



Vers des ruralités favorables à la santé

La Santé en action : à lire désormais sur téléphones portables et tablettes.



Vous êtes habitué à lire vos revues sur votre smartphone ou sur votre tablette ? Depuis le premier trimestre 2019, *La Santé en action* est disponible en format spécifiquement adapté à ces supports.

La Santé en action – la revue trimestrielle de Santé publique France – est consacrée exclusivement à la prévention, l'éducation et la promotion de la santé. Elle est destinée à l'ensemble des professionnels concernés (éducation, santé, social, etc.).

Il suffit de télécharger une application compatible avec la lecture de ce format (epub) pour bénéficier en particulier :

- ➔ d'un sommaire interactif qui permet d'accéder de manière sélective à l'article choisi ;
- ➔ d'une ergonomie adaptée au plus grand nombre ;
- ➔ de nombreux liens qui facilitent la navigation vers les ressources.

La Santé en action :

- ➔ est disponible gratuitement en format numérique, en version pdf téléchargeable depuis le site de Santé publique France. Il est possible de consulter à tout moment l'ensemble des numéros et des **articles parus depuis 2000** ou le **dernier numéro paru** ;
- ➔ est accessible en abonnement. Il suffit de quelques clics sur la **page du site de Santé publique France** pour recevoir dans sa boîte mail la revue trimestrielle dès sa parution ;
- ➔ existe en version papier gratuite. Celle-ci reste cependant réservée aux professionnels exerçant dans des lieux collectifs (établissements scolaires, centres de santé, hôpitaux, communes et collectivités, bibliothèques, etc.).

la Santé en action

est éditée par :

Santé publique France

12, rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex – France

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 67

www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Établissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016).

Directeur de la publication :

Yann Le Strat

RÉDACTION

Rédactrice en chef :

Nathalie Quéruel

COMITÉ DE RÉDACTION

Erwan Autès-Tréand (ARS Nouvelle-Aquitaine), **Éric Breton** (EHESP), **Isabelle Clavagnier** (ministère de l'Éducation nationale), **Jean-Claude Desenclos** (Santé publique France), **Caroline Douay** (Observatoire du Samusocial de Paris), **Maud Gorza** (Santé publique France), **Alissia Gouju** (Promotion Santé Grand Est), **Emmanuelle Hamel** (Santé publique France), **Valérie Henry** (Santé publique France), **Arielle Le Masne** (Santé publique France), **Magali Mazuy** (Ined), **Maria Melchior** (Inserm), **Gwenn Menvielle** (Inserm), **Stéphanie Monnier Besnard** (Santé publique France), **Frédéric Pomykala** (Mutualité sociale agricole), **Stéphanie Rivièrre** (Santé publique France), **Roberge Marie-Claude** (INSPQ), **Jalpa Shah** (Santé publique France), **Justine Trompette** (Santé publique France).

PHOTOS :

Photo de couverture et sommaire p. 2 : © Pascal Aimar / Tendance floue. Aire de jeux, village de Mézel, Puy-de-Dôme. Pages 7, 12, 22 et 27 : Arnaud Bouissou / Terra.

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**

Secrétariat de rédaction : **Entre Guillomet**

Réalisation graphique : **Desk**

Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :

Christelle Lernet (01 71 80 16 40)

sante-action-abo@santepubliquefrance.fr

N° ISSN : 2270-3624

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2026

Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction.

VERS DES RURALITÉS FAVORABLES À LA SANTÉ

Dossier coordonné par **Emmanuelle Hamel**, coordinatrice des approches populationnelles, **Valérie Henry**, chargée d'expertises scientifiques en santé publique, Santé publique France, **Alissia Gouju**, chargée de projet en promotion de la santé, Promotion santé Grand Est, **Frédéric Pomykala**, responsable du département prévention, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA).

Vers des ruralités favorables à la santé

4 _ Emmanuelle Hamel, Valérie Henry, Alissia Gouju, Frédéric Pomykala

RURALITÉ ET SANTÉ : ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

La diversité des ruralités

5 _ Sylviane Le Guyader

Fragilités et enjeux de santé spécifiques des territoires ruraux français

8 _ Yohan Fayet, Hélène Mainet, Garance Daumont

« Les territoires ruraux sont vitaux en Europe »

10 _ Entretien avec Geir Arild Espnes

DES TERRITOIRES ANIMÉS PAR UNE DIVERSITÉ D'ACTEURS INSTITUTIONNELS, POLITIQUES, ASSOCIATIFS

La ruralité au cœur des politiques publiques

11 _ Suzie Chevée, Nathan Gigou



© Crédit-Pascal Almar / Tendence floue

« Les élus locaux sont des facilitateurs de santé publique »

13 _ Entretien avec Gilles Noël

« La confiance est déterminante pour les seniors isolés »

15 _ Entretien avec Frédéric Merson

« La coopération est le socle de notre projet éducatif »

16 _ Entretien avec Roland Grimault

« L'échelle humaine favorise la confiance »

17 _ Entretien avec Bénédicte Gilet-Bourgeon, Victorien Trepp

« Ce sont des lieux d'alimentation, mais aussi de vie »

18 _ Entretien avec Élodie Galatoire

SANTÉ MENTALE DU MONDE AGRICOLE ; REPÉRAGE ET INTERVENTIONS

Agir sur les facteurs protecteurs pour prévenir les suicides d'agriculteurs

19 _ Jean-Loup Chappert, Leslie Simac, Damien Mouly, Émilie Bec, Inca Ruiz, Estelle Dellapina

« Avant l'urgence, il y a la vigilance »

21 _ Entretien avec Sandra Henrion

ENFANCE ET JEUNESSE EN MILIEU RURAL

Grandir en territoire rural

22 _ Pauline Virot

« Les jeunes femmes jouent un rôle central dans l'organisation familiale »

24 _ Entretien avec Yaëlle Amsellem-Mainguy

Une vie en marge pour les jeunes ruraux sans diplôme

26 _ Clément Reversé

« La permanence en milieu scolaire préserve l'anonymat dans les communes de l'intérieur »

28 _ Entretien avec Nadia Thomas, Cassandre Unger

« L'infirmière scolaire joue un rôle clé de mise en réseau »

29 _ Entretien avec Mathilde Bouton, Céline Lambolez

Un bus itinérant pour promouvoir la santé en milieu montagnard

30 _ Éric Le Grand, Virginie Poujol

UNE PRÉCARITÉ ALIMENTAIRE INVISIBILISÉE

Des obstacles pour accéder à l'alimentation en milieu rural

32 _ Mathilde Ferrand

« Vers une alimentation digne et de qualité en circuit court »

34 _ Entretien avec Benoît Guérard, Viviane Tirlicien

CRÉER DES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ

Les riverains des vignobles exposés aux pesticides

36 _ Clémentine Dereumeaux

« On veut inscrire l'école dans un environnement favorable à la santé »

38 _ Entretien avec Anne-Sophie de Besses

Construire un « ruralisme » favorable à la santé

40 _ Marie Guilpain

RESSOURCES DOCUMENTAIRES

Pour en savoir plus

42 _ Sandra Kerzanet

Vers des ruralités favorables à la santé

Emmanuelle Hamel,
coordinatrice des approches populationnelles,
Valérie Henry,
chargée d'expertises scientifiques en santé publique,
Santé publique France,
Alissia Gouju,
chargée de projet en promotion de la santé,
Promotion santé Grand Est,
Frédéric Pomykala,
responsable du département prévention, Caisse
centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA).

Ces dernières années, les mouvements politiques et sociaux, les crises agricoles successives, les tensions entre enjeux économiques et écologiques, et plus récemment la crise sanitaire ont relancé l'attention portée aux territoires ruraux dans les représentations collectives. L'agenda politique en témoigne avec l'adoption du plan France ruralités en 2023. Pourtant, la vision du monde rural reste contrastée avec d'un côté une nouvelle attractivité pour la campagne, perçue plus naturelle, humaine et sûre par opposition aux milieux urbains considérés pathogènes, et de l'autre une représentation plus négative du milieu rural, associée au vieillissement, à l'isolement et au déclin des services publics.

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), 88 % des communes françaises sont des communes rurales dans lesquelles vivent 22 millions d'habitants, soit environ le tiers de la population. En 2020, la nouvelle définition proposée par l'Insee rompt avec une caractérisation du monde rural en opposition avec la ville. Il reste que, dans de nombreux domaines, la ruralité est un *impensé* des politiques publiques, développées au prisme de la ville et des quartiers prioritaires. Les déterminants de santé propres au monde rural s'ancrent en particulier dans les conditions de vie (habitat, mobilité, etc.) et de travail, souvent caractérisées par la pénibilité physique, l'exposition à des risques chimiques ou biologiques, l'isolement géographique et social, ainsi qu'une moindre accessibilité aux soins. Ces déterminants renforcent les vulnérabilités sociales et sanitaires, d'autant plus que nombre de facteurs jusqu'ici considérés comme protecteurs et plus favorables dans les territoires ruraux (alimentation, environnement) sont aujourd'hui affectés par des évolutions défavorables.

Certains enjeux récurrents – autour de l'impact sanitaire d'une offre de soins déficitaire, de

la mobilité et des outils numériques comme réponse possible à l'éloignement des services de santé – sont largement étudiés. Aussi, ce dossier de *La Santé en action* se focalise-t-il sur les démarches de prévention et de promotion de la santé, leurs spécificités ou difficultés dans ces territoires, y compris dans les Outre-mer. Aborder ce sujet est un défi étant donné la diversité de la ruralité dans ses multiples dimensions – géographique, démographique, culturelle, sociologique, économique. De plus, les données et les évaluations disponibles sont encore peu nombreuses. Le numéro propose un panorama des acteurs et d'initiatives existantes, croisant le double regard des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et des différents âges de la vie. Les interventions présentées, si elles montrent une volonté forte de développer la promotion de la santé, ne parviennent pas toutes à s'inscrire pleinement dans des cadres validés.

L'atout de la proximité

Plusieurs articles mettent en lumière des territoires qui agissent et qui expérimentent, s'appuyant sur un écosystème spécifique d'acteurs engagés et solidement ancrés en proximité : élus, acteurs issus du monde agricole au sens large, les associations, etc. Concernant l'espérance de vie à la naissance, les départements ruraux ont un désavantage d'environ deux ans par rapport aux départements urbains et sont marqués par des causes externes de décès (suicides notamment)¹. Les enjeux de santé mentale concernant aussi bien les adolescents que les adultes, plusieurs contributions mettent en avant des initiatives allant du développement des compétences psychosociales en milieu scolaire à la mise en place d'un réseau de sentinelles pour prévenir le suicide des agriculteurs. Des dispositifs mobiles sont mis en place à destination des jeunes, tel le bus En route pour la santé dans le Vercors. En effet, ces derniers rencontrent des freins pour accéder à de nombreux services (éducation, santé, culture, sport) et sont parfois confrontés à une précarisation, aux conséquences importantes sur leur santé mentale. Parmi les habitudes favorables à la santé, l'alimentation pèse de façon significative dans le fardeau des maladies chroniques. En milieu rural, la proximité avec les zones de production et de transformation agro-alimentaire ne bénéficie pas toujours aux habitants, et notamment aux personnes en situation de précarité. Cependant, des leviers existent pour

améliorer l'offre alimentaire via les programmes alimentaires territoriaux (PAT), à l'exemple de celui mené par Terres de Lorraine ou la création d'épiceries participatives.

Des enjeux environnementaux

Contrairement à ce que certains pourraient penser, le monde rural n'est pas forcément un milieu favorable à la santé. Les enjeux environnementaux y sont prégnants, avec des risques pour les écosystèmes et pour la santé humaine qui restent encore à documenter. La notion d'urbanisme favorable à la santé commence à gagner les petites villes et les villages, à l'image d'un projet d'école nature dans une commune de 1 500 habitants de l'Eure. Toutefois, le transfert de ce concept urbain à la ruralité devrait être interrogé plus avant. Les aménagements des espaces publics ne sont pas suffisants, il faut accompagner les changements de comportement par des interventions adaptées au contexte rural.

Un numéro ne suffit pas à relater la santé dans ces territoires ; lesquels sont également traversés par des questions contemporaines, autour des inégalités sociales et de genre, illustrées par un article sur les « *filles du coin* ». Il faudrait aller plus loin en mettant en lumière des travaux sociologiques récents sur l'impact de l'orientation sexuelle et sur les parcours d'installation de gays et de lesbiennes dans des espaces ruraux. Il serait nécessaire d'éclairer les évolutions liées aux questions migratoires : après les travailleurs saisonniers, ce sont aujourd'hui les réfugiés en situation de vulnérabilité qui sont souvent réorientés par les services saturés des grandes villes vers des communes moyennes, parfois peu préparées à les accueillir. Et enfin, il faudrait poursuivre les travaux autour des enjeux du numérique pour les populations rurales de tous âges. ■

1. Selon l'ouvrage *L'Évolution démographique récente de la France 2025 : des contrastes territoriaux marqués*. Paris : Ined. En ligne : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/evolution-demographique-recente-de-la-france-2025-contrastes-territoriaux-marques>



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

La diversité des ruralités

Sylviane Le Guyader,
cheffe du pôle analyses et diagnostics
territoriaux,
Direction générale déléguée appui
opérationnel et stratégique,
Agence nationale de la cohésion
des territoires (ANCT).

En 2020, l'Agenda rural, feuille de route gouvernementale pour accompagner le développement des territoires, a acté une nouvelle définition des zones rurales. Il s'agit de ne plus définir l'espace rural comme ce qui n'est pas urbain, mais par ses propres caractéristiques, au premier rang desquelles la densité de population. Ainsi, selon la grille de densité communale de 2020 (voir carte), le monde rural réunit environ 30 % de la population et 80 % des communes françaises. Cependant, cette grille ne suffit pas à elle seule pour appréhender les dynamiques territoriales. C'est pourquoi l'Agence

nationale de la cohésion des territoires (ANCT) a lancé en 2021 une étude visant à offrir une nouvelle lecture de la France rurale, en mettant en lumière la diversité de ses enjeux et de ses défis [1]. Ces travaux ont mis en évidence deux typologies distinctes, permettant de mieux cerner la réalité des territoires ruraux.

Territoires ruraux et enjeux majeurs des politiques publiques

La première typologie classe les communes rurales de la France hexagonale selon six enjeux majeurs de politiques publiques : dynamiques démographiques, fonctions économiques, accessibilité et attractivité, dynamiques sociales et inégalités, profil de la population, caractéristiques du logement. Elle se structure en quatre familles qui montrent la diversité des ruralités :

- les ruralités résidentielles aisées et mixtes regroupent 10 300 communes

L'ESSENTIEL

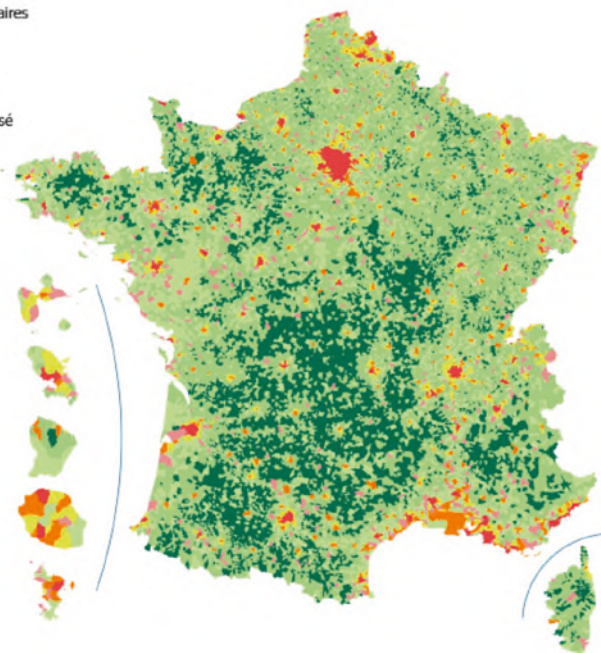
■ **Les espaces ruraux sont multiformes et hétérogènes selon leur géographie et leur histoire. 30 % de la population vit dans les communes dites « bourgs ruraux », « rural à habitat dispersé » et « rural à habitat très dispersé ». Mais la ruralité ne se réduit pas à une question de densité. Une étude de l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) donne une photographie plus précise des réalités démographiques, économiques et sociales des ruralités de l'Hexagone, utile pour éclairer la décision publique. Elle montre aussi le rôle central des équipements et des ressources territoriales pour faire face aux enjeux de transition notamment écologique.**

et 8,1 millions d'habitants. Ces espaces, souvent périurbains, se caractérisent par un dynamisme démographique, une croissance de l'emploi et une forte dépendance aux pôles urbains. Les besoins de mobilité pour accéder au travail et aux services y sont importants. Cette mobilité, associée à des logements souvent énergivores, renforce les risques de précarité énergétique des ménages, notamment dans les zones résidentielles mixtes, plus éloignées des villes et socialement moins favorisées ;

- les petites polarités¹ industrielles-artisanales et mixtes concernent 5 500 communes et 7,2 millions d'habitants. Ces territoires concentrent l'emploi, les équipements et les services de proximité, formant ainsi l'armature rurale. Leur maintien est déterminant pour l'avenir des espaces ruraux. C'est là que se déploie majoritairement le programme Petites villes de demain (voir article p. 11) ;
- les ruralités productives ouvrières et agricoles comptent 11 000 communes

Grille de densité communale à 7 niveaux

- Grands centres urbains
- Centres urbains intermédiaires
- Ceintures urbaines
- Petites villes
- Bourgs ruraux
- Rural à habitat dispersé
- Rural à habitat très dispersé



Source : Document de travail, Insee, 2022.

Dossier

Vers des ruralités favorables à la santé

et 4 millions d'habitants. Elles se distinguent par une forte proportion d'ouvriers et d'agriculteurs. Enclavées, elles cumulent aussi des indicateurs négatifs : perte de population, vieillissement, précarité des ménages. Ces territoires, lieux de résidence des actifs de l'économie productive rurale, ont des besoins en formation, accès à l'emploi et attractivité économique ;

- *les ruralités touristiques à dominante résidentielle et spécialisées* rassemblent 4 100 communes et 2,1 millions d'habitants. Leur vocation se traduit par une grande capacité d'accueil et une présence importante de résidences secondaires. Toutefois, le dynamisme migratoire et économique ne suffit pas à résorber des taux de chômage élevés. L'apport de revenus externes génère des emplois, mais pour partie précaires et saisonniers, peu rémunérés. Dans ces zones convoitées par les retraités aisés se pose la question de l'accès au logement pour tous, y compris hors saison.

Depuis 2003, on observe plusieurs évolutions : les petites polarités rurales jouent un rôle de plus en plus structurant ; les communes rurales de l'Ouest et de l'ex-région Rhône-Alpes connaissent un regain industriel ; les activités touristiques se développent dans les espaces les plus ruraux (Massif central par exemple) ; les ruralités résidentielles aisées comme mixtes progressent en périphérie des grandes villes, dans le Bassin parisien, les Hauts-de-France, le sillon lorrain, le sillon alpin et la vallée du Rhône.

La ruralité face au défi des transitions

La seconde typologie met en lumière la contribution des ruralités aux enjeux de transition écologique et énergétique. Elle ne représente plus les « stocks » (population, logements, emplois, etc.), mais elle s'intéresse aux « flux de circulation » (personnes, biens, ressources, services), trop souvent décrits en creux. Trois dimensions sont prises en compte : l'espace et les ressources ; les activités et les entreprises, y compris agricoles ; les individus et leurs trajectoires de vie. Quatre groupes sont distingués :

- *les espaces agricoles engagés dans des transformations écologiques* représentent 31 % des établissements

publics de coopération intercommunale (EPCI) composés de communes rurales et 26 % des habitants de l'espace rural. On y voit d'importants changements du mode d'exploitation des ressources et du rapport au milieu, apportant de la valeur ajoutée, ainsi qu'une progression de l'industrie touristique ;

- *les espaces agricoles et industriels au cœur de la transformation du système productif* concernent 36 % des EPCI composés de communes rurales et 39 % des habitants de l'espace rural. Ils incluent des systèmes agricoles et industriels exportateurs et diversifiés, avec des savoir-faire et des spécialités rares ;

- *les systèmes agricoles et résidentiels contribuant au développement des espaces métropolitains* couvrent 18 % des EPCI composés de communes rurales et 19 % des habitants de l'espace rural. S'y trouvent les aires des métropoles régionales et parisiennes, avec un accueil résidentiel, des services, des grandes cultures et du maraîchage ;

- *les espaces agricoles et industriels diversifiés vers la production de biens communs environnementaux* représentent 14 % des EPCI composés de communes rurales et 16 % des habitants de l'espace rural. Ils se spécialisent dans les services environnementaux : production d'énergies renouvelables, traitement des déchets et de l'eau.

Des évolutions démographiques et économiques différenciées

Entre 2010 et 2020, la population française a augmenté dans tous les territoires, à l'exception des zones rurales très peu denses. Le vieillissement de la population atteint tout l'Hexagone, avec des régions où les plus de 65 ans dépassent désormais les moins de 20 ans (Corse, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie). La part des moins de 20 ans diminue dans toutes les ruralités, sauf dans les ruralités résidentielles aisées. Les baisses les plus importantes se situent dans les ruralités touristiques spécialisées, les ruralités productives agricoles (où elle était déjà la plus faible) et ouvrières.

Si les tendances récentes se confirment, selon les projections 2050 de

l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la croissance démographique se concentrerait toujours plus sur la façade atlantique et sur le Sud, où le solde migratoire est excédentaire. L'entrée des *baby-boomers* dans le grand âge à partir de 2030 va accentuer le choc du vieillissement, limitant ainsi la hausse de la population.

Le dynamisme économique est moins marqué en milieu rural : entre 2015 et 2021, le taux d'emploi a augmenté de 0,04 % par an dans les communes rurales (+ 0,3 % dans les bourgs ruraux, - 0,2 % dans les zones rurales à habitat dispersé, - 0,9 % dans les zones rurales à habitat très dispersé), contre une hausse de 0,7 % pour l'ensemble de la France. Les ouvriers représentent 14,4 % des actifs occupés en milieu rural, contre 11,7 % au niveau national. Notons également que 17,1 % des emplois ruraux relèvent du secteur industriel.

L'indicateur de dépendance économique² est plus élevé en moyenne dans les territoires ruraux qu'en zone urbaine. Entre 2010 et 2021, il a progressé dans toutes les ruralités, les valeurs les plus élevées étant observées dans les ruralités touristiques, puis dans les ruralités productives agricoles.

Le rôle central des équipements

Une étude conduite par l'ANCT et l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE) donne un éclairage sur les polarités des communes rurales [2]. Cette cartographie des centralités s'avère essentielle pour conduire des politiques publiques en zone rurale (projet d'aménagement ou revitalisation).

Les 10 700 centres d'équipements et de services recensés ont été classés par leur niveau d'offre – des centres locaux procurant une offre restreinte (coiffeur, école élémentaire, boulangerie, artisan du bâtiment) aux centres majeurs proposant les services les plus rares (spécialités médicales hospitalières, services sociaux, tribunaux, établissements universitaires, grands équipements sportifs et culturels). Plus de trois communes rurales sur quatre ne constituent pas un pôle

L'accès aux services de santé et d'éducation

Éducation/Santé En %, selon la grille communale de densité	Part des communes sans école maternelle publique	Part des communes sans place d'accueil pour les jeunes enfants	Part des communes sans médecin généraliste
Bourgs ruraux	6,7	0,9	35,3
Rural à habitat dispersé	14,0	26,5	88,0
Rural à habitat très dispersé	9,5	65,9	96,7
Ensemble communes rurales	11,7	31,5	81,3
Ensemble des communes	10,7	27,8	74,0

Source : Insee, base permanente des équipements 2023.

d'équipements et de services. Il y a une forte disparité entre les bourgs ruraux, dont la moitié des communes sont classées « centres locaux », et les communes à habitat dispersé ou très dispersé : huit à neuf sur dix sont catégorisées « non centre ».

Fin 2023, plus de sept communes rurales sur dix ne comptaient aucun commerce de détail (contre six sur dix pour l'ensemble des communes)³. La situation varie selon les territoires : un bourg rural sur cinq, sept communes rurales à habitat dispersé sur dix et neuf à habitat très dispersé sur dix ne disposent pas de commerce. La situation s'améliore toutefois un peu dans le cas des bourgs ruraux.

En France hexagonale, le temps d'accès moyen à un pôle d'équipement et de services en voiture est d'environ 10 min. C'est moins de 5 min en milieu urbain, mais plus de 15 min en moyenne en milieu rural peu dense. Dans les territoires très peu denses, ce temps peut atteindre plus de 20 min, comme en Corse, dans l'ancienne région

Champagne-Ardenne, le Massif central ou les Alpes du sud.

Concernant la santé, une différence notable est observée entre les zones rurales et urbaines au niveau de l'implantation des médecins généralistes. Huit communes rurales sur dix en moyenne n'ont aucun médecin, mais avec de fortes disparités : 35 % des bourgs ruraux sont sans médecin, contre 88 % des communes rurales à habitat dispersé, alors que ce taux s'élève à 26 % pour les petites villes⁴ (voir tableau 2).

Du côté de l'habitat, on note une part légèrement plus importante de logements vacants en milieu rural : 8,5 % contre 8,1 % pour l'ensemble des communes, un pourcentage qui atteint 10,4 % dans le rural à habitat très dispersé. La part des résidences secondaires est aussi plus élevée (15,9 % dans les communes rurales contre 9,7 % pour l'ensemble des communes). Le parc immobilier est particulièrement vieillissant : 20 % de logements ont été construits avant 1919 dans les communes

rurales, soit 8 points de plus par rapport à l'ensemble de la France. Il y a cependant une grande disparité entre les bourgs ruraux (14,1 %) et les zones rurales les moins denses (36,8 %)⁵. ■

1. Petites villes ou bourgs ruraux bénéficiant d'une concentration géographique d'activités (établissements industriels et/ou artisanaux).

2. L'indicateur de dépendance économique est le rapport entre la population des moins de 20 ans et plus de 60 ans, et la population en âge de travailler. Il est défavorable quand il y a plus de jeunes et de seniors que d'actifs.

3. Source : ACOSS-URSAF, 2023.

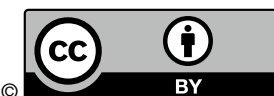
4. Source : Insee-Base permanente des équipements, 2023.

5. Source : Insee, Recensement 2021.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Agence nationale de la cohésion des territoires. *Synthèse de l'étude sur la diversité des ruralités « Typologies et trajectoires des territoires »*. Paris : ANCT, février 2023. En ligne : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/kiosque/2023-synthese-ruralites-synthese-de-letude-sur-la-diversite-des-ruralites-typologies-et>

[2] Inrae, Cesaer. « *Centralités : comment les identifier et quels rôles dans les dynamiques locales et intercommunales ?* ». Paris : ANCT, 2020. En ligne : <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/kiosque/2020-synthese-centralites-synthese-de-letude-centralites-comment-les-identifier>



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

La photo de cet article est protégée par le droit d'auteur et ne peut être réutilisée sans autorisation préalable.



