

par de forts contrastes sociaux : proportions de cadres et d'employés supérieures à la moyenne, accessibilité des services de soins plus aisée mais situations d'isolement et de précarité plus fréquentes. On observe dans les cantons de cette classe une surmortalité prématurée, même si elle est moins marquée que dans la classe 4, ainsi qu'une mortalité par cancers et par maladies liées à l'alcool plus élevée que la moyenne.

**La classe 5** est constituée de 18 % des cantons (et de la population) souvent situés autour des principales agglomérations (qui concentrent l'offre de soins). Présente dans toutes les régions de France métropolitaine (sauf en Corse), elle est prédominante en Alsace, où elle regroupe 82 % des cantons, et bien représentée en Rhône-Alpes avec près de la moitié des

cantons de la région (46 %). Cette classe se caractérise par un environnement social plus favorable (revenus, emploi, population jeune, peu isolée, etc.). Les mortalités générale et prématurée sont inférieures à la moyenne.

**La classe 6**, composée de 6 % des « cantons », regroupe 16 % de la population. Il s'agit en général de grandes villes et de certaines des communes qui leur sont limitrophes. Cette classe est principalement présente en Ile-de-France (47 % des cantons franciliens sont dans cette classe). Favorisée sur le plan socio-économique et la mieux desservie en services de soins, cette classe présente une sous-mortalité générale et prématurée ainsi que pour la plupart des causes de décès étudiées.

1. Survenant avant 65 ans.

## ► Références bibliographiques

- (1) Trugeon A., Fontaine D., Lemery B. *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*. Paris : Masson, coll. Abrégés, 2006 : 176 p.
- (2) Mesrine A. Les différences de mortalité par milieu social restent fortes. In : *Données sociales 1999 : la société française*. Paris : Insee, coll. Insee-Références, 1999 : 228-35.
- (3) Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 363-75.
- (4) Haut Comité de la santé publique. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes : ENSP, 1998 : 368 p.

# Comment intervenir en promotion de la santé dans le monde rural

**Le milieu rural se caractérise par un déficit de professionnels de santé – médecins en particulier – et un isolement de beaucoup de professionnels dans leur pratique quotidienne. Comment monter un programme de promotion de la santé tout en prenant en compte les spécificités du monde rural ? Présentation des axes d'intervention à privilégier, de la méthodologie à suivre ainsi que des difficultés à surmonter. Trois conditions paraissent incontournables : le maintien des solidarités de proximité, le travail en réseau et des investissements à la hauteur des ambitions.**

Depuis une vingtaine d'année (charte d'Ottawa, OMS, 1986), les programmes de promotion de la santé se réfèrent à une définition globale et positive de la santé qui positionne la promotion de la santé comme le « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Ce processus décline des interventions qui visent l'égalité en matière de santé ; les résultats se situent en termes de qualité de vie et de bien-être.

Globalement, il est désormais établi que l'efficacité des actions de promotion de santé s'articule autour de trois critères :

– une approche globale et positive de la santé pour renforcer les compétences

et aptitudes individuelles en termes de qualité de vie ;

– une démarche participative permettant à chacun de faire des choix éclairés en matière de santé ;

– des axes d'intervention pluriels sur un espace spatiotemporel défini d'au moins trois années.

## Les axes de l'action

Parce que les programmes de santé publique doivent être adaptés aux besoins et attentes des populations ainsi qu'aux possibilités et ressources locales, nous avons tenté de dessiner, dans la présente contribution, un cadre d'intervention spécifique pour le milieu rural, thème de ce dossier. Pour chacun des cinq axes d'interventions (*voir tableau*), nous avons répertorié les éléments

à prendre en compte ainsi que les points d'appui pour agir en promotion de la santé en milieu rural.

Le tableau dresse le cadre d'intervention en milieu rural, il souligne également les multiples enjeux auxquels est confrontée la promotion de la santé en milieu rural.

