



Rapport d'étude MobCoNaq

Etude qualitative sur la couverture vaccinale en ruralité néo-aquitaine

Chargé d'études scientifiques : Arnaud Rubi

Investigatrice principale : Stéphanie Vandentorren

Indice

i. Contexte objectifs et méthode de l'étude qualitative MobcoNaq	
a. <u>Contexte national et régional</u>	04
b. <u>Objectifs</u>	
i. Objectif général	05
ii. Objectifs spécifiques	05
c. <u>Méthode</u>	
i. Principes de la mobilisation de connaissances	06
ii. Sélection des vaccins et des territoires ruraux	07
iii. Savoirs théoriques	
1. Revue de littérature scientifique	12
2. Création d'outils cartographiques	14
iv. Savoirs expérientiels	
1. Entretiens semi-directifs	18
2. Observations de terrain en ruralité	19
v. Nouveaux savoirs intégrés	
1. Ateliers participatifs	20
2. Séminaire	24
vi. Forces et limites méthodologiques	26
II. Ruralités et santé en Nouvelle-Aquitaine	
a. <u>Une nouvelle approche de la ruralité</u>	30
b. <u>Des ruralités néo-aquitaines aux ressources et populations variées</u>	33
c. <u>Une précarité multidimensionnelle renforçant les inégalités sociales et territoriales de santé</u>	35
III. Enjeux, obstacles et leviers de la couverture vaccinale en ruralité	
a. <u>Enjeux</u>	
i. Adhésion vaccinale et couverture vaccinale en France	41
1. Déterminants de l'adhésion et de la couverture vaccinale	42
2. Couverture vaccinale en Nouvelle-Aquitaine	44
ii. Enjeux prioritaires identifiés par les acteurs MobCoNaq en ruralité néo-aquitaine	47

b. <u>Obstacles</u>	
i. Démographie médicale	53
ii. Identification des besoins	56
iii. Le dernier kilomètre	57
iv. Impact des conditions de travail et de vie sur l'accès à la santé	58
v. Compétitivité des besoins	61
c. <u>Leviers</u>	
i. Leviers pour agir sur la demande vaccinale en ruralité néo-aquitaine	
1. L'Aller-vers	62
2. L'entretien motivationnel	69
3. Opportunités de service	71
ii. Leviers pour agir sur l'offre vaccinale en ruralité néo-aquitaine	
1. Simplification du parcours vaccinal	74
2. Coordination des acteurs	76
3. Vaccination en milieu scolaire	78
4. La cartographie à échelle fine comme outil de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé	84

IV. Annexe

a. Questionnaire de satisfaction et réponses des acteurs ayant participé aux ateliers MobCoNaq	94
b. Sélection de cartes MobCoNaq élaborées par la SFPGS	104
i. Sélection de cartes de Nouvelle-Aquitaine	105
ii. Sélection de cartes du Périgord Nontronnais	117
iii. Sélection de cartes du Médoc	123
iv. Cartes du Lot-et-Garonne	130
v. Cartes des Landes	131

I. Contexte, objectifs et méthode de l'étude qualitative MobcoNaq

a. Contexte national et régional

De nombreuses études ont montré l'impact de la position sociale des individus sur leur état de santé, révélant l'existence d'un gradient social se caractérisant notamment par une relation directe entre le degré d'exclusion socio-économique et l'exposition à des maladies infectieuses et chroniques. Les facteurs causaux de cette situation ne peuvent cependant se résumer aux seuls déterminants individuels de santé (comportements). L'analyse et la prise en compte, dans les politiques de santé publique, des déterminants économiques, sociaux et environnementaux qui façonnent les conditions d'existence des individus revêt une importance stratégique dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Les personnes éloignées du système de santé, groupe hétérogène aux caractéristiques socio-économiques et socio-culturelles relativement diverses, partagent néanmoins un rapport à la prévention en santé plus défavorable que le reste de la population, en Nouvelle-Aquitaine comme dans l'ensemble du pays.

Ces inégalités sociales de santé sont de surcroît fréquemment associées à des inégalités territoriales de santé, particulièrement dans les espaces ruraux. Or, peu de données permettent actuellement de saisir la nature et l'impact des interactions environnements/sociétés dans lesquelles s'inscrivent le rapport à la prévention en santé dans les espaces ruraux français, en raison de leur relative invisibilité dans les données disponibles au niveau national.

La prise en compte de ce cadre territorial et populationnel dans la problématique vaccinale a permis à Santé Publique France de mener des travaux sur les groupes socialement exclus vivant en milieu urbain¹. Les données et l'expérience de terrain ont rapidement identifié, lors de la première vague de Covid-19, la surexposition au risque d'infection des personnes en situation de grande précarité, et des conséquences en termes de mortalité, de morbidité, de séquelles physiques, de santé mentale et psychique et vie sociale².

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/personnes-sans-domicile-revue-des-pratiques-et-connaissances-sur-le-recours-a-la-vaccination-covid-19>

² Institutions tutelles du CIC-EC : Inserm/Université de Bordeaux/CHU Bordeaux/Institut Bergonié.

La démarche de mobilisation des connaissances³ initiée par SPF s'est révélée précieuse pour le partage des savoirs entre les acteurs, les chercheurs et les décideurs. Cette dynamique de co-construction d'outils adaptés aux personnes et aux territoires est également pertinente pour renforcer les connaissances scientifiques portant sur les espaces ruraux, afin de comprendre notamment l'influence de l'éloignement social et géographique, ainsi que des capacités de mobilité des populations éloignées du système de santé dans leur rapport aux pratiques de prévention en santé, particulièrement celles de vaccination.

L'implication des acteurs locaux en Nouvelle-Aquitaine, des problématiques de vaccination bien identifiées chez les personnes en situation de précarité, ainsi qu'une volonté politique affirmée et renforcée par le Ségur de la Santé ont constitué l'environnement territorial facilitant sur lequel engager une mobilisation régionale des connaissances sur la vaccination en ruralité.

b. Objectifs de MobCoNaq

i. Objectif général

Le projet vise à la réduction des inégalités sociales et territoriales dans le champ de la prévention en santé chez les personnes dont les conditions de vie et/ou d'habitat constituent en ruralité des facteurs de vulnérabilité sociale.

L'objectif principal est **d'identifier**, au-travers d'une démarche de mobilisation de connaissances, **les conditions de succès et de mise en œuvre des stratégies de vaccination auprès des populations éloignées du système de santé résidant en milieu rural au sein de la région Nouvelle-Aquitaine.**

ii. Objectifs spécifiques

- Identifier les interventions probantes facilitant le recours à la vaccination des personnes vivant en milieu rural ou semi-urbain
- Identifier les conditions de mise en œuvre les plus adaptées pour promouvoir des interventions / campagnes vaccinales en ruralité, par une étude qualitative en Nouvelle-Aquitaine

³<https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/mobco-une-mobilisation-de-connaissances-pour-favoriser-l-acces-a-la-vaccination-contre-la-covid-19-des-populations-en-situation-de-precarite>

- Identifier les mécanismes activant le recours à la vaccination et les freins et les leviers rencontrés pour y recourir ou non, en fonction de conditions de vie et/ou d'habitat
- Structurer une animation de réseau MOBCO avec toutes les parties prenantes

c. Méthode

i. Principes de la mobilisation de connaissances

Cette étude qualitative s'est menée dans une démarche de mobilisation de connaissances, telle qu'elle a été réalisée lors de la pandémie au niveau national par Santé publique France, afin d'apporter un éclairage territorial, utile aux autorités sanitaires et notamment l'Agence régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine. Cette méthode s'articule autour du **croisement des savoirs théoriques et expérientiels de l'ensemble des parties prenantes** – les acteurs institutionnels, les collectivités territoriales, les professionnels de santé, les acteurs associatifs et les bénéficiaires – **pour aboutir à de nouveaux savoirs intégrés** au cours du temps.

Adaptée du modèle du « transfert des connaissances » en mode spirale élaboré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), cette démarche aspire à contribuer au renforcement et à la mise en valeur de l'expertise de terrain, au travers du développement et de l'optimisation d'actions adaptées aux spécificités territoriales et populationnelles, en particulier en ruralité, d'une manière « bottom-up ».

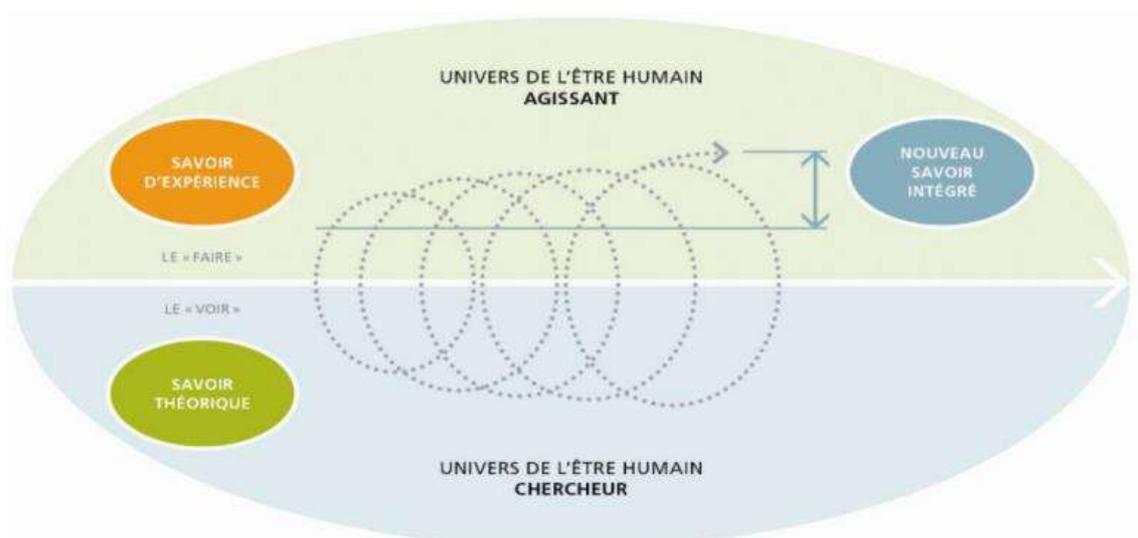


Figure 1. Le mode de transfert des connaissances en spirale

Ainsi, la mobilisation de connaissances permet de développer un cadre scientifique mobilisateur, avec pour objectif de partager et de définir collectivement les enjeux à venir et de guider la mise en œuvre de bonnes pratiques d'action, de prévention et de promotion de la santé basées sur les connaissances et l'expérience de terrain.

Dans le cas de l'étude qualitative MobCoNaq, les concepts issus des savoirs théoriques – revue de littérature scientifique et création cartographique à échelle fine – se croisent avec les savoirs expérientiels – recueillis auprès d'acteurs clés de la vaccination en Nouvelle-Aquitaine au-travers d'entretiens semi-directifs et d'observation de terrain – afin d'aboutir à des nouveaux savoirs intégrés – matérialisés lors des ateliers participatifs –, servant ainsi de cadre d'analyse pour les interventions favorisant la vaccination des personnes éloignées du système de santé, adaptées au contexte rural néo-aquitain. La restitution de ces travaux se réalise sous deux modalités : un séminaire et un rapport d'étude.

Cette mobilisation des connaissances doit aboutir, in fine, à une meilleure prise en charge des destinataires, au travers de l'optimisation d'actions adaptées aux spécificités territoriales et populationnelles de la ruralité néo-aquitaine, s'inscrivant par là-même dans le champ de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

ii. Sélection des vaccins et des territoires ruraux

Sélection des vaccins

La sélection des vaccins étudiés dans MobCoNaq répond à un triple objectif :

- i. Étudier des **interventions couvrant un large spectre de la population** résidant en ruralité ;
- ii. Aborder des **vaccinations** qui se placent historiquement parmi les plus **sujettes à l'hésitation et/ou à la défiance vaccinale**⁴.

⁴ A l'exception du vaccin antitétanique, les vaccins sélectionnés sont ceux qui, avec le vaccin contre l'hépatite B, suscitent historiquement les plus forts taux de méfiance en France.

iii. Être **au plus près des enjeux prioritaires identifiés dans le Projet Régional de Santé** (PRS) de Nouvelle-Aquitaine

Nous avons éliminé du cadre de notre étude les vaccins concernant les nourrissons (0- 2 ans), dans la mesure où la couverture vaccinale est relativement satisfaisante sur l'ensemble du territoire, notamment depuis l'extension, en 2018, de 3 à 11 vaccins de caractère obligatoire pour cette tranche d'âge. Ainsi, nous avons décidé de circonscrire notre étude aux vaccins suivants :

- Le **vaccin contre le HPV**, afin d'étudier le groupe social des adolescents ruraux ;
- Le **vaccin contre le tétanos** pour intégrer le groupe social des travailleurs saisonniers, dont le poids est important en Nouvelle-Aquitaine, particulièrement pendant les vendanges et récoltes ;
- Le **vaccin contre la grippe** et le **vaccin contre la Covid-19**, dans le but d'inclure le groupe social des seniors, particulièrement présent en ruralité.

Sélection des territoires ruraux

Les territoires ruraux choisis pour être étudiés plus en profondeur dans le cadre de MobCoNaq appartiennent aux territoires de la ruralité autonome⁵. Ils représentent une part importante de la ruralité néo-aquitaine et sont, par ailleurs, ceux où l'offre de soins et l'état de santé de ses habitants sont les plus problématiques.

Au niveau de l'échelle territoriale, l'échelle des EPCI – Communauté de Communes et/ou d'Agglomération – a été retenue car c'est celle qui nous semble la plus adaptée pour saisir les logiques spatiales au regard des densités de maillage sanitaire territoriales et des axes de mobilité existants.

Nous avons ensuite engagé une collaboration avec l'ORS Nouvelle-Aquitaine afin d'établir une pré-sélection de vingt (20) territoires ruraux à l'échelle EPCI, en fonction des caractéristiques suivantes :

⁵ La ruralité autonome et la ruralité sous influence d'un pôle conformément la ruralité en France selon la définition de l'Insee. Voir partie 3- Santé et ruralités en Nouvelle-Aquitaine.

- Espaces ruraux autonomes à faible et très faible densité ;
- Espaces ruraux côtiers / non côtiers ;
- Espaces ruraux relativement proches d'un grand centre urbain / relativement éloignés d'un grand centre urbain
- Espaces ruraux bénéficiant d'un maillage relativement dense / non dense ;
- Espaces ruraux actifs en matière de santé pour les publics éloignés du système de santé / peu actifs

Le fil conducteur du processus de sélection des deux territoires ruraux fut de favoriser les échanges et les réflexions lors des ateliers participatifs et du séminaire, par la **mise en perspective de reflets de la diversité des ruralités néo-aquitaines**. L'idée sous-jacente consistait à intégrer les dimensions de priorisation des actions sur les territoires, tout comme les limites d'un « copié-collé » d'intervention dans un espace ne bénéficiant pas du même maillage territorial notamment.

Aussi, nous avons choisi deux territoires sensiblement différents l'un de l'autre – l'un *sous le feu des projecteurs* et l'autre relativement *invisible* – mais dont les caractéristiques socioéconomiques, démographiques et sanitaires sont relativement représentatives des autres espaces ruraux de la région.

Il s'agit de la Communauté de Commune du **Médoc, en Gironde** (33), et de la Communauté de Communes du **Périgord Nontronnais, en Dordogne** (24).

- Le Médoc appartient au département le plus riche et peuplé de la région. Territoire marqué par son enclavement physique, de fortes inégalités socio-économiques et des problématiques de mobilité et d'habitat, le Médoc est également riche d'une culture de coopération entre acteurs locaux.

L'agriculture occupe une part importante dans l'économie – la viticulture notamment – drainant par là-même une population de travailleurs saisonniers, dont la culture et les pratiques de prévention en santé sont globalement peu développées. Le Médoc est un territoire très étudié et regardé, car de nombreux projets sont mis en œuvre, dans un contexte d'indicateurs de santé très dégradés chez les populations précarisées.

- Le Périgord Nontronnais est représentatif quant à lui des espaces ruraux structurellement défavorisés. Les moyens financiers à disposition, ainsi que l'engagement politique en matière de santé y sont moindres.

Situé géographiquement aux confins de trois départements (Dordogne, Charente, Haute-Vienne), et bien moins visible que le Médoc, les indices de défavorisation sociale y sont élevés, particulièrement pour le taux de pauvreté, l'indice de vieillissement, le taux de mortalité évitable et la sous-dotation en professionnels de santé.

iii. Savoirs théoriques

1. Revue de littérature scientifique

Afin d'identifier les interventions probantes⁶ et prometteuses⁷ facilitant le recours à la vaccination des personnes vivant en ruralité, une revue de littérature scientifique internationale a été réalisée⁸ lors de la première phase de cette étude qualitative⁹.

Une intervention probante est une intervention dont l'efficacité a été évaluée dans un cadre de recherche et publiée dans des revues à comité de lecture.

Une intervention prometteuse est une intervention dont l'efficacité n'a pas été évaluée par la recherche mais pour laquelle une évaluation normative solide induit une présomption de résultats pertinents (car présentée dans un manuel d'intervention ou repérée dans le cadre d'un dispositif de veille et de capitalisation par exemple). L'intérêt des interventions prometteuses réside principalement dans le fait qu'elles peuvent être plus innovantes que les interventions probantes, car celles-ci sont fréquemment plus récentes.

Quatre (4) **objectifs spécifiques** ont guidé cette revue de littérature scientifique :

- i. Identifier les interventions existantes sur le recours à la vaccination chez les personnes vivant en milieu rural ;
- ii. Déterminer les objectifs et les éléments de ces interventions (professionnels impliqués, outils, coordination, etc.) ;

⁶ Selon les définitions proposées par Lacouture, 2016.

⁷ Plusieurs dispositifs détaillant des interventions/pratiques prometteuses ont été mis en œuvre, notamment en France (Santé Publique France) et au Canada (Portail canadien des pratiques exemplaires) pour améliorer la prise de décisions touchant les programmes de santé publique en permettant aux professionnels de la santé de première ligne d'accéder à des interventions efficaces et bien évaluées en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé.

⁸ Cette scoping revue a été réalisé par Leila Ramiz (épidémiologiste Isped) , Arnaud Rubi (sociologue Inserm) et Jalpa Shah (épidémiologiste Santé Publique France).

⁹ Recherche par mots-clés sur plusieurs bases de données de littérature scientifique complémentaires. Sur les articles obtenus, des critères de sélection méthodologique et la période de publication ont servi de filtres, puis l'utilisation d'une grille d'analyse des critères d'inclusion et d'exclusion préétablie en suivant la méthode Prisma-ScR.

