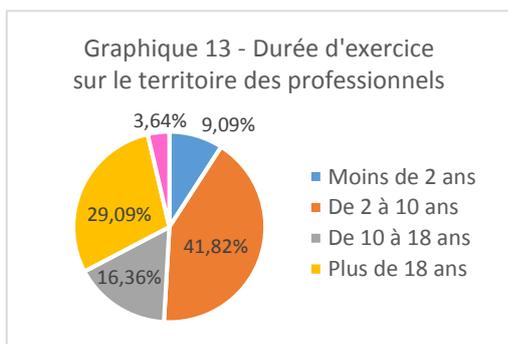
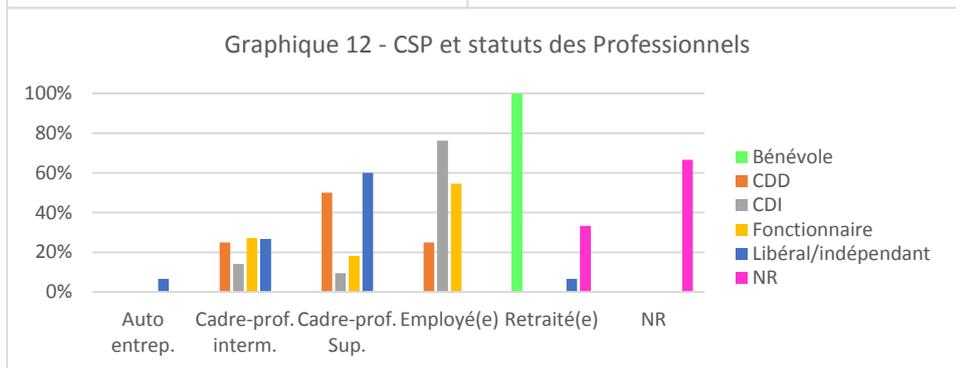
Concernant les Professionnels, plus des 3/4 des répondants sont des femmes.

Comme pour les Habitants, trois tranches d'âge sont particulièrement représentées. Presque 1 professionnel sur 2 est âgé de 30 à 44 ans, la tranche des 45-59 ans représente 1/3 des professionnels et la tranche des 60-74 ans, 13%. Les plus jeunes (15-29 ans) sont très peu représentés (5.6%). Aucune personne de 75 ans ou plus ne fait partie de l'échantillon (rappelons que l'enquête était ouverte aussi bien aux actifs qu'aux bénévoles).



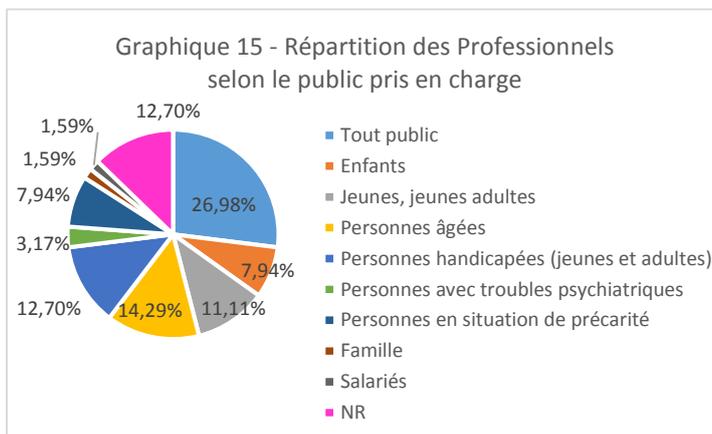
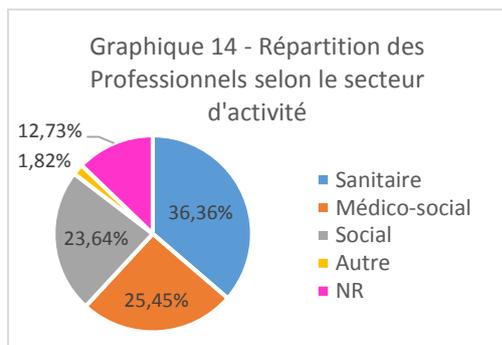
Notre échantillon est constitué de *cadres (intermédiaires et supérieurs)*, représentant un peu plus de 47% et d'*employés* représentant quant à eux presque 42% des Professionnels.

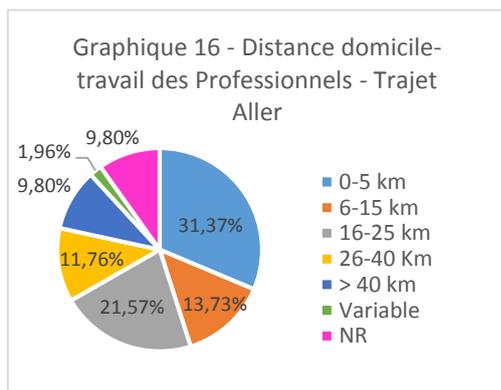
Les Professionnels sous statut *CDI* ou *Fonctionnaire* sont majoritairement des *employés*, les statuts *CDD* et *libéral/indépendant* étant plus présents chez les *cadres*.



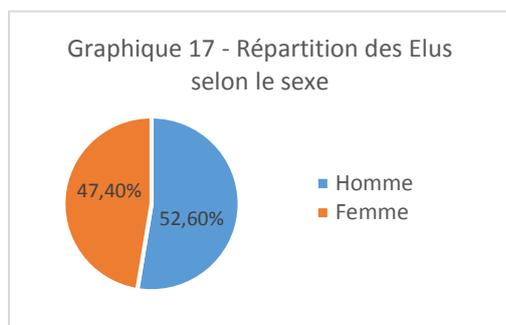
Concernant leur durée d'exercice sur le territoire, les Professionnels se répartissent de manière égale en 2 groupes : exercice depuis moins de 10 ans et exercice depuis plus de 10 ans. Les Professionnels les plus récents sur le territoire (*moins de 2 ans*) représentent 9%, alors que les plus anciens (*plus de 18 ans*) représentent 29%.

Les trois secteurs d'activités, sanitaire, médico-social et social sont bien représentés dans l'échantillon, avec un avantage pour les professionnels du sanitaire (36,36%). Près de 13% des professionnels n'ont cependant pas renseigné cette question. Les publics pris en charge par les professionnels sont variés, enfants, jeunes, personnes âgées, mais également personnes handicapées ou en situation de précarité. Plus d'1/4 des professionnels reçoit *tout public*.



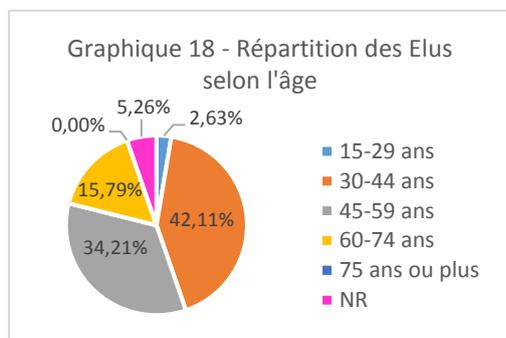


Enfin, la moitié des Professionnels répondants réalise un *trajet Aller* de moins de 16 km entre leur domicile et leur lieu de travail, dont plus de 31% habitent à proximité directe de leur lieu de travail (0-5 km) ; l'autre moitié réalisant un *trajet Aller* de plus de 15 km, et près de 10% d'entre eux habitent à plus de 40 km Aller de leur lieu de travail. Plus de 83% des Professionnels utilisent leur voiture pour ces déplacements.

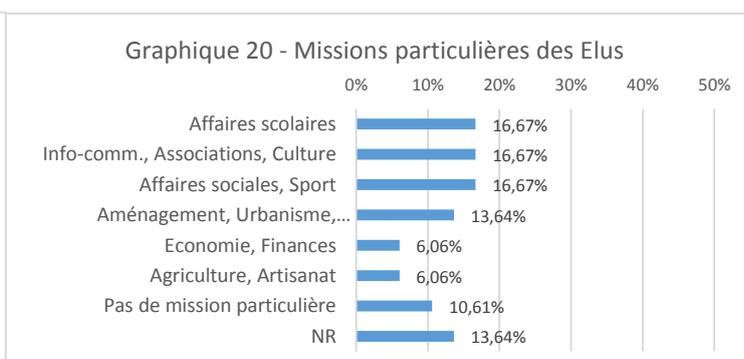
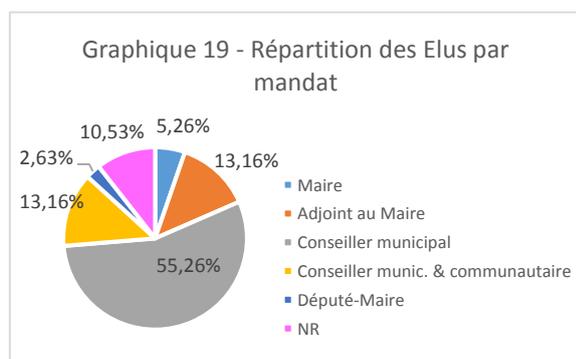


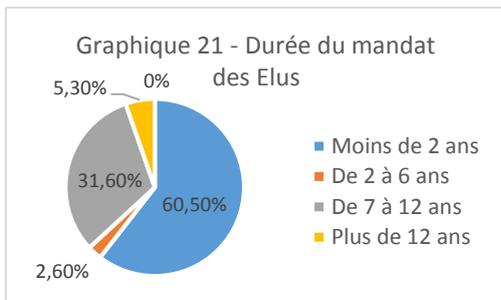
Concernant les Elus, l'échantillon est beaucoup plus équilibré que les Habitants ou les Professionnels entre les *hommes* et les *femmes*.

En majorité, les Elus répondants sont âgés de 30 à 59 ans (pour plus de 76%), les plus jeunes étant très peu représentés (2.63% de 15-29 ans) et aucune personne n'est âgée de 75 ans ou plus.



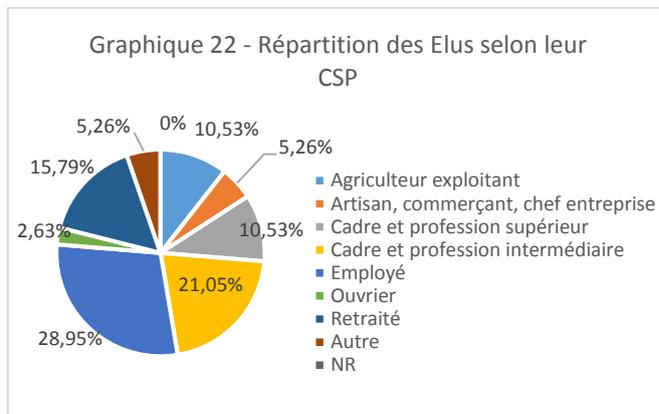
Les répondants sont en majorité des *Conseillers municipaux* (plus de 55%), seuls 5% ont un mandat de *Maire*. Enfin, plus de 10% des répondants n'ont pas indiqué le type de mandat exercé. Les missions particulières dont sont chargés les élus sont le plus souvent les *Affaires scolaires*, l'*information-communication* et les *Affaires sociales* (50% des réponses).





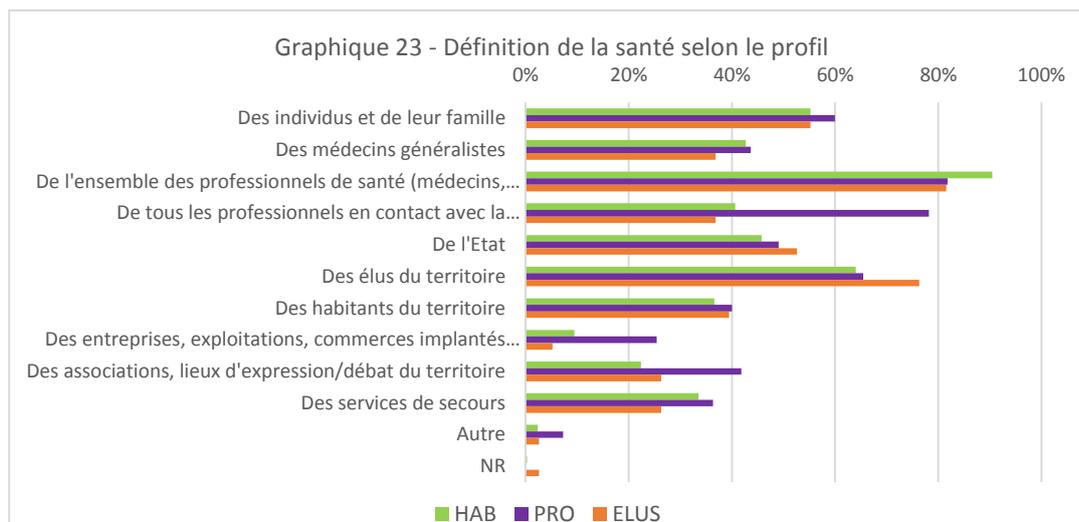
L'échantillon des Elus comprend une majorité de nouveaux élus, exerçant leur mandat depuis *moins de 2 ans* (60,5%). Plus de 31% ont une plus grande expérience, avec un mandat exercé depuis *7 à 12 ans*.

