

Dans le cadre de notre Projet tuteuré

# L'ALLER-VERS

## Comme réponse aux inégalités de santé dans le Canton de Tarare



*Vue sur Tarare et son bassin de vie -  
OUNASSER 2026*

Mars 2026

Master 2 Gestion des Territoires et  
Développement Local - Parcours  
Développement Rural.

*Fatima OUNASSER, Marie WEXLER, Ramla ZOUIDI, Yaëlle MOLLE-ROBERT*

# L'ÉQUIPE ALLER-VERS



**Marie WEXLER**  
Stage en Atlas de la  
Biodiversité Communale



**Fatima OUNASSER**  
Stage en Inégalités d'Accès  
aux Soins



**Ramla ZOUIDI**  
Stage en Développement  
Avicole



**Yaëlle MOLLE--ROBERT**  
Stage en Politique  
Européenne des Territoires



Projet.allervers.tarare@gmail.com



Université Lumière Lyon 2 campus porte des Alpes (PDA)

# PLAN :

## INTRODUCTION

- La commande et son cadre
- Présentation du territoire d'étude
- Problématique
- Note méthodologique

## PARTIE 1. Le Canton de Tarare : un territoire rural aux vulnérabilités sociales et sanitaires marquées

- Un territoire rural structuré autour d'un pôle central
- Un accès à la santé fragilisé
- Des publics vulnérables et isolés
- Dynamiques sociales et freins à l'accès aux soins

## PARTIE 2. Des acteurs mobilisés pour la démarche d'Aller-Vers

- Un maillage d'acteurs médico-sociaux riche et diversifié
- Des visions et des pratiques variées de l'Aller-Vers
- Des freins structurels et organisationnels

## PARTIE 3. Pistes d'action pour favoriser l'accès à la santé sur le canton de Tarare

- Arbre à solutions
- Les enjeux (Analyse MOFF)
- Les stratégies pour un futur idéal (fiches actions)

## CONCLUSION

# SIGLES :

- **AMAP**: Association pour le maintien d'une agriculture biologique
- **ARS**: Agence Régionale de Santé
- **BUSS**: Bureau d'Utilité Sanitaire et Sociale
- **CCAS**: Centre Communal d'Action Sociale
- **CC ou COMCOM** : Communauté de Communes
- **CLS**: Contrat Local de Santé
- **CLSM**: Contrat Local de Santé Mentale
- **CMP**: Centre Médico-Psychologique
- **COFIL**: Comité de Pilotage
- **COR**: Communauté d'Agglomération de l'Ouest Rhodanien
- **CPTS**: Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
- **CSAPA**: Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- **DREES**: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- **ELSA**: Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie
- **ELU**: Equipe de Liaison d'Urgence
- **EMPP**: Equipe Mobile Psychiatrie et Précarité
- **ESAT**: Etablissements ou services d'aide par le travail
- **HNO**: Hôpitaux Nord-Ouest - Tarare
- **INSEE**: Institut National de la Statistique et des études économiques
- **Loi NOTRe**: Loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République
- **MSA**: Mutualité Sociale Agricole
- **MSP**: Maison de Santé Pluridisciplinaire
- **ONPES**: Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
- **PASS**: Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- **SSIAD**: Service de Soins Infirmiers à Domicile
- **TAD**: Transport à la Demande

# INTRODUCTION:

## LA COMMANDE ET SON CADRE:

Cette étude s'inscrit dans un projet porté par la Communauté d'Agglomération de l'Ouest Rhodanien (COR) et pilotée par l'association La Roche, et se concentre sur la démarche d'« Aller-vers » sur le canton de Tarare. Elle fait suite aux orientations du Contrat Local de Santé (CLS) et du Contrat Local de Santé Mentale (CLSM), dont l'objectif est de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé. Le projet est piloté par un Comité de Pilotage (COFIL) qui rassemble les principaux acteurs locaux : le Centre Hospitalier Nord-Ouest (site de Tarare), le Département du Rhône, la Ville de Tarare, le CCAS, ainsi que plusieurs associations du secteur médico-social comme Addictions France, le GRIM ou L'Entr'Aide. Cette diversité d'intervenants montre un réseau institutionnel bien présent, mais qui doit encore améliorer sa coordination et sa visibilité pour les habitants.

La mission, telle que définie dans la demande, est de réaliser un diagnostic complet du territoire. L'objectif est clair : identifier les obstacles qui empêchent les habitants d'accéder aux soins, étudier les initiatives existantes pour aller à leur rencontre, comprendre pourquoi certaines personnes renoncent à se soigner, et enfin, imaginer des solutions concrètes, taillées sur mesure pour ce milieu rural. Les acteurs sur le terrain nous ont fait part de leurs inquiétudes, qui sont très concrètes : la disparition des médecins, la solitude qui gagne, le fossé numérique qui isole encore plus, et la détresse psychologique qui en découle souvent.

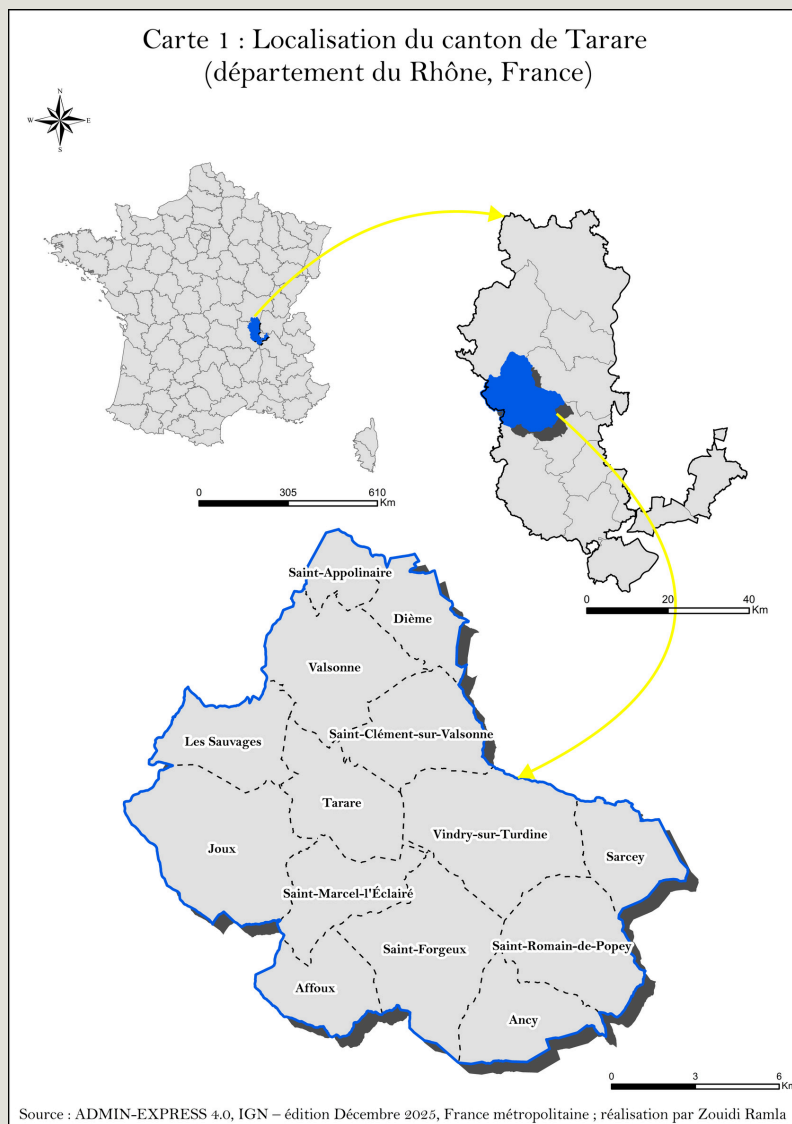


Figure 2 - : Localisation du canton de Tarare

# PRÉSENTATION DU TERRITOIRE D'ÉTUDE

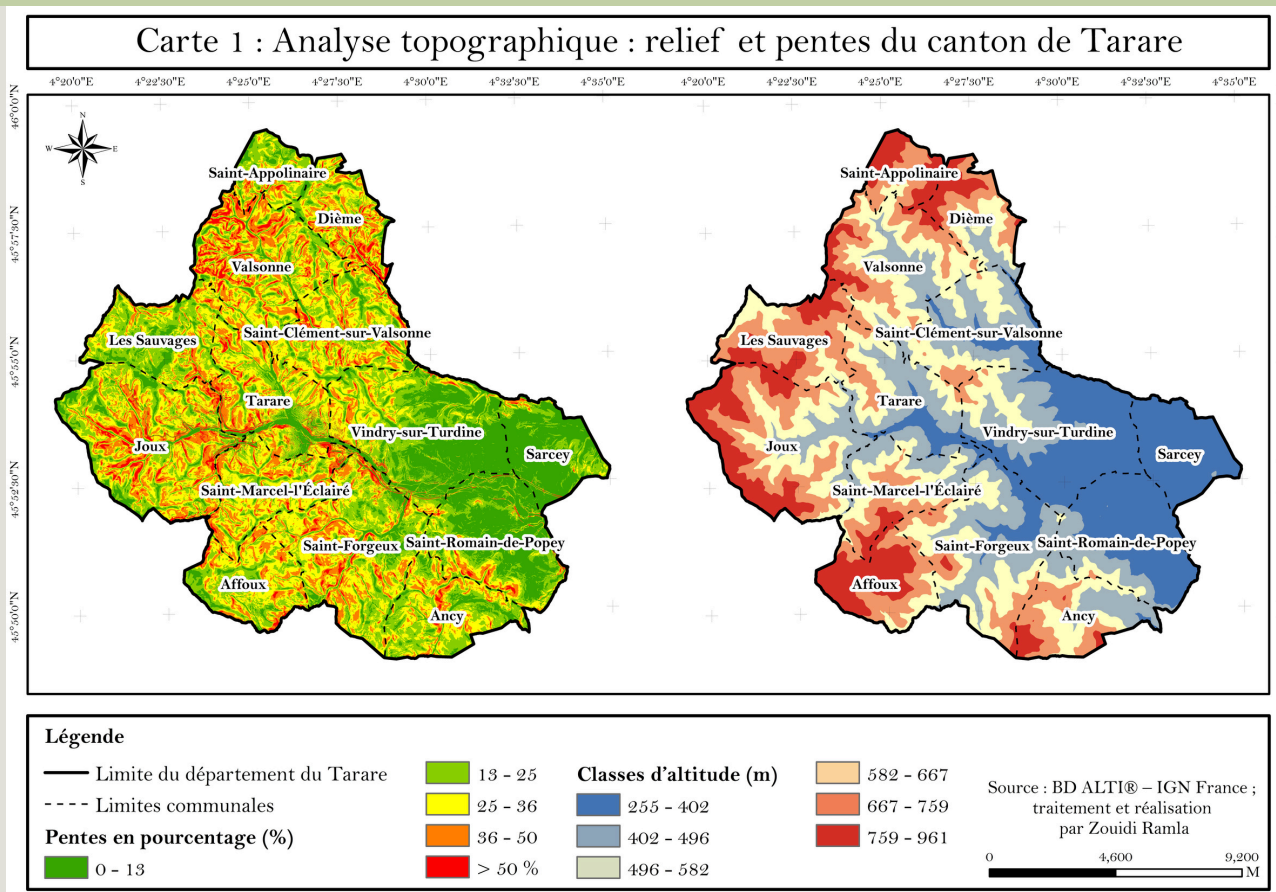


Figure 3 - : Topographie du canton

Le territoire étudié correspond au canton de Tarare, situé à l'ouest du département du Rhône, à la frontière de la Loire et à proximité de la métropole lyonnaise. Il appartient à la région Auvergne-Rhône-Alpes et à la Communauté d'Agglomération de l'Ouest Rhodanien (COR). Comme le rappelle le rapport intermédiaire, il s'inscrit dans un bassin de vie rural et montagneux au sens de l'INSEE.

Le canton regroupe 18 communes, dont 14 sont concernées par la présente étude. La ville de Tarare, chef-lieu du canton, constitue l'unité urbaine principale et concentre environ 10 881 habitants sur une population totale d'environ 25 000 habitants (INSEE 2022).

Le territoire présente une densité moyenne inférieure à 100 habitants/km<sup>2</sup>, confirmant son caractère rural. Le canton de Tarare se caractérise par un relief marqué qui structure fortement les conditions de mobilité et d'accès aux services. L'ensemble des communes relève de la loi Montagne, à l'exception de Sarcey. Cette configuration géographique implique des distances accrues, une dispersion importante de l'habitat et une dépendance élevée à la voiture individuelle.

Sur le plan démographique, l'étude des fiches INSEE des communes du canton révèle que plusieurs communes rurales ont connu une croissance importante depuis la fin des années 1960, avec une accélération à partir des années 1990. À l'inverse, la ville de Tarare a enregistré un déclin démographique progressif avant d'observer un léger rebond récent. Cette évolution traduit des dynamiques différenciées entre la centralité urbaine et les espaces périphériques.

### **Un territoire polarisé par Tarare:**

Le canton s'organise autour de la centralité de Tarare, située dans la vallée de la Turdine, axe stratégique reliant l'Ouest et l'Est via l'A89. Historiquement pôle industriel textile, la ville a connu un processus de désindustrialisation au cours du XXe siècle, accompagné d'une diminution progressive de sa population.

Aujourd'hui, Tarare demeure le principal pôle d'emplois, de services administratifs et d'infrastructures sanitaires du territoire. Les équipements publics, les structures sociales et l'offre de soins y sont majoritairement concentrés, notamment autour du Centre Hospitalier Nord-Ouest. Cette concentration renforce la polarisation territoriale : les habitants des communes rurales périphériques dépendent largement de la ville-centre pour accéder aux services essentiels, en particulier en matière de santé.

### **Des fragilités socio-spatiales structurantes:**

Le territoire fait face à plusieurs fragilités bien ancrées. La population vieillit nettement : près d'une personne sur cinq a plus de 65 ans. La voiture reste indispensable, ce qui complique la vie de ceux qui n'en ont pas ou qui ne peuvent plus conduire.

L'accès aux soins devient plus difficile : les médecins se font plus rares qu'il y a dix ans, et la tension monte. À cela s'ajoute la dématérialisation des démarches administratives, un vrai casse-tête pour beaucoup, en particulier les aînés et ceux qui sont moins à l'aise avec le numérique.

### **Problématique**

Dans ce contexte rural marqué par l'isolement, la centralisation des ressources, la fragilisation socio-économique et des difficultés de coordination entre acteurs, la démarche d'« aller-vers » apparaît comme un levier potentiel de réduction des inégalités d'accès à la santé.

Toutefois, son efficacité dépend de son adaptation aux spécificités territoriales et à la diversité des publics concernés.

La problématique centrale de cette étude peut ainsi être formulée comme suit :

**Comment améliorer l'accès à la santé par une démarche d'Aller-Vers, dans un territoire rural marqué par l'isolement, la centralisation des services, la dématérialisation croissante et un manque de coordination, tout en prenant en compte les discriminations et la diversité des publics ?**

# MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE



La méthodologie adoptée dans le cadre de ce projet repose sur une démarche qualitative à dominante territoriale, articulant analyse documentaire, enquête de terrain, expérimentation d'actions et co-construction avec les acteurs locaux. L'objectif n'était pas uniquement de produire un diagnostic des inégalités d'accès aux soins sur le canton de Tarare, mais de comprendre les mécanismes du non-recours et d'explorer concrètement les leviers d'une démarche d'Aller-Vers adaptée à un territoire rural.

Le travail a débuté en octobre 2025 par une rencontre avec le Comité de Pilotage (COPIL). Ceci a permis de préciser les attentes institutionnelles, de définir le périmètre d'étude et d'identifier les enjeux prioritaires du territoire (isolement social, santé mentale, fracture numérique, difficultés de coordination). Un temps d'échange informel au Roch'n'Bar a également constitué un moment d'entrée sur le terrain, en offrant un espace de discussion avec des habitants dans un cadre non institutionnel. Cette phase de cadrage a été déterminante pour situer notre posture : une posture d'écoute, d'observation et d'Aller-Vers.

En parallèle, un travail approfondi de recherche et d'analyse documentaire a été mené. Celui-ci s'est appuyé sur la littérature scientifique relative au non-recours, aux inégalités socio-spatiales et aux discriminations, ainsi que sur des documents institutionnels (Contrat Local de Santé, données INSEE, rapports de l'ARS et de la DREES). Cette étape a permis de consolider le cadre théorique du projet et d'éviter une approche strictement empirique ou intuitive.

La première semaine de terrain a été consacrée à une phase d'immersion territoriale. Près d'une trentaine d'entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'acteurs médico-sociaux, associatifs, institutionnels et de professionnels de santé intervenant sur le canton. Les entretiens reposaient sur un guide commun structuré autour des pratiques d'Aller-Vers, des freins rencontrés par les publics, des ruptures de parcours et des enjeux de coordination. Parallèlement, 41 micro-trottoirs ont été réalisés dans des lieux de passage (centre-ville, marchés, grandes surfaces) afin de recueillir une parole plus spontanée et de toucher des habitants éloignés des dispositifs institutionnels. Un questionnaire a également été diffusé (80 réponses recueillies) afin d'objectiver certaines tendances, notamment en matière de mobilité, d'usage du numérique et de recours aux soins.

La seconde semaine de terrain s'est inscrite dans une logique plus expérimentale. Il ne s'agissait plus seulement d'observer, mais de tester des modalités concrètes d'Aller-Vers. Un stand a été installé sur le marché de Tarare afin d'aller à la rencontre des habitants à travers une animation autour de l'alimentation, choisie comme porte d'entrée vers la santé. L'objectif était de créer un espace d'échange accessible et non stigmatisant, permettant de recueillir des besoins et de présenter des ressources locales.

L'ensemble des données recueillies (entretiens, questionnaire, micro-trottoirs, observations et retours d'expérimentation) a fait l'objet d'une analyse thématique croisée. Les résultats ont été structurés à l'aide d'outils de modélisation tels que l'arbre à problèmes, l'arbre à objectifs et l'arbre à solutions. Cette structuration a permis de mettre en évidence les mécanismes socio-spatiaux du non-recours, d'identifier des publics prioritaires et de traduire le diagnostic en pistes d'action opérationnelles.

La méthodologie adoptée repose ainsi sur quatre principes structurants :

1. Une approche qualitative centrée sur les acteurs et les habitants ;
2. Un croisement des regards entre institutions et population ;
3. Une posture d'Aller-Vers incarnée dans la démarche même de l'enquête ;
4. Une logique expérimentale visant à tester la faisabilité des actions proposées.

Cette démarche, à la fois analytique et opérationnelle, permet de dépasser le simple constat des inégalités pour engager une réflexion collective sur les conditions d'une amélioration durable de l'accès aux soins dans un territoire rural.

# CHRONOLOGIE DU PROJET



## Première semaine de terrain:

Réalisation d'entretiens, diffusion du sondage, micro-trottoirs, etc.

## Deuxième semaine de terrain:

Test des pistes d'actions, repérage des partenaires intéressés, diffusion du sondage



10 octobre 2025

3 au 8 novembre 2025

5 au 9 janvier 2026

23 mars 2026

Première rencontre avec le COFIL et découverte du Roch'n'Bar

## Réponse à Appel d'Offre

Analyse des données et rapport intermédiaire

Recherches complémentaires et analyse des réponses au questionnaire

## Rendu final

Restitution du travail devant les partenaires



# PARTIE 1

## LE CANTON DE TARARE : UN TERRITOIRE RURAL AUX VULNÉRABILITÉS SOCIALES ET SANITAIRES MARQUÉES

L'analyse du canton de Tarare ne peut se limiter à une simple description de ses caractéristiques géographiques. Selon Jacques Lévy, "l'espace ne peut être pensé qu'interne à la société et non à cheval sur la société et autre chose" et constitue "une dimension du social". En effet, comprendre les spécificités spatiales du territoire permet de mettre en lumière des inégalités d'accès aux services et aux droits qui structurent les parcours des habitants. Vincent Veschambre précise cette approche : "*raisonner en termes de 'dimension spatiale' permet de dépasser cette fausse symétrie espace/société [...] L'espace est en fait partout, traverse la société de part en part*" (Veschambre, 2010). Les caractéristiques géographiques du canton (relief montagneux, éloignement, dispersion de l'habitat) ne sont pas de simples contraintes physiques neutres, mais des dimensions sociales qui produisent et révèlent des inégalités dans l'accès aux soins, aux services administratifs et aux droits.

Cet espace illustre le phénomène centre-périphérie : un pôle urbain central concentrant l'essentiel des services et des ressources, entouré de communes rurales dispersées et dépendantes. Cette organisation spatiale, héritée de l'histoire industrielle locale et renforcée par les dynamiques récentes de métropolisation, structure les conditions d'accès à la santé et aux droits sur le territoire.

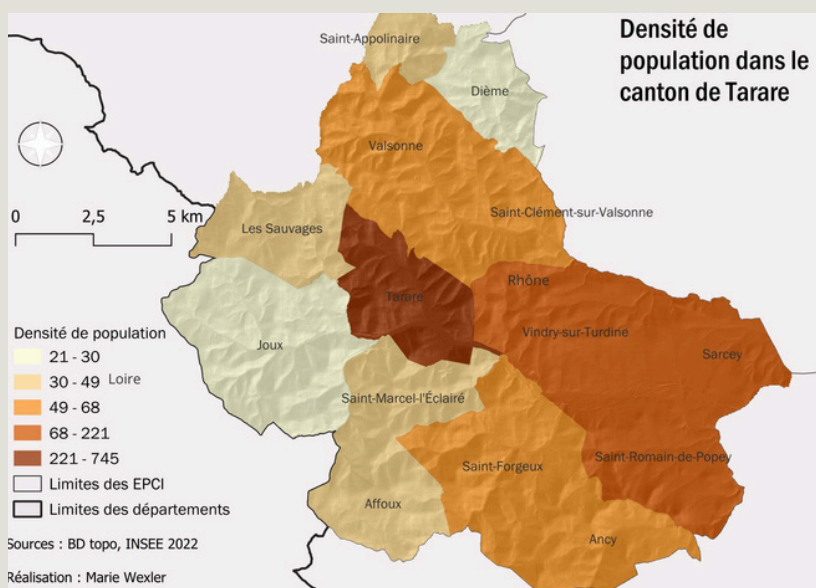
### PLAN DE LA PARTIE 1

- **Un territoire rural structuré autour d'un pôle central**
- **Un accès à la santé fragilisé**
- **Des publics vulnérables et isolés**

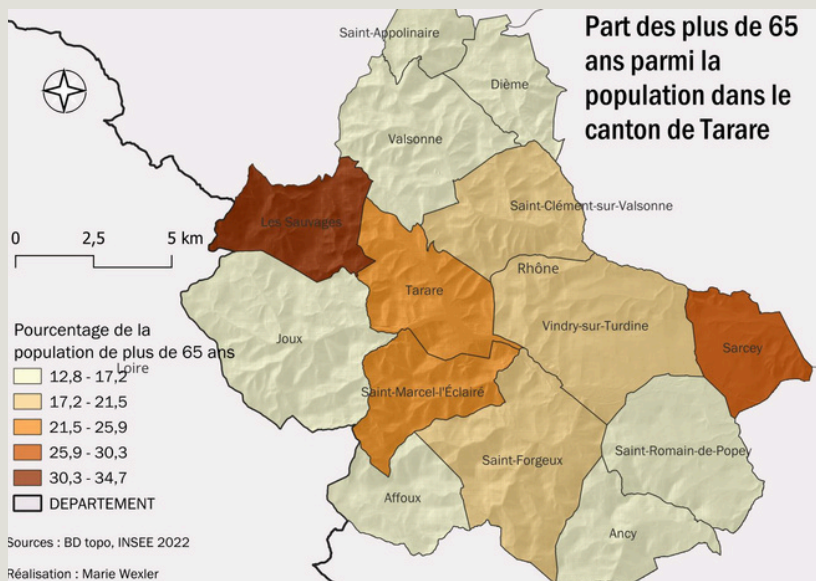
# A. UN TERRITOIRE RURAL STRUCTURÉ AUTOUR D'UN PÔLE CENTRAL

## 1) UN ESPACE RURAL AUX MARGES DE LA MÉTROPOLE LYONNAISE

Le canton de Tarare est situé aux marges de la couronne périurbaine de la métropole lyonnaise. L'autoroute A89 a rapproché ce canton de Lyon, générant une certaine attractivité liée au cadre paisible et au prix de l'immobilier. Cet espace est majoritairement rural, à l'exception de la commune de Tarare qui constitue le pôle urbain. Mis à part Vindry-sur-Turdine et Tarare, toutes les communes sont peu denses et correspondent au zonage de communes rurales (INSEE 2020) comme cela a été énoncé plus haut.