- iii. Comprendre les stratégies de mise en œuvre de ces interventions (organisation, communication, etc.) ;
- iv. Analyser les résultats rapportés dans la littérature lors de la conception, de l'essai ou de la mise en œuvre de ces interventions

Les **critères d'inclusion** utilisés lors de cette revue scientifique se sont articulés autour de trois dimensions, comme présenté ci-dessous :

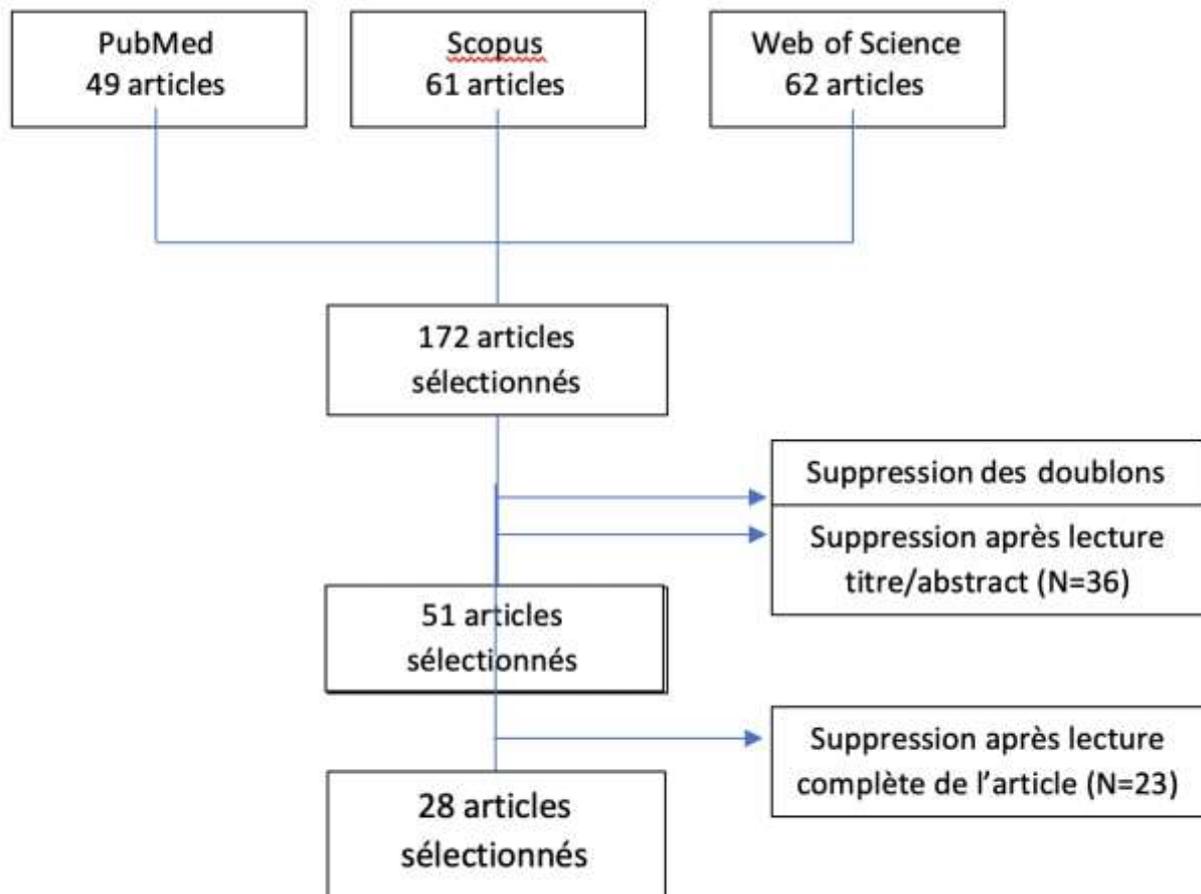
- i. Population et comportement vaccinal
 - a. Intervention menée auprès de personnes vivant en milieu rural (communes peu denses ou très peu denses) ;
 - b. Recours, non-recours ou hésitation vaccinale abordés dans l'article.
- ii. Intervention mise en œuvre
 - a. Interventions probantes/prometteuses qui favorisent le recours à la vaccination ;
 - b. Description précise de l'intervention ;
 - c. Présence de résultats concernant l'efficacité de l'intervention.
- iii. Contexte de l'intervention
 - a. Date de publication : de 2000 à 2022 ;
 - b. Langue de la publication : Français, Anglais ou Espagnol
 - c. Sources : Données empiriques (études quantitatives et qualitatives)

D'autre part, six (6) **critères d'exclusion** ont été retenus dans notre démarche, mentionnés ci-dessous :

- i. Intervention menée auprès de personnes vivant en milieu urbain ;
- ii. Intervention ne concernant pas le recours à la vaccination ;
- iii. Intervention dont l'efficacité ou l'inefficacité n'est pas évaluée ;
- iv. Maladie non-transmise en Nouvelle-Aquitaine (exemple : paludisme) ;
- v. Article/Document non disponible en français, anglais ou espagnol ;
- vi. Article complet indisponible.

Enfin, sept (7) bases de données ont ensuite été consultées, à savoir PubMed, Scopus, Web of Science, Cairn, Google Scholar et HAL.

Au total, 172 articles ont ainsi été présélectionnés, pour aboutir à une sélection finale de 28 publications, comme cela apparaît dans le schéma ci-dessous :



2. Création d'outils cartographiques

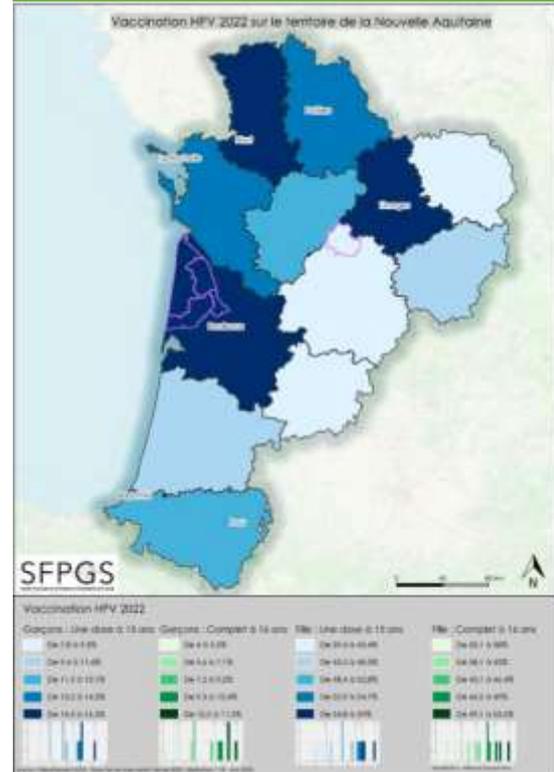
Pour observer les logiques spatiales à l'œuvre dans les comportements de prévention en France, mais également les stratégies à planifier par les pouvoirs publics et les professionnels de santé pour augmenter la couverture vaccinale, il est important de disposer d'outils permettant une vision fine, reflétant les singularités de chaque territoire.

Lorsque l'on s'intéresse aux couvertures vaccinales des personnes habitant en ruralité, les cartes à échelle régionale et départementale montrent certaines limites, car les singularités ainsi regroupées disparaissent dans la moyenne, rendant invisibles les *trous dans la raquette* notamment.

Couverture vaccinale Grippe +65 ans en 2021



Couverture vaccinale HPV 1 dose filles en 2022



En ayant accès aux données à échelle communale, ou mieux encore infra-communale - carreau de 200 mètres - il devient possible de visualiser les quartiers à prioriser au sein de chaque commune, de mener des actions non plus fondées sur des communes prioritaires, mais sur des secteurs prioritaires au sein de plusieurs communes.

Ainsi, afin de faciliter d'une part la compréhension territoriale et les différents modes d'appropriation de l'espace qui s'y opèrent, tout en alimentant d'autre part les réflexions sur la définition d'objectifs et la planification d'actions de prévention pour les publics-cibles en ruralité néo-aquitaine, l'équipe de recherche a souhaité être en mesure de fournir aux acteurs des outils d'analyse spatiale et cartographique.

Au-travers d'une collaboration étroite avec la Société Francophone de Pratique en Géographie de la Santé (SFPGS) tout au long de l'étude, il a été possible de co-construire plus de 60 cartes¹⁰ dont la majorité concerne les deux territoires ruraux autonomes sélectionnés¹¹ (Médoc en Gironde ; Périgord Nontronnais en

¹⁰ Les données présentées dans l'ensemble des cartes ont été élaborées à l'aide de données brutes, non redressées par l'âge de la population. Comme le déclare Ludovic Cépré, « c'est donc la réalité telle qu'elle existe sur le terrain, et non pas la réalité telle qu'elle serait si... ».

¹¹ Une sélection des cartes créées est disponible dans la partie Annexes du présent rapport.

Dordogne). Elles peuvent se catégoriser en deux séries complémentaires, comme l'explique le président de la SFPGS :

- i. *« Une série de cartes contextuelles, visant à caractériser les espaces d'action, sous l'angle des caractéristiques de la population (âge, sexe, niveau de formation, de revenus, d'équipement des ménages, de la situation familiale, indicateur de position sociale des écoles, taux de réussite au brevet par collèges, etc.), ceci jusqu'aux échelles les plus fines disponibles (carreaux de 200m parfois) ;*
 - *Cette première série a servi à contextualiser soit les enjeux (populations à très bas revenus, à faible niveau d'éducation, sans voiture particulière...), soit à localiser des groupes cibles (les populations en âge de dépistages organisés, les adolescents, les jeunes enfants...), soit à affiner des profils d'actions adaptés (en fonction de la littératie en santé des populations cibles, du nombre parfois faible de personnes cibles par commune rurale).*
- ii. *Une série de cartes portant directement sur les indicateurs liés aux objectifs de l'action (population sans médecin traitant, taux de participation aux dépistages organisés, taux d'ALD par communes, de vaccinations ROR ou Grippe, etc.). »*

Présentées aux acteurs lors des trois ateliers participatifs, mais également à l'occasion du séminaire de restitution des résultats, elles ont permis d'affiner la perception de la réalité, à l'aide d'un certain nombre de variables de caractère sanitaire, démographique et socio-économique. Elles furent mises en perspective avec les réalités territoriales des ruralités néo-aquitaine, dans une démarche didactique facilitant l'analyse, la prospective et la communication, le tout dans une approche multiscale. Ces supports cartographiques se sont révélés d'une grande aide pour :

- La description de l'existant ;
- L'analyse des enjeux ;
- La réflexion prospective sur le souhaitable et le possible ;
- La communication des travaux issus des réflexions collectives.

Pourquoi la SFPGS a-t-elle décidé de s'impliquer dans MobCoNaq ?

Le regard de Ludovic Cépré, Président de la SFPGS

« L'action « MobCoNaq » visait à analyser les caractéristiques du lien entre précarité, accès à la santé et milieu rural. La SFPGS compte parmi ses objectifs de contribuer à mieux mettre en évidence les besoins de santé à échelle fine dans les environnements défavorisés, et son implication dans cette action était donc une réelle opportunité.

- **Opportunité de participer à des groupes de travail et d'échanges incluant nombre de partenaires de terrain impliqués au quotidien dans le travail concret**, qu'il soit du domaine du soin, de l'accès aux droits, de la médiation, du pilotage de structures, de l'attribution de financements, de la création de la confiance avec des populations en situation de précarité, etc. Une véritable chance pour le géographe, toujours enrichi par le contact le plus concret avec le terrain, à mettre en parallèle et en résonance avec l'analyse spatiale de données de santé.
- **Opportunité de travailler aussi avec des spécialistes de disciplines différentes et complémentaires**, que ce soient des soignants, sociologues, épidémiologistes, médecins de santé publique, etc. Cette transversalité impliquait également l'encadrement d'un stagiaire géomaticien, recruté spécifiquement pour ce projet, afin de permettre à la SFPGS d'être en capacité d'assurer une production cartographique importante en quelques mois, sachant qu'elle n'est composée que de bénévoles. L'encadrement de stagiaires a ceci de très positif, au-delà d'une forme de fin de formation pratique axée sur les besoins concrets de véritables utilisateurs, de permettre de bénéficier aussi des nouveautés en matière d'outils informatiques les plus à jour, ou de protocoles de travail et de partage sécurisé de données via le web.
- **Opportunité de mettre l'analyse spatiale et la production de cartographies « sur-mesure » à l'épreuve de son utilité pratique, opérationnelle, quotidienne**, en la soumettant aux retours d'acteurs non géographes, pour qui ces analyses étaient réalisées. Cette forme d'adaptation aux besoins concrets est extrêmement précieuse en cela qu'elle est la seule méthode permettant d'espérer réellement une appropriation de la méthode, une compréhension de l'analyse spatiale adaptée, et pour tout dire un accueil qui aille au-delà de l'intérêt poli ».

iv. Savoirs expérientiels

1. Entretiens semi-directifs

Afin de recueillir des savoirs expérientiels en lien avec la vaccination en ruralité néo-aquitaine, une vingtaine d'entretiens semi-directifs ont été effectués auprès d'acteurs clés de la région.

Ces entretiens se sont menés en deux temps. La première phase, celle des entretiens exploratoires, avait pour objectif de saisir les enjeux de la vaccination en ruralité, ainsi que d'obtenir des éléments objectifs nous permettant d'affiner la sélection des vaccins et des territoires ruraux néo-aquitains. La seconde phase d'entretiens a permis de recueillir des savoirs expérientiels plus spécifiques aux vaccins et territoires ruraux sélectionnés, en mettant en reliefs les obstacles et leviers – existants ou à créer – propres à chacun.

Structures et fonctions exercées par les acteurs entretenus

- ARS N.A.
 - Directrice de projets (en charge notamment de la vaccination HPV en milieu scolaire)
 - Responsable Pôle Vulnérabilités
 - Médecins du Pôle Veille Sanitaire et Prévention du Risque Infectieux

- Conseil Départemental de la Gironde
 - PMI Castelnau de Médoc – Médecin responsable Pôle Santé Médoc
 - Maison Départementale de Promotion de la Santé (33)
 - Chargée de Mission Direction Promotion Santé
 - Médecin coordinatrice Pôle Santé Précarité
 - UD-CCAS – Présidente

- Santé Publique France (SPF)
 - Responsable d'unité Infections Respiratoires et Vaccinations
 - Coordinatrice de programme sur la Surveillance de la Couverture Vaccinale

- Professionnels de santé libéraux
 - Médecin généraliste en MSP (47)
 - Sage-femme (33)
 - Pharmacienne d'officine (40)

- Clinique Mutualiste de Lesparre-Médoc
 - Sage-femme cadre Maternité
 - Animatrice Prévention

- Institut Bergonié
 - Coordinatrice médicale à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI)
 - Cadre de Département Soins de Support, Prévention Santé publique et Informations Médicales

2. Observations de terrain en ruralité

Afin d'observer certaines des dynamiques existantes dans la mise en œuvre de la promotion vaccinale en ruralité autonome néo-aquitaine, nous avons souhaité partir à la rencontre des personnes destinataires de ces actions.

Plusieurs observations de terrain ont été effectuées sur le territoire du Médoc, entre les mois d'avril et de septembre 2023. Ces observations n'auraient pu voir le jour sans la disponibilité et la bienveillance de Marie Lecourt, Animatrice Prévention à la clinique mutualiste de Lesparre-Médoc. Elle fut un précieux relais de terrain, étant également force de proposition sur le choix des activités, et nous tenons à la remercier pour l'intérêt manifesté vis-à-vis de notre démarche et la pertinence de ses actions.

Nous avons ainsi été en mesure de l'accompagner dans plusieurs actions de sensibilisation et promotion de la vaccination¹² – dans une posture d'observation participante – auprès de différents publics et communes médocaines :

- i. Stand Infos vaccination auprès d'un **public en situation de grande précarité** – familles monoparentales, retraités pauvres, Gens du voyage, travailleurs saisonniers précarisés nationaux et étrangers, teufeurs – les 04/04/23 et 13/09/23, dans les locaux du **Secours Populaire**, à **Pauillac** ;
- ii. Stand Infos vaccination auprès d'un **public tout-venant**, le 05/05/23 dans les locaux de la **pharmacie** Porte du Médoc, dans le centre-bourg de **Castelnau de Médoc** ;
- iii. Stand Infos vaccination auprès d'un **public en situation de précarité** – travailleurs pauvres, personnes ayant connu des accidents de parcours, AAH, familles monoparentales notamment – les 05/05/23 et 08/09/23 dans les locaux de **l'épicerie solidaire « La Boussole »**, à **Castelnau de Médoc**, lors de la distribution alimentaire hebdomadaire.

¹² Échanges avec les personnes, écoute bienveillante, supports d'information, mise à disposition de carnets de vaccination et calendriers vaccinaux, promotion des outils numériques d'information, comme <https://www.monespacesante.fr> .

iii. Nouveaux savoirs intégrés

La dernière phase de la mobilisation de connaissances relative à la vaccination en ruralité néo-aquitaine se concentra sur l'élaboration commune de recommandations pour la conception et la mise en œuvre d'interventions efficaces pour augmenter la couverture vaccinale des groupes sociaux étudiés dans MobCoNaq. Cette réflexion collective se déroula lors des ateliers participatifs, puis à l'occasion du séminaire de restitution des résultats.

1. Ateliers participatifs

Trois (3) ateliers participatifs de quatre heures chacun se sont réalisés en visioconférence au mois de mai 2023 :

- i. 02/05/23 : Couverture vaccinale Grippe & Covid des seniors ruraux néo-aquitains
- ii. 11/05/23 : Couverture vaccinale Tétanos des travailleurs agricoles néo-aquitains
- iii. 16/05/23 : Couverture vaccinale HPV des adolescents ruraux néo-aquitains

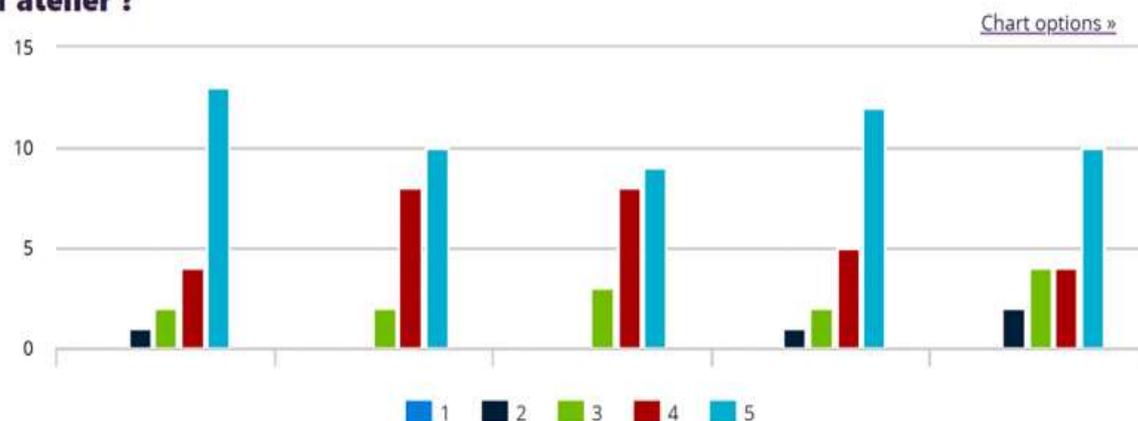
Structures participantes à l'un ou plusieurs des ateliers MobCoNaq

- ARS N.A.
- DD-ARS 19 / 23 / 24 / 40 / 47 / 87
- MSA N.A.
- CPAM 33
- Santé Publique France
- Médecins du Monde
- IREPS N.A.
- URPS Chirugiens-Dentistes de Nouvelle-Aquitaine
- OMEDIT 40 / 47 / 64 / 79
- PASS Sud – Nouvelle-Aquitaine & PASS 47
- Parc Naturel Régional (PNR) du Médoc & Contrat Local de Santé du Médoc (33)
- CPTS Médoc-Sud
- Agora Lib'
- Clinique Mutualiste de Lesparre (33)
- Inspection Académique 47
- DIMESP 47

Ces ateliers ont notamment permis :

- i. La **mise en réseau d'acteurs néo-aquitains divers**, en lien avec la problématique de la vaccination en ruralité ;
- ii. Le **partage d'expériences sur les obstacles rencontrés** sur les territoires ruraux en matière d'offre et de demande vaccinale
- iii. **L'initiation / Sensibilisation à la géographie de la santé** au-travers de la cartographie à échelle fine comme levier descriptif et prospectif dans la conception, mise en place et évaluation d'actions en ruralité ;
- iv. Une **réflexion collective sur les leviers** permettant d'augmenter la couverture vaccinale des ruraux néo-aquitains ;
- v. La **capitalisation des connaissances**, via l'envoi de l'ensemble des supports cartographiques et des synthèses des ateliers aux participants

10. Sur une échelle de 1 (pas clair) à 5 (très clair), dans quelle mesure avez-vous pu identifier les différentes étapes du partage de connaissances lors de l'atelier ?