Les répondants exerçant un mandat à l'échelle locale, les *trajets domicile – siège d'élu* sont dans leur grande majorité très courts (au maximum 1 Km dans 45% des cas pour un *trajet Aller*). Si l'utilisation de la voiture personnelle reste le moyen de déplacement le plus cité, la proximité encourage la multi-modalité, puisque les élus disent également recourir au *co-voiturage* ou à la *marche à pied* pour ces déplacements.



Enfin, deux CSP sont particulièrement représentées chez les Elus : les *cadres (intermédiaires et supérieurs)* – 31,58% et les *employés*, à presque 29%. Les *agriculteurs* sont présents à plus de 10%, les *retraités* à 15,8%, cependant, les *ouvriers* sont très peu présents, à moins de 3%.

B) Quelle définition de la santé ?



Les Habitants, Professionnels et Elus avaient la possibilité de cocher 1 à 10 modalités de réponse à la question « Selon vous, la santé sur le plan local, c'est l'affaire de ... ? »¹⁵³. Une modalité *Autre* permettait également aux répondants d'ajouter librement une réponse.

La modalité *l'ensemble des professionnels de santé* est citée dans au moins 80% des réponses, quel que soit le profil des répondants et jusqu'à 90.5% des réponses des Habitants. La deuxième réponse la plus citée est *les élus du territoire*, avec 64 et 65% chez les Habitants et les Professionnels et jusqu'à 76% pour le profil Elus. La santé apparaît également comme une question d'ordre personnel et privé, puisque *les individus et leur famille* sont cités dans au moins 55% des réponses des trois profils de répondants. L'*Etat* est présent comme acteur de la santé de 45 à 52% des réponses selon le profil, devant *les habitants du territoire* (de 36 à 40%) ou encore *les associations, lieux d'expression/débat du territoire* (de 22 à 42%).

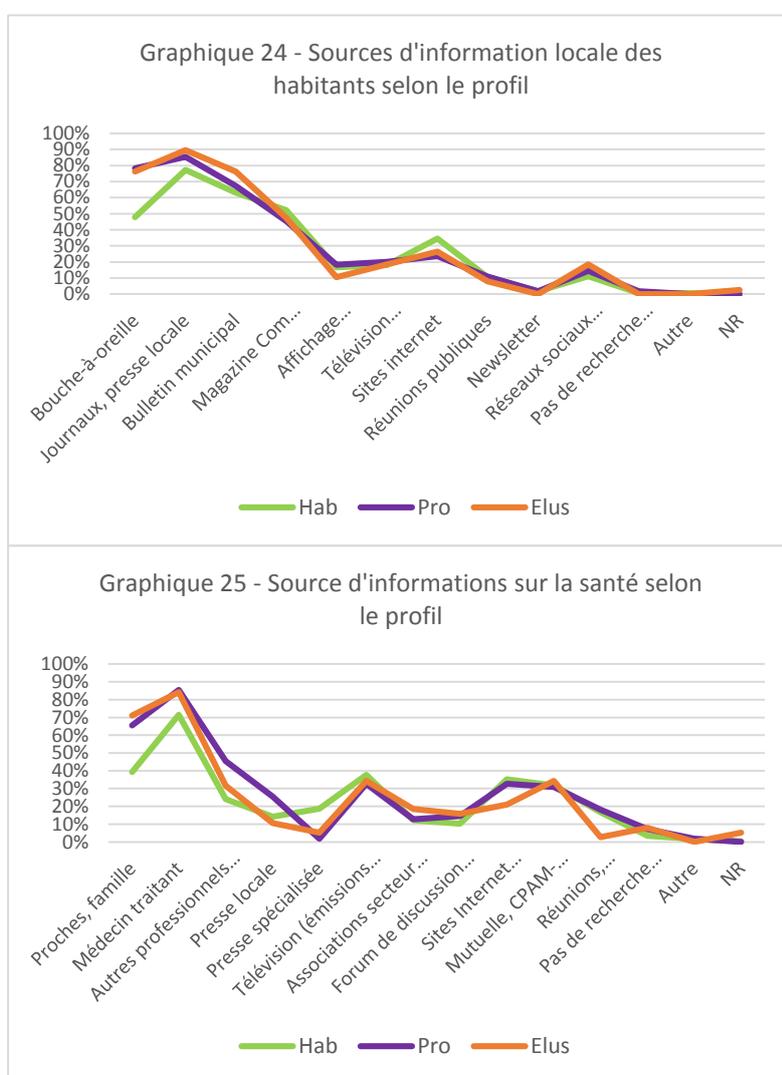
Si les trois profils d'enquêtés s'accordent dans leurs réponses, les Professionnels se démarquent des Habitants et des Elus pour trois modalités : s'ils répondent massivement (dans 78% des réponses) que la santé est l'affaire de *l'ensemble des professionnels en contact avec la population*, valorisant ainsi leur propre implication professionnelle, les Habitants et les Elus ne leur accorde pas la même légitimité (respectivement 40% des réponses ou 36%). De même, les Professionnels situent *les associations, lieux d'expression/débat du territoire* comme acteur de la santé à hauteur de 42%, quand les Habitants et les Elus placent ces mêmes acteurs dans 22 ou 26% de leurs réponses. Enfin, les *entreprises, exploitations, commerces implantés sur le territoire* sont les moins présents dans les réponses, surtout du côté des Habitants (9%) et des Elus (5%), alors que les réponses des Professionnels y font référence dans 25% des cas.

¹⁵³ Q.5Hab ; Q.4Pro et Q.4Elus

C) Quel accès à l'information ?

Cinq questions pour le profil Habitants et quatre pour les profils Professionnels et Elus permettent d'aborder le thème de l'accès des habitants à l'information¹⁵⁴. Les Habitants sont questionnés sur leurs pratiques, les Professionnels et Elus sont invités à se prononcer sur leurs perceptions des pratiques des habitants.

Les réponses des trois profils sont parfaitement homogènes concernant les sources d'information locale, à l'exception cependant d'une modalité le *bouche-à-oreille*, moins citée par les Habitants. Les *journaux, presse locale, le bulletin municipal* ainsi que le *magazine de la ComCom/Conseil Général* sont les sources d'information les plus fréquentes. Si les sites internet recueillent de 23 à 34% des réponses selon les profils, les *newsletter* ou les *réseaux sociaux* ne constituent pas des moyens d'information pertinents au niveau local.



Sur le plan de la Santé également, les trois profils citent dans des proportions relativement équivalentes les sources d'information utilisées par les habitants. Le *médecin traitant* représente la source la plus fréquemment citée, quel que soit le profil, de même que les *proches, famille*, mais en proportion moindre chez les Habitants (39% des réponses) que chez les Professionnels/Elus (65%/71% des réponses). Viennent ensuite les *autres professionnels de santé/social* (de 24 à 45% des réponses), la *télévision (émissions spécialisées, documentaires...)* (de 32 à 37% des réponses), les *mutuelles, CPAM-MSA-RSI, Caisse retraite* (de 30 à

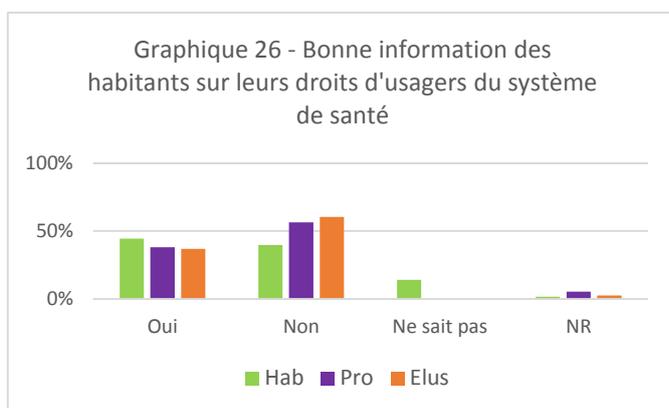
34% des réponses). Les *sites internet* représentent de 21 à 31% des réponses, mais les *forum de*

¹⁵⁴ Q.11-12-13-15-17Hab ; Q.9-10-12-14Pro et Elus

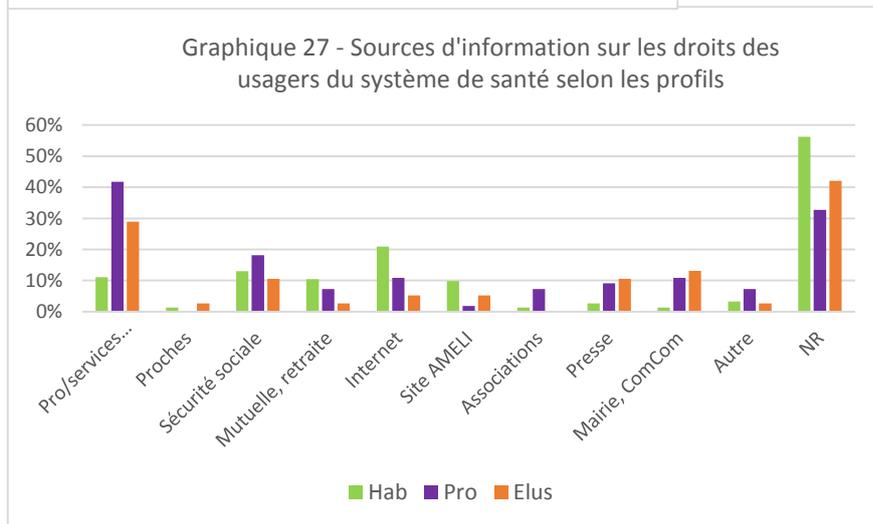
discussion ne représentent pas une source d'information sur la santé citée de manière fréquente (de 10 à 15% des réponses). Les *associations du secteur santé/social* ne sont pas, quant à elles, une source privilégiée d'information dans le domaine de la santé, avec 12 à 18% des réponses.

La question des droits des usagers du système de santé a également été envisagée dans l'enquête. Si la très grande majorité des Habitants déclare *savoir qu'ils ont des droits* en tant que patient ou usager du système de santé (92%), ils sont plus hésitants à dire qu'ils se sentent *bien informés* sur leurs droits (44%). Par ailleurs, même si plus de la moitié des Habitants disent savoir comment/où obtenir des informations sur leurs droits (*Oui* : 53%), plus d'1 sur 2 n'a pas précisé sa réponse (*Non réponse* : 54%).