© Arnaud Bouissou / Terra

Fragilités et enjeux de santé spécifiques des territoires ruraux français

Yohan Fayet,

professeur junior en géographie,

Hélène Mainet,

professeure en aménagement,

Garance Daumont,

doctorante en géographie,

UMR Territoires,

université Clermont Auvergne.

L'ESSENTIEL

➤ **Marqués par différentes fragilités socio-économiques et démographiques ou d'accessibilité, les territoires ruraux présentent globalement des indicateurs sanitaires défavorables, mais qui cachent une grande diversité de causes et de situations. L'adaptation des actions locales à ces vulnérabilités est essentielle, de même qu'une approche globale pour intervenir de concert sur les environnements et les habitudes de vie au sein de ces territoires.**

Les territoires ruraux sont multiformes, hétérogènes et présentent un certain nombre d'indicateurs de fragilité qui sont autant d'enjeux dans la caractérisation et la prise en compte de la santé. Ces fragilités sont pour partie structurelles (tendances longues), mais elles témoignent aussi de dynamiques de détérioration et donc de fragilisation. Ces fragilités relèvent d'indicateurs démographiques, d'accessibilité, d'inégalités socio-économiques [1].

Les territoires ruraux se définissent d'abord par leur faible ou très faible densité de population, à laquelle s'ajoutent des dynamiques démographiques contrastées. Si certains, plus proches des centres urbains, gagnent de la population, les plus éloignés connaissent souvent des situations de décroissance démographique. Le vieillissement démographique est une

caractéristique nationale (de 1990 à 2022, la part des 65 ans et plus est passée de 14 % à près de 21 % de la population française) qui est particulièrement marquée dans certains territoires ruraux, car renforcée par le départ de populations plus jeunes.

L'éloignement des pôles de services et des pôles d'emploi est un autre domaine de fragilité [2]. Outre les faibles densités, la diminution des services notamment publics explique également la perte de centralité et d'attractivité de ces territoires et de leurs pôles structurants, les villes petites et moyennes (voir article p. 5). Par conséquent, la mobilité est un facteur clé du fonctionnement des zones rurales et se traduit par la dépendance à l'automobile qui renforce les inégalités.

Sur le plan socio-économique, les niveaux de vie sont globalement plus faibles quand on s'éloigne des pôles [3]. Ainsi, la part des personnes pauvres varie du simple au double entre les types de territoires ruraux, passant de 8,5 % en secteur rural sous forte influence des pôles à 17 % en zone rurale autonome très peu dense – où la part est plus élevée que dans les aires urbaines (15,6 %). Les indicateurs sociaux dans les territoires ruraux ne sont pas systématiquement plus défavorables qu'en ville, mais le déficit et la dispersion des ressources locales amplifient les situations de fragilités sociales en complexifiant l'accès à l'emploi, à la formation, à l'alimentation, aux loisirs, aux droits sociaux, etc. De plus, le taux de pauvreté, défini par les ressources financières des foyers, ne tient pas compte des dépenses notamment contraintes, qui pèsent lourdement sur les budgets des ménages en milieu rural

(liées à une dépendance plus forte à la voiture individuelle par exemple). Des effets cumulatifs qui accentuent donc les inégalités sociales et spatiales.

Des surmortalités rurales aux causes multiples

La cartographie des données de mortalité¹ montre l'ampleur des inégalités socio-spatiales de santé. D'une part ces inégalités sont régionales avec des zones étendues de surmortalité en Bretagne, en Normandie, dans le nord de la France, dans le Grand Est, en Bourgogne et dans le Massif central [4]. Y sont ainsi mesurés des taux de mortalité standardisés sur l'âge deux fois plus élevés dans certains cantons du Nord par rapport à d'autres situés dans le sud-est de la France. D'autre part il existe un gradient urbain-rural avec une moindre mortalité dans les grandes agglomérations françaises par rapport à leurs arrière-pays [5].

Les territoires ruraux en surmortalité générale, toutes causes de décès confondues, se distinguent notamment par des surmortalités importantes sur certaines causes de décès (maladies liées à l'alcool et maladies cardio-vasculaires, cancers des voies aérodigestives supérieures, tumeurs et maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire) particulièrement associées aux comportements de santé : alcool, tabac, alimentation [6 ; 7]. Les inégalités de mortalité entre territoires urbains et ruraux se sont considérablement renforcées entre les années 1970 et 2000, alors que parallèlement les inégalités régionales se sont atténuées [8]. L'analyse menée dans le cadre de la publication de la classification GéoCLasH rapporte une surmortalité de + 6,6 % dans

les plaines agricoles et industrielles et de + 4,2 % dans les marges rurales entre 2011 et 2015, quand une sous-mortalité de 13 % est mesurée dans les zones métropolitaines aisées [9].

Cette situation sanitaire globalement défavorable ne doit pas laisser penser que ce désavantage est exclusif aux territoires ruraux, ni qu'il s'y appliquerait partout de façon automatique et équivalente. En effet, certains quartiers urbains populaires – qu'ils soient centraux dans les villes petites et moyennes ou plus excentrés dans les plus grandes agglomérations – cumulent également de fortes vulnérabilités et connaissent des situations sanitaires aussi préoccupantes [10]. De plus, certains territoires ruraux dynamiques présentent des indicateurs sanitaires favorables. À l'inverse, chaque territoire rural ne cumulera pas l'ensemble des vulnérabilités, mais plus probablement quelques-unes d'entre elles. Parmi celles-ci, on note la vulnérabilité socio-économique, l'isolement et le vieillissement de la population, la place des comportements de santé, le manque d'accès à la prévention, l'exposition professionnelle et résidentielle aux pesticides dans des espaces agricoles (voir article p. 36), les pollutions et nuisances en lien avec la présence d'infrastructures industrielles ou de transports, l'accessibilité spatiale des soins hospitaliers (notamment pour les espaces ruraux situés en marge des périmètres départementaux), l'accessibilité spatiale des soins de proximité (pour les espaces ruraux peu attractifs). Notons bien que ces tensions autour de l'offre de soins de proximité ont non seulement un impact sur le parcours de soins des individus, mais elles tendent aussi à réduire mécaniquement la place accordée à la prévention dans l'activité des différents soignants sur le terrain. Enfin, il faut tenir compte des effets cumulatifs possibles entre ces

inégalités socio-spatiales de santé et d'autres inégalités et discriminations (suivant le genre, la couleur de peau, l'orientation sexuelle, etc.).

Agir de concert sur les comportements et les environnements

La diversité des problématiques sanitaires dans les territoires ruraux suggère l'adoption d'actions dédiées aux vulnérabilités spécifiques de chaque territoire, suivant un principe de territorialisation de la santé [11]. Cette approche territorialisée est déjà utilisée, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS). Aujourd'hui, le succès de concepts comme L'Urbanisme favorable à la santé, Une seule santé, La santé dans toutes les politiques, etc. favorise l'intégration des enjeux de santé dans les politiques locales. La transférabilité géographique de ces concepts et surtout leur capacité à répondre efficacement aux vulnérabilités

spécifiques de ces territoires, celles relatives aux comportements de santé et aux addictions par exemple, restent cependant en question et mériteraient d'être explorées.

L'atteinte combinée d'objectifs environnementaux et sanitaires peut également conduire les collectivités locales à privilégier des interventions techniques et urbanistiques (voirie, végétalisation, mobilité, etc.) visant à modifier les environnements. Néanmoins, ces aménagements ne peuvent être suffisants pour agir efficacement contre les problématiques sanitaires spécifiques des territoires ruraux et doivent être complétés par des interventions populationnelles visant les vulnérabilités sociales et les comportements de santé (addictions, alimentation) à l'échelle locale (voir article p. 38). ■

1. Avec les données issues de la déclaration et la codification des causes de décès et disponibles en accès libre auprès de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Rieutort L., Langlois E., Bonnard L. Les espaces fragiles en France : des trajectoires complexes. In H. ROTH (coord.). *Espaces fragiles – Construction scientifique, dynamiques territoriales et action publique*. Clermont-Ferrand : Presses universitaires Blaise-Pascal, Ceramac 37, 2017 : p. 33-72.
- [2] Courcelle T., Taulelle F., Fijalkow Y. *Égalité, accessibilité, solidarité : les renoncements de l'État. Services publics et territoires ruraux*. Bordeaux : Le bord de l'eau, 2024.
- [3] *La France et ses territoires*. Institut national de la statistique et des études économiques, coll. Références, 2021. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5040030>
- [4] Doignon Y. *Atlas de la population française*. Paris : CNRS Éditions, 2025 : 200 p.
- [5] Herzberg N., Costil M., Dumas E., Fragiadakis T. Surmortalité : les inégalités géographiques sont d'abord des inégalités sociales. *Lemonde.fr*, 8 juin 2019. En ligne : https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/06/08/surmortalite-les-inegalites-geographiques-sont-d-abord-des-inegalites-sociales_5473645_3224.html
- [6] Salem G., Rican S., Jouglu E., Suss C., Berthod-Wurmser M. *Atlas de la santé en France. Vol. 1 : Les causes de décès*, Montrouge : J. Libbey Eurotext, 2000.
- [7] Trugeon A., Fontaine D., Lemery B., Bertrand X., Fédération nationale des observatoires régionaux de santé. *Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton*. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006 : 176 p.
- [8] Rican S., Jouglu E., Vaillant Z., Salem G. Les inégalités territoriales de santé. In : *Vers l'égalité des territoires. Dynamiques, mesures, politiques*. Paris : ministère de l'Égalité des territoires et du Logement, 2013. En ligne : <https://www.vie-publique.fr/rapport/33014-vers-lega-lite-des-territoires-dynamiques-mesures-politiques>
- [9] Fayet Y., Praud D., Fervers B., Ray-Coquard I., Blay J.-Y., Ducimetière F., Faure E. Beyond the map: evidencing the spatial dimension of health inequalities. *International Journal of Health Geographics*, 2020, vol. 19, n° 46 : p. 11. En ligne : <https://doi.org/10.1186/s12942-020-00242-0>
- [10] Rican S., Salem G., Vaillant Z., Jouglu E. *Dynamiques sanitaires des villes françaises*. Paris : La Documentation française, coll. Travaux, 2010, vol. 12 : 84 p. En ligne : <https://www.documentation-administrative.gouv.fr/adm-01860114/document>
- [11] Rican S., Vaillant Z. Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. *Sciences sociales et santé*, 2009, vol. 27, n° 1 : p. 5-42. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2009-1-page-33.htm>



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

LES AUTEURS DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

« Les territoires ruraux sont vitaux en Europe »

Entretien avec Geir Arild Espnes,
professeur de santé publique,
directeur du centre de recherche sur la promotion
de la santé,
université norvégienne de sciences
et technologie (NTNU),
responsable du groupe de travail sur la promotion
de la santé en milieu rural,
Association européenne de santé publique (EUPHA).

L'ESSENTIEL

► **Le monde rural demeure un angle mort des politiques de promotion de la santé, davantage pensées pour la population globale ou pour les citoyens. Au sein de l'Association européenne de santé publique, un groupe de travail entend mettre en lumière les enjeux spécifiques de ces territoires afin d'inciter les petites communes à l'action.**

La Santé en action : Pourquoi l'Association européenne de santé publique étudie-t-elle la promotion de la santé en zone rurale ?

Geir Arild Espnes : L'initiative a été prise lors de la 17^e Conférence européenne de santé publique, en novembre 2024, au Portugal. Elle est née d'un constat : les approches de l'Association européenne de santé publique, notamment en promotion de la santé, sont pensées essentiellement pour les populations urbaines. C'est une focale importante, mais nous ne devons pas négliger pour autant les personnes des territoires ruraux. Ces territoires sont vitaux par exemple pour l'autonomie et pour la sécurité alimentaire en Europe. La guerre en Ukraine, grenier à céréales du Vieux Continent, a été une sorte de révélateur à cet égard. Ces enjeux géostratégiques suscitent un nouvel intérêt pour la santé en milieu rural. Notre groupe rassemble des représentants de la Grande-Bretagne, l'Irlande, l'Autriche, la Roumanie, la Grèce, et même de l'Australie.

S. A. : Comment définissez-vous le monde rural ?

G. A. E. : Plusieurs définitions de la ruralité coexistent en fonction des pays. Ainsi, selon Eurostat, le territoire rural est un espace à faible densité de population : les cellules

rurales sont définies par rapport aux grappes urbaines, des concentrations de 1 km² ayant une densité supérieure à 300 habitants au km² et une population supérieure à 5 000 habitants¹. Le Bureau du recensement américain (*United States Census Bureau*), sur la base des données administratives, considère que le « rural » inclut les personnes, les logements et les territoires situés en dehors des zones urbaines comprenant au moins 5 000 personnes et 2 000 habitations. D'autres approches reposent sur le temps nécessaire de déplacement pour accéder à des services essentiels. On peut ajouter une définition culturelle, c'est-à-dire l'image que nous nous construisons du monde rural. Et qu'est-ce que la Norvège, si ce n'est une immense zone rurale, parsemée de quelques villes ? Cette question fait évidemment partie des discussions du groupe de travail, mais il ne faut pas s'enfermer dans une définition rigide, pour réfléchir à la promotion de la santé dans ces territoires. Ce sont plutôt les objectifs que nous nous fixons qui orientent une définition.

S. A. : Y a-t-il des enjeux spécifiques en termes de santé ?

G. A. E. : La distance complique l'accès aux soins, c'est une évidence. Néanmoins, vivre en milieu rural présente des bénéfices en termes de santé, qui sont plus immédiatement perceptibles qu'en ville : le contact avec la nature, les liens sociaux, la solidarité de voisinage, etc. Toutefois, pour les personnes âgées, la solitude peut y être ressentie plus durement. Il faudrait cependant disposer d'un aperçu plus précis en termes de données et d'outils. Le milieu rural présente-t-il tant de différences avec le milieu urbain ? Sur lesquelles serait-il nécessaire de porter les efforts ? Par exemple, aux confins du nord de la Norvège, il y a davantage de maladies coronariennes que dans les autres parties du pays. Il est important de cartographier ces inégalités de santé pour que la promotion de la santé puisse être utilisée comme un levier efficace dans les territoires ruraux, avec des outils d'intervention adaptés.

S. A. : Peut-on avoir des objectifs européens si les modes de vie rurale diffèrent dans les pays ?

G. A. E. : Certes, la Transylvanie, en Roumanie, ne ressemble guère à la Norvège rurale. Or des écarts importants sont également observés au sein d'un même pays, entre régions, entre aires urbaines et non urbaines. Notre but commun est de réfléchir aux enjeux spécifiques du monde rural, afin de redonner à ses habitants le pouvoir d'agir sur leur vie, sur leur santé. Mener des actions de promotion de la santé au niveau des petites communes, qui disposent de moins de ressources humaines et de compétences, se heurte à certaines difficultés. J'en ai fait l'expérience, lorsque j'étais maire d'Oppdal, une grande municipalité, mais avec une petite population de 7 500 habitants. Notre réponse a été de faire d'Oppdal une « *municipalité universitaire* », c'est-à-dire que la commune a conclu des accords de collaboration avec l'université dans un grand nombre de domaines, comme la santé publique, permettant aux deux partenaires de formuler ensemble des questions de recherche. Nombre de mes étudiants font aujourd'hui des revues de littérature vulgarisées afin de mettre les nouvelles connaissances à disposition des acteurs locaux. ■

Propos recueillis par Éric Breton, professeur à l'École des hautes études en santé publique (EHESP) et Nathalie Quérue, rédactrice en chef.

1. En ligne : <https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/rural-development/methodology>



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

La ruralité au cœur des politiques publiques

Suzie Chevé,

directrice adjointe de Petites Villes de demain,

Nathan Gigou,

chargé de mission Ruralités, Direction générale déléguée territoires et ruralités, Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT).

Le programme **Villages d'avenir**¹ a été lancé en janvier 2024 par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) dans le cadre du plan France ruralités². Il vise à dynamiser les communes rurales de moins de 3 500 habitants grâce à un accompagnement personnalisé pour différents types de projet : cadre de vie, habitat, transition écologique, mobilité, activité économique, culture.

Les acteurs-clés sont 120 chefs de projets, qui apportent leur expertise en ingénierie technique et financière ainsi qu'en gestion de projet pour soutenir les communes dans la conception de leurs initiatives et dans leur mise en œuvre ; ils identifient leurs besoins spécifiques et ils œuvrent à renforcer les compétences des équipes locales pour les rendre plus autonomes dans la gestion de projet et dans l'ingénierie. Leurs interventions portent prioritairement sur les transitions écologiques et énergétiques, la préservation du cadre de vie, le renforcement des infrastructures et des services publics, ainsi que la réponse à la transition démographique.

Parmi les 5 240 projets soutenus peuvent être citées :

- l'ouverture d'une épicerie de produits locaux dans l'Indre, qui a par ailleurs bénéficié d'un fonds de soutien au commerce rural porté par l'ANCT et par la Direction générale des entreprises ;

- la création d'un pôle sportif et associatif dans le Pas-de-Calais, qui offrira un stade, une piste de réathlétisation, un terrain de pétanque et des promenades ;

- la restructuration d'une friche en logements dédiés aux seniors dans l'Eure-et-Loir, avec un espace de rencontre, une salle de jeux pour adolescents, un atelier de réparation et un regroupement de professionnels de santé.

Les chefs de projets, placés la plupart du temps en préfecture, apportent un soutien aux élus ruraux, en s'appuyant sur des financements et des dispositifs, pour certains issus du plan interministériel France ruralités du 15 juin 2023.

Depuis son lancement, 3 052 communes sélectionnées par les préfetures ont bénéficié de ce programme.

Le programme **Petites Villes de demain** (PVD)³, initié en 2020 et piloté par l'ANCT, a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des habitants de petites communes et des territoires ruraux alentour, qui sont confrontés à une forte transition démographique et aux effets du changement climatique. Ces collectivités sont accompagnées par des chefs de projets, positionnés en leur sein afin de renforcer leur fonction de centralités⁴ (voir article p. 5) et leur trajectoire écologique et démographique.

La récente publication du rapport d'évaluation nationale met en avant des indices positifs et encourageants au regard de l'amélioration du cadre de vie et du renforcement des trajectoires écologiques des PVD. Les premiers résultats sur la thématique de l'habitat montrent un effort important de ces collectivités pour optimiser leur potentiel foncier. Ceci se traduit par une plus grande mobilisation du Fonds vert⁵ notamment sur la thématique du recyclage foncier, et

L'ESSENTIEL

■ **La santé en milieu rural constitue une priorité majeure pour les habitants, les élus locaux et les pouvoirs publics. À l'échelle nationale, plusieurs dispositifs sont déployés pour y répondre, sous l'impulsion des ministères et avec la coordination de l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT). Au-delà de la question cruciale de la densité des professionnels de santé, ces programmes visent à promouvoir la santé de manière globale dans les zones peu denses. Ils s'appuient sur l'engagement des collectivités locales et des associations, en mobilisant les services de l'État notamment les sous-préfets à la ruralité.**

par une diminution de la consommation d'espaces naturels de 20,5 % dans les Petites Villes de demain contre 18,2 % dans les communes-témoins. Les efforts réalisés sur l'habitat ont donné lieu à la rénovation de plus de 350 000 logements, et à une réduction de la vacance structurelle (5,3 % en 2020 pour 4,9 % en 2024).

De nombreux projets PVD sont orientés autour du concept d'urbanisme favorable à la santé. L'un des principaux leviers aux mains des élus pour améliorer la santé des habitants réside dans les choix d'aménagements urbains. Parmi les pratiques, la mobilisation de l'outil Évaluation d'impact sur la santé (EIS) permet de mesurer les effets positifs et les effets négatifs d'un projet urbain sur la santé. Ce fut le cas à Morlaàs (64) ou à Saint-Bonnet-en-Champsaur (05) : les espaces publics ont été réaménagés en zones piétonnes ; ils contribuent ainsi à l'amélioration de la qualité de l'air et à la réduction des nuisances sonores,

Dossier

Vers des ruralités favorables à la santé



© Aurélien Bouissou / Terra

tout en incitant les habitants à pratiquer une activité physique. D'autres initiatives reposent sur l'approche Une Seule Santé, la protection de la santé humaine étant considérée comme indissociable de celle des êtres vivants et des écosystèmes. À Bracieux (41) ou à Pipriac (35), la nature a ainsi été réintroduite au cœur des villes par la désimperméabilisation des sols, la réouverture de cours d'eau ou encore la création d'espaces verts.

Au 31 décembre 2024, 1 646 communes de moins de 20 000 habitants ont été accompagnées.

Le **Fonds vert mobilité durable en zone rurale**⁶, mesure datant de juin 2023, entend répondre à l'utilisation massive de la voiture individuelle. Les mobilités alternatives sont gage d'une meilleure santé collective (en incitant à des modes de déplacements actifs sur une courte distance, en participant à la baisse du taux de particules fines) et renforcent le lien social (covoiturage, transport d'utilité sociale).

Une enveloppe du Fonds vert est dédiée au déploiement d'une offre de mobilité durable et solidaire dite du « dernier kilomètre » par les autorités organisatrices de la mobilité locale et par les communes rurales. Concrètement, il s'agit d'investir dans l'achat de véhicules électriques, de mettre en place des services de location de vélos ou une offre de transport à la demande, etc.

Au 1^{er} décembre 2024, 370 projets ont été soutenus pour près de 27 millions d'euros.

Les **projets alimentaires territoriaux (PAT)**⁷ ont pour objectif de relocaliser l'agriculture et l'alimentation dans les territoires en soutenant les circuits courts notamment dans les cantines. Issus de la Loi d'avenir pour l'agriculture de 2014, ces projets sont élaborés collectivement à l'initiative des acteurs locaux.

Le PAT définit des actions opérationnelles, comme la mise en place de chèques alimentaires locaux permettant aux foyers modestes d'acheter des produits issus de l'agriculture locale et durable ou encore des actions en milieu scolaire avec des ateliers intergénérationnels intégrant cuisine, dégustation et discussion autour de la mémoire. Ces projets alimentaires territoriaux valorisent ainsi la production locale de qualité et les savoir-faire en renforçant l'autonomie et la résilience des territoires.

Depuis février 2025, 450 PAT ont été générés, portés à 60 % par des intercommunalités, dont un tiers en territoire très peu dense.

Le dispositif des **Territoires éducatifs ruraux (TER)**⁸ vise à développer les activités éducatives et pédagogiques des jeunes avant, pendant et après le cadre scolaire. Il rassemble les acteurs éducatifs, sociaux, culturels et de santé autour de trois priorités : mobiliser un réseau de coopération autour de l'école ; garantir aux jeunes ruraux un véritable pouvoir d'agir sur leur avenir ; renforcer l'attractivité et la professionnalisation de l'école rurale. Chaque TER bénéficie d'une dotation annuelle de 30 000 euros

pendant trois ans pour définir un plan d'action qui décline concrètement les orientations stratégiques et pour le mettre en œuvre. Un des trois thèmes majeurs étant la santé et le bien-être, ainsi se tiennent des animations au collège lors d'Octobre rose, des semaines de sensibilisation aux écrans ou des ateliers de cirque pour traiter la gestion des émotions et l'expression corporelle. L'alimentation peut aussi être abordée, en lien avec les PAT précédemment évoqués.

Les TER, expérimentés dès janvier 2021, ont été généralisés par plusieurs vagues de labellisation. Le plan France ruralités a porté l'objectif de 300 territoires d'ici 2027 : plusieurs appels à projet en 2026 et en 2027 viendront donc compléter les 203 TER existants et leurs 64 000 élèves.

Les programmes d'ingénierie au plus près des élus que sont Villages d'avenir en hyper-ruralité et Petites Villes de demain dans les petites centralités permettent ainsi de coordonner l'action publique à différentes échelles communales. Tous ces dispositifs sont complémentaires pour répondre aux besoins des populations vivant en milieu rural. ■

1. <https://anct.gouv.fr/programmes-dispositifs/villages-d-avenir>

2. <https://www.ecologie.gouv.fr/politiques-publiques/france-ruralites-plan-equite-territoriale>

3. <https://anct.gouv.fr/programmes-dispositifs/petites-villes-de-demain>

4. La centralité qualifie la capacité d'action d'un élément central (le centre urbain, la métropole) sur sa périphérie en termes de desserte, de services, d'attractivité et d'une manière générale de polarisation (NDLR d'après le site <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/centralite>).

5. <https://www.ecologie.gouv.fr/fonds-vert>

6. <https://www.francemobilités.fr/fonds-vert>

7. <https://france-pat.fr/>

8. <https://www.education.gouv.fr/les-territoires-educatifs-ruraux-308601>



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

La photo de cet article est protégée par le droit d'auteur et ne peut être réutilisée sans autorisation préalable.

« Les élus locaux sont des facilitateurs de santé publique »

Entretien avec Gilles Noël,
vice-président de l'Association des maires
ruraux de France (AMRF) en charge
de la santé,
maire de Varzy (Nièvre).

La Santé en action : **Comment
définissez-vous le monde rural ?**

Gilles Noël : D'un point de vue administratif, le monde rural regroupe les communes de moins de 3 500 habitants, selon la définition de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Cela représente environ 33 % de la population, soit 22 millions de personnes, réparties en moyenne sur 88 % du territoire national. Toutefois, réduire la ruralité à un simple critère démographique, c'est passer à côté de sa véritable nature. La ruralité, c'est aussi l'espace : les forêts, les rivières, les terres agricoles, tout ce qui constitue un patrimoine commun essentiel à l'alimentation, à la biodiversité et à la production d'énergies renouvelables. Nos territoires sont vastes et nécessitent un entretien constant – routes, chemins, forêts – avec des moyens souvent insuffisants. Les politiques publiques devraient mieux prendre en compte cette réalité spatiale dans la répartition des dotations et des services.

S. A. : **Quels sont les enjeux de santé en zone rurale ?**

G. N. : Le premier enjeu, c'est l'accès aux soins. Les habitants doivent parfois parcourir des dizaines de kilomètres pour consulter un médecin, un spécialiste ou pour accéder à un plateau technique. Les réformes successives ont concentré les moyens dans les villes au détriment des zones rurales. Des hôpitaux, des maternités, des laboratoires, des centres d'imagerie, etc. sont fermés. Résultat : la prise en charge est fragilisée et les

inégalités territoriales s'accroissent. La santé mentale est également devenue un enjeu majeur depuis la pandémie. Dans beaucoup de communes, il n'y a ni centre médico-psychologique, ni psychiatre, ni dispositifs mobiles adaptés. Le manque de professionnels et la distance renforcent le sentiment d'isolement et le non-recours aux soins.