	1	2	3	4	5
L'identification de l'enjeu(x)	0	1	2	4	13
L'intégration du contexte de la vaccination auprès des populations rurales (au niveau individuel, organisationnel, professionnel, etc.)	0	0	2	8	10
La présentation des connaissances autour des freins portant sur l'offre et la demande de vaccination des populations rurales	0	0	3	8	9
La réflexion collective autour d'actions permettant d'augmenter la couverture vaccinale	0	1	2	5	12
La réflexion autour de l'utilité et/ou la faisabilité des actions permettant d'augmenter la couverture vaccinale sur le terrain	0	2	4	4	10

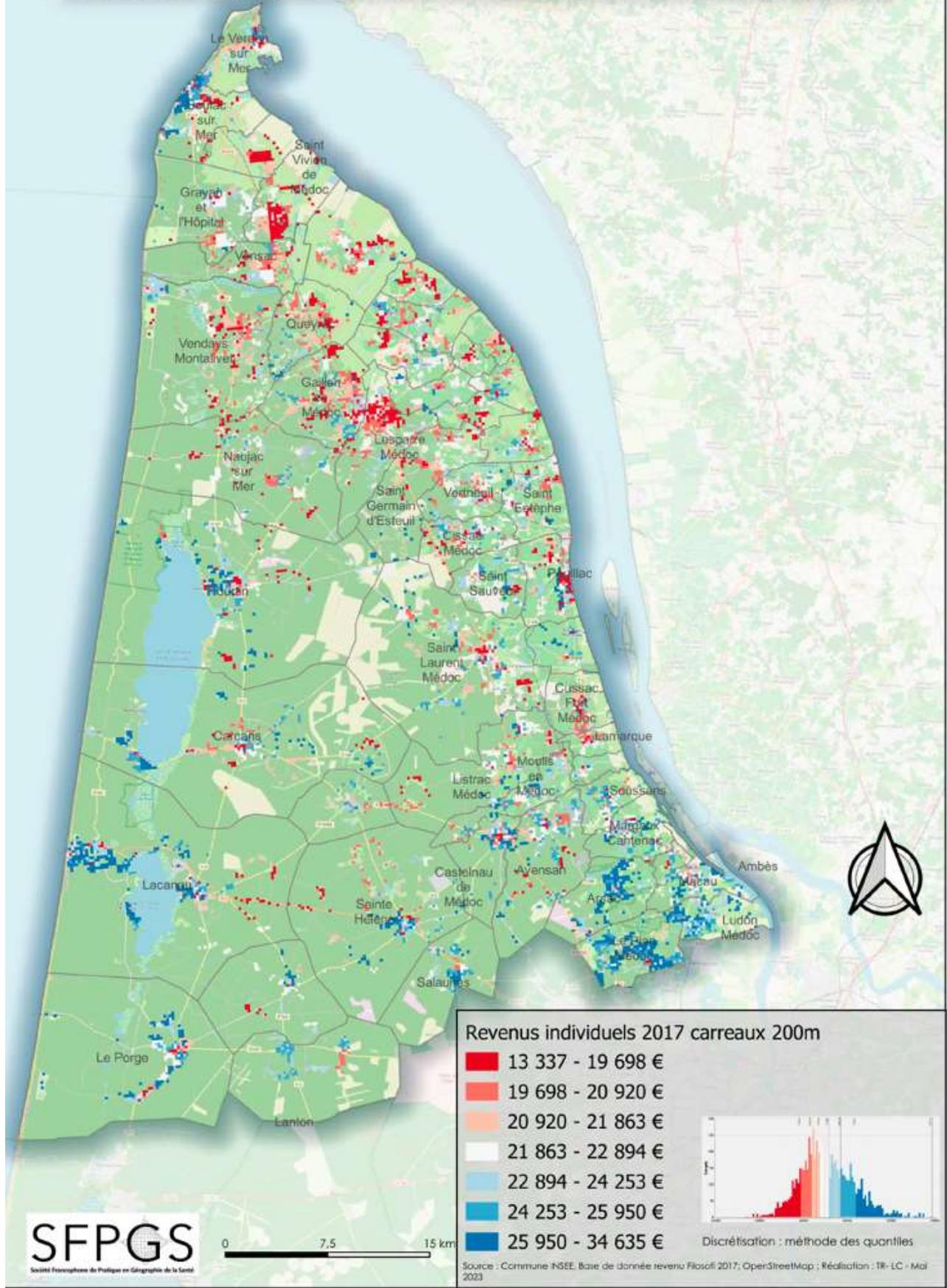
13

Les participants n'avaient pour la plupart jamais eu accès à des cartes socio-sanitaires à échelle fine. Bien qu'étant conscients des disparités existantes entre les pôles de leurs territoires (par exemple, de celles existantes entre un Sud-Médoc plutôt favorisé et un axe Nord-Estuaire plus défavorisé), ils ne percevaient pas forcément les disparités intra-communales.

Car les données à l'échelle communale peuvent être trompeuses : une commune qui a de grosses différences de revenus en son sein fera apparaître une donnée moyenne, qui laisse à penser que la situation n'est pas prioritaire. Avec les données à échelle du carreau de 200 mètres, de nouvelles priorisations peuvent s'établir, comme le montre la carte du Médoc ci-dessous :

¹³ Extrait de l'évaluation des ateliers par les participants. L'ensemble des résultats se trouve dans la partie Annexes du présent rapport.

Revenus individuels au carreau de 200m en 2017 dans le Médoc



SFPGS
Société Française de Planification et Géographie de la Santé

0 7,5 15 km

2. Séminaire

Afin de renforcer les liens entre la recherche académique, les objectifs et les stratégies mises en place par les décideurs, et les actions portées par les acteurs sur le terrain, un séminaire de restitution des résultats de l'étude MobCoNaq a été organisé au siège de l'ARS NA, à Bordeaux, le 21 juin 2023.

Une quarantaine d'acteurs, provenant de différentes structures en lien avec les problématiques de vaccination en ruralité néo-aquitaine sur l'ensemble de la région y ont participé.

Acteurs présents lors du séminaire MobCoNaq

- Acteurs de terrain, en contact quotidien avec les publics-cibles
 - PASS / CPTS Médoc-Sud / ADAV 33

- Professionnels de santé
 - Médecins généralistes salariés / Médecins des hôpitaux / Médecins en Santé Publique / Pharmaciennes / Infirmières

- Acteurs en charge de la coordination de dispositifs et d'actions sur les territoires ;
 - ARS N.A. / MSA / DD-ARS (40) et (47) / OMEDIT / URPS Chirugiens-Dentistes N.A. / AGORA LIB' N.A. / Hôpital Suburbain du Bouscat (33) / Centre Hospitalier Départemental La Candélie (47) / Institut Bergonié (33) / CLS Médoc (33) / Maison du Département de la Promotion de la Santé (33) / Mairie du Barp (33) / FNASAT-GV.

Suivant les principes de la mobilisation de connaissances, ce séminaire fut conçu de manière à ce que les acteurs se saisissent de cette étude, en les invitant à présenter certaines parties des résultats obtenus tout au long de ce projet (revue de littérature scientifique, cartographie à échelle fine, ateliers participatifs). Structuré autour des trois étapes de recherche, le programme du séminaire MobCoNaq est présenté ci-dessous :

- Introduction
 - Erwan Autès-Tréand, Responsable Pôle Vulnérabilités en santé à l'ARS N.A.

- Présentation des objectifs et de la méthode MobCoNaq
 - Arnaud Rubi, Chargé d'étude MobCoNaq

I. Savoirs théoriques relatifs à la vaccination en ruralité :

- Présentation des enjeux de santé publique sur la vaccination en France
 - Sophie Fégueux, Médecin des hôpitaux – Chargée d'expertise et de projet en santé publique à Santé Publique France (SPF)
- Synthèse de la revue de littérature scientifique internationale portant sur les interventions probantes ou prometteuses en matière de vaccination dans les espaces ruraux
 - Jalpa Shah, Épidémiologiste à Santé Publique France (SPF)
- La cartographie à échelle fine : un levier pour décrire, prioriser et planifier des actions de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé en ruralité néo-aquitaine
 - Ludovic Cépré, Président de la Société Francophone de Pratique de Géographie en Santé (SFPGS)

2. Savoirs expérientiels relatifs à la vaccination en ruralité néo-aquitaine

- La couverture vaccinale Grippe et Covid-19 des séniors ruraux néo-aquitains
 - Gwénaëlle Cambuzat, Référente régionale Prévention à la Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- La couverture vaccinale Tétanos des actifs agricoles et saisonniers ruraux néo-aquitains
 - Arnaud Rubi, Chargé d'étude MobCoNaq
- La couverture vaccinale HPV des adolescents ruraux néo-aquitains
 - Quentin Chamon – Médecin Coordonnateur HPV à la DD-ARS 40

3. Nouveaux savoirs intégrés relatifs à la vaccination en ruralité néo-aquitaine

- Réflexion collective autour des :
 - Principaux leviers et obstacles à prendre en compte pour augmenter la couverture vaccinale en ruralité néo-aquitaine
 - Actions et adaptations à proposer aux instances concernées
 - Échanges animés par Stéphanie Vandentorren (Investigatrice coordinatrice MobCoNaq) et Arnaud Rubi (Chargé d'étude MobCoNaq)
- Conclusion et perspectives
 - Stéphanie Vandentorren, Investigatrice coordinatrice MobCoNaq

Devant l'intérêt manifesté par les participants vis-à-vis de la production cartographique à échelle fine comme outil d'amélioration des actions santé déployées sur les territoires ruraux, la SFPGS a proposé aux acteurs qui le souhaitent l'élaboration et l'envoi de cartes *sur-mesure* pour leurs territoires. Cette proposition fut saisie par des acteurs de Gironde (Médoc et Val de L'Eyre), des Landes et du Lot-et-Garonne¹⁴, notamment pour croiser de nouveaux indicateurs avec ceux existants, afin de réaliser des diagnostics et une planification de futures actions.

D'autre part, un groupe de travail s'est constitué – réunissant des acteurs du Médoc, le chargé d'études MobCoNaq et la SFPGS – afin de poursuivre les échanges autour des modalités permettant de mieux intégrer l'analyse spatiale en santé à échelle fine dans les actions de santé, et plus particulièrement celles en lien avec les problématiques de vaccination sur ce territoire rural. Les réflexions, qui se poursuivent actuellement, portent notamment sur l'utilisation de l'outil cartographique à échelle fine comme levier permettant d'améliorer le dialogue de gestion ACI entre les CPTS et la CPAM de Gironde. Ceci afin de parvenir à une maîtrise des indicateurs dans un premier temps, pour ensuite, si cela devient possible, devenir productrices de données qualitatives, et ainsi alimenter et enrichir les diagnostics, objectifs et évaluations des actions mises en œuvre sur les territoires.

vi. Forces et limites méthodologiques de MobCoNaq

Les principales forces et limites de cette étude MobcoNaq se situent dans la **participation des acteurs** d'une part, et dans la **production cartographique** d'autre part.

En ce qui concerne la **participation des acteurs néo-aquitains**, la mobilisation de connaissances réalisée s'est traduite par une **mobilisation des territoires** – de l'échelle régionale à l'échelle communale, en passant par les départements et les EPCI –, **couplée à une mobilisation des acteurs autour de l'enjeu de la vaccination en ruralité**. En outre, nombre de ces acteurs nous ont accompagné durant plusieurs étapes de l'étude, ce qui a constitué une valeur ajoutée pour la finesse des analyses, basées sur le regard croisé Science-Terrain.

¹⁴ Localisation de la grande précarité, localisation des commerces et services, classes d'âges spécifiques (11-17 ; 18-24), etc.

Niveaux d'acteurs intégrés dans MobCoNaq

i. Acteurs institutionnels

- a. Directeurs
- b. Coordonnateurs
- c. Chargés de mission

ii. Professionnels de santé

- a. Salariés (ARS N.A. / Maison Départementale Promotion de la Santé / Clinique Mutualiste de Lesparre-Médoc / PMI / Institut Bergonié / COREADD)
- b. Libéraux (Généralistes / Pharmaciens / Sages-femmes)

iii. Acteurs associatifs professionnels et bénévoles

- a. Médecins du Monde
- b. Secours Populaire
- c. Épicerie solidaire La Boussole

Du côté des **limites** relatives à la participation des acteurs, la principale se trouve dans **la non-participation de professionnels et de bénévoles du Périgord Nontronnais**. En conséquence, la production cartographique à échelle fine concernant ce territoire rural autonome n'a pu être enrichie par l'éclairage empirique des acteurs périgourds. Toutefois, ces supports cartographiques se sont révélés utiles pour les échanges, dans la mesure où ils permettent une mise en perspective des problématiques et des ressources locales de chaque territoire.

Concernant la **production cartographique, l'appropriation de cet outil par les acteurs**, a permis d'élever la qualité des échanges, en intégrant la dimension spatiale dans les diagnostics et dans la conception et mise en œuvre de futures actions de vaccination.

« De notre point de vue de géographes de la santé de terrain – car le « P » de notre nom souligne bien que nous sommes et voulons être des Praticiens, axés sur la production utile de savoir géographique (et non uniquement de savoir théorique ou à visée académique) – l'action a été un succès inespéré !

Les acteurs de terrain ont eu accès à des informations très précises, et ont commencé à s'accoutumer à leur utilisation, en **construisant une culture commune de l'usage des données de santé contextualisées**. Il est à noter qu'il n'y a eu aucune réticence de leur part : ni sur le principe de cet usage, ni dans la pratique sur la difficulté de compréhension des concepts et des définitions d'indicateurs, sujets qui ne sont pourtant par toujours intuitifs. **L'accueil a été systématiquement positif**, l'intérêt pour l'usage n'étant parfois freiné que par la difficulté d'accès à des données qui auraient été plus pertinentes, mais inaccessibles.

En outre, nous avons pu nouer des **liens réels avec nombre d'acteurs de terrain du Médoc** (les acteurs locaux du Périgord Nontronnais ne s'étant pas autant impliqués dans la démarche). Nous avons donc pu **comprendre leurs problématiques, découvrir des besoins non couverts, et construits des outils dédiés ensemble**, par une logique essais/corrections très performante.

Non seulement nous avons exploré ensemble les thématiques de départ de l'action, mais un **groupe de travail issu de cette action a ensuite vu le jour pour poursuivre la démarche à la fois dans le cadre de la conception du nouveau Contrat Local de Santé, mais aussi dans l'accompagnement des acteurs dédiés aux CPTS, et issus de CPTS eux-mêmes**. Preuve est ainsi faite de la plus solide manière que **l'usage de nos analyses a été bien compris par les participants à MobCoNaq.** »

Les limites rencontrées dans la production cartographique sont de deux ordres. Premièrement, les cartes élaborées et présentées reflètent l'état des lieux des données disponibles. Or, les personnes en situation de grande précarité passent bien souvent sous les filtres des radars institutionnels et associatifs. Cela est notamment le cas de nombreux travailleurs saisonniers agricoles et viticoles précarisés, sans contrat de travail, sans hébergement officiel et non recensés.

En conséquence, il est important de garder à l'esprit que **la réalité décrite dans les cartes**, déjà préoccupante en soi, **est, de fait, sous-estimée**.

La seconde limite concerne **l'accès à des données fines actualisées**, en raison de la **complexité des démarches et à l'amplitude des délais** nécessaires à leur obtention.

Le regard de Ludovic Cépré, Président de la SFPGS

« L'analyse spatiale décuple son intérêt en améliorant la finesse de son analyse. En d'autres termes, **plus l'analyse est fine, plus elle est utile**. La SFPGS s'est donc fait une spécialité de la connaissance (et du partage de connaissance) de bases de données de santé à échelle fine, pour le peu qu'il en existe, et de corpus de données « proxy », c'est-à-dire qui sont fortement corrélés à l'état de santé sous divers angles, mais sans être des données de santé.

Or, **l'accès à des données de santé à échelle fine** – c'est-à-dire au moins à la commune, ou plus fin (quartiers, dits « IRIS », ou carreaux de 200 mètres, voire à l'adresse postale) – est **quasi impossible**. Nous savons qu'il existe, dans chaque région, au moins trois (3) acteurs en capacité d'obtenir des données de santé à échelle fine :

- i. Les Caisses d'Assurance Maladie (Régime général et agricole) ;
- ii. L'Agence Régionale de Santé
- iii. L'Observatoire Régional de Santé

Un espoir existait donc de pouvoir peut-être éclairer d'un jour spécifique certains aspects de l'analyse avec des données ad hoc. Comme dans la plupart des cas, cela n'a pas été possible, et les raisons en sont comme toujours multiples. Aucun acteur n'est fautif, dans la mesure où non seulement aucun organisme n'a pour mission de requêter les bases de données type SNDS (Système National de Données de Santé), mais, plus problématique, **aucun cadre simple n'existe pour les partager avec un acteur externe sans signer des conventions complexes**, via des sites ultra sécurisés, quand bien même les données sont à la base anonymisées. Ce type de requête et de partage n'a donc pas eu lieu. C'est probablement la limite principale du projet, du point de vue de la pratique d'analyse spatiale, et de nombreuses heures de travail ont été nécessaires pour essayer de compenser cette difficulté.

Une autre difficulté a résidé dans le temps indispensable de partage et d'explications qui doit accompagner la livraison d'un corpus de cartes réalisées « ad hoc ». Il est en effet **indispensable d'expliquer avec précision quelles sont les données utilisées, pourquoi, quelles sont leurs limites, leurs points forts, et quelles hypothèses peuvent être avancées à la lecture d'une carte**, ou à la lumière de plusieurs cartes. Ce temps n'est pas très chronophage, mais il est indispensable sous peine de ne pas permettre aux acteurs de terrain de se servir des analyses. Notons aussi que les acteurs se sont montrés plutôt friands de ces moments, qui semble leur apporter des éclairages intéressants sur des aspects de leur pratique qu'ils ne voient pas clairement à l'ordinaire. »

II. Ruralités et santé en Nouvelle-Aquitaine

a. Une nouvelle approche de la ruralité

En France, le rural a longtemps été défini en creux dans les approches statistiques nationales, en tant que catégorie résiduelle de recherches centrées sur la définition de l'urbain¹⁵. Néanmoins, depuis 2020, suite à des travaux menés par l'Insee, une nouvelle définition de la ruralité a été adoptée¹⁶. Elle s'appuie désormais sur le croisement de quatre dimensions, à savoir :

- Une faible, voire très faible densité de population, qui se traduit également par une faible densité médicale, commerciale, etc. ;
- L'éloignement des pôles de services et des pôles d'emploi ;
- L'ancrage local et social, une territorialisation spécifique dans un environnement proche
- La multifonctionnalité de l'espace (agriculture, ressources naturelles, tourisme)

La combinaison de critères de densité et de critères fonctionnels permet d'établir quatre catégories pour l'espace rural en France.

Catégorisation des ruralités en France

I. **Rural sous forte influence d'un pôle** (rural périurbain)

Commune appartenant à une aire de +50.000 habitants, et où + de 30% des actifs occupés travaillent dans le pôle de cette aire ;

II. **Rural sous faible influence d'un pôle** (rural périurbain)

Commune appartenant à une aire de +50.000 habitants, et où - de 30% des actifs occupés travaillent dans le pôle de cette aire ;

III. **Rural autonome à faible densité**

Commune hors influence des villes ou appartenant à une aire de moins de 50.000 habitants. Commune qui fonctionne sans l'influence d'un pôle, ou sous l'influence d'un petit pôle qui structure peu son environnement.

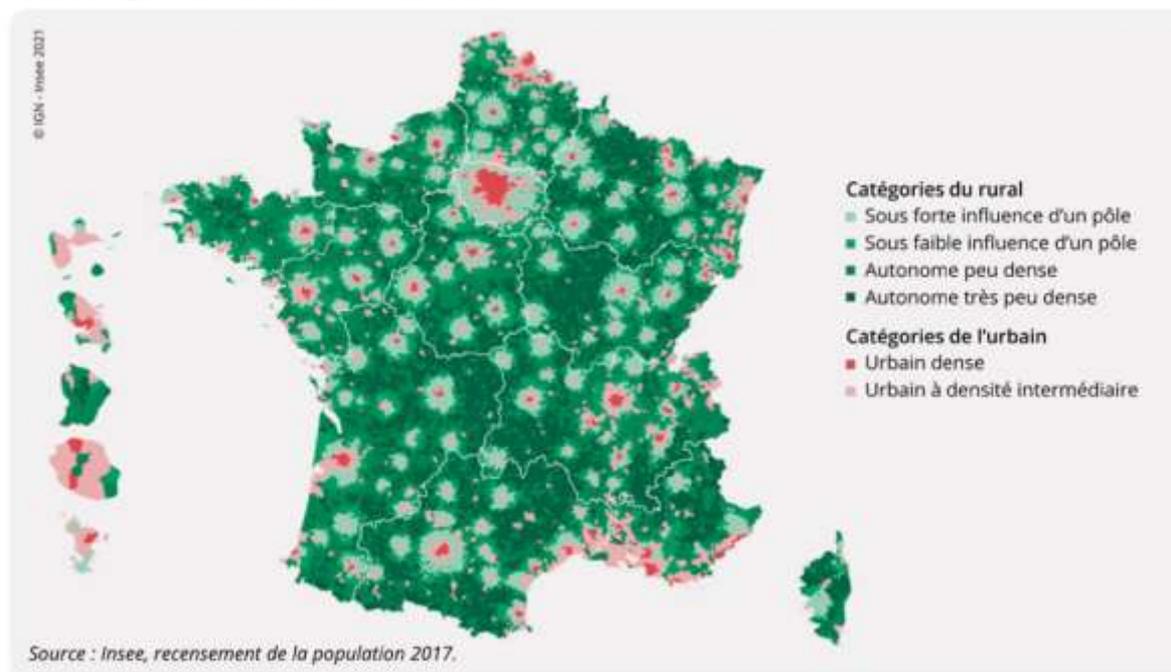
IV. **Rural autonome à très faible densité**

Caractéristiques similaires, mais avec une densité de population moindre. Permet également de constituer deux groupes qui se trouvent être de taille équivalente en nombre de communes.