Lorsque les Habitants ont apporté des précisions, ils sont majoritaires à utiliser *Internet* (21% des réponses) et le *site Ameli* (10% des réponses). La *sécurité sociale* et les *mutuelles, caisses de retraite* sont également des sources d'information sur les droits des usagers. Les Professionnels et les Elus



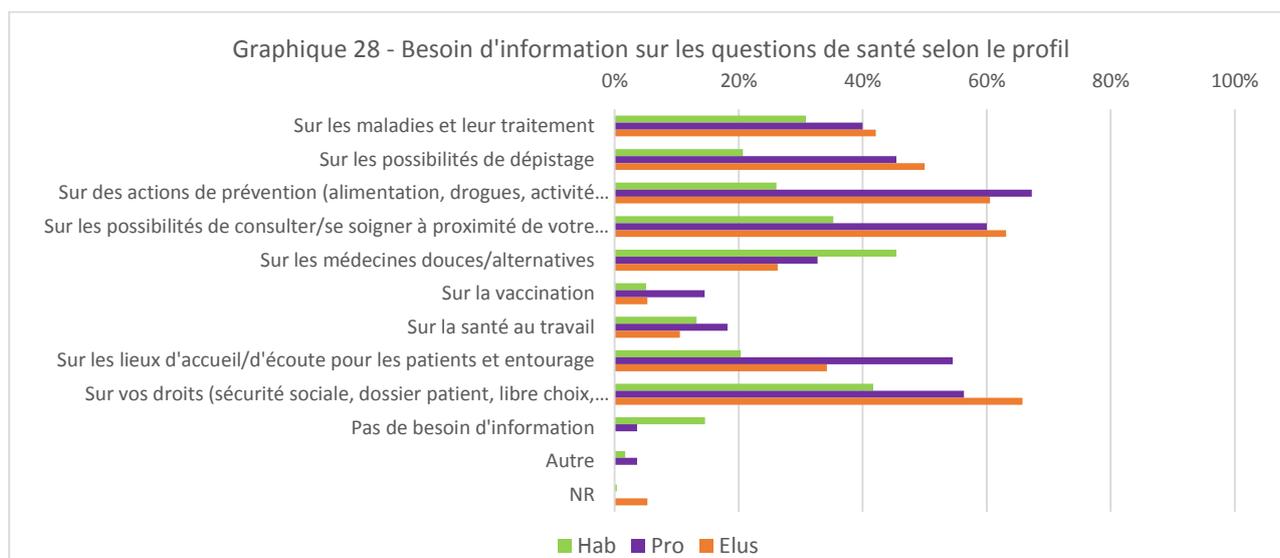
sont également nombreux à considérer que les habitants ne se sentent pas bien informés sur leurs droits en tant que patients/usagers du système de santé (*Non* : respectivement 56% et 60%). Cependant, les sources d'information potentielles citées ne sont pas les mêmes que celles citées par les Habitants.



En effet, les profils Professionnels et Elus citent moins souvent les sources indirectes, *Internet* (de 5 à 10% des réponses) et le *site Ameli* (de 1 à 5% des réponses) et plus fréquemment des sources directes, les *professionnels /services de santé/social* (de 29 à 42% des

réponses) et la *sécurité sociale* (permanences sur le territoire, notamment au CCAS Châteaubriant) (de 10 à 18% des réponses).

D) Besoins d'information sur les questions de santé et intérêt porté aux thématiques Santé



Neuf grandes thématiques liées à la santé étaient proposées aux Habitants, aux Professionnels et aux Elus comme modalités à la question sur les besoins d'information¹⁵⁵. Les Habitants étaient invités à cocher 1 à 6 thématiques pour lesquelles ils pensent avoir besoin d'être mieux informés. Les Professionnels et les Elus devaient, quant à eux, cocher 1 à 6 thématiques pour lesquelles ils pensent que les habitants auraient besoin d'être mieux informés.

Entre les représentations des besoins des Habitants (par les Professionnels et les Elus) et les besoins exprimés par les intéressés, il existe un décalage, parfois important.

En effet, pour les Habitants, la thématique la plus citée est *les médecines douces/alternatives* (45% des réponses), puis la thématique des *droits* (41% des réponses) et enfin, *les possibilités de consulter/se soigner à proximité de son domicile* (35% des réponses).

Pour les Professionnels et les Elus, *les actions de prévention* représentent la thématique citée la plus fréquemment dans les réponses (respectivement 67 et 60%), suivie des *possibilités de consulter/se soigner à proximité de son domicile* (60 à 63% des réponses) et par les *droits* (56 à 65% des réponses).

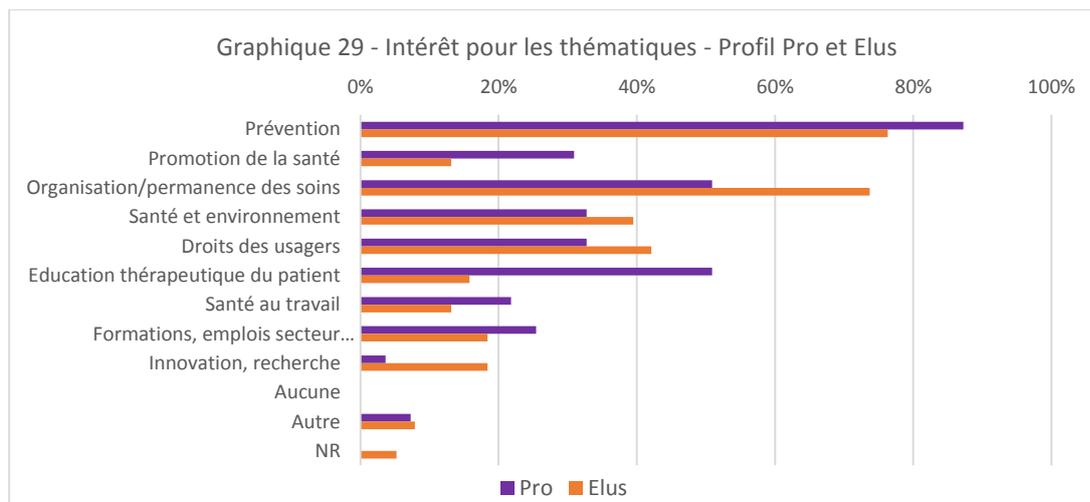
Les différences de réponses les plus marquées entre les profils de répondants concernent les modalités faisant référence à la prévention : *les actions de prévention, les possibilités de dépistage, la vaccination, les lieux d'accueil/d'écoute pour les patients et leur entourage*. D'un côté, les Habitants ne placent pas ces thématiques au cœur de leurs besoins d'information (de 20 à 26% des réponses,

¹⁵⁵ Q.16Hab : Pensez-vous avoir besoin d'être mieux informé(e) sur les questions de santé ? ; Q.13Pro et Q.13Elus : Selon-vous, les habitants du territoire ont-ils besoin d'être mieux informés sur les questions de santé ?

hors *vaccination*), de l'autre, les Professionnels et les Elus placent fréquemment ces thématiques au cœur des besoins qu'ils envisagent pour les habitants (de 45 à 67% des réponses, *hors vaccination*).

Le graphique précédent montrait que les Professionnels et les Elus plaçaient les questions de prévention en tête des réponses concernant les besoins d'information des habitants du territoire. La *prévention* arrive également en première réponse à la question de leur intérêt pour les thématiques du domaine de la santé¹⁵⁶ (76% des réponses pour les Elus et 87% pour les Professionnels). Le thème de *l'organisation/permanence des soins* représente également un intérêt certain pour les deux profils de répondants, intérêt plus marqué néanmoins pour les Elus (73% des réponses). *L'éducation thérapeutique du patient* est une réponse citée dans la moitié des réponses des Professionnels. Pour les deux profils, la *santé et environnement* ainsi que les *droits des usagers* sont également source d'intérêt, avec 32 à 42% des réponses.

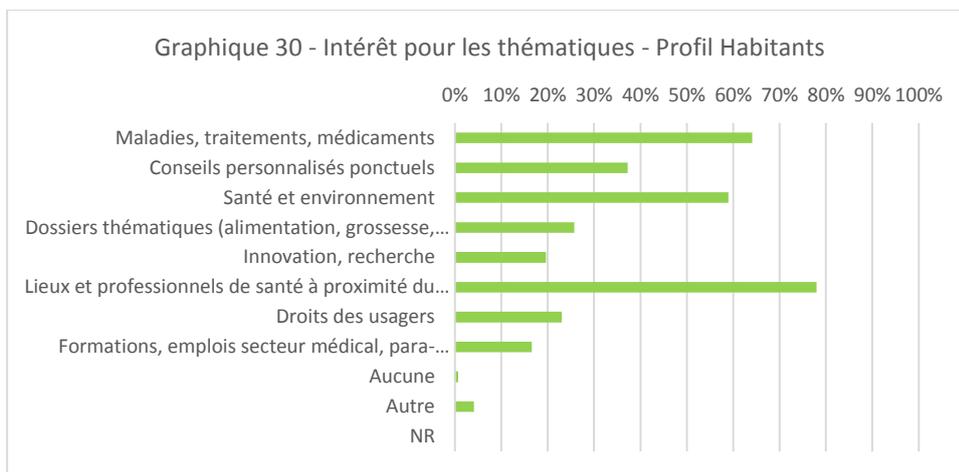
Si la *prévention* remporte l'essentiel de l'intérêt des Professionnels et des Elus, la *promotion de la santé*, quant à elle, nettement moins plébiscitée (30% des réponses chez les Professionnels et 13% chez les Elus).



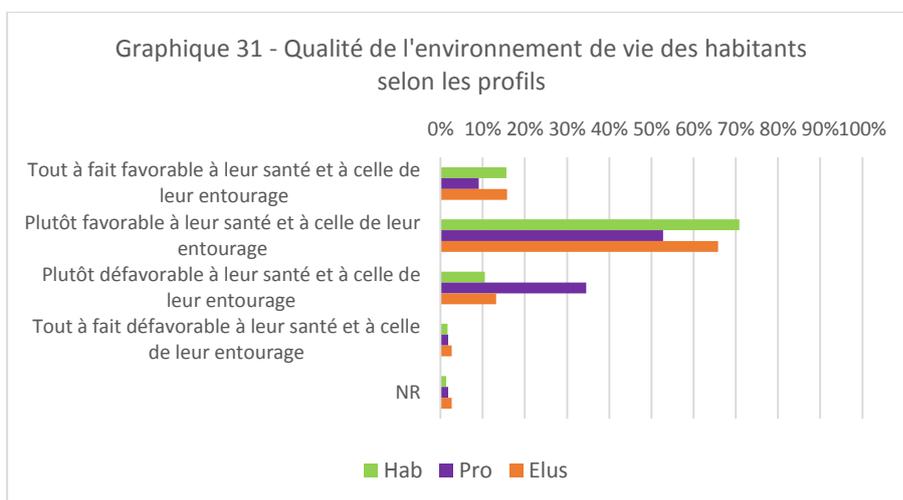
Pour cette question sur les intérêts pour les thématiques du domaine de la santé, certaines modalités étaient communes aux trois profils de répondants, d'autres étaient spécifiques¹⁵⁷ d'une part aux Professionnels et Elus, d'autre part aux Habitants. Pour ces derniers, l'intérêt majeur porte sur les *lieux et professionnels de santé à proximité du domicile* (78% des réponses). Les *maladies, traitements, médicaments* arrivent en seconde position (64% des réponses), puis le thème *Santé environnement* qui est cité dans 59% des réponses des Habitants.

¹⁵⁶ Q.6Hab, Q.5 Pro et Elus

¹⁵⁷ Cf. Annexe 10 – Dimensions des questionnaires



E) Qualité de l'environnement de vie, atouts et faiblesses du territoire



L'environnement de vie des habitants du territoire est majoritairement jugé comme *plutôt favorable à leur santé et à celle de leur entourage* par les trois profils de répondants. Si le positionnement des Habitants et des Elus est similaire pour cette question, en revanche, celui des Professionnels est plus partagé : si 52% d'entre eux pense que l'environnement de vie est *plutôt favorable* ils sont 34% à penser qu'il est *plutôt défavorable* à la santé des habitants et de leur entourage. Très peu d'enquêtés se sont prononcés pour la modalité *tout à fait défavorable*, en revanche, 9% des Professionnels et 15% des Habitants et Elus estiment que l'environnement de vie est *tout à fait favorable* à la santé des habitants et de leur entourage.

Pour les Elus, l'environnement de vie des habitants peut être *tout à fait* ou *plutôt défavorable à leur santé* également à cause de la faiblesse de l'offre médicale sur le territoire, doublée de conditions socio-économiques difficiles, l'accès aux soins devenant ainsi « de plus en plus complexe et long ».

Enfin, pour les Habitants, le facteur le plus souvent cité pour expliquer un environnement de vie *tout à fait* ou *plutôt défavorable* est également la faiblesse de l'offre médicale sur le territoire, qui oblige à des délais d'attente de plus en plus longs ou à des consultations éloignées du territoire pour les spécialistes. Les pollutions environnementales sont également citées, essentiellement en référence aux pesticides et produits chimiques utilisés par les agriculteurs.