**Figure 5 – : Densité de population**



**Figure 6 – : Part des plus de 65 ans dans le canton**

Nous pouvons constater les densités sur la carte ci-contre, avec justement un contraste important entre Tarare et les autres communes. D'autre part, d'après les données INSEE de 2021, la part des plus de 65 ans parmi la population de chaque commune n'est pas toujours proportionnelle à la densité de population. Il y a ainsi des inégalités entre communes.

Ainsi, la commune des Sauvages accueille une part importante de personnes de plus de 65 ans, plus de 30% de sa population. Cela est en lien avec la présence de structures d'accueil présentes sur la commune alors qu'elle ne compte que 621 habitants.

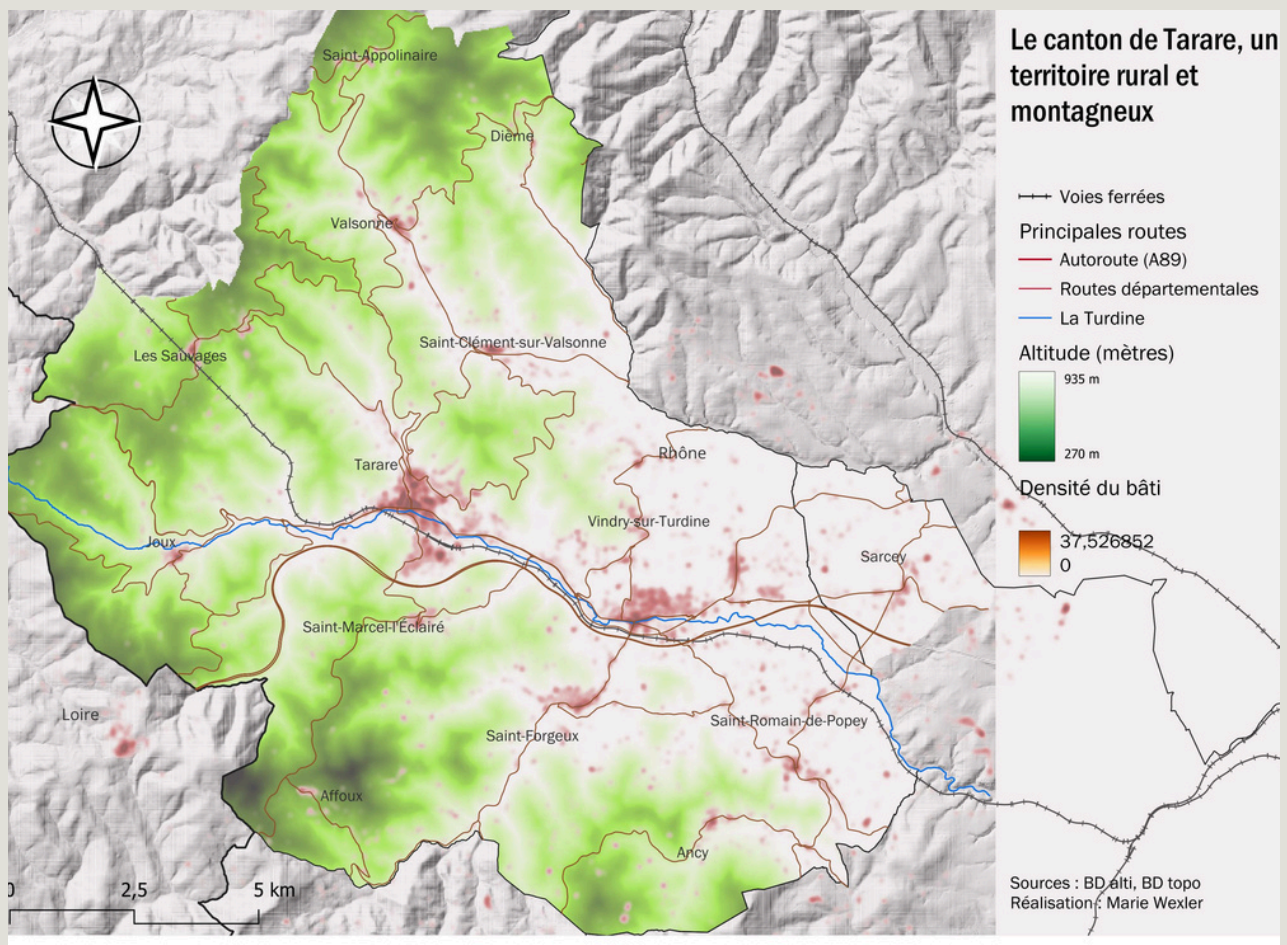
Cette comparaison permet de révéler que certaines communes ont plus de besoins que d'autres en terme d'aide au maintien au domicile par exemple.



**Figure 7 – : Vue sur le canton de Tarare (St Forgeux)**

OUNASSER 2026

Les paysages du bassin de vie sont montagneux ou vallonnés, caractéristique du Beaujolais vert. Le relief du canton est bordé de moyennes montagnes, visibles sur la carte en foncé. Les espaces les plus habités, en rouge sur la carte, se concentrent en vallée. Toutes les communes relèvent de la loi montagne, sauf Sarcey, ce qui implique pour les habitants d'avoir des équipements supplémentaires pour se déplacer en voiture individuelle entre le 1er novembre et le 31 mars.



**Figure 8 – : Carte révélant relief et densité**

L'étude des fiches INSEE montre que les communes ont toutes quasiment doublé leur population entre 1968 et 2022, avec une accélération à partir des années 1990, à l'exception de Tarare. Cette augmentation démographique est synonyme de besoins supplémentaires, alors que les équipements n'ont pas toujours suivi cette croissance, sauf dans certaines communes comme Saint-Romain-de-Popey (maison pluridisciplinaire de santé). Une maire nous a confié : *"On a beaucoup laissé faire et construit partout. Aujourd'hui on reprend le contrôle mais des choix ont été faits qui compliquent la vie. Le haut débit partout et de qualité sur nos territoires, ce n'est pas possible, malheureusement !"* (Annexe entretien, entretien 13). Cet élément fait référence aux nombreuses constructions le long de routes viabilisées dans les années 1980 et 1990, dans des zones pas toujours propices aux télécommunications.

## 2) TARARE : UN PÔLE CENTRAL CONCENTRANT L'ESSENTIEL DES SERVICES

Ce territoire rural se structure autour d'un pôle, la ville de Tarare, qui constitue l'unité urbaine du territoire étudié. L'importance de Tarare s'explique par l'importance donnée ces dernières années aux intercommunalités à la suite de la loi NOTRe en 2015, incitant aux regroupements de communes (par exemple Pontcharra sur Turdine, Daraizé et St Loup se sont regroupées pour former une commune nouvelle) et la centralisation des services dans les chefs lieux. Ainsi Tarare bénéficie d'une localisation stratégique dans la vallée de la Turdine, sur un lieu de passage permettant de relier l'Ouest (la plaine de la Loire et Roanne) et l'Est (la vallée de la Saône et du Rhône avec Lyon).

C'est avec l'industrialisation que son rôle est devenu plus important. La spécialisation en production textile de mousseline a permis à ce bourg de se constituer en pôle industriel (Albout, 1971). Alors qu'elle n'était qu'un bourg de 3 000 habitants à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle, elle a profité de l'installation d'industriels lyonnais délocalisant leur production textile (Rude, 2007). Sa population a fortement augmenté pour atteindre 15 000 habitants avant de se stabiliser autour des 12 000 habitants au XX<sup>ème</sup> siècle. Son attractivité s'est renforcée car elle constituait une source d'emplois, de services et un lieu d'échanges commerciaux (marchés, foires). Néanmoins, les fermetures d'usines à partir de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle puis dans la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle ont provoqué un déclin industriel, accompagné d'un déclin démographique entre 1968 et 2016 (INSEE, 2025).

Cependant, Tarare reste un espace d'emplois et de services. C'est le chef-lieu du canton et de la Communauté d'agglomération de l'Ouest Rhodanien. Des entreprises importantes génèrent un certain nombre d'emplois (notamment Gerflor avec 700 emplois). Les Zones d'Activités Économiques sont situées le long des axes de communication : l'A89 ou la nationale dans la vallée de la Turdine, illustrant la double polarisation du territoire par Tarare et l'A89.

La candidature au programme Cœur de ville a permis à la municipalité et ses partenaires de réaliser une politique de rénovation urbaine revitalisant le centre-ville et en réaménageant les espaces urbains (Espace France Service, France Travail). Le recensement de 2022 révèle un rebond démographique de 4,34 % (Perret, *Le Pays*, 02/01/2025). Lors des entretiens, plusieurs acteurs ont mentionné une augmentation de population dans tout le canton à la suite de la crise du COVID, de nouveaux habitants s'installant dans des lieux de résidence plus proches de la nature, tout en gardant une certaine proximité avec la métropole de Lyon.

Tarare concentre l'essentiel des ressources du territoire : emplois, services administratifs (notamment regroupés à la maison France Service), commerces ainsi que, comme la carte le révèle, les services de santé. Tarare a la particularité d'avoir un hôpital maintenu malgré des menaces de fermeture (Henrion-Poyard, *Le Figaro*, 15 /10/2007).

La présence d'un service d'urgence est appréciée au regard du manque de médecins (annexe Résultats questionnaire, réponses libres).

Nous observons sur la carte à la page suivante (fig.9, p.16) une forte densité des services médicaux dans le centre-ville de Tarare et dans une moindre mesure le long de la Turdine et à Vindry sur Turdine. Ainsi, la centralité de Tarare se confirme comme lieu pourvoyeur de ressources et services.

# Où se soigner dans le canton de Tarare ?

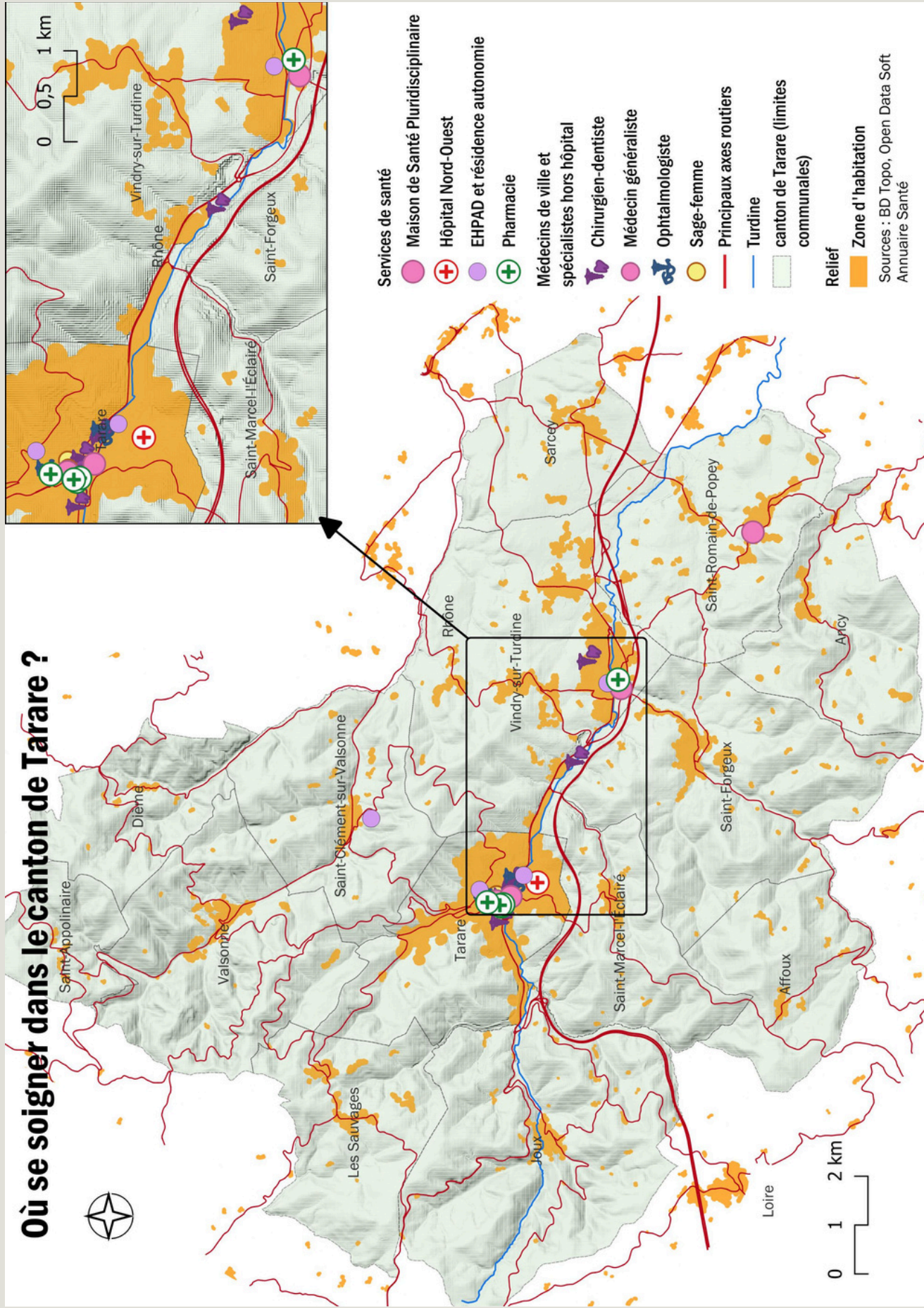
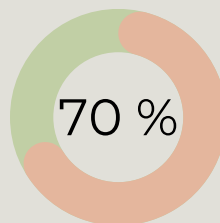


Figure 9 – : Carte localisant les services de santé du canton de Tarare

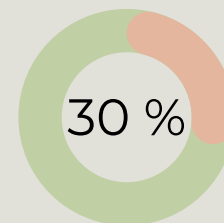
### 3) UNE DÉPENDANCE TERRITORIALE CRÉATRICE D'INÉGALITÉS



Cette concentration des ressources à Tarare crée une forte dépendance des communes périphériques. Les habitants des communes rurales doivent se rendre à Tarare, voire à Villefranche-sur-Saône ou Lyon, pour accéder aux services de santé, aux démarches administratives ou aux commerces spécialisés. Cette organisation territoriale illustre ce que Vincent Veschambre qualifie de "dimension spatiale des inégalités" : "l'espace traverse la société de part en part". Les inégalités d'accès aux soins et aux droits ne sont pas simplement géographiques, elles sont fondamentalement sociales : elles concernent en premier lieu les personnes qui ne disposent pas des moyens de mobilité suffisants (financiers, physiques) pour parcourir les distances nécessaires.

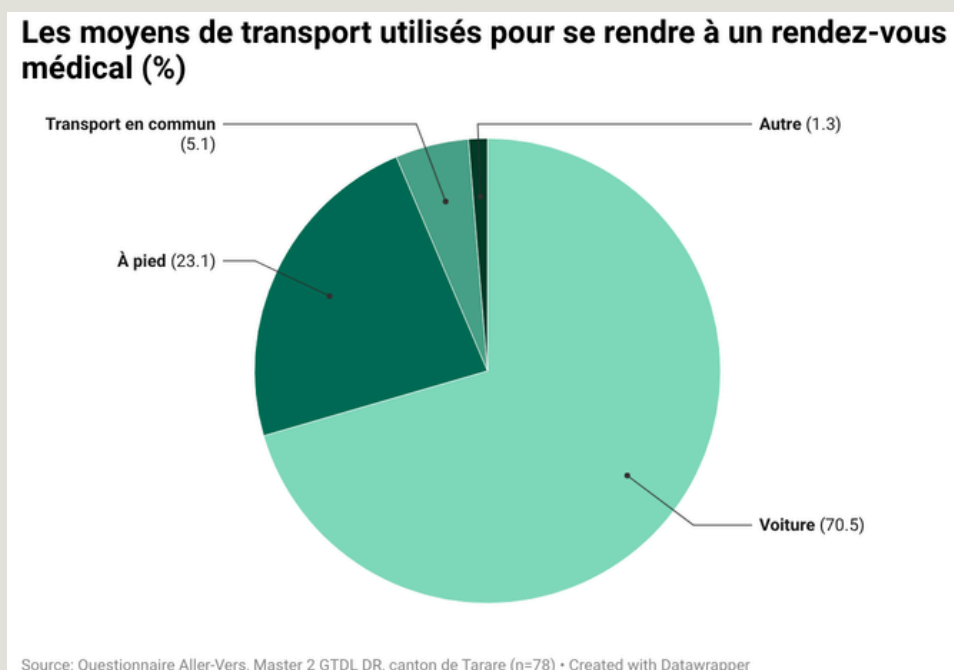


**Part des interrogés déclarant utiliser la voiture pour se rendre à un rendez-vous médical**



**Connaissance du dispositif Transport A la Demande - Corus par les interrogés**

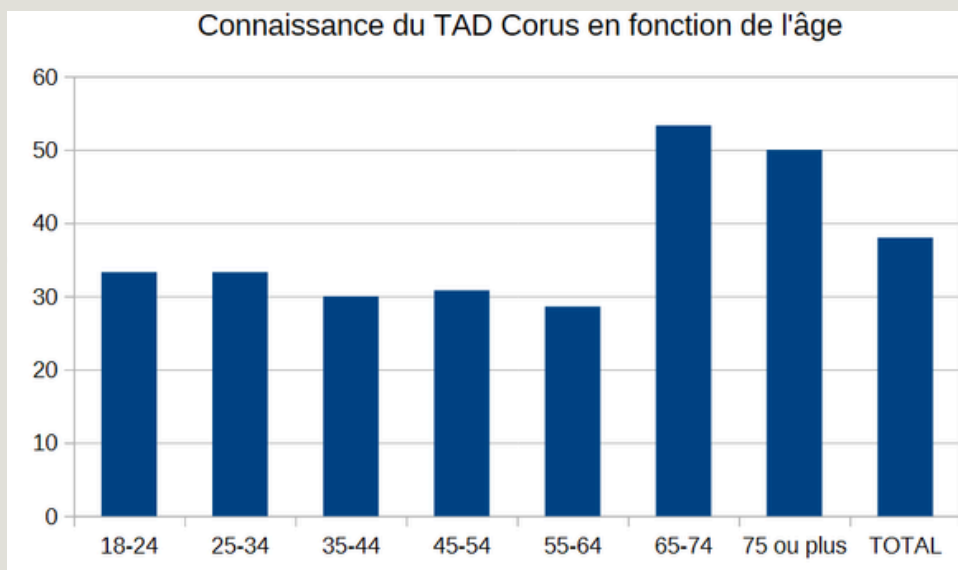
Notre sondage (Annexe Sondage) révèle que 70,5% des 78 répondants utilisent la voiture pour se rendre à un rendez-vous médical, confirmant une forte dépendance à la voiture pour accéder aux soins. 23,1% se rendent à un rendez-vous à pied et 3,7% avec les transports en commun.



**Figure 10 – : moyens de transport utilisés pour se rendre à un rendez-vous médical, source questionnaire**

Quand nous croisons ces données avec le lieu de résidence, nous observons une utilisation de la voiture à 91,3% pour les personnes résidant sur une autre commune que Tarare, alors que cela concerne seulement 58,3% des sondés tarariens.

De plus le Transport à la Demande Corus n'est connu que de 30% des sondés. L'histogramme ci-dessous permet de visualiser cette connaissance en fonction de l'âge. Néanmoins le visuel peut donner l'impression d'une bonne connaissance du service Corus par la tranche d'âge de 65 ans et plus alors qu'elle n'est que de 52%.



**Figure 11 – : pourcentage de Oui à la question sur la connaissance du dispositif Corus, source : questionnaire**

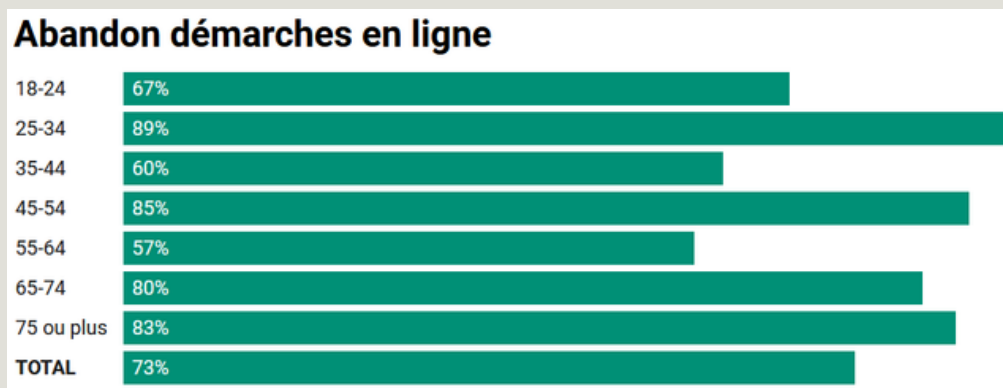
L'analyse du questionnaire et des questions sur le TAD Corus nous révèle que ce service est surtout connu par les plus âgés et les plus jeunes.

D'après les entretiens, le fait d'être limité à 8 trajets par mois peut s'avérer insuffisant pour certains publics éloignés. Pour d'autres, le prix reste élevé notamment pour certains budgets très contraints (annexe entretiens, entretien 20). Un trajet est unique, c'est à dire qu'il n'y a pas d'aller-retour et chacun coûte 2,5€\*.

\*[https://www.ouestrhodanien.fr/wp-content/uploads/2024/11/Brochure\\_Corus\\_300x210mm\\_2024.pdf](https://www.ouestrhodanien.fr/wp-content/uploads/2024/11/Brochure_Corus_300x210mm_2024.pdf)



D'autre part, ce ne sont pas forcément les plus âgés les moins armés face à ces plateformes. Ainsi les jeunes semblent ici avoir plus de difficultés que les personnes de 65 ans et plus !



**Figure 13 – : part des répondants aux questionnaire déclarant avoir abandonné des démarches en ligne, source : questionnaire**

Même si l'accès à internet se fait majoritairement via smartphone et ordinateur (67,5% chacun), une partie des répondants dépend de l'aide d'un proche (12,5%) pour réaliser ces démarches.

Comme l'expliquent les agents de France Services, de nombreuses personnes disposent d'un équipement mais « n'osent pas » l'utiliser : la gestion des identifiants, la réception de codes ou l'utilisation de plateformes comme Ameli ou Doctolib constituent des freins majeurs (source : Annexe entretiens, entretien 12).

Cette triple contrainte – centralisation spatiale des services, dépendance automobile et fracture numérique – fragilise particulièrement l'accès aux soins et aux droits sociaux. Elle contribue à éloigner certains habitants des lieux d'information et d'accompagnement (mairie, centre social), renforçant leur invisibilité et leur isolement.

Cette analyse pourrait être complétée avec la lecture et l'analyse des cahiers de doléance des Quatre Vallées, dont une réunion a eu lieu le 31 janvier 2026 aux Olmes (<https://aiim.fr/?p=2166>), cahiers rédigés entre 2018 et 2019 lors des Gilets Jaunes. Ces documents recensent justement d'importants témoignages sur les difficultés vécues par les habitants.

**Cette double centralisation – spatiale et numérique – renforce les inégalités territoriales.**

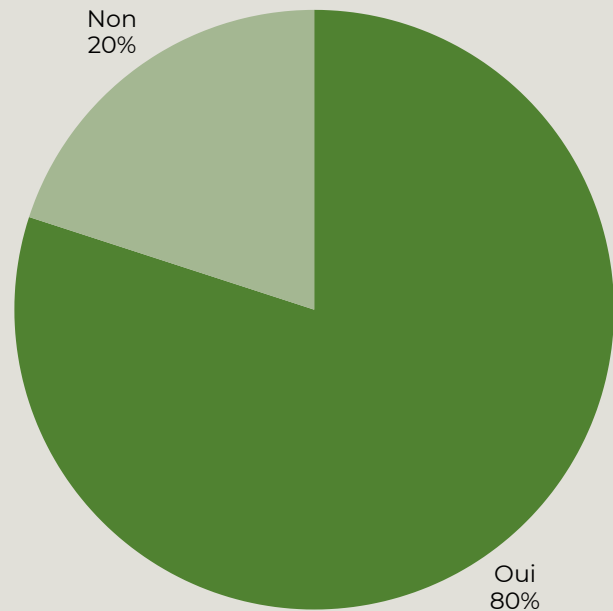
**Ces difficultés structurelles se cumulent avec une offre de santé elle-même fragilisée par la désertification médicale et la pénurie de professionnels, comme nous allons le voir dans les parties suivantes.**

## B. Un accès a la santé fragilisé:

D'après le questionnaire quantitatif mené auprès des habitants du canton de Tarare révèle une fragilisation structurelle de l'accès aux soins. Ce constat dépasse la simple question du nombre de médecins: Il met en lumière des déséquilibres territoriaux profonds et des parcours de soins de plus en plus discontinus.:

### 1- Désertification médicale: une pénurie ressentie par tous

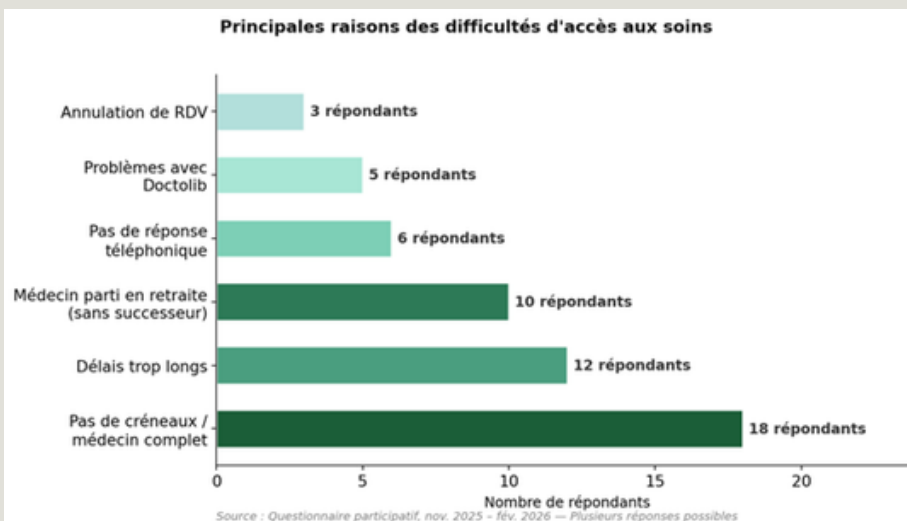
75,6% des répondants déclarent avoir déjà eu des difficultés a joindre un professionnel de santé. ce chiffre particulièrement élevé traduit une saturation de l'offre médicale locale.