S. A. : **Comment les élus ruraux affrontent-ils ces sujets de santé ?**

G. N. : Les élus locaux sont en première ligne. Depuis la crise des Gilets jaunes, les cahiers de doléances ont fait émerger la santé comme une préoccupation prioritaire. Nous avons compris qu'il fallait agir : même si l'État exerce la compétence santé, nous disposons de capacités d'action. Notre rôle, c'est d'être des facilitateurs : créer les conditions pour que la santé publique se déploie localement. Nous demandons à être mieux associés aux instances de gouvernance – conseils territoriaux de santé, agences régionales de santé (ARS) – afin que la voix des territoires soit entendue. Nous menons aussi nos propres études pour objectiver les inégalités : espérance de vie, consommation de soins, présence médicale¹. Ces données sont essentielles pour défendre nos territoires auprès de l'État et des ARS.

S. A. : **Quels leviers pouvez-vous activer pour agir en santé ?**

G. N. : Deux leviers principaux se dégagent. Le premier concerne les enfants, à travers l'école. Les services périscolaires et l'organisation de la cantine relèvent d'une compétence communale. C'est un lieu privilégié pour promouvoir l'activité physique, l'équilibre alimentaire et les comportements favorables à la santé. Nous travaillons avec les associations

L'ESSENTIEL

■ **Les territoires ruraux, vastes et peu denses, font face à des difficultés d'accès aux soins, au manque de professionnels et à l'isolement notamment en matière de santé mentale. Les élus locaux, en première ligne, peuvent être des facilitateurs, car les communes disposent d'un capital précieux : la proximité, la confiance, le lien social. Ces derniers revendiquent une meilleure coordination des politiques publiques de santé et d'y être pleinement associés pour garantir un accès équitable à la santé et promouvoir la prévention.**

sportives et culturelles pour proposer des activités simples, accessibles et régulières aux élèves des écoles, mais aussi plus largement à l'ensemble des jeunes et des habitants de la commune. Le second levier repose sur des actions locales ciblées, menées en partenariat. Je pense par exemple à une campagne de dépistage du cancer de la peau, organisée à Varzy. Nous avons mis en place un dispositif de dépistage à distance avec une société de télédermatologie, des infirmières locales et le soutien de Groupama. Sur 70 participants, puis 50, environ 20 % ont été orientés vers un suivi médical. C'est concret, efficace, et surtout reproductible ailleurs. Ce genre d'action montre qu'avec un peu de coordination, beaucoup peut être fait.

S. A. : **Que pensez-vous des dispositifs itinérants comme les Médicobus ?**

G. N. : Les Médicobus ou les Bucobus sont des solutions utiles dans les territoires dépourvus de médecins

DES CABINETS MÉDICAUX ITINÉRANTS ENCORE À ÉVALUER

Le dispositif Médicobus a été lancé dans le cadre du plan France ruralités en juin 2023. Cette démarche « d'aller-vers » doit fournir des soins de proximité dans les zones rurales, où d'autres formes d'organisation médicale ne sont pas suffisantes. Sont ciblées en priorité les populations sans médecin traitant, en particulier les personnes en affection longue durée (ALD) et les personnes âgées isolées. Les appels à projets, à titre d'expérimentation pendant trois ans, sont pilotés par les agences régionales de santé.

Selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 24 projets ont été labellisés : fin 2025, 17 Médicobus étaient en circulation et 7 en cours de déploiement en métropole, dans 24 départements. Ils peuvent être portés par des communautés professionnelles de santé (CPTS), des structures hospitalières, des intercommunalités dans le cadre du Contrat local de santé (CLS), etc. Une première analyse du dispositif à mi-parcours a mis en évidence des atouts et des difficultés.

Côté bénéfices, le Médicobus répond au besoin d'accès aux soins et est bien identifié par les patients. En outre, de bonnes pratiques ont émergé localement pour optimiser son fonctionnement, comme des services supports partagés entre plusieurs structures. Côté freins, les acteurs de terrain constatent une portée limitée : en effet, la restriction initiale du dispositif à la seule médecine générale n'a pas permis de répondre à certains besoins de soins (par exemple bucco-dentaires) ou de prévention. D'autre part, des difficultés opérationnelles sont constatées, notamment pour trouver un modèle économique pérenne.

Ces enseignements ont amené à revoir l'instruction ministérielle encadrant les appels à projets pour une deuxième vague de labellisation visant à atteindre l'objectif de 100 Médicobus en circulation (fixé dans le plan France ruralités, initialement prévu pour fin 2024). Une évaluation complète devrait être conduite à terme.

ou de structures de soins. D'ailleurs, les maires ruraux de France les avaient proposés dès la signature du plan France ruralités avec l'État. Cependant, ces dispositifs restent souvent expérimentaux, mal coordonnés et sous-financés. Trop souvent, il est demandé aux communes de payer sans concertation, alors que les décisions viennent des ARS. Nous sommes favorables à des solutions mobiles, à condition qu'elles s'intègrent dans une stratégie globale, avec une vraie planification territoriale de la santé.

S. A. : *Quels acteurs locaux peuvent favoriser la prévention dans ces territoires ?*

G. N. : Il existe beaucoup d'acteurs potentiels : les organismes financés par les plans régionaux de santé, les fondations, les associations, les pharmacies, les clubs sportifs... Or sur le terrain, ils sont souvent peu visibles et interviennent ponctuellement. Il manque une coordination réelle. Les pharmaciens ruraux par exemple jouent un rôle essentiel de proximité :

ils connaissent les habitants, peuvent relayer des campagnes de prévention, faciliter la téléconsultation. Pour être efficaces, les élus doivent pouvoir travailler main dans la main avec ces acteurs, dans la durée, et pas seulement à l'occasion d'un projet subventionné.

S. A. : *Quels freins les élus ruraux rencontrent-ils ?*

G. N. : Le premier frein, c'est la complexité administrative et institutionnelle. Les démarches sont longues, les interlocuteurs multiples et la répartition des compétences est souvent floue. Le deuxième frein, c'est le manque de coordination entre les acteurs. Les initiatives sont nombreuses, mais trop ponctuelles, sans vision d'ensemble. Enfin, il y a la question du financement. Même si ce n'est pas toujours l'obstacle principal, beaucoup de communes n'ont pas les moyens de porter des projets seules. Nous avons besoin d'un État qui soutienne et qui simplifie, plutôt que de déléguer sans donner les moyens.

S. A. : *Quels sont les besoins d'un élu local pour mieux promouvoir la santé ?*

G. N. : Nous attendons avant tout de la reconnaissance et de la transversalité. Les élus ruraux ne veulent pas être des supplétifs, mais de vrais partenaires des politiques de santé. Nous demandons à être informés, consultés et associés en amont des décisions. Il faut que les réseaux existants partagent leurs informations, que les services de l'État soient plus réactifs, et que les dispositifs soient pensés avec les territoires, et non à leur place. Nos communes disposent d'un capital précieux : la proximité, la confiance, le lien social. C'est à partir de cela que la prévention et la promotion de la santé peuvent réellement progresser. Enfin, les élus ruraux sont des acteurs de terrain, pragmatiques et volontaires. Nous avons les moyens d'agir – des locaux, des écoles, des bénévoles, des associations –, mais nous avons besoin d'être mieux intégrés aux politiques de santé publique. Notre objectif est simple : garantir à chaque habitant, où qu'il vive, un accès équitable à la santé et à la prévention. La santé, c'est une question de solidarité territoriale, pas de densité de population. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1. Ces études ont été synthétisées dans le document *Accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement ?* En ligne : <https://www.calameo.com/read/005307989239a0f96f4f2>



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

« La confiance est déterminante pour les seniors isolés »

Entretien avec Frédéric Merson,
directeur de l'association Pôle autonomie
Pays d'Issoire Dômes et Montagne.

La Santé en action : Comment sont nés les ambassadeurs de la forme ?

Frédéric Merson : Créé en 2017, le réseau des ambassadeurs de la forme s'inscrit dans l'action du Pôle autonomie Pays d'Issoire Dômes et Montagne, association porteuse de deux centres locaux d'information et de coordination en gérontologie (Clic) – Relais autonomie. L'objectif est de disposer de relais de proximité capables de promouvoir la prévention santé et le « bien-vieillir¹ » auprès des seniors, dans des contextes marqués par l'isolement géographique, social et les difficultés de mobilité. Ce réseau a été formalisé en 2022 avec une charte d'engagement et une délibération des communes permettant de clarifier les rôles des ambassadeurs et d'harmoniser les pratiques, notamment après la fusion des deux Clic en 2023.

S. A. : À quels besoins répond ce réseau en milieu rural ?

F. M. : Les territoires couverts regroupent 145 communes, où une structure unique ne peut être présente partout. Les ambassadeurs assurent une communication de proximité et identifient les besoins des seniors en matière de prévention et de promotion de la santé (activité physique adaptée, alimentation, numérique, lien social, habitat, aide aux aidants, mobilité, etc.). Ce sont principalement des élus municipaux, des membres de centres communaux d'action sociale (CCAS) ou des responsables associatifs, souvent bénévoles, sensibilisés aux enjeux de santé, du secteur social ou de l'autonomie. Ils s'adressent prioritairement aux personnes de 60 ans et plus, notamment celles en situation de fragilité, vivant dans des communes peu dotées en actions de prévention. Ils jouent un rôle d'interface entre les habitants et les dispositifs existants, relaient l'information, mobilisent les publics et orientent les personnes vers les services adaptés. La confiance qu'inspirent les ambassadeurs est déterminante pour les seniors isolés.

S. A. : Comment promeut-il la santé ?

F. M. : La démarche repose sur l'acculturation progressive de tous à la prévention et à la promotion du « bien-vieillir ». Les ambassadeurs

sont formés aux enjeux juridiques, à la lutte contre l'âgisme² et au respect des personnes. Le réseau favorise les échanges entre communes, le partage d'expériences et la co-construction de projets. Le Pôle autonomie assure l'animation et la coordination avec les financeurs et avec les partenaires institutionnels : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail – Carsat ; Mutuelle sociale agricole – MSA ; conseil départemental notamment ; et avec les acteurs du territoire : communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS ; contrats locaux de santé – CLS ; collectivités territoriales ; associations. Des outils ont été développés pour structurer l'offre et la rendre lisible : cartographie territoriale interactive³, lettre d'information, portail bien-vieillir⁴, supports de communication adaptés aux réalités locales. Le bouche à oreille et la connaissance qu'ont les ambassadeurs des habitants facilitent l'accès aux actions de prévention, y compris pour des personnes éloignées des dispositifs classiques ou peu sensibilisées aux enjeux de santé. Cela invite à donner le pouvoir d'agir aux seniors du territoire.

S. A. : Quelles sont les difficultés rencontrées ?

F. M. : Il est complexe de créer une dynamique collective durable dans des territoires isolés. L'animation territoriale est un levier essentiel pour la maintenir. Malgré cela, nous faisons face à une fragilité des financements, souvent annuels et non pérennes. Les renouvellements politiques, lors des municipales, nécessitent une mobilisation.

S. A. : Quel bilan dressez-vous aujourd'hui ?

F. M. : Sur le territoire Issoire bassin montagne, 64 % des seniors sont représentés par un ambassadeur ; sur le territoire Senior montagne, 75 %. Nous mesurons le nombre d'actions déployées, la participation, la capacité à atteindre les publics fragiles et l'efficacité de la communication locale. Certes, la simple transmission d'information ne suffit pas à la modification des comportements. Aussi agissons-nous sur cette partie informative, nécessaire, ainsi que sur l'offre collective, mais aussi en renforçant le sentiment d'auto-efficacité⁵ des seniors, le travail sur l'utilité sociale en co-construisant des projets avec eux, l'empowerment avec des actions prenant en compte leurs représenta-

L'ESSENTIEL

■ **Le Pôle autonomie Pays d'Issoire Dômes et Montagne, dans le Puy-de-Dôme, a lancé un réseau d'ambassadeurs de la forme pour promouvoir le « bien-vieillir » sur son territoire. Des élus, des travailleurs sociaux et des bénévoles jouent un rôle de relais afin d'identifier les besoins des seniors, de faciliter leur accès à des actions de prévention en santé et de contribuer à lutter contre l'isolement et l'âgisme.**

tions sociales ainsi que leurs comportements actuels. Une évaluation d'impact à long terme reste difficile à mener faute de moyens dédiés. L'enjeu actuel est de pérenniser le dispositif et d'inscrire durablement cette démarche dans une stratégie territoriale de prévention et de bien-vieillir, en cohérence avec les enjeux du service public départemental de l'autonomie. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1. Le bien-vieillir inclut trois composantes principales et interreliées : l'absence de maladie ou de facteurs de risque, un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé et une vie active sur les plans occupationnel et social (NDLR).
2. L'âgisme regroupe les stéréotypes (la façon d'envisager l'âge), les préjugés (ce qu'inspire l'âge) et la discrimination (la façon de se comporter), dont on est soi-même victime ou dont autrui est victime en raison de l'âge (d'après l'Organisation mondiale de la santé (NDLR)).
3. En ligne : <https://padlet.com/CLICIBM/clic-issoire-bassin-montagne-espace-bien-tre-et-sant-8mxc2ltzm6xji7gv> et <https://padlet.com/preventionlaqueuille/clic-senior-montagne-r-ca-prevention-sant-v3hvu1kr2i0hvv1m>
4. En ligne : <https://www.trouver-mon-activite.pourbienvieillir.fr/ppaspbvapp/>
5. Croyance personnelle dans sa capacité à réaliser une action et à parvenir à modifier ses comportements en santé (NDLR).



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

Dossier

Vers des ruralités favorables à la santé

« La coopération est le socle de notre projet éducatif »

Entretien avec Roland Grimault,
directeur de l'Union nationale des maisons familiales
rurales (UNMFR).

L'ESSENTIEL

► **Enracinées dans les territoires, les maisons familiales rurales (MFR) forment chaque année près de 100 000 personnes en alternance. Ce mouvement associatif défend un projet éducatif global pour permettre aux jeunes d'exercer des métiers agricoles, artisanaux ou de services à la personne. Les adolescents y développent leurs compétences psychosociales en s'investissant dans des projets collectifs.**

La Santé en action : Quelle est la mission des maisons familiales rurales ?

Roland Grimault : Les 420 maisons familiales rurales (MFR) du réseau forment chaque année quelque 100 000 personnes en métropole et outre-mer. Les MFR ont une mission de service public sous la tutelle du ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire. Il s'agit de former en alternance 45 000 élèves de la quatrième au brevet de technicien supérieur (BTS) sur les métiers agricoles et les services à la personne. Environ 20 000 jeunes sont en apprentissage dans ces métiers, ainsi que dans ceux de l'artisanat (Éducation nationale). Près de 25 000 adultes demandeurs d'emploi ou en reconversion professionnelle sont accueillis. Le réseau a répondu au Plan d'investissement des compétences du ministère du Travail et des Solidarités avec un programme 100 % inclusion qui a permis d'accompagner 350 personnes. Soulignons une proportion importante de jeunes en recherche d'un autre mode de formation et avec des fragilités dans les apprentissages (problèmes de dyslexie, dysorthographe, dyscalculie ou d'autres relevant de la maison départementale de l'autonomie). Nous accueillons en majorité des filles, car elles peuvent choisir des métiers traditionnellement masculins, comme le machinisme agricole, alors que peu de garçons sont présents dans la filière des services à la personne (crèches, assistantes maternelles, maisons de retraite, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD, aides à domicile, etc.).

S. A. : Quel est votre projet éducatif ?

R. G. : Nous proposons une approche globale des jeunes qui sont des personnes avant d'être des élèves. L'internat est fréquenté par 80 % d'entre eux, une spécificité de notre mouvement associatif ; ils sont en contact permanent et rapproché avec les adultes de l'établissement, qu'il s'agisse des moniteurs-formateurs, des animateurs, des surveillants de nuit, du personnel de restauration, tous à l'écoute de leurs besoins. La vie résidentielle est un espace de prises d'initiatives, de responsabilités qui participent à l'autonomie et à l'estime de soi. C'est l'occasion de développer les compétences psychosociales nécessaires à l'épanouissement de chacun. Les élèves participent à la vie de la collectivité : on débarrasse les tables une fois le repas pris, on nettoie aussi bien sa chambre que la salle de classe, etc. La réussite repose sur la coopération avec les jeunes, leurs parents, l'équipe pédagogique et les partenaires extérieurs.

S. A. : Comment sont abordées la santé et la prévention ?

R. G. : En proximité, les personnels peuvent repérer des signaux faibles de problèmes d'addiction ou de mal-être chez certains adolescents. La santé, la qualité de l'alimentation font partie de la formation des enseignants. Chaque MFR est autonome pour faire intervenir ponctuellement des relais dans l'établissement : la Mutualité sociale agricole (MSA) ou des acteurs locaux du territoire (maison des adolescents, associations spécialisées par exemple dans les addictions). Le ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire transmet des directives et s'associe aux campagnes nationales de santé – sur les violences sexuelles et sexistes par exemple qui sont relayées dans les établissements. La promotion de la santé est intégrée dans le projet d'éducation, en accompagnant la personne vers son épanouissement et pas uniquement sur l'obtention d'un diplôme. Les addictions, le sommeil, la place des écrans, la lutte contre les discriminations, etc. sont appréhendés dans chaque établissement. Des temps sont prévus avec les jeunes, parfois aussi avec leur famille en assemblée générale. La promotion de la santé s'insère aussi dans la coopération

entre la MFR et l'entreprise, un repère pour les jeunes dans une période de construction identitaire. Ces derniers s'investissent en outre dans des projets collectifs leur permettant de développer savoir-être et confiance en soi. Nous les invitons à répondre à l'Appel à projet jeunes de la MSA, qui octroie des bourses pour mener des actions (prévention en santé, alimentation, inclusion des personnes fragiles, etc.). Nous soutenons leur engagement dans le cadre des *Défis de l'éducation aux mondes et aux autres*. C'est un de nos axes pédagogiques : l'élève apprend par lui-même et apprend des autres dans le respect de soi et d'autrui, pour réussir sa vie et dans la vie.

S. A. : Comment les jeunes ruraux voient-ils leur avenir ?

R. G. : Certains souhaitent quitter leur territoire, mais la majorité d'entre eux souhaitent rester et s'investir dans la vie locale professionnelle et associative. La condition pour bien vivre en milieu rural est d'avoir un métier, et donc de pouvoir accéder à des formations de proximité. Suivre une telle formation, ancrée dans le territoire, ne veut pas dire qu'ils vivent repliés sur la ruralité. En effet, nous offrons de nombreuses opportunités de stages et de séjours à l'international – le réseau est d'ailleurs un important utilisateur du programme Erasmus+. Environ 95 % de nos diplômés travaillent là où ils ont envie de s'installer, et ceux qui se montrent les moins mobiles ont les capacités de trouver un autre emploi que celui auquel leur formation initiale les destinait.

Propos recueillis par Emmanuelle Hamel,
coordinatrice des approches populationnelles,
et Nathalie Quérue, rédactrice en chef.



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

« L'échelle humaine favorise la confiance »

Entretien avec Bénédicte Gilet-Bourgeon,
coordinatrice de projets,
Victorien Trepp,
coordonateur de santé,
communauté professionnelle territoriale
de santé (CPTS) du nord Aveyron.

*La Santé en action : Quand a été lancé
le projet de promotion de la santé physique
et mentale des collégiens ?*

Bénédicte Gilet-Bourgeon & Victorien Trepp : Ce projet est né avec la création de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du nord Aveyron fin 2020 ; dans le cadre du premier projet de santé du territoire, une évaluation qualitative a été réalisée en 2019 avec les professionnels du nord Aveyron – médecins, psychologues, infirmiers, sages-femmes – participant aux groupes de travail préparatoires. Ce diagnostic partagé a montré un besoin de renforcer les compétences des jeunes face à des problématiques de santé majeures : mal-être lié au harcèlement, alimentation déséquilibrée, sédentarité, surpoids, questionnements sur la vie affective et sexuelle, manque d'informations et de repères. L'objectif est d'améliorer la santé physique et mentale des élèves de 11 à 15 ans, en milieu rural, en développant leurs compétences psychosociales (CPS). Chaque niveau reçoit des interventions adaptées à son âge sur le harcèlement, le consentement, la nutrition, l'activité physique. Un atelier est également dédié à la prévention des infections par le papillomavirus humain (HPV).

S. A. : Comment la CPTS intervient-elle ?

B. G.-B. & V. T. : Proposé par les professionnels de santé, le projet est financé par l'agence régionale de santé, l'Assurance maladie, la Mutualité sociale agricole (MSA) via l'appel à projets Coup de pouce prévention. Celui-ci a été déterminant pour étendre l'action à cinq collèges, renforcer la coordination des acteurs et la structuration de l'évaluation. La CPTS assure l'accompagnement méthodologique, le montage des financements, la logistique, la mobilisation et l'indemnisation des professionnels. Nous garantissons la légitimité des intervenants : professionnels de santé (sages-femmes, psychologues, médecins, infirmiers, diététiciens, éducateurs spécialisés, etc. qui animent parfois en duo), mais aussi unité spécialisée de la Gendarmerie nationale, animateurs des collectivités locales, référents

de Promotion santé Occitanie. Les équipes des collèges (principaux, conseillers principaux d'éducatifs – CPE, enseignants et infirmières) sont particulièrement mobilisées, car les ateliers s'inscrivent dans les projets d'établissement et s'articulent avec des dispositifs existants comme les programmes scolaires d'éducation à la vie affective et relationnelle et à la sexualité (Évars) ou de lutte contre le harcèlement à l'école (pHARE). Même si la thématique est la même, l'approche et les outils pédagogiques sont distincts. La CPTS organise des réunions de préparation en amont et en aval des ateliers, pour s'assurer de l'articulation entre les séquences et valider les contenus avec les équipes pédagogiques. Le milieu rural ne constitue pas un frein : les professionnels ont l'habitude de travailler ensemble, les partenariats sont solides et l'échelle humaine favorise la confiance et la réactivité. Certes, les déplacements restent une contrainte, mais ils sont intégrés dans l'organisation. La complexité réside dans la coordination des nombreuses interventions et dans la gestion de l'agenda des différents acteurs.

S. A. : Que proposent les ateliers ?

B. G.-B. & V. T. : Les ateliers reposent sur une pédagogie active : participation, expression libre, mises en situation, apports progressifs de connaissances et repérage de ressources, permettant l'appropriation par l'expérience, et excluant la transmission descendante d'informations. Les ateliers harcèlement ou consentement permettent ainsi de travailler l'empathie, l'analyse des émotions et la prise de décision collective. Des outils reconnus en promotion de la santé sont utilisés : jeux de rôle, saynètes, débats, cartes de mise en situation, etc. Les supports sont élaborés sur la base des campagnes nationales et avec des partenaires spécialisés. À ce jour, aucun programme probant de CPS n'est déployé dans les collèges concernés. Quand bien même ils le seraient – ce que nous espérons pour les années à venir – les ateliers demeurent complémentaires, car ils apportent des informations spécifiques, présentés par des experts, avec leur point de vue professionnel et spécialisé.

S. A. : Comment le projet est-il évalué ?

B. G.-B. & V. T. : Nous avons un protocole d'évaluation, combinant indicateurs qualitatifs

L'ESSENTIEL

► La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du nord Aveyron a mis en place un projet pluridisciplinaire de prévention à destination de quelque 650 élèves de cinq collèges pour améliorer leur santé physique et mentale. Le milieu rural ne constitue pas un frein à la coopération entre les différents professionnels impliqués, au contraire.

et quantitatifs, dont les résultats servent à ajuster le contenu des ateliers, améliorer les outils et la méthodologie, valoriser l'impact auprès des financeurs et réfléchir à la pérennisation et à l'adaptation du programme.

L'objectif quantitatif de proposer à chaque collégien du territoire une intervention par an est atteint. En 2024-2025, 36 classes ont bénéficié de 56 interventions, soient 650 collégiens au total. C'est notre approche : sensibiliser toute une classe d'âge. Parmi les éléments qualitatifs figurent des questionnaires avant/après interventions permettant de mesurer l'évolution des connaissances et le recours aux ressources locales. Par exemple, pour l'année 2024-2025, les réponses positives des élèves interrogés sur la définition du harcèlement et du consentement ont nettement progressé : 91 % après l'atelier concernant le harcèlement, contre 53 % avant, 91 % après l'atelier sur le consentement, contre 67 % de réponses positives avant celui-ci. Cette évaluation qualitative est confirmée par celle des équipes pédagogiques. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier,
journaliste.



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

Dossier

Vers des ruralités favorables à la santé

« Ce sont des lieux d'alimentation, mais aussi de vie »

Entretien avec **Élodie Galatoire**,
directrice innovation, association Bouge ton coq.

L'ESSENTIEL

► Dans les villages ruraux, l'association Bouge ton coq rassemble des habitants bénévoles pour recréer un commerce de proximité. Ces épiceries participatives favorisent l'accès de tous à des services essentiels. L'association met son ingénierie au service de la redynamisation des territoires, testant des initiatives pour rompre la solitude des personnes âgées et participant à l'installation de centres de santé.

La Santé en action : Comment les épiceries participatives sont-elles nées ?

Élodie Galatoire : Tout a commencé en 2020, quand deux frères auvergnats ont vu le dernier commerce de leur bourg fermer, et ainsi disparaître le seul lieu de rencontre entre les habitants. L'association Bouge ton coq¹ est née de cette question : comment redonner vie aux communes rurales en apportant des services essentiels ? L'idée était de s'appuyer sur l'énergie citoyenne pour rouvrir des commerces. Ce sont aujourd'hui des lieux d'alimentation, mais aussi de vie et de solidarité sous forme d'espaces de rencontre ou de cafés associatifs. Les épiceries participatives reposent sur plusieurs piliers : un collectif de bénévoles qui donnent deux heures de leur temps par mois, un local prêté par la mairie, et des produits issus de circuits courts à la vente. Sans charge locative ni salariale, ceux-ci peuvent être vendus sans marge, et donc à un prix raisonnable pour le consommateur, et pour les fournisseurs locaux. La pérennité de ces projets repose sur les bénévoles, qui sont aussi les premiers clients. Nous les soutenons concrètement : des rencontres sont organisées chaque année avec les épiceries du réseau, ainsi que des visioconférences thématiques (recrutement de nouveaux bénévoles, événements pour animer l'épicerie, financement, etc.). Ces échanges sont importants pour maintenir la dynamique. Depuis 2020, nous avons accompagné quelque 250 collectifs citoyens dans la création de ces commerces, répartis partout en France métropolitaine.