Si 86% des Habitants jugent favorable à leur santé leur environnement de vie (*tout à fait favorable* et *plutôt favorable*), ils sont également très nombreux à qualifier leur environnement de travail (actuel ou passé) comme favorable à leur santé : 76% le qualifient de *tout à fait favorable* et *plutôt favorable*. Les 15 % d'Habitants qui estiment que leur environnement de travail est ou était *tout à fait défavorable* ou *plutôt défavorable* à leur santé font référence aussi bien aux conditions physiques auxquelles ils sont soumis (poussière, bruit, chaleur, produits chimiques toxiques, charges lourdes), qu'au contenu du poste, aux conditions sociales et à l'organisation du travail (manque de personnel, rythmes intensifs, polyvalence excessive, travail dans l'urgence, amplitudes horaires importantes, mauvaise ambiance). Ces conditions entraînent, selon les Habitants, du stress et une pression excessive, certains vivant des brimades ou des situations de harcèlement. Enfin, les trajets domicile-travail ou les déplacements professionnels sont également cités comme conditions défavorables.

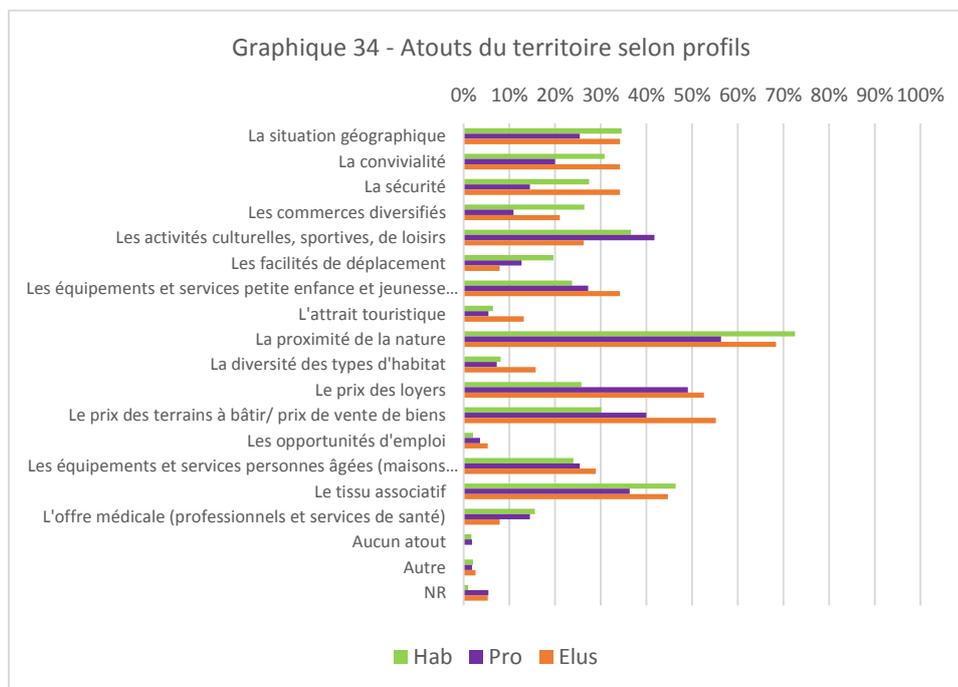


Pour compléter cette question de la qualité de l'environnement de vie et de travail des habitants, les graphiques ci-dessus nous renseignent sur les 3 principaux atouts et faiblesses du territoire mis en avant par chaque profil : les Habitants, les Professionnels et les Elus¹⁵⁸. Les trois profils sont unanimes pour l'atout principal du territoire : *la proximité de la nature* (de 56 à 72% des réponses). Cet atout devient également une faiblesse puisqu'il implique *l'éloignement des grandes villes* (de 59 à 60% des réponses), des *difficultés de déplacement* (de 33 à 67% des réponses), mais surtout un *manque d'opportunités d'emploi* (de 66 à 74% des réponses), constituant la faiblesse la plus importante du

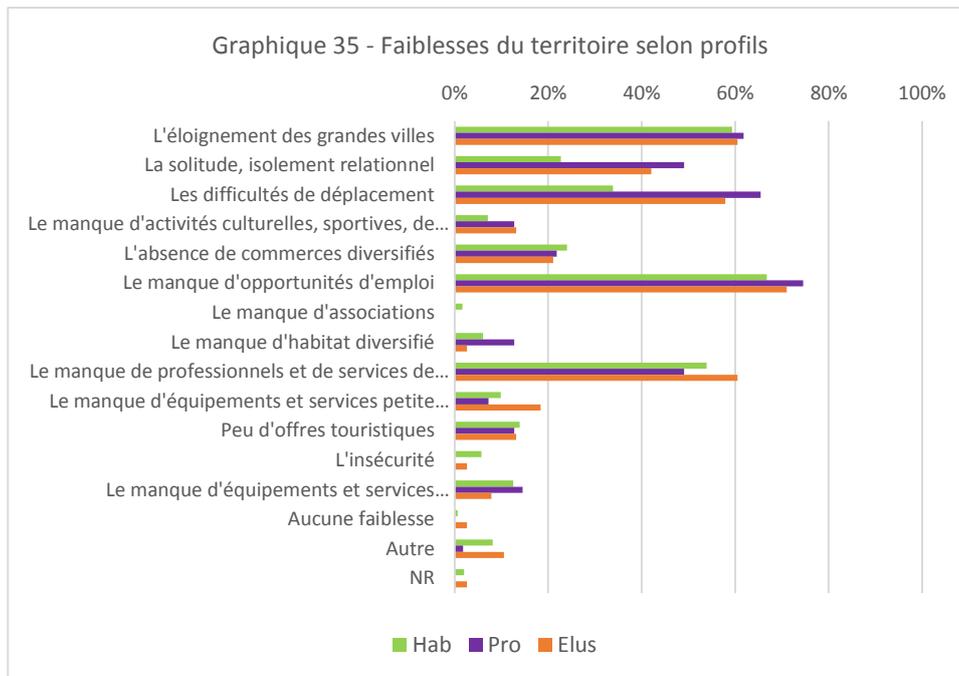
¹⁵⁸ Q.14 et 18Hab ; Q.11 et 15Pro et Elus

territoire pour l'ensemble des personnes enquêtées. *Le manque de professionnels et de services de santé* est également fréquemment cité comme faiblesse du territoire (de 53 à 60% des réponses).

Les autres atouts cités le plus souvent sont *le prix des terrains à bâtir/prix de vente des biens* ainsi que *le prix des loyers* (de 25 à 55% des réponses) mais également *les activités culturelles, sportives, de loisirs* (de 26 à 41% des réponses) et plus encore *le tissu associatif* (de 36 à 46% des réponses).

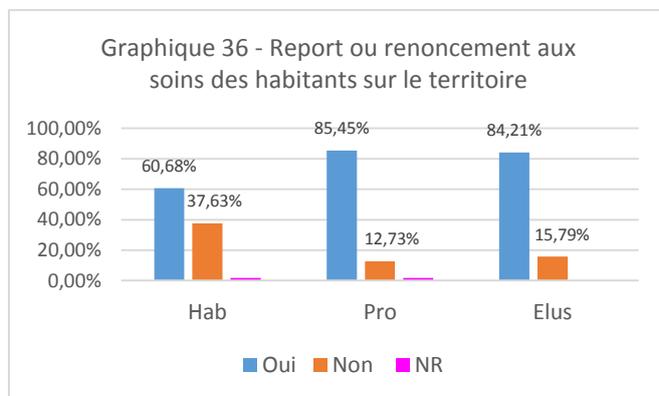


Enfin, la question sur les faiblesses du territoire recueille un nombre important de réponses *Autre*, remarques données essentiellement par les Habitants (24 sur 29 remarques). 1/3 des remarques portent sur les difficultés de communication, le manque d'ouverture, de concertation et d'intégration sur le territoire (aussi bien au niveau des acteurs politiques ou professionnels qu'au niveau des habitants eux-mêmes). Les autres remarques concernent le problème de l'insuffisance de l'offre médicale, l'enclavement géographique et la faiblesse de l'offre de transports en commun, ces thèmes étant néanmoins présents dans le questionnaire (*manque de professionnels et de services de santé ; difficultés de déplacement*).



F) La question de l'accès aux soins sur le territoire

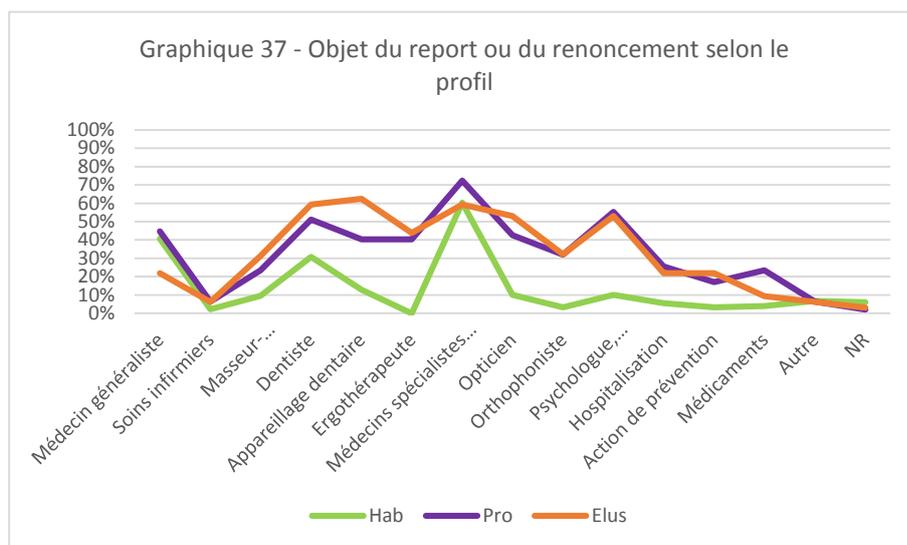
L'accès aux soins des habitants est appréhendé au travers de la question sur le report ou le renoncement à des consultations ou des soins sur le territoire¹⁵⁹, complété par une question s'intéressant aux raisons¹⁶⁰ en cas de report ou de renoncement. Les réponses des Professionnels et des Elus sont très proches, 85% d'entre eux estimant que les habitants ont déjà reporté ou renoncé à des soins sur le territoire, contre 60% pour les Habitants de notre enquête.



¹⁵⁹ Q.9Hab ; Q.7Pro et Elus

¹⁶⁰ Q.10Hab ; Q.8Pro et Elus

Les réponses des Professionnels et des Elus sont également très homogènes pour indiquer quel(s) professionnel(s) ou service(s) de santé font l'objet de report ou de renoncement de la part des habitants



sur le territoire. Cependant, les mêmes tendances s'observent dans les réponses des Habitants. Ainsi, les *médecins spécialistes* sont les professionnels faisant l'objet de report ou de renoncement dans des proportions importantes (de 59 à 72% des réponses). Les

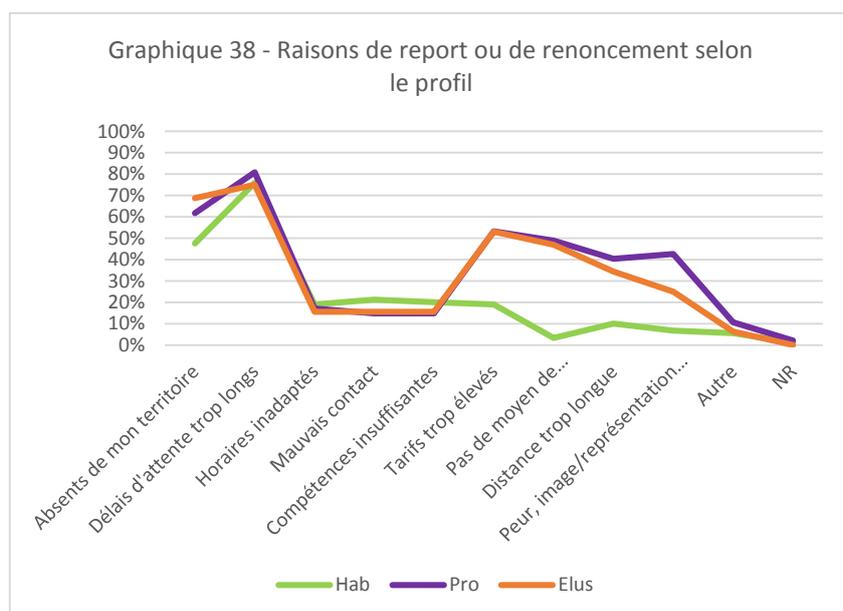
dentistes sont également fréquemment cités (de 30% à 59% des réponses) ainsi que *l'appareillage dentaire* (réponse surtout par les Elus et les Professionnels : 62 et 40% des réponses). Les Habitants ainsi que les Professionnels sont nombreux à citer les *médecins généralistes* (40% des réponses), cette réponse étant en revanche moins souvent citée par les Elus (21%). Des écarts sont importants entre les réponses, d'une part des Professionnels et des Elus et d'autre part des Habitants, concernant le report ou le renoncement de soins ou de consultations chez les *ergothérapeutes* (jamais cités par les Habitants, cités à hauteur de 40 à 43% par les Professionnels et Elus), les *psychologues/psychiatres/psychothérapeutes* (10% pour les Habitants, de 50 à 53% pour les Professionnels et Elus) ou les *orthophonistes* (3% pour les Habitants, 31 à 32% pour les Professionnels et Elus). En revanche, les trois profils sont unanimes concernant les soins infirmiers, très peu objet de report ou de renoncement (de 2 à 6% des réponses).