**Figure 14 – : Difficultés à joindre un professionnel (source: questionnaire)**

Cette tension se manifeste notamment par l'allongement des délais de rendez-vous et l'existence de listes d'attente importantes. Les entretiens n°3 et n°10 mettent en évidence un manque de psychiatres et de médecins spécialistes sur le territoire du canton de Tarare, entraînant des délais de prise en charge parfois incompatibles avec l'urgence des situations. La désertification médicale apparaît ainsi comme un facteur structurant des difficultés d'accès aux soins sur le territoire.

### Les raisons invoquées sont convergentes et récurrentes :

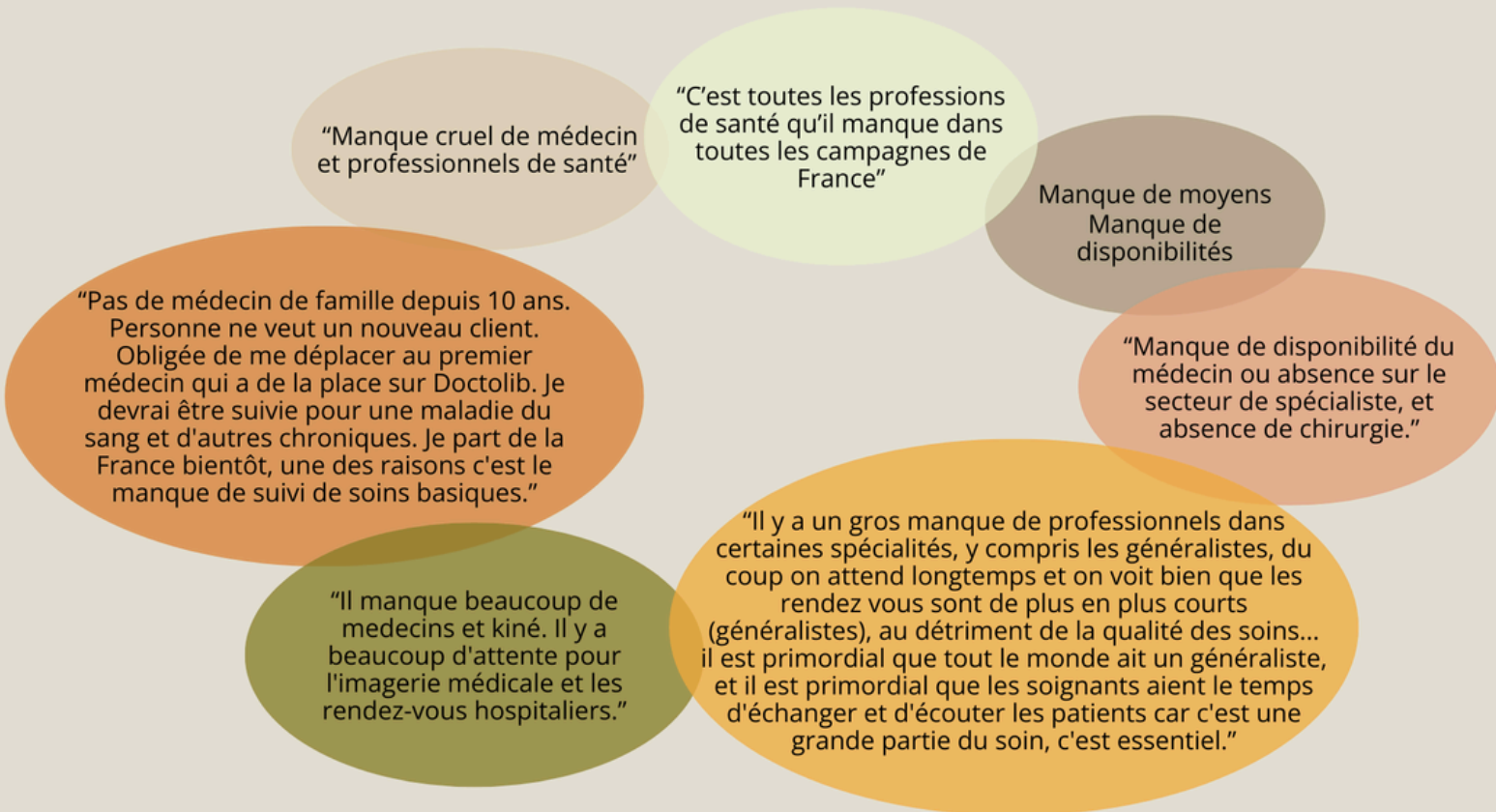


**Figure 15 – : Raisons évoquées pour les difficultés d'accès aux soins, source : questionnaire**

Les **départs en retraite de médecins sans successeur** constituent la rupture la plus brutale : des patients suivis depuis des années se retrouvent sans praticien attiré, contraints de chercher une solution dans un marché déjà saturé.

« Pas de médecin de famille depuis 10 ans. Personne ne veut un nouveau client. Obligée de me déplacer au premier médecin qui a de la place sur Doctolib. »

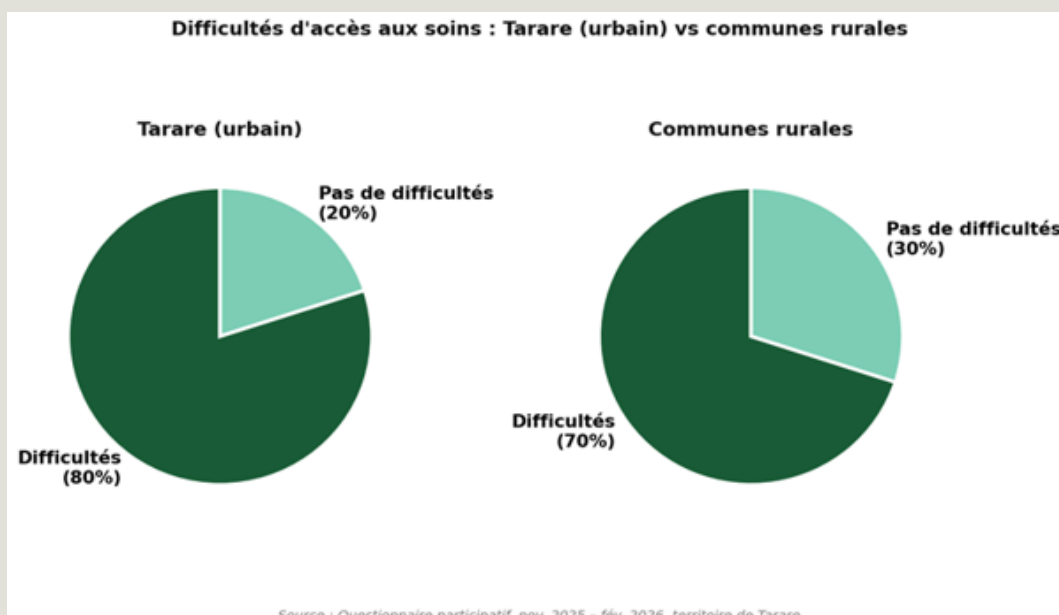
« Dans une ville de 10 000 habitants, ce n'est pas normal de galérer autant pour se faire soigner. »



**Figure 16 – : Extraits de témoignages d'habitants (source : micro-trottoirs)**

## 2. Concentration des professionnels à Tarare et à l'Hôpital Nord Ouest

Les difficultés ne se répartissent pas uniformément. 87 % des habitants des communes rurales déclarent des difficultés d'accès, contre 75 % à Tarare. L'offre médicale reste concentrée en ville-centre, laissant les communes périphériques dans un état de dépendance accentué.

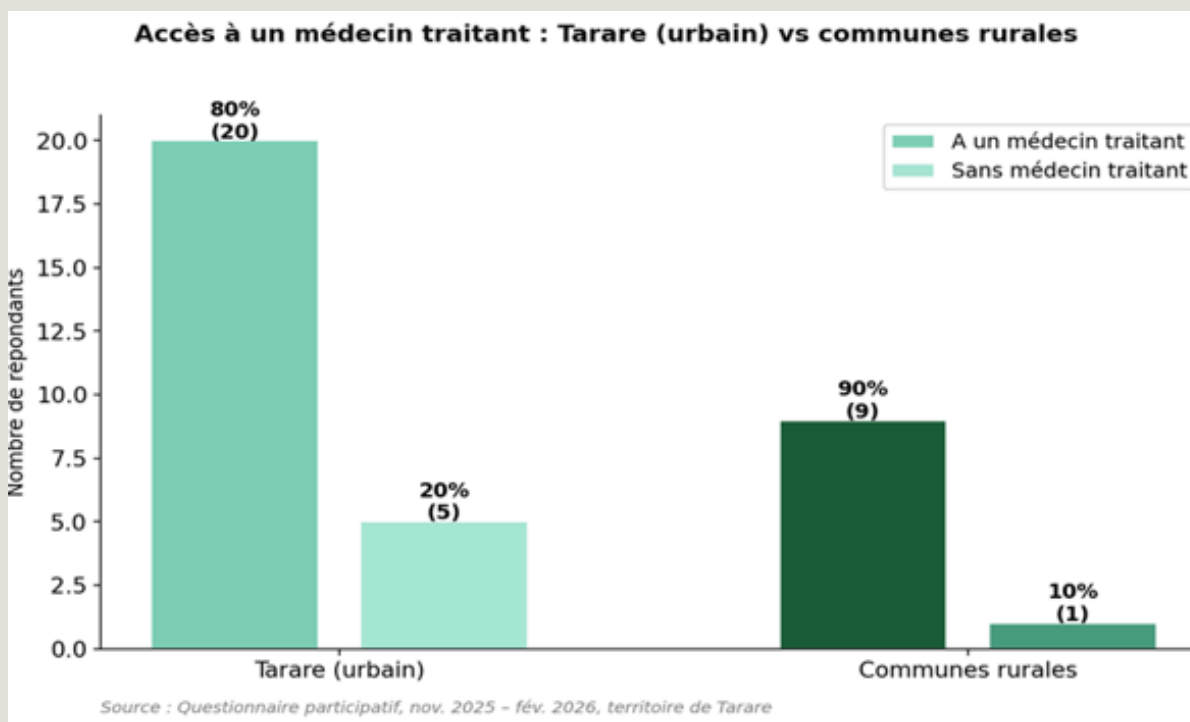


**Figure 17 – : Difficultés d'accès aux soins selon qu'on soit habitant rural ou urbain (source : questionnaire)**

Ce déséquilibre se confirme pour l'accès au médecin traitant : l'absence de médecin traitant est presque deux fois plus fréquente en milieu rural (27 %) qu'à Tarare (15 %).

Au-delà des éléments descriptifs, ces données traduisent une organisation territoriale marquée par une dispersion de l'habitat et une centralisation des services sur le pôle de Tarare. Cette configuration génère des contraintes structurelles, notamment pour les communes périphériques et les publics les moins mobiles.

Le vieillissement de la population constitue un facteur aggravant, dans la mesure où il augmente mécaniquement les besoins de suivi médical tout en accentuant la dépendance aux services de proximité. L'accès aux soins apparaît ainsi étroitement lié aux dynamiques démographiques et spatiales du territoire.



**Figure 18 – : Accès à un médecin traitant selon une appartenance rurale et urbaine**

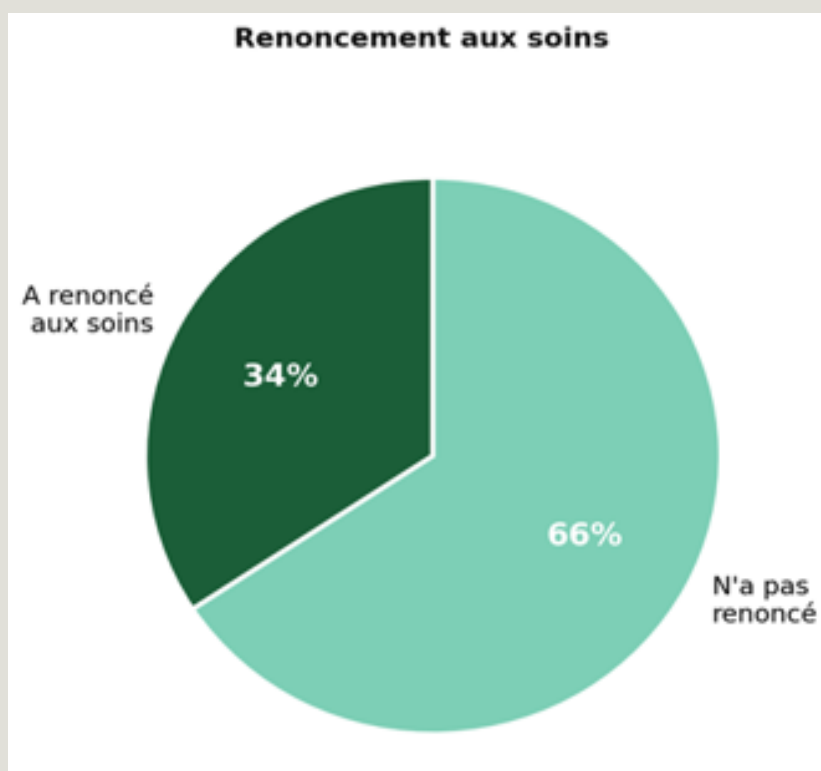
Les communes rurales cumulent ainsi plusieurs désavantages :

- éloignement géographique des structures de soins,
- faible densité de praticiens,
- dépendance quasi-totale à la voiture individuelle,
- manque de spécialistes de proximité.

*« Il n'y a aucun spécialiste sur place. Il faut aller à Villefranche et attendre plusieurs mois pour avoir un rendez-vous. »*

L'analyse des réponses recueillies met en évidence une réalité plus complexe qu'un simple déficit de professionnels de santé. Si la difficulté à obtenir un rendez-vous est fréquemment mentionnée, d'autres facteurs émergent : délais d'attente prolongés, contraintes de mobilité, coût des consultations ou encore complexité des démarches administratives. Des consultations de spécialistes sont possible à l'hôpital de Tarare, évitant un déplacement systématique à Villefranche. Il existe donc des solutions locales mais qui ne sont pas épargnées par les délais d'attente et la forte méconnaissance de cette possibilité.

Ces éléments révèlent une tension systémique dans l'organisation locale de l'offre de soins. Les habitants développent des stratégies d'adaptation — report de soins, consultation hors territoire, recours aux urgences — qui traduisent une réponse contrainte plutôt qu'un choix.



**Figure 19 – : Renoncement aux soins**

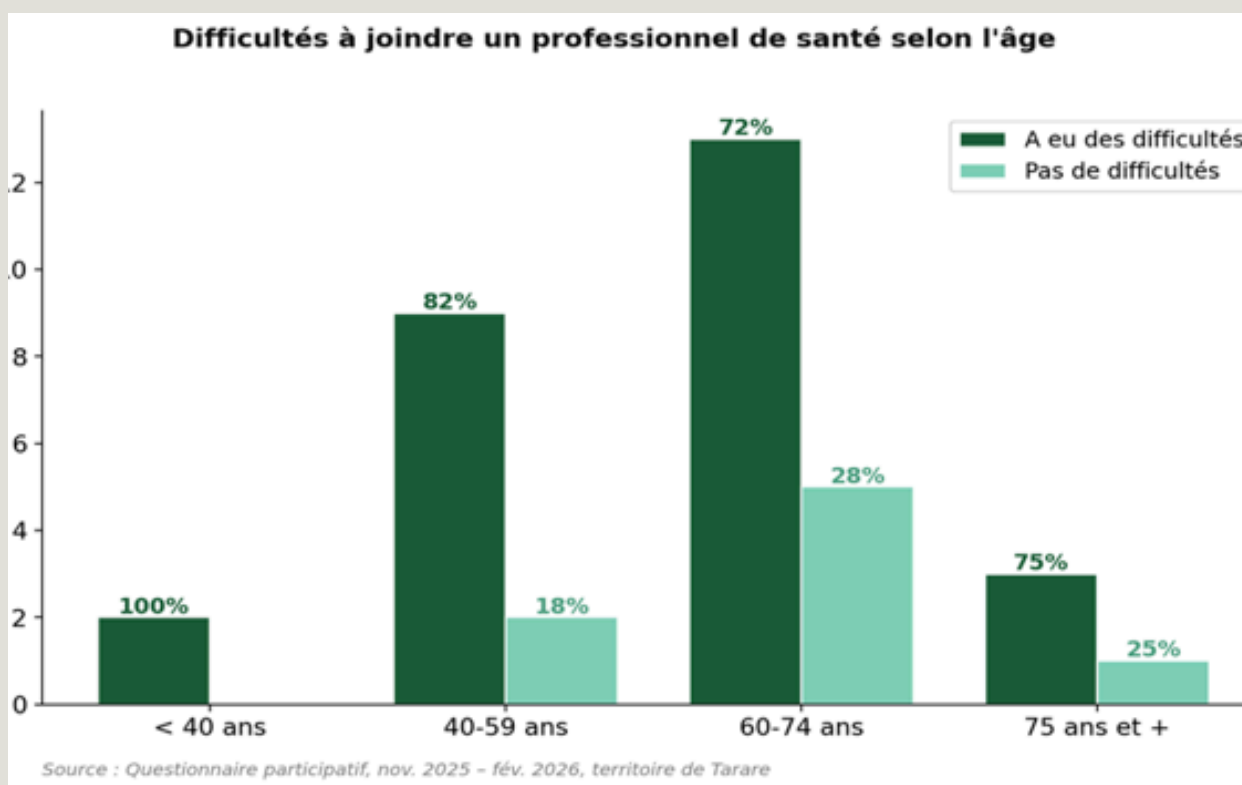
*« Je délaisse actuellement ma santé à défaut d'offre suffisante ou pour éviter des refus si j'appelle un médecin. »*

*« On attend d'être vraiment mal. On fatigue... La santé passe après tout le reste. » (source : Annexe 2, réponses libres)*

Un renoncement concentré sur les 40-74 ans. Contrairement aux idées reçues, ce ne sont pas les personnes âgées qui renoncent le plus aux soins, mais les tranches d'âge actives et pré-retraitées.

Le canton de Tarare est identifié par l'Agence Régionale de Santé comme un territoire en situation de désert médical. Cette qualification renvoie à un déséquilibre entre les besoins de la population et l'offre de soins disponible, qui se traduit notamment par des difficultés d'accès aux professionnels de santé et par des délais de rendez-vous allongés.

Cette situation fragilise particulièrement les publics les plus vulnérables — personnes âgées, ménages précaires ou habitants isolés pour lesquels chaque contrainte supplémentaire peut devenir un facteur de renoncement. L'accès aux soins apparaît ainsi comme un révélateur des inégalités territoriales existantes.



**Figure 20 – : Difficultés à joindre un professionnel de santé selon l'âge**

Les 40-59 ans cumulent contraintes professionnelles et difficultés à obtenir des rendez-vous compatibles avec leurs horaires. Les 60-74 ans subissent les départs en retraite de leurs médecins, fragilisant le suivi de pathologies chroniques souvent installées.

Rendez-vous non honorés et ruptures de suivi. Plusieurs répondants signalent des annulations de rendez-vous de la part des professionnels eux-mêmes, ou des remplaçants qui ne reprennent pas l'ensemble des patients. Ces ruptures aboutissent à une prise en charge fragmentée, moins préventive et plus tardive.

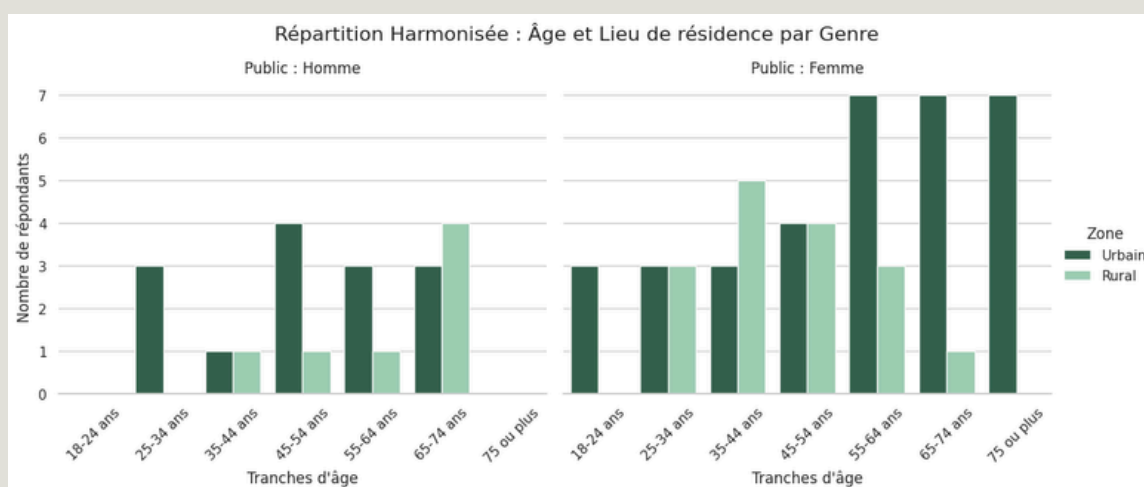
*« On voit que des remplacements, on ne connaît pas son médecin traitant. »  
(Source micro-trottoirs)*

L'ensemble de ces constats souligne la nécessité d'une réponse globale et articulée. Les difficultés identifiées ne peuvent être traitées par une action isolée ; elles appellent une stratégie combinant amélioration de la lisibilité des ressources, réduction des freins matériels et renforcement des dynamiques sociales locales.

C'est dans cette perspective que s'inscrit le plan d'action présenté dans la partie suivante, visant à proposer des réponses adaptées aux spécificités du territoire et aux besoins exprimés par ses habitants.

## C. DES PUBLICS VULNÉRABLES CONFRONTÉS À DES ISELEMENTS MULTIPLES : UNE LECTURE CROISÉE DES DONNÉES ET DES RÉCITS

L'analyse croisée du questionnaire, des micro-trottoirs et des entretiens confirme que l'isolement sur le territoire ne relève pas d'une seule dimension. Il s'inscrit dans des trajectoires où se combinent fragilités sociales, difficultés de mobilité, précarité économique, vulnérabilités psychiques et éloignement des services. Les données quantitatives font apparaître des profils plus exposés à la précarité que d'autres ; les paroles recueillies donnent chair à ces cumuls.