S. A. : **Comment diminuer l'isolement des personnes âgées en campagne ?**

É. G. : Nous menons actuellement une expérimentation sur trois territoires. L'opération Vill'Âge mobilise trois leviers d'action : la mise en place d'un minibus conduit par des bénévoles pour permettre les déplacements des personnes âgées (courses, visites médicales, etc.) ; les visites de bénévoles à domicile et des événements culturels pour recréer du collectif. Ce type d'initiatives nécessite des partenariats spécifiques. Concernant la mobilité, nous bénéficions d'un financement de la Fondation Renault. Le trajet coûte entre 2 euros et 4 euros aux bénéficiaires. Le mécénat plus leur participation financière assurent l'autonomie du dispositif de transport.

S. A. : **Que sont les centres de santé Médecins solidaires ?**

É. G. : Les zones rurales sont souvent des déserts médicaux, contraignant les habitants à parcourir des dizaines de kilomètres pour se soigner. Pour y remédier, nous avons imaginé une solution reposant sur le temps médical partagé. Nous avons co-fondé en 2022 des centres de santé Médecins solidaires. Un collectif de 900 médecins – retraités, remplaçants, libéraux – consacre une semaine par an de leur temps pour assurer des consultations dans nos centres de santé. Aujourd'hui, 11 centres sont ouverts, essentiellement en Nouvelle-Aquitaine et en Centre-Val-de-Loire, dans des locaux mis à disposition par les mairies. 60 000 consultations ont été effectuées depuis le début. La continuité des soins est assurée grâce au dossier médical partagé, avec deux assistantes coordinatrices dans chaque centre qui salarie les médecins volontaires – dont les frais de transport et d'hébergement sont pris en charge.

S. A. : **Quel bilan dressez-vous aujourd'hui ?**

É. G. : Notre modèle fonctionne : les épiceries et les centres de santé sont pérennes, les habitants reprennent confiance en leur territoire. Des indicateurs mesurent l'effet concret de notre activité : le nombre d'adhérents, d'épiceries ouvertes, le nombre de patients dans les centres, les coûts évités, les déplacements inutiles, etc. Toutefois, certains paramètres

sont difficiles à quantifier, notamment notre impact sur le lien social, qui nous semble bien réel. Les indicateurs sont consignés dans les rapports d'activité envoyés à nos financeurs. Bouge ton coq est financé à 70 % par des mécènes privés et à 30 % par des subventions publiques. Nous travaillons avec des partenaires récurrents comme la Fondation du Crédit Mutuel, la coopérative U, AG2R La Mondiale, l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT), la Mutualité sociale agricole (MSA). Nous avons aussi des soutiens des régions pour l'opération épiceries participatives. Les financements servent à mobiliser de nouveaux collectifs de bénévoles et à animer le réseau.

S. A. : **Quels sont vos projets ?**

É. G. : Nous expérimentons actuellement un système de caisse de solidarité dans cinq épiceries-tests pour lutter contre la précarité alimentaire. Les personnes concernées sont intégrées à la vie de l'épicerie, leur compte adhérent est abondé par la caisse. Nos principaux partenaires sur cette première phase pilote sont la Fondation Avril, la Fondation GRDF, l'Ademe et la MSA. Au-delà, nous souhaitons mettre en place une expérimentation autour de la culture, notamment en projetant des captations de pièces qui ont rencontré du succès pendant la saison théâtrale, afin de créer des moments festifs et intergénérationnels. Nous projetons aussi de nous intéresser à la santé des jeunes, même si de ce côté, rien n'est encore abouti. ■

Propos recueillis par **Anne-Lise Favier**, journaliste.

1. En ligne : <https://bougetoncoq.fr/>



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

Agir sur les facteurs protecteurs pour prévenir les suicides d'agriculteurs

Jean-Loup Chappert,

chargé de projets scientifiques en santé publique,

Leslie Simac,

chargée d'études scientifiques,

Damien Mouly,

délégué régional Occitanie,

Santé publique France,

Émilie Bec,

documentaliste,

Inca Ruiz,

statisticienne,

Centre régional d'études, d'actions

et d'informations en faveur des personnes

en situation de vulnérabilité, Observatoire

régional de la santé Occitanie/Observatoire

régional de la santé mentale (CRÉAI-ORS/

ORSM),

Estelle Dellapina,

chargée de mission,

Fédération régionale de recherche

en psychiatrie et santé mentale/

Observatoire régional de la santé

mentale (Ferprepsy/ORSM) Occitanie.

En France, le phénomène de surmortalité par suicide dans la population agricole est reconnu depuis plusieurs années comme un enjeu de santé publique. Selon le rapport 2025 de la Mutuelle sociale agricole (MSA), les personnes de 15 à 64 ans affiliées au régime agricole présentent un surrisque de mortalité par suicide de 60 % par rapport aux affiliés tous régimes en 2021 [1]. Malgré cela, ce phénomène reste insuffisamment documenté dans les régions et notamment en Occitanie, première région agricole de France (16,5 % des exploitations françaises) avec des revenus agricoles moyens parmi les plus bas du pays [2].

Les déterminants des conduites suicidaires dans les populations agricoles des pays développés sont multifactoriels (individuels, liés à

l'accès aux soins, socio-économiques, environnementaux, etc.). La pression économique, les contraintes administratives, la surcharge de travail et la précarité sont largement citées par les agriculteurs en difficulté en France [3]. Des facteurs aggravants (foyers de grippe aviaire, impacts du changement climatique) accentuent la vulnérabilité des populations agricoles d'Occitanie.

Des leviers pour les stratégies de prévention

Pour autant, des facteurs protecteurs ont été identifiés dans les études et peuvent également servir de levier pour améliorer la prévention de ce risque. Santé publique France et l'observatoire régional de la santé mentale (ORSM) Occitanie¹ se sont associés pour réaliser un dossier de connaissances [3] visant à :

- mettre en évidence les déterminants et les facteurs protecteurs des conduites suicidaires des populations agricoles en France et à l'international ;
- recenser les stratégies de prévention et de soutien existantes ;
- mettre en avant les dispositifs de prévention prometteurs existants et des actions inspirantes développées en France.

La littérature met en évidence plusieurs facteurs protecteurs face aux difficultés rencontrées par le monde agricole. La solidarité sociale et familiale joue un rôle clé en renforçant la résilience et en limitant l'isolement. Sur le plan psychosocial, la valorisation et la reconnaissance sociale améliorent le sentiment d'utilité et de légitimité. L'amélioration des conditions de travail constitue également un levier important. Un

L'ESSENTIEL

■ **Les déterminants du mal-être des agriculteurs sont nombreux, mais des facteurs de protection existent sur lesquels peuvent s'appuyer les dispositifs de prévention. En Occitanie, première région agricole en France, une étude est menée pour identifier les interventions prometteuses parmi les multiples initiatives mises en œuvre pour préserver la santé mentale de la population agricole.**

mode de vie équilibré – incluant une alimentation saine, un sommeil réparateur, une activité physique régulière et des moments de répit – contribue à la résilience et à une meilleure santé mentale. Les facteurs culturels et identitaires, tels que l'attachement à la terre, la passion pour le métier ou la conviction de pouvoir adapter ses pratiques face aux aléas climatiques, sont aussi des sources majeures de motivation et de résilience. Enfin, des politiques de prévention et un accès à des soins adaptés, avec des professionnels de santé formés aux spécificités du monde agricole et des formations dédiées à la prévention du suicide, se positionnent comme outils essentiels.

Les dispositifs de soutien en France tentent d'agir sur ces leviers et intègrent les dimensions économiques, sociales et environnementales nécessaires pour répondre aux causes structurelles du mal-être (repérage, accompagnement, aides au répit et aides financières...). S'y ajoute l'existence de nombreuses initiatives locales inspirantes, notamment en Occitanie, comme le

Dossier

Vers des ruralités favorables à la santé

programme spécifique de soutien des femmes agricultrices dans plusieurs départements de la région.

Peu d'interventions évaluées

Citons également l'expérimentation Amarok e-Santé Agri [4]. Cette solution permet de dépister le risque de *burn-out* des agriculteurs grâce à l'envoi régulier par la Mutualité sociale agricole (MSA) du Languedoc d'un questionnaire : un score défavorable entre facteurs de stress et facteurs de protection amène, si la personne y consent, à un accompagnement psychologique, puis à une intervention ciblée lors d'une consultation à distance. Le bilan positif de cette expérimentation a conduit à recommander son déploiement national. Enfin, le comité de prévention du mal-être agricole du Gard, piloté par la préfecture, est un exemple intéressant de coordination des acteurs locaux – Solidarité Paysans, chambre d'agriculture du Gard, MSA, agence régionale de santé (ARS) Occitanie et autres administrations en charge du travail ou de l'agriculture... – qui

optimise le déploiement d'un plan d'actions et son suivi [5].

Cependant, si la plupart des approches ciblées vers les agriculteurs montrent des résultats encourageants en termes de satisfaction, participation et impact perçu [6 ; 7], elles souffrent d'un manque d'évaluation scientifique rigoureuse en termes de réduction du risque suicidaire [8]. Il est nécessaire aujourd'hui de lister les projets qui répondent aux critères scientifiques permettant de qualifier une intervention de « *prometteuse* », d'encourager leur évaluation scientifique et d'en étudier les conditions de transposition à plus grande échelle, et éventuellement d'en promouvoir le déploiement *via* la plateforme ReperPrev de Santé publique France².

Il convient par ailleurs de favoriser en parallèle l'inclusion des populations agricoles vers les interventions probantes de droit commun : déploiement des compétences psychosociales (CPS) favorisant la résilience dans les lycées agricoles en priorité [9], programme Papageno de prévention de la contagion

suicidaire [10], ou dispositif Vigilans de réduction de la réitération suicidaire [11], en mobilisant collectivement le secteur de la santé dans une démarche d'aller vers le monde agricole. ■

1. L'ORMS Occitanie est porté conjointement par le centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité – observatoire régional de la santé Occitanie (CRÉAI-ORS) et la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Occitanie (Ferrepssy). En ligne : <https://orms-occitanie.fr/>

2. ReperPrev : un registre national pour guider les acteurs vers une prévention efficace | Santé publique France. En ligne : <https://reperprev.santepubliquefrance.fr/exl-php/accueil?CMD=CHERCHE&query=1>



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] *Rapport charges et produits MSA 2025*. Bobigny : Mutualité sociale agricole (MSA) : 214 p. En ligne : <https://www.msa.fr/lfp/documents/98830/78547415/Rapport+charges+et+produits+MSA+2025#page=57>
- [2] *Chambres d'agriculture d'Occitanie, CerFrance d'Occitanie. Agri'scopie® Occitanie édition 2021*. Juin 2021 : 56 p. En ligne : https://opera-connaissances.chambres-agriculture.fr/doc_num.php?explnum_id=204021
- [3] Bec É. *Santé mentale et prévention du suicide dans la population agricole en Occitanie*. Toulouse : CRÉAI-ORS Occitanie, août 2025 : 160 p. En ligne : <https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2025/11/2025-11-05-Sante-mentale-Population-agricole-VF.pdf>
- [4] Torres O. Le dispositif Amarok e-Santé Agri : une approche « positive » de la santé des agriculteurs. *Moma*, février 2023 : 22 p. En ligne : <https://www.observatoire-amarok.net/sites/wordpress/wp-content/uploads/2023/02/DOSSIER-de-presse-Amarok-e-Sant%C3%A9-agri-VF-1.pdf>
- [5] Vialatte H. Gard : Un comité du mal-être agricole pour aider les agriculteurs en détresse. *Les Échos*, 30 août 2023. En ligne : <https://www.lesechos.fr/pme-regions/occitanie/gard-un-comite-du-mal-etre-agricole-pour-aider-les-agriculteurs-en-detresse-1973694>
- [6] *Mutualité sociale agricole. Plan national MSA de prévention du suicide suicide 2016-2020*. Bagnolet : Mutualité sociale agricole, 2018 : 24 p. En ligne : <https://ssa.msa.fr/wp-content/uploads/2018/12/Plan-National-MSA-de-Prevention-du-suicide-2016-2020.pdf>
- [7] Damaisin O. *Identification et accompagnement des agriculteurs en difficulté et prévention du suicide. 29 propositions pour améliorer les actions de sensibilisation et d'accompagnement*. [Rapport] Assemblée nationale, 2 décembre 2020 : 89 p. En ligne : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/277548.pdf>
- [8] Younker T., Radunovich H. L. Farmer mental health interventions: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 19, n° 1. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8751007/pdf/ijerph-19-00244.pdf>
- [9] *Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022 : 135 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/rapport-synthese/les-competences-psychosociales-etat-des-connaissances-scientifiques-et-theoriques>
- [10] Favril L., Yu R., Uyar A., Sharpe M., Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. *Evidence Based on Mental Health*, novembre 2022, vol. 25, n° 4 : p. 148-155. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9685708/pdf/ebmental-2022-300549.pdf>
- [11] Broussouloux S., Gallien Y., Fouillet A., Mertens C., Chin F., Cassouret G. *et al. Évaluation d'efficacité de Vigilans de 2015 à 2017, dispositif de prévention de la réitération suicidaire*. [Synthèse] Saint-Maurice : Santé publique France, 2023 : 8 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/enquetes-etudes/evaluation-d-efficacite-de-vigilans-de-2015-a-2017-dispositif-de-prevention-de-la-reiteration-suicidaire>

« Avant l'urgence, il y a la vigilance »

Entretien avec Sandra Henrion,
chargée du développement
du dispositif Sentinelle agricole,
caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA).

*La Santé en action : Quand le réseau
des sentinelles est-il né ?*

Sandra Henrion : La Mutualité Sociale Agricole (MSA) est le deuxième régime de protection sociale en France, couvrant toute la population agricole – exploitants, salariés ou employeurs de main-d'œuvre, leurs ayants-droits et les retraités. Elle mène des actions de prévention comme le dispositif Sentinelle agricole, dont les premières ont été déployées en s'appuyant sur ses élus dès 2012. Le réseau des sentinelles agricoles s'est structuré officiellement à partir de 2022 dans le cadre du plan interministériel de Prévention du mal-être en agriculture, faisant suite aux recommandations de la feuille de route Santé mentale 2018. L'objectif était d'apporter une réponse plus structurée à une problématique identifiée de santé publique : les conduites suicidaires dans le milieu agricole.

S. A. : Qui sont les sentinelles ?

S. H. : Les sentinelles sont des personnes majeures, volontaires, animées par le souci de l'autre, en activité ou retraitées, issues du milieu agricole ou du monde rural : salariés ou élus MSA, vétérinaires, maires, agents des chambres d'agriculture, acteurs associatifs, etc. Avant l'urgence, il y a la vigilance ; c'est ce rôle qu'elles exercent. Au 30 juin 2025, le réseau comptait près de 8 900 sentinelles agricoles formées, dont 23 % de salariés et 13 % d'élus MSA. La MSA mobilise ses propres acteurs, mais elle s'appuie aussi sur un maillage territorial plus large grâce à ses partenaires. Ces sentinelles ont pour mission de détecter, d'écouter et d'orienter vers les professionnels compétents. Elles suivent une formation de sept heures sur la prévention du suicide, durant laquelle elles apprennent à identifier les signaux, savoir se comporter, écouter et orienter vers les ressources nationales et locales. La formation, développée par le Groupement d'études et de prévention du suicide (Geps), est animée par un binôme composé d'un clinicien et d'un facilitateur issu du monde agricole : ce dernier, connaissant bien l'écosystème, apporte un éclairage opérationnel. Ce binôme permet

de combiner expertise en santé mentale et connaissance du terrain agricole, pour mieux comprendre les réalités locales et identifier les signaux de mal-être.

S. A. : Où s'arrête leur mission ?

S. H. : Lorsqu'une sentinelle identifie une personne en difficulté, elle transmet le signalement à la caisse de MSA locale, avec l'accord de la personne concernée. Les cellules pluridisciplinaires de prévention du mal-être – composées de travailleurs sociaux, médecins, agents de contentieux, etc. – prennent le relais. Elles contactent rapidement la personne, analysent la situation et mobilisent les ressources adaptées (accompagnement psychologique, échéancier de paiement, aide au remplacement, etc.). L'objectif est une intervention rapide et globale pour agir sur les problématiques professionnelles et/ou personnelles rencontrées par l'utilisateur.

S. A. : Pourquoi Puget-Théniers est-il un village-sentinelle ?

S. H. : C'est un exemple concret d'innovation territoriale. Puget-Théniers avait connu plusieurs suicides et tentatives sur une période courte. Le village rassemble plusieurs sentinelles dans un même lieu pour créer une dynamique collective. Cela permet de renforcer le lien social, d'augmenter la vigilance, de sensibiliser la population locale à la prévention du mal-être et de faciliter l'accès aux soins. L'expérimentation pourrait être transposée à d'autres zones rurales confrontées à des problématiques similaires.

S. A. : Quelles difficultés rencontrent les sentinelles ?

S. H. : Elles concernent la charge émotionnelle, le fait que certaines situations font écho à leur vécu personnel ou le refus d'aide de la personne identifiée. La MSA accompagne les sentinelles via un référent dédié, une actualisation de connaissances sur le monde agricole et sur la santé mentale, des supervisions collectives ou individuelles via Agri'écoute. Ces temps d'animation permettent aux sentinelles notamment de se retrouver ; ils favorisent des échanges entre pairs, temps indispensables pour renforcer la communauté des acteurs de la détection et pour préserver leur propre santé mentale.

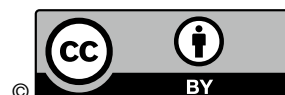
L'ESSENTIEL

► **Le dispositif Sentinelle agricole, porté par la Mutualité sociale agricole (MSA), forme des volontaires issus du monde rural pour repérer, écouter et orienter la population agricole en difficulté. Fort de 8 900 sentinelles formées, le réseau constitue un maillage territorial pour prévenir les suicides. Puget-Théniers (Alpes-Maritimes) est un village-sentinelle particulièrement mobilisé.**

S. A. : Quel est le bilan du dispositif ?

S. H. : Après avoir atteint l'objectif de 5 000 sentinelles fin 2023, leur nombre a progressé de 75 % entre décembre 2023 et juin 2025. Quantitativement, les sentinelles sont à l'origine de 13 % des signalements traités par la MSA depuis 2023 (sur un total de plus de 13 500 signalements). Qualitativement, la formation spécifique intégrant un facilitateur agricole a permis d'adapter le dispositif aux réalités du terrain. Des pistes d'amélioration ont été identifiées lors d'une première étude réalisée en 2024 par un cabinet indépendant : l'offre de formation proposée s'est élargie par exemple avec la formation de premiers secours en santé mentale (PSSM), afin de renforcer les compétences des sentinelles. Grâce au nombre de signalements en augmentation, faits par ces dernières, il est possible d'identifier de plus en plus tôt les personnes qui ne vont pas bien et d'intervenir en amont. Nous souhaiterions mener à l'avenir une étude d'impact plus complète pour mesurer l'efficacité globale du dispositif qui s'inscrit pleinement dans les orientations de la Grande Cause nationale santé mentale, dans laquelle la MSA est fortement impliquée depuis début 2025. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

Grandir en territoire rural

Pauline Virot,
chargée d'études
au bureau Jeunesse-Famille,
Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques (Drees).

L'ESSENTIEL

▣ **Les enfants en milieu rural ont un niveau de vie en moyenne plus élevé que ceux résidant en milieu urbain – à l'exception de ceux habitant les zones rurales isolées. Leurs conditions de logement sont meilleures : neuf enfants sur dix disposent de leur propre chambre. En revanche, ils vivent plus loin de nombreux services et équipements (éducation, santé, culture, sport), éloignement encore plus marqué dans les territoires isolés.**

En France métropolitaine, près d'un enfant sur trois vit dans une commune dite rurale¹, soit 4,2 millions de mineurs [1]. Les conditions de vie des enfants (type

de famille, niveau de vie, conditions de logement, accessibilité aux équipements et aux services, etc.) varient selon le type de territoire : rural ou urbain d'une part, et au sein des différents types de territoires ruraux d'autre part [2].

En moyenne, les enfants des zones rurales grandissent dans des familles dont le niveau de vie médian mensuel est plus élevé que celui des milieux urbains (1 700 euros contre 1 500 euros [3]). Ils sont moins nombreux à grandir sous le seuil de pauvreté monétaire : 13 % contre 23 % des enfants dans les espaces urbains. Cet écart s'explique notamment par les caractéristiques d'emploi des parents et par les configurations familiales. Deux enfants sur trois vivent au sein d'une famille dont les deux parents sont en emploi, contre seulement un enfant sur deux en zone urbaine. Tous territoires confondus,

les familles monoparentales et les familles nombreuses sont les plus concernées par la pauvreté. Or, celles-ci sont moins présentes en territoire rural. En effet, 14 % des enfants du secteur rural vivent au sein d'une famille monoparentale, quand ils sont 22 % dans les villes.

Des services et des équipements plus éloignés

En territoire rural, les conditions de logement sont plutôt favorables, puisque neuf enfants sur dix résident dans une maison individuelle avec un espace extérieur privatif (jardin, terrain, cour) contre un sur deux en milieu urbain [4]. De plus, 87 % d'entre eux ont leur propre chambre, contre 67 % des jeunes citadins. En zone rurale, les parents sont aussi plus souvent propriétaires de leur logement (trois sur quatre, contre un



Taux de pauvreté et niveau de vie mensuel médian des enfants

	Avec leurs deux parents		Avec un seul parent		Ensemble
	En famille traditionnelle	En famille recomposée	En famille recomposée	En famille monoparentale	
Taux de pauvreté (en %)					
Territoires ruraux	8	17	12	36	13
Territoires urbains	18	21	18	39	23
Ensemble	15	19	16	38	20
Niveau de vie médian mensuel (en euros)					
Territoires ruraux	1 800	1 500	1 500	1 200	1 700
Territoires urbains	1 700	1 400	1 700	1 200	1 500
Ensemble	1 700	1 400	1 600	1 200	1 600

Lecture • Dans les familles traditionnelles des communes rurales, 8 % des enfants vivent sous le seuil de pauvreté et le niveau de vie mensuel médian des enfants s'établit à 1 800 euros.

Champ • Enfants de moins de 18 ans, France métropolitaine.

Source • Insee, Enquête sur les revenus fiscaux et sociaux 2017.

sur deux en ville). En cas de séparation, la résidence alternée y est plus fréquente (15 %, contre 10 %).

Peu d'enfants ruraux résident dans un logement social (5 %, contre 27 % des enfants urbains), même au sein des familles monoparentales (16 % en milieu rural contre 43 % en milieu urbain), ce qui s'explique en partie par une offre moins développée. De même, seuls 9 % des enfants de moins de 3 ans sont confiés principalement à une crèche en journée, en semaine, contre 18 % en moyenne [5] en milieu urbain où l'offre est plus importante. Par ailleurs, les horaires de travail atypiques, le week-end ou la nuit, sont plus fréquents parmi les parents de jeunes enfants résidant en secteur rural. Le recours à un mode d'accueil payant y est donc plus fréquent avant 8 heures, après 19 heures ou le week-end pour leurs enfants de moins de 3 ans (24 %, contre 16 % en milieu urbain) et les parents ont plus souvent recours aux grands-parents ou à un autre membre de la famille sur ces plages horaires (19 %, contre 14 %) [6].

Au-delà de l'offre, les temps d'accès aux professionnels de santé et notamment aux spécialistes et aux équipements sont plus élevés [7]. Les collégiens et les lycéens ruraux mettent ainsi deux fois plus de temps en moyenne que les jeunes urbains pour se rendre dans leur établissement. À la campagne, les enfants vivent en moyenne à 25 min en voiture d'un pédiatre. Ils résident à

5 min en voiture d'une bibliothèque, mais à 16 min d'un cinéma et à 22 min d'un musée. Aussi, le plus fort écart d'accès aux équipements sportifs entre les enfants des espaces ruraux et ceux des espaces urbains concerne les bassins de natation et les stades d'athlétisme.

Une pauvreté accentuée dans les zones isolées

Le milieu rural n'est pas un espace homogène. Ainsi, 500 000 enfants vivent dans les territoires ruraux isolés (soit 12 % des enfants du monde rural). Ces derniers vivent plus souvent sous le seuil de pauvreté (22 %) que dans le reste du secteur rural. Il est en effet plus rare que leurs deux parents occupent un emploi. De plus, ils grandissent plus couramment dans une famille monoparentale (18 % des enfants) et, lorsque c'est le cas, il est plus fréquent que leur parent n'ait pas d'emploi. Par ailleurs, si les différences de conditions de logement au sein des territoires ruraux sont faibles, en revanche, les accès aux services et aux équipements – en particulier musées, théâtres, conservatoires ou courts de tennis – sont encore plus limités dans les aires rurales isolées. Les enfants y résident en moyenne à 40 min d'un pédiatre. Les collégiens mettent en moyenne 24 min en voiture pour se rendre à leur établissement scolaire, 50 min en moyenne pour les lycéens, soit deux fois plus de temps que dans l'ensemble du monde rural. ■

1. La définition du terme rural dans cette étude diffère légèrement de la définition officielle établie par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) depuis l'automne 2020. Les données s'appuient sur des zonages diffusés par l'Insee, antérieurs à cette date.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). *Enquête annuelle de recensement 2018*. Paris : Insee, 1^{er} février 2018. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/information/3318243>

[2] Viot P. Grandir dans un territoire rural : quelles différences de conditions de vie par rapport aux espaces urbains ? *Études et résultats*, 24 mars 2021, n° 1189. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/grandir-dans-un-territoire-rural-quelles-differences-de-conditions>

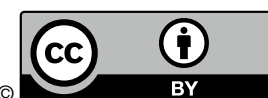
[3] Insee. Enquête sur les revenus fiscaux et sociaux 2017. *Insee Première*, 10 septembre 2019, n° 1772. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4208956>

[4] Insee. *Enquête logement 2013*. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1287961?sommaire=1912749>

[5] Drees. *Enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants*. 2021. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-modes-de-garde-et-daccueil-des-jeunes-enfants>

[6] Drees. Enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants en 2013. *Études et Résultats*, 30 octobre 2014, n° 896. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/modes-de-garde-et-daccueil-des-jeunes-enfants-en-2013>

[7] Insee. *Base permanente des équipements*. 2019. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/operation/s1524/presentation>



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

La photo de cet article est protégée par le droit d'auteur et ne peut être réutilisée sans autorisation préalable.

« Les jeunes femmes jouent un rôle central dans l'organisation familiale »

Entretien avec Yaëlle Amsellem-Mainguy, sociologue, chargée de recherche, Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep).