Les raisons des reports ou des renoncements aux professionnels/services de santé sont encore une fois homogènes entre les Professionnels et les Elus. Cependant, les trois profils s'accordent sur les deux raisons principales aux reports ou renoncements : *les délais d'attente trop longs* (de 75 à 80% des réponses) et *l'absence des professionnels/services de santé sur le territoire* (de 47 à 68% des réponses), ces deux causes étant bien évidemment liées. Les *tarifs trop élevés* représentent une raison fréquemment citée par Les Professionnels et les Elus (53% des réponses) mais beaucoup moins par les Habitants (19% des réponses). Cette différence entre profils s'accroît encore davantage avec la modalité *pas de moyen de déplacement* (de 46 à 48% des réponses des Professionnels et Elus contre seulement 3% des réponses des Habitants). Des raisons d'ordre relationnel, liées à une méconnaissance ou à des difficultés de communication, peuvent également expliquer des reports et

des renoncements à des soins ou à des consultations sur le territoire. Ainsi, pour les Professionnels, la *peur, image/représentation négative* est une raison citée dans 42% des réponses.

Pour les trois profils, 15 à 21% des réponses concernent un *mauvais contact* avec les professionnels/services de santé ou à leurs *compétences insuffisantes*.

Les commentaires laissés par les répondants (modalité *Autre*, 17 réponses) font en majorité référence à ce manque de confiance envers les professionnels de santé, mais également à la difficulté d'obtenir un RDV, à la discrimination et aux refus de prise en charge de patients avec CMU et enfin aux difficultés financières de certains habitants.



G) La question de l'accès aux soins sur le territoire

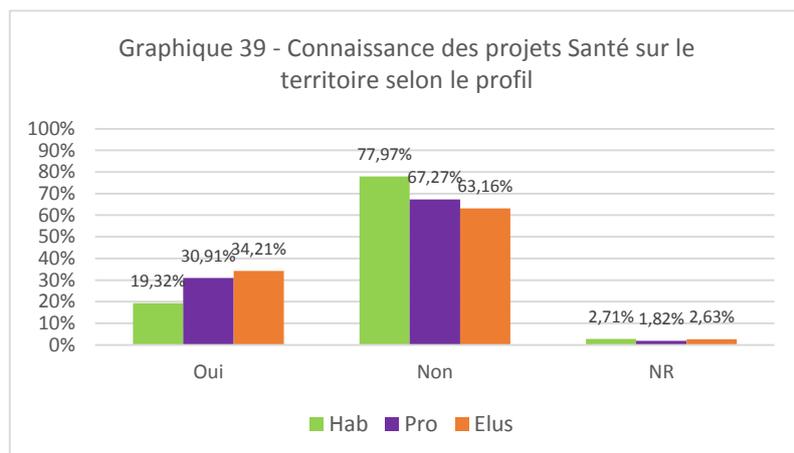
Cette question des projets autour de la santé a été posée sous différentes formes selon les profils des répondants. Une première question est néanmoins commune aux trois profils, celle de la connaissance des projets en cours ou à venir sur le territoire¹⁶¹. Trois questions sont communes aux profils Professionnels et Elus¹⁶², leur demandant de préciser les projets qu'ils estiment pertinents pour le territoire, les leviers d'action et obstacles à ces projets et enfin, l'échelle territoriale pertinente pour la réalisation des projets. Deux questions, posées exclusivement aux Habitants¹⁶³, interrogent leur

¹⁶¹ Q.19Hab ; Q.16Pro et Elus

¹⁶² Q.17-18-19Pro et Elus

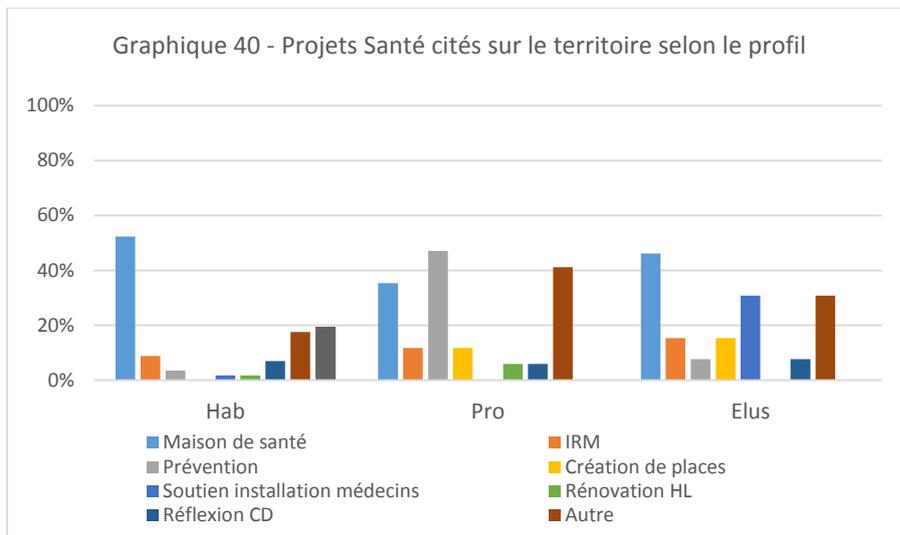
¹⁶³ Q.20-21Hab

souhait d'être associés à des projets Santé sur le territoire, ainsi que les moyens de participation les plus pertinents pour eux.



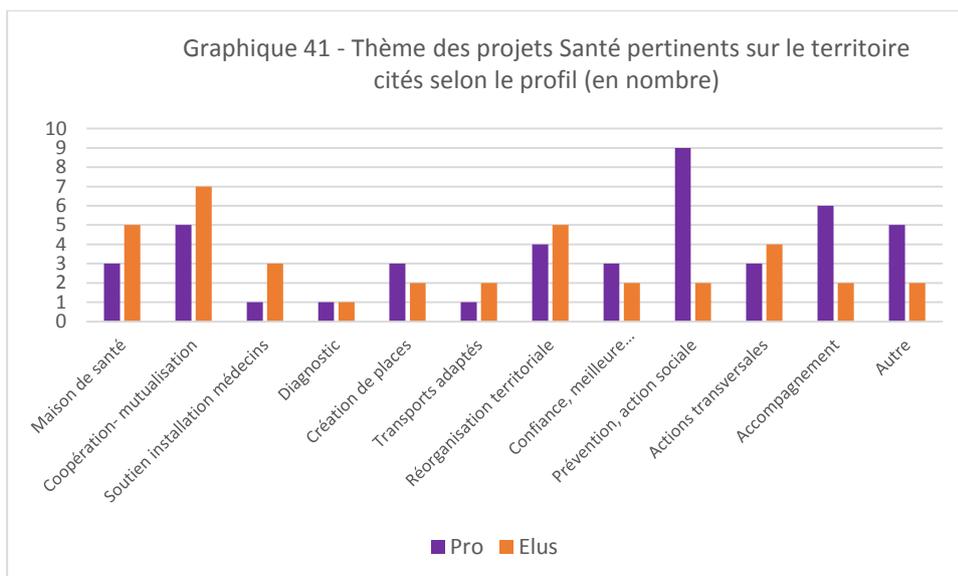
Quel que soit le profil des répondants, il existe une méconnaissance des projets concernant la santé sur le territoire (pour 63 à 78% des répondants).

Lorsque les répondants disent connaître des projets sur le thème de la santé sur le territoire du Pays de Châteaubriant, les réponses sont généralement très courtes et très peu détaillées. Dans le graphique ci-dessous, *Maison de santé* est l'une des réponses les plus fréquemment citées par les trois profils de répondants (de 35 à 52% des réponses). Sous ce terme, nous avons regroupé les réponses faisant référence à la Maison de santé de Nozay (MSP), aux maisons médicales, aux regroupements de professionnels. L'*IRM* (projet d'IRM mobile associant les CH de Châteaubriant et de Redon) est également une réponse citée par l'ensemble des répondants, mais dans des proportions nettement moindres (de 8 à 15% des réponses). Les projets dans le champ de la *prévention* sont quant à eux cités essentiellement par les Professionnels (47% des réponses), (« crise suicidaire, alcoolisme, vaccination gratuite au CH de Châteaubriant, réunions publiques thématiques »). Chez les Elus, les réponses relatives aux projets de *soutien à l'installation de médecins* sont importantes (30% des réponses), sans pour autant que des projets concrets soient cités.



Une série de 3 questions, exclusivement pour les Professionnels et les Elus¹⁶⁴ visaient à identifier les projets en lien avec la santé jugés comme pertinents sur le territoire.

Le taux de non réponse est important, de 21 à 36% pour les Elus selon la question et de 49 à 58% pour les Professionnels. Pour ces questions également, la plupart des réponses restent très générales.



Les 80 réponses des Professionnels et des Elus ont été classées en 12 catégories, correspondant aux principaux thèmes de projets dans le domaine de la Santé pertinents sur le territoire, selon le profil des répondants. ¼ des réponses concerne des projets de *Maison de santé* (termes employés : maison de santé, maison médicale) ou des projets de *Coopération-mutualisation* entre professionnels de santé. Le *soutien à l'installation de nouveaux médecins* (cependant, pas de projets détaillés pour ce soutien) ainsi que des projets de *réorganisation territoriale* sont également cités, mais dans une

¹⁶⁴ Q.17-18-19Pro et Elus

moindre mesure. Pour cette dernière thématique, toutes les réponses font référence au maintien ou à la création d'activité médicale dans les communes (« il faut garder des médecins, des kinés, des dentistes, des infirmières et des pharmacies dans les villages », « multitude de cabinets médicaux éparpillés sur tout le territoire », « permanence médicale dans chaque commune », « organisation tournante avec des permanences dans les communes », « le week end, pharmacie de garde, dentiste de garde, opticien de garde » etc.).

Les Professionnels sont plus nombreux que les Elus à envisager des projets favorisant la *prévention* (« addictions », « dépistage gratuit de proximité », « sport, alimentation », « sécurité routière », « santé au travail », « éducation à la santé » etc.) ou encore *l'accompagnement des personnes* (« pour rompre l'isolement », « observance des traitements pour les patients atteints de maladies chroniques », « consultations psychologiques », « accompagnement dans les soins », « aide aux aidants » etc.).

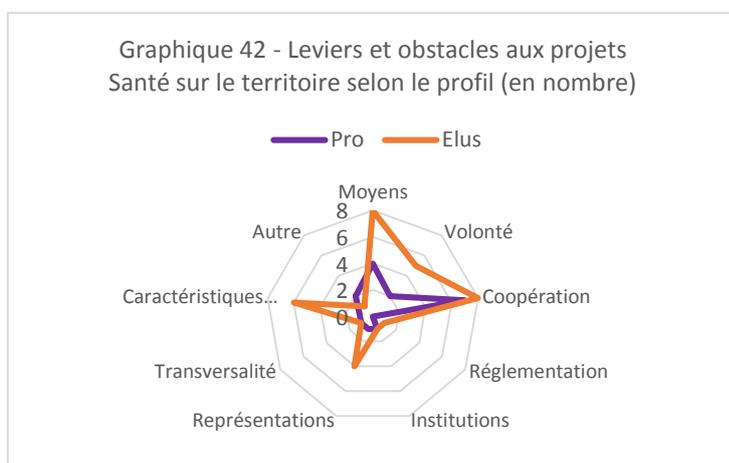
Par ailleurs, des projets basés sur une approche *transversale* sont peu cités (« améliorer l'attractivité du territoire », « il n'y a pas que la santé à privilégier mais des actions combinées », « un centre-ville de Châteaubriant plus attractif pour motiver les installations », « santé par le sport », « action pour diminuer le chômage » etc.).