¹⁵ Une commune rurale était une commune n'appartenant pas à une unité urbaine. Une unité urbaine étant définie par le regroupement de plus de 2 000 habitants dans un espace présentant une certaine continuité du bâti

¹⁶ Qu'est-ce que le « rural » ? Analyse des zonages de l'Insee en vigueur depuis 2020 <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/actualites/eclairage/grille-densite-zonage-aires-urbaines-definition-rural>

► 5. Catégories du rural et de l'urbain



17

Les **communes rurales** constituent ainsi **88% de l'ensemble des communes françaises**, abritant 33% de la population nationale en 2017. En **Nouvelle-Aquitaine**, cette proportion atteint même **51% des habitants¹⁸**, avec **trois millions de personnes répartis sur les 4 029 communes rurales** de la région, ce qui en fait la troisième région rurale française.

Près de la moitié de la population rurale néo-aquitaine réside dans le rural autonome – hors de l'influence d'un pôle – qui s'étend sur 60% de la superficie de la région et accueille 24 % de la population régionale.

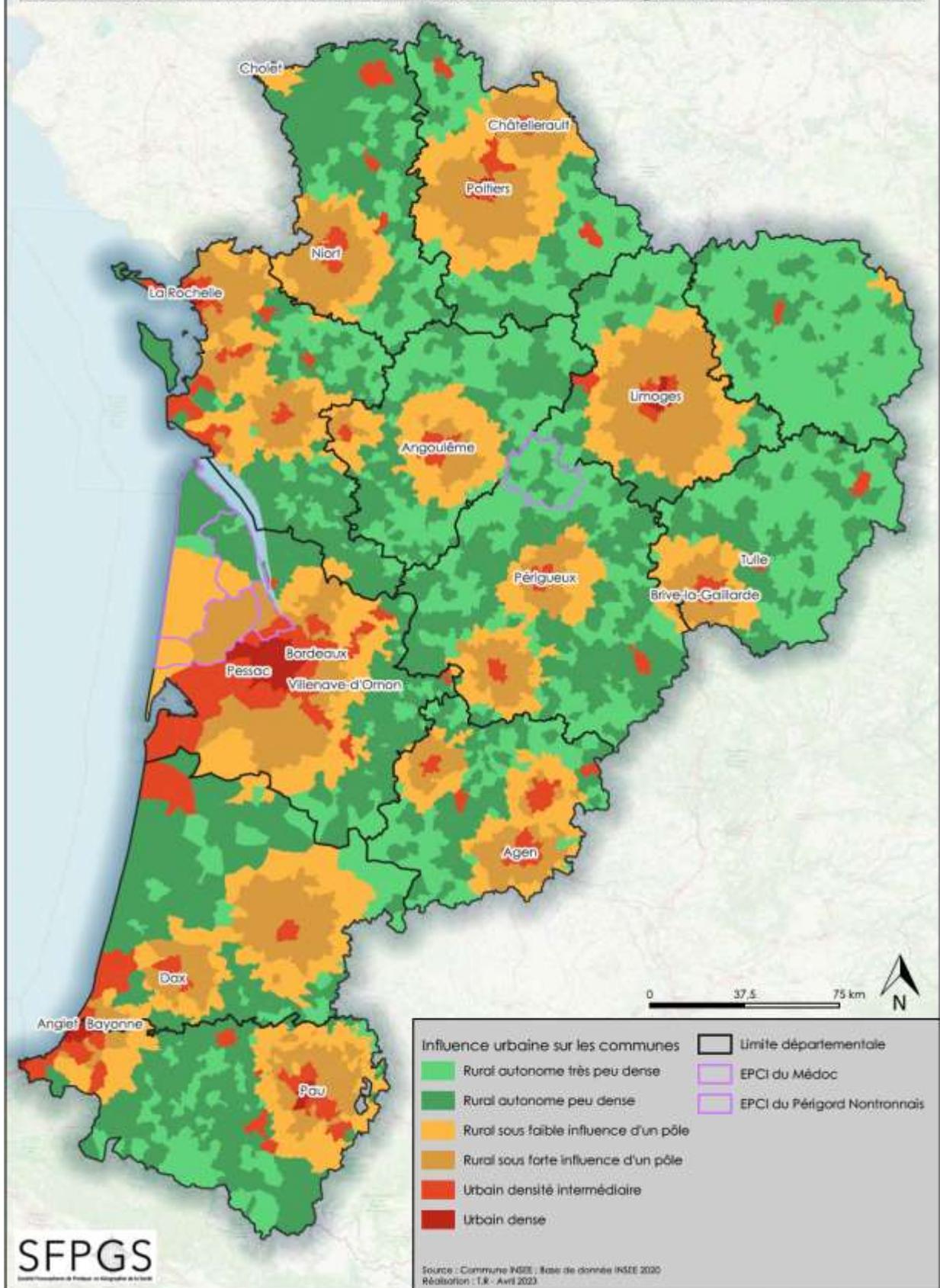
Densité des communes en France et en Nouvelle-Aquitaine

DENSITE	FRANCE	NOUVELLE-AQUITAINE
Communes denses	37,9 %	22 %
Communes intermédiaires	29,3 %	26,9 %
Communes peu denses	29,2 %	44,5 %
Communes très peu denses	3,6 %	6,6 %
Total	100 %	100 %

¹⁷ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>

¹⁸ Selon les chiffres de l'Insee, parus en 2021 – Voir <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5358718>

Répartition des communes en fonction de l'influence urbaine dans la région Nouvelle Aquitaine en 2020



b. Des ruralités néo-aquitaines aux ressources et populations variées

NOUVELLE-AQUITAINE

- **Plus grande région** de France : 84 036 km²
- 6 millions d'habitants (estimation Insee au 1er janvier 2018)
- 3^{ème} région de France pour l'activité économique : 163,9 milliards d'euros de PIB en valeur et 2,4 millions d'emplois

Première région agricole de France

- 2^{ème} région d'Europe pour la valeur de sa production agricole
- 1^{ère} région de France pour le nombre d'exploitations (70 380)
- 1^{ère} région de France pour le nombre d'emplois (111 300)
- 1^{ère} région pour l'élevage, pour de nombreux fruits et légumes et pour de grandes cultures (maïs, tournesol)
- 3^{ème} agriculture biologique de France par la surface cultivée
- 3^{ème} vignoble d'Europe

Première région boisée de France

¹⁹

Au sein des espaces ruraux, les disparités de revenu sont plus faibles que dans l'urbain²⁰. En revanche, les niveaux de vie sont globalement plus faibles quand on s'éloigne des pôles.

Ainsi, la part des personnes pauvres varie du simple au double entre les types de territoires ruraux, passant de 8,5 % dans le rural sous forte influence des pôles à 17,0 % dans le rural autonome très peu dense. Dans ces territoires, le taux de pauvreté est donc plus élevé que dans l'urbain (15,6 %).

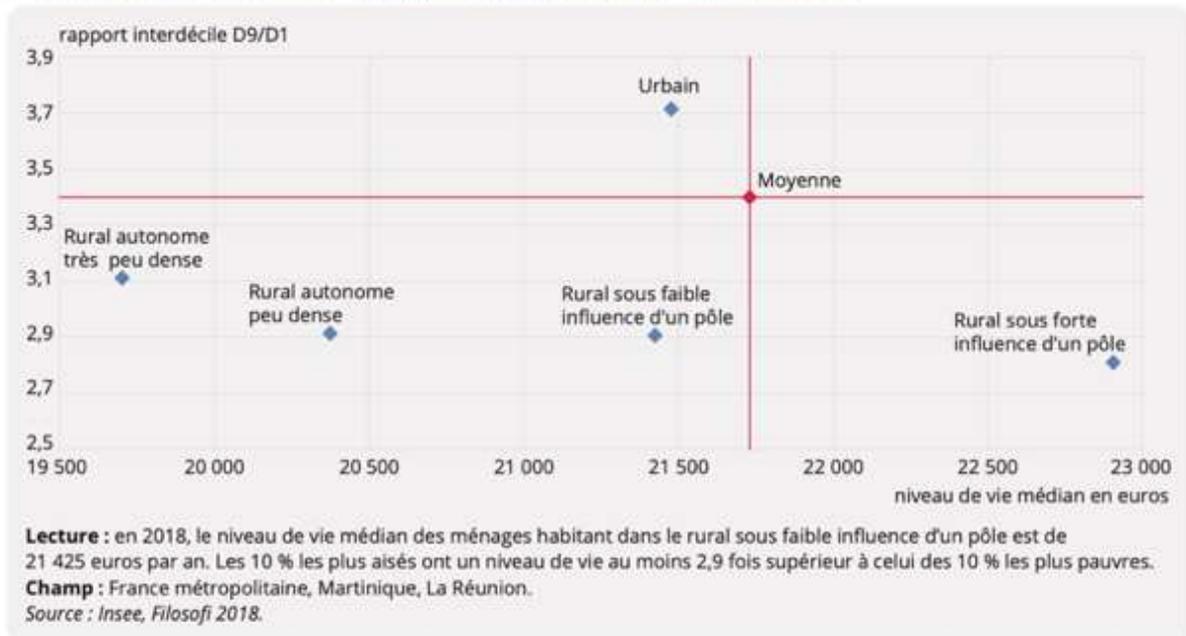
Les profils des ménages sous le seuil de pauvreté sont cependant différents dans ces deux types de territoires : dans le rural autonome très peu dense, il s'agit plus souvent de personnes âgées avec de faibles retraites, alors que dans les territoires

¹⁹ <https://territoires.nouvelle-aquitaine.fr/articles/chiffres-cles>

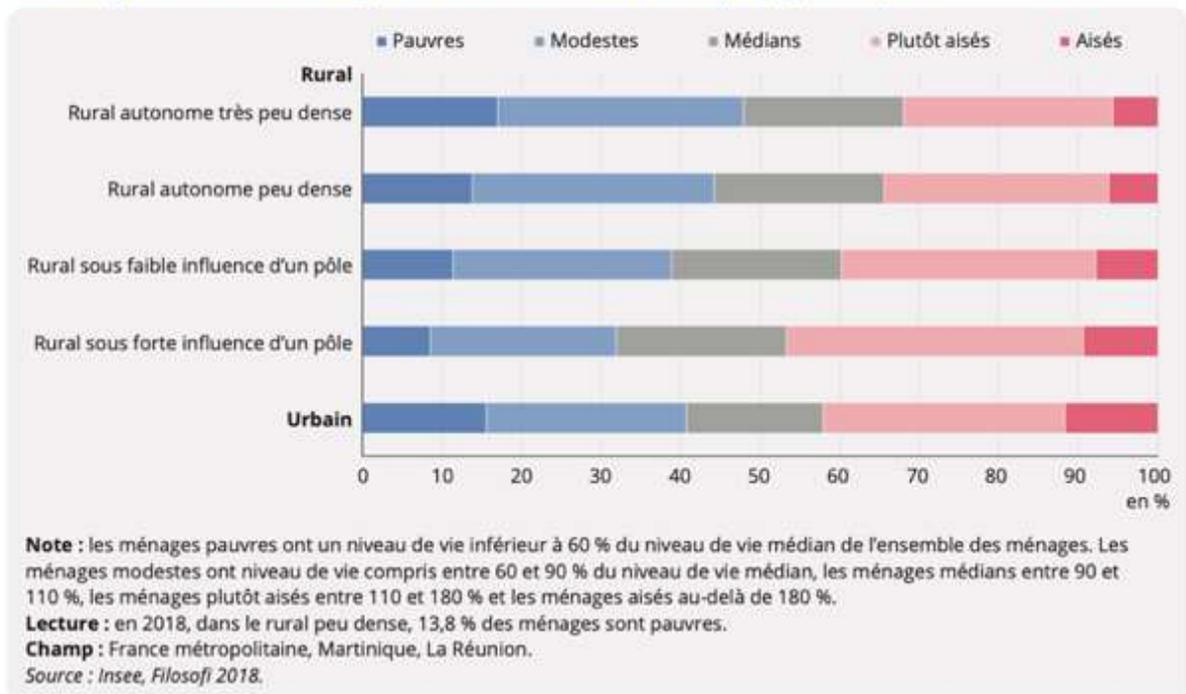
²⁰ Les 10 % les plus aisés ont un niveau de vie 3 fois plus élevé que les 10 % les plus modestes. Ce ratio varie peu selon le type d'espace rural (entre 2,8 et 3,0). Cette relative homogénéité contraste avec l'urbain, où ce ratio atteint 3,8. En effet, l'espace urbain concentre à la fois une part importante de ménages pauvres (15,6 %) et de ménages aisés (11,7 %).

urbains il s'agit plutôt de personnes jeunes, notamment des familles monoparentales.

► 9. Niveau de vie médian et rapport interdécile par type d'espace



► 10. Répartition des ménages selon leur niveau de vie par type d'espace



Par ailleurs, la structure de population caractéristique de la ruralité autonome diffère sensiblement de la structure populationnelle de la ruralité sous influence.

En effet, alors que les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que les couples sans enfant sont nombreux en ruralité autonome, ce sont les personnes âgées de 15 ans et moins, tout comme les couples avec enfant(s) qui sont nombreux en ruralité sous influence d'un pôle.

En Nouvelle-Aquitaine, entre 2007 et 2017, la croissance de la population est plus forte dans le rural que dans l'urbain, en particulier dans les communes rurales sous influence d'un pôle, qui attirent autant les ruraux que les urbains. En revanche, les communes les moins denses sont peu attractives, aussi bien pour les urbains que les ruraux qui déménagent. L'accès aux services sur le territoire est lié à la densité de population mais aussi à la distance à un pôle. Les temps d'accès aux services décroissent au fur et à mesure que l'on se rapproche de l'urbain²¹.

c. Une précarité multidimensionnelle renforçant les inégalités sociales et territoriales de santé

Au niveau des approches monétaires, si la pauvreté apparaît moins fréquente et moins intense en Nouvelle-Aquitaine qu'en moyenne nationale, cela ne concerne pas l'ensemble des groupes sociaux.

Les personnes âgées de plus de 75 ans sont plus exposées à la pauvreté en Nouvelle-Aquitaine qu'au niveau national, de même que les ménages avec enfant(s). Les revenus des ménages pauvres se caractérisent en outre par la prépondérance des prestations sociales, lesquelles permettent une réduction nette de l'exposition à la pauvreté²².

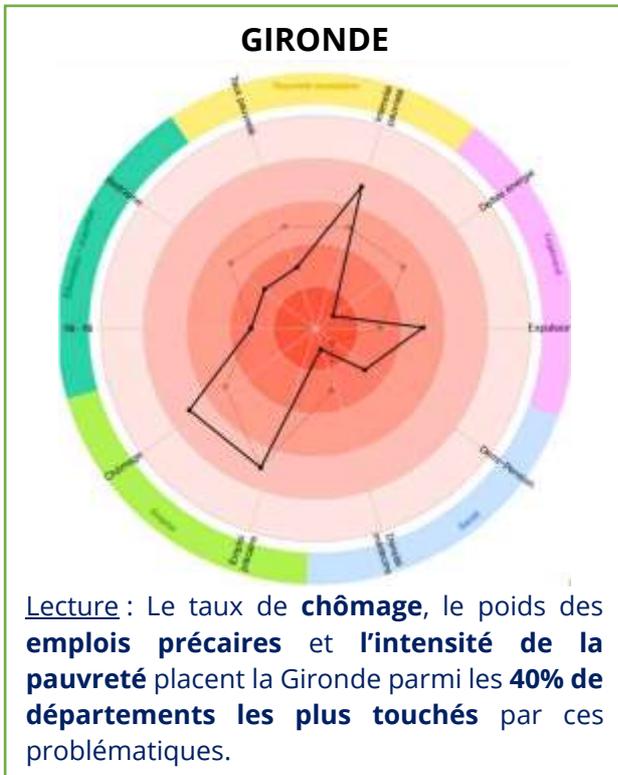
Une étude de l'Insee sur la pauvreté en Nouvelle-Aquitaine de 2023 apporte un éclairage intéressant, illustrant les logiques territoriales de distribution de la pauvreté au niveau des départements. Elle permet notamment d'observer différentes facettes de la précarité, grâce à une catégorisation en cinq grandes dimensions de la pauvreté, à savoir :

- Pauvreté monétaire (Taux de pauvreté ; Intensité de la pauvreté) ;
- Logement (Dettes énergie ; Expulsion) ;
- Santé (Densité médecins) ;
- Emploi (Chômage ; Emploi précaire) ;
- Éducation – Insertion (Illettrisme ; Ni diplôme Ni emploi).

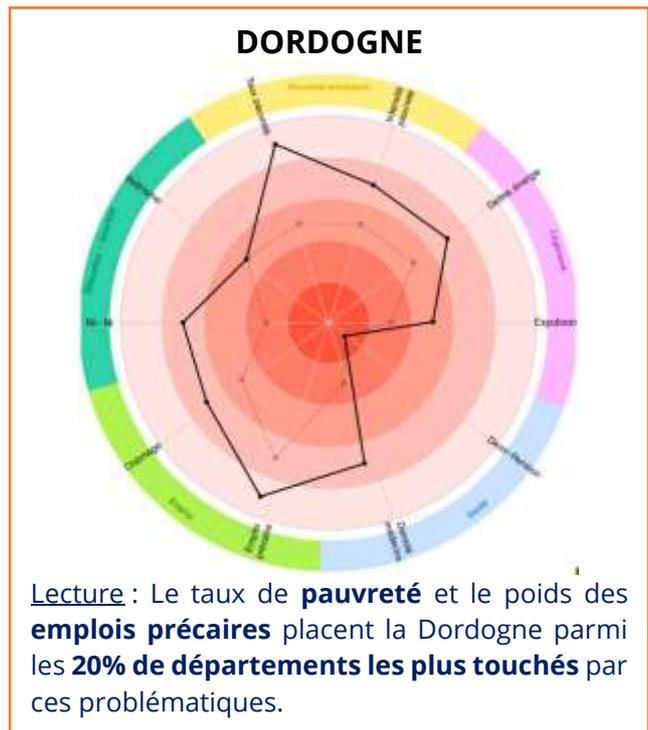
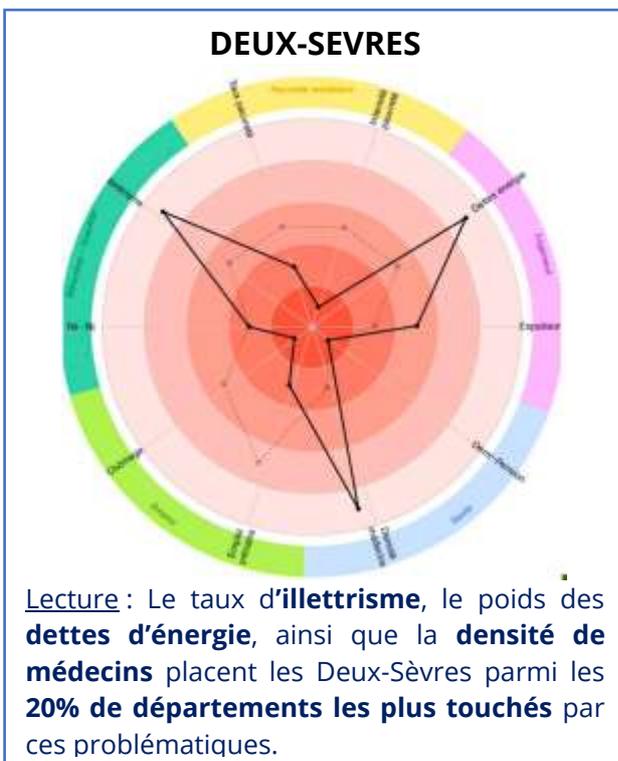
²¹https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/5040030/FET2021.pdf&ved=2ahUKÉwjKrMTGhsKGAXcfqQEHVZxO9wQFnoECBIOAQ&usg=AOvVaw24_LiD9IajYMFv22Xy_ESX

²² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7679562>

La distribution territoriale de la précarité adopte ainsi des visages différents selon les départements²³, reflétant indirectement les problématiques locales et les ressources et priorités d’actions des collectivités en matière de solidarité et d’insertion.