L'ESSENTIEL

■ **On parle peu des jeunes femmes en milieu rural. L'ouvrage *Les filles du coin* apporte un éclairage sur leurs conditions de vie et leurs parcours. Si elles doivent composer avec de fortes contraintes – éloignement des lieux de formation, emplois féminins majoritairement peu qualifiés, instables et à temps partiel, essentiellement dans les métiers du *care*, elles bénéficient aussi d'un réseau social et amical solide, ancré localement. Pour favoriser leur accès aux soins et à la prévention, l'accompagnement par des professionnels du travail social, éducatif et de jeunesse demeure essentiel.**

La Santé en action : Pourquoi avoir enquêté sur les jeunes femmes rurales ?

Yaëlle Amsellem-Mainguy : Cette enquête s'inscrit dans la continuité de mes travaux sur les jeunes des classes populaires et sur les rapports de genre. Il s'agissait d'explorer, du point de vue de la sociologie, les conditions de vie des jeunes femmes vivant en milieu rural, un angle encore peu documenté. Ce travail s'inscrit dans la suite des ouvrages *Les gars du coin* de Nicolas Renahy et *Ceux qui restent. Grandir dans la France en déclin* de Benoît Coquard, en proposant un éclairage complémentaire sur des femmes plus jeunes, à partir de leur trajectoire, de leur quotidien et de leur ancrage local.

S. A. : **En quoi votre enquête se différencie-t-elle de *Les gars du coin* ?**

Y. A.-M. : Outre la méthode d'enquête, la principale différence tient à l'âge. Les hommes étudiés par Nicolas Renahy sont entrés dans la vie professionnelle et ont autour de 25 ans et plus. J'ai interrogé des jeunes femmes de 15 à 25 ans, au moment où les trajectoires se construisent : orientations scolaires, premières expériences professionnelles, entrée dans la sexualité et dans la vie conjugale, décohabitation familiale, etc. C'est à ces âges que se construisent aussi les réseaux de sociabilité. Les transitions entre collège, lycée, formation et emploi sont importantes, tout comme l'articulation entre couple, sexualité, logement, loisirs et travail.

S. A. : **Qui sont les « filles du coin » que vous avez rencontrées ?**

Y. A.-M. : Mon enquête porte uniquement sur des jeunes femmes qui vivent encore en milieu rural ; celles qui sont parties faire des études n'y figurent donc pas. Les « filles du coin » sont le plus souvent issues de familles bien identifiées localement et reconnues. Elles sont souvent désignées par leur patronyme – « la fille de... » – ce qui souligne leur inscription dans des lignées familiales et l'importance de l'histoire locale. Elles appartiennent majoritairement aux classes populaires – filles d'ouvriers ou d'employés –, disposent d'un fort capital local grâce à leur réseau et à celui de leur famille qui leur permet d'accéder à certains emplois, d'avoir un logement ou d'être véhiculée par un tiers par exemple. En cela, elles se distinguent de filles du

même âge marginalisées. Ce capital de réseau, que l'on appelle en sociologie « capital d'autochtonie », vient en partie compenser le capital économique ou culturel. Elles partagent de nombreux points communs avec les autres jeunes femmes des classes populaires, notamment du point de vue du genre et de la classe sociale. Ce qui singularise leurs trajectoires rurales, ce sont surtout les contraintes liées à la formation et à l'emploi : éloignement des lieux de formation, faible offre locale, emplois féminins majoritairement peu qualifiés, à temps partiel et aux horaires fractionnés. Ces conditions conduisent à des arbitrages spécifiques : le diplôme reste protecteur, mais son utilité est parfois remise en question face au poids des réseaux locaux. Les jeunes femmes se tournent vers les métiers du secteur tertiaire disponibles localement : aide à la personne, à la petite enfance, aux personnes âgées, pour n'en citer que quelques-uns.

S. A. : **Pourquoi avoir axé votre étude sur quatre territoires ?**

Y. A.-M. : L'idée était de tenir compte de l'hétérogénéité des espaces ruraux en France : certains sont attractifs – les classes moyennes où certaines fractions favorisées y télétravaillent par exemple –, ce qui leur confère un certain dynamisme. *A contrario*, d'autres territoires sont en déclin, il n'y a ni tourisme, ni développement institutionnel malgré parfois un réseau associatif. Ils se caractérisent par des emplois en baisse notamment en raison de délocalisations d'usines et de leurs fermetures successives. J'ai donc enquêté sur quatre territoires :

les Ardennes qui subissent la désindustrialisation, la Chartreuse¹ et le Finistère qui sont des territoires touristiques, et les Deux-Sèvres, territoire « de passage », comme disent les filles, avec encore de l'industrie. Cela permet d'analyser l'effet des histoires locales et des dynamiques économiques sur les parcours juvéniles.

S. A. : Parlent-elles de santé dans leurs témoignages ?

Y. A.-M. : Les jeunes femmes abordent la santé à travers la question plus large de l'accès aux droits, aux soins et aux services. Elles mettent sur un même plan infirmière, boulangerie, gynécologue, auto-école ou mission locale : santé, mobilité, formation et travail font partie d'un même quotidien. Nombreuses sont celles qui jouent un rôle central dans l'organisation familiale : aide aux proches, prise de rendez-vous médicaux, gestion des démarches en ligne. Elles apprennent très tôt le travail du *care*², font le constat dès l'adolescence des délais d'attente de plusieurs mois pour les rendez-vous médicaux, et apprennent à reporter les soins les concernant « pour ne pas déranger », « parce que ce n'est pas suffisamment urgent », ou encore pour « rentabiliser les coûts » : déplacement, organisation, consultation, éventuelle prescription, etc.

S. A. : Abordent-elles leur santé personnelle, intime ?

Y. A.-M. : À propos des dimensions intimes, la contraception est plus souvent évoquée que le suivi gynécologique. Si l'interconnaissance locale peut aider à se déplacer, elle implique également une certaine forme de contrôle social des motifs de consultation ou de questions à la pharmacie du bourg. L'éloignement des villes et la faiblesse des transports en commun viennent compliquer l'accès aux soins : délais, coûts, déplacements. Les réseaux amicaux et le numérique jouent un rôle clé pour contourner en partie ces obstacles. Par ailleurs, il ressort de cette recherche que la présence durable de professionnels du travail social, éducatif et de jeunesse favorise la prévention, l'accès aux soins et l'accès aux droits. Lorsque les équipes sont stables, dans les missions locales, les associations, les

établissements scolaires, les animateurs, éducateurs, enseignants ou encore conseillers peuvent constituer des ressources de confiance, alternatives au réseau familial ; elles facilitent l'accès à l'information, aux droits et à la prévention. À l'inverse, le *turn-over* permanent fragilise fortement ces parcours.

S. A. : Ces problématiques évoluent-elles depuis vingt ans ?

Y. A.-M. : L'enquête ne permet pas de tirer de conclusions en matière d'évolutions. Toutefois, les données sociologiques montrent que les tensions autour de l'emploi se sont fortement accrues depuis la crise économique de 2008, en particulier pour les jeunes et du côté des emplois féminins plus précaires. Cela n'est pas sans conséquence sur la décohabitation, l'indépendance économique et résidentielle, et sur l'accès aux soins.

S. A. : Que retenir de votre enquête ?

Y. A.-M. : Les jeunes femmes ont un accès plus compliqué que les jeunes hommes à la formation (moins diversifiée), à l'emploi (moins qualifié). Obtenir un emploi ou un stage professionnel passe bien souvent par le réseau local. Le revers de la médaille est qu'il est très difficile pour les jeunes femmes de pouvoir contester leurs conditions de travail, et surtout de faire part de situations de harcèlement ou de violences au travail. « Ne pas chercher les problèmes » et « ne pas causer de problèmes » à leurs parents sont les deux principes qui participent à l'invisibilité et à l'indicibilité des violences en milieu professionnel qu'elles subissent.

L'entrée en couple, et plus encore l'installation dans une routine, est l'occasion de l'apprentissage de la vie conjugale, y compris dans les rapports sociaux inégalitaires. La violence conjugale dans toute la diversité des formes qu'elle peut prendre en est l'exemple extrême ; loin d'être anecdotique dans les entretiens réalisés, indépendamment de l'âge des jeunes femmes rencontrées, elle n'est cependant caractéristique ni des classes populaires ni du milieu rural, où il y a par contre une faible diversification des structures d'accompagnement des victimes de violences. Les jeunes

femmes rencontrent aussi des difficultés pour accéder aux services publics, notamment aux modes de garde des jeunes enfants par exemple. Les loisirs comme les investissements publics ne leur semblent pas être tournés vers elles, ni les concerner. En partie en charge du travail du *care* et du travail administratif des familles, elles font face aux déserts médicaux et aux difficultés pour consulter des spécialistes, et elles peinent à bénéficier de leurs droits et des aides. Ce sont elles qui doivent compenser l'éloignement des services publics. Dès l'adolescence, elles pointent l'importance d'un renforcement des services publics de proximité dans un contexte où les mobilités sont plus complexes qu'ailleurs. En effet, la mobilité conditionne l'accès aux droits, y compris en santé. Dans ce contexte, des moyens pour la santé scolaire et les centres de protection maternelle et infantile (PMI) apparaissent primordiaux pour la prévention comme dans la connaissance territoriale, en milieu rural comme ailleurs. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1. Ce terme regroupe sept communes d'Isère et quatre de Savoie (NDLR).
2. Soins et service à la personne.

Pour en savoir plus

- Yaëlle Amsellem-Mainguy. *Les filles du coin. Vivre et grandir en milieu rural*. Paris : Presses de Sciences-Po, 2021 (2^e édition 2023).
- Benoît Coquard. *Ceux qui restent. Faire sa vie dans les campagnes en déclin*. Paris : La Découverte, 2019.
- Nicolas Renahy. *Les gars du coin. Enquête sur une jeunesse rurale*. Paris : La Découverte, 2010.



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

La photo de cet article est protégée par le droit d'auteur et ne peut être réutilisée sans autorisation préalable.

Une vie en marge pour les jeunes ruraux sans diplôme

Clément Reversé,

maître de conférences en sociologie,
université Toulouse Jean-Jaurès,
chercheur à l'Utopi (ex-Certop),
chercheur associé au centre
Émile-Durkheim.

L'ESSENTIEL

■ **Dans le monde rural où le marché de l'emploi s'est aussi tertiarié, de nombreux jeunes sans qualification vivent une précarité invisible et brutale : contrats instables, horaires éclatés, travail au noir, chômage sans indemnités. Les politiques d'insertion professionnelle reposant sur la formation et sur la mobilité ne sont pas adaptées à un public sans moyens, sans voiture, sans réseau. Il en résulte un isolement social, source de souffrance psychique.**

En milieu rural, le travail ne se recentre plus autour des usines ou des champs. Ce dernier est largement tertiarié [1], mais surtout de plus en plus fragmenté et précaire. Pour les jeunes sortis de l'école avant l'obtention d'un diplôme de niveau CAP-BEP – 360 000 ruraux en France, selon une estimation fondée sur les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) [2] –, le marché de l'emploi n'est plus une promesse d'intégration. En effet, dans les campagnes, l'intérim, les petits contrats à durée déterminée (CDD) et le travail au noir se sont imposés comme le principal canal d'accès à l'emploi pour les jeunes sans qualification. Leur vie se déroule entre des contrats précaires, des horaires éclatés et des périodes de chômage sans droit. Si les ruraux sans diplôme ont 1,23 fois plus de probabilité d'emploi que les urbains [3], cela cache des situations de précarité. L'emploi rural ne manque pas toujours, mais il se dérobe – instable, temporaire, souvent à temps partiel.

Un accès difficile à la formation

L'absence de diplôme les relègue aux marges du marché local, là où le contrat à durée indéterminée (CDI) est un mirage et où l'accès à la formation est bloqué par le coût, la distance ou la défiance envers les institutions. Pensées depuis les métropoles, les politiques d'insertion reposent sur des présupposés largement inadaptés aux réalités rurales : la mobilité permanente, la disponibilité immédiate et l'accès à la formation sont érigés en normes, alors même que ces jeunes disposent de peu de ressources matérielles, rarement d'un véhicule et encore moins de réseaux mobilisables. Parallèlement, le capital d'autochtonie¹ [4], longtemps protecteur dans les bourgs – connaissance des employeurs, réputation locale, sociabilité de proximité –, perd de sa valeur à mesure que les recrutements se dépersonnalisent, passant par des plateformes numériques ou par l'intérim. Ce basculement fragilise particulièrement les jeunes qui restent vivre dans le monde rural, en les privant à la fois de soutiens institutionnels efficaces et de ressources locales autrefois décisives. Ceux qui restent deviennent ceux qui ne bougent pas.

Non seulement ces jeunes ne trouvent pas d'emploi stable, mais ils ne sont plus identifiés comme des travailleurs potentiels. Les employeurs parlent d'eux comme de « *jeunes paumés* », les élus comme des « *cas difficiles* ». Leur exclusion est double : économique, mais aussi symbolique. Sans place dans le travail, ils n'en ont plus dans le monde social. Dans les campagnes, cette misère reste invisible. Les jeunes « *à la marge du marché* » [5] rappellent, par leur trajectoire, qu'il ne s'agit pas seulement d'un problème d'emploi, mais d'une transformation profonde du lien

social : quand le travail disparaît, c'est la société elle-même qui cesse de reconnaître certains de ses membres.

Troubles anxieux et conduites addictives

Le retrait progressif de l'école, puis du marché du travail s'accompagne d'un retrait du monde, où la honte, la fatigue et le désenchantement se mêlent. La pauvreté ne se résume pas à un manque d'argent : elle s'enracine dans un manque de liens, un isolement dangereux.

L'isolement est non seulement géographique, mais aussi social. Vivre à 10 km du premier supermarché ou à 30 min du centre-ville, sans voiture ni transports, c'est être coupé des autres. Le village, autrefois espace d'entraide, devient un lieu de surveillance et de rumeurs [6]. Les jeunes dont les parcours dévient (inactivité, petits délits, maternité précoce, etc.) se retrouvent vite désignés comme « *cassos* »², catégorie infamante qui isole autant qu'elle identifie. Le stigmate enferme et colle à la peau. Beaucoup finissent par l'intégrer, parfois même le revendiquent avec ironie. Toutefois, derrière le rire se loge un profond sentiment d'inutilité sociale. Les politiques d'insertion, les missions locales ou les conseillers d'intérim apparaissent comme des mondes étrangers, avec leurs codes, leur vocabulaire et leurs attentes de motivation qui sonnent creux quand on ne croit plus à sa propre valeur.

Les conséquences psychiques sont considérables. Dans les récits recueillis³, la dépression, les troubles anxieux et les conduites addictives sont très présents. Les jeunes calment leur mal-être comme ils le peuvent : pratiques à risque, consommation de drogues, d'alcool, d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs (souvent sans ordonnance). Derrière une apparente apathie se



© Arnaud Bouissau / Terra

Elle révèle les effets délétères d'un monde du travail qui n'intègre plus et d'un État social de moins en moins accessible dans les territoires ruraux. Reconnaître ces jeunes comme des sujets sociaux à part entière suppose de rompre avec les lectures moralisantes de l'inactivité et de repenser les politiques publiques à partir de leurs contraintes réelles : mobilité, accès aux soins, accompagnement de long terme et lutte contre la stigmatisation. ■

cache une fatigue d'exister, nourrie par la précarité matérielle, l'isolement et la culpabilité d'être « à la traîne ». La santé mentale de ces jeunes se fragilise d'autant plus que les soutiens institutionnels sont faibles [7]. Les structures de santé sont éloignées, les psychologues rares et chers, les dispositifs publics saturés ou inadaptés.

Un manque de perspective d'avenir

La ruralité renforce la solitude : on cache son mal-être pour ne pas « faire parler ». Dans un environnement où l'honneur et la débrouille restent des valeurs fortes, demander de l'aide revient souvent à s'exposer au jugement. L'isolement devient alors un refuge, un moyen de ne plus être vu, au prix d'une lente disparition sociale. Ce retrait s'accompagne d'un effondrement des perspectives [8]. L'avenir se rétrécit à quelques jours : la prochaine mission d'intérim, le prochain contrôle du chômage, le prochain rendez-vous médical. La temporalité de la précarité, c'est celle du court terme. Le temps long, celui des projets et des engagements s'efface. Beaucoup vivent dans une attente sans objet, dans une forme de suspens existentiel où l'on survit plus qu'on ne vit [9].

Loin d'être des marginaux ou des « ensauvagés », ces jeunes incarnent une tendance plus large : la disparition des espaces qui structuraient autrefois la vie populaire rurale [10]. Leur effritement laisse place à une génération coincée entre deux mondes : trop pauvre pour partir et trop stigmatisée pour s'intégrer.

Les trajectoires de jeunes sans diplôme en milieu rural mettent en lumière une réalité : celle d'une

précarité durable qui ne se limite ni à l'emploi ni aux conditions matérielles d'existence, mais qui affecte profondément les liens sociaux, les identités et la santé mentale, produisant des parcours marqués par l'incertitude, le découragement et la perte de reconnaissance sociale. Le stigmatisme du *cassos*, loin d'être anecdotique [5], cristallise cette disqualification morale et sociale ; il contribue à transformer l'inactivité contrainte en faute individuelle, renforçant la honte et le repli sur soi. La souffrance psychique observée ne peut ainsi être comprise indépendamment des conditions sociales qui la produisent.

1. En géographie, fait d'appartenir à une population présente sur un territoire (NDLR).

2. Raccourci argotique de « cas social » (NDLR).

3. Auprès de jeunes d'une vingtaine d'années, rencontrés dans les zones rurales de trois départements de la Nouvelle-Aquitaine pour l'ouvrage *La vie de cassos. Jeunes ruraux en survie*.



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

La photo de cet article est protégée par le droit d'auteur et ne peut être réutilisée sans autorisation préalable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Aubert F., Schmitt B. De l'économie rurale agricole à l'économie spatiale et régionale, trente ans d'analyse des espaces ruraux. In : Jeanneaux P. Perrier-Cornet P. *Repenser l'économie rurale*. Versailles : Éditions Quæ, coll. Update Sciences & Technologies, 2014 : p. 30-54. En ligne : <https://doi.org/10.3917/quæ.jean.2014.01.0030>.

[2] Reversé C. *La vie de cassos. Jeunes ruraux en survie*. Bordeaux : Le bord de l'eau, coll. Documents, 2025 : 240 p. En ligne : <https://www.editionsbdl.com/produit/la-vie-de-cassos-jeunes-ruraux-en-survie/>

[3] Zaffran J. Emploi des jeunes sans diplôme : la prime au rural. *Formation Emploi*, 2018, n° 142 : p. 99-117. En ligne : <https://doi.org/10.4000/formationemploi.5616>.

[4] Renahy N. *Les gars du coin : Enquête sur une jeunesse rurale*. Paris : La Découverte, 2005. En ligne : https://www.editionsladecouverte.fr/les_gars_du_coin-9782707160126

[5] Reversé C. Petits boulots et grandes galères. Être jeune sans diplôme en milieu rural. *Céreq Bref*, 2025,

vol. 465, n° 1 : p. 1-4. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-cereq-bref-2025--2-page-1?lang=fr>.

[6] Élias N. Remarques sur le commérage. Trad. Muel-Dreyfus F. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1985, n° 60 : Images « populaires » : p. 23-29. En ligne : <https://doi.org/10.3406/arss.1985.2285>

[7] Durovic A., Duvoux N. (dirs.). *Jeunes françaises contemporaines*. Paris : CNRS Éditions, coll. Sciences politiques et sociologie, 2024. En ligne : <https://www.cnrseditions.fr/catalogue/sciences-politiques-et-sociologie/jeunes-francaises-contemporaines/>

[8] Peugny C. *Pour une politique de la jeunesse*. Paris : Seuil, coll. La République des idées, 2022 : 128 p. En ligne : <https://www.seuil.com/ouvrage/pour-une-politique-de-la-jeunesse-camille-peugny/9782021492439>

[9] Dubet F. *La Galère : jeunes en survie*. Paris : Arthème Fayard, coll. Mouvement 4, 1987.

[10] Coquard B. *Ceux qui restent. Faire sa vie dans les campagnes en déclin*. Paris : La Découverte, coll. Poche/Sciences humaines et sociales, 2022. En ligne : <https://doi.org/10.3917/dec.coqua.2022.01>

« La permanence en milieu scolaire préserve l'anonymat dans les communes de l'intérieur »

Entretien avec Nadia Thomas,
coordinatrice gynéco-obstétricale,
Cassandre Unger,
sage-femme coordinatrice,
Centre délocalisé de prévention et de soins (CDPS),
site de Cayenne, Centre hospitalier universitaire
de Guyane.

L'ESSENTIEL

► En Guyane, 40 000 habitants vivent dans des communes isolées. Pour renforcer la prévention des risques sexuels chez les jeunes, des permanences de sages-femmes ont été installées dans plusieurs collèges depuis 2022. Leur objectif est d'informer, de dépister et de protéger les élèves dans un cadre confidentiel et accessible.

La Santé en action : Quel est le visage de la ruralité en Guyane ?

Nadia Thomas & Cassandre Unger : La collectivité territoriale compte environ 300 000 personnes, habitant majoritairement sur le littoral entre Saint-Laurent-du-Maroni et Cayenne. De part et d'autre des fleuves Maroni et Oyapok se trouvent les communes de l'intérieur, où vivent près de 40 000 personnes notamment à Grand-Santi, Maripa-Soula et Saint-Georges. C'est la ruralité de la Guyane, sachant que pratiquement tout le territoire est un désert médical. Concernant la santé sexuelle, la prévention se concentre sur les infections sexuellement transmissibles (IST), les violences sexuelles et les grossesses précoces non désirées, en particulier chez les moins de 15 ans. Dans les territoires géographiquement enclavés, 10 % des accouchées sont des mineures, contre un peu plus de 5 % sur le littoral. Pour ces communes, les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) constituent un maillage essentiel. Les professionnels de santé, dont 90 % viennent de métropole, y exercent avec des médiateurs en santé, principalement des femmes issues des communautés locales, qui jouent un rôle d'interface linguistique et culturelle et font le pont entre médecine occidentale et médecine traditionnelle.

S. A. : Comment intervient la sage-femme au collège ?

N. T. & C. U. : Ce dispositif essentiel pour la prévention en santé sexuelle a été instauré dans les villes en 2018, proposant des entretiens individuels aux jeunes. Il a été étendu aux collèges des communes de l'intérieur à partir de 2022. Pendant la permanence, la sage-femme, parfois secondée par une « femme-relais » – nom donné aux médiatrices en santé du réseau périnatal de Guyane – reçoit en toute confidentialité les élèves qui le souhaitent à l'infirmerie. Ils s'y informent sur la puberté, les relations sexuelles, la reproduction, les méthodes contraceptives, les pratiques sexuelles à risques, etc. Ils ont également accès à des préservatifs, des tests de grossesse et de dépistage. Dans les communes isolées, la mise en œuvre des consultations dans les murs, fruit d'un partenariat rectorat-hôpital, est facilitée par la proximité géographique des centres de santé avec les collèges.

S. A. : La prévention est-elle améliorée ?

N. T. & C. U. : Dans les territoires enclavés, il n'y a pas de professionnels libéraux que les jeunes, et notamment les jeunes filles, pourraient consulter. Les centres de santé étant situés au cœur des villages, il leur est difficile de s'y rendre sans être vus par leur communauté, sans compter que des personnes de leur connaissance y travaillent souvent. La permanence en milieu scolaire préserve l'anonymat. Pendant ce temps d'échange, les élèves ne sont pas notés « absents en cours », mais ils sont signalés « à l'infirmerie ». Cet espace d'échange sécurisé permet plusieurs avancées : découverte plus précoce des grossesses, possibilité de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), initiation d'une contraception, orientation vers les professionnels ou vers les services compétents, etc. C'est aussi un lieu où la sage-femme est amenée à constater des situations de harcèlement, de vulnérabilité ou de maltraitance ; elle peut alors agir pour protéger l'intégrité physique et sexuelle des élèves.

S. A. : Quel est le bilan ?

N. T. & C. U. : En 2024-2025, 240 élèves ont été reçus en consultation individuelle dans cinq collèges des communes de l'intérieur bénéficiant du dispositif, où sont scolarisés 2 196 élèves. Celui-ci est plébiscité par les infirmières scolaires qui souhaitent l'ouverture de permanences (quand leur établissement n'en dispose pas), ou l'augmentation de leur fréquence à une matinée hebdomadaire. Un résultat nous a paru encourageant dès le départ : au terme de l'année scolaire 2022-2023, où les consultations ont été mises en œuvre pour la première fois au collège de Grand-Santi – au rythme d'une matinée tous les 15 jours –, il n'y a eu aucune grossesse. Les années précédentes, trois ou quatre collégiennes étaient enceintes. Il faudra toutefois plusieurs années avant de mesurer l'impact du dispositif sur le nombre de grossesses parmi les mineures, et particulièrement parmi les moins de 15 ans, sur l'âge de la première grossesse, sur le recours à l'IVG, sur le recul des IST, et plus généralement sur le bien-être sexuel des jeunes. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel,
rédactrice en chef.



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

« L'infirmière scolaire joue un rôle clé de mise en réseau »

Entretien avec Mathilde Bouton,
infirmière de l'Éducation nationale,
collège de Plombières-les-Bains (Vosges),
Céline Lambolez,
conseillère technique infirmière,
Direction des services départementaux
de l'Éducation nationale (DSDEN).

La Santé en action :

Quelles sont les questions de santé au collège de Plombières-les-Bains ?

Mathilde Bouton : Cet établissement accueillant 224 élèves est situé dans une cité thermique de 1 500 habitants, sur un territoire agricole avec un habitat secondaire important et une petite industrie. Les jeunes sont issus de familles plutôt modestes. Notre milieu rural est marqué par une difficulté d'accès aux soins, un isolement social, des loisirs culturels limités, même s'il y a un petit cinéma et des associations sportives dynamiques. Nous rencontrons les mêmes problématiques qu'au niveau national : difficultés relationnelles avec la famille ou avec des camarades, troubles du sommeil, stress lié à la pression sur les résultats scolaires, utilisation massive des écrans, usage croissant de la cigarette électronique, un peu de consommation d'alcool. En milieu rural, l'infirmière scolaire occupe une place singulière. Elle est souvent l'une des rares professionnelles de santé identifiées par les familles sur le territoire. Son rôle dépasse la prise en charge individuelle : elle assure une fonction de repérage précoce, d'orientation et de coordination.

Céline Lambolez : En milieu rural, la question de la réussite scolaire est étroitement liée à celle de la mobilité. Poursuivre des études implique fréquemment de quitter son lieu de vie, parfois très jeune, pour intégrer un internat ou un foyer. Cela représente un coût psychologique et affectif important : séparation familiale, autonomie précoce, conditions de vie parfois précaires, éloignement du réseau social habituel. Cette situation peut générer de l'anxiété, une peur de l'échec ou un sentiment d'illégitimité. Le dispositif Territoire éducatif rural (TER), porté par la cité scolaire de Neufchâteau avec les collèges de Liffol-le-Grand et Châtenois, travaille à renforcer l'ambition scolaire dans notre département rural. La santé, et notamment la santé mentale, en est un volet essentiel pour accompagner les élèves dans ces transitions.