Citons enfin des réponses, même peu nombreuses, que nous avons regroupées sous le thème *Confiance, meilleure information*, faisant référence à des projets dont l'objectif est le partage, l'information, la valorisation : « organisation d'un forum Santé ou colloque (choix des thèmes en lien avec les réponses à l'enquête) », « des témoignages positifs, des RDV mensuels ou trimestriels, des forums dédiés au positif », « un livret permettant de repérer facilement les professionnels de santé sur le territoire appliquant une offre à tarif conventionné voir des soins gratuits pour la CMU », « améliorer la confiance dans la qualité des soins dans la structure hospitalière locale », « connaissance des droits »).

Les leviers d'action et obstacles pour les projets à développer sur le territoire ont été regroupés sous 9 thèmes. Chacun des thèmes est cité à la fois comme un possible levier et comme un possible obstacle. Ainsi, la *volonté* des acteurs peut représenter un levier d'action pour les projets, le manque de volonté représentant à l'inverse un obstacle à la réalisation des projets sur le territoire.

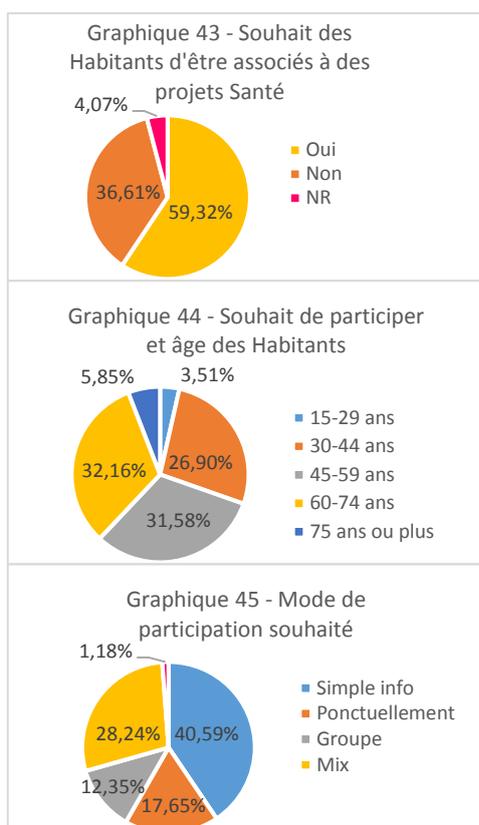
Seul un thème, les *caractéristiques territoriales*, est exclusivement cité comme un obstacle : « situation géographique, très mal desservi, ne favorise pas l'installation de nouveaux médecins », « secteur géographique trop rural et pas assez attractif », « situation géographique de notre ECPI », « difficultés de faire venir des professionnels de la santé dans des communes rurales », « un obstacle est le fait qu'on soit à la campagne », « enclavement ».

Les thèmes des *moyens* et de la *coopération* sont majoritaires dans les réponses des Elus et des Professionnels. Les *moyens* font référence au manque de moyens financiers mais plus souvent, dans les réponses des Elus, aux locaux pour les professionnels de santé à mettre à leur disposition pour favoriser les installations, dans les réponses des Professionnels, les moyens humains et le manque de temps sont cités. La *coopération* fait notamment référence à la nécessité de bâtir des projets en associant professionnels de santé et Elus (les habitants sont également cités comme partenaires, mais de manière moins affirmée). La *volonté* des acteurs politique, ou son absence, représente pour certains un déterminant à la réalisation des projets. Le recours à la *réglementation* (« obligation pour les jeunes médecins de travailler 5 ans à la campagne ») ainsi que l'intervention des *institutions* (« l'ARS ») ne sont cités que de manière marginale. Enfin, le thème *représentations* serait à rapprocher du thème *coopération*. En effet, les représentations qu'ont les Elus et les Professionnels des professionnels du secteur sanitaire seraient utiles à interroger plus largement et pourraient constituer une base à davantage d'ouverture au dialogue et à de possibles coopérations pour une meilleure prise en charge de la santé des habitants sur le territoire : « un problème est de considérer que la médecine est par nature libérale et laisser les choses se faire », « côté mercantile des professionnels de santé », « certains professionnels ne souhaitent pas tout remettre en question en fin de carrière », « le professionnels de santé est le roi », « il faudra demain deux médecins pour remplacer un médecin aujourd'hui : féminisation, 35h... ».



Concernant enfin l'échelle territoriale pertinente pour ces projets, les Elus comme les Professionnels se prononcent en faveur d'une déclinaison multi-échelle (de la commune à la Région selon les réponses), ou d'une réalisation à l'échelle de la CC.

H) Mobilisation des habitants sur des projets Santé

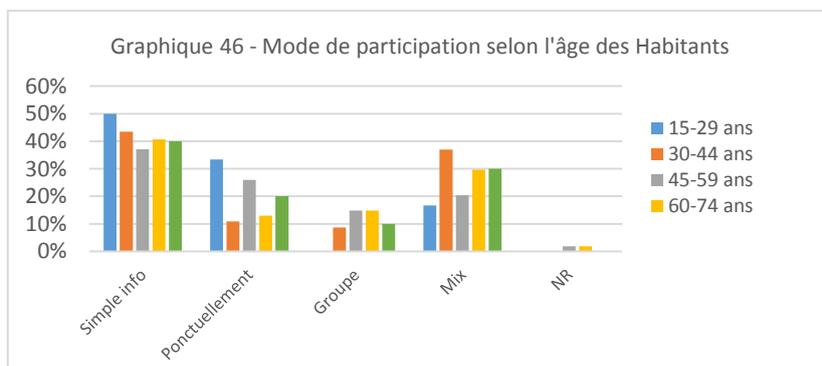


Les Habitants souhaitent à plus de 59% d'entre eux *être associés à des projets concernant la santé* sur leur territoire.

Il s'agit essentiellement de personnes déjà engagées dans la vie associative (dans les mêmes proportions que pour l'échantillon global, respectivement 71 et 67%). Les tranches d'âge les plus représentées parmi les personnes souhaitant participer sont quasiment identiques à notre échantillon total, se répartissant de manière équilibrée entre les 30-44 ans, les 45-59 ans et les 60-74 ans.

Trois modes de participation étaient proposés : *recevoir une simple information, donner son point de vue ou son témoignage de façon ponctuelle et intégrer un groupe de travail*. Les Habitants se sont prononcés majoritairement pour une participation active (58%) en se positionnant sur les modalités *donner son point de vue ou son témoignage de façon ponctuelle, intégrer un groupe de travail*, ou encore en se

positionnant sur plusieurs modes de participation parmi les 3 proposés (« Mix »).



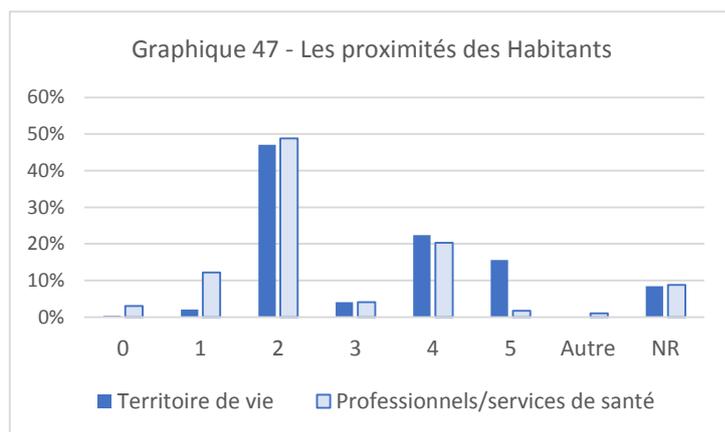
Les modes de participation choisis ne se distinguent pas nettement entre les différentes tranches d'âge. Par ailleurs, les effectifs des *15-29 ans* et des *75 ans et plus* étant très réduits (respectivement 6 et 10 personnes), l'interprétation

des résultats est davantage à relier à une tendance générale. Ainsi, une participation ponctuelle semble être préférée par les plus jeunes.

I) Les proximités habitantes

La question de la proximité a été abordée dans le questionnaire Habitants par deux questions, l'une portant sur les territoires de vie/de proximité, l'autre sur les lieux de fréquentation des professionnels/services de santé¹⁶⁵.

Notre échantillon d'Habitants se compose pour 1/3 par des résidents de la commune de Châteaubriant, les autres habitants se répartissant sur les 32 autres communes du Pays de Châteaubriant.



A la question sur le territoire de vie/de proximité, les réponses des Habitants ont été classées en 5 catégories, correspondant à des échelles territoriales de plus en plus larges. L'échelle de proximité est détaillée dans l'encadré ci-dessous. Ainsi, pour les habitants du Pays de Châteaubriant, l'échelle de la commune de résidence, si

celle-ci n'est pas Châteaubriant, ne représente jamais ou presque à elle seule un marqueur de proximité. En revanche, le territoire de proximité se définit très fréquemment en incluant la commune de Châteaubriant (près d'1 Habitant sur 2) et au moins 1 pôle urbain (codes 4 et 5 : 38% des Habitants).

Echelle de proximité

0=Commune de résidence (hors Châteaubriant)
1=Ensemble de communes hors Châteaubriant
2=Châteaubriant seul ou avec autres communes
3=Communes hors Châteaubriant + 1 pôle urbain
4=Châteaubriant + 1 pôle urbain
5=Châteaubriant + 2 pôles urbains
Autre=Autre
NR=Pas de réponse

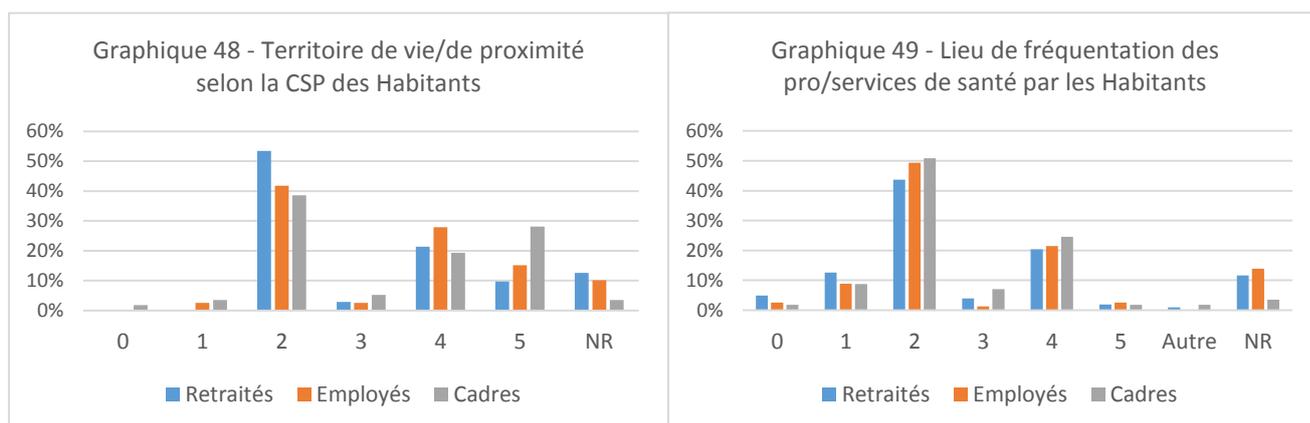
Les pôles urbains cités sont Nantes (de manière très majoritaire) et Rennes, Angers et Redon apparaissant de manière très marginale.