**Figure 21 – Répartition des répondants au questionnaire selon l'âge, le genre et le lieu de résidence**

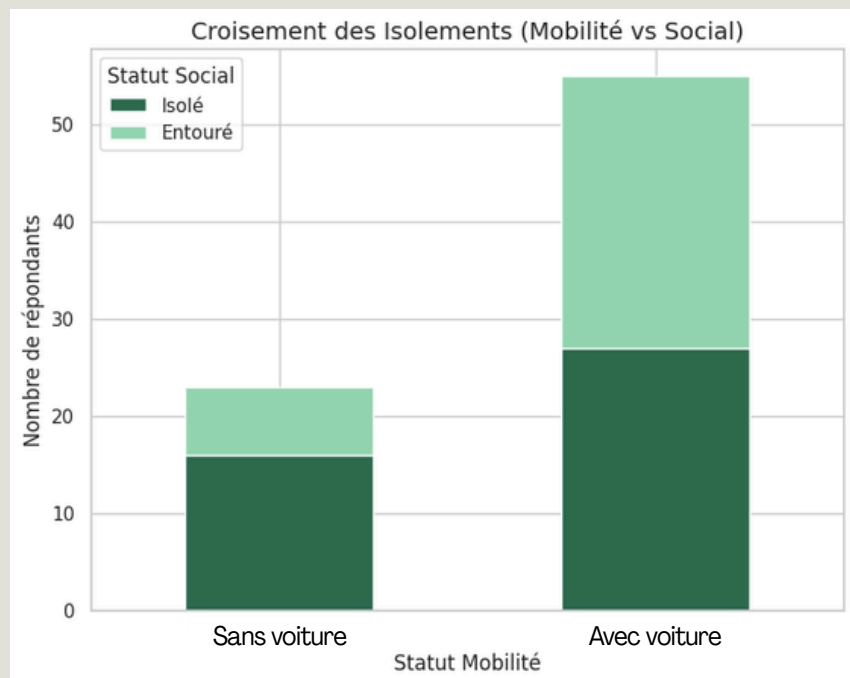
Ce graphique met en évidence une surreprésentation des femmes dans les tranches d'âge intermédiaires et seniors, notamment entre 45 et 74 ans. Il montre également que si les répondants urbains sont majoritaires, une part significative réside en milieu rural, en particulier parmi les 55-74 ans. Cette configuration confirme que les vulnérabilités observées ne concernent pas uniquement les hameaux isolés mais traversent l'ensemble du canton, avec des intensités variables selon l'âge et le genre.

La santé est spontanément définie comme un équilibre global. « La santé c'est tout », affirme une femme de 50-60 ans, reprenant un proverbe arabe : « *La santé, c'est la couronne sur la tête* ». D'autres associent immédiatement santé physique et santé mentale : « *C'est rire, voir des gens, sortir de chez soi* ». Cette articulation entre corps et lien social revient de manière récurrente et éclaire la manière dont l'isolement est vécu.

Les femmes ont donc majoritairement répondu et apparaissent particulièrement concernées par des formes d'isolement social et psychique. Plusieurs évoquent le stress, la charge mentale ou le burn-out. Une infirmière en congé maternité explique ne pas être certaine de reprendre son métier « pour cause de santé mentale / burnout ». Une autre femme confie : « *On fait croire que ça va mais en fait non* », décrivant un état dépressif marqué par un contexte politique et social anxiogène. Ces propos font écho aux données du questionnaire, où les difficultés psychiques sont fréquemment associées à des situations professionnelles précaires ou à des responsabilités familiales importantes.

Chez les personnes âgées, l'isolement prend souvent une dimension géographique et fonctionnelle. Une femme de 76 ans asmathique, explique devoir consulter à Villefranche faute de solution adaptée à Tarare, et dépendre de la voiture pour se déplacer . Un homme hospitalisé récemment souligne que Tarare « *n'avait pas de quoi le prendre en charge* » . Ces récits illustrent concrètement ce que montrent les tableaux croisés : la résidence dans les communes périphériques ou la dépendance à un moyen de transport individuel augmentent le risque de rupture de soins.

Le croisement entre mobilité et isolement social permet d'affiner cette lecture, comme l'illustre la figure suivante.



Le graphique montre que les personnes sans voiture sont proportionnellement plus nombreuses à se déclarer isolées. À l'inverse, les répondants disposant d'un véhicule apparaissent davantage entourés socialement. La mobilité constitue ainsi un facteur structurant de l'inclusion : elle conditionne l'accès aux soins, aux lieux de sociabilité et aux réseaux d'entraide. L'isolement territorial et l'isolement relationnel se renforcent mutuellement.

**Figure 22 – Croisement entre mobilité et isolement social**  
source : questionnaire

L'isolement psychique ressort avec force dans plusieurs témoignages (Source micro-trottoirs). Un homme de 39 ans, sans emploi, suivi par un psychiatre depuis 2019, décrit une anxiété sociale telle qu'il « *ne sort plus de chez lui sauf avec un proche* » et estime que sa santé mentale n'est « *pas prise assez au sérieux* ». Une femme de 50-60 ans raconte avoir « *galéré à trouver un psy* » après un infarctus. Le départ à la retraite de médecins ou de spécialistes est mentionné à plusieurs reprises, révélant un sentiment d'instabilité et de fragilité du système local de soins.

Les jeunes adultes, bien que souvent plus mobiles et connectés, ne sont pas épargnés. Une jeune femme souligne l'importance « *d'avoir accès aux soins, que les médicaments soient accessibles* ». Une autre insiste sur « *la position dans la société* » et le cadre de travail comme déterminants de la santé mentale. L'isolement prend ici la forme d'une incertitude sociale, d'une précarité ou d'une difficulté à se projeter.

Le rapport au médecin traitant est également révélateur. Si une majorité déclare en avoir un, certains renoncent volontairement aux soins. Un homme affirme ne pas consulter « *par choix de guérison par soi-même* » sauf en cas extrême. D'autres se disent suivis à une heure ou plus de route, ce qui crée une distance supplémentaire dans le parcours de soins. Ces situations traduisent des formes d'isolement institutionnel, où la relation au système de santé devient fragile, intermittente ou contrainte.

Enfin, les entretiens mettent en lumière le rôle central du lien social comme facteur protecteur. « *Ne pas être isolé. Avoir des occupations, un animal, voir du monde* », explique une femme en fauteuil roulant. Une autre insiste : « *Le lien social, partager* ». Ces propos confirment que l'isolement n'est pas uniquement un problème d'offre médicale, mais aussi un enjeu de sociabilité, d'intégration et de reconnaissance.

Au croisement des données quantitatives et qualitatives, on constate que les situations les plus critiques concernent des personnes cumulant plusieurs fragilités. Résidence rurale, absence de mobilité autonome, précarité, dématérialisation numérique croissante, difficultés d'accès aux spécialistes, fragilité psychique et isolement relationnel s'additionnent et se renforcent mutuellement. Cette accumulation produit ce que plusieurs acteurs qualifient de « **misère invisible** » : des personnes qui « font croire que ça va », mais qui s'éloignent progressivement des dispositifs de droit commun.

Ainsi, la typologie des publics rencontrés révèle moins des catégories figées que des trajectoires marquées par des cumuls de vulnérabilités. L'isolement apparaît comme un phénomène multidimensionnel, territorialement situé, qui justifie pleinement une approche d'Aller-Vers capable d'identifier ces fragilités invisibles et d'adapter les modalités d'intervention aux réalités différenciées du canton.

## D. DYNAMIQUES SOCIALES ET FREINS À L'ACCÈS AUX SOINS

Les acteurs du médico-social doivent aussi faire face à ces dynamiques sociales qui agissent comme frein important à l'accès aux soins. La démarche d'Aller-Vers nécessite aussi de prendre en considérations ces freins sociaux, culturels et psychologiques que les individus rencontrent dans l'accès à la santé de par le contexte sociétal dans lequel ils évoluent. Le premier élément, et le plus compliqué à quantifier, et celui des multiples discriminations pouvant être vécues par les habitants. Gérard Noiriel (2017) montre que le principe républicain d'universalisme, censé garantir l'égalité de tous les citoyens indépendamment de leurs origines, fonctionne comme un mécanisme d'invisibilisation des discriminations. En refusant de reconnaître les différences et les appartenances ethno-raciales au nom de l'universalisme, la République française se prive des outils pour mesurer, identifier et combattre efficacement les discriminations. Ce modèle républicain, loin d'être neutre, produit selon lui une forme d'aveuglement institutionnel qui permet aux discriminations de perdurer tout en étant déniées. Dans cette perspective, les discriminations que nous avons observées sur le canton de Tarare ne sont pas de simples comportements déviants isolés, mais révèlent les limites d'un système qui refuse de nommer et de reconnaître les mécanismes raciaux qui favorisent l'exclusion de certaines catégories de population.

Même si ces pratiques ne sont pas générales, elles attestent d'une société qui ne condamne pas fermement l'intolérance et les discriminations. Ceci a pour conséquence une exclusion et un isolement plus important des groupes discriminés et une perte de confiance dans les services publics. Cette situation rejoint l'analyse de Didier Fassin (2006) sur la délégitimation progressive de certaines catégories de population dans l'espace public et leur relégation aux marges de la citoyenneté. Les discriminations constituent un réel frein, peu visible dans le débat public local mais présent dans les expériences de terrain. Ainsi des personnes peuvent parfois refuser d'être soignées par un médecin considéré comme "étranger". Mais le faible nombre de médecins peut finalement convaincre d'accepter un suivi tout de même. (COPIL 18/12/2025). Cette réticence révèle la persistance de préjugés raciaux même dans le domaine de la santé, où le soin devrait primer sur toute autre considération. Deux de nos camarades mais aussi plusieurs acteurs et des habitants rencontrés au Roche'n'Bar ou dans la rue lors de la diffusion de notre questionnaire nous ont évoqué des situations de discrimination vécues sur le territoire. Ainsi, nos camarades ont essayé plusieurs refus de collaboration au motif de leur présumée origine.



*“Personne ne m'a rien dit mais leur regard dit tout, je leur demande s' ils ont 2 minutes pour parler et aucun d'eux n'a le temps. Par contre il y en a parmi eux qui trouvent du temps pour parler avec les autres membres du groupe !”*

Le racisme ne s'exprime pas toujours de manière frontale, mais par des stratégies d'évitement, de refus poli, de regards.

Une habitante au Roch'n'Bar nous a confié : *“Moi je me suis mariée avec un Algérien et bien on en a subi des insultes. J'ai répondu des fois mais jamais plus . Les gens sont méchants. Ici [au Roch'n'Bar] c'est différent. J'aime bien venir ici car je me sens en confiance. On discute. Ça fait du bien.”* Cette personne, victime de discriminations et de violences verbales, n'a jamais porté plainte, une preuve de l'imprégnation du racisme dans les inconscients. Elle se rend au bar associatif car c'est un lieu de socialisation où elle est en confiance et où elle ne craint pas de subir des discriminations. Par contre, selon son état de santé mentale, elle pourrait éviter des services ou des lieux si elle ne pense pas être bien accueillie.

De plus, lors d'un entretien avec une maison de quartier de Tarare, une bénévole nous a confié qu'il fallait rappeler des règles de tolérance parfois auprès des usagers pour faciliter l'accès à des personnes non blanches. Mais ils ont peu de demandes de ce type de population pour intégrer l'association. Ce faible nombre de demandes est peut-être une conséquence d'attitudes hostiles de quelques personnes mais qui empêche l'intégration de toutes et tous.

Le racisme, même s'il a fait l'objet de campagnes de communication importantes dans les années 1980 et 1990, n'a pas disparu et pèse encore sur des habitants aujourd'hui (Gastaut, 2000).

Ces discriminations ont un effet sur le recours aux droits et à la santé car elles peuvent inhiber la capacité à solliciter de l'aide (Hédon, 2023). Didier Fassin (2006) souligne que les discriminations ne produisent pas seulement une exclusion matérielle, mais aussi une exclusion symbolique qui atteint la dignité des personnes et leur capacité à se concevoir comme sujets de droits légitimes. Cette atteinte explique pourquoi les discriminations ont des effets sur le non-recours : ce n'est pas seulement qu'on refuse l'accès aux services, c'est que les personnes intériorisent leur illégitimité à y prétendre. Nous avons observé plusieurs manifestations concrètes de ce mécanisme. Des habitants étrangers ou perçus comme tels qui "n'osent pas pousser la porte" de certains services par peur d'être mal accueillis (entretiens avec habitants).

Un témoignage particulièrement révélateur : *“Je veux passer le questionnaire pour pouvoir dénoncer ce qui m'est arrivé à l'hôpital. Ils m'ont crié dessus et bien moi je suis parti et même si je dois faire un scanner et d'autres examens, j'y retournerai pas.”* (micro-trottoir) Ce renoncement aux soins, nécessaires, illustre comment la discrimination peut transformer un droit en épreuve. L'exclusion fonctionne en étant intériorisée par les victimes elles-mêmes sous forme d'auto-exclusion.



Lors de nos entretiens, il a été également question de la peur d'être identifié comme en difficulté et surtout le sentiment de honte : peur du jugement, honte d'être aidé, d'avoir un dossier MDPH, d'être victime de violences ou d'avoir une addiction. La **peur d'être stigmatisé génère de l'auto-censure et du non-recours aux droits**. Cela peut aussi être le cas par rapport à la participation à une activité ou une structure en général comme le soulignaient les acteurs des centres sociaux de Tarare lors de notre rencontre. Ils nous ont expliqué qu'un père d'une petite fille a refusé qu'elle rejoigne le Centre car "le centre social n'était pas fait pour elle".

Le sentiment de honte n'est pas seulement lié à la précarité économique, mais aussi au sentiment d'être perçu comme illégitime dans l'espace public en raison de son origine. Fassin (2006) montre comment la **précarité sociale se cumule souvent avec la précarité raciale, produisant une double peine** pour les populations concernées. Cette dimension est essentielle pour comprendre pourquoi l'aller-vers ne peut se limiter à une approche uniquement géographique ou administrative : il doit aussi travailler à restaurer la dignité et la légitimité des personnes à accéder à leurs droits.

Cette situation conduit à une invisibilisation des publics discriminés et en précarité. Plusieurs acteurs décrivent une **"misère invisible"** : des personnes qui, par peur des discriminations ou par honte, ne sollicitent jamais les services auxquels elles ont droit.

On entend par misère invisible une situation de grande précarité mais discrète dans l'espace public. Elle peut être révélée par la présence de fenêtres à simple vitrage.

L'ONPES donne la définition suivante de l'invisibilité sociale : « Un ensemble de processus, où interviennent des acteurs multiples, par lesquels un déni de reconnaissance des personnes aux divers niveaux de leur existence sociale peut affecter la profondeur, la durée et l'évolution de situations de pauvreté et d'exclusion. (ONPES, 2016 ; Dubois-Orlandi (2018)). Sur le canton de Tarare, la "misère invisible" renvoie d'abord à des situations d'isolement, souvent dans des hameaux dispersés et peu desservis, où l'accès aux ressources se fait difficilement au quotidien. Cette contrainte de mobilité contribue à éloigner certains habitants des lieux "habituels" d'information et d'accompagnement (mairie, centre social), renforçant leur invisibilité.

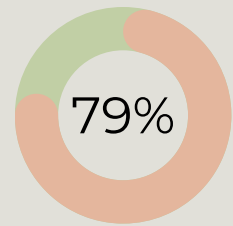
Cette invisibilité se combine avec des fragilités psychiques et des barrières administratives. La santé mentale apparaît comme un thème très présent dans les réponses : les personnes l'associent au bien-être, à l'équilibre, à la gestion du stress, et plusieurs évoquent explicitement des épisodes de dépression, de souffrance psychique ou un besoin d'accompagnement.

En parallèle, la dématérialisation constitue une barrière supplémentaire : même si l'accès à internet se fait majoritairement via smartphone et ordinateur, 73,1% (soit 57 des 78 répondants) déclarent avoir déjà abandonné une démarche en ligne car trop compliquée.

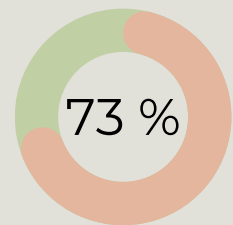
Dans la vie quotidienne, les proches jouent un rôle de "filet de sécurité" face aux démarches et aux accès aux soins. Cette solidarité apparaît très concrètement dans les réponses au questionnaire : 79% déclarent avoir apporté leur aide à une personne en difficulté pour faire valoir ses droits.

La réduction de la fracture numérique représente un axe majeur du projet Aller Vers, car une partie importante des habitants rencontre encore des difficultés à utiliser les outils numériques indispensables aux démarches administratives, sociales ou médicales. L'objectif est donc de proposer un accompagnement progressif, accessible et adapté aux besoins de chacun afin de renforcer l'autonomie numérique sur l'ensemble du territoire. Dans cette perspective, plusieurs actions concrètes ont été mises en œuvre comme des ateliers d'initiation et d'accompagnement à l'utilisation de Doctolib et Ameli, des démarches de simplification administrative, ou encore la mise en place de points numériques en libre accès dans chaque commune. L'ensemble de ces actions vise à **renforcer l'égalité d'accès aux services publics, à faciliter les parcours administratifs, et à réduire les écarts entre les personnes à l'aise avec le numérique et celles qui en sont éloignées**. Ce travail contribue directement à l'objectif général du projet Aller Vers : rapprocher les services des habitants et permettre une participation pleine et entière de chacun à la vie sociale, administrative et sanitaire du territoire. (INSEE / Délégation au numérique, cité dans La Dépêche, 2025)

Pour conclure, la "misère invisible" sur le canton de Tarare ne tient pas à un seul facteur mais à un cumul : éloignement et mobilité contrainte, fragilités psychiques ou barrières numériques/administratives. La solidarité des proches et du voisinage joue alors un rôle d'amortisseur (courses, covoiturage, soutien, aide numérique), mais elle reste inégale et ne peut pas remplacer durablement des dispositifs accessibles, identifiables et simples d'usage.



**Apporter une aide à une personne dans le besoin**



**Abandonner une démarche en ligne trop compliquée**

# PARTIE 2. DES ACTEURS MOBILISÉS POUR LA DÉMARCHE D'ALLER-VERS

## A. UN MAILLAGE D'ACTEURS MÉDICO-SOCIAUX RICHE ET DIVERSIFIÉ

Face aux enjeux d'accès à la santé identifiés sur le canton de Tarare, le territoire dispose d'un maillage riche et diversifié d'acteurs sociaux, médicaux, associatifs et publics. Cette pluralité constitue une véritable ressource pour les habitants, mais elle soulève également des questions de coordination et d'accessibilité des dispositifs.

### 1. UN PAYSAGE INSTITUTIONNEL STRUCTURÉ AUTOUR D'UNE VOLONTÉ DE COORDINATION

L'organisation territoriale de la santé sur le canton de Tarare repose sur plusieurs dispositifs de coordination mis en avant sur le schéma à la page suivante (fig. 23 p. 31).

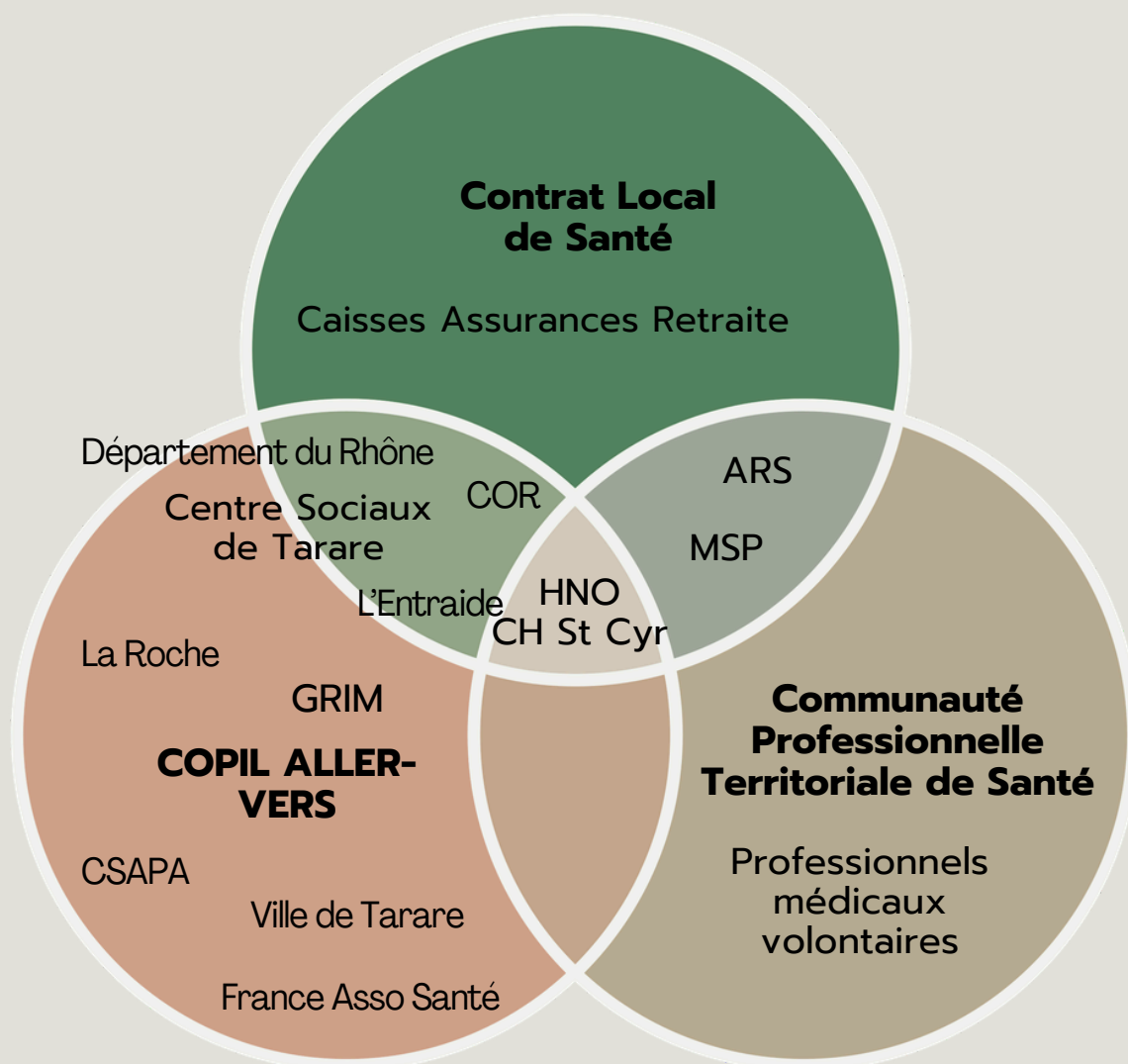
Ces dispositifs permettent d'articuler les acteurs de terrain – maisons de santé pluriprofessionnelles, professionnels libéraux, infirmiers, pharmaciens et établissements hospitaliers – autour des habitants, considérés comme le cœur du système de santé. Le **COFIL de l'étude Aller-Vers dans le canton de Tarare** rassemble 11 structures cosignataires du CLS, témoignant d'une volonté de coordination.

Il s'agit par ordre alphabétique : des associations Addictions France (CSAPA de Tarare), GRIM, La Roche, L'Entr'Aide, des Centre Sociaux de Tarare, de la COR, du Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or, du département du Rhône, de France Asso Santé Auvergne Rhône Alpes, Hôpital Nord Ouest (ELSA et PASS) et de la ville de Tarare. Ce COFIL est issu des suites des travaux réalisés au sein du Contrat Local de Santé qui a identifié des besoins particuliers dans la Haute Vallée d'Azergues et le canton de Tarare.

## PLAN PARTIE 2

- **Un maillage d'acteurs médico-sociaux riche et diversifié**
- **Des visions et des pratiques variées de l'Aller-Vers**
- **Des freins structurels et organisationnels**

## UNE DEMARCHE DE COORDINATION À L'OEUVRE DANS LA C.O.R. DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ



### CPTS

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) réunit les professionnels de santé volontaires. Le but est de mieux coordonner leurs actions. Elle est domiciliée à Vindry sur Turdine.

### COPIL ALLER-VERS

Le COPIL a été initié suite aux travaux du Conseil local de santé (CLS), qui a identifié des difficultés particulières dans les zones de la Haute vallée d'Azergues et du canton de Tarare pour l'accès aux soins.

### CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

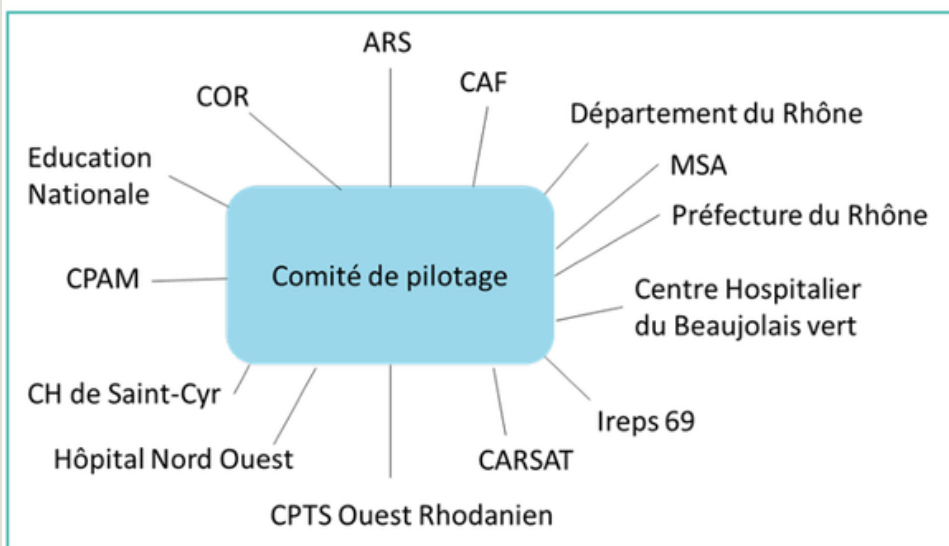
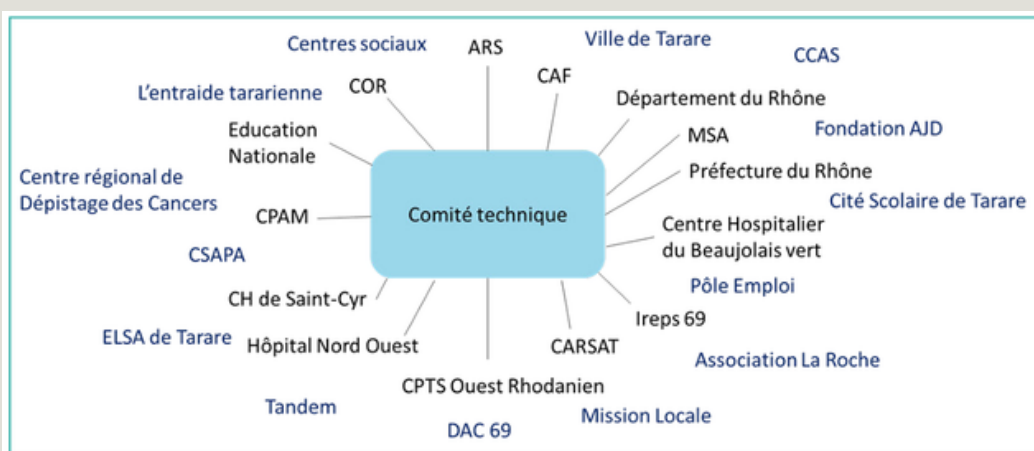
Les Contrats Locaux de Santé (CLS) sont des outils portés par l'ARS et une collectivité, ici la COR. Le but est de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il a été signé en juin 2025 pour 5 ans et a intégré le précédent CLSM.