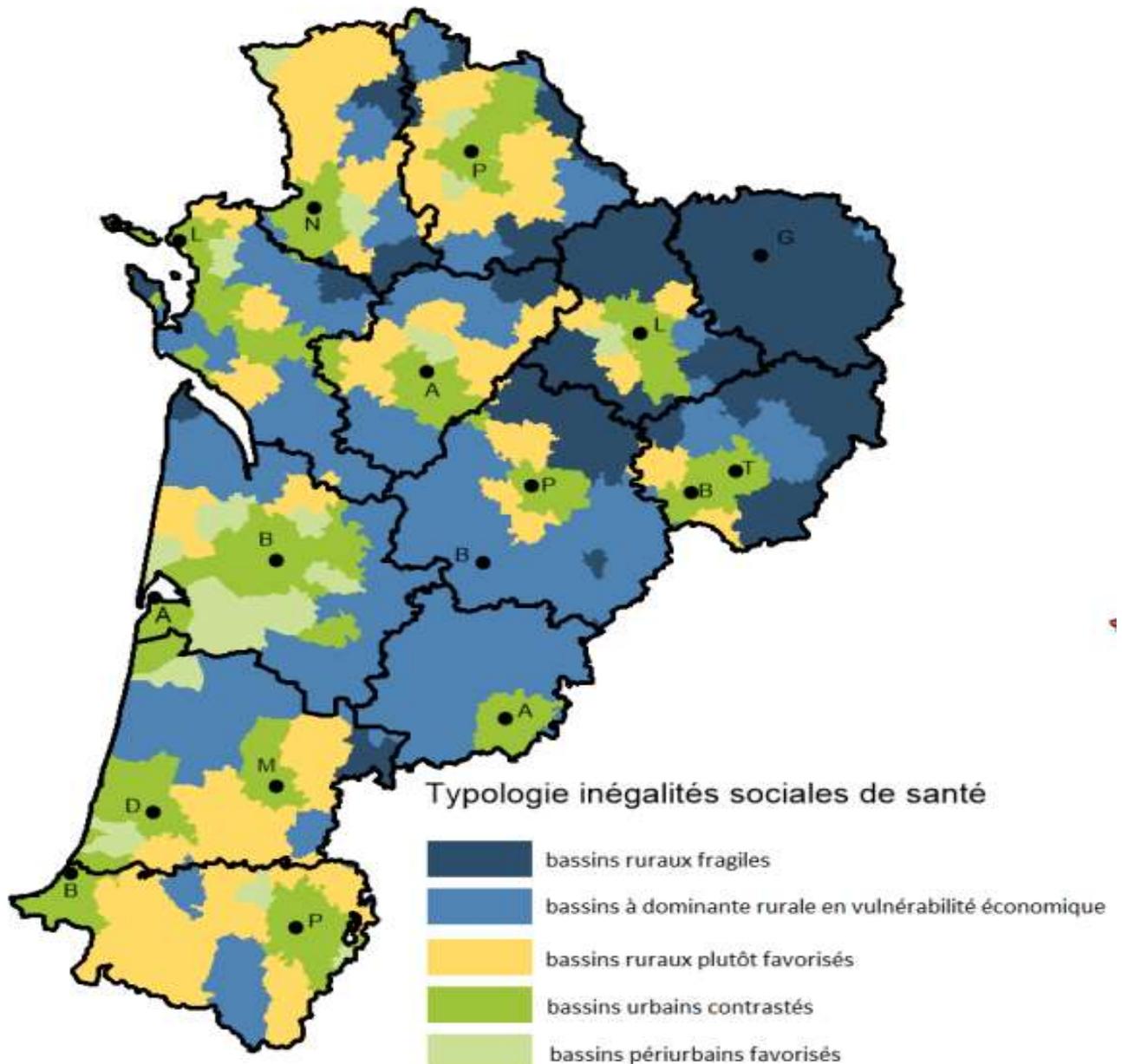
Dans les graphiques ci-dessus, les cercles internes correspondent aux quintiles de distribution des indicateurs pour les 96 départements de France métropolitaine, chaque couleur portant ainsi 20% de la distribution. Les valeurs les plus favorables sont au centre, les plus défavorables à l’extérieur, et la moyenne de la région Nouvelle-Aquitaine est positionnée ex-post sur le graphique.



²³ Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l’inclusion sociale – Fabienne Le Hellaye, 2023.

Par ailleurs, l'ARS et l'ORS de Nouvelle-Aquitaine ont établi une typologie relative aux inégalités sociales de santé selon les bassins de vie dans la région²⁴.

Typologie socio-sanitaire des bassins de vie de Nouvelle-Aquitaine en cinq classes



Sources : Insee, DGFIP, Cnaf, CCMSA, Drees, Finess, SAE, Insem CépiDc, Cnamts, CNRSI
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

²⁴ <https://www.ors-na.org/publications/inegalites-sociales-de-sante-nouvelle-aquitaine-approche-a-partir-dune-typologie-bassins-de-vie/>

Un **bassin de vie** constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Ce territoire présente « une cohérence géographique, sociale, culturelle et économique, exprimant des besoins homogènes en

Cette typologie est confirmée par cinq types de bassins de vie, dont trois bassins ruraux. Parmi ces derniers se retrouvent :

- Les **bassins ruraux en situation plutôt favorables**

- 27% des bassins, abritant 13% de la population ;
- Forte proportion de - 25 ans ;
- Situation sociodémographique légèrement plus favorable que la moyenne néo-aquitaine ;
- Indicateurs de santé y sont légèrement plus favorables que la moyenne régionale

Sud et le Nord de la Nouvelle-Aquitaine – Pyrénées-Atlantiques, Sud et Est des Landes, des Deux-Sèvres et de la Charente – et plus généralement au sein des deuxièmes couronnes des principales villes.

- Les **bassins à dominante rurale en vulnérabilité économique**

- 32% des bassins, abritant 21% de la population ;
- Situation économique moins favorable que la moyenne régionale (taux plus importants de chômage, d'emplois précaires et de faibles revenus) ;
- Forte proportion de logements indignes
- Offre de soins et les indicateurs de santé relativement similaires à la moyenne néo-aquitaine, avec cependant des personnes en ALD plus nombreuses, notamment pour des troubles mentaux ;

Nord des Landes, l'Est de la Gironde, le Sud de la Charente et de la Charente-Maritime, le Sud de la Dordogne et une grande partie du Lot-et-Garonne.

- Les **bassins ruraux fragiles**

- 19% des bassins, abritant 8% de la population ;
- Forte proportion de -75 ans et plus ; Faible densité et dynamisme démographique ;
- Forte proportion de personnes vivant seules ;
- Moindre proportion de cadres au sein de la population active et Forte proportion de foyers fiscaux non imposables ;
- Indicateurs de santé nettement défavorables, même après neutralisation de l'effet de l'âge (mortalité générale, mortalité prématurée évitable, mortalité liée au tabac et à l'alcool ;
- Plus forte proportion de personnes en ALD ;
- Offre de soins en médecins généralistes et en infirmiers libéraux relativement correcte par rapport à la moyenne néo-aquitaine ;
- Offre de médecins spécialistes, dentistes et kinésithérapeutes déficitaire.

Creuse, Nord de la Dordogne, une partie de la Vienne, du Sud des Deux-Sèvres, de la Pointe du Médoc en Gironde, de l'île d'Oléron en Charente-Maritime et de l'Est des Landes.

Au total, un quart de l'ensemble des bassins de vie – à dominante urbaine – est considéré comme « favorisé », contre un cinquième de bassins de vie « défavorisé » – à dominante rurale –. Les 55% des bassins de vie restants – à dominante rurale également – sont considérés comme « intermédiaires », dans le sens où les indicateurs sont proches de la moyenne régionale.

Ainsi, au-delà de la diversité des espaces ruraux néo-aquitains, ceux-ci partagent néanmoins trois problématiques structurantes des inégalités territoriales de santé, à savoir :

- Une **faible densité médicale**, particulièrement pour les professionnels de santé exerçant une spécialité ;
- Des **difficultés de mobilité**, en raison d'un réseau routier et de voies ferrées limité, d'une offre de transport insuffisante et ressentie comme inadaptée ;
- Un **éloignement géographique des pôles de décision**, ce qui alimente l'**invisibilité des problématiques de santé** des habitants ruraux.

III. Enjeux, obstacles et leviers de la couverture vaccinale en ruralité

En France, l'organisation des compétences sanitaires s'articule autour des quatre niveaux d'administration territoriale (national, régional, départemental et communale ou intercommunale dans le cadre des EPCI). Certaines compétences nationales peuvent également être assurées par le département ou la commune, sous réserve d'un conventionnement avec l'Etat.

Organisation des compétences sanitaires en lien direct et indirect avec l'offre vaccinale en France

NIVEAU	COMPETENCES
ETAT	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Définition des objectifs de santé publique + Plans et Programmes associés au niveau national ET régional ; ⇒ Schéma national d'organisation sanitaire ; ⇒ Vaccination
REGION	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Définition des objectifs particuliers de santé + détermination et mise en œuvre des actions correspondantes ; ⇒ Attribution d'aides pour installation ou maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins
DEPARTEMENT	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Elaboration et mise en œuvre des Schémas Départementaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale ; ⇒ Coordination des actions sociales et médico-sociales sur le territoire départemental ; ⇒ Organisation et surveillance des services de santé maternelle et infantile (PMI) ; ⇒ Par convention avec l'Etat, conduite des actions de vaccination gratuite ; ⇒ Attribution d'aides pour l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins
COMMUNE	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Mise en place d'un fichier pour recueillir informations utiles à l'intervention des services sociaux et sanitaires auprès des seniors et handicapés ; ⇒ Organisation et financement des services communaux d'hygiène et de santé, chargés entre autres de l'organisation des campagnes de vaccination gratuite <p>Si conventionnement avec l'Etat :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Possibilité de mise en œuvre programmes de santé spécifiques dont la lutte contre les maladies transmissibles ; ⇒ Installation ou maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offre de soins ; ⇒ Financement de structures participant à la permanence des soins

a. Enjeux

i. Adhésion vaccinale et couverture vaccinale en France

La couverture vaccinale des vaccins à caractère « obligatoire » est plus élevée en France que dans de nombreux autres pays à haut-revenus. En revanche, les résultats sont bien moins satisfaisants pour les vaccins dont le caractère est seulement « recommandé ».

De fait, la relation entre les français et la vaccination n'est pas linéaire. Elle se nourrit de plusieurs facteurs objectifs et subjectifs, qui se réinterprètent à la lumière des événements et de l'écho politico-médiatique dont ils bénéficient, comme cela a pu se constater avec force lors de la pandémie de Covid-19.

De l'avis général des professionnels de santé interrogés tout au long de MobCoNaq, la défiance vaccinale, lorsqu'elle s'exprime, est extrêmement difficile à dépasser, dans la mesure où elle s'ancre fréquemment sur une perte de confiance dans les messages des pouvoirs publics, des professionnels de santé et/ou des laboratoires pharmaceutiques. Reconstruire la confiance est un préalable à toute modification de comportement, et implique un processus long et sinueux qui dépasse le cadre de la présente étude.

L'hésitation vaccinale peut, en revanche, se travailler à condition de ne pas moraliser cette posture à priori.

En effet, accepter de se faire vacciner, suite à une obligation ou une recommandation des pouvoirs publics et des professionnels de santé revient, comme le déclare l'un des acteurs de MobCoNaq, à « *faire un pari sur la maladie, en assumant une prise de risque immédiate dans l'optique d'une protection future éventuelle* ».

D'autre part, le sens critique des individus est une attitude valorisée dans l'ensemble des sphères sociales de la vie et particulièrement dans le domaine des sciences où le doute méthodique – bien que provisoire – est l'une des bases de la recherche scientifique depuis Descartes et le *Cogito, ergo sum* (Je pense, donc je suis).

Ainsi, travailler à transformer l'hésitation vaccinale des publics-cibles en adhésion vaccinale passe par un investissement en temps avec les patients, mais également l'adoption d'une posture facilitante, au-travers de questionnements non jugeant permettant au patient d'aboutir à un consentement éclairé ou à un refus éclairé.

1. Déterminants de l'adhésion et de la couverture vaccinale

Le déterminant de l'habitat urbain/rural agit de manière contrastée sur l'adhésion et la couverture vaccinale. Concernant la relation entre les espaces ruraux et l'hésitation ou la défiance vaccinale, les données obtenues par les enquêtes de routine de SPF indiquent qu'il n'y a pas de différence significative en fonction du type de territoire. En d'autres mots, **l'adhésion vaccinale n'est pas inférieure en ruralité**, et ce constat se vérifie année après année.

Pour ce qui est de la couverture vaccinale, la relation dépend de la valence vaccinale. Alors qu'il n'y a pas de différence significative générale entre les hommes et les femmes – pas plus que pour le ROR chez les 18-35 ans ou pour la couverture HPV des filles de 15-18 ans –, la **couverture vaccinale est inférieure pour certaines valences dans les territoires ruraux, et plus particulièrement pour les territoires ruraux autonomes à faible et à très faible densité.**

La couverture vaccinale contre la grippe est en effet inférieure en ruralité chez les personnes de +65 ans. Elle diminue au rythme de la densité, avec de grosses différences entre le rural autonome et les villes de + 200.000 habitants. Par ailleurs, la couverture vaccinale des femmes enceintes est également inférieure en ruralité²⁵. De plus, les données diffusées par l'Assurance Maladie montrent une avancée en ordre dispersé dans les campagnes de vaccination, avec une plus faible couverture pour les territoires les plus défavorisés. Or, les communes rurales autonomes comptent en moyenne moins de ménages aisés que le reste des communes françaises. **Si vivre en ruralité n'est pas un déterminant en soi, le type de ruralité peut en revanche influencer sur certaines valences vaccinales.**

Par ailleurs, le niveau économique et le niveau d'éducation ont été identifiés dans de nombreuses études comme des facteurs déterminants de l'adoption et de l'acceptabilité des vaccins, et donc, par effet miroir, de l'hésitation vaccinale. En d'autres mots, **l'adhésion vaccinale progresse avec l'âge, le revenu et le niveau d'étude des personnes.**

Les conclusions d'une l'étude de SPF sur l'acceptabilité vaccinale dans la population générale française et déterminants associés sur la période 2000-2021²⁶ sont en ce sens inquiétantes car elles tendent à montrer que **le fossé social et économique en termes d'acceptabilité des vaccins se creuse au fil du temps.**

²⁵ Elle est de 17,75% en 2023 en ruralité, alors qu'elle atteint 26% pour les villes de + 200.000 habitants.

²⁶ <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/articles-du-mois/2023/l-adhesion-vaccinale-dans-la-population-francaise-et-les-determinants-associes>

- L'acceptabilité de la vaccination est passée de 91,1 % en 2000 à 61,2 % en 2010.
 - ∞ Avant 2010, l'acceptabilité était élevée (proche de 90%) et stable ;
 - ∞ Diminution drastique en 2010 (61,2 %) ;
 - ∞ Augmentation fluctuante jusqu'en 2019 (74 %) ;
 - ∞ Nouvelle augmentation depuis 2020 (84,6% en 2022), sans atteindre le niveau d'acceptabilité observé avant 2010.

- L'acceptabilité de la vaccination a augmenté durant la pandémie de COVID-19.
- Acceptabilité plus élevée chez les personnes ayant des revenus et des niveaux de scolarité plus élevés.
- Élargissement de l'écart social et économique en termes d'acceptabilité des vaccins au fil du temps.

Ainsi, le fait de vivre seul est très fréquemment associé à une plus faible acceptabilité des vaccins au cours de la période étudiée. Les facteurs explicatifs de l'hésitation vaccinale des personnes vivant seules rapportés dans cette étude sont liés à une moindre perception du risque de contamination, une moindre sollicitation de l'entourage, une moindre sensibilité aux messages de prévention pour protéger les autres ou encore une plus grande difficulté d'accès à la vaccination.

Cette question renvoie à celle, plus large, du consentement des personnes. Dans une étude sur le consentement, l'éthique, les soins et la santé, il est rappelé la nécessité d'aborder correctement cette problématique, et de comprendre à quel point **le consentement participe, de manière générale, au fait de « tisser les relations sociales », y compris dans le domaine de la santé**²⁷. Car le consentement est en même temps le résultat d'une décision intérieure et d'une délibération avec autrui. Il renvoie donc à des tensions entre « liberté » et « contraintes », et ne peut, par conséquent, être détaché des caractéristiques sociales des personnes concernées, ni des rapports de pouvoir et de hiérarchie qui les lient aux autres.

²⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2023-n-464-consentement-ethique-soins-et-sante>

D'autre part, les facteurs associés à un faible taux de couverture vaccinale diffèrent selon l'espace dans lequel résident les habitants. Alors que dans les zones urbaines, ce faible taux est plutôt associé à des facteurs socio-économiques, en zone rurale, un faible taux de couverture vaccinale est préférentiellement associé à des facteurs socioculturels (catégories socio-professionnelles, niveau scolaire, intérêt pour les médecines alternatives, etc.)

Faire un choix personnel et raisonné est donc, in fine, un acte soumis à un ensemble de normes et au contexte social dans lequel on consent (ou l'on ne consent pas). **La dimension individuelle ne peut suffire pour comprendre et travailler la question du consentement, car celle-ci s'inscrit toujours dans des rapports de force et des rapports sociaux qui peuvent être inégalitaires.**

Les réflexions à mener doivent intégrer, en ruralité plus qu'ailleurs, la dimension anthropologique des relations de proximité, **résoudre l'équation de l'opposition fondamentale entre la logique de l'espace des flux et celle de l'espace des lieux**, analysée par Castells : « *La plupart des processus dominants, ceux qui concentrent le pouvoir, le capital et l'information, sont organisés dans l'espace des flux. Mais la plupart des expériences humaines restent locales, et ce qui fait sens pour les êtres humains le demeure aussi*²⁸ ».

2. Couverture vaccinale en Nouvelle-Aquitaine

En 2022, en Nouvelle-Aquitaine, les couvertures vaccinales régionales des vaccins qui font l'objet de l'étude MobCoNaq sont légèrement supérieures aux couvertures vaccinales nationales, comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

²⁸ https://www.cairn.info/revue-ethnologie-francaise-2004-1-page-5.htm?try_download=1

Vaccins	% reg.	% nat.
Covid		
Au moins une dose (tous âges)	81,80%	80,60%
Schéma vaccination complet (tous âges)	81,00%	79,20%
HPV		
Fille		
Une dose 15 ans	51,60%	47,00%
Schéma complet 16 ans	46,00%	41,00%
Garçon		
Une dose 15 ans	13,20%	12,80%
Schéma complet 16 ans	9,10%	8,50%
DTP		
Primo vaccination	99,20%	99,00%
Rappel	97,10%	96,40%
Grippe		
Moins de 65 ans (A risque)	33,00%	31,60%
Plus de 65 ans	58,10%	56,20%

Données : Géode 2022

Pour autant, les enjeux liés à la vaccination font partie intégrante du Programme Régional de Santé (PRS). Lors du bilan du PRS 2018-2022, dix objectifs sont mentionnés pour l'augmentation de la couverture vaccinale, car, si « *les couvertures vaccinales en Nouvelle-Aquitaine augmentent régulièrement tous les ans grâce à la politique vaccinale en œuvre dans la région, (...) elles restent encore insuffisantes pour de nombreuses vaccinations, avec parfois des taux inférieurs à 95%, objectif fixé par l'OMS pour éradiquer ou limiter la transmission des maladies à prévision vaccinale*²⁹ ».

²⁹ <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/bilan-2018-2022-du-projet-regional-de-sante-prs-nouvelle-aquitaine>

Objectifs du PRS N.A. en matière de vaccination

- Renforcer la confiance envers les vaccins et l'adhésion de tous envers la vaccination ;
- Réduire l'hésitation vaccinale ;
- Mobiliser les partenaires ;
- Soutenir les professionnels de santé ;
- Avoir une approche spécifique pour certaines populations et vaccinations ;
- Déployer des actions de proximité sur les territoires et favoriser l'aller-vers ;
- Augmenter la couverture vaccinale ;
- Accompagner la simplification du parcours vaccinale ;
- Promouvoir le rattrapage vaccinal ;
- Développer des campagnes de communication.

Les cartes à échelle fine réalisées par la SFIGS sur les territoires du Médoc et du Périgord Nontronnais reflètent en partie la **complexité des comportements vaccinaux en ruralité néo-aquitaines**, révélant des informations à priori contre-intuitives.