Concernant les professionnels et services de santé sollicités de manière régulière par les Habitants, l'échelle de proximité est plus restreinte (davantage de modalités 0 et 1, et moins de modalité 5). Cependant, les lieux les plus fréquentés pour des besoins en santé correspondent aux lieux de vie les

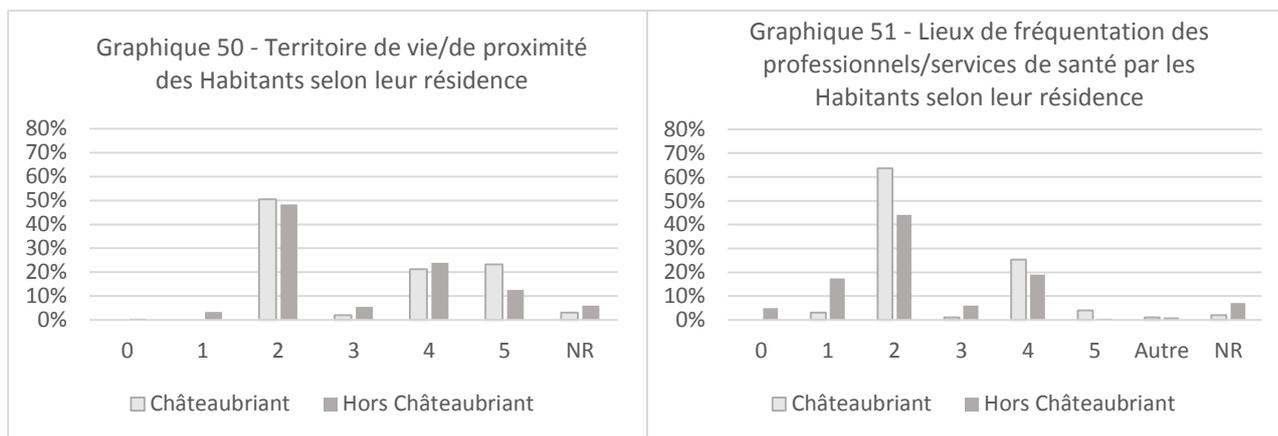
¹⁶⁵ Q.2 et Q.3 Hab

plus fréquentés également, c'est-à-dire Châteaubriant, éventuellement avec d'autres communes alentours et 1 pôle urbain, dans la majorité des cas Nantes.

Les graphiques suivants montrent les réponses sur les questions de la proximité, en fonction des CSP et de l'âge (la CSP *Retraités* correspond également à la catégorie des plus âgés). Seules 3 CSP ont été comparées, les retraités, les employés, les cadres, les autres CSP comptant des effectifs trop faibles. Les 3 groupes de CSP présentent des disparités, puisque 3 échelles de proximité sont citées par les Habitants : *Châteaubriant seul ou avec d'autres communes* (modalité 2), *Châteaubriant avec 1 ou 2 pôle(s) urbain(s)* (modalités 3 et 4), cependant, les cadres déclarent plus fréquemment que les autres CSP un territoire de vie plus étendu, comprenant 2 pôles urbains (en très grande majorité Nantes et Rennes). Néanmoins, lorsqu'il s'agit de consulter des professionnels/services de santé, les échelles de proximité ne sont plus dépendantes des CSP, les groupes se répartissent de manière homogène, et sur deux modalités en particulier : *Châteaubriant seul ou avec d'autres communes* et *Châteaubriant et 1 pôle urbain* (en majorité Nantes).



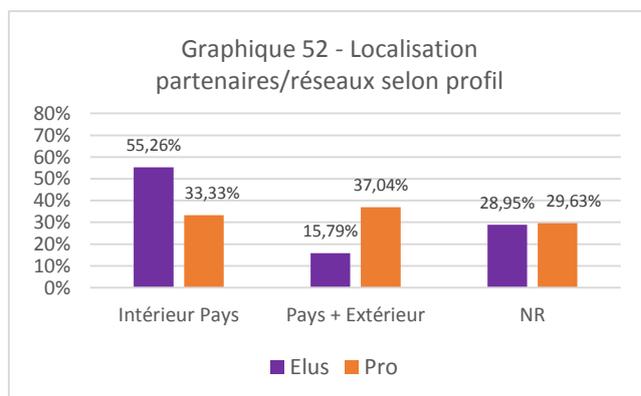
Habiter ou non la commune de Châteaubriant ne détermine pas l'échelle de proximité du territoire de vie des Habitants (graphique X), cependant, les personnes habitant une autre commune que Châteaubriant fréquentent des lieux plus diversifiés pour d'adresser à des professionnels/services de santé. Les castelbriantais s'adressent à des professionnels/services de santé localisés à Châteaubriant ou dans un pôle urbain (en majorité Nantes).



J) Territoires des Professionnels et des Elus¹⁶⁶

Les Professionnels ayant répondu à l'enquête sont en majorité basés sur la commune de Châteaubriant. Les territoires d'action sont presque exclusivement situés dans le périmètre du Pays de Châteaubriant, les réponses indiquant la *commune de Châteaubriant*, des *communes*, une ou des *CC*, mais beaucoup plus rarement le *Pays* ou le *département*. Pour les Elus, le périmètre d'action est essentiellement la *commune*, les répondants occupant majoritairement un mandat de conseiller municipal.

Les Professionnels collaborent, pour moitié d'entre eux, exclusivement avec des partenaires ou réseaux situés sur le territoire du Pays de Châteaubriant, l'autre moitié collaborant à la fois localement et à l'extérieur du territoire. Dans ce cas, les collaborations sont situées au sein des pôles urbains (surtout Nantes, mais aussi Rennes et Angers) puis au sein des communes ou CC limitrophes au Pays de Châteaubriant (dans la plupart des cas, « Blain » est indiqué). Les collaborations des Elus sont



d'avantage concentrées à l'intérieur du Pays de Châteaubriant (55%), essentiellement à l'échelle des CC. Lorsque les partenaires/réseaux sont extérieurs au territoire, ce sont essentiellement les pôles urbains qui sont cités (Nantes, Rennes) et les communes ou CC limitrophes (Redon, Blain, Ancenis).

¹⁶⁶ Q.1-2-3Pro et Q.1-2-3Elus

K) Expression libre

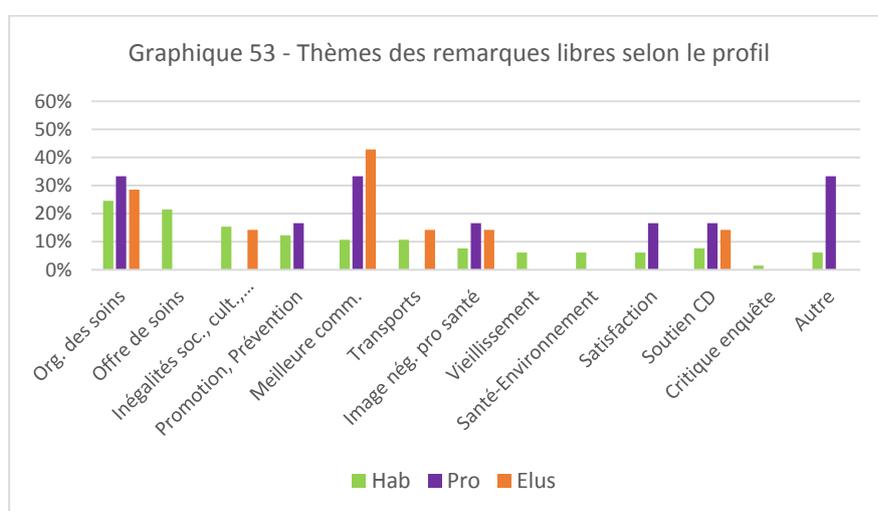
L'enquête proposait en fin de questionnaire un encart permettant aux Habitants, aux Professionnels et aux Elus de faire part de leurs remarques éventuelles.

78 personnes, tous profils confondus ont livré un commentaire, soit 20% de l'échantillon total, représentant 22% des Habitants, 11% des Professionnels et 18% des Elus.

Les réponses des personnes qui ont répondu à cette question ont été classées en 12 thèmes. Deux d'entre eux ressortent particulièrement : *organisation des soins* et *meilleure communication*.

Le thème de l'organisation des soins est cité par les trois profils de répondants dans des proportions équivalentes. Si les uns s'interrogent sur les solutions pour « anticiper le manque de médecins », les autres avancent l'idée des « maisons de santé » qui regroupent divers professionnels et qui permettent une « prise en charge globale du patient » par une « concertation entre professionnels ».

Le thème *meilleure communication* est également présent pour les trois profils mais en proportion plus importante chez les Professionnels et les Elus. Toutes les réponses vont dans le même sens : davantage d'ouverture des uns envers les autres, d'implication de la part des acteurs. Les relations Elus-Professionnels de santé sont particulièrement concernées.



Les autres thèmes semblent moins fédérateurs. *L'offre de soins* est fréquemment citée, mais uniquement par les Habitants, pour déplorer le manque de médecins ou de disponibilités sur le territoire. Le thème des *inégalités*, aussi bien *sociales*, *culturelles* que *financières* est présent chez les Habitants et les Elus : la santé apparaît à certains comme « liée à la précarité », qui apparaît « forte sur le territoire ». L'accès aux soins peut alors révéler des « discriminations ». Ce thème est lié à celui des *transports*, les lieux de soins et notamment les professionnels de garde étant parfois éloignés et de fait, inaccessibles pour les personnes sans moyen de transport.

Le thème *image négative des professionnels de santé* est exprimé par certains, renvoyant à la question de la « mauvaise réputation » de certains professionnels exerçant sur le territoire.

Enfin, le thème *soutien CD* fait référence aux remarques qui soutiennent les initiatives du Conseil de développement, notamment l'enquête réalisée.

Annexe 17 – Contrats locaux de santé (CLS)

En 2013, P. Calmette, Directeur de l'ARS Limousin, livre sa définition du CLS : « Le contrat local de santé est une machine d'entraînement des acteurs de santé, qui est l'expression concrète d'un processus de démocratie sanitaire participative (...) avec des acteurs impliqués dans la détermination et la mise en œuvre des objectifs »¹⁶⁷.

Pour le Dr Muller¹⁶⁸, les CLS constituent une instance novatrice d'information et de concertation en matière de santé publique, dans le contexte de la stratégie nationale de santé. Ces contrats participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (logement, transports, environnement physique, cohésion sociale etc.). Le PRS pour sa mise en œuvre, peut faire l'objet de CLS conclus entre l'Agence et les collectivités territoriales. Il renforce la cohérence intersectorielle des actions en santé en mutualisant les moyens (principe de transversalité et de cohésion).



Les étapes de la démarche projet de santé

La démarche des projets de santé, ou des CLS, est constituée de diverses étapes, elle s'appuie sur des comités de pilotage associant élus, professionnels sanitaires et sociaux, acteurs institutionnels, habitants... A partir du diagnostic local, des priorités de santé sont définies, des objectifs fixés et un programme d'actions appropriées élaboré par les acteurs du territoire.

Source : Inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé, MASS, MEDDE, Janvier 2014, p. 16

¹⁶⁷ Calmette, P., « Présentation du Contrat local de santé », Actes du séminaire Communautés de communes et Contrats locaux de santé, 22 janvier 2013, Paris, Mairie Conseils – Caisse des dépôts, juillet 2013, p. 17

¹⁶⁸ Dr Muller, Contribution écrite, Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier, développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, Rapport Devictor, B., pour le Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Mars 2014, p. 142

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

Source : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

TITRE II FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTÉ Chapitre Ier CREER UN SERVICE TERRITORIAL DE SANTE AU PUBLIC Article 12

« Art. L. 1434-12. - I. - L'agence régionale de santé assure la mise en place du service territorial de santé au public.

« II. - Pour chacun des territoires mentionnés au 1° de l'article L. 1434-8, un diagnostic territorial partagé est établi par l'agence régionale de santé avec les acteurs de santé du territoire, notamment avec les représentants des usagers, les professionnels et établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés. Ce diagnostic a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de services sanitaires et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier.

« III. - Un projet territorial de santé définit les actions à entreprendre dans le cadre du service territorial de santé au public, afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé.

« IV. - Le diagnostic partagé et le projet territorial sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du conseil territorial de santé intéressé. Le directeur général de l'agence régionale de santé informe des diagnostics et projets territoriaux de santé la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et assure leur publication.

« Le diagnostic et le projet territorial de santé peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

« L'agence régionale de santé informe régulièrement la population sur l'activité du service territorial de santé au public.

« Art. L. 1434-13. - Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé font l'objet de contrats territoriaux de santé conclus entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre des actions.