**Figure 23 – : Des volontés de coordination**

**Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé** réunissent les professionnels de santé volontaires. Le but est de mieux coordonner leurs actions. Mais nous ne les avons pas rencontrés lors de notre étude. Les **Contrats Locaux de Santé** (CLS) sont des outils portés par l'ARS et une collectivité, ici la COR. Le but est de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé (source : ARS, 2025.) Le CLS de la COR a intégré le précédent **Contrat Local de Santé Mentale** (CLSM) Rhône Ouest qui regroupait la COR et le Pays de L'Arbresle (source : <https://clsmatat.wordpress.com>)

Ces dispositifs permettent d'articuler les acteurs de terrain volontaires – maisons de santé pluriprofessionnelles, professionnels libéraux, infirmiers, pharmaciens et établissements hospitaliers – autour des habitants, considérés comme le cœur du système de santé.

Les deux schémas ci-dessous sont extraits du CLS 2025-2030 et permettent de montrer le nombre de partenaires. Certains font partie en même temps du CPTS et du CLS et d'autres "appartenaient" au précédent CLSM et ont donc rejoint le Comité technique, voire de pilotage du CLS.



**Figure 24 - : Schémas d'organisation du CLS de la COR, Source : CLS COR 2025-2030)**

Ce travail de partenariat mis en place depuis la fin des années 2010 a permis de mettre en avant des difficultés particulières d'accès aux soins dans la COR, notamment dans la Haute-Vallée d'Azergues et le canton de Tarare. Ceci a donné naissance au Comité de pilotage Aller-Vers et aux études réalisées en 2025 puis cette année, en 2026. Le COPIL de l'étude Aller-Vers rassemble 11 structures certaines déjà cosignataires du CLS et du CLSM, témoignant d'une volonté de coordination institutionnelle. Néanmoins, tous les professionnels de santé n'y adhèrent pas. Les entretiens ont concerné des membres du COPIL, CLS et d'autres structures identifiées comme potentiellement utiles pour notre étude.

## 2. UNE PLURALITE D'ACTEURS PRESENTS

### ► LES ACTEURS DE LA SANTE

Le **Centre Hospitalier Nord-Ouest** (HNO) Tarare, né de la fusion en 2020 des hôpitaux de Tarare et de Grandris, constitue le principal établissement de santé du canton. Avec 507 lits sur le site de Tarare, 20 178 consultations externes et 21 553 entrées aux urgences en 2024 (soit une augmentation de 10% par rapport à 2023), il assure la médecine polyvalente mais aussi spécialiste, l'imagerie et les urgences. L'hôpital dispose également de dispositifs spécifiques comme la PASS (**Permanence d'Accès aux Soins de Santé**) et l'équipe ELSA (**Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie**) et qui font partie du CLS, du précédent CLSM et du COPIL Aller-Vers. (Source : entretien 15, annexe Entretiens)

Les **Maisons de Santé Pluridisciplinaires** (MSP) sont présentes à Tarare et dans quelques communes (Saint-Romain-de-Popey), mais leur capacité d'accueil reste insuffisante face à la demande. Les professionnels libéraux (médecins généralistes, dentistes, kinésithérapeutes, pharmaciens) se concentrent majoritairement dans la ville-centre, tandis que toutes les autres communes ne disposent d'aucun professionnel de santé, à l'exception de Vindry, et St Romain de Popey. Elles appartiennent au CPTS. Nous ne les avons malheureusement pas rencontrés.

A ces acteurs, nous pouvons ajouter les **pharmacies**. En effet, ces dernières constituent souvent le premier relai de la santé, notamment dans des zones manquant de créneaux pour des visites médicales. Elles ont un rôle de conseil non négligeable (entretien 23, annexe Entretiens)

Nous nommons également des **professions paramédicales** qui participent à une meilleure santé de la population dans le canton comme les infirmiers.res, kinésithérapeutes...

D'autre part, des Centres de Prévention comme le **Centre de Prévention AGIR-ARRCO**, en partenariat avec l'Entr'Aide, propose des bilans de prévention situés à Tarare permettent de réaliser des bilans de santé gratuits accessibles aux proches aidants salariés et aux seniors à partir de 50 ans

### ► LES ACTEURS DE LA SANTE MENTALE

Le territoire dispose d'une offre psychiatrique structurée autour du **Centre Hospitalier de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or**, établissement public spécialisé en psychiatrie adulte et enfant, mais éloigné de Tarare. Plusieurs équipes interviennent sur le canton de Tarare, notamment l'**Équipe Mobile Psychiatrie et Précarité (EMPP)**, dont la spécificité réside dans une approche d'aller-vers auprès de personnes suivies. Il faut nommer également le **CMP (Centre Médico-Psychologique)** de Tarare mais le manque de personnels rend son fonctionnement difficile et peu accessible pour les habitants. Ces deux équipes appartiennent au CLSM et au COPIL Aller-Vers. (Source : entretien 10)

Le **CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)** de Tarare accompagne les personnes en difficultés avec les addictions et leur entourage. Il propose des consultations avancées à Amplepuis et Thizy-les-Bourgs. Il est issu de l'association Addictions France (anciennement ANPAA). Il fait partie du CLSM, du CPTS et du COPIL Aller-Vers. Il anime également un groupe d'échanges et de retour d'expériences entre professionnels du canton (Source : entretien 18, annexe Entretiens)

Nous pourrions y inclure l'équipe ELSA d'HNO mais elle a été citée plus haut.

## ► LES ACTEURS DE LA SANTE ET DU HANDICAP

L'**association La Roche**, fondée en 1972, est un acteur majeur de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ou mental. Elle intervient sur l'axe Lyon-Tarare-Roanne, compte près de 300 salariés et accompagne environ 750 personnes au quotidien. Sur le canton de Tarare, elle dispose de plusieurs structures : ESAT, appartement relai, centre de jour etc... Elle pilote actuellement la mise en œuvre de l'aller-vers dans la COR.

L'**association GRIM**, créée en 1987, accompagne les personnes vivant avec un handicap psychique. Avec 172 salariés, elle suit plus de 2 200 personnes dans le Rhône et la métropole de Lyon. Son action repose sur une relation de proximité, un suivi dans la durée et une attention portée à l'isolement social. GRIM appartient au CLSM et au COPIL Aller-Vers. (Source : entretien 3, annexe Entretiens)

## ► LES ACTEURS DU SOCIAL ET DE LA SOLIDARITE

Le **Centre Social de Tarare** occupe une place centrale dans la vie locale. Né de la fusion en 1996 de deux centres sociaux, il propose une large palette d'actions : activités artistiques, culturelles et sportives pour tous les âges, mais aussi des ateliers de prévention. Il constitue un véritable lieu de proximité, favorisant le lien social. (source : entretien 22)

Les **CCAS** (Centres Communaux d'Action Sociale) et le **service Solidarité et Cohésion sociale de la ville de Tarare** accompagnent les habitants dans l'accès à leurs droits et participent à des actions de terrain visant à aller au-devant des publics les plus éloignés des institutions. Néanmoins, les CCAS les plus actifs sont ceux qui ont des moyens humains et financiers, c'est à dire ceux de Tarare et de Vindry sur Turdine. Les CCAS des petites communes ne font en général qu'une à deux actions dans l'année, en général autour des fêtes de fin d'année. (Source : entretiens 14) Nous pouvons ajouter à cette partie, la maison France Services qui joue également un rôle structurant en centralisant l'accès aux démarches administratives, mais aussi pour l'accès à la santé par la présence de permanences de psychologues par exemple. (Source : entretien 12, annexe Entretiens)

**La ville de Tarare** est impliquée dans le domaine du social car au delà d'avoir des Centres Sociaux, un CCAS, elle dispose également d'un Service Solidarité. Ce dernier mène de nombreuses actions auprès des habitants comme des ateliers santé à destination des femmes. (Source : entretien 5, annexe 1)

**Le département du Rhône** : L'action sociale et médico-sociale sont parmi les compétences principales d'un département. Ainsi, il participe à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion (RSA), l'Aide aux Personnes Agées (APA), Aide sociale à l'enfance (PMI) et l'aide aux personnes porteuses de handicap(s). Les Maisons du Rhône ont une mission de conseil, de soutien et d'écoute. Elle est située à Tarare. Le département via le service Autonomie appartient au CLS et au COPIL Aller-Vers (Source : entretien 18, annexe 1 et page internet de la Maison du Rhône\*)

L'association **Solidarité Femmes Beaujolais** agit dans la lutte contre les violences conjugales en accompagnant les femmes victimes, tant sur le plan social que psychologique et juridique. Elle fait partie du COPIL. (Source : entretiens 7, annexe Entretiens)

\*<https://dora.inclusion.gouv.fr/services/departement-du-rhone-maison-du-rhone-lykq>

**L'association TANDEM** complète cette action en intervenant auprès des personnes victimes de violences repérées dans les dépôts de plaintes. (Source : entretiens)

L'association et **collectif Coup de pouce** anime le **Roch'n'Bar**, un bar associatif dans des locaux de La Roche. Ce lieu constitue une autre manière d'accueillir, de recréer du lien entre personnes isolées. Ils sont en partenariat avec La Roche qui leur prête des locaux.

**L'Entr'Aide** est une association à but non lucratif qui propose des services médico-sociaux et d'aide à domicile. Plus de 150 professionnels et 60 bénévoles accompagnent quotidiennement plus de 1000 personnes, 24 h/24 et 7j/7. Elle offre des services d'aide à domicile (ménage, courses, aide à la personne), des soins infirmiers de jour et de nuit et un soutien aux aidants. L'association organise aussi des activités sociales et assure un service de portage ou de restauration de repas. Elle fait partie du CLS et du CLSM ainsi que du COPIL Aller-Vers. (Source : entretiens)

**L'épicerie sociale Epi'Autre** permet aux personnes en difficulté financière d'accéder à une alimentation de qualité à moindre coût, tout en favorisant une alimentation équilibrée. Elle repose sur une salariée et une équipe entièrement bénévole, certains présents depuis la création. (Source : entretiens)

L'AMAP locale (**La Faucille et le Poireau**) participe au soutien des circuits courts et à la sensibilisation des habitants aux enjeux alimentaires dans une logique de promotion d'une alimentation saine et durable. (Source : entretiens)

Emmaüs, acteur incontournable de la lutte contre la précarité, offre au-delà de l'aide matérielle un cadre d'accueil, de travail et de reconstruction personnelle pour des personnes en situation d'exclusion. (Source : entretiens)

Le **BUSS Mobile** (Bureau d'Utilité Sanitaire et Sociale) de la **Fondation AJD** est un dispositif itinérant visant à lutter contre le non-recours aux droits et aux soins par une démarche d'aller-vers sur le département du Rhône. Dans le canton de Tarare, il est présent sur les communes de Saint-Clément-sur-Valsonne et Les Sauvages 4 demi-journées par mois. Il fait partie du groupe de travail sur la Haute Vallée d'Azergues. (Source : entretien 20, annexe Entretiens)

**France Asso Santé Auvergne-Rhône-Alpes** (anciennement Union Nationale des Associations Agréées d'Usagers du Système de Santé) représente les usagers dans les instances de santé et informe sur les questions sociales et juridiques liées à la santé, notamment via la permanence téléphonique « Santé Info Droit ». Elle fait partie du CLS, CLSM et du COPIL Aller-Vers. (Source : entretien 15, annexe 1)

La **MSA** (Mutualité Sociale Agricole) intervient auprès du monde agricole à travers son **dispositif Sentinelle**, un système entre pairs pour créer de la solidarité et de l'alerte dans le secteur agricole. Des élus bénévoles sont présents sur les territoires, notamment lors des événements agricoles, facilitant la détection et l'accompagnement personnalisé. Elle fait partie groupe de travail sur la Haute Vallée d'Azergues. (Source : entretiens 2 et 15, annexe Entretiens)

Enfin nous avons un acteur de la protection sociale : l'**AG2R La Mondiale**, complémentaire retraite et assureur, soutient le projet "Aller Vers" avec 24 000 euros sur deux ans et les deux territoires : la Haute-Vallée d'Azergues et le canton de Tarare. Ce projet vise la prévention des personnes âgées, la co-construction locale et des actions concrètes qui auront un impact sur la santé des personnes âgées. Elle est invitée également au COPIL Aller-Vers. D'autre part, elle propose des bilans de prévention réalisés en partenariat avec l'Entraide. (Source : entretien 2, annexe Entretien).

### 3 LES HABITANTS AU CŒUR DU SYSTÈME : UNE INTENTION, MAIS QUELLE RÉALITÉ ?

Le schéma à la page suivante (figure 25 p. 37) met en lumière la richesse du maillage d'acteurs médico-sociaux intervenant sur le canton de Tarare. Il illustre graphiquement plusieurs constats issus de notre enquête de terrain.

Le territoire dispose d'un **réseau dense et diversifié** : professions médicales (HNO Tarare, MSP, médecins généralistes, cabinets spécialisés, Centre Hospitalier de St Cyr au Mont d'Or), professions paramédicales, associations spécialisées (GRIM, CSAPA, Solidarité Femmes Beaujolais, La Roche), collectivités territoriales (Communes, COR, Département, Région, ARS) et dispositifs spécifiques (BUSS Mobile, Sentinelles MSA). Cette diversité témoigne d'une volonté locale de répondre aux différentes formes de précarité et difficultés.

Le schéma place symboliquement **les habitants au centre, entourés par l'ensemble des acteurs**. Cette représentation reflète la philosophie des Contrats Locaux de Santé (CLS et CLSM) qui considèrent la population comme le cœur du système de santé. Toutefois, les entretiens auprès des professionnels et notre enquête révèlent un décalage entre cette intention et la réalité vécue : des habitants ne connaissent pas ces dispositifs, peinent à s'orienter en raison de listes d'attente très longues, ou renoncent à solliciter de l'aide par méconnaissance, honte ou peur du jugement.

Les flèches du schéma distinguent **trois types de relations** en lien avec notre sujet du recours à la santé :

- **Des action d'Aller-Vers** (BUSS de la fondation AJD, l'EMPP, dispositif Sentinelle de la MSA)
- **Actions de prévention** (CSAPA, ELSA, CCAS, Centres Sociaux de Tarare, Femmes Solidarité Beaujolais...)
- **Faire venir les habitants**

Cette typologie met en évidence que tous les acteurs ne pratiquent pas l'aller-vers de la même manière. Nous y reviendrons plus tard.

#### Des publics spécifiques identifiés

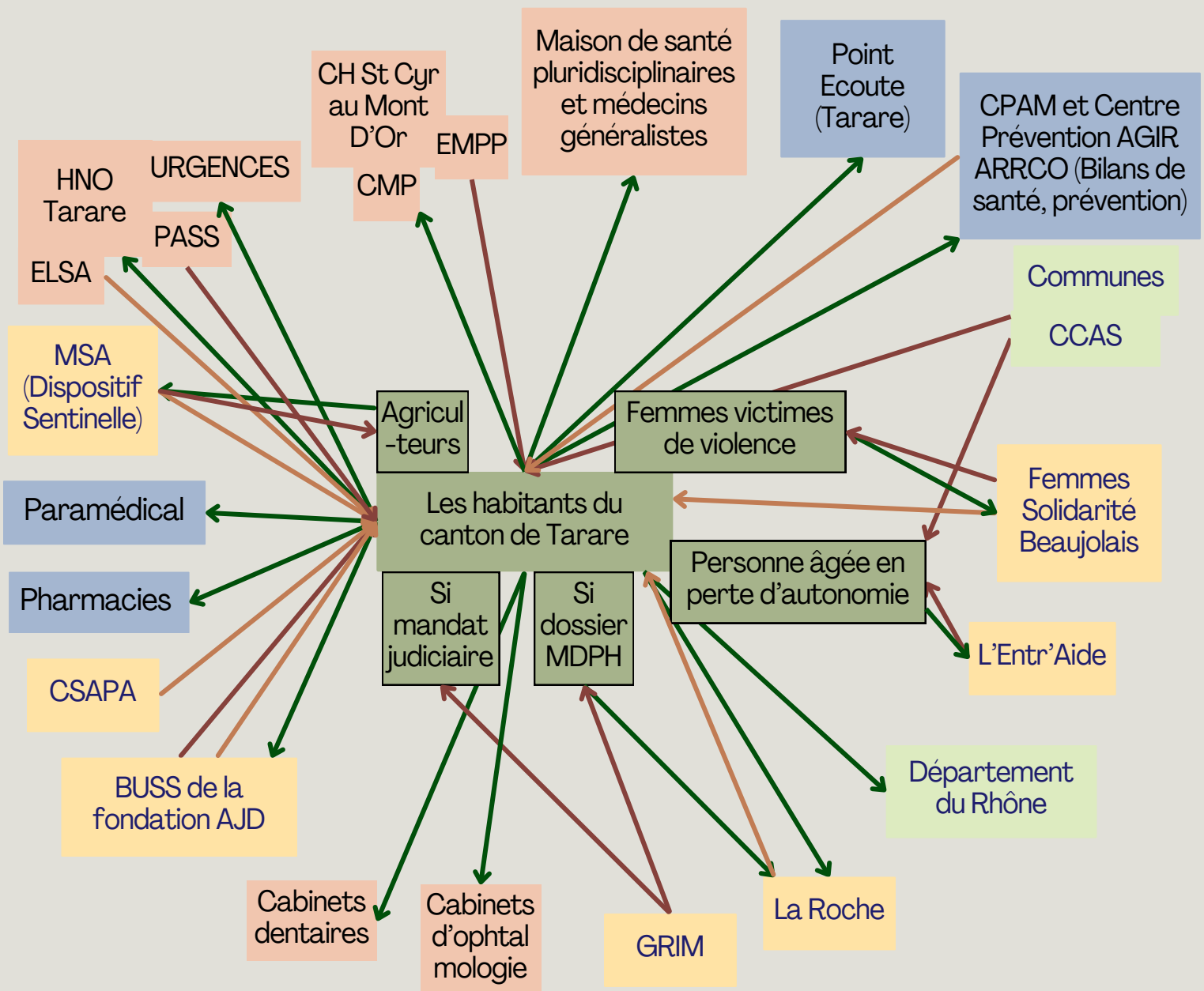
Le schéma fait apparaître certains publics spécifiques dépendants d'une aide adaptée. Il s'agit ainsi des **personnes âgées en perte d'autonomie** (reliées à L'Entr'Aide, au Département et au CCAS de leur commune). D'après les chiffres de l'INSEE, 18% de la population du canton a plus de 65 ans.

Nous avons également les **personnes en situation de handicap**. Si les dossiers ont été correctement réalisés et les suivis effectués de manière régulière, alors l'accès aux droits et aux soins est favorable. Cependant, la situation est délicate pour les personnes nouvellement diagnostiquées ou atteintes en raison des délais et listes d'attente pour accéder à certains services (source : entretien).

A ceci, nous pouvons ajouter les **agriculteurs**, public précaire, suivi par la MSA, grâce à des bénévoles du réseau Sentinelle.

Enfin, nous avons ajouté les **personnes sous mandat judiciaire**, c'est à dire des personnes reconnues par la justice comme rencontrant des difficultés dans l'exercice de leurs droits quotidiens ainsi que les **femmes victimes de violences**.

# Les acteurs de la santé auprès des habitants du canton de Tarare (fig. 25)



## Légende :

Professions médicales

Collectivités territoriales

Associations

Professions paramédicales

Les habitants

→ Vont vers les habitants (Aller-Vers)

→ Actions de prévention

→ Vont vers les services

Ce schéma non exhaustif permet de montrer la richesse du paysage des acteurs du territoire, ainsi que la spécificité de certains publics du territoire. Toutefois, il ne fait pas apparaître d'autres publics vulnérables comme les personnes victimes de discriminations ou encore les bénéficiaires du RSA.

## B. DES VISIONS ET DES PRATIQUES VARIEES DE L'ALLER-VERS



Dans le cadre de la Stratégie de prévention et de la lutte contre la pauvreté, le groupe de travail travaillant sur la formation à l' "aller-vers" propose la définition suivante:



Avec les transformations profondes des problématiques sociales observées ces dernières années, l'aller-vers a monté en ampleur dans le travail social. Cette approche part de l'observation que de nombreuses personnes marginalisées ne recourent pas aux droits auxquels elles auraient droit, notamment dans le domaine de la santé. On parle de personne « difficile à atteindre », c'est-à-dire toutes celles socialement isolées et/ou se retrouvant dans des contextes rendant difficile l'accès aux structures et aux services de soin. Cela peut concerner toutes les personnes immigrantes récemment arrivées, les personnes en situation de précarité, les personnes âgées ou en situation de handicap (Dubasque, 2023) ainsi que des personnes se situant dans des espaces territoriaux peu fournis en structure d'accueil et de soin (désert médical).

L'approche de l'Aller-vers consiste donc à renverser cette tendance de l'attente de la demande des individus pour aller vers la récupération des « décrochages ».

*« L'Aller vers est à entendre comme une démarche qui se situe au-delà de toute intervention sociale, qu'elle soit d'accueil, de diagnostic, de prescription, d'accompagnement. Cette démarche rompt avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle permet d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et engage les acteurs à se situer dans une pratique pro-active, pour entrer en relation avec ces publics. »*

L'objectif est, pour les professionnels, d'aller « hors les murs » et de se rendre directement à la rencontre de ces publics isolés ne faisant plus appel à leurs droits par manque de moyen ou de connaissance. Cette approche vise à « renouer avec une démarche plus proactive pour développer un lien avec les populations à l'écart et par là même pour intégrer au-delà des logiques de l'accueil et de l'offre de service, la réalité des situations de non-demande alors que le besoin est criant. » (Avenel, 2023). Cette approche est aussi basée sur des méthodes fondamentales du travail social et des interactions sociales comme les visites à domicile ou les maraudes auprès de personnes sans domicile fixe.



L'objectif est de sortir de la réception 'au guichet' et de la bureaucratisation des démarches d'accès aux droits, en particulier au droit à la santé. Elle permet de sortir de la réponse dans l'urgence et au cas-par-cas que constitue l'appel à une demande de droit pour retourner vers de la prévention et de l'éducation afin de redonner un sentiment de confiance et de compétence aux publics cibles (Ibid.).