Ainsi, concernant le taux de couverture vaccinale antigrippale à échelle communale pour l'année 2022, on observe :

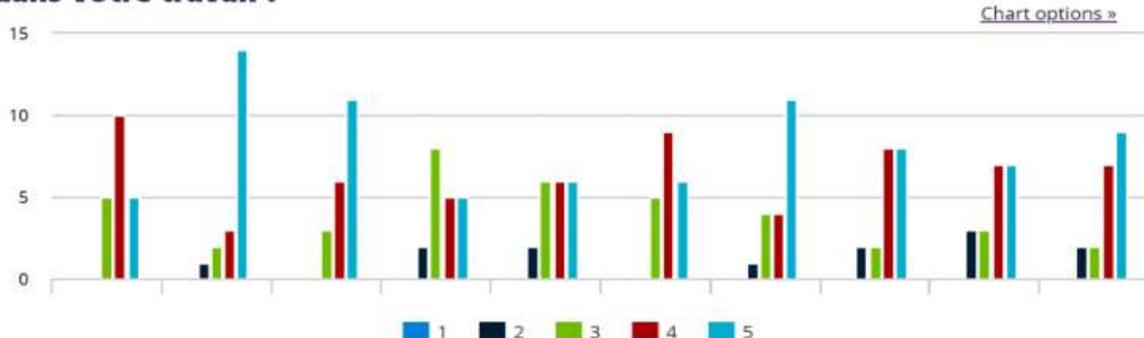
- Des **différences substantielles entre des communes** pourtant **frontalières** ;
- Des **communes peu pourvues** ou non pourvues **en cabinets médicaux** obtenir des **taux de couverture vaccinale supérieurs** à d'autres communes bien dotées en offre médicale ;
- En superposant à cette carte celle du taux de personnes sans médecin traitant, le constat est identique : **ce ne sont pas nécessairement les communes les plus touchées qui ont les taux de couverture vaccinale antigrippale les plus faibles** ;
- Les **communes** situées dans l'axe nord-estuaire – **les plus défavorisées** – **ont des taux de couverture vaccinale Grippe plutôt supérieurs** au reste du Médoc.

En revanche, la situation est différente pour la couverture vaccinale contre la Covid-19 : malgré des taux élevés sur l'ensemble du Médoc, ils sont légèrement inférieurs pour les communes situées autour de l'estuaire.

ii. Enjeux prioritaires identifiés par les acteurs MobCoNaq en ruralité néo-aquitaine

Lors des ateliers participatifs MobCoNaq, les acteurs ont mené une réflexion collective portant sur les principaux enjeux de vaccination dans le contexte rural néo-aquitain, autour des quatre étapes inhérentes à l'acte vaccinal (Promotion / Prescription / Délivrance / Administration).

4. Sur une échelle de 1 (pas important) à 5 (très important), où situeriez-vous l'importance des enjeux suivants à la vaccination des populations rurales dans votre travail ?



	1	2	3	4	5
Panorama socio-sanitaire des espaces ruraux néo-aquitains et cartographie	0	0	5	10	5
Caractérisation du public-cible et de sa couverture vaccinale	0	1	2	3	14
Offre vaccinale en ruralité néo-aquitaine : structures et acteurs en lien avec la vaccination du public-cible	0	0	3	6	11
Élargissement des compétences en matière de vaccination : possibles tensions entre professionnels de santé et leviers pour les surmonter	0	2	8	5	5
Demande vaccinale en ruralité néo-aquitaine : principaux obstacles (sociaux et individuels) pour le public-cible	0	2	6	6	6
Diffusion d'expériences permettant d'augmenter la couverture vaccinale du public-cible	0	0	5	9	6
Meilleure coordination des acteurs du terrain	0	1	4	4	11
Nouveaux partenariats à établir	0	2	2	8	8
Élaboration de plaidoyers à destination des décideurs	0	3	3	7	7
Financement d'actions adaptées	0	2	2	7	9

30

Sur les dix enjeux évoqués, trois sont considérés comme prioritaires par les acteurs.

i. La caractérisation du public-cible et de sa couverture vaccinale

La méconnaissance des publics, en particulier ceux éloignés du système de santé, porte préjudice aux actions de vaccination en ruralité.

ii. Une meilleure coordination des acteurs de terrain

La coordination entre acteurs fait référence autant aux relations entre les professionnels de santé et les acteurs de terrain (associatifs et institutionnels), qu'aux relations entre les professionnels de santé salariés et libéraux, que ces derniers soient regroupés ou non dans des CPTS et/ou MSP.

³⁰ Extrait de l'évaluation des ateliers participatifs MobCoNaq. L'ensemble des résultats est disponible dans la partie Annexes du présent rapport.

iii. Le financement d'actions adaptées

L'hétérogénéité des publics en ruralité exige la mise en œuvre d'actions socialement et territorialement adaptées, ce qui représente un investissement qui doit être plus et mieux soutenu en Nouvelle-Aquitaine.

c. Obstacles

Les enjeux de la couverture vaccinale en ruralité mentionnés par les acteurs lors des entretiens semi-directifs, des ateliers participatifs et du séminaire MobCoNaq, s'articulent avec les obstacles rencontrés sur le terrain, liés à la connaissance des publics-cibles et de leurs problématiques de santé, à une coordination perfectible des différents dispositifs et acteurs, ainsi qu'aux moyens à disposition pour la matérialisation d'actions de vaccination.

Ces obstacles sont divers, variant selon les ruralités, les populations qui y résident, les ressources sanitaires et possibilités de mobilité à disposition des habitants. Certains freins sont directement en lien avec l'offre vaccinale, de la promotion vaccinale à l'administration des vaccins, en passant par la prescription et la délivrance de ces derniers, tandis que d'autres concernent la demande vaccinale.

Obstacles à l'offre vaccinale en ruralité néo-aquitaine	
Caractérisation des publics	Démographie médicale insuffisante
	Absence de données actualisées et à échelle fine sur la couverture vaccinale des publics-cibles ³¹ (notamment rappel et rattrapage antitétanique)
	Problématique du dernier kilomètre
	Formats de promotion vaccinale non adaptés aux publics-cibles (accessibilité du contenu de l'information, barrière de la langue pour les migrants primo-arrivants notamment)
	Pour les campagnes vaccinales périodiques : Pli non distribué (bases de données non mises à jour en continu, changement d'adresses, absence de domiciliation, mobilité subie ou choisie des publics-cibles, etc.)
	Absence de réelle évaluation de l'impact des campagnes de promotion sur les taux de couverture vaccinale des publics-cibles.
Coordination des acteurs	Parcours vaccinal non-facilitant, qui implique pour le public des allers-retours entre différents professionnels de santé pour que le patient obtienne la prescription, la délivrance et l'administration du vaccin.
	Difficultés à co-construire des actions impliquant les professionnels de santé salariés et les libéraux, en raison de cultures d'organisation et de temporalités différentes.
	Participation/implication variable des collectivités territoriales sur les campagnes vaccinales. Celles qui s'engagent peu ou pas dans ces actions ne relaient pas (suffisamment) les informations ou ne mettent pas à disposition des locaux pour réaliser les journées de sensibilisation/administration des vaccins.
	Rattrapage vaccinal des publics précarisés et des migrants. L'entretien préalable à la vaccination, consultation complexe qui exige un temps de consultation plus long, est difficile à mettre en œuvre pour de nombreux médecins libéraux (volume de la patientèle, particulièrement dans les espaces en désertification médicale). Cela implique également de pouvoir adapter l'expertise en fonction du parcours

³¹ Les seules données actualisées à échelle fine disponibles sont celles relatives à la vaccination anti-Covid-19.

Coordination des acteurs	migratoire, des ruptures/manquements éventuels dans le parcours vaccinal par rapport au calendrier établi.
	Manque d'information disponible chez des professionnels de santé pour la promotion de certains vaccins, notamment le HPV.
	Posture <i>non motivante</i> de certains professionnels de santé (Grippe, Covid-19, HPV, ROR) qui peut être source de confusion pour le public-cible.
	Mise en œuvre d'actions de vaccination sans promotion préalable auprès du public-cible.
	Mise en œuvre d'actions de vaccination sans l'appui d'acteurs locaux (notamment des collectivités territoriales) ayant une bonne connaissance du public-cible.
Financement d'actions adaptées	Ecart entre les objectifs de couverture vaccinale et les moyens financiers et humains mis en œuvre pour y parvenir (notamment le financement de poste d'acteurs santé du lien, comme les médiateurs en santé, animateurs prévention, animateurs de santé publique déployés sur les territoires selon les besoins existants).
	Insuffisance de dispositifs mobiles permettant d'aller-vers les publics éloignés géographiquement et/ou socialement du système de santé.

Obstacles à la demande vaccinale en ruralité néo-aquitaine	
Déterminants individuels	Oubli, négligence
	Usure vaccinale, saturation : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Contexte post crise Covid-19 ; ➤ Patients atteints de maladies chroniques (ALD), soumis à des piqûres régulières
	Crainte de l'injection
	Crainte de possibles effets secondaires causés par l'administration d'un vaccin
	Perception d'inefficacité du vaccin
	Méconnaissance de son statut vaccinal (surtout pour HPV et Tétanos)
Déterminants sociaux et culturels	Faible niveau de littératie en santé
	Isolement/enclavement géographique et/ou social et problématiques de mobilité associées
	Perception d'immunité, naturelle ou acquise par le mode de vie <i>rural</i> : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Exposition plus faible aux risques environnementaux (pollution, bruit, lumière) ; ➤ Une moindre densité qui protégerait en cas d'épidémies ; ➤ Un mode de vie qui diminue le stress, l'angoisse et l'anxiété.
	Perte de confiance dans les messages officiels émis par : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les pouvoirs publics et/ou ➤ Les professionnels de santé et/ou ➤ Les laboratoires pharmaceutiques
	Perception d'inefficacité et/ou de dangerosité du vaccin véhiculée par certains professionnels de santé
	<i>Mentalité rurale</i> , décrite par les acteurs. Une attitude qui tend à privilégier le non recours (en matière de santé comme de prestations sociales), de trouver des solutions par soi-même.
Déterminants économiques	Incapacité financière à assumer le reste à charge et/ou les déplacements relatifs au parcours vaccinal
	Compétitivité des besoins qui ne fait pas de la vaccination une priorité, tout comme la santé de manière générale

i. Démographie médicale

Les pôles urbains aspirent les professionnels de santé et alimentent de fait l'avancée du processus de désertification médicale en ruralité depuis plusieurs années. Cette désertification médicale se traduit par une démographie médicale très variable selon les territoires. La distribution spatiale des professionnels de santé tend à se concentrer dans les espaces favorisés, laissant les espaces plus fragiles cumuler les difficultés et le manque de réponses à ces dernières. La sous dotation médicale constitue un déterminant extrêmement défavorable à la santé des habitants ruraux.

Les territoires sous dotés sont caractérisés par une offre de soins insuffisante pour leur population, du fait d'un faible renouvellement des professionnels, de leurs départs à la retraite ou encore par des difficultés d'accès à cette offre : temps d'accès, délais d'attente pour un rendez-vous, etc.

Ces zones sous-denses en médecin peuvent également avoir un impact sur la présence d'autres professionnels de santé installés sur ces territoires. Les acteurs du Lot-et-Garonne, où la démographie médicale est fortement déficitaire en ruralité, constatent un manque criant de médecins généralistes, tout en observant par ailleurs quelques fermetures de pharmacies, situées dans les zones les plus reculées du département.

Comme l'explique un professionnel de santé interrogé dans le cadre de MobCoNaq, il existe une certaine relation de dépendance économique entre le pharmacien et le médecin généraliste sur les territoires sous dotés. Selon lui, les études indiquent que le patient tend à privilégier les pharmacies situées à proximité des cabinets médicaux pour l'achat de ses médicaments, au détriment des pharmacies situées proches de son domicile. En conséquence, le départ de médecins généralistes peut par endroits entraîner le départ d'autres professionnels de santé, alimentant un cercle vicieux pour l'accès aux soins et à la prévention des habitants de ces communes.

Pour déterminer le degré de densité médicale, l'ARS identifie, dans chaque région, des mailles d'action appelées « territoire de vie-santé ». Il s'agit d'un découpage construit en fonction des possibilités d'accès d'une population donnée aux équipements et services les plus fréquents au quotidien. « *Le territoire de vie-santé, qui peut se situer sur plusieurs départements ou régions, regroupe en général une ou plusieurs communes : ainsi, il reflète l'organisation des déplacements courants sur ce territoire*³². »

³² <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>

A propos des zones sous-denses en médecins

- Pour lutter contre la diminution de l'offre médicale et renforcer l'accès aux soins, chaque directeur général d'ARS prend un arrêté régional qui détermine les zones sous-denses pour la profession de médecin, en fonction d'un indicateur de référence : **l'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin.**
 - Indicateur APL prend en compte :
 - Nombre médecins généralistes jusqu'à 65 ans ;
 - Activité de chaque praticien ;
 - Temps d'accès aux praticiens ;
 - Recours aux soins des habitants par classe d'âge.
- Les zones ainsi identifiées se répartissent en deux catégories :
 - Les **ZIP (zones d'intervention prioritaire)**, les plus fragiles
 - Les **ZAC (zones d'action complémentaire)**, fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP.

En dépit des incitations mises en place par l'ARS et certaines collectivités pour attirer des professionnels de santé, de nombreux espaces ruraux en sont toujours privés. Interrogé dans le cadre de MobCoNaq, un professionnel de santé de Vienne souligne la complexité de l'attraction territoriale :

« Un professionnel de santé ne viendra pas travailler en ruralité si son conjoint ne peut trouver un emploi, ou un logement. Le rural autonome n'offre que trop peu d'opportunités sur ces aspects pourtant essentiels dans l'optique d'une installation d'un médecin sur une commune rurale. Donc, le médecin et son conjoint tendent à repartir rapidement s'ils se sont installés dans ces conditions. (...) Une spirale négative, où, pour certains départements de ruralité qui ont connu plusieurs fois l'arrivée et le départ de médecins, tout le monde baisse les bras, et il n'y a plus rien qui se construit au bout d'un moment. C'est le cas de plusieurs territoires.

Retours terrain Médoc

- Territoire classé en espace rural fragile. Répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire, avec une sous dotation dans la partie nord du territoire.
 - Disposer de moins de médecins implique notamment moins de communication vers les patients ;
 - Actuellement une CPTS existe dans le Sud-Médoc ;
 - 2 projets en cours de conformation de CPTS dans le Nord-Médoc. (Terre de Médoc / Nord-Médoc).

En outre, parvenir à doter les territoires ruraux d'une démographie médicale satisfaisante ne s'obtiendra pas par le seul remplacement numérique des professionnels de santé en instance de départ à la retraite. Le facteur générationnel est à prendre en compte, tant pour les professionnels de santé que pour leurs patientèles.

En effet, au sein de la nouvelle génération de praticiens, l'aspiration à pouvoir concilier vie professionnelle et vie personnelle est de plus en plus prégnante. Ils sont à ce titre moins enclins que l'ancienne génération de praticiens à travailler sur une large amplitude horaire. D'autre part, la patientèle aspire à plus de dialogue et d'échange avec les professionnels de santé, particulièrement en ruralité où de nombreux habitants sont relativement isolés géographiquement et/ou socialement.

Ce double constat appelle de nouvelles réponses pour l'organisation des soins, comme le rapporte un professionnel de santé interrogé dans le cadre de MobCoNaq. *« Pendant longtemps, on disait que lorsqu'un médecin part, il en faut deux pour le remplacer. Je pense plutôt qu'il en faut trois. (...) **Le rôle du médecin, de l'infirmier ou du pharmacien, ce n'est pas que de la technicité : les gens demandent également autre chose. Sinon, ce n'est plus un médecin traitant, mais un médecin urgentiste** ».*

ii. Identification des besoins

La caractérisation des publics-cibles en matière vaccinale a été longuement abordée au-travers des ateliers participatifs MobCoNaq, particulièrement lors des échanges relatifs à la couverture vaccinale antigrippale et contre la Covid-19 des seniors ruraux néo-aquitains.

Bien que de nombreux efforts soient mis en place, notamment par la CPAM et la MSA pour entrer en contact avec les publics-cibles – les seniors et les personnes immunodéprimées de tout âge – les acteurs constatent une importante marge de progression dans ce domaine.

Retour terrain : Limites de la promotion vaccinale CPAM et MSA Grippe et Covid-19

- Messages standardisés émanant du national, pas forcément adaptés à certains publics. Ne s'élaborent jamais avec les destinataires.
- Accessibilité de l'information et compréhension de son contenu ;
- Barrière de la langue pour les non francophones ;
- Pli non distribué
 - L'actualisation des bases de données CPAM et MSA peut être défailante lorsque des assurés changent d'adresse, notamment pour une installation en EHPAD. Rapprochement initié depuis quelques années entre la CPAM et les EHPAD pour communication autour de cette problématique.
- Faible capacité de réactivité pour effectuer des relances aux assurés en cours de campagne.

iii. Le dernier kilomètre

Parvenir à aller au plus près des personnes éloignées en ruralité reste difficile en Nouvelle-Aquitaine. Cette démarche, physique et philosophique, dont l'objectif est d'éliminer les *trous dans la raquette* en ne laissant personne au bord du chemin, implique de porter une attention particulière aux groupes sociaux les plus défavorisés, qui sont ceux dont l'état de santé est généralement le plus préoccupant, et pour qui le renoncement aux soins est un réel risque.

Lorsque la commune de résidence ou d'emploi de la personne ne bénéficie pas de structures sanitaires, l'accès aux soins et à la prévention se complexifie. Les distances à parcourir, le coût temporel, le coût économique et le coût social sont des facteurs limitants que les acteurs observent sur le terrain.

Le frein de la distance géographique séparant les personnes des structures de professionnels de santé se juxtapose à d'autres difficultés de prise en charge du transport. Ainsi, comme le constatent les acteurs du Médoc, un phénomène de renoncement aux soins touche une partie des publics fragilisés, particulièrement ceux qui résident à une distance géographique comprise entre 5 et 15 kilomètres du professionnel de santé.

Ce renoncement est motivé par la difficulté à mobiliser un véhicule – taxi, transport sanitaire léger, ambulance – pour effectuer ces *petits déplacements*, alors que l'accès à ce type de transport est sensiblement plus facile à obtenir pour une personne résidant à une distance plus importante (rentabilité du service pour le transporteur).

Retours terrain Lot-et-Garonne

Les travailleurs saisonniers agricoles, qui ne disposent pas tous d'un véhicule, travaillent dans les zones les plus reculées – pas de gare, pas d'autoroute, pas de médecin, pas de pharmacie proche – *coincés* dans un territoire, ce qui accentue les facteurs de vulnérabilité.

Par ailleurs, le poids démographique des personnes âgées en ruralité agrège des difficultés de mobilité causées par des pathologies diverses, qui les obligent à être accompagnées pour aller chez le médecin. Cela implique une capacité de mobilisation de ressources sociales et/ou économiques qui peut être un frein pour les habitants ruraux isolés et/ou précarisés.

iv. Impact des conditions de travail et de vie sur l'accès à la santé

Retours terrain : Rapport à la santé des publics fragilisés dans le Médoc

Une étude qualitative réalisée par le PNR/CLS Médoc a permis de montrer que les personnes en situation de précarité entretiennent un rapport particulier avec la santé, notamment :

- i. Un **seuil de tolérance élevé par rapport à la douleur**, car on ne peut pas se permettre de tomber malade ;
- ii. Un **recours au système de santé dans une logique foncièrement curative**, généralement en se rendant aux services d'urgences.

Les travailleurs saisonniers agricoles et viticoles

Les échanges menés dans le cadre des réflexions sur la couverture vaccinale des travailleurs saisonniers agricoles et viticoles ont mis en avant, au-travers des témoignages d'acteurs du Lot-et-Garonne et du Médoc, les différents profils en présence, dans un contexte général d'internationalisation de la main d'œuvre entraîné par le durcissement des conditions de travail et d'hébergement proposées aux travailleurs.

Internationalisation de la main d'œuvre

Ainsi, dans le Médoc, Médecins du Monde constate que l'écrasante majorité des travailleurs est étrangère. Elle provient principalement d'Europe de l'Est (Roumanie et Bulgarie, dont de nombreux Roms³³), d'Europe du Sud (Portugal, Espagne) et du Maghreb (Maroc).