« Le contrat territorial de santé définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

Annexe 18 – Mesures du Comité interministériel aux ruralités



Synthèse des mesures -- 13 mars 2015

Source : www.territoires.gouv.fr/ruralites-actions

Priorité 1 - Garantir à tous l'égalité d'accès aux services

UN ACCES AUX SERVICES DE SANTE PARTOUT EN FRANCE

- Mesure 1 - Créer 200 maisons ou pôles de santé supplémentaires en 2015
- Mesure 2 - Faciliter l'installation des jeunes médecins
- Mesure 3 - Adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des territoires ruraux
- Mesure 4 - Assurer l'accès aux soins dans les territoires les plus isolés
- Mesure 5 - Réinventer le dialogue entre les élus et les agences régionales de santé

1000 MAISONS DE SERVICES AU PUBLIC POUR MIEUX « RENDRE SERVICE »

- Mesure 6 - Ouvrir 1 000 maisons de services au public dès la fin 2016 grâce au partenariat avec La Poste
- Mesure 7 - Doubler le financement national des maisons de services au public par la création d'un fonds entre neuf opérateurs de services
- Mesure 8 - Encourager les services publics « itinérants »

L'ECOLE EN MILIEU RURAL, UN LIEU DE REUSSITE EDUCATIVE ET CITOYENNE

- Mesure 9 - Prolonger jusqu'au 31 décembre 2015, l'opération « Ecoles connectées » et le soutien au raccordement à l'internet haut débit des écoles les plus isolées
- Mesure 10 - Favoriser le regroupement et la mise en réseau des écoles
- Mesure 11 - Accompagner en priorité les élus des communes rurales dans leurs projets éducatifs territoriaux

DES PRATIQUES CULTURELLES DIVERSIFIEES AU CŒUR DES RURALITES

- Mesure 12 - Promouvoir un aménagement culturel équilibré du territoire

UNE MOBILITE ADAPTEE AUX SPECIFICITES DES TERRITOIRES RURAUX ET PERIURBAINS

- Mesure 13 - Elaborer des plans de mobilité rurale, dans le cadre des schémas régionaux de l'intermodalité
- Mesure 14 - Assurer les conditions de maintien des petites stations services indépendantes via le fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce
- Mesure 15 - Poursuivre la mise en œuvre du schéma national des véloroutes et voies vertes

LE TELETRAVAIL, UN MOYEN PERTINENT POUR FAVORISER LA PRESENCE D'ACTIFS DANS LES ESPACES RURAUX

- Mesure 16 - Elaborer un plan national du déploiement du télétravail, avec les associations d'élus et les partenaires sociaux

LA PROTECTION DES POPULATIONS ET DES BIENS EN MILIEU RURAL POUR ASSURER LA QUALITE DE VIE

- Mesure 17 - Développer des conventions de coordination entre les polices municipales, et la police ou la gendarmerie nationales
- Mesure 18 - Expérimenter des partenariats avec les acteurs locaux pour renforcer la présence de proximité de la gendarmerie
- Mesure 19 - Consolider et promouvoir le volontariat sapeur-pompier

Priorité 2 - Amplifier les capacités de développement des territoires ruraux

ACCES AU NUMERIQUE ET CONNEXION AU TELEPHONE MOBILE, DES IMPERATIFS POUR L'ATTRACTIVITE

Mesure 20 - Accélérer le raccordement au très haut débit des services publics et des entreprises identifiés comme prioritaires par les collectivités

Mesure 21 - Résorber les zones blanches (2G et 3G)

Mesure 22 - Ouvrir un guichet « couverture mobile » pour accompagner les projets locaux

Mesure 23 - Améliorer la couverture mobile à l'intérieur des logements

Mesure 24 - Stimuler le financement participatif pour la médiation numérique

UNE AGRICULTURE LOCALE COMPETITIVE ET RESPECTUEUSE DE L'ENVIRONNEMENT

Mesure 25 - Faciliter la participation des producteurs locaux aux marchés publics pour atteindre 40 % de produits locaux dans la restauration collective d'ici à 2017.

Mesure 26 - Mettre en place des groupements d'intérêt économique et environnemental

Mesure 27 - Soutenir la mise en place des groupements d'intérêt économique et environnemental forestiers

DES PROJETS DE DEVELOPPEMENT TOURISTIQUE ADAPTES AUX TERRITOIRES RURAUX

Mesure 28 - Renforcer les « pôles d'excellence touristique »

Mesure 29 - Lancer des « contrats de structuration des pôles touristiques territoriaux »

Mesure 30 - Développer la marque Qualité Tourisme™

UN NOUVEAU ZONAGE DE REVITALISATION RURALE

Mesure 31 - Engager la réforme du dispositif des zones de revitalisation rurale

LE LOGEMENT, DES ENJEUX SPECIFIQUES DANS LES TERRITOIRES RURAUX

Mesure 32 - Traiter plus de 45 000 logements anciens dégradés via le programme « Habiter mieux » de l'Agence nationale de l'amélioration de l'habitat en 2015

Mesure 33 - Favoriser l'accès social à la propriété dans 6 000 communes rurales

LA TRANSITION ECOLOGIQUE DES TERRITOIRES RURAUX, VERS LA CROISSANCE VERTE

Mesure 34 - Soutenir les territoires à énergie positive

Mesure 35 - Développer la méthanisation

AIDE A L'ELABORATION ET AU SUIVI DES PROJETS DE TERRITOIRES : L'INGENIERIE PUBLIQUE

Mesure 36 - Elaborer une directive nationale d'orientation relative à l'ingénierie d'État

Mesure 37 - « AIDER » (Appui Interministériel au Développement et à l'Expertise en espace Rural) : un dispositif d'appui pour les projets des élus

LA DIFFUSION DE L'ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE

Mesure 38 - Lancer un deuxième appel à projets sur les pôles territoriaux de coopération économique

« ENTREPRENDRE AU FEMININ » DANS LES TERRITOIRES RURAUX

Mesure 39 - Atteindre l'objectif de 40 % de femmes parmi les créateurs d'entreprise en milieu rural

LE COMMERCE ET L'ARTISANAT DE PROXIMITE, LEVIERS DU DYNAMISME DES COMMUNES

Mesure 40 - Simplifier l'accès des commerçants et artisans au fonds d'intervention pour les services, l'artisanat et le commerce

Mesure 41 - Faciliter l'intervention des communes pour la revitalisation commerciale

Priorité 3 - Assurer la mise en réseau des territoires

LE RESEAU DES BOURGS-CENTRES ET DES VILLES MOYENNES POUR L'EQUILIBRE DU TERRITOIRE

Mesure 42 - Engager une démarche partenariale en mobilisant l'ensemble des leviers de développement

LA QUALITE DE L'URBANISME DANS LES TERRITOIRES RURAUX

Mesure 43 - Coproduire avec les élus et les professionnels un urbanisme adapté aux ruralités

VERS DES COOPERATIONS VILLE/CAMPAGNE

Mesure 44 - Expérimenter les premiers contrats de réciprocité « ville-campagne » entre des communes et des intercommunalités volontaires

DE NOUVELLES PERSPECTIVES POUR LES TERRITOIRES DE MONTAGNE

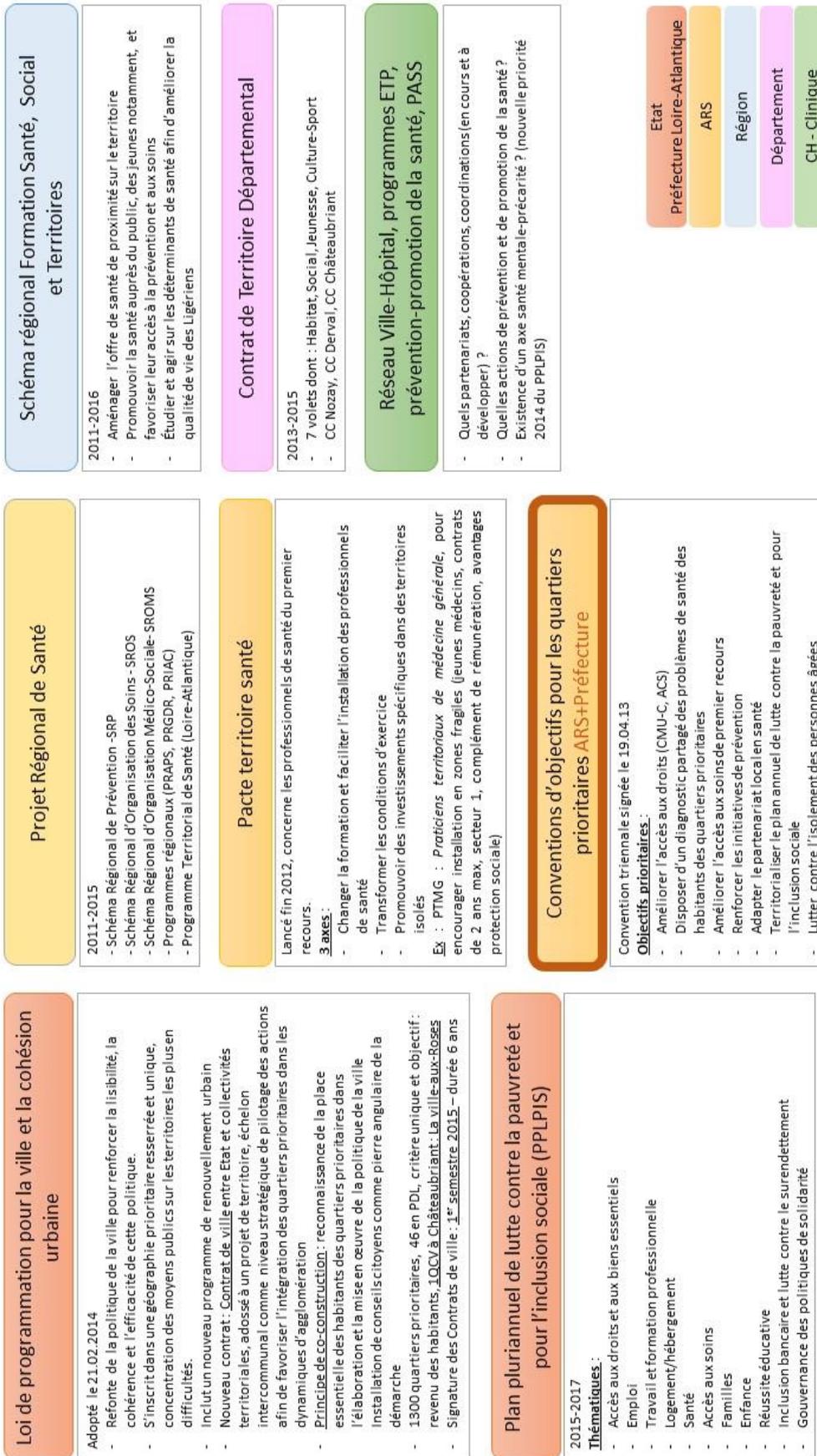
Mesure 45 - Renouveler les axes d'une politique nationale de la montagne

LES ESPACES RURAUX EN OUTRE-MER : UNE NECESSAIRE ADAPTATION DES DISPOSITIFS

Mesure 46 - Assurer un rééquilibrage territorial en faveur des espaces ruraux et de la revitalisation des bourgs-centres

REDUCTION DES ECARTS DE DOTATION INJUSTIFIES ENTRE LES TERRITOIRES

MOBILISATION DES CONTRATS DE PLAN ÉTAT-REGION ET DES FONDS EUROPEENS POUR LE DEVELOPPEMENT LOCAL



CHARTIER	Françoise	08.06.2015
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique		
La santé, enjeu de développement territorial		
Promotion 2014-2015		
<p>Résumé :</p> <p>L'étude des articulations entre les notions de « santé » et de « territoire » a constitué le thème central de la mission de stage réalisée au sein du Conseil de développement du Pays de Châteaubriant, de mi-février à fin juin 2015.</p> <p>A cette fin, une enquête par questionnaire, intitulée « Territoire et Santé », a été réalisée au mois de mai 2015 dans l'objectif de mobiliser les différentes parties prenantes du territoire et de confronter trois points de vue : celui des habitants, des professionnels de santé et des élus du territoire.</p> <p>Cette démarche d'enquête a eu pour intérêt majeur d'ouvrir la discussion. Reconnaître les perceptions et les intérêts, parfois divergents, des différentes parties prenantes, constitue une première étape indispensable au dialogue, au débat et à des possibles actions pertinentes sur un territoire.</p> <p>En réalisant un portrait du territoire, l'ambition était également de mettre en avant la pluralité des déterminants de santé et ainsi la nécessité d'associer le plus largement possible à la réflexion et à l'action les différentes parties prenantes, dans une perspective intersectorielle.</p>		
<p>Mots clés : Territoire et santé, Conseil de Développement, démarche participative, Pays de Châteaubriant</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		