S. A. : Comment le volet santé du TER se concrétise-t-il ?

C. L. : Une consultation infirmière innovante est proposée en petite section : au moment charnière de l'entrée à l'école, elle sécurise l'enfant et sa famille, clarifie les rôles de chacun dans une logique de co-éducation. Un autre volet concerne la mobilisation des acteurs locaux : face à la dispersion géographique des ressources, l'infirmière scolaire joue un rôle clé de mise en réseau avec les services de la protection maternelle et infantile (PMI), les centres médico-psychologiques (CMP), les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), les maisons des adolescents, les services sociaux, mais aussi avec les élus ou avec les associations. L'objectif est d'éviter les ruptures de suivi et de faire en sorte qu'aucun élève ne reste seul face à une difficulté sociale ou de santé.

S. A. : Quelles actions de prévention déployez-vous ?

M. B. : Suite aux sollicitations d'enseignants qui constataient une fatigue et une baisse de concentration de leurs élèves, le groupe de travail Game over, soutenu par l'agence régionale de santé (ARS), a été créé il y a deux ans au niveau départemental pour élaborer un programme favorisant un usage raisonné des écrans et adapté aux différents niveaux : en primaire, des jeux sont proposés, qui aident à prendre conscience de l'effet des écrans sur le sommeil et sur le bien-être ; en quatrième et en troisième, l'attention est portée sur les réseaux sociaux, l'e-réputation, les *infox*¹, etc. Les interventions se font avec l'association Génération numérique.

C. L. : Cette initiative associe les parents avec qui nous dialoguons pour promouvoir cet usage réfléchi. Les productions réalisées par les élèves constituent des supports concrets d'échange au sein des familles. Des QR codes intégrés à ces documents donnent accès à des recommandations actualisées – effets de la lumière bleue, classifications PEGI², usages – afin de partager avec elles des repères fiables.

M. B. : La santé mentale des élèves est une priorité que nous abordons via le développement des compétences psychosociales (CPS). Début 2026, une première classe de cinquième bénéficie du programme Unplugged³ sur

L'ESSENTIEL

► Au collège de Plombières-les-Bains (Vosges), les élèves vivent le même quotidien qu'ailleurs, entre difficultés relationnelles et enjeu stressant de la réussite scolaire, qu'ils confient à l'infirmière scolaire. Celle-ci est souvent l'une des rares professionnelles de santé identifiées par les familles sur le territoire.

lequel une professeure et moi-même avons été formées. Il est porté par l'Association vosgienne de sauvegarde de l'enfant et de l'adolescent (AVSEA). Les 12 séances d'une heure sont co-animées par un professionnel du service éducatif de prévention et d'intervention en addictologie (Sepia) et moi-même. Le dispositif sera progressivement étendu aux autres classes de cinquième.

C. L. : Faire de la promotion de la santé dans les écoles rurales n'est pas plus difficile qu'ailleurs, car nous pouvons mobiliser des moyens. Le déploiement d'Unplugged est soutenu par la Fédération Addiction, qui a répondu à un appel à projet national. C'est l'implication des équipes et des associations qui compte. En milieu rural, la proximité nous permet de nouer des liens avec les parents, pour une co-éducation essentielle au bien-être des élèves. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, rédactrice en chef.

1. Fausses informations sur Internet et sur les réseaux sociaux (NDLR).
2. Système européen d'évaluation des jeux vidéo qui a pour but d'aider les joueurs et leurs parents dans le choix d'un jeu.
3. Unplugged est un programme de prévention des conduites addictives fondé sur les compétences psychosociales (CPS), mais ce n'est pas un programme de santé mentale au sens strict.



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

Un bus itinérant pour promouvoir la santé en milieu montagnard

Éric Le Grand,

consultant en promotion de la santé,
professeur affilié, École des hautes études
en santé publique (EHESP),

Virginie Poujol,

directrice,
Laboratoire d'études et de recherche
sur l'intervention sociale (Léris).

L'ESSENTIEL

Porté par la maison des familles de Saint-Marcellin en Vercors (Isère), le dispositif *En route vers la santé* a été expérimenté de 2020 à 2023. Une psychologue et une travailleuse sociale proposaient aux 15-25 ans écoute, sensibilisation et consultations psychologiques gratuites à bord d'un bus sillonnant les 47 communes du territoire. Cette démarche d'« aller-vers », qui a fait l'objet d'une évaluation qualitative, a convaincu les élus locaux qui ont décidé sa pérennisation.

De 2020 à 2023, le dispositif *En route vers la santé* a été mis en place par la maison des familles de Saint-Marcellin en Vercors (Isère) dans le cadre des expérimentations *Agir auprès de la jeunesse en milieu rural* du Fond d'expérimentation de la jeunesse (FEJ) [1]. Un bus aménagé, avec un binôme composé d'une travailleuse sociale et d'une psychologue, a sillonné les 47 communes rurales et montagnardes de ce territoire de 45 000 habitants. Il allait à la rencontre des jeunes de 15 à 25 ans afin de les sensibiliser aux questions de santé et de santé mentale, et pour celles et ceux qui le souhaitaient, leur proposer un suivi psychologique de six consultations gratuites. S'ils ne représentent qu'une faible part de la population (en 2018, 4 % ont entre 15-18 ans et 5 % entre 18 et 25 ans¹), ces jeunes sont néanmoins présents dans chaque commune. Pendant l'expérimentation, une évaluation qualitative [2] a été réalisée, intégrant des observations, 43 entretiens avec des

professionnels (jeunesse et santé) et des élus locaux, et 20 entretiens avec des jeunes ayant suivi les consultations proposées dans le cadre du dispositif itinérant, dont sont présentés ici les principaux enseignements.

Le bus *En route vers la santé* s'inscrit dans les démarches actuelles d'« aller-vers » qui traversent le champ du travail social et de la santé [3-5]. Cette expérimentation dans le champ de la santé mentale des jeunes s'est fondée sur des données épidémiologiques de l'Observatoire régional de la santé (ORS) Auvergne-Rhône-Alpes² montrant une souffrance psychique des jeunes assez élevée (dépression, anxiété, tentatives de suicides, etc.) et plus particulièrement des jeunes filles, ainsi que sur les perceptions d'acteurs de la jeunesse du territoire (mission locale, point information jeunesse, Éducation nationale) faisant état d'une fragilité de cette population. La souffrance psychique en milieu rural y est associée à des vulnérabilités spécifiques : isolement, précarité, problème d'accès aux soins : « Certains jeunes venant à la mission locale et qui ont des soucis mentaux – certains allant vers des pathologies – hésitent à se rendre dans des structures libérales ou hospitalières, de peur d'être stigmatisés, mais aussi par manque de place ou de rendez-vous », exprime une conseillère de mission locale. De même, le territoire – très vallonné, avec de faibles liaisons de transport inter-communes – est une contrainte pour les jeunes. Comme le souligne une infirmière scolaire : « Bien que les jeunes viennent au lycée sur Saint-Marcellin, ils n'ont pas le temps de se rendre à un rendez-vous de soins ou autre en dehors des plages horaires scolaires, car ils doivent reprendre immédiatement le bus pour rentrer chez eux. »

En route pour la santé s'est ainsi ancré dans une double

problématique : apporter des réponses supplémentaires dans le champ de la prévention de la santé mentale et lutter contre le non-recours aux soins par une démarche de proximité, accessible à toutes et à tous, préservant l'anonymat et fondée sur la gratuité.

Un fort sentiment d'isolement

Au regard des caractéristiques du territoire et de l'isolement des jeunes en milieu rural, l'équipe a noué des alliances avec les professionnels (missions locales, établissements scolaires, structure d'accueil de jeunes, etc.) et les élus des communes pour favoriser l'implantation du dispositif et le faire exister dans le paysage local en mobilisant aussi différents moyens d'information (réseaux sociaux, prospectus, etc.). Ce maillage a permis notamment aux parents de jouer un rôle clé dans la mobilisation des jeunes pour se rendre dans les consultations individuelles proposées par le bus.

Entre septembre 2022 et juin 2023, les 125 permanences du bus dans les communes ont permis de sensibiliser 850 jeunes sur les questions de santé et de santé mentale. Ils étaient 30 jeunes, dont 19 filles, à suivre les consultations proposées. Ces permanences ont aussi été l'occasion d'identifier des situations intrafamiliales complexes et des sentiments d'isolement forts, liés notamment aux problèmes de mobilité, et/ou de manque de relations sociales.

Les sujets abordés par les plus jeunes portaient sur la gestion du stress, le harcèlement, la vie sexuelle et intime. La santé mentale reste un sujet tabou pour de nombreux adolescents qui hésitent à en parler par peur du jugement ou de la stigmatisation, surtout dans un contexte rural où l'isolement accentue ces difficultés. Beaucoup n'osent pas demander

de l'aide, et l'accès aux dispositifs comme le bus santé dépend souvent de l'intervention des proches ou d'un accompagnement spécifique.

À la suite des consultations, des orientations ont été faites vers des centres médico-psychologiques (CMP) pour un suivi plus approfondi (malgré la longue file d'attente) ; vers des psychologues ou psychiatres en libéral (bien que l'accès puisse être limité par des questions de moyens financiers ou de disponibilité) ou vers d'autres structures spécialisées du territoire. L'équipe du bus accompagnait les jeunes pour prendre contact avec ces structures et faciliter la transition.

Pour les 18-25 ans – qui ont moins fréquenté le bus, les lieux de permanence n'étant pas directement liés à leurs pratiques sociales –, le principal sujet abordé portait sur le sentiment d'isolement, la précarité, les droits sociaux.

La grande majorité de jeunes ayant bénéficié d'un suivi psychologique dans le bus avaient déjà consulté des psychologues, en libéral ou en institution. Ce dispositif leur apparaît comme un lieu différent : « *On n'a pas l'impression d'être chez un psychologue, on ne voit pas le temps passer pendant 45 min. C'est sous forme de dialogue ; le fait d'être dans un bus, c'est chouette, c'est moins protocolaire que si on allait dans une consultation en ville ou à l'hôpital.* », témoigne un jeune homme. La posture des professionnelles et le fait que le bus puisse venir à proximité de chez eux sont des éléments d'appréciation positive : d'une part on s'intéresse à leurs préoccupations, d'autre part on répond à leurs difficultés de mobilité.

Le bus, un levier de reconnaissance

En route pour la santé a répondu à des besoins de santé mentale chez les jeunes, tant dans leur prise en charge que dans la sensibilisation sur cette thématique. Au-delà, son implantation dans les communes a permis d'agir sur différents leviers dépassant le simple prisme de la santé. Pour les élus locaux, la présence du bus et les échanges avec le binôme de professionnelles ont été un moyen de mieux saisir l'impact de leur politique de jeunesse (logement, transport,

emploi, loisirs, etc.). De même, pour ces élus, et particulièrement ceux des petites communes n'excédant pas 200 habitants, le dispositif a renforcé un sentiment d'appartenance collectif et politique à la communauté de communes et celui d'être considérés comme un rouage important dans la préservation de la santé mentale des jeunes. Ceci a permis de faire évoluer les représentations sur la nécessité de politiques locales de jeunesse concertées pour travailler sur la santé mentale des jeunes, et également sur les questions d'emploi. Ce sentiment s'est également traduit par leur contribution financière à la pérennisation du bus au terme de l'expérimentation³.

Pour les jeunes ruraux, même s'ils ne vont pas à la rencontre des professionnelles ou ne bénéficient pas d'un suivi, le passage du bus sur leur commune a renforcé le sentiment qu'ils comptent pour les représentants politiques locaux avec leurs valeurs, leurs pratiques, leurs aspirations et leurs difficultés. Le dispositif a permis à la fois le renforcement d'un lien social sur le territoire et le fait d'être reconnu dans sa « singularité de jeune ». Comme le souligne une jeune fille, « *dans nos communes, on ne voit pas grand monde, on est un peu isolés entre jeunes. C'est adapté à nous, et aussi c'est pour nous, c'est signe que l'on nous reconnaît, que l'on a de l'importance en tant que jeune, on pense à nous...* »

La démarche d'« aller-vers » En route vers la santé, répondant aux

questionnements autour de la santé des jeunes, a su développer un écosystème intégrant les jeunes, les professionnels, mais aussi les politiques locales de jeunesse, qu'elles soient de santé ou non. À la fin de l'expérimentation, ceci a conduit à pérenniser le financement du dispositif, toujours actif aujourd'hui. En outre, si elle s'est inscrite comme une modalité de réponse aux problèmes d'accès aux soins et à la prévention dans les territoires ruraux, elle a permis – en miroir – de rendre visible les jeunes qui y vivent. ■

1. Diagnostic social enfance jeunesse familles, Saint-Marcellin, Vercors, Isère Communauté. Adelia, 2022.

2. Diagnostic territorial santé mentale des jeunes du territoire Saint-Marcellin, Vercors, Isère Communauté. ORS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018.

3. En ligne : <https://saintmarcellin-vercors-isere.fr/en-route-vers-la-sante.html>



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Stromboni T., Arino G. *Agir auprès de la jeunesse en milieu rural. Enseignements de l'appel à projets « Jeunes en milieu rural » (2019-2024) du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse.* [Notes & rapports] Paris : Injep, 2024, n° 16 : 145 p. En ligne : <https://injep.fr/wp-content/uploads/2024/11/Rapport-2024-16-AP-RURAL.pdf>
- [2] Le Grand É., Poujol V. *Jeunes en milieu rural. En route vers la santé.* [Rapport final] Montpellier : Lériss, 20 octobre 2023 : 54 p. En ligne : <https://leris.org/un-bus-itinerant-pour-promouvoir-la-sante-mentale-des-jeunes-en-milieu-montagnard/>
- [3] Géry Y., Hamel E. « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations. *La Santé en action*,

- décembre 2021, n° 458. En ligne : <https://www.sante-publiquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/documents/magazines-revues/la-sante-en-action-decembre-2021-n-458-allers-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations>
- [4] Parisse J., Porte E. Les démarches d'« aller-vers » dans le travail social : une mise en perspective. *Cahiers de l'action*, décembre 2022, n° 59 : p. 9-16. En ligne : <https://injep.fr/publication/des-liens-et-des-lieux-l-allers-vers-en-pratiques/>
- [5] Avenel C. L'aller-vers au cœur des mutations du travail social. *Revue du droit sanitaire et social*, juillet-août 2021, n° 4 : p. 713-727.

Des obstacles pour accéder à l'alimentation en milieu rural

Mathilde Ferrand,
docteure en géographie,
Laboratoire d'études rurales (LER),
université Lyon 2.

L'ESSENTIEL

► L'idée selon laquelle les populations du monde rural peuvent bénéficier d'une alimentation de qualité à moindre coût est assez répandue du fait des solidarités locales, de la proximité avec les espaces agricoles ou de la possibilité de cultiver une parcelle. Cependant, dans ces territoires, les ménages en situation de pauvreté, limités dans leur mobilité, subissent des prix plus élevés dans les commerces de proximité ou doivent arbitrer entre le coût des trajets et celui des courses. Face à ces difficultés, l'aide alimentaire, pourtant vitale, reste sous-utilisée.

Qualifiée de « masquée », la pauvreté dans les espaces ruraux est moins visible et moins observée [1]. Parmi les domaines de l'existence qu'elle affecte, l'accès à l'alimentation occupe une place particulière et fait l'objet de présupposés spécifiques. Les privations en la matière sont à l'origine de situations de précarité alimentaire, notion définie en 2022 par Dominique Paturel [2], chercheuse en sciences de gestion, comme « une conjonction entre la pauvreté économique et une série d'empêchements socio-culturels et politiques dans l'accès à une alimentation durable ». Des enquêtes de terrain menées dans le cadre d'une thèse Convention industrielle de formation par la recherche (Cifre³) permettent d'éclairer les représentations sociales relatives à l'accès à l'alimentation dans les espaces ruraux et d'en préciser les enjeux spécifiques. Elles ont été menées dans trois communautés de communes de la Drôme et à Saint-Flour Communauté dans le Cantal. Une méthodologie qualitative a été adoptée dans les territoires d'enquête. Aussi, 116 entretiens semi-directifs ont été menés avec des acteurs du développement social, de

l'action sociale, de l'alimentation et du monde agricole [3 ; 4].

Des représentations collectives contribuent à invisibiliser les problèmes sociaux dans les espaces ruraux, et notamment les situations de précarité alimentaire. L'idée selon laquelle les habitants seraient protégés par les solidarités locales est vive. Dans les territoires étudiés, si des acteurs locaux soulignent la ressource que celles-ci constituent face à certaines difficultés, ils remarquent également que tous les habitants n'en bénéficient pas. Les personnes récemment installées par exemple peuvent rarement compter sur une entraide locale souvent illustrée par le don alimentaire entre voisins. À ce propos, de nombreux acteurs du monde social soulignent que les personnes qu'ils accompagnent se tournent vers eux lorsqu'elles ne disposent d'aucun autre recours ou réseau de solidarités sur lequel s'appuyer.

Quelques idées reçues

Parmi les difficultés que peuvent rencontrer les habitants des espaces ruraux, celles liées à l'accès alimentaire sont d'autant moins connues qu'elles sont contre-intuitives. La proximité avec le monde agricole, l'auto-consommation² et « la débrouille » garantiraient aux habitants des ruralités d'avoir une alimentation de qualité en dépit des difficultés économiques qu'ils peuvent rencontrer. Les observations de nombreux acteurs sociaux viennent contredire ce présupposé. Ces derniers remarquent par exemple que les personnes qu'ils accompagnent ont rarement un jardin et ils soulignent que cultiver une parcelle ne constitue pas toujours une protection contre la précarité alimentaire. Produire sa propre nourriture nécessite de disposer de compétences, de temps et de pouvoir composer avec l'incertitude, ce qui est souvent incompatible avec les situations

d'urgence vécues par les personnes qui sont en situation de pauvreté. Ainsi, le jardin serait dans de rares cas une ressource, lorsque les personnes disposent d'un bout de terre à cultiver et que les conditions leur permettant de récolter les fruits de leurs efforts sont réunies. Il en est de même pour la cueillette sauvage, pratiquée par certains des enquêtés. Si elle peut être un soutien, elle nécessite de solides connaissances naturalistes et une connaissance fine du territoire. Enfin, dans l'imaginaire collectif, les agriculteurs sont une catégorie professionnelle protégée de la précarité alimentaire. Pourtant, il s'avère que certains d'entre eux fréquentent aussi les distributions d'aide alimentaire [5].

Des inégalités socio-spatiales d'accès aux lieux d'achats

Les enquêtes de terrain ont par ailleurs mis en évidence le rôle des promotions commerciales réalisées par les grandes et les moyennes surfaces dans les choix d'approvisionnement des ménages en situation de pauvreté. Or, ces lieux d'achats se trouvent principalement dans les petites villes, éloignées des communes de résidence d'une partie de la population. Dans des territoires peu denses, particulièrement dépendants de l'automobile, la question de l'accès physique aux lieux d'achats alimentaires est prégnante. Les populations en situation de pauvreté doivent souvent composer avec une capacité de mobilité réduite. De faibles ressources économiques affectent en effet la « capacité de mobilité quotidienne » qui dépend à la fois de la proximité des services, de la possibilité d'y accéder par des moyens de transport et de l'accessibilité à ces moyens [6]. Dans les territoires ruraux, cette capacité est étroitement liée à l'usage de l'automobile, en raison de la faible densité des services et de la rareté des transports

Caractéristiques socio-démographiques des terrains d'enquête

	Royans-Vercors	Baronniers en Drôme Provençale	Porte de Drôme-Ardèche	Saint-Flour Communauté
Nombre d'habitants	9 616	20 852	47 811	23 388
Densité de population (au km ²)	20,2	19,3	113,6	17,1
Taux de pauvreté	12,4 %	20,9 %	14,2 %	14,6 %
Taux de chômage 15-64 ans	9,3 %	11,5 %	12,5 %	6,5 %
Part des familles monoparentales	9,2 %	7,7 %	9,3 %	7,1 %

Source : Insee, 2025.

en commun. Or, les populations en situation de pauvreté ont moins les moyens de se déplacer en autonomie.

La limitation des possibilités de déplacements se répercute sur l'accès à l'alimentation. Les ménages qui ne disposent pas de véhicule personnel doivent s'approvisionner dans des commerces de proximité, où les prix sont souvent plus élevés en raison des volumes disponibles et des coûts logistiques. Si ces épiceries permettent à des habitants n'ayant pas de voiture de s'approvisionner de manière autonome, elles ne sont pas les plus accessibles financièrement. Quant aux ménages motorisés, ils doivent souvent réaliser un arbitrage entre le prix des trajets et celui des denrées alimentaires. S'approvisionner nécessite alors de réaliser un calcul qui prenne en compte le coût des déplacements et les prix pratiqués dans les commerces.

Un recours aux dispositifs d'aide alimentaire empêché

Conscients des difficultés que rencontrent des habitants pour se nourrir, des acteurs publics et associatifs se

mobilisent pour lutter contre la précarité alimentaire. Parmi eux, les associations des solidarités alimentaires portent des dispositifs pluriels : distributions de colis alimentaires, paniers solidaires, groupements d'achats, épiceries sociales. Elles apportent des réponses variées à différentes formes de précarité alimentaire.

Des initiatives locales visent aussi à faciliter l'accès physique à l'aide alimentaire, dans des territoires où l'accès à un point de distribution peut nécessiter une heure de route. Des structures mettent en place des dispositifs itinérants, quand dans d'autres territoires des partenariats entre associations permettent de s'appuyer sur des solutions mobiles existantes, comme des transports partagés. Sans voiture, l'aide devient presque inaccessible. Néanmoins, en raison de la forte visibilité sociale, ce ne sont pas toujours les lieux de distribution les plus proches de leur domicile qui sont privilégiés par les habitants. Des personnes ne souhaitent pas se rendre à l'aide alimentaire, en dépit des difficultés

rencontrées pour se nourrir, car elles craignent d'être reconnues dans des territoires où les gens se connaissent, au moins de vue. Des professionnels de l'action sociale, des bénévoles de l'aide alimentaire, des élus sont ainsi interpellés par le faible recours des habitants aux dispositifs d'aide locaux.

Une certaine idéalisation de la vie à la campagne a contribué à masquer la présence de problèmes sociaux dans les ruralités [7] et notamment les difficultés d'accès à l'alimentation. Pourtant, loin de ces présupposés, l'accessibilité alimentaire dans les espaces ruraux présente des enjeux spécifiques qui tiennent notamment aux caractéristiques de la pauvreté dans les territoires de faible densité : forte interconnaissance, difficulté de mobilité, éloignement des services. Il en résulte une tension entre proximité et accessibilité qui se manifeste autant dans l'accès aux lieux d'achats alimentaires que dans l'accès aux dispositifs de solidarité alimentaire. ■

1. La thèse Cifre a été portée par Sol et Civilisation, association qui accompagne les transitions agricoles et rurales et Cap rural, centre de ressources pour le développement local, financée par le Département de la Drôme, la Fondation RTE et Saint-Flour Communauté.

2. Fait de consommer sa propre production.



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bonerandi-Richard E. Démasquer la pauvreté rurale : une approche à partir du département de l'Ain. In E. Boulineau (Ed.). La Pauvreté en Europe : une approche géographique. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 2014 : p. 123-134.
- [2] Paturel D. Insécurité ou précarité : épithètes de la faim. Revue Projet, 2022, vol. 388, n° 3 : p. 20-23. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-projet-2022-3-page-20?lang=fr>
- [3] Ferrand M. L'Accessibilité alimentaire au prisme d'une approche géographique de la pauvreté : pra-

- tiques habitantes, engagements associatifs et interventions publiques dans les espaces ruraux en Auvergne-Rhône-Alpes. [Thèse de doctorat en géographie], université de Lyon, 2025. En ligne : <https://theses.hal.science/tel-05322454v1>
- [4] Ferrand M. L'accès à l'alimentation des ruraux en situation de pauvreté. Revue Pour, 2020, vol. 239 : p. 55-67. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-pour-2021-1-page-55?lang=fr&tab=cites-par>
- [5] Paturel D., Marajo-Petitiz É., Chiffolleau Y. La précarité alimentaire des agriculteurs. Pour. La revue

- du Groupe Ruralités, Éducation et Politiques, 2015, vol. 1 : p. 77-81. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-pour-2015-1-page-77?lang=fr&ref=doi>
- [6] Jouffe Y. La mobilité des pauvres : contraintes et tactiques. Informations sociales, 2014, vol. 182, n° 2 : p. 90-99. En ligne : <https://doi.org/10.3917/insol.182.0090>
- [7] Pagès A. Exclusions et vulnérabilités, solidarités et dépendances. Informations sociales, 2011, vol. 164, n° 2 : p. 87-96. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-informations-sociales-2011-2-page-87>

« Vers une alimentation digne et de qualité en circuit court »

Entretien avec Benoît Guérard,
directeur du Pays Terres de Lorraine,
Viviane Tirlicien,
administratrice de l'association Emplettes & Cagettes.

L'ESSENTIEL

► **Terres de Lorraine innove grâce à sa démarche De la dignité dans nos assiettes, en associant des achats groupés auprès des agriculteurs locaux et des jardins nourriciers partagés cultivés sur des terrains communaux pour répondre à la précarité alimentaire. Le volet social de ce projet alimentaire territorial (PAT) redonne une place centrale aux personnes ayant l'expérience de la précarité, et leur permet d'agir directement sur leur environnement alimentaire par le partage de leurs savoirs. Il demande cependant des ressources humaines pour engager dans la durée ménages et partenaires.**

La Santé en action : À quoi ressemble le territoire Terres de Lorraine ?

Benoît Guérard : Le Pays Terres de Lorraine est une coopérative de communautés de communes, dans le sud-ouest de la Meurthe-et-Moselle (54), forte de 100 000 habitants. La partie la plus rurale concentre des activités d'artisanat et d'agriculture. Ce n'est pas une ruralité en grande difficulté, même si la Lorraine a perdu une grande partie de ses forces industrielles dans les années 1980, car elle bénéficie de l'aire urbaine de Nancy. Terres de Lorraine porte les transitions agri-

coles et alimentaires, avec une trajectoire à horizon 2030-2050, pour atteindre des objectifs ambitieux, comme retrouver l'indice de masse corporelle (IMC) des années 2000 – la Meurthe-et-Moselle étant le deuxième département le plus concerné par l'obésité. C'est dire l'importance de se mobiliser sur une alimentation de qualité, couplée avec le développement du sport-santé. Par ailleurs, le Pays est un acteur du projet alimentaire territorial (PAT) Sud 54, labellisé en 2017, qui est animé par le conseil départemental. Ce PAT vise à rapprocher la production agricole locale de l'assiette des habitants et à accroître dans leur consommation la part des aliments non transformés, de saison, bio ou issus de l'agriculture raisonnée, notamment les légumes et les fruits. Nous vivons le paradoxe de nombreux territoires : notre agriculture – céréales et élevage – est essentiellement exportatrice. La part des productions locales dans l'assiette des habitants est seulement de 1 %. Dès l'origine du PAT, la question sociale a été posée : garantir à tous une alimentation digne et de qualité en circuit court. La démarche De la dignité dans nos assiettes répond à cet enjeu d'équité et de réduction des inégalités de santé. Collaborer à l'échelle Sud 54 permet aux différents territoires d'aborder des enjeux communs et d'agir sur des projets économiques qui requièrent un seuil de consommateurs plus important, comme un marché d'intérêt régional pour

fournir les professionnels de la restauration, ou encore un travail sur l'approvisionnement de l'aide alimentaire avec les fédérations départementales.