## Les services et leur proximité

En premier lieu, le brassage des populations qui résident en milieu rural, entre ceux qui y sont nés et ceux qui viennent s'y installer, va influencer sur les modes de vie. Utilisateurs de nouvelles technologies, demandeurs de nouveaux services, ces nouveaux habitants sont porteurs d'attentes différentes. Les solidarités de voisinage ou familiales,

en particulier entre les générations, constituent un point d'appui fort en milieu rural. Face à ces mutations, de nouvelles réponses sont sans doute à construire mais elles doivent prendre appui sur ces dynamiques de proximité et tout faire pour les prolonger. Ainsi, une enquête réalisée en août 2005 pour la Datar<sup>7</sup> montre qu'en matière de services publics les habitants du monde rural expriment des attentes tournées vers une gamme étendue de services. Considérés comme une véritable garantie en termes de qualité de vie, ces services recouvrent, outre le bureau de poste et l'école, auxquelles les habitants restent très attachés, des points d'accès à un médecin, une crèche ou une halte-garderie, un transport collectif, ou

encore à des commerces de proximité. L'enquête montre également que la population classe en tête de ses exigences la qualité des services, devant même la proximité.

### Le réseau pour lutter contre l'isolement

La densité des professionnels de santé est plus faible en zone rurale, ce qui a pour effet d'accentuer leur isolement. Dans l'analyse de l'offre de santé dans les bassins de vie qu'elle a réalisée en 2003<sup>2</sup>, l'Insee notait que, d'ores et déjà, les médecins généralistes (densité médicale dans les zones rurales : 101,2 pour 100 000 habitants *vs* 129,2 dans les grands pôles urbains) et surtout les dentistes (49,6 pour 100 000 habitants en

rural *vs* 78,4) exerçaient plus souvent en ville. En revanche, la présence des infirmiers (104,6 pour 100 000 habitants en rural *vs* 96,5) et des pharmaciens (47,5 pour 100 000 habitants en rural *vs* 51,9) restait marquée dans les campagnes. Face à ce constat, il apparaît d'autant plus nécessaire de soutenir les actions favorisant la mise en réseau et le maillage de tous les « acteurs ressources », qu'ils soient professionnels ou bénévoles. Leur implication, qu'il importe de préserver, joue en effet un rôle majeur dans le niveau et la qualité du service de santé mis à disposition de la population. Le développement dans chaque région de France d'un pôle de compétence en éducation pour la santé va dans le même sens<sup>3</sup>.

## Programmes de promotion de la santé en milieu rural : le cadre d'intervention

Axes d'intervention	Facteurs limitants	Points d'appui pour l'action
<b>Aptitudes individuelles de la population</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Représentations, culture</li> <li>• Valorisation et mise en confiance</li> <li>• Participation et solidarité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poids des traditions, des histoires familiales et des non-dits</li> <li>• Mobilité faible</li> <li>• Thèmes de santé tabous : dépendances, sexualité, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des brassages culturels ruraux/urbains</li> <li>• Un attachement au territoire avec sentiment d'appartenance</li> <li>• Des portes d'entrée sociale et citoyenne</li> </ul>
<b>Dynamique communautaire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseaux d'échanges et de savoirs</li> <li>• Soutien et lien social</li> <li>• Initiatives communautaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensation de contrôle par maillage trop serré des professionnels</li> <li>• Sensation d'étouffement ou d'isolement des habitants</li> <li>• Éloignement par rapport aux autres initiatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des habitants, relais socioculturels</li> <li>• Des solidarités de proximité (famille, voisinage) et solidarités intergénérationnelles</li> <li>• Des réseaux d'échanges et de savoirs</li> <li>• Des initiatives communautaires</li> </ul>
<b>Environnements</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche socio-écologique</li> <li>• Nouveaux territoires de vie</li> <li>• Notion de temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exode rural, raréfaction des ressources, distances géographiques</li> <li>• Espaces de convivialité limités</li> <li>• Limitation des moyens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un habitat plus proche des milieux naturels.</li> <li>• Des modes de vie plus « sains » : alimentation, activité physique, etc.</li> <li>• Des espaces géographiques homogènes</li> </ul>
<b>Offre de biens et services en santé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionnels</li> <li>• Démographie, réseaux</li> <li>• Pluri-institutionnalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Petit nombre et isolement des professionnels</li> <li>• Services peu diversifiés</li> <li>• Désertification des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des réseaux professionnels avec intrication des rôles socio-sanitaires des professionnels : polyvalence et engagement</li> <li>• Des structures de proximité à composante socio-culturelle (éducation populaire, foyers de jeunesse, etc.)</li> <li>• Des nouvelles missions pour les professionnels (santé/social) de proximité</li> </ul>
<b>Politiques et stratégies</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesures législatives et réglementaires</li> <li>• Planification - Organisation</li> <li>• Mutualisation des moyens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Politiques sectorielles, juxtaposées</li> <li>• Préoccupations sociales au premier plan</li> <li>• Isolement des décideurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une sensibilisation des décideurs et des élus pour mettre en œuvre de nouvelles réponses locales de santé</li> <li>• La politique nationale : loi 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique</li> <li>• Des nouvelles logiques de développement plus durable</li> </ul>