Certains travailleurs saisonniers étrangers sont difficiles à rencontrer, notamment ceux provenant d'Europe de l'Est, qui pour beaucoup arrivent directement en bus de Roumanie, et dont les « responsables » ne sont pas favorables à ce type de rencontres. Cette invisibilisation constitue un sérieux obstacle car elle empêche la mise en place d'actions et la prise de conscience des pouvoirs publics. Donc, il est important de mieux investir les sociétés prestataires de services et les exploitants agricoles.

³³ En France, l'appellation Rom désigne les Tsiganes originaires d'Europe de l'est, principalement de Roumanie et de Bulgarie. Ces populations ne doivent pas être confondues avec les Gens du voyage, qui sont des citoyens français depuis plusieurs générations. https://www.romeurope.org/IMG/pdf/Depliant_RT_Recto.pdf

Parmi les saisonniers français, on retrouve des Gens du voyage, comme à Pauillac, à l'époque des vendanges. Comme les aires d'accueil existantes dans le Médoc ne sont pas situées près des exploitations viticoles (aucune aire le long de l'estuaire), certaines communes absorbent des saisonniers travaillant pourtant dans d'autres communes. Parfois les saisonniers Voyageurs s'établissent sur des terrains précaires mis à leur disposition, parfois ils doivent trouver par eux-mêmes une solution, même en forêt. Dans le Lot-et-Garonne (47), on retrouve la même situation, avec également une présence de travailleurs d'Amérique du Sud (Équateur).

Au-delà de la barrière de la langue – et de la nécessité d'aller-vers ces publics, accompagné d'interprètes – pour les travailleurs saisonniers étrangers non francophones, il est important de souligner que le rapport individuel à la vaccination des personnes s'inscrit également dans un contexte socio-culturel propre à chaque pays. En conséquence, une approche unique et francocentrée de promotion vaccinale n'apportera probablement pas les résultats escomptés, analysent les acteurs.

Retours terrain : Vaccination et facteurs socio-culturels en ruralité

Parmi les travailleurs saisonniers agricoles et viticoles de Nouvelle-Aquitaine, on retrouve une forte proportion de travailleurs étrangers. Selon les témoignages des participants, il semble que l'attitude envers la vaccination soit également nourrie par les normes culturelles dominantes de chaque région :

- Les travailleurs provenant du Maghreb rencontrés sont dans leur ensemble très favorables à la vaccination d'une manière générale ;
- Les travailleurs provenant d'Europe de l'Est, et particulièrement les Roms rencontrés ont dans leur ensemble une méfiance/défiante vaccinale assez prononcée ;
- Les travailleurs provenant d'Europe du Sud rencontrés sont dans leur ensemble plus scolarisés, et montrent une moindre hésitation vaccinale que ceux d'Europe de l'Est ;
- Les travailleurs français Gens du voyage rencontrés ont dans leur ensemble une méfiance vaccinale assez prononcée. Il est important de travailler avec des relais communautaires, notamment les Pasteurs dans le cas des Voyageurs évangéliques.

Environnement et impact sur la santé

Beaucoup de saisonniers agricoles vivent dans des conditions de grande précarité en ruralité néo-aquitaine, ce qui alimente la surexposition aux risques professionnels.

Comme le rapporte MDM, dans le Médoc, beaucoup ne bénéficient pas d'un accès à l'eau, et ne peuvent donc pas prendre une douche en rentrant d'une journée de travail. Ils gardent leurs vêtements professionnels sur eux, avec les risques que cela implique.

Dans le Lot-et-Garonne, certains saisonniers se retrouvent dans des conditions d'accueil épouvantables (pas d'eau, pas d'électricité), donc pas de possibilité de se laver, ni de manger à leur faim pour beaucoup.

L'accumulation des facteurs de risque se traduit par une tendance au vieillissement précoce, avec l'apparition de pathologies dès 45-50 ans. On retrouve une forte proportion de personnes en ALD chez les travailleurs agricoles.

En outre, le maintien dans l'emploi est un défi en raison du caractère physique de ces métiers. Les reconversions professionnelles peuvent ne pas être faciles à opérer non plus, en raison notamment du faible niveau scolaire de beaucoup de travailleurs agricoles.

Retours terrain : Conditions de travail et accès à la santé dans le Médoc

Le rapport de Médecins du Monde sur les travailleurs saisonniers précarisés du Médoc met en évidence l'impact des conditions de travail sur la santé physique et mentale.

- Conditions de travail dégradées, tant sur les aspects matériels (contraintes physiques, moyens, conditions sanitaires, etc.), qu'organisationnels (temps et rythme de travail, autonomie et marge de manœuvre, etc.), et psychosociaux.
- Le travail exercé engendre des difficultés d'accès aux droits, aux soins et à la prévention.

En outre, les travailleurs agricoles non déclarés ne peuvent bénéficier de l'ouverture de droits de santé. Et parmi ceux qui ont un contrat de travail, celui-ci doit avoir une durée minimum de 45 jours pour permettre au salarié de voir la médecine du travail, alors que de nombreux acteurs évoquent une majorité de

contrats très courts, d'environ une semaine, qui sont renouvelés selon les besoins des employeurs.

Bien que la loi prévoie l'ouverture des droits de santé dès la première heure travaillée, sur le terrain, la situation est différente. Les saisonniers n'ont pour la plupart pas de droits ouverts. Ce n'est généralement qu'en cas d'accidents de travail ou de maladie que les droits de santé s'activent, à condition de pouvoir produire une feuille maladie d'un médecin. Par ailleurs, l'obtention d'une consultation médicale est rare dans les territoires ruraux sous dotés en professionnels de santé.

v. Compétitivité des besoins

En matière de demande vaccinale, la compétitivité des besoins constitue sans doute le principal obstacle à l'augmentation de la couverture vaccinale. En effet, dans les ruralités néo-aquitaines, à l'exception du groupe social des « néo-ruraux » – dont la dotation en capital culturel et économique est plus importante – elle représente un obstacle structurel et un marqueur du rapport à la santé des populations éloignées du système de santé.

La compétitivité des besoins se manifeste par la mise en place d'une hiérarchisation implicite des besoins, au sein de laquelle les conduites et les pratiques favorables au maintien de l'individu et/ou du groupe familial en bonne santé tendent à ne pas figurer au sommet des priorités, du fait des impératifs quotidiens directement liés à la satisfaction des besoins primaires (se loger, se nourrir, se laver). Sans satisfaction pérenne des besoins primaires, il est en effet difficile de penser aux logiques de prévention en santé, et notamment à la vaccination.

Les acteurs du Médoc observent à ce sujet que la patientèle en situation de précarité tend à moins honorer les consultations auprès de professionnels de santé lorsque les rendez-vous sont fixés à la fin du mois. Les difficultés financières – frais d'essence ou de transport à engager pour l'aller-retour domicile/cabinet médical – lors de ces périodes obligent à une nouvelle priorisation des dépenses du foyer.

Comme le rapporte une élue de Gironde interrogée, un schème de conduite tend à s'instaurer, au sein duquel *« on se préoccupe de la santé le jour où le corps fait mal et qu'il ne permet plus d'assurer son utilité sociale : celle de s'occuper de ses enfants et de travailler. Du coup, à ce moment-là, c'est un recours aux soins qui est hyper tardif, et auquel se rajoute la difficulté de la procédure administrative, avec les délais qui sont ceux de l'administration »*.

C. Leviers

i. Leviers pour agir sur la demande vaccinale en ruralité néo-aquitaine

1. L'aller-vers

L'identification et la connaissance des publics-cibles est essentielle pour l'augmentation de la couverture vaccinale en ruralité. Cela implique des **actions d'aller-vers inscrites dans le temps**. Celles-ci sont **menées par des professionnels de santé sensibilisés aux problématiques** des personnes vivant en ruralité, **et/ou par des acteurs du lien social dotés de certaines connaissances médicales**, à l'image des médiatrices et médiateurs en santé³⁴, des animatrices et animateurs prévention³⁵ et des animatrices et animateurs de santé publique³⁶ notamment.

Plusieurs modalités d'aller-vers sont ainsi mises en œuvre en Nouvelle-Aquitaine en matière de vaccination, selon les caractéristiques des publics-cibles.

Les usagers de droit commun bénéficient de campagnes d'**aller-vers téléphonique** de L'Assurance Maladie et de la MSA.

- **Actions individualisées d'entretiens motivationnels par téléphone (EPT)**. La MSA contacte ses assurées femmes ciblées par les campagnes de vaccinations contre la grippe pour mener un entretien motivationnel, assuré par des Infirmiers Diplômés d'État (IDE), ce qui permet de gagner quelques points de taux de couverture.
- L'Assurance maladie effectue des **campagnes d'appels sortants ciblés** auprès des femmes assurées, pour la promotion et le rappel des dépistages organisés du cancer. L'extension de cet outil vers les vaccinations – comme lors de la crise Covid-19 – contribuerait activement à l'augmentation de la couverture vaccinale des publics-cibles, notamment les seniors ruraux néo-aquitains.

³⁴ Dans le cadre de son action en Gironde, MDM, qui travaille avec des médiateurs en santé sur d'autres territoires d'intervention, est actuellement en phase de recrutement de bénévoles et salariés pour mettre en œuvre le programme Travailleurs précarisés. Sur les 4 postes de salariés à pourvoir, un médiateur en santé est souhaité.

³⁵ Comme Marie Lecourt, Animatrice Prévention de la Clinique de Lesparre, qui assure des permanences périodiques de promotion de la vaccination sur différents lieux et auprès de différents publics résidant dans le Médoc.

³⁶ Agents de la fonction publique hospitalière s'inscrivant dans une démarche médico-sociale et financés par l'ARS. Agissent pour renforcer le lien Ville-Hôpital. La promotion vaccinale fait partie de leur champ d'action et d'intervention. Ils peuvent être habilités à mettre en place des actions en ruralité. Travail important de promotion de la santé réalisé dans le Lot-et-Garonne notamment.

Retour terrain : Efficacité de l'aller-vers téléphonique sur la vaccination

Les appels sortants ont donné de très bons résultats sur la vaccination Covid-19 pendant les années de pandémie. La CPAM disposait à ce moment de moyens (humains et financiers) lui permettant d'appeler individuellement tous les assurés qui n'étaient pas à jour de leur vaccination. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, mais il serait intéressant de s'inspirer de cette expérience si l'on veut pouvoir augmenter la couverture vaccinale Grippe et Covid-19 des seniors ruraux néo-aquitains. Cela dépendra des ressources et des arbitrages.

- Objectif: **Campagnes d'appels sortant ciblés** en utilisant les bases de données de la CPAM, afin de les informer et éventuellement de les relancer sur les campagnes vaccinales, comme cela se met en œuvre pour les dépistages organisés des cancers du col de l'utérus et les cancers du sein.
- Point de vigilance : Attention toutefois à ne pas sur-solliciter le public-cible, la CPAM limite désormais le nombre autorisé de communications – appels, mails, courriers – envers ses assurés (4 à 5 messages par mois maximum, toutes thématiques confondues).

Pour les personnes éloignées – socialement et/ou géographiquement – du système de santé en ruralité, des actions d'**aller-vers physique** sont également menées sur certains territoires, et en cours de réflexion sur d'autres³⁷.

Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Spécialisées dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité, elles sont présentes sur l'ensemble de la région – 52 équipes – ce qui en fait un acteur important. **A l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médicosociaux.** Elles doivent « *garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

38

³⁷ En Charente-Maritime, sur l'île d'Oléron les réflexions sont en cours quant à l'acquisition d'un bus/camion santé qui puisse répondre en partie aux problèmes avérés de mobilité.

³⁸ <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2023-n-464-consentement-ethique-soins-et-sante>

Parmi celles mentionnées par les acteurs, nous retrouvons plusieurs dispositifs mobiles, comme indiqué ci-dessous :

Porteur	Contexte	Public-cible	Commentaire
PASS	Consultations délocalisées Promotion/Prescription/ Administration	Personnes non mobiles	Permanences dans les locaux d'un partenaire opérateur social ou médico-social
	Aller-vers pour Promotion / Prescription / Administration	Publics repérés	Public en squat, bidonville, aires d'accueil, forêts, etc.)
	Maraudes – Promotion		Maraudes sur signalement
CLS & Communes (Médoc)	Visites à domicile - Promotion / Prescription / Administration	Séniors isolés	Patients avec problèmes de mobilité et sans médecin signalées par les communes.
	Covid-19 -Administration du vaccin	Personnes non mobiles	
MSA	Covid-19 Administration du vaccin sur lieu & temps de travail	Assurés	Ne propose plus l'administration du vaccin depuis la fin des centres de consultations mobiles qui disposaient d'un réfrigérateur.
	Centres de consultation mobile		N'est plus en service
Département de la Gironde	Acquisition de 2 Bus Multi consultations avec promotion vaccination	Ruralité girondine	Réflexion en cours sur la problématique du dernier km et les dispositifs mobiles de complément
Institut Bergonié	Promotion Dépistage Cancers & sensibilisation HPV	Déserts médicaux	Le bus se déplace dans toute la Nouvelle- Aquitaine
Clinique Mutualiste de Lesparre	Stand info-vaccination – Promotion Vaccination périodique	Tout-venant & Personnes précarisées	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Importance du lien social ➤ Écoute bienveillante et empathique ➤ Public enclin à l'échange

Concernant les publics en situation de précarité, les acteurs ont été interrogés sur l'efficacité du levier de d'aller-vers les lieux structurants de la sociabilité rurale – pharmacies, marchés, supermarchés, foires, évènements culturels ou sportifs – afin de proposer de la promotion vaccinale.

Certains dispositifs, comme le CLS du Médoc, sont favorables à cette démarche qui permet de rencontrer des publics éloignés du système de santé.

La CPAM de Gironde, en revanche, dresse un bilan plutôt négatif de ces actions, considérées comme étant plutôt inefficaces. « *On s'est rendu compte finalement que l'on n'est pas attendu, et que le public ne vient pas pour cela, donc ils ne sont pas forcément réceptifs* ». Désormais, la CPAM 33 préfère concentrer ses efforts en ce sens en investissant des espaces proposant une composante santé, comme les évènements seniors.

Par ailleurs, lors de l'atelier MobCoNaq consacré à la vaccination antitétanique des travailleurs saisonniers agricoles et viticoles néo-aquitains, les acteurs se sont positionnés sur l'impact potentiel d'un couplage de la promotion vaccinale et de l'administration du vaccin pour parvenir à augmenter la couverture vaccinale de ces publics ?

Est-il préférable d'organiser des actions proposant simultanément la promotion et l'administration du vaccin antitétanique ? Ou bien est-il préférable de mener deux actions distinctes (promotion, puis administration) ?

Deux approches dans les réponses des participants :

- Pour les publics précarisés, il est préférable d'organiser une action promotion/administration le même jour, car la compétitivité des besoins rend complexe la projection dans le temps, ne serait-ce que de quelques jours ou semaines. Cela implique d'avoir formé les personnes habilitées à l'administration des vaccins.
 - Obstacle : la désertification médicale empêche fréquemment les équipes de pouvoir proposer l'administration lors d'une action de promotion.
- Si on ne travaille pas en amont avec les personnes concernées ou des relais communautaires, l'action a de grandes chances d'aboutir à un échec par rapport aux objectifs annoncés. Donc, l'idéal est de co-construire l'action et de séparer la phase promotion de l'administration, même si cela est peut-être moins nécessaire pour le vaccin antitétanique que pour d'autres.

Retour d'expérience Lot-et-Garonne : Actions d'aller-vers mises en place pour la vaccination Covid-19 auprès de travailleurs du Maghreb, avec des supports de communication traduits en arabe. Outil qui s'est avéré être peu concluant (difficultés de lecture et écriture du public).

L'ensemble des acteurs MobCoNaq s'accorde à dire que le levier le plus efficace pour la vaccination des travailleurs agricoles et viticoles – tout comme l'ensemble des travailleurs précarisés – est lorsqu'il est possible d'organiser une action de vaccination directement sur le lieu de travail.

Dans l'idéal, l'intervention doit pouvoir compter sur l'appui de l'employeur, afin de pouvoir réaliser la promotion vaccinale, ainsi que l'administration du vaccin sur le temps de travail des publics-cibles, comme cela a pu se faire pendant la pandémie de Covid-19 dans diverses exploitations néo-aquitaines.

Si l'employeur ne peut ou ne veut pas appuyer cette démarche, les acteurs recommandent de la mettre en œuvre sur des horaires atypiques, à savoir avant l'embauche ou après l'heure de débauche. Cela reste toutefois difficile à mettre en place, en raison de divergences de temporalité entre les publics-cibles et les professionnels de santé salariés. Une solution pourrait se trouver dans l'instauration d'horaires décalés afin de pouvoir proposer la vaccination à ces publics fragilisés et éloignés du système de santé. Charge aux acteurs de parvenir à s'organiser en conséquence.

Diverses formes d'aller-vers coexistent donc en Nouvelle-Aquitaine, mais il est important de souligner que **les espaces ruraux néo-aquitains ne bénéficient pas d'un déploiement homogène des actions d'aller-vers les publics éloignés du système de santé**. Les ressources sanitaires et économiques à disposition, les caractéristiques territoriales, les dispositifs existants, la culture de prévention, l'implication des acteurs institutionnels, associatifs et des collectivités territoriales sont autant de facteurs qui influent directement sur les réflexions et la mise en œuvre des actions d'aller-vers.

Retours terrain Landes

Agir sur la mobilité pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention

- En pratique, très peu d'actions d'aller-vers mises en place sur le département au niveau de la vaccination de rappel, en raison du manque de médecins sur le département et du manque de matériel. Cette situation contraste singulièrement avec le département limitrophe des Pyrénées-Atlantiques, où beaucoup d'actions d'aller-vers sont mises en place.
- Dans les Landes, des équipes mobiles d'hygiène interviennent depuis 3 ans dans les EHPADs pour la vaccination de rappel Grippe des professionnels de santé. Promotion + administration des vaccins dans la foulée. On pourrait imaginer que cette vaccination de rappel soit proposée aux seniors, mais également de l'étendre à d'autres lieux et d'autres vaccins.
- Un des Centres de Vaccination des Landes avait pour objectif d'aller-vers les publics en CADA pour pouvoir proposer de la promotion et administration de vaccins de rappel (dont DTP), mais la stratégie nationale de vaccination HPV en milieu scolaire lancée il y a peu a eu pour conséquence de repousser cette initiative.
- La situation contraste singulièrement avec le département limitrophe des Pyrénées-Atlantiques, où beaucoup d'actions d'aller-vers sont mises en place.
- En revanche, la promotion de la vaccination de rappel, ainsi que la vaccination HPV figure dans les objectifs de santé définis par les 3 CPTS conformées dans les Landes, avec une volonté de rapprochement des CLS existants sur le territoire.

Retours terrain Médoc

Agir sur la mobilité pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention

- Réseau de transport en commun insuffisant sur le Médoc. D'où l'importance des actions d'aller-vers les publics-cibles. L'objectif est de mettre dans la boucle l'ensemble des acteurs qui gravitent autour des saisonniers agricoles/viticoles, et notamment les employeurs agricoles (via l'Anefa, les prestataires de service et les exploitants agricoles) et les CCAS qui interviennent sur la domiciliation.
- Pour les publics précarisés qui bénéficient d'un accompagnement associatif, il est toujours utile de mener des actions sur site lors de la présence des destinataires, comme par exemple lorsqu'ils viennent récupérer les paniers repas distribués par les associations.
- Pendant la crise Covid-19, travail pluri-partenarial entre le CLS, le Département et la Maison de la Prévention a permis de mettre en place le « Vacci-Bus ». Rôle actif des communes, des professionnels de santé exerçant sur les secteurs et d'autres personnes-ressources, comme les gestionnaires de sites proposant des hébergements collectifs pour les saisonniers. Les personnes ont globalement pu se déplacer jusqu'aux places dédiées où s'arrêtait le « Vacci-Bus », car l'implication des élus et des acteurs associatifs était grande.
- Mise en circulation prochainement du « Bus Multi-Consultations » sur le territoire girondin (Conseil Départemental).

Retours terrain Lot-et-Garonne

Agir sur la mobilité pour favoriser l'accès aux soins et à la prévention

La plupart des actions menées se construisent dans le cadre d'appels à projets (ARS, CAF, Préfecture, Communes, etc.).