S. A. : Comment la précarité alimentaire a-t-elle été abordée ?

Viviane Tirlicien : Nous avons travaillé avec ATD Quart Monde, qui avait réalisé une enquête entre 2011 et 2015 : *Se nourrir quand on est pauvre* [1]. Ce travail avait mis en évidence la stigmatisation ressentie par les personnes vivant la précarité, honteuses de ne pas pouvoir nourrir leur famille, de faire appel aux banques alimentaires. Être à l'écoute de leurs besoins est une nécessité. Une recherche-action a alors été mise en œuvre, animée par Terres de Lorraine, avec des militants d'ATD Quart Monde, des travailleurs sociaux, quelques élus, des bénévoles d'associations d'aide et des personnes en situation de précarité pour expérimenter des solutions. Le point de vue des « experts du vécu » a ainsi pu être exprimé et écouté. Ces derniers ont partagé leur souhait de choisir leurs produits alimentaires, et aussi de participer à leurs achats.

B. G. : Après avoir élaboré une charte d'engagement [2], un premier achat groupé a été testé en 2018 auprès d'un agriculteur, permettant de recueillir 1,9 t de légumes à un prix équilibré : juste pour l'agriculteur et accessible pour les habitants. L'association Emplettes & Cagettes a été créée pour modéli-



ser cette expérience à plus grande échelle. Elle fédère des collectifs d'acheteurs, composés principalement de personnes connaissant la précarité, mais également d'habitants sensibles à cette question et de professionnels du travail social. Ces collectifs ont déterminé ensemble le catalogue de produits ; ils passent commande auprès des producteurs locaux ou d'autres filières (laiterie, fruits importés) et s'impliquent dans la réception des denrées et dans leur distribution. Fin 2025, environ 1 000 foyers sont adhérents, dont 447 en Terres de Lorraine ; et 45 t de denrées ont été achetées. Nous rencontrons malgré tout plusieurs freins, notamment au niveau de la gestion logistique ; il faut renforcer la professionnalisation des achats, et une plus grande stabilité financière de l'association devra être trouvée notamment en développant d'autres activités, sources de revenus supplémentaires.

S. A. : Quelles autres actions mettez-vous en œuvre ?

B. G. : La seconde grande action territoriale est un réseau de jardins partagés nourriciers. Les communes disposant de foncier inoccupé ont mis à disposition des habitants des terrains pour la culture de légumes. Depuis 2020, un chargé de projet, salarié par Terres de Lorraine, anime ce réseau, planifie les cultures saisonnières, orchestre l'implication des familles, des travailleurs sociaux, des bénévoles des associations d'aide alimentaire. Fin 2025, 14 jardins nourriciers partagés sont en activité ; neuf d'entre eux ont vocation à lutter contre la précarité alimentaire. Plus de 150 habitants participent, de profils variés – beaucoup de familles, des réfugiés en attente de régularisation de leur statut, des personnes âgées. Cependant, c'est un projet complexe à faire vivre au quotidien : il faut financer le matériel, subir les aléas de récolte, motiver les gens dans la durée, faire vivre des collectifs de personnes qui ne se connaissent pas au départ et assurer la médiation au quotidien.

V. T. : Nous aimerions aussi développer le glanage, c'est-à-dire la récupération de fruits

dans des vergers qui ne sont pas récoltés par leurs propriétaires, privés ou publics. C'est une action qui demande d'être organisée au plus près des villages, car les personnes en situation de précarité demeurent isolées, faute de moyens de déplacement.

B. G. : La démarche De la dignité dans nos assiettes s'accompagne d'un volet culturel, avec une pièce de théâtre sur l'accès à l'alimentation des personnes précaires : *Les Mots de la faim*. Elle a été jouée en 2021 et en 2022 par 13 comédiens dont 11 personnes ayant vécu la précarité. Le film qui en a été tiré, *Et maintenant, on fait quoi ?*, réalisé par Vincent Glenn, est devenu un outil de communication pour faire connaître notre projet de démocratie alimentaire à l'ensemble des habitants.

S. A. : Quels financements sont mobilisés ?

B. G. : Nous disposons de subsides de l'État via le Programme national pour l'alimentation (PNA) et le projet pluriannuel Manger mieux pour tous [3]. Ils sont complétés par des fonds européens (programme Leader [4]), des fonds du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle et un soutien de la Fondation Daniel et Nina Carasso, qui accompagne neuf territoires en France dans leurs transitions agricole et alimentaire (programme Tetraa). De la dignité dans nos assiettes repose principalement sur l'implication bénévole des habitants, ainsi que sur l'engagement des professionnels du travail social, élus, agriculteurs... Deux salariés de Terres de Lorraine, dont un animateur de la démarche, et l'animateur du réseau des jardins partagés sont nécessaires pour le faire vivre. Emplettes & Cagettes emploie désormais trois salariés.

S. A. : Ce programme a-t-il été évalué ?

B. G. : Le bureau d'études Pluricité, spécialisé dans la mesure d'impact de l'action publique, a réalisé une évaluation de la démarche. Ce travail a été mené pendant deux ans auprès des habitants concernés, des bénévoles, des professionnels et des structures partenaires via un

questionnaire (146 réponses), des entretiens qualitatifs (auprès de 32 personnes), quatre sessions d'observation avec les participants d'Emplettes & Cagettes et des jardins partagés, deux ateliers collectifs. Les résultats, restitués le 21 novembre 2025, montrent un premier pari réussi : l'accès facilité à une alimentation plus saine et de saison pour 90 % des personnes interrogées. 46 % d'entre elles ont découvert de nouveaux produits ou de nouvelles recettes ; 36 % cuisinent davantage. Leur participation constitue aussi des moments structurants : 61 % ont fait des rencontres et tissé des liens. Du côté des professionnels et des bénévoles, nous observons une meilleure compréhension des situations vécues, ce qui contribue à faire évoluer les regards et les postures. Néanmoins, la démarche de solidarité en circuit court se heurte à des limites jusque dans son modèle économique qui demeure fragile. En effet, concilier prix accessibles et viabilité financière reste un défi quotidien pour les agriculteurs. De plus, c'est une démarche qui demande du temps pour associer toujours plus de personnes et atteindre les plus isolées. Enfin, l'évolution des pratiques chez les partenaires est un processus lent ; ainsi 55 % des structures n'ont pas encore expérimenté de nouvelles façons de faire, mais cela progresse et un nouveau projet de plateforme solidaire d'achats est en cours de mise en place afin de permettre aux structures de l'aide alimentaire de commander ensemble des produits locaux. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, rédactrice en chef.



Cet entretien est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Ramel M., Boissonnat Pelsy H., Sibué-de Caigny C., Zimmer M.-F. Se nourrir lorsqu'on est pauvre. Analyse et ressenti de personnes en situation de précarité. Montreuil : Revue Quart-Monde, coll. Dossiers et Documents, n° 25 : 182 p. En ligne : <https://www.terresdelorraine.org/UserFiles/File/tld/se-nourrir-lorsquon-est-pauvre.pdf>

[2] Projet alimentaire territorial, De la dignité dans les assiettes, Signez la charte Dida. [TerresdeLorraine.org/fr](https://www.terresdelorraine.org/fr). En ligne : Signez la charte dida – De la dignité dans les assiettes – Projet alimentaire

[3] Programme Mieux manger pour tous ! Solidarité. [solidarites.gouv.fr](https://www.solidarites.gouv.fr), 12 septembre 2025 (maj 31/10/2025). En

ligne : <https://solidarites.gouv.fr/programme-mieux-manger-pour-tous>

[4] Leader accompagne les territoires ruraux. L'Europe s'engage en France. [Europe-en-France.gouv.fr](https://www.europe-en-france.gouv.fr). En ligne : <https://www.europe-en-france.gouv.fr/fr/leader-accompagne-territoires-ruraux>

Les riverains des vignobles exposés aux pesticides

Clémentine Dereumeaux,
chargée de projets et d'expertises
scientifiques en santé publique,
Santé publique France.

L'ESSENTIEL

■ **Les zones agricoles ne sont pas épargnées par la pollution environnementale. L'étude PestiRiv, menée par Santé publique France et l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses), montre que les personnes vivant près des vignes traitées sont plus exposées aux pesticides que celles habitant loin des cultures. Des recommandations visent à changer les pratiques agricoles et à protéger les habitants concernés par l'adoption de gestes simples.**

La pollution de l'environnement (air, sol, eau) est souvent associée aux zones urbaines, où la densité du trafic routier, des industries et des activités humaines concentre les émissions de polluants [1]. Pourtant, les zones rurales, perçues comme des zones préservées, subissent aussi des pressions environnementales spécifiques, moins documentées, mais tout aussi préoccupantes. Parmi elles, l'utilisation de pesticides en agriculture et notamment en viticulture peut exposer les populations riveraines de ces cultures [2]. Ces expositions s'ajoutent aux difficultés d'accès aux soins et aux inégalités sociales de santé déjà documentées en zones rurales [3].

L'étude PestiRiv¹ réalisée par Santé publique France et l'Agence nationale de sécurité sanitaire (Anses²) est la première étude nationale d'envergure qui mesure l'exposition des adultes et des enfants vivant près de cultures (ici, la vigne) et qui la compare à celle de personnes vivant loin de toute culture³ [4].

En France, environ 4 % de la population vit à moins de 200 m d'une parcelle de vigne⁴. Le traitement de la vigne fortement intriquée avec les

habitations est susceptible d'exposer les riverains aux pesticides utilisés, d'autant plus que :

- la viticulture recourt intensément aux produits phytosanitaires, tant en fréquence qu'en quantité utilisée ;
- l'implantation des vignes évolue peu d'une année à l'autre, ce qui expose les riverains de façon répétée ;
- les pulvérisateurs utilisés en viticulture et la hauteur des traitements sont susceptibles de favoriser la dispersion des produits au-delà des zones traitées⁵.

Contrairement à la pollution urbaine, l'exposition aux pesticides utilisés dans les vignes est ponctuelle, saisonnière et dépend des pratiques agricoles locales, du contexte météorologique et des niveaux de bioagresseurs de la vigne. Cette source d'exposition s'ajoute à celles déjà connues et diffuses : alimentation, pesticides domestiques (anti-moustiques, anti-puces, etc.) par exemple.

Mieux informer les habitants

Les résultats de PestiRiv confirment une exposition plus élevée aux pesticides dans les zones viticoles qu'en zones éloignées de toute culture et une augmentation de cette exposition pendant la période de traitement des vignes. À titre d'exemple, les concentrations de pesticides dans l'urine des habitants sont de 15 % à 45 % plus élevées près des vignes, et jusqu'à 60 % plus élevées en période de traitement. Cette augmentation concerne les adultes et les enfants et elle est observée pour les autres échantillons analysés (cheveux, poussières, air ambiant, air intérieur).

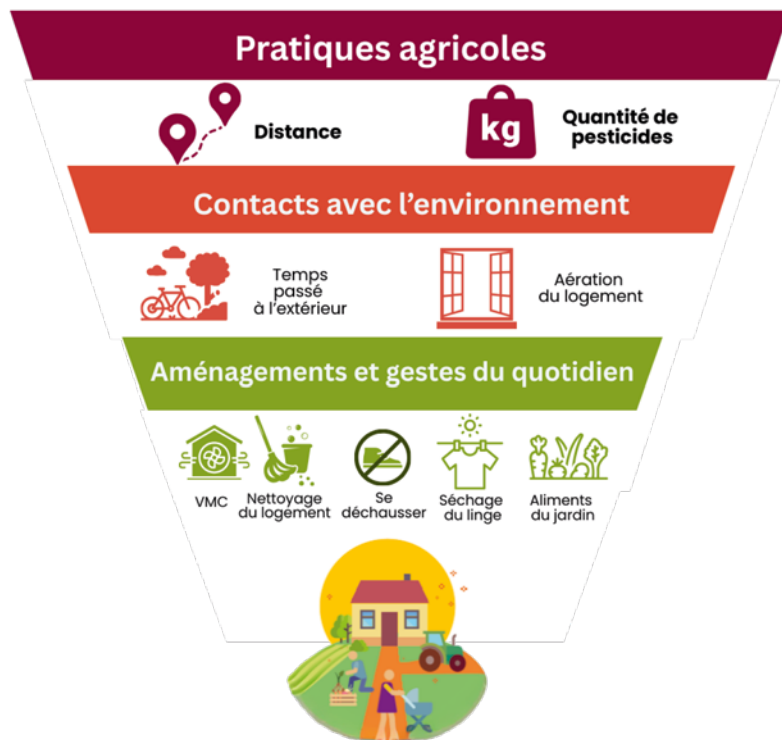
Les pratiques agricoles sont les principaux facteurs d'exposition aux pesticides. Celle-ci augmente lorsque la distance entre le logement et les vignes diminue et lorsque la quantité

de pesticides utilisée pour le traitement des vignes est plus importante. L'exposition étant liée à la présence de pesticides dans l'environnement, elle s'accroît lorsque les personnes passent plus de temps à l'extérieur et qu'elles aèrent leur logement.

UNE MÉTHODOLOGIE RIGOREUSE

PestiRiv s'est déroulée dans six régions viticoles entre octobre 2021 et août 2022. Au total, 1 946 adultes et 742 enfants y ont participé, permettant de recueillir plus de 7 000 échantillons biologiques et environnementaux dans lesquels 56 pesticides ont été recherchés pour couvrir tous les types de traitements des vignes (fongicides, herbicides, insecticides). La méthodologie de PestiRiv garantit la robustesse des résultats :

- 265 zones d'études sélectionnées selon des critères stricts (absence d'autres cultures traitées, diversité des bassins viticoles et contextes météorologiques) ;
- un suivi répété des participants sur 14 jours, en période de traitement (mars-août) et hors traitement des vignes (octobre-février) ;
- des mesures de pesticides dans des échantillons biologiques (urines, cheveux) et environnementaux (air ambiant, air et poussières à l'intérieur du logement, fruits et légumes du jardin) ;
- des questionnaires adressés aux participants sur l'alimentation, les activités à l'extérieur, la profession, les caractéristiques du logement, l'utilisation de pesticides au domicile ;
- des informations sur les pratiques agricoles autour des logements : quantités de pesticides utilisées, orientation des vents, pratiques (par exemple agriculture biologique), matériel de pulvérisation.



Ces résultats incitent donc à :

- limiter l'utilisation des produits phytopharmaceutiques au strict minimum par une mise en œuvre ambitieuse de la stratégie Écophyto ;
- informer les habitants avant les traitements pour leur permettre d'éviter les expositions les plus immédiates.

Par ailleurs, certains gestes du quotidien et certains aménagements du logement permettent de limiter l'exposition : se déchausser en entrant dans la maison, nettoyer les sols au moins une fois par semaine, faire sécher le linge à l'intérieur lors de traitements, éplucher les fruits et les légumes du jardin, limiter la consommation d'œufs de poulaillers

domestiques, disposer d'un système de ventilation mécanique (voir graphique).

Ces résultats rejoignent ceux observés dans des études menées à l'étranger sur le blé et sur le soja aux États-Unis ou sur les fleurs aux Pays-Bas [5 ; 6]. Ils sont extrapolables à d'autres cultures utilisant le même type de produits phytosanitaires.

Si PestiRiv ne décrit pas les risques sanitaires associés aux expositions mesurées, elle éclaire les co-expositions aux pesticides et leurs cumuls avec d'autres facteurs de risques. Ces données sont cruciales, car les zones agricoles, souvent rurales et isolées, cumulent des facteurs de vulnérabilité (accès aux soins,

vieillesse de la population, précarité), aggravant l'impact potentiel de cette exposition. ■

1. PestiRiv est réalisée avec le soutien financier de l'Office français de la biodiversité (OFB) dans le cadre du plan Écophyto II+. Cette étude est réalisée à la demande du ministère de la Santé et de l'Accès aux soins, avec la participation de l'Institut Ipsos, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la Direction générale des finances publiques (DGFiP), le Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB), l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (Oqai), le Laboratoire central de surveillance de la qualité de l'air (LCSQA), l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (Ineris), le Laboratoire d'étude et de recherche en environnement et santé (Léres), Atmo France et les Associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (Aasqa).

2. Maïté Brugioni et Laurine Gonnard, chargées de l'étude PestiRiv pour l'Anses.

3. Dans PestiRiv, les personnes vivant près de vignes sont situées à moins de 500 m de vignes et à plus de 1 km d'autres cultures. Les personnes éloignées de toute culture sont situées à plus de 1 km (y compris vigne) et à plus de 5 km d'une parcelle de vigne.

4. Estimation fondée sur la localisation des vignes, réalisée à partir du Registre parcellaire graphique (RPG) de 2010, de la couche d'occupation du sol de CORINE Land Cover et du Recensement agricole (2010), et la localisation des logements, réalisées à partir des revenus fiscaux localisés de l'Insee.

5. Avis de l'Anses du 20 juin 2014 relatif à une demande d'appui scientifique pour réévaluer le dispositif réglementaire destiné à protéger les riverains des zones traitées avec des produits phytosanitaires (avis n° 2013-SA-0206).



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Cour des comptes européenne. *Pollution urbaine dans l'UE – Les villes sont encore trop bruyantes, mais l'air y est plus pur*. Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, 2025 : 63 p. En ligne : https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2025-02/SR-2025-02_FR.pdf

[2] Deziel N. C., Friesen M. C., Hoppin J. A., Hines C. J., Thomas K., Freeman L. E. A review of nonoccupational pathways for pesticide exposure in women living in agricultural areas. *Environmental Health Perspectives*, 2015, vol. 123, n° 6 : p. 515-524. En ligne : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4455586/pdf/ehp.1408273.pdf>

[3] Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. *Études & Résultats*, février 2020, vol. 1144. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>

[4] Santé publique France, Anses. *PestiRiv : Étude d'exposition aux pesticides chez les riverains de zones viticoles et non viticoles. Synthèse des résultats*. Saint-Maurice, Maisons-Alfort : Santé publique France, Anses, 2025 : 12 p. En ligne : <https://www.anses.fr/system/files/SynthesePestiRiv.pdf>

[5] Gooijer Y., Hoftijser G., Lageschaar L., Oerlemans A., Scheepers P., Kivits C. *Research on exposure*

of residents to pesticides in the Netherlands : OBO flower bulbs = Onderzoek Bestrijdingsmiddelen en Omwonenden. Netherlands : Utrecht Unive <https://research.wur.nl/en/publications/research-on-exposure-of-residents-to-pesticides-in-the-netherlands/>

[6] Mage D. T., Allen R. H., Gondy G., Smith W., Barr D. B., Needham L.L. Estimating pesticide dose from urinary pesticide concentration data by creatinine correction in the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES-III). *Journal of Exposure Analysis & Environmental Epidemiology*, 2004, vol. 14, n° 6 : p. 457-465. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15367927/>

« On veut inscrire l'école dans un environnement favorable à la santé »

Entretien

avec Anne-Sophie de Besses,

adjointe au maire de Pont-de-l'Arche (Eure), en charge du développement durable et de la promotion de la santé.

L'ESSENTIEL

► Le projet Mon école nature concerne la rénovation de l'école Maxime-Marchand en intégrant bâti, cours et environnement. Il s'inscrit dans une démarche d'urbanisme favorable à la santé, visant à améliorer le bien-être, la qualité de l'air, la biodiversité, l'activité physique des élèves et des habitants du quartier.

La Santé en action :

Quelle est l'ambition de votre projet d'école nature ?

Anne-Sophie de Besses : Des audits énergétiques menés sur les principaux bâtiments publics de la commune ont montré que l'école élémentaire Maxime-Marchand était prioritaire. Parallèlement, il existait une forte attente autour de la renaturation des cours d'école, exprimée par les enseignants, les parents et les élus. Nous avons choisi de mener un projet global intégrant à la fois le bâti, les cours d'école, et à terme l'espace public aux abords de l'établissement. L'objectif est d'aller plus loin qu'une rénovation technique : on veut inscrire l'école dans un environnement favorable à la santé, au bien-être et adaptée au changement climatique.

S. A. : Un projet d'urbanisme favorable à la santé est-il pertinent dans une commune rurale ?

A.-S. de B. : Depuis 2020, notre volonté est de placer la santé au cœur de nos politiques publiques, santé humaine, mais aussi santé des écosystèmes. Notre commune de

Pont-de-l'Arche (4 000 hab.) travaille depuis plusieurs années sur la promotion de la santé, notamment à travers une convention pluriannuelle avec l'agence régionale de santé (ARS) de Normandie. L'aménagement est aujourd'hui reconnu comme un levier majeur de santé publique, y compris – et peut-être surtout – dans des communes comme la nôtre, où la voiture est très présente. Cette utilisation a des conséquences sur la sédentarité, la perte d'autonomie des enfants et des seniors, la qualité de l'air ou encore le bruit. Le concept d'urbanisme favorable à la santé permet de répondre à ces enjeux, même à l'échelle d'une petite ville.

S. A. : Quels sont les principes de ce projet ?

A.-S. de B. : Ce projet s'inscrit dans une réflexion plus large sur le quartier notamment avec la requalification de l'axe routier entre les deux écoles afin de créer un environnement plus apaisé et sécurisé pour les élèves. Les aménagements sont pensés pour favoriser les mobilités actives : rue fermée aux heures d'entrée et de sortie de classe, mise en place d'un ramassage scolaire non en bus, mais en S'Cool Bus (vélo collectif), incitation à la marche. L'école devient un démonstrateur de ce que peut être un urbanisme favorable à la santé, avec l'ambition de diffuser ensuite ces principes à l'ensemble des projets structurants de la commune. Mon école nature vise à agir sur les déterminants de santé liés à l'aménagement : qualité de l'air intérieur et extérieur, bruit, confort thermique en été et en hiver, îlots de fraîcheur, activité physique, nature en ville, lien social et

bien-être. La renaturation des cours doit permettre de limiter les conflits, favoriser le mouvement, recréer un lien avec la nature et accueillir la biodiversité, avec des essences locales et non allergisantes. Le projet intègre aussi la classe dehors, l'adaptation au changement climatique et le confort d'usage pour les élèves comme pour les enseignants.

S. A. : Quelle démarche mettez-vous en œuvre ?

A.-S. de B. : Le Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (Cerema) et le bureau d'études Les Cocottes urbaines nous ont accompagnés lors du diagnostic et de l'intégration des enjeux de santé, afin de construire un projet global et solide. Nous avons été lauréats de l'appel à manifestation d'intérêt Expé URBA SanTé¹ : c'est un appui précieux en ingénierie et en méthodologie. La phase d'études et de concertation s'est déroulée principalement en 2025, après une recherche de financements engagée dès 2023. Les études ont été financées notamment par le Fonds vert² et la Banque des Territoires.

S. A. : Comment la concertation a-t-elle été organisée ?

A.-S. de B. : La concertation a concerné les enfants, les enseignants, les parents, les services municipaux et des partenaires locaux de santé. Des ateliers ont ainsi été menés dans chaque classe : les enfants se sont exprimés sur leur vision de l'école idéale, avec un besoin de nature et l'envie de faire classe dehors, rejetant clairement un lieu tout en béton. Ces orientations ont été confirmées par



les parents, qui ont hiérarchisé des propositions lors de la Fête de la santé couronnée de succès, un événement ludique et pédagogique qui a été l'occasion de restituer ce travail, de poursuivre la concertation avec les familles et de sensibiliser aux enjeux de santé, de biodiversité et d'adaptation au changement climatique. Certaines idées formulées par les enfants, moins favorables à la santé, n'ont bien sûr pas été retenues, mais elles ont servi de support pédagogique, notamment sur les questions d'alimentation et de modes de vie. Le projet s'est ainsi construit à partir des usages et des attentes, avec les contributions de tous, tout en restant cohérent avec les objectifs de santé publique.

S. A. : Quels freins rencontre votre commune ?

A.-S. de B. : Les difficultés sont de nature diverse : le temps long du projet, la recherche de financements, le manque d'ingénierie en interne. Il a fallu convaincre l'ensemble des élus de l'intérêt d'une approche globale ; remobiliser une équipe enseignante, échaudée par de précédents projets restés sans suite. Le travail de pédagogie, l'appui des experts santé mis à disposition dans le cadre d'Expé Urba

Santé et la concertation ont permis de restaurer la confiance. Cependant, nous bénéficions aussi de certains atouts : la taille de notre commune facilite la transversalité et le travail entre services. Les échanges sont plus directs, permettant de mobiliser rapidement les différents acteurs tels que la communauté d'agglomération Seine-Eure, les professionnels de santé, les financeurs. La volonté politique est un levier essentiel : sans portage fort des élus, ce type de démarche ne peut aboutir.

S. A. : Une évaluation est-elle prévue ?

A.-S. de B. : Nous avons défini des indicateurs avant/après sur la qualité de l'air, le bruit, la biodiversité, etc. Une évaluation d'impact sur la santé flash (EIS)³, réalisée par le Cerema, est en cours et permettra d'ajuster les aménagements afin de maximiser les effets positifs sur la santé humaine et environnementale : elle est conçue pour éclairer le projet et le faire évoluer, par exemple sur le choix des matériaux, la conception des espaces ou l'organisation des usages. L'objectif est de garantir que les travaux réalisés en 2027, si nos recherches de financements sont fructueuses, répondent pleinement aux enjeux

de santé identifiés. Cette évaluation pourra également être utilisée après les travaux pour mesurer les effets réels du projet. ■

Propos recueillis par Anne-Lise Favier, journaliste.

1. Ce dispositif contribue à l'émergence de projets s'inscrivant dans une démarche d'urbanisme favorable à la santé (UFS) dans les territoires. En ligne : <https://experimentationsurbaines.ademe.fr/sante/>
2. Le Fonds d'accélération de la transition écologique dans les territoires, dit Fonds vert, soutient les collectivités locales et leurs partenaires dans leurs investissements au service de la transition écologique à l'échelle locale. En ligne : <https://www.ecologie.gouv.fr/fonds-vert>
3. Processus innovant lancé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'évaluation mesure les impacts – tant positifs que négatifs – que vont avoir des projets d'urbanisme ou d'autres programmes publics sur la santé des habitants. En ligne : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2011/05/evaluations-impact-sante.pdf>



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

Construire un « ruralisme » favorable à la santé

Marie Guilpain,
géographe urbaniste,
Atelier Ersilie.