## Une véritable politique de la ruralité

Enfin, un soutien politique fort et des stratégies d'appui à un aménagement du territoire sont certainement des maillons essentiels pour accompagner les mutations actuelles du monde rural tout en respectant ses spécificités. Ainsi, les textes de loi qui ont récemment vu le jour apportent de nouveaux outils pour soutenir le développement des territoires ruraux, comme par exemple les zones de revitalisation rurale, les pôles d'excellence rurale. Il s'agit de favoriser l'adaptation des services dans de nombreux domaines, en particulier dans celui de la santé. D'autres pays, comme le Québec, ont conduit une réflexion similaire. Dans la Déclaration en faveur du monde rural, signée en décembre 2001, le gouvernement du Québec et ses partenaires reconnaissaient officiellement l'importance de la ruralité et s'engageaient de façon solidaire à travailler au renouveau, à la prospérité et à la pérennité des communes rurales, concrétisant ces engagements dans une Politique nationale de la ruralité<sup>4</sup>.

Intervenir dans le monde rural peut ressembler à un exercice acrobatique qui vise à conjuguer des logiques différentes, parfois contradictoires : d'un côté, il s'agit de rapprocher les ressources (mise en réseau) pour optimiser la qualité du service rendu ; de l'autre, il importe de disperser ces mêmes ressources pour apporter des réponses au plus près des populations. D'ores et déjà, la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé en milieu rural prend fortement appui sur le travail en réseau de l'ensemble des acteurs, qu'ils viennent de la santé ou du social. C'est à partir de ce travail en réseau que chaque professionnel peut « ouvrir » son champ d'action aux pratiques des autres.

### **Lucette Barthélémy**

Directrice du comité régional d'éducation pour la santé de Lorraine.

### **Annie-Claude Marchand**

Chef de département, direction du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique, INPES.

1. Les services publics en milieu rural : enquête réalisée par téléphone par CSA pour la Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (Datar) du 26 au 29 août 2005, auprès d'un échantillon représentatif de huit cent cinq personnes âgées de 18 ans et plus, vivant dans l'espace à dominante rurale et dans les communes de moins de deux mille habitants.

NB : la Datar est devenue, à l'automne 2005, la Délégation interministérielle à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (Diact).

2. Structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie. Rapport de l'Insee (avec la participation de l'Ifen, Inra, Scees) pour la Datar, juillet 2003 : 114 p.

3. Les pôles de compétences sont des plates-formes de ressources et de services qui fédèrent les réseaux de professionnels en éducation pour la santé. Ils ont pour mission de mettre à disposition des acteurs de terrain de l'aide méthodologique, des formations, de l'appui documentaire pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer leurs projets. En 2006, des projets de pôles régionaux de compétence se développent dans la quasi-totalité des régions françaises en s'appuyant sur les dynamiques existantes et les acteurs en place. Le réseau des comités d'éducation pour la santé y occupe une place privilégiée, constituant dans la majorité des régions la structure porteuse du projet de pôle.

4. Politique nationale de la ruralité du Québec, adoptée le 6 décembre 2001, ministère des Affaires municipales et Régions du Québec.

[http://www.mamr.gouv.qc.ca/regions/regi\\_rura\\_poli.asp](http://www.mamr.gouv.qc.ca/regions/regi_rura_poli.asp)