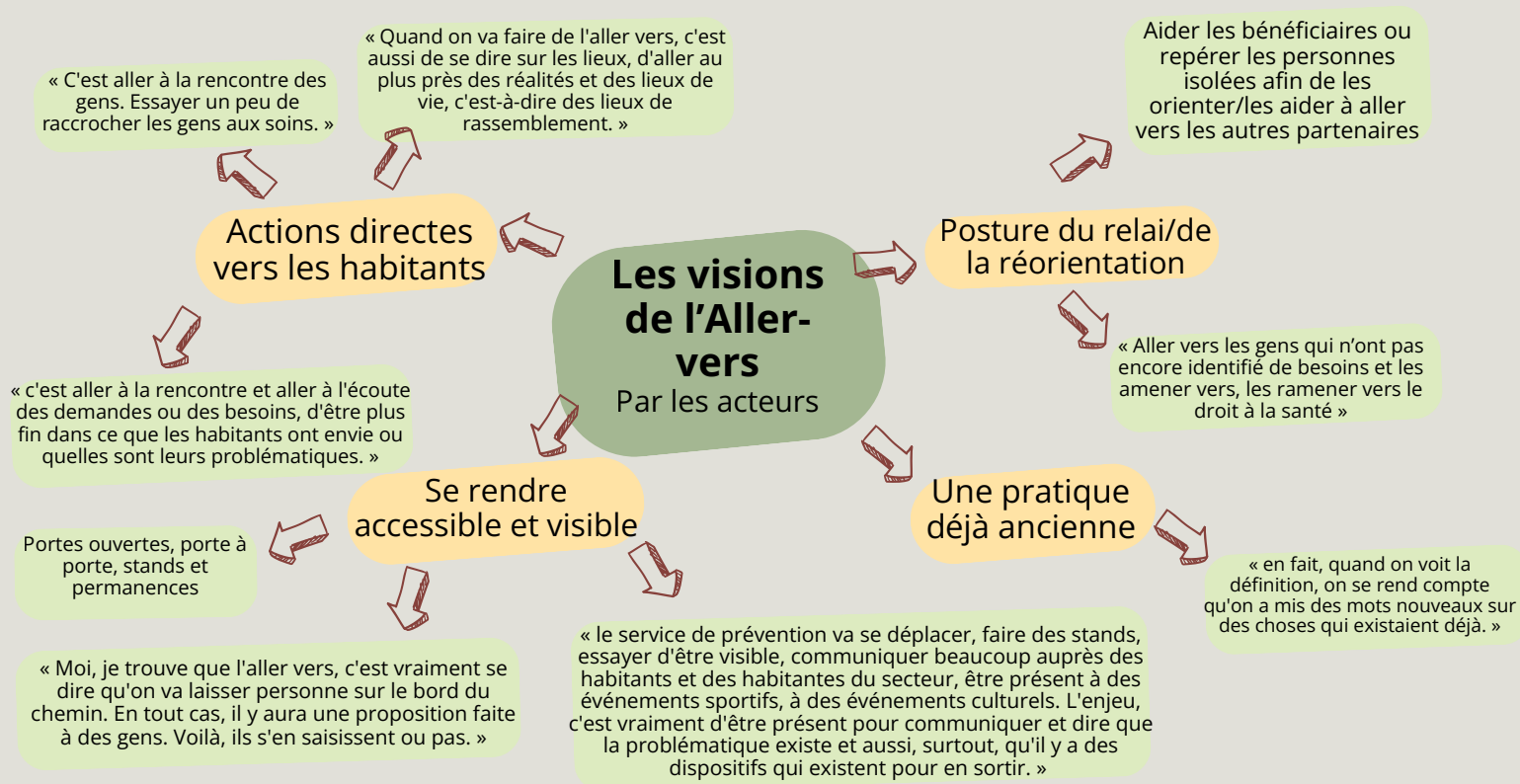
Cette posture nécessite de se déplacer physiquement sur les différents milieux de vie des publics « isolés », d'aller sur les territoires là où les habitant.es vivent concrètement et comprendre les rythmes de vie. Les professionnels renouent avec le local et tentent de nouer des relations de confiance avec les différentes personnes visées. Cette pratique nécessite que les professionnels adoptent une posture modeste en arrivant sur le terrain et sur le domaine de la vie privé des habitant.es, notamment sur les questions de santé, pour ne pas paraître trop invasif (Chobeaux, Santiago-Sanz et Marchal, 2024). L'Aller-Vers vise donc à sortir physiquement des structures pour comprendre localement quels sont les mécanismes et incompréhensions qui mènent au non-recours au droit et d'accompagner les individus à reprendre confiance en leur sentiment de compétence et renforcer leur autonomie.

Certains professionnels critiquent cette notion comme le psychologue et psychanalyste Olivier Douville qui nuance que « *tout acte de soin, d'écoute et d'interprétation est un « aller vers* » (2025). L'Aller-vers peut-être entendu autrement que par un mouvement géographique. Cette démarche relève aussi d'une « posture éthique » qui vise à situer les individus dans une dynamique sociale et culturelle du quotidien, chercher à comprendre tout en acceptant la personne telle qu'elle est, sans jugement moral (Chobeaux, 2025). Mettre en œuvre des actions physiques ne peut être envisagé sans changer aussi la posture mentale.

De nombreux acteurs et actrices du domaine de la santé et de l'accès au droit se sont appropriés cette approche afin de s'adapter aux contextes sociétaux. Les réflexions sont nombreuses sur les possibilités de mise en place de différentes applications de l'aller-vers sur les territoires urbains comme ruraux. Cette diffusion sur les différents territoires et à travers de nombreux acteurs et actrices du social et de la santé découle sur une compréhension et une application variée.

La vision de ce qu'est l'Aller-vers diffère suivant les structures du territoire étudié. Ces perceptions peuvent être une conséquence d'interprétations différentes de la démarche mais aussi des moyens dont la structure dispose. Tous les acteurs du médico-social n'ont pas la même marge de manœuvre pour pouvoir faire de l'Aller-vers tel qu'il a été défini plus haut.





« L'aller vers, on le met un peu à toutes les sauces »

**Figure 26 – : Les visions de l'Aller-Vers par les professionnel.les du canton de Tarare**

Il y a d'un côté les acteurs qui définissent l'Aller-vers comme des actions de terrain visant à aller identifier les personnes isolées sur le territoire, identifier des besoins auprès d'habitants qui n'auraient pas l'habitude de les faire remonter, et se faire connaître soi ainsi que tous les autres dispositifs existants. L'idée est d'aller là où les acteurs ne sont pas attendus, certains juste pour recueillir, d'autres pour aller parler de la problématique traitée directement comme les violences sexistes et sexuelles pour Solidarité Femmes Beaujolais. L'idée du déplacement physique est centrale dans la notion d'Aller-vers car elle agit comme solution aux enjeux de mobilités, à la méconnaissance des dispositifs ainsi que d'acte de reconstruction du lien et de preuve de soin envers la personne. Que ce soit pour les bénéficiaires de structures ou des personnes qui ne sont pas du tout dans un parcours de soin.

Pour les acteurs qui n'interviennent pas hors les murs, l'Aller-vers peut aussi être le fait de se rendre ouvert et accessible afin que les publics concernés se sentent assez en confiance d'aller vers eux. Certaines structures médicales sont aussi freinées par l'action de terrain et qui ne peuvent pas dire qu'elles prodiguent des soins (entretien 8; annexe 1). L'enjeu est tout de même de faire de la prévention et de décroiser les espaces de santé comme les hôpitaux afin de les rendre plus accessibles, qu'ils fassent moins peur. Pour les acteurs qui interviennent auprès de publics dans le besoin et pouvant agir comme structure relai, l'idée est aussi de pouvoir créer une relation de confiance qui permettra à la personne de sentir à l'aise et de plus en plus compétente d'aller vers d'autres structures. La notion de confiance a été relevée par de nombreux acteurs comme élément essentiel dans la création et solidification du parcours de soin. Assurer que les usagers viennent recourir à leur droit c'est assurer qu'ils se sentent à l'aise et prêts mentalement de poursuivre les démarches.



Ces différentes visions découlent de la diversité des pratiques sur le terrain. Les acteurs sont proactifs sur ces questions afin d'assurer un parcours de soin qualitatif auprès des publics isolés. Au-delà de la perception de l'aller-vers, il s'agira désormais d'identifier les différents freins auxquels les structures du médico-social rencontrées font face.

## C. DES FREINS STRUCTURELS ET ORGANISATIONNELS

Comme évoqué précédemment, le territoire du canton de Tarare est riche en structures actives dans le médico-social. Nous avons rencontré un grand nombre de professionnels et bénévoles qui nous ont fait découvrir l'ampleur des actions et initiatives mises en place sur le territoire, sans pour autant pouvoir en faire un tour exhaustif. La présence d'autant d'acteurs sur le terrain est de bonne augure, tout en révélant quelques enjeux pouvant être des obstacles à la pratique de l'aller-vers ou une bonne chaîne du soin entre les différentes structures. Le premier point étant souligné par les différentes structures est le besoin de travailler sur une meilleure coordination entre les acteurs locaux. En effet, l'absence ou l'insuffisance d'une bonne interconnaissance et de liens continus entre les structures crée des zones d'ombres ou la perte de bénéficiaires suivis. Il y a une nécessité de faire connaître les actions qui se font afin que chaque structure puisse rediriger une personne accueillie vers le service pertinent répondant à ses besoins. Sur le territoire de Tarare, les acteurs font remarquer que cette multiplicité des structures manque parfois de clarté. Beaucoup expliquent travailler beaucoup en lien avec des partenaires car c'est essentiel pour assurer des réorientation pertinentes des bénéficiaires. Certains acteurs ont créé un réseau partenarial avec certaines structures qui répondent aux besoins récurrents des personnes accueillies. Cependant, connaître tous les partenaires actifs sur le territoire en dehors de ceux avec qui chaque structure est habituée à travailler est très compliqué. Comme il est souligné ici :

*« Alors, on en connaît certains. Forcément, on connaît ceux avec qui on travaille. En qui on a un intérêt. Après, on ne peut pas connaître toutes les associations de tous les territoires, ce n'est pas possible. C'est quand même bien spécifique, l'aide aux victimes et l'accompagnement des femmes. Donc forcément, on va se tourner un peu vers les mêmes partenaires pour travailler. » (annexe entretiens, entretien 11)*

Il arrive aussi que certaines actions se fassent moins connaître, pour plusieurs raisons : le caractère récent de l'initiative, un professionnel nouveau sur le territoire et ne connaissant pas encore l'ampleur de la toile locale, ou encore l'interconnaissance entre le monde médical et social parfois poreuse.



*« En fait, on s'aperçoit qu'il y a beaucoup de choses qui existent, mais qu'on ne se connaît pas entre nous. [...] Par exemple, on a eu une réunion, c'était il y a au tout début, on était avec le CCAS, le Centre Communal d'Action Sociale de la mairie de Tarare. Et puis, il y avait une situation, on dit "mais en fait, il faut aller consulter l'ELU, il faut aller voir l'ELU". C'était sujet à quiproquo. On me dit "non mais l'élu, il n'était pas de garde ce week-end". On sentait bien qu'il y avait une méconnaissance. On a dit "non, on parle de l'ELU de l'hôpital. L'ELU, c'est l'équipe de liaison d'urgence. E-L-U. Et qui existe sur l'hôpital de Tarare. C'est une équipe d'urgence pour des soins en psychiatrie". Et on s'est aperçu que même le CCAS n'était pas au courant qu'il existait ça sur l'hôpital local. On s'est dit, il y avait peut-être quelque chose encore à jouer dans le fait de communiquer. »*  
(Annexe entretiens, entretien 10)

On voit donc que la présence de nombreux acteurs médico-sociaux sur un territoire ne garantit pas immédiatement un bon accès ou un soin équitable. Il est nécessaire de mettre en place une coordination suffisante et de réfléchir aux systèmes de gouvernance locaux. Pour éviter que les responsabilités soient floues entre les différents acteurs et qu'ils puissent cohabiter, il est important d'assurer un pilotage global sur le territoire.<sup>1</sup>

Cela a été bien initié sur le canton de Tarare par le biais du Contrat Local de Santé ainsi que du Comité de Pilotage travaillant sur ces questions. La concertation et la volonté sont présentes. Cette dimension collaborative est relevée par les acteurs rencontrés. Plusieurs structures expliquent qu'il y a une « culture de l'interconnaissance » bien implantée à Tarare. Il y a une volonté d'entreprendre des actions d'aller-vers qui est soulignée, mais qui est mise à mal par les différents manques que les structures subissent.

Il y a bien sûr les manques de médecin et de psychiatres sur le territoire, le manque de connaissance par les habitants de ce qui existe ou de ce à quoi ils pourraient avoir recours.

Puis il y a le manque de moyens humains et financiers des acteurs du médico-social qui est relevé par nombreux d'entre eux. Chaque structure montre une proactivité et une volonté à permettre de mettre en place des services qualitatifs, accessibles à toutes et tous, et surtout aux personnes isolées qui en ont grandement besoin. Ce qui freine l'ampleur des actions qui pourraient être mises en place est le manque criant de moyens à disposition des structures. Quasiment chaque acteur rencontré fait remonter ce manque comme un enjeu central dans la pratique de l'aller-vers ou de l'accès aux soins plus globalement.

1. [https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude\\_947/Les\\_acteurs\\_locaux\\_face\\_a\\_la\\_problematique\\_e\\_de\\_l\\_acces\\_aux\\_soins.pdf](https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_947/Les_acteurs_locaux_face_a_la_problematique_e_de_l_acces_aux_soins.pdf) ; <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>



« C'est vrai qu'on ne peut pas faire tout ce qu'on veut comme on veut. Mais on essaye, on fait du mieux qu'on peut, et puis ça fonctionne » (Entretien 4)

« Parce que même s'il y a l'idée de le faire, en fait, il y a les moyens qui manquent. » (Entretien 9)

« L'objectif et notre obstacle en ce moment, c'est le manque de personnel. Parce que par exemple, en service de soins, on manque cruellement d'aide soignante pour répondre aux besoins. Aux besoins du territoire, aux places qu'on a, qu'on nous a données, que l'ARS nous a données. On a un certain nombre de places qu'on n'arrive pas à remplir par manque de personnel. » (Entretien 24)

Ce manque de moyens crée une réaction en chaîne pour les structures, que ce soient des longues listes d'attentes à de nombreux endroits, l'impossibilité d'accepter autant de bénéficiaires que voulut par manque de personnels, ou encore des moyens pour assurer un accueil complet comme le fait de pouvoir avoir des interprètes pour surmonter la barrière de la langue. Le manque de moyen dans le médical tout autant que dans le social peut créer aussi des glissements de tâches (ou le « task-shifting ») entre les deux qui peuvent surcharger un service, en plus du fait que ce ne sont pas leur spécialité.<sup>2</sup> Tous les services médicaux ne peuvent pas se doter d'un assistant social à plein temps afin de ne pas devoir répondre eux-mêmes à des demandes sociales. C'est aussi vrai à l'inverse, lorsque certaines tâches médicales ou paramédicales sont assurées par du personnel social. Le task-shifting est plus courant en milieu rural mais doit être vu aussi au prisme de ses contraintes dans certains contextes.

## LE SOUTIEN DES BÉNÉVOLES

En soutien à toutes ces structures, un solide réseau de bénévoles constitue aussi l'action médico-sociale sur le territoire couvert. Que ce soit reliés à des associations ou fonctionnant par eux-mêmes comme les maisons de quartier, les bénévoles sont une force d'action et une opportunité d'aller-vers pour de nombreuses structures. Leur mobilisation diffère suivant les acteurs locaux :

- Au sein de la MSA, l'approche proactive du réseau de sentinelles repose sur des élus bénévoles très présents sur les territoires, notamment lors des événements agricoles, ce qui facilite la détection et l'accompagnement personnalisé.
- **Solidarité Femmes Beaujolais** compte beaucoup sur l'engagement bénévole par l'ancrage local qu'il permet d'avoir. L'association propose des formations d'une demi-journée et tente de maintenir un lien avec les bénévoles pour que l'apprentissage ne se perde pas et permettre une pérennité de la qualité des interventions bénévoles. Son réseau s'étend à une soixantaine de personnes.

2. [https://health.ec.europa.eu/document/download/05bdbaec-6c01-4d60-aa57-a982261a096d\\_en](https://health.ec.europa.eu/document/download/05bdbaec-6c01-4d60-aa57-a982261a096d_en)





- **L'Entr'Aide** repose sur un large soutien des bénévoles. Ces derniers assurent le portage des repas et le service en salle du restaurant associatif se situant à Tarare. Certains bénévoles sont aussi mobilisés pour animer des activités ou lors d'évènements ponctuels afin d'aider à véhiculer des bénéficiaires jusqu'au lieu de rassemblement. Il peut arriver que certains fassent remonter une information préoccupante à l'Entr'Aide lors de leurs interventions afin de prévenir la structure d'une éventuelle dégradation ou de besoins qui n'avaient été repérés.
- **L'épicerie sociale Epi'Autre** repose sur une salariée et une équipe entièrement bénévole. Certains sont là depuis la création et continuent à contribuer au fonctionnement de l'épicerie, que ce soit le ramassage alimentaire ou l'aide administrative.
- **Les maisons de quartier** fonctionnent grâce à l'engagement bénévole et permettent donc de créer du lien entre habitants. Ce sont des lieux qui peuvent être propice au repérage de personnes isolées du soin et de transmission d'information sur ce qui est accessible sur le territoire. Cependant, une bénévole rapporte qu'il est de plus en plus difficile de trouver de nouveaux bénévoles, et en particulier des jeunes.

Cette liste non exhaustive montre que l'assistance bénévole est bénéfique pour les structures par le soutien qu'elle leur apporte. Il a notamment été relevé que le bénévolat dans le médico-social fait l'objet d'un « professionnalisme croissant » de par les tâches exigeantes assumées, le besoin d'avoir des compétences, des savoir-faire, de la régularité, qui tend à s'approcher d'un travail « semi-professionnel » (Bourgoin, 2014). Elle permet malgré tout aux habitants qui s'engagent de rester actifs dans la vie associative, de créer du lien et une forme de solidarité locale, non négligeable sur un territoire rural. Une habitante retraitée interrogée explique que, selon elle, une des manières de prendre soin de sa santé mentale est d'avoir du lien social et en particulier être bénévole. Elle explique être engagée dans plusieurs associations comme Epi'Autre ou l'AVF de Tarare. Le bénévolat peut être une ressource utile dans les démarches d'aller-vers, soit pour soulager les charges des professionnels afin qu'ils puissent adopter cette approche, soit en étant eux-mêmes agents au contact direct des populations isolées et fonctionnant comme relais vers les structures vers lesquelles telle personne pourrait être redirigée.

Ces freins structurels et organisationnels que rencontrent le médico-social, la présence bénévole, et les facteurs sociaux présentés dans cette étude agissent donc comme freins importants pour les usagers dans l'accès à la santé. Il d'agira désormais de s'appuyer sur les ressources présentes localement et proposer plusieurs pistes d'actions à développer sur le territoire. Le développement d'une culture commune de l'Aller-Vers est un enjeu central pour tous ces acteurs afin d'améliorer le recours aux droits et soins de santé de la population, et à terme la santé des habitants.

# PARTIE 3 : ET ALORS ? ARBRE À SOLUTIONS

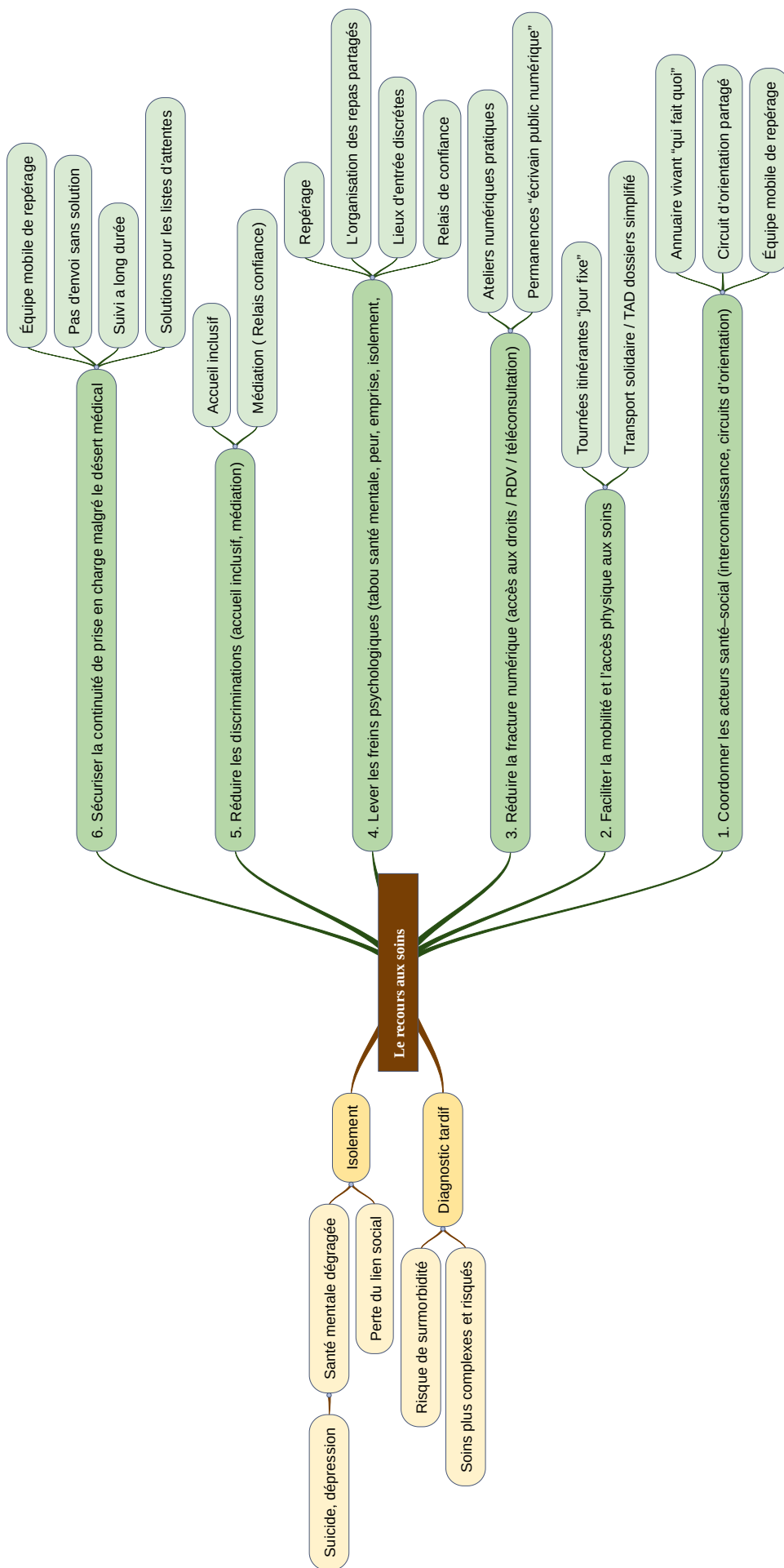


Figure 28 – : Arbre à solutions

# ANALYSE MOFF

(FIG. 29)

Cette analyse MOFF ou SWOT permet de synthétiser les dynamiques internes et externes influençant l'accès à la santé dans le canton de Tarare.

## FORCES

- Maintien d'un service d'urgence au Centre Hospitalier Nord-Ouest
- Maillage associatif dense (La Roche ; GRIM ; Addictions France ; Solidarité Femmes Beaujolais ; MSA)
- Existence d'instances de coordination (Contrat Local de Santé ; Contrat Local de Santé Mentale)
- Volonté politique locale et COFIL Aller-Vers actif
- Engagement bénévole structurant
- Expériences existantes d'Aller-Vers (BUSS, Sentinelles, stands)

## FAIBLESSES

- Désertification médicale et départs en retraite non remplacés
- Centralisation des soins à Tarare et dépendance automobile forte
- Manque d'interconnaissance opérationnelle entre acteurs
- Fracture numérique importante (abandon des démarches en ligne)
- Ruptures de parcours et renoncements aux soins
- Manque de moyens humains et financiers

## ANALYSE MOFF

## OPPORTUNITÉS

- Financements prévention (AG2R, ARS, appels à projets santé mentale)
- Développement de la télémedecine
- Dynamique nationale autour de l'Aller-Vers
- Attractivité résidentielle post-COVID
- Mobilisation des bénévoles et retraités actifs

## MENACES

- Poursuite des départs en retraite médicaux
- Accroissement des inégalités territoriales
- Vieillesse démographique
- Risque d'épuisement des bénévoles
- Montée des tensions sociales et discriminations
- Dépendance excessive aux financements ponctuels



L'analyse MOFF met en évidence un paradoxe territorial : le canton de Tarare dispose d'un maillage dense d'acteurs médico-sociaux et d'une dynamique locale engagée autour de l'Aller-Vers, mais demeure confronté à des inégalités d'accès aux soins liées à des déterminants socio-spatiaux et organisationnels. La centralisation des services à Tarare, la dépendance à l'automobile, la désertification médicale et la fracture numérique produisent des ruptures de parcours et renforcent le non-recours.

Si le territoire bénéficie d'opportunités institutionnelles et financières favorables à l'innovation sociale, ces leviers restent fragilisés par des menaces structurelles telles que le vieillissement démographique, la poursuite des départs en retraite et la précarité des financements. Dès lors, l'enjeu stratégique ne réside pas uniquement dans la création de nouvelles actions, mais dans la structuration d'une gouvernance territoriale coordonnée de l'Aller-Vers, capable d'améliorer la lisibilité des ressources existantes et de réduire durablement les inégalités d'accès aux soins.

# LES ENJEUX STRATÉGIQUE DU TERRITOIRE

À l'issue du diagnostic territorial, plusieurs enjeux majeurs se dégagent pour le canton de Tarare :

## **1. Réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins**

Le territoire est marqué par une forte centralisation des services à Tarare, une dépendance à la voiture (91,3 % en milieu rural) et une fracture numérique importante (73,1 % ont déjà abandonné une démarche en ligne).