L'ESSENTIEL

► Les communes rurales peinent souvent à s'emparer du concept d'urbanisme favorable à la santé, dont les outils leur sont méconnus ou leur semblent complexes à mettre en œuvre. Pourtant, cette démarche est nécessaire dans ces territoires pour que l'espace public concoure au bien-être des habitants. Cependant, les aménagements ne suffisent pas, il faut aussi promouvoir leur utilisation et donc de nouvelles habitudes de vie.

Si la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [1 ; 2] souligne ses dimensions transversales, positives et quotidiennes, la réalité semble tout autre sur le terrain. Une enquête qualitative¹, réalisée auprès d'élus municipaux et de techniciens travaillant dans des communes rurales, a été effectuée lors d'une recherche doctorale [3] en contrat Convention industrielle de formation pour la recherche (Cifre) au sein d'un bureau d'études en urbanisme et paysage. Il est alors apparu que la santé était souvent perçue de manière biomédicale. « *Dans l'esprit des gens, la santé, c'est le médecin* », soulignait ainsi un élu du Morbihan. Autrement dit, la santé est généralement réduite à des dimensions corporelles ou médicales.

Plusieurs champs disciplinaires (tels que la psychologie sociale ou encore la philosophie) se sont intéressés à ces perceptions de la santé. Il en ressort le même constat : une acception normative et négative de la santé, où la question des risques se pose avant celle du bien-être [4]. Certains philosophes, comme Jean-Claude Fondras, ont cependant travaillé à une définition positive de la santé en la plaçant comme un état normal, en opposition à la maladie [5].

La mise en place de politiques publiques favorables à la santé dépendrait donc de la définition d'une base de compréhension commune autour de la notion de santé, insistant sur ses dimensions mentales et sociales, et sur sa portée positive. Un autre enjeu réside dans la temporalité : s'intéresser à la santé dans un

cadre quotidien, c'est agir préventivement, sur chacun de ses aspects, pour préserver un état de bien-être. Outre le fait de construire une définition collective de la santé, il faut veiller à son partage et à sa diffusion. L'urbanisme favorable à la santé (UFS) s'inscrit dans ces ambitions en les appliquant à l'aménagement des territoires. Plusieurs outils ont été développés pour donner corps à ce concept. Pour autant, ceux-ci semblent peu mobilisés au sein des territoires ruraux dans le cadre de projets d'aménagement.

Un ajustement nécessaire aux réalités locales

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour justifier cette absence. La première est le manque de notoriété de l'UFS. Sur 49 entretiens réalisés dans l'enquête qualitative, 36 élus, techniciens de communes rurales ou concepteurs ont indiqué ne pas connaître le concept. Ce chiffre souligne les manques en termes de formations ou de communication sur ce sujet. Certains facteurs territoriaux en facilitent cependant la diffusion, telle l'appartenance à une communauté de communes active sur la thématique. Ainsi, la métropole rennaise l'évoque dans son contrat local de santé (CLS).

La deuxième raison justifiant l'absence de l'UFS tient aux moyens humains et financiers des communes rurales. En effet, celles-ci ne disposent pas toujours de l'ingénierie territoriale adaptée [6] pour s'emparer de cette question et la mettre à l'ordre du jour, ou bien des moyens économiques suffisants pour faire appel à une expertise spécifique dans le cadre d'un marché public par exemple. Or, le recours à ce regard des spécialistes afin de mettre en place des démarches favorables à la santé semble nécessaire, au vu des perceptions exprimées sur le concept et sur ses outils : en effet, différents témoignages recueillis à la fois sur le terrain et lors des entretiens interrogent l'accès aux outils, la fracture conceptuelle qui en découle, et leur aspect « *élitiste* » pour certains acteurs. Enfin, la temporalité des projets est une autre difficulté. Prenons l'exemple des évaluations d'impact sur la santé (EIS) : cette « *combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon*

*leurs effets potentiels sur la santé de la population [...]*² » semble complémentaire aux études d'impact sur l'environnement requises pour un grand nombre de projets aujourd'hui³. Pour autant, elles apparaissent comme plus complexes à mettre en œuvre : d'abord parce qu'il est difficile de trouver des grilles d'analyse clairement définies, mais aussi parce que les communes ne disposent pas toujours du temps nécessaire pour intégrer ces évaluations au cours d'un projet, rythmé par les demandes de subventions, les budgets d'investissement déterminés, etc.

Si l'urbanisme favorable à la santé (UFS) offre un cadre et des outils indispensables pour avancer vers des aménagements favorables à la santé de tous, un besoin d'adaptation aux territoires et à leurs moyens se fait sentir. Les spécificités locales doivent se trouver au cœur des réflexions, car la démarche engagée par un territoire ne sera pas nécessairement adaptée au territoire voisin. C'est dans cet ajustement que se joue la complexité d'un *ruralisme* favorable à la santé.

En d'autres termes, il semble illusoire de créer des cadres et des outils applicables à tous les projets, sur toutes les communes. Les démarches et les méthodologies à déployer renvoient plutôt à des formes d'adaptations spécifiques, s'appuyant sur des grilles d'analyse et de contrôle des projets, et s'inspirant des guides disponibles sur cette thématique. L'enjeu réside donc dans la vulgarisation du concept et dans sa diffusion, afin qu'il soit accessible et appropriable par tous les acteurs, quel que soit le territoire.

Soutenir de nouveaux usages

Par ailleurs, les aménagements ne se suffisent pas à eux-mêmes et ne peuvent tout résoudre. Pour construire un *ruralisme* favorable à la santé, il est nécessaire d'initier des changements d'habitude de vie en parallèle de l'aménagement des territoires. Dans cette perspective, les élus et les concepteurs ont un rôle à jouer, au travers des études urbaines et des plans-guides notamment. Au-delà des prescriptions d'aménagement par secteur, qui incombent aux plans-guides, des « *fiches d'activation* » du territoire peuvent être produites en complément, afin d'aboutir à une démarche globale où les aménagements et les usages se répondent (voir exemple en

Fiche 1.e - Les rues ludiques - rues écoles



Principes :

Rue écoles : Fermer temporairement la circulation aux véhicules motorisés dans la zone immédiate de circulation qui entoure une école. Concrètement, la circulation est réservée aux piétons et cyclistes lors des horaires d'entrée et de sortie de classe.

Rue ludique : Une rue ludique, c'est une rue que chacun peut investir selon ses besoins, pour se l'approprier avec plaisir et avec créativité. Le but consiste à créer des espaces sécuritaires et conviviaux à proximité des lieux de résidence, afin de redonner aux citoyens le droit d'investir le domaine public.

Avantages :

- Moins de voiture et donc réduction des nuisances de la voiture
- Des effets positifs sur la santé
 - inciter à la mobilité active, l'activité physique
 - favoriser l'indépendance et l'autonomie des enfants
 - enrichir le lien social, le lien intergénérationnel
 - favoriser le jeu et la créativité dans la rue
 - (re)développer le lien de la population avec son environnement proche
 - favoriser l'émancipation de tous et toutes
- Des effets positifs sur l'attractivité de la commune d'Aujan et la vitalité commerçante

Mise en œuvre :

Pour une rue ludique : il s'agit d'une rue à caractère résidentiel temporairement ou durablement fermée à la circulation automobile, pour favoriser le jeu libre et les déplacements indépendants des enfants, mais aussi des adolescents et plus largement de tous les habitants de la rue. Où à Aujan ? : rue du four ?

Le parking day, un moyen pour faire évoluer les usages Transformer temporairement des places de parking en espaces végétalisés, artistiques et conviviaux pour inciter à changer ses habitudes de déplacement et occuper agréablement la rue

Inspirations/Outils :

Réduire la pollution de l'air autour des écoles

<https://www.ruedelavenir.com/wp-content/uploads/2021/12/FicheRueScolaireQualiteAir.pdf>

Rue scolaire on a tous un rôle à jouer

<https://www.ruedelavenir.com/wp-content/uploads/2021/11/GuideRuesScolairesRueDelavenir.pdf>

Événement Rue aux enfants, rue pour tous

<https://www.ruesauxenfants.com/>
Vidéo pédagogique : <https://youtu.be/1a12JFuuNjI>

Inspirations :

https://www.outdoorplaycanada.ca/wp-content/uploads/2020/12/ceum-changer-regie-jeu-fiche-2_fr.pdf

et, en ce sens, peuvent grandement s'appuyer sur les cadres définis par l'UFS. Toutefois, au-delà des aménagements eux-mêmes, promouvoir de nouvelles habitudes de vie passe aussi par le déploiement d'actions auprès des habitants. ■

1. Une méthode d'observation participante a été mise en place au sein de l'Atelier Ersilie, complétée par des entretiens semi-directifs auprès d'une diversité d'acteurs, dont des élus et des techniciens communaux.

2. Organisation mondiale de la santé. Consensus de Göteborg. 1999.

3. Les évaluations environnementales disposent d'un volet relatif à la santé, que l'on retrouve également dans certains documents d'urbanisme. En ligne : <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/activites-humaines/article/evaluation-environnementale>

4. Mode de ramassage scolaire alternatif à la voiture qui s'effectue à pied pour un *pédibus*, ou à vélo pour un *vélobus* (NDLR).

Pour en savoir plus

L'École des hautes études en santé publique (EHESP) propose des ressources documentaires pour appréhender le concept d'urbanisme favorable à la santé.

En ligne : <https://www.ehesp.fr/recherche/domaines-et-champs-de-recherche/urbanisme-favorable-a-la-sante-ufs/>



Cet article est sous licence internationale Creative Commons Attribution 4.0. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

illustration). Cette proposition a été faite par l'Atelier Ersilie accompagné de Villanthrope, atelier de conseil en urbanisme inclusif et favorable à la santé, sur le projet d'aménagement des espaces publics du bourg d'Aujan, commune rurale morbihannaise. Elle a été ensuite déclinée pour d'autres projets, avec la volonté d'accompagner les maîtrises d'ouvrage rurales dans la transformation des usages qui prennent place sur leur territoire. Par exemple, les territoires ruraux étant particulièrement sujets à la dépendance automobile [7], des aménagements plus vertueux pour la santé peuvent être proposés afin d'y remédier, comme la création d'un chemin doux (piétons, vélos). Afin de favoriser son utilisation, il faudrait l'accompagner de fiches d'activation : aide à la mise en place de transports actifs vers l'école (les *pédibus* ou les *vélobus*⁴) ou d'atelier vélo ou encore de redécouverte du code de la rue. En effet, l'aménagement du chemin ne fait qu'offrir une solution concrète, vecteur

de mobilité douce ; les fiches d'activation, quant à elles, permettent d'initier de nouvelles habitudes de vie, comme le fait d'utiliser son vélo pour se rendre à l'école.

Une complémentarité se dessine entre ces deux niveaux de préconisations : les aménagements peuvent être vus comme les supports qui vont accueillir des usages favorables à la santé, tandis que les pistes d'actions et fiches d'activation sont des moteurs pour initier ces nouveaux usages. Ces dernières soulignent un aspect important des démarches de ruralisme favorable à la santé. En effet, ces initiatives montrent que pour être véritablement efficaces, les propositions d'aménagement doivent être accompagnées d'autres ressources permettant d'initier des changements profonds en termes d'usages et de comportements.

Pour conclure, construire un ruralisme favorable à la santé, c'est avant tout adapter les préconisations aux territoires et à leurs spécificités. Les démarches restent à construire

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. New York : Organisation mondiale de la santé, 19 juin 1946. En ligne : <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

[2] Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa : Organisation mondiale de la santé, 1986. En ligne : <https://iris.who.int/items/83ca15e2-3b27-4b3a-9981-8b763cdeb713c>

[3] Guilpain M. *Intégrer la santé dans les projets d'espaces publics ruraux. Pour une transformation des*

pratiques de conception. [Thèse de doctorat], dir. A.-C. Hoyez et A. Margier, université Rennes 2, 2025.

[4] Morin M. Nouvelles définitions de la santé : un regard psychosocial. *Spirale*, 2006, vol. 37, n° 1 : p. 29-41. En ligne : <https://shs.cairn.info/revue-spirale-2006-1-page-29?lang=fr&tab=auteurs>

[5] Fondras J.-C. *Santé des philosophes, philosophes de la santé* ? Nantes : Éditions nouvelles Cécile Defaut, 2014 : 332 p.

[6] Bonneau E. Quelle ingénierie de projet pour les petites villes ? Du projet urbain aux capacités d'action publique rurale : le grand écart. *GéoProximitéS*, 2024, n° 3 : 9 p. En ligne : <https://hal.science/hal-04848295v1>

[7] Hérain F. Le casse-tête de la dépendance automobile en zones peu denses. *The Conversation*, 13 octobre 2021. En ligne : <https://theconversation.com/le-casse-tete-de-la-dependance-automobile-en-zones-peu-denses-168902>

Pour compléter le dossier, sont proposées ici des ressources documentaires organisées comme suit : un état des lieux des connaissances (rapports, données, recommandations), des éléments de repères pour l'action (initiatives, programmes), et enfin quelques ressources complémentaires. Cette bibliographie est sélective, non exhaustive et limitée aux publications récentes de 2020 à nos jours.

Les liens internet ont été consultés le 6/02/2026.

Sandra Kerzanet

documentaliste,
Direction scientifique et internationale,
Santé publique France.

ÉTAT DES LIEUX : RAPPORTS, DONNÉES, RECOMMANDATIONS

Cabanel H., Férat F. *Suicides en agriculture : mieux prévenir, identifier et accompagner les situations de détresse*. [Rapport d'information n° 451]. Paris : Commission des affaires économiques, Sénat. 2021 : 188 p. En ligne : <https://www.senat.fr/rap/r20-451/r20-4511.pdf>

• Djataou N.-Y., Furnon-Petrescu H., Seiler C. *Pauvreté et conditions de vie des jeunes dans le monde rural : comment adapter les réponses institutionnelles ?* [Rapport]. Paris : Inspection générale des affaires sociales. 2024 : 112 p. En ligne : <https://www.igas.gouv.fr/pauvrete-et-conditions-de-vie-des-jeunes-dans-le-monde-rural-comment-adapter-les-reponses-institutionnelles>

• Damaisin O. *Identification et accompagnement des agriculteurs en difficulté et prévention du suicide* [Rapport]. Paris : Assemblée nationale. 2020 : 87 p. En ligne : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/277548.pdf>

• Lenoir D. *Prévention du mal-être et du risque suicidaire en agriculture* [Rapport]. Paris : Inspection générale des affaires sociales. 2023 : 159 p. En ligne : <https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-04/Pr%C3%A9vention%20du%20mal-%C3%AAtre%20et%20du%20risque%20suicidaire%20en%20agriculture.pdf>

• Pinel L. *Études, emploi, ressources : les jeunes ruraux sont-ils différents des jeunes urbains ?* Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Études et résultats*. 2020 ; (1155) : 8 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1155.pdf>

• Amsellem-Mainguy Y., Lardeux L., coord. *Jeunesses. D'une crise à l'autre*. Paris : Presses de Sciences Po. 2022 : 188 p.

• Giraud C. *La fuite de la ville ? Parcours homosexuels et normes de genre en contexte rural*. *Sociétés contemporaines*. 2024 ; 4 (136) : 87-117. En ligne : <https://doi.org/10.3917/soco.136.0087>.

• Barbieri M. *Note de conjoncture 2025*. *Population*. 2025 ; 80 (4) : 5-11. En ligne : https://archined.ined.fr/view/OQZSLsBE2dxyVQo_bn

• Barbieri M., Cayouette-Remblière J., Fromentin J., Le Roux G., D'Albis H., Boubtane E., et al. *Une évolution démographique contrastée entre espaces ruraux et espaces urbains*. *Population*. 2025 ; 80 (4) : 120 p. En ligne : https://archined.ined.fr/view/2Es_LJsB-nSUBzzSQ0Vi

• Fosse J., Salesse C., Viennot M. *Inégalités environnementales et sociales se superposent-elles ? La Note d'analyse*. 2022 ; (112) : 16 p. En ligne : <https://www.strategie.gouv.fr/publications/inegalites-environnementales-sociales-se-superposent>

• Geoffroy Perez B., Marchand J.-L., Rabet G., Soullier N., Delézière P., Bénézet L., et al. *Conséquences professionnelles et état de santé des travailleurs du monde agricole et des indépendants au sortir du premier confinement du printemps 2020. Synthèse*. Saint-Maurice : Santé publique France. 2022 : 4 p. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquetes-coset-covid-impact-de-l-epidemie-de-covid-19-sur-les-travailleurs-independants-et-travailleurs-du-monde-agricole#block-255734>

• Assouly F., Berlioux S., Delage V. *Jeunesse et mobilité : la facture rurale*. [Rapport]. Institut Teram. 2024 : 40 p. En ligne : https://institut-terram.org/wp-content/uploads/2024/05/IT_ETUDE-00002_ENQUETE-OPINION_RURA_2025-03-27_w.pdf

• Pinel L. *Conditions de vie des jeunes femmes en zone rurale : des inégalités par rapport aux hommes ruraux et aux urbaines*. DREES, *Études et résultats*. 2020 ; (1154) : 6 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1154.pdf>

• Reynès J. *Géographie de la pauvreté et de la précarité dans les zones rurales de moyenne montagne*. *L'Espace géographique*. 2018 ; 47 (1) : 71-81. En ligne : <https://doi.org/10.3917/eg.471.0071>.

• Hamel E., coord. « Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations [Dossier]. *La Santé en action*. 2021 ; (458) : 4-47. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/documents/magazines-revues/la-sante-en-action-decembre-2021-n-458-aller-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations>

• Basson J.-C., Haschar-Noe N., Honta M., coord. *La fabrique des inégalités sociales de santé* [Dossier]. *Revue française des affaires sociales (RFAS)*. 2021 ; (3) : 372 p. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/La%20fabrique%20des%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20sociales%20de%20sant%C3%A9.pdf>

REPÈRES POUR L'ACTION : INITIATIVES, PROGRAMMES

SANTÉ EN GÉNÉRAL

• Balligand P., Ljubinkovic S. *Vernousains, Vernoux zen* [Action menée par : Promotion Santé Auvergne-Rhône-Alpes]. *Portail CAPS – Capitalisation des expériences en promotion de la santé*. 2023 : 12 p. En ligne : <https://www.capitalisationsante.fr/capitalisations/vernousains-vernoux-zen>

• MSA Gironde. *Bien dans son travail, bien dans sa vie : Conseils et services facilitant la vie professionnelle à l'usage des agriculteurs et salariés agricoles de la Gironde*. [Guide pratique]. MSA Gironde. 2025 : 17 p. En ligne : <https://gironde.msa.fr/lfp/documents/98760/303222932/>

Guide+pratique+agriculteurs+et+salari%C3%A9s+agricoles+de+Gironde.pdf/8672cd15-a863-a52a-9b15-fb6768b6d401?t=1709914129893

• Bodin A. *Le service civique à l'épreuve du fonctionnement des Maisons Familiales Rurales*. Mémoire de l'Université de Rennes 1. Rennes : Écoles des hautes études en santé publique (EHESP). 2022 : 81 p. En ligne : https://documentation.ehesp.fr/memoires/2022/m2enjeu/bodin_alexandra.pdf

• Stromboni T., Arino G. Agir auprès de la jeunesse en milieu rural : Enseignements de l'appel à projets « Jeunes en milieu rural » (2019-2024) du Fonds d'expérimentation pour la jeunesse. *INJEP Notes & rapports*. 2024 ; (16) : 145 p. En ligne : <https://injep.fr/publication/agir-aupres-de-la-jeunesse-en-milieu-rural/>

• Astier C., Denoual H., Cornelissen C., Collectif Les Semeurs De Santé, Guevel M.-R. Une approche collective de la santé au cœur des territoires ruraux et insulaires de Bretagne : le savoir-faire communautaire des Semeurs de Santé. *Santé Publique*. 2025 ; 37 (HS1) : 65-74. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.hs1.2025.0065>

• Rapport de synthèse « Assises nationales Jeunes des territoires ruraux » Foix, 12-14 juin 2024. Montpellier : Région académique Occitanie. 2025 : 33 p. En ligne : <https://www.ac-montpellier.fr/media/40946/download>

• Vachée C., Ruel S., Dansac C. Invisibilité des jeunes en milieu rural, comment les « jeunes sans Cité s'en sortent » ? Effet des pratiques de citoyenneté sur la mobilité géographique et la reconnaissance sociale. *Vie sociale*. 2020 ; (29-30) : 89-106. En ligne : <https://doi.org/10.3917/vsoc.201.0089>

• Néel C., Walser M., Hugues J. *Lutter contre la précarité alimentaire en milieu rural : enjeux et initiatives inspirantes*. Note de synthèse. En bref ! 2024 ; (4) : 4 p. En ligne : https://www.chaireunesco-adm.com/IMG/pdf/01_enbref_no4_6aou_t.pdf

• Néel C., Soulard C.-T., Perrin C. Quel rôle pour l'action publique dans le déploiement des épiceries sociales ? Étude de cas dans un territoire rural de l'Hérault. *Géocarrefour*. 2023 ; 97 (4). En ligne : <https://doi.org/10.4000/geocarrefour.21566>

• Guilpain M. Aménager des espaces publics favorables à la santé en contexte rural : l'exemple du bourg de la commune d'Aujan (Morbihan). *Géonfluences*. 2023 : 15 p. En ligne : <https://geonfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-regionaux/france-espaces-ruraux-periurbains/articles-scientifiques/espaces-publics-et-sante-ajuan/@openPDF?uid=2d591a87f1e84d219d460876c8b500d7&id=espaces-publics-et-sante-ajuan>

• Commune de Pont-de-l'Arche. *Mon école nature à Pont de l'Arche. Et si l'école de demain rimait avec bien-être et santé pour les petits, les grands, les animaux, les plantes ?* Région Normandie, département de l'Eure (27). 3 p. En ligne : https://experimentationsurbaines.ademe.fr/sante/wp-content/uploads/sites/7/2024/07/FicheEAS_PontDeLArche_ok.pdf

SANTÉ MENTALE

• Bec É. *Santé mentale et prévention du suicide dans la population agricole en Occitanie. Dossier de connaissances*. CREAL-ORS/ORS Occitanie. 2025 : 152 p. En ligne : <https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2026/01/2025-11-05-Sante-mentale-Population-agricole-VF220126.pdf>

• Saillant S., Michaud L., Besson J., Dorogi Y. Programme sentinelle : exemple de prévention du suicide auprès d'une population agricole en Suisse. *Encephale*. 2020 ; 46 (4) : 258-63. En ligne : <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.10.008>

• Vigneron C., Martel M., Vernay M. Faisabilité d'un ciblage territorial réactif des gestes suicidaires dans le monde agricole : le dispositif PsyAgri. *Santé Publique*. 2025 ; 37 (HS1) : 181-90. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.hs1.2025.0181>

• Rasclé M., Jacquet-Libaude F., Desrousseaux R. Le programme de prévention du mal-être agricole de la MSA : une approche transversale en matière de prévention du mal-être et de santé mentale. *Regards*. 2025 ; 66 (2) : 199-212. En ligne : <https://doi.org/10.3917/regar.066.0199>

ACCÈS AUX SERVICES ET AUX SOINS

• Bouquet B., Dubéchet P. L'intervention sociale en milieu rural. Des approches, des moyens et des méthodes spécifiques ? *Vie sociale*. 2018 ; (22) : 180 p.

• Courie-Lemur A., Szostak B.L. L'innovation sociale pour combattre les déserts médicaux. Le cas du programme Educ'Tour de la MSA en Île-de-France. *Santé Publique*. 2025 ; 37 (HS1) : 191-202. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.hs1.2025.0191>

• Henrion D., Desselles M. Réduire la pénurie des médecins généralistes en milieu rural : les leviers d'action prioritaires. *Santé Publique*. 2025 ; 37 (HS1) : 117-21. En ligne : <https://doi.org/10.3917/spub.hs1.2025.0117>

• Vigneron E. Étude sur la santé en milieu rural. Analyse de la répartition des médecins à l'échelle des bassins de vie. [Dossier de presse #1]. Association des maires ruraux de France. 2022 : 15 p. En ligne : https://www.mnfct-mutuelle-sante.fr/app/uploads/2022/11/DP-AMRF-Etudes-Sante-2022-1_BD-1.pdf

• Mauroux A., Perraud-Ussel C., Bourlès L., Danikowski J., Kempf N. Équipements sportifs : une offre plurielle et contrastée en ville, des temps d'accès plus longs en milieu rural. *INSEE première*. 2025 ; (2041) : 4 p. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8376522>

• Martin L., Ramsay K., Perreau L., et al. Collectivités territoriales. Partenaires de l'offre de soins. *Concours pluripro*. 2025 ; (47) : 21-32

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

• Santé publique France. Inégalités sociales et territoriales de santé. 2025. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante/les-enjeux-de-sante/#block-675177>

• Bel N. *Promouvoir la santé des publics précaires, Bibliographie commentée*. Drapps Occitanie, CREAL-ORS Occitanie. 2025 : 60 p. En ligne : https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2025/10/Bibliographie_commentee_Promouvoir_la_sante_des_publics_precaires_VF.pdf

• Agir sur la santé dans les territoires ruraux. Aubervilliers : FTS, 2024. Accès à 7 fiches. En ligne : <https://www.fabrique-territoires-sante.org/nos-actions/favoriser-le-developpement-et-lamelioration-des-demarches-territoriales-de-sante-en-milieu-rural/>

• Drapps Occitanie. *Matinale en visioconférence : promouvoir les mobilités actives en zones rurales et périurbaines : un levier essentiel de promotion de lutte contre la sédentarité et de promotion de la santé environnementale*. Promotion santé Occitanie. 2024. En ligne : <https://promotion-sante-occitanie.org/drapps/le-drapps/productions/replays-videos/matinale-promouvoir-les-mobilites-actives-en-zones-rurales-et-periurbaines-un-levier-essentiel-de-promotion-de-lutte-contre-la-sedentarite-et-de-promotion-de-la-sante-environnementale/>

• MSA. Agri'écoute. Service d'écoute psychologique accessible 24 h/24 et 7 j/7 au 09 69 39 29 19, dispositif d'accompagnement des assurés MSA.

**Toux ? Fièvre ? Nez qui coule ?
Mettons un masque.**

**Retrouvons le réflexe
des gestes barrières.**



**Porter
un masque**

+



**Se laver
les mains**

+



**Aérer
les pièces**