## **2. Lutter contre l'isolement social et psychique**

L'isolement est multidimensionnel : géographique, relationnel, psychologique, administratif. Il touche particulièrement les femmes de 45-74 ans, les personnes âgées rurales et les personnes en situation de précarité.

## **3. Renforcer la coordination et la lisibilité des dispositifs**

Le territoire dispose d'un maillage dense d'acteurs (CLS, CLSM, associations, HNO, CCAS), mais l'interconnaissance reste partielle et la lisibilité insuffisante pour les habitants.

## **4. Restaurer la confiance dans le système de santé**

Les discriminations, la honte, la peur du jugement et les ruptures de parcours fragilisent le recours aux droits et aux soins.

# PRÉCONISATIONS : FAVORISER L'ACCÈS À LA SANTÉ DANS LE CANTON DE TARARE



## Axe 1 : Mieux connaître les ressources du territoire

**Fiche 1.1** : Apprendre en jouant: découvrir les ressources locales par le jeu

**Fiche 1.2** : Echanger pour mieux anticiper: discussions interprofessionnelles sur des cas rencontrés

**Fiche 2.1** : Révéler les talents du soin : valoriser les professionnels diplômés à l'étranger

**Fiche 2.2** : Inspirer les vocations autour du soin et leur permettre de faire leurs études à proximité

**Fiche 2.3** : Prévenir les discriminations par la culture et l'art, Valoriser le serment d'Hippocrate

## Axe 2 : Un territoire qui valorise ses ressources humaines

## Axe 3 : Créer et renforcer le lien social là où il manque

**Fiche 3.1** : Des espaces d'échanges informels et conviviaux dans les petites communes: le café itinérant

**Fiche 3.2** : Des repas partagés pour renforcer le lien social

**Fiche 3.3** : Rompre l'isolement et favoriser les échanges entre les habitants : Une accorderie à Tarare

**Fiche 4.1** : Se déplacer là où on ne nous attend pas : stand de prévention itinérant

**Fiche 4.2** : Cabinet médical itinérant dans les communes sans pharmacie ni MSP

**Fiche 3.3** : Aller-Vers les patient.es : encourager les visites médicales à domicile

## Axe 4 : Favoriser l'itinérance des services médico-sociaux

Ces fiches actions sont issues de nos réflexions en lien avec l'arbre à objectifs du rapport intermédiaire et que vous pouvez retrouver en annexe de ce travail.

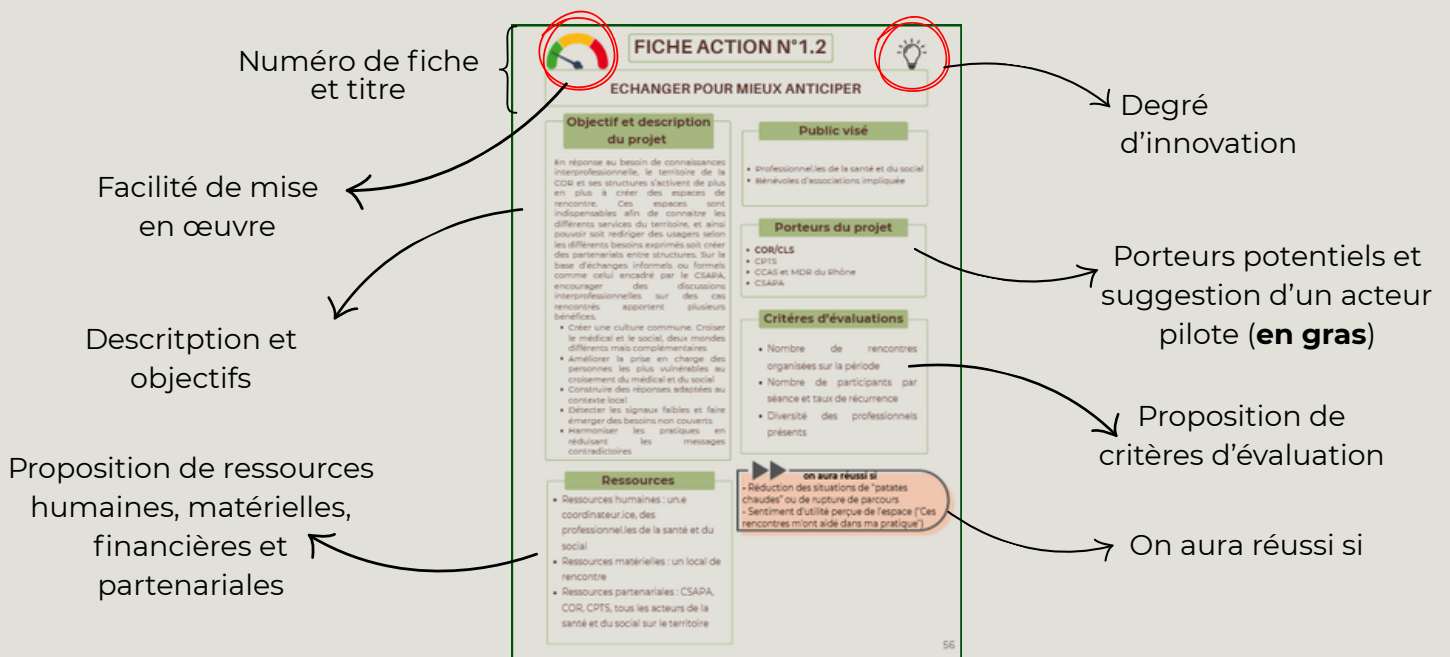


Figure 30 - : Présentation de nos fiches actions

## Axe 1

# MIEUX CONNAITRE LES RESSOURCES DU TERRITOIRE

Le premier constat simple réalisé dans cette étude est celui du besoin de bien identifier les ressources présentes sur le canton de Tarare. Un des facteurs du non-recours aux droits, et en particulier au soin, est la méconnaissance des services médico-sociaux présents sur les 14 communes. Le territoire couvert dispose de nombreuses structures et dispositifs mais leur lisibilité reste parfois limitée, tant pour les professionnels que pour les habitants. Entre la centralisation des ressources, la dispersion géographique des communes rurales et les difficultés de coordination, l'accès aux ressources du territoire demeure inégal et parfois fragmenté.

Dans ce contexte, mieux connaître les ressources existantes constitue un levier central pour améliorer l'accès aux soins et aux droits, mais aussi pour renforcer les logiques d'Aller-Vers identifiées tout au long de notre étude. Pour cela, il s'agira d'adopter une entrée par les habitants et une autre par les professionnels. La première mise sur la forme ludique pour renforcer les connaissances des habitants sur les services disponibles du territoire couvert. L'utilisation du jeu permet de se familiariser aux structures du soin dans un espace collaboratif et inclusif. En parallèle, continuer à développer l'interconnaissance professionnelle sur le canton à travers des espaces de discussion autour de cas précis permettra d'améliorer le parcours de soin des usagers. Ces échanges entre le médical et le social permet d'éviter des potentiels ruptures de soin et de renforcer les prises en charges des publics les plus vulnérables.

Ces pistes sont une continuité du travail effectué par les forces des acteurs présents sur le territoire et engagé sur les enjeux de l'accès au soin. Renforcer les actions menées et les ouvrir à de nouvelles perspectives est une manière de faire monter en compétence les structures proactives sans surcharger le nombre de dispositif existants. Elles visent à mettre en lumière les initiatives locales et encourager les partenariats.





## APPRENDRE EN JOUANT: DÉCOUVRIR LES RESSOURCES LOCALES PAR LE JEU

### Objectif et description du projet

Dans l'objectif de faire connaître les services de santé présents sur le territoire, la Ville de Tarare a développé un jeu de plateau à destination des jeunes visant à les mettre en situation de différents besoins et d'identifier qui et où sont les lieux potentiels d'accueil. Dans la continuité de cette étude, et en connaissance de ce travail, l'apprentissage par le jeu est une piste d'action proposée afin de renforcer la capacité d'identification des habitants aux services médico-sociaux, ainsi augmentant la probabilité de faire recours plus facilement à leurs droits.

Ce jeu doit être constitué d'une carte représentant les différentes structures du territoire (principalement sur Tarare et Vindry), de mises en situation réalistes qui permettra aux joueur.euses de se pencher sur des besoins et enjeux réels, ainsi que de supports visuels des structures permettant aux habitants de reconnaître le bâtiment et de s'y familiariser. Le jeu se base sur temps de réflexion individuel puis d'échange collectif sur la démarche à adopter suivant la situation donnée.

Objectifs spécifiques:

- Faire mieux connaître les services disponibles sur le territoire
- Lever les freins à l'accès aux services de soin
- Outil ludique facilitant le travail de visibilité des services existants

### Public visé

- Habitants
- Bénévoles - ce jeu peut être aussi une manière de renforcer les compétences bénévoles des associations lorsqu'ils ou elles seront confronté dans leurs actions à des publics dans le besoin. Les bénévoles pourront aussi être les moteurs de la diffusion du jeu lorsqu'ils y auront été familiarisé.

### Porteurs du projet

- **COR**
- Ville de Tarare
- CCAS de Tarare et Vindry
- Centres Sociaux
- Toute structure étant intéressée par ce jeu (CSAPA, Solidarité Femmes Beaujolais, etc.)
- Une accorderie à Tarare

### Critères d'évaluations

- Le nombre de structures ayant utilisé le jeu au sein de leurs activités
- Le nombre d'utilisation du jeu toutes structures confondues
- Le nombre de participant.es lors de la réalisation du jeu

#### on aura réussi si

Augmentation de la connaissance des services du territoire  
Le jeu est utilisé par plusieurs structures en autonomie

### Ressources

- Ressources humaines : un.e coordinateur.ice pour le lancement du jeu, bénévoles
- Ressources matérielles : réalisation du plateau de jeu et des cartes, reproductibilité du jeu pour une meilleure diffusion - s'inspirer du travail déjà réalisé par la ville de Tarare
- Ressources financières : ARS, COR/CLS, Communes, CPAM/Assurances maladie, Mutuelles locales ou régionales



## ECHANGER POUR MIEUX ANTICIPER

### Objectif et description du projet

En réponse au besoin de connaissances interprofessionnelle, le territoire de la COR et ses structures s'activent de plus en plus à créer des espaces de rencontre. Ces espaces sont indispensables afin de connaître les différents services du territoire, et ainsi pouvoir soit rediriger des usagers selon les différents besoins exprimés soit créer des partenariats entre structures. Sur la base d'échanges informels ou formels comme celui encadré par le CSAPA, encourager des discussions interprofessionnelles sur des cas rencontrés apportent plusieurs bénéfices.

- Créer une culture commune. Croiser le médical et le social, deux mondes différents mais complémentaires
- Améliorer la prise en charge des personnes les plus vulnérables au croisement du médical et du social
- Construire des réponses adaptées au contexte local
- Détecter les signaux faibles et faire émerger des besoins non couverts
- Harmoniser les pratiques en réduisant les messages contradictoires

### Ressources

- Ressources humaines : un.e coordinateur.ice, des professionnel.les de la santé et du social
- Ressources matérielles : un local de rencontre
- Ressources partenariales : CSAPA, COR, CPTS, tous les acteurs de la santé et du social sur le territoire

### Public visé

- Professionnel.les de la santé et du social
- Bénévoles d'associations impliquée

### Porteurs du projet

- **COR/CLS**
- CPTS
- CCAS et MDR du Rhône
- CSAPA

### Critères d'évaluations

- Nombre de rencontres organisées sur la période
- Nombre de participants par séance et taux de récurrence
- Diversité des professionnels présents

### on aura réussi si

- Réduction des situations de décrochages ou ruptures de parcours
- Sentiment d'utilité perçue de l'espace ("Ces rencontres m'ont aidé dans ma pratique")

# RÉVÉLER ET CULTIVER LES TALENTS DU SOIN: UN TERRITOIRE QUI VALORISE SES RESSOURCES HUMAINES

Le canton de Tarare est identifié par l'ARS comme désert médical. Cette situation est un enjeu important auquel la COR avec le CLS et la CPTS tentent de répondre. Notre sondage révèle que les habitants ont conscience aussi de cette situation et en subissent les conséquences. Ainsi, ils ont des difficultés pour joindre des médecins, obtenir des rendez-vous dans des délais raisonnables auprès de leur médecin traitant, pouvoir avoir des suivis psychiatriques dans le canton, avoir des visites à domicile, un médecin traitant dans le canton etc... Face à une population vieillissante et à un manque de professionnels de la santé, le territoire peut agir sur des leviers complémentaires afin de : mobiliser des compétences existantes mais sous-valorisées, et préparer les nouvelles générations à s'engager dans les métiers du soin.

- Recenser et mobiliser les professionnels de santé et du social diplômés à l'étranger résidant sur le territoire, dans l'idée de **valoriser les ressources humaines du territoire**. Cette action peut aussi être déclinée en faveur de formations à destination d'adultes et désirant évoluer professionnellement dans le domaine du soin et de l'aide à la personne.



- **Susciter des vocations pour les métiers de la santé et du social** chez les jeunes, de l'école primaire au lycée, mais aussi de faciliter les études et réduire les problèmes de mobilité avec le campus connecté. Il s'agit également de renforcer l'attractivité du territoire pour les futurs professionnels de santé et faciliter leur installation, politique déjà en cours par la COR.



- **Prévenir les discriminations** dans l'accès aux soins **par la culture et l'art**, avec notamment la **mise en valeur du serment d'Hippocrate**.



*[...] Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité*  
(extraits du serment d'Hippocrate, IV<sup>ème</sup> s. av.JC)



# FICHE ACTION 2.1



## RÉVÉLER ET CULTIVER LES TALENTS DU SOIN: UN TERRITOIRE QUI VALORISE SES RESSOURCES HUMAINES

### Objectif et description du projet

Le territoire est identifié par l'ARS comme désert médical. Or il peut accueillir des personnes formées à l'étranger dans les domaines médical, paramédical et social (médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux) qui ne peuvent pas exercer leur métier faute d'équivalence de diplôme reconnue en France. Ces compétences constituent une ressource humaine précieuse, actuellement ignorée par les dispositifs de santé locaux. Les objectifs sont de

- Recenser les professionnels de santé et du social diplômés à l'étranger résidant sur le canton de Tarare.
- Créer un dispositif d'accompagnement vers la reconnaissance des diplômes (parcours VAE, mise en lien avec les organismes compétents).
- Mobiliser ces compétences dans des fonctions intermédiaires (médiation en santé, traduction, animation d'ateliers prévention, soutien administratif aux patients).
- Réduire les barrières linguistiques et culturelles dans l'accès aux soins pour les publics allophones.

### Ressources

- **Ressources humaines** : coordinateur, bénévoles, tuteurs, agent France Services
- **Ressources financières** : CLS/ARS, Région, Fond Social Européen +
- **Ressources partenariales** : CADA, France Travail, HNO/MSP, GRIM/La Roche, Femme Solidarité Beaujolais, OFII, Emmaüs, Opco Santé

### Public visé

- Personnes diplômées à l'étranger dans le domaine médical, paramédical ou social
- Personnes en cours de démarche de reconnaissance de diplôme
- Personnes récemment arrivées en France (réfugiés, regroupement familial, etc.)

### Porteurs du projet

- **CPTS Ouest Rhodanien**
- OPCO Santé
- COR (CLS)
- HNO
- Maison France Service
- France Travail

### Critères d'évaluations

- Nombre de personnes identifiées et contactées
- Nombre de personnes entrées dans un parcours de reconnaissance
- Nombre de structures partenaires impliquées
- Nombre de nouvelles installations

### on aura réussi si

Augmentation du nombre de professionnels de santé  
Diminution des listes d'attente  
Réduction des situations de rupture de soin



# FICHE ACTION 2.2



## INSPIRER LES VOCATIONS AUTOUR DU SOIN

### Objectif et description du projet

Les projections autour de la démographie médicale (baisse du nombre de médecins) sont inquiétantes alors que la population est vieillissante et que ses besoins en terme de santé vont s'accroître. Il est important de prévenir ces futures difficultés en inspirant des vocations autour du soin et en facilitant l'accès aux études dans ces domaines, tout en permettant l'installation ensuite sur le canton.

Voici les objectifs :

- Susciter des vocations pour les métiers de la santé et du social chez les jeunes du territoire, notamment dans les établissements scolaires
- Favoriser la connaissance des valeurs humanistes du Serment d'Hippocrate (Communication)
- Favoriser la connaissance des métiers du soin et des débouchés possibles sur le canton de Tarare
- Proposer aux étudiants des facilités d'études grâce au Campus Connecté
- Favoriser les stages de jeunes médecins, infirmiers, psychologues etc dans le canton
- Favoriser l'installation de jeunes médecins (MSP)

### Critères d'évaluations

- Nb d'établissements scolaires engagés
- Nombre d'animations auprès des scolaires réalisées
- Nombre formations proposées par France Travail
- % de participants déclarant avoir changé leur regard sur les métiers du soin
- Nombre de stagiaires accueillis dans les métiers du soin
- Nombre d'inscription dans des filières étudiant le soin (données collèges et lycée)

### Public visé

- Elèves (primaires, collèges, lycées)
- Etudiants
- Habitants

### Porteurs du projet

- Etablissements scolaires (Parcours Avenir) - Enseignants - Psy EN
- CIO, Mission Locale, France Travail
- COR : Campus Connecté de Tarare
- **Fondation Clariane**

### Ressources

- **Ressources humaines** : coordinateur avec établissements scolaires, équipes pédagogiques enseignantes, professionnels de santé
- **Ressources financières** : ARS, COR/Communes, Education Nationale, Fondations (ex : Clariane)
- **Ressources partenariales** : Education Nationale, La Bobine, Université Claude Bernard Lyon I, Ecole d'infirmière, CPTS, ARS, médiathèques
- **Ressources matérielles** : Campagne de communication autour de ces métiers (plateforme du ministère des Solidarités prendresoin.fr), serment d'Hippocrate (affiches), Support de présentation des métiers du soin (diaporama; quizz) adaptés à différents âges (primaires / collège-lycée)

### on aura réussi si

Plus de jeunes issus du territoire s'engagent dans des études autour du soin et du social et si ces jeunes diplômés viennent s'installer sur le territoire une fois diplômés.



# FICHE ACTION 2.3



## PRÉVENIR LES DISCRIMINATIONS PAR LA CULTURE ET L'ART

### Objectif et description du projet

Les discriminations constituent des barrières psychologiques et culturelles aussi puissantes que les barrières géographiques. Ces discriminations ont ainsi des impacts sur le recours aux soins car les personnes évitent les situations désagréables. Sachant que la culture est un puissant vecteur pour faire réfléchir aux discriminations, nous proposons ici de favoriser des projets artistiques autour des questions de discriminations afin de lutter contre leur expression et favoriser la confiance des habitants. Le serment d'Hippocrate, texte antique mais profondément humaniste et moderne peut être valorisé par cet intermédiaire. Cette fiche action propose de s'appuyer sur des vecteurs culturels et artistiques – films, expositions, projets scolaires, ateliers – pour à la fois susciter des vocations pour le soin et prévenir les discriminations dans l'accès à la santé. Les objectifs sont

- Sensibiliser les habitants à la valeur du soin, à l'égalité d'accès à la santé et à la prévention des discriminations.
- Créer des espaces de débat et de réflexion collective sur les droits fondamentaux liés à la santé (ancrage dans les valeurs du serment d'Hippocrate et les droits de l'homme).
- Soutenir la création artistique et culturelle locale en lien avec les thématiques santé, égalité et solidarité, via un appel à projets annuel.

### Public visé

- Scolaires
- Artistes
- Professionnels de la santé
- Habitants

### Porteurs du projet

- COR - Communes
- Centres Sociaux et CCAS
- Etablissements scolaires (projets artistiques)
- Mission Locale
- Femme Solidarité Beaujolais
- Roch'n'Bar
- Agirc-Arrco / AG2R LA MONDIALE

### Critères d'évaluations

- Nombre de projets déposés (dans le cadre de l'appel à projet culturel)
- Nombre de projets sur les discriminations réalisés (scolaires, Centres Sociaux)
- Nombre d'établissements scolaires inscrits
- Nombre de séances d'échanges autour des droits fondamentaux liés à la santé

### on aura réussi si

Le sujet des discriminations n'est plus gardé secret.

La déontologie et les valeurs portées par le serment d'Hippocrate sont connues

### Ressources

- **Ressources humaines** : coordinateur, équipes pédagogiques enseignantes, artistes, animateurs
- **Ressources financières** : DRAC, COR/Communes, Région (Pass Culture) Fondations (mécénat), AG2R ARRCO
- **Ressources partenariales** : Education Nationale, CSAPA, Femme Solidarité Beaujolais, Emmaüs, Ligue des Droits de l'Homme Lyon, BUSS, âgisme (AG2R ARRCO)
- **Ressources matérielles** : Lieu pour exposer et valoriser les réalisations, ressources du défenseur des droits (<https://www.antidiscriminations.fr/>)

## AXE 3

# CRÉE ET RENFORCER LE LIEN SOCIAL LA OU IL MANQUE

L'enquête menée dans le canton de Tarare révèle une réalité plus complexe qu'il n'y paraît : les difficultés d'accès aux soins ne sont pas seulement une question de manque de médecins ou de problèmes de transport. Elles tiennent aussi, et peut-être surtout, à un affaiblissement du lien social, particulièrement sensible dans les petites communes rurales et chez les personnes déjà fragilisées.

L'isolement, qu'il soit géographique, relationnel ou même psychologique, joue un rôle déterminant : il éloigne les gens de leurs droits et des soins dont ils auraient besoin. Beaucoup d'habitants le disent clairement : pour eux, être en bonne santé, c'est aussi « voir du monde », échanger, se sentir partie prenante d'une communauté. Quand les lieux où l'on se rencontre se font rares ou trop éloignés, certaines personnes finissent par disparaître des radars, invisibles aux yeux des institutions.

Dans ce contexte, créer des espaces de rencontre devient bien plus qu'une simple animation locale : c'est un véritable levier de prévention. Retisser du lien social, c'est redonner confiance, repérer plus tôt les signes de fragilité et éviter que les parcours de soins ne se brisent.

Les actions proposées ici – un café itinérant, des repas partagés, une accorderie – s'inscrivent dans cette logique d'« Aller-Vers ». L'idée est simple : créer des cadres conviviaux, sans étiquettes ni jugements, où chacun peut participer. L'objectif ? Faire vivre les solidarités de proximité et lutter, pas à pas, contre cette « misère invisible » qui mine le territoire.





# FICHE ACTION 3.1



## DES ESPACES D'ÉCHANGES INFORMELS ET CONVIVIAUX DANS LES PETITES COMMUNES: LE CAFÉ ITINÉRANT

### Objectif et description du projet

Le projet consiste à mettre en place un café itinérant dans les petites communes du canton, notamment celles ne disposant pas de structures médico-sociales.

Il prend la forme d'un camping car installé ponctuellement dans des lieux de vie (place du village, marché, maison de quartier) ou des événements comme des sortes d'école, des fêtes communales afin de s'intégrer aux rythmes du quotidien plutôt que d'attendre la venue des habitants dans des structures centrales.

Le café itinérant repose sur une approche conviviale (boissons chaudes, échanges libres, sans rendez-vous) permettant de créer un climat de confiance et de lever les freins liés à la peur du jugement ou à la méconnaissance des aides. Il peut également être un support à la prévention. Il s'inscrit pleinement dans une démarche d'« Aller-Vers » : aller physiquement à la rencontre des habitants pour informer, échanger et repérer les situations de non-recours.

**On aura réussi si** le dispositif permet d'identifier des personnes isolées et de les orienter vers des services adaptés

### Public visé

- Habitants des petites communes rurales ;
- Personnes âgées isolées ;
- Actifs confrontés à des contraintes de mobilité ou d'horaires ;
- Personnes éloignées du numérique ;
- Publics en situation de non-recours.

### Porteurs du projet

- **CCAS des communes concernées ;**
- **Communes ;**
- Centre social de Tarare ;
- Association La Roche ;
- PASS / HNO ;
- BUSS Mobile ;
- Agirc-Arrco / AG2R LA MONDIALE
- Associations locales et bénévoles.

### Critères d'évaluations

- Nombre de communes visitées
- Nombre de permanences organisées
- Fréquence des interventions (mensuelle, bimestrielle...)
- Nombre de partenaires mobilisés

### Ressources

- **Ressources humaines** : coordinateur, équipes pédagogiques, artistes, animateurs
- **Ressources financières** : DRAC, COR/Communes, Région (, fondations/mécénat
- **Ressources partenariales** : Éducation Nationale, CSAPA, Solidarité Femmes Beaujolais, Emmaüs, , BUSS, 1000 cafés.org
- **Ressources matérielles** : lieu d'exposition, supports pédagogiques (Défenseur des droits – antidiscriminations.fr, Ligue des Droits de l'Homme)



## FICHE ACTION 3.2



# REPAS PARTAGÉS POUR RENFORCER LE LIEN SOCIAL

### Objectif et description du projet

Organisation de repas partagés dans les communes du territoire afin de renforcer le lien social et lutter contre l'isolement.

Ces temps conviviaux permettent de créer un cadre non stigmatisant, de favoriser la mixité des publics et de maintenir une proximité avec les personnes vulnérables dans une logique d'aller-vers.

Cette action peut s'inspirer du concept des Petites Cantines, développé notamment à Villefranche-sur-Saône, qui repose sur l'organisation de repas participatifs ouverts à tous. Les habitants y cuisinent et partagent un repas à prix libre, favorisant la rencontre, l'entraide et la création de liens de proximité. Ce type d'initiative constitue un levier intéressant pour lutter contre l'isolement et renforcer les solidarités locales.

### Public visé

- Personnes âgées isolées
- Familles en situation de précarité
- Personnes à mobilité réduite
- Habitants éloignés des dispositifs sociaux

### Porteurs du projet

- CCAS
- Associations locales
- **Une accorderie à Tarare**
- Producteurs locaux
- Structures médico sociales
- Communes
- Restos du coeur
- Emmaüs

### Critères d'évaluations

- Nombre de repas organisés
- Nombre de participants
- Diversité des publics présents
- Nombre de nouvelles situations repérées
- Appréciation du niveau d'isolement ressenti par les participants
- Nombre de nouvelles situation repérées

**On aura réussi si** les repas partagés permettent aux habitants de créer du lien et de rompre l'isolement.

### Ressources

- **Ressources humaines** : coordinateur local (CCAS ou centre social), bénévoles, habitants volontaires.
- **Ressources matérielles** : salle communale avec cuisine ou centre social, matériel de cuisine et de restauration.
- **Ressources financières** : communes, CAF, dons des commerces et producteurs locaux.
- **Ressources partenariales** : CCAS, Centres Sociaux, Association Coup de pouce, commerces alimentaires, Epicerie sociale (Epi'autre).



## FICHE ACTION N°3.3



### ROMPRE L'ISOLEMENT ET FAVORISER LES ECHANGES ENTRE LES HABITANTS : UNE ACCORDERIE A TARARE

#### Objectif et description du projet

Nous avons constaté lors de nos échanges avec les habitants du canton, un sentiment d'isolement important. Nous proposons une réflexion autour de la création d'une Accorderie, concept né au Québec en 2002. Il s'agit d'un groupe d'habitants solidaires qui se rassemble afin d'échanger des services, basé sur une seule valeur : le temps. Ces services peuvent être individuels comme de l'aide aux devoirs, transport, cuisine, bavarder, bricolage etc ... ou encore collectifs (ateliers) et les services associatifs (gestion de l'association).

Les objectifs sont

- faire connaître le concept d'Accorderie
- rompre l'isolement et favoriser le partage
- favoriser la mixité sociale
- lutter contre la pauvreté et l'exclusion
- améliorer les conditions de vie et le vivre-ensemble

#### Public visé

- Habitants (tous les âges)

#### Porteurs du projet

- Des habitants volontaires
- **Coup de Pouce**
- Mairies, Centres Sociaux, France Service pour faire connaître le projet et permettre aux habitants de s'en saisir

#### Critères d'évaluations

- Nombre de personnes volontaires (futurs accordeurs)
- Nombre d'heures échangées
- Nombre d'heures pour des services individuels
- Nombre d'heures pour des services collectifs

#### On aura réussi si

Une accorderie se crée à Tarare.  
De nouvelles solidarités se créent.

#### Ressources

- **Ressources humaines** : un salarié (facilitateur pour l'engagement local)
- **Ressources matérielles** : un lieu ( Centre Social ? Maison de Quartier ? Tiers-Lieu ?)
- **Ressources financières** : Communes, possibilité de financement par la CAF si EVS; MACIF et Secours Catholique (partenaires historiques des Accorderies), AG2R ARRCO
- **Ressources partenariales** : Réseau des Accorderies ([www.accorderie.fr](http://www.accorderie.fr)), CCAS, Centres Sociaux, Maisons de Quartiers, AMAP, Epicerie Solidaire

# ALLER-VERS POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS

L'analyse territoriale met en évidence une fragilisation croissante de l'accès aux soins sur le canton, marquée par la désertification médicale, le vieillissement de la population et l'éloignement géographique de certaines communes. Si des ressources existent, leur répartition demeure inégale et leur accessibilité dépend fortement des capacités de mobilité, de l'autonomie et du capital social des habitant-es.

Dans ce contexte, l'enjeu n'est plus uniquement d'améliorer l'information ou la coordination, mais de déplacer l'offre vers les publics. L'"aller-vers" apparaît comme une réponse opérationnelle aux situations de non-recours, aux ruptures de parcours et aux isolements multiples identifiés lors du diagnostic.

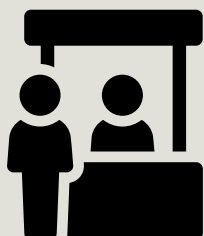
Cet axe vise donc à expérimenter et structurer des dispositifs mobiles et de proximité permettant d'intervenir directement dans les lieux de vie des habitant-es, en particulier dans les communes rurales les moins dotées. Il s'appuie sur trois pistes complémentaires :

- Aller à la rencontre des habitant-es via un stand de prévention itinérant,
- Déployer un cabinet médical mobile dans les communes sans offre structurée,
- Réactiver les visites médicales à domicile, pratique historiquement ancrée en milieu rural mais fragilisée par la raréfaction des médecins.

### **L'objectif est de :**

réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins et reconstruire une proximité sanitaire adaptée aux réalités locales.

À travers ces actions, il s'agit de renforcer la continuité des parcours, prévenir l'aggravation des situations de vulnérabilité et redonner une dimension relationnelle et territoriale à la prise en charge médicale.





# FICHE ACTION 4.1



## SE DÉPLACER LÀ OÙ ON NE NOUS ATTEND PAS : STAND DE PRÉVENTION ITINÉRANT

### Objectif et description du projet

Cette action vise à aller à la rencontre des habitant·es dans leurs lieux de vie quotidiens (marchés, sorties d'écoles, événements communaux, places de village) afin de faciliter l'accès à l'information médico-sociale et prévenir le non-recours aux droits et aux soins. Il peut être l'occasion d'animations de prévention et d'information ludiques. Il serait également un moyen de diffusion d'une enquête sur le non-recours afin d'avoir un baromètre tararien du non-recours.

Le stand de prévention itinérant constitue un point de contact informel, accessible et non stigmatisant, permettant d'engager la discussion, repérer des besoins et orienter vers les dispositifs existants.

### Ressources

- **Ressources humaines :** agents CCAS, bénévoles, partenaires associatifs, animateurs, acteurs médico-sociaux.
- **Ressources matérielles :** barnum, table, supports d'information, flyers
- **Ressources financières :** budget de fonctionnement léger (impression, logistique)
- **Ressources partenariales :** mobilisation des acteurs locaux

### Public visé

- Habitants des communes rurales du canton
- Personnes éloignées des services médico-sociaux (Personnes âgées, isolées, familles précaires)
- Publics « invisibles » ou en situation de non-recours

### Porteurs du projet

- CCAS / CIAS
- Collectivités locales (mairies, élus)
- **Association La Roche**
- Acteurs médico-sociaux partenaires (France Services, CPAM, MSA, associations de prévention)

**On aura réussi si**  
les retours des partenaires mobilisés et les habitants sont positifs.

### Critères d'évaluations

- Nombre de stands réalisés
- Nombre de personnes rencontrées
- Types de besoins repérés
- Nombre d'orientations vers des dispositifs
- Retours qualitatifs des habitants et des partenaires



## FICHE ACTION 4.2



### CABINET MÉDICAL ITINÉRANT DANS LES COMMUNES SANS PHARMACIE NI MSP

#### Objectif et description du projet

Cette action consiste à déployer un cabinet médical mobile afin d'assurer une offre de soins de proximité dans les communes dépourvues de structures médicales.

Le cabinet itinérant permet de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins, de limiter les déplacements contraints et de renforcer la prévention.

#### Fréquence proposée :

##### Phase pilote (1 an)

- 1 permanence / mois / commune
- Rotation hebdomadaire (ex : chaque mardi dans une commune différente)

##### Phase stabilisation

- 2 permanences / mois selon fréquentation

#### Ressources

##### • Ressources humaines :

Professionnels de santé (médecin, infirmier.e)

- ##### • Ressources matérielles :
- Véhicule médicalisé

##### • Ressources financières :

Financements ARS / collectivités

##### • Ressources partenariales :

Coordination logistique et administrative

#### Public visé

- Habitants des communes sans offre médicale
- Personnes âgées ou à mobilité réduite
- Personnes sans moyen de transport
- Publics éloignés du système de soins

#### Porteurs du projet

- Collectivités territoriales
- **Agence Régionale de Santé**
- Professionnels de santé volontaires
- Structures hospitalières ou MSP partenaires

#### on aura réussi si

Les habitants sont satisfaits du cabinet médical et s'y rendent régulièrement

#### Critères d'évaluations

- Nombre de permanences réalisées
- Nombre de consultations
- Réduction des délais d'accès aux soins



## FICHE ACTION 4.3



### ALLER-VERS LES PATIENT.ES : ENCOURAGER LES VISITES MÉDICALES À DOMICILE

#### Objectif et description du projet

Cette action vise à réactiver et structurer les visites médicales à domicile sur le canton, en particulier pour les publics vulnérables et isolés. Historiquement, les visites à domicile faisaient partie intégrante de la pratique médicale en milieu rural. Elles permettaient un suivi personnalisé, une meilleure connaissance des conditions de vie des patient·es et une prise en charge globale.

Cependant, avec la désertification médicale, la raréfaction des médecins généralistes et l'augmentation de la charge de travail, ces pratiques ont progressivement diminué, voire disparu.

#### Ressources

- **Ressources humaines :**  
Professionnels de santé (médecin, infirmier·e)
- **Ressources matérielles :**  
Véhicule médicalisé
- **Ressources financières :**  
Financements ARS / collectivités
- **Ressources partenariales :**  
Convention de partenariat interprofessionnelle

#### Public visé

- Personnes âgées isolées
- Personnes à mobilité réduite
- Patient·es sans médecin traitant
- Personnes en situation de précarité
- Personnes souffrant de troubles psychiques limitant les déplacements
- Publics éloignés des structures de soins

#### Porteurs du projet

- **CPTS du territoire**
- Médecins généralistes volontaires
- Infirmier·es libéral·es
- CCAS / CIAS
- Collectivités territoriales
- ARS (accompagnement financier et organisationnel)

#### on aura réussi si

Il n'y a pas de rupture dans le suivi des soins des personnes isolées.

#### Critères d'évaluations

- Nombre de visites réalisées
- Nombre de patient·es suivis à domicile
- Diminution des situations de renoncement aux soins
- Réduction des hospitalisations évitables
- Maintien à domicile facilité

# CONCLUSION

L'étude menée sur le canton de Tarare révèle un paradoxe : le territoire dispose de ressources, mais l'accès aux soins reste fragile et inégal. On y trouve un réseau d'acteurs engagés, pourtant, selon l'endroit où l'on vit, sa mobilité ou sa situation sociale, se faire soigner peut devenir un parcours du combattant.

Le sentiment de désert médical, très présent chez les habitants, ne se résume pas à un manque de médecins. Il est surtout lié à l'organisation du territoire, très centrée sur la ville de Tarare, qui concentre la majorité des services. Les communes alentours se retrouvent dépendantes, et l'éloignement, la rareté des praticiens et la nécessité d'avoir une voiture creusent les inégalités. Ici, la géographie joue un rôle clé dans l'accès – ou le non-accès – à la santé.

Les témoignages et les chiffres montrent aussi des parcours de soins de plus en plus fragmentés. Beaucoup n'ont pas de médecin traitant, d'autres renoncent à se soigner à cause de délais trop longs ou de contraintes professionnelles, notamment parmi les actifs. La continuité des soins est mise à mal, et l'accès à la santé finit par dépendre de ressources personnelles – du temps, de l'argent, d'un réseau – qui ne sont pas données à tous.

Au-delà des obstacles évidents, l'étude pointe des vulnérabilités plus silencieuses : l'isolement, la santé mentale, la difficulté à faire valoir ses droits, la fracture numérique ou encore les discriminations. Ces facteurs font que certains habitants s'éloignent peu à peu du système de santé, sans que personne ne s'en aperçoive. L'inégalité, ce n'est pas seulement l'absence de services, c'est aussi la difficulté à y avoir recours.

Face à cela, le territoire ne manque pas d'énergie. Hôpitaux, associations, centres communaux, dispositifs mobiles et bénévoles font preuve d'une réelle mobilisation. Mais les actions manquent parfois de coordination, les dispositifs sont peu lisibles et les moyens restent limités. La dynamique existe ; elle a besoin d'être renforcée et mieux organisée autour d'une vision commune.

Dans ce contexte, l'approche « Aller-Vers » apparaît comme une piste prometteuse. Plutôt que d'attendre que les personnes en difficulté frappent à la porte, il s'agit d'aller à leur rencontre, de retisser un lien de confiance et de les aider à faire valoir leurs droits. C'est une invitation à ne plus penser la santé uniquement sous un angle administratif, mais aussi comme une question de lien social et d'équité entre les territoires.

# CONCLUSION

Améliorer l'accès aux soins en milieu rural ne se limite donc pas à ouvrir de nouveaux cabinets médicaux. Il faut aussi repenser l'implantation des services, mieux coordonner les acteurs, simplifier les démarches et lutter contre toutes les formes d'exclusion. La santé devient alors le miroir des dynamiques d'un territoire, mais aussi un levier pour plus de cohésion et de justice.

Ce travail n'apporte pas de solutions toutes faites. Il propose une analyse ancrée dans la réalité de Tarare, nourrie par les données et les paroles recueillies, et esquisse des pistes d'action adaptées. Au fond, agir pour l'accès à la santé, c'est questionner la capacité d'un territoire à garantir à chacun une place et un droit effectif à être soigné.

# Bibliographie

## **Littérature scientifique**

- About, C. (1971) "Démographie et industrialisation d'une région rurale, le canton de Tarare de la fin du XVIIIème à nos jours", *Bulletin du Centre Pierre Léon d'histoire économique et sociale*
- Avenel, C. (2023). « L'Aller-Vers : sources et trajectoire. Vers un nouveau modèle de travail social ? » Dans M.A.I.S. (dir.), « Aller vers » : entre injonction et désir, l'enjeu de la rencontre ! (pp. 21-37). Paris.
- Chobeaux, F. (2025). « Aller vers. VST - Vie sociale et traitements », 165(1), 113-117.
- Chobeaux, F., Santiago-Sanz, H., & Marchal, J.-L. (2024). « Au risque de la rencontre : le processus d'Aller-Vers » Dans *Le travail de rue* (pp. 62-68), Rennes, Presses de l'EHESP.
- Cognet, M. (2014), « Des inégalités d'accès aux soins aux discriminations en santé », revue Rhizome n°52, Orspere-Samdarra <https://orspere-samdarra.com/2014/des-inegalites-dacces-aux-soins-aux-discriminations-en-sante>
- Douville, O. (2025). « « Aller vers », une utopie nécessaire, certes, mais comment et dans quel espace « aller » ? » Dans *Le Journal des psychologues*, 417(4), pp. 54-59.
- Dubasque, D. (2023). « Pourquoi et comment aller-vers ? Comprendre ses propres résistances et trouver un terrain d'entente pour aider les personnes difficiles à atteindre » Dans M.A.I.S. (dir.), « Aller vers » : entre injonction et désir, l'enjeu de la rencontre ! (pp. 16-20). Paris.
- Dubois-Orlandi, V. (2018). Jeunes invisibles des zones rurales : quand la prévention spécialisée reste un dispositif pertinent pour « aller vers » eux. *Vie sociale*, 22(2), 85-102. <https://doi.org/10.3917/vsoc.182.0085>.
- Fassin, D. (2006), "Du Déni à la dénégation, Psychologie politique de la représentation des discriminations" in *De la question sociale à la question raciale*
- Gastaut, Y. (2000) Génération antiraciste en France (1960-1990), *Cahiers de la Méditerranée*, n°61, pp. 289-303
- Hédon, C., conclusion du colloque <https://www.defenseurdesdroits.fr/precarite-et-pauvrete-retour-sur-le-colloque-organise-par-le-defenseur-des-droits-472>
- M.A.I.S. (dir.), *Aller vers » : entre injonction et désir, l'enjeu de la rencontre !* (pp. 21-37), Paris.
- Noiriél, G. (2017), "color blindness et construction des identités dans l'espace public français", in *De la question sociale à la question raciale ?*
- Rude, F. (2007), *Les révoltes des canuts (1831-1834)*, La Découverte, Paris,
- Tardif Bourgoïn, F. (2014) « L'accompagnement à la professionnalisation des bénévoles : pour quelle(s) légitimité(s) ? », dans *Vie sociale*, Vol 8(4), p.113-122. <https://doi.org/10.3917/vsoc.144.0113>

## Littérature grise:

- Agir sur la santé dans les territoires ruraux – La santé mentale. (2023). Fabrique Territoire Santé. Disponible en ligne : <https://www.fabrique-territoires-sante.org/wpcontent/uploads/2024/05/fiche-4-sante-mentale-PPP-A5-003.pdf>
- Commission Européenne, Report of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), 2019, [https://health.ec.europa.eu/document/download/05bdbaec-6c01-4d60-aa57-a982261a096d\\_en](https://health.ec.europa.eu/document/download/05bdbaec-6c01-4d60-aa57-a982261a096d_en)
- Contrat Local de Santé de la Communauté d'Agglomération de l'Ouest Rhodanien–Septembre 2024. Tarare. Agence Régionale de Santé Auvergne–Rhône-Alpes (ARS) & Communauté d'Agglomération de l'Ouest Rhodanien (COR). (2025).
- DREES, Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, 2021, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>
- L'invisibilité sociale : une responsabilité collective, onpes, rapport 2016, p.39.
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (s.d.). Note de cadrage de la formation "Aller-Vers" – Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté. Paris : Délégation interministérielle à la lutte contre la pauvreté.
- ONEPS, L'invisibilité sociale : une responsabilité collective, rapport 2016.
- ORS Île de France, IAU, Les acteurs locaux face à la problématique de l'accès aux soins, 2012, [https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude\\_947/Les\\_acteurs\\_locaux\\_face\\_a\\_la\\_problematique\\_de\\_l\\_acces\\_aux\\_soins.pdf](https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_947/Les_acteurs_locaux_face_a_la_problematique_de_l_acces_aux_soins.pdf)
- URPS AURA, Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes, 2018, p. 140, [https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/Rhone\\_69\\_SDM\\_rapport\\_2018.pdf](https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/08/Rhone_69_SDM_rapport_2018.pdf).

## Sitographie

- INSEE, <https://www.insee.fr/fr/information/6676988> -
- Défenseur des droits : Colloque sur précarité et pauvreté <https://www.defenseurdesdroits.fr/precarite-et-pauvrete-retour-sur-le-colloque-organise-par-le-defenseur-des-droits-472>
- Enquête sur l'accès aux droits et les relations entre police et population : <https://www.defenseurdesdroits.fr/enquete-sur-lacces-aux-droits-sur-les-relations-entre-police-et-population-que-retenir-896>
- Tarare et le programme Coeur de ville <https://ville-tarare.fr/ma-mairie/grands-projets/action-coeur-de-ville>
- Territoire Zéro Non Recours : <https://solidarites.gouv.fr/acces-aux-droits-les-territoires-zero-non-recours> ; <https://www.ithea-conseil.fr/bonnes-pratiques/solidarites-et-action-sociale/territoire-zero-non-recours/> ; <https://www.grandarras.fr/territoire-zero-non-recours>
- Département du Rhône : [https://www.rhone.fr/jcms/pl01\\_2009729/fr/loi-montagne-96-communes-concernees-dans-le-rhone-du-1e-novembre-au-31-mars](https://www.rhone.fr/jcms/pl01_2009729/fr/loi-montagne-96-communes-concernees-dans-le-rhone-du-1e-novembre-au-31-mars)

## Presse :

- Antoine Sillères. « Le nombre de médecins a été divisé par deux en 15 ans : près de Lyon, une élue s'alarme de ne plus trouver de généraliste », *Le Figaro*, 10/04/2024
- « L'Association La Roche : accompagner 700 personnes au quotidien. », *Le Progrès*, 22/04/2019
- Maxence PERRET, « La démographie de Tarare rebondit », *Le Pays*, 02/01/2025
- Audrey Henrion-Poyard, "L'hôpital de Tarare fait déjà front et dénonce un rapport «très parisien»", *Le Figaro*, 15/10/2007
- Philippe Rioux, « Fracture numérique : 6 Français sur 10 peinent à accomplir leurs démarches administratives », *La Dépêche*, 14/10/2025  
<https://www.ladepeche.fr/2025/10/14/fracture-numerique-6-francais-sur-10-peinent-a-accomplir-leurs-demarches-administratives-12991377.php>

# TABLE DES FIGURES

Figure 1 - Photo de couverture - Vue sur Tarare .....	1
Figure 2 - Carte de localisation .....	5
Figure 3 - Carte sur la topographie.....	6
Figure 4- Chronologie du projet .....	10
Figure 5 - Carte des densités.....	12
Figure 6 - Carte de la part des plus de 65 ans parmi la population .....	12
Figure 7 - Paysage du canton.....	13
Figure 8 - Carte “territoire rural et montagneux” .....	13
Figure 9 - Carte “Où se soigner dans le canton de Tarare” .....	16
Figure 10 - Moyens de transport pour se rendre à un rdv médical.....	17
Figure 11 - Histogramme sur la connaissance du TAD .....	18
Figure 12 - Nuage de mots sur les difficultés liées à la dématérialisation.....	19
Figure 13 - Histogramme révélant l’abandon des démarches numériques.....	20
Figure 14 - Difficultés pour joindre des professionnels de santé .....	21
Figure 15 - principales raisons des difficultés d’accès aux soins .....	21
Figure 16 - Extraits de témoignages d’habitants.....	22
Figure 17 - Difficultés d’accès aux soins selon habitant rural ou urbain.....	23
Figure 18 - Accès aux médecins traitants selon qu’on soit urbain ou rural .....	24
Figure 19 - Accès à un médecin traitant selon une appartenance rurale et urbaine.....	25
Figure 20 - Difficultés à joindre un professionnel de santé selon l’âge.....	26
Figure 21 - Répartition des répondants selon l’âge, le genre et lieu de résidence.....	27
Figure 22 - Croisement des données mobilités et isolement social.....	28
Figure 23 - Schéma sur l’organisation de la coordination dans la COR .....	35
Figure 24 - Schémas d’organisation du CLS de la COR.....	36
Figure 25 - Acteurs de la santé auprès des habitants .....	41
Figure 26 - Visions de l’Aller-Vers .....	44
Figure 27 - Arbre à solutions .....	49
Figure 28 - Analyse SWOT .....	50
Figure 30 - Présentation de nos fiches actions.....	53

# TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	5
Présentation du territoire.....	6
MÉTHODOLOGIE .....	8
Chronologie du projet.....	10
PARTIE I – Le canton de Tarare : un territoire rural aux vulnérabilités sociales et sanitaires marquées .....	11
A. Un territoire rural structuré autour d'un pôle central .....	12
Un espace rural aux marges de la métropole lyonnaise .....	12
Tarare : un pôle central concentrant l'essentiel des services .....	14
Une dépendance territoriale créatrice d'inégalités .....	17
La dématérialisation des services : une centralisation renforcée .....	19
B. Un accès à la santé fragilisé .....	21
Désertification médicale : une pénurie ressentie par tous .....	21
Concentration des professionnels à Tarare et à l'HNO .....	23
C. Des publics vulnérables confrontés à des isolements multiples :une lecture croisée des données et des récits .....	27
D. Dynamiques sociales et freins à l'accès aux soins .....	30
PARTIE II – Des acteurs mobilisés (mais contraints) dans la démarche d'Aller- Vers .....	34
A. Un maillage d'acteurs médico-sociaux riche et diversifié .....	34
Un paysage institutionnel structuré autour d'une volonté de coordination .....	34
Une pluralité d'acteurs .....	37
Les habitants au cœur du système : une intention, mais quelle réalité ? .....	40
B. Des visions et des pratiques variées de l'Aller-Vers .....	42
C. Des freins structurels et organisationnels .....	45
PARTIE III Et alors ? / Les enjeux.....	49
Analyse MOFF.....	50
Pistes d'action pour renforcer l'Aller-Vers sur le canton de Tarare .....	53
CONCLUSION GÉNÉRALE .....	69
BIBLIOGRAPHIE .....	71
LISTE DES FIGURES .....	74
ANNEXES .....	76