- Travail pluri-partenarial mené en collaboration avec le CLS d'une zone rurale du 47, le CCAS et les acteurs associatifs présents (Restos du Cœur, Croix Rouge) dans le but d'être en capacité de référencer les personnes pour pouvoir leur proposer l'accès à des bus prenant en charge le déplacement aller-retour jusqu'au CHU d'Agen ou vers les MSP. Cela donne de bons résultats, mais ce n'est pas pour autant une formule magique, car *« ce n'est jamais gagné d'avance, c'est un travail laborieux qui peut ne pas fonctionner avec certaines personnes »*.
- CPAM 47 : mise en place d'une plateforme d'appui (PFIDAS), qui prenait en charge l'organisation des rendez-vous de soins pour le destinataire + accompagnement téléphonique ou physique jusqu'à la consultation médicale.
- Certaines communes proposent la prise en charge du transport vers le CHU ou les MSP pour des consultations classiques ou des dépistages organisés. Pour les vaccinations, cela fut proposé pendant la crise Covid-19. Il serait intéressant d'offrir cette possibilité pour toutes les vaccinations de rappel.

2. L'entretien motivationnel

Agir sur la demande vaccinale implique parallèlement, pour les acteurs en lien avec les problématiques de vaccination, la capacité à promouvoir auprès des publics-cibles ruraux néo-aquitains des changements comportementaux en matière de santé.

Parmi les outils existants d'amélioration des pratiques professionnelles pour les acteurs de la santé, plusieurs dispositifs proposent des **entretiens motivationnels** en Nouvelle-Aquitaine.

Cet outil, particulièrement indiqué dans le cadre de conduites addictives, d'états de santé ou de pathologies chroniques requérant une modification de comportement ou de mode de vie, peut également s'avérer utile dans le cadre de la vaccination auprès des personnes sujettes à l'hésitation et/ou méfiance vaccinale. Pour être efficace, la HAS conseille de réaliser l'entretien motivationnel de façon récurrente pour accompagner la personne dans son processus de changement³⁹. Cette méthode de communication verbale et non verbale, centrée sur la personne et visant à comprendre ses sentiments et à les lui faire percevoir, est particulièrement recommandée pour les infirmiers, médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes et diététiciens. Chaque entretien motivationnel requiert un temps dédié de 20 à 45 minutes.

L'entretien motivationnel - principes émis par la HAS

- Technique d'entretien en face à face utilisée pour aider le patient à changer ses comportements dans le but de favoriser l'amélioration de sa santé ou pour réduire le risque d'apparition de pathologies ;
- Destiné à donner un cadre structurant à cet accompagnement éducatif pour augmenter la motivation et la maintenir tout au long du processus de changement comportemental ;
- Accompagnement empathique et bienveillant de la personne visant à faire émerger un discours, puis une action de changement en renforçant le sentiment d'efficacité de la personne ;
- Permet l'expression et l'analyse de l'ambivalence du changement d'un individu face à sa ou ses habitude(s) / addiction(s) / maladie(s).

³⁹ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501842/fr/entretien-motivationnel

Certaines structures néo-aquitaines organisent des entretiens motivationnels directement auprès des destinataires des actions de prévention, tandis que d'autres proposent des formations à l'entretien motivationnel pour les professionnels de santé, afin qu'ils soient en mesure de les appliquer à leurs patients dans le cadre de leurs consultations.

Porteur	Contexte	Public-cible	Commentaire
MSA	Promotion vaccination antigrippale – Entretiens motivationnels par téléphone	Assurées concernées par la campagne	Entretiens menés par infirmiers diplômés d'État. Permet le gain de quelques points taux couverture vaccinale antigrippale.
CPAM	Centres d'examen de santé	Éloignés du système de santé	A ce jour, non pratiqué pour la vaccination ⁴⁰ .
IREPS (Promotion Santé)	Propose des formations à l'entretien motivationnel sur toute la Nouvelle-Aquitaine	Professionnels de Santé + Acteurs Santé	De plus en plus demandé par les CPTS. L'IREPS dispose d'antennes dans les préfectures des 12 départements.
COREADD	Propose des formations aux PS en lien avec les addictions	Professionnels de Santé	Dispose d'une expertise régionale en matière de formation, mais n'est pas directement lié à la vaccination.

Retour terrain Médoc - Leviers pour agir sur la demande vaccinale

- Promotion de la prévention, dont vaccination :
 - Village de la prévention à Castelnau de Médoc ;
 - Escape-Game buccodentaire conçu par l'URPS Chirurgiens-Dentistes (disponible au PNR)
 - Partenariat Animatrice Prévention Clinique Lesparre et radio locale une fois par mois
- Partenariats stratégiques :
 - CPAM, pour des Missions Accompagnement Santé depuis 2019 / Actions d'aller-vers et disposition réelle à se déplacer physiquement / Existence de canaux de contact pour cibler les potentiels renoncements aux soins ;
 - Médecins du Monde, partenaire territoire : Aller-vers travailleurs saisonniers 2 fois/mois
 - Prévention médicalisée (dépistage, vaccination)
 - Prévention comportementale (sport, nutrition, buccodentaire)
 - Prévention environnementale (travail sur les grands déterminants)

⁴⁰ L'objectif serait, pour la CPAM d'être en mesure de proposer des entretiens motivationnels vaccination, sur le modèle des entretiens motivationnels addictions (tabac, alcool) et nutrition, qui se caractérisent en outre par un suivi post-entretien par téléphone à six mois, puis à un an.

3. Opportunités de service

La revue de littérature scientifique portant sur les interventions probantes et prometteuses en matière de vaccination dans les espaces ruraux mentionne un levier consistant à offrir des opportunités de service aux personnes de situation de précarité non vaccinées qui acceptent la vaccination. Ces opportunités de service diffèrent selon les pays et les régions. Certaines sont monétaires – remise d'argent ou de bons d'achat permettant l'achat de nourriture ou d'un bon de transport – tandis que d'autres offrent aux destinataires des services non monétaires.

Interrogés sur l'intérêt que pourrait représenter, à priori, la mise en œuvre d'opportunités de services en matière de vaccination pour les publics ruraux éloignés du système de santé, les acteurs répondent en termes circonspects.

Retour terrain

Considérez-vous que la mise en place d'opportunités de services – incitations financières ou non financières pour le public-cible – peut être un levier intéressant pour augmenter la couverture vaccinale du public-cible en ruralité néo-aquitaine ?

- Les acteurs interrogés émettent des doutes sur l'intérêt de cette démarche. Ils évoquent la crainte d'une marchandisation vaccinale entre les institutions et les publics-cibles, qui ne serait, selon eux, ni souhaitable ni efficace.
- L'option privilégiée par les acteurs est la mise en place de moyens pédagogiques conçus pour une éducation à la santé basée sur la solidarité communautaire, un développement de la communication intergénérationnelle, avec l'objectif du développement de la conscience collective, et non simplement d'un calcul coût/bénéfice individuel.
- En revanche, si ces opportunités de service, non financières, se construisent dans une approche de couplage de la vaccination avec l'accès à d'autres services – administratifs, accès au sport, à la culture ou aux loisirs, dans une démarche d'accompagnement pour aller-vers –, les participants estiment qu'il pourrait y avoir, en théorie, un certain intérêt.
- Au niveau des incitations financières, l'idée générale s'oriente plutôt vers une rémunération d'influenceurs populaires auprès du public-cible, qui porteront le message et seront vus et reconnus par ces derniers. Cela se fait d'ailleurs de plus en plus en oncologie et semble porter des résultats intéressants, car ces interventions permettent de libérer la parole au sein du public-cible.

Leviers mis en œuvre pour agir sur la demande vaccinale en ruralité néo-aquitaine			
Porteur	Outil / Action	Description	Public-cible
IREPS / COREADD	Entretien motivationnel	Formation des professionnels de santé	Professionnels de santé en N.A.
MSA / CPAM		Utilisation de cet outil auprès des publics-cibles	Assurés MSA et CPAM
MSA et ASEPT ⁴¹	Promotion vaccination	Actions de prévention et d'éducation à la santé	Ruraux + 55 ans Sud Nouvelle-Aquitaine
MSA	Communiqués de presse	Canaux publics-cibles, presse locale agricole	Seniors néo- aquitains
MDM L'Oiseau Lire (PNR/CLS- Médoc)	Littératie (alphabétisation, FLE, aide à traduction, adaptation messages prévention)	Formations à la compréhension et à l'appropriation des informations - (FALC)	Publics médocains identifiés
ARS NA	Communication affinitaire	Promotion axée sur intérêts et valeurs partagés des publics-cibles pour susciter adhésion	Utilisée pour campagnes Covid-19 et HPV (influenceurs et réseaux sociaux)
PASS N.A.	Interprétariat	Promotion Soins et prévention	Publics non francophones
Tricky	Escape-Game Hésitation vaccinale	Escape-Game + échange avec médiateur en santé ⁴²	Tout public

⁴¹ Association Santé Education et Prévention sur les Territoires - Acteur incontournable de la santé publique en milieu rural - <https://sudaquitaine.msa.fr/lfp/l-asept-sud-aquitaine>

⁴² Echange dont le but est de « revenir sur les notions absorbées pendant le jeu et verbaliser les ressentis de chacun en créant un climat de confiance » - https://tricky.fr/formation/vaccination-salaries#dica_divi_carouselitem_10

Leviers proposés pour agir sur la demande vaccinale en ruralité néo-aquitaine

Porteur	Outil / Action	Description	Public-cible
Coordination des acteurs	Rapprochement des SIAE ⁴³	Coopération pour diffuser la promotion des campagnes vaccinales	Publics fragilisés du Médoc
	Coopération avec Génération Mouvements ⁴⁴	Relais des campagnes de promotion vaccinale en ruralité	Seniors ruraux néo-aquitains
Financement d'actions adaptées	Valorisation financière des temps de consultation	Reconnaissance des entretiens mettant en place des outils pour l'adhésion vaccinale	Professionnels de santé
	Etudes qualitatives	Comprendre complexité enjeux et attentes / Mesurer l'impact des actions engagées /	Publics cibles identifiés

⁴³ Structures d'Insertion par l'Activité Economique. Rapprochement également possible – après formation sur les enjeux – avec d'autres acteurs (services techniques des collectivités ; associations de producteurs viticoles ; acteurs de l'environnement ; maraîchers ; pépiniéristes, etc.

⁴⁴ 1^{er} réseau associatif de seniors en France reconnu d'intérêt public – Aînés ruraux - <https://www.generations-mouvement.org/>

ii. Leviers pour agir sur l'offre vaccinale en ruralité néo-aquitaine

1. Simplification du parcours vaccinal

L'un des leviers structurels concernant l'amélioration de l'offre vaccinale se trouve dans la récente décision des pouvoirs publics français d'autoriser l'extension des compétences vaccinales des professionnels de santé.

Jusqu'à très récemment, le parcours vaccinal, complexe, obligeait les patients à consulter différents professionnels de santé – prescription par le médecin, délivrance par le pharmacien, administration par le médecin ou l'infirmier – avant de pouvoir recevoir l'injection.

La loi de financement de la Sécurité sociale a étendu les compétences des professionnels de santé en matière de vaccination : les infirmiers et pharmaciens pourront désormais prescrire et administrer la plupart des vaccins à partir de 11 ans. Ce levier, qui a pour objectif de stimuler le passage à l'acte vaccinal, permettra de rendre le parcours vaccinal à la fois plus simple, plus rapide et plus facile.

Ces nouvelles compétences seront progressivement effectives à compter de la rentrée 2023 et viseront à faciliter l'accès de tous à la vaccination.

Professionnel de santé	Prescription	Administration
Médecin	HPV + Tétanos + Grippe + Covid-19	HPV + Tétanos + Grippe + Covid-19
Sage-femme	<u>Femmes</u> : HPV + Tétanos + Grippe + Covid-19	<u>Femmes</u> : HPV + Tétanos + Grippe + Covid-19
Infirmier	Sans prescription aux +18ans ⁴⁵ : HPV + Tétanos + Grippe + Covid-19	
Pharmacien	<u>Ordonnance nécessaire</u> : HPV + Tétanos + Grippe <u>Sans prescription</u> : Covid-19	

Dans le Médoc, cet élargissement des compétences en matière de prescription et d'administration des vaccins pour les pharmaciens, infirmières et sages-femmes est saluée et attendue, car cela permettra « *d'insuffler une nouvelle dynamique* ».

⁴⁵ À noter : seul l'acte d'injection par l'infirmier n'est plus soumis à prescription médicale préalable. Les infirmiers ne peuvent pas prescrire de vaccin. Les patients sont toujours tenus d'avoir une prescription médicale préalable pour pouvoir se faire délivrer le vaccin en pharmacie (à l'exception du vaccin antigrippal).

Retour terrain : Coordination des acteurs ruraux néo-aquitains

Mise en œuvre de l'extension des compétences vaccinales (administration et prochainement prescription) accordée aux pharmaciens, sages-femmes et infirmières en ruralité

- Les situations ne sont pas les mêmes selon le degré de dotation de médecins sur les territoires. Des tensions avec les médecins peuvent potentiellement surgir dans les zones correctement dotées ou sur-dotées, mais pour les territoires sous dotés, cela se passe généralement bien.
- Les pharmaciens de la CPTS Médoc-Sud ont beaucoup vacciné et comptent poursuivre en ce sens. Retours plus mitigés des médecins : certains pour d'autres plus réticents (perte de contrôle sur le patient, crainte sur le suivi, etc.)
- L'intégration des Infirmières de Pratique Avancée (IPA) dans l'écosystème sanitaire en ruralité varie selon les territoires. Alors qu'en Charente-Maritime quelques-unes sont membres des CPTS, ce n'est pas le cas dans celle du Médoc-Sud en Gironde, où leur arrivée semble n'être désirée ni par les médecins, ni par les infirmières.
- Certains Médecins craignent que le transfert d'une partie des compétences à d'autres professionnels de santé puisse conduire à une détérioration du suivi des patients, et qu'en cas de problème ce soit leur responsabilité qui soit engagée. D'autre part, en déléguant les consultations « faciles », ils redoutent de n'avoir que des consultations « complexes », alors qu'ils reçoivent de plus en plus d'injonctions de « care » envers leur patientèle.
- Sur certains territoires ruraux, en raison des enjeux économiques et de la relation de dépendance du pharmacien vis-à-vis du médecin, on peut retrouver une certaine appréhension des pharmaciens sur l'administration de vaccins. En revanche, lorsqu'ils sont intégrés dans des structures coordonnées (CPTS, MSP), cette réticence semble s'effacer.
- Une MSP permet également aux différents professionnels de santé qui y exercent de se rencontrer, de mieux connaître et respecter les missions, compétences et conditions de travail des autres professionnels de santé. Et cela est bénéfique pour le patient, dans la mesure où le médecin collabore mieux avec l'infirmière pour le suivi du patient ; l'infirmière échange plus avec le médecin, ce qui améliore la compréhension mutuelle entre professionnels de santé.

2. Coordination des acteurs

Au vu de l'évolution dans l'organisation du système de santé et des missions changeantes confiées aux acteurs sanitaires, il semble indispensable de développer la coopération et la co-construction entre les différentes structures socio-sanitaires présentes sur les territoires ruraux, notamment l'articulation CLS, CPTS, CPAM.

Dans le Médoc, le CLS tente de réaliser ce rapprochement avec les CPTS afin de saisir les complémentarités existantes. Les acteurs interrogés s'accordent à dire que l'expérience des centres de vaccination Covid-19 pendant la pandémie a permis de créer du lien entre les différents professionnels de santé libéraux et salariés. Ces échanges et rencontres ont ainsi constitué un terreau favorable pour le développement ultérieur des CPTS dans la région.

Les CPTS peuvent bénéficier de données de santé à échelle fine, mises à disposition par la CPAM, tandis que les CPTS fournissent à la CPAM des retours terrains actualisés qui permettent de calibrer/modifier les dotations en fonction des réalités territoriales. Il serait intéressant de voir s'il est possible de mettre en place une logique analogue entre les CPTS et la MSA pour toucher le public agricole.

Retour terrain – Construction, mise en œuvre et suivi d'objectifs de santé Collaboration CPTS & CPAM pour le dépistage organisé du Cancer du col de l'utérus

- Indicateurs fixés par la CPAM + action mise en place avec des sages-femmes sur le terrain.
- Avec l'aide de la CPAM, il a été possible de mettre en œuvre une campagne d'appels sortants afin de joindre par téléphone l'ensemble des assurées qui étaient en retard sur le dépistage afin de leur faire effectuer ce rattrapage, en impliquant un médecin et des sages-femmes qui réalisaient les frottis.
- Les taux ont augmenté significativement, de nombreuses femmes qui n'étaient plus suivies par un médecin ont pu revenir dans le parcours de soins via cette campagne.
- En conséquence, les sages-femmes ont fait face à un surcroît d'activité qui n'a pu être compensé par l'installation de nouvelles sages-femmes sur le territoire, car celui-ci est considéré comme étant déjà surdoté. Le dialogue se poursuit avec la CPAM dans le but d'obtenir l'accord portant sur de nouvelles installations.
 - Le zonage est réalisé par l'ARS, et c'est ensuite la CPAM qui formule les autorisations/refus d'installation de professionnels de santé sur les territoires.

Appelées à se développer sur l'ensemble des territoires, les structures d'exercice coordonné, comme les MSP et les CPTS, doivent parvenir à se rapprocher des acteurs clés déjà actifs sur les territoires ruraux. Les coopérations entre des acteurs du champ social et médico-social rural et des CPTS peut ainsi constituer un levier intéressant. Cela permettrait de disposer d'outils et de moyens relativement pérennes pour porter des actions de prévention et de suivi auprès des populations précarisées.

En revanche, il est important de rappeler que la conformation d'une CPTS sur un territoire donné n'implique pas mécaniquement le regroupement en son sein de l'ensemble des professionnels de santé libéraux du territoire concerné. Il s'agit d'un travail de long cours, de promotion de ces nouvelles formes d'exercice coordonné auprès des élus en particulier.

D'autre part, les travailleurs sociaux, en première ligne dans l'identification et le tissage des liens avec les publics-cibles en ruralité néo-aquitaine, assument un rôle d'information et d'orientation. Il serait ainsi judicieux de leur proposer une sensibilisation aux problématiques vaccinales, afin qu'ils soient en mesure de contribuer à la promotion vaccinale en ruralité.

Certaines structures, comme les PASS, proposent des formations de sensibilisation à la vaccination aux travailleurs sociaux œuvrant auprès d'un public accompagné dans le cadre du dispositif Accueil – Hébergement – Insertion (AHI). Ces formations sont assurées par des professionnels de santé des PASS.

Quelles personnes-ressources pourraient être sollicitées pour renforcer la promotion des vaccinations contre la Grippe & la Covid-19 pour les seniors ruraux néo-aquitains ?

Réponses des participants

- Des médiateurs en santé ;
- Des travailleurs sociaux sensibilisés aux enjeux de la vaccination ;
- Les services de portage à domicile
 - Portage des repas / Aide à domicile / Aide-ménagère.

Rappelons enfin qu'au niveau des partenariats avec les collectivités territoriales, l'échelle de l'EPCI n'est pas nécessairement la plus opérante, dans la mesure où tous ne disposent pas d'une délégation sociale. Il est donc préférable de travailler en lien direct avec les communes dotées d'une délégation sociale, ou les CCAS pourvus de travailleurs sociaux.

3. Vaccination en milieu scolaire

L'expérience de la vaccination contre la Covid-19 montre que lorsqu'il y a une volonté politique associée à des moyens financiers et humains conséquents, il est possible de mettre en place des campagnes ciblées qui donnent des résultats probants.

Aussi, le récent engagement de l'Etat en faveur de la vaccination des adolescents contre les papillomavirus (HPV) témoigne d'un saut qualitatif dans la politique vaccinale en France. L'instauration de la campagne de vaccination contre le HPV en milieu scolaire constitue en effet un puissant levier de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Ainsi, au-travers d'une priorisation de la couverture vaccinale des adolescents, suivie d'une étroite collaboration entre les services de santé et de l'éducation nationale, il a été possible de mettre en place une politique vaccinale ambitieuse.

La promotion et l'administration de la vaccination pour les élèves des classes de 5^{ème} de l'ensemble des collèges publics et des collèges privés sous contrat avec l'Etat – malgré plusieurs défections de ces derniers enregistrées lors de la première campagne – permet d'atteindre un triple objectif :

- i. Atteindre tous les enfants ciblés, aussi bien dans les espaces urbains qu'en ruralité ;
- ii. Simplicité du parcours vaccinal, dans la mesure où l'élève bénéficie de la vaccination au sein même de son établissement ;
- iii. La gratuité de la vaccination, pour un vaccin qui reste l'un des plus onéreux, avec un reste à charge qui pourrait être limitant pour les élèves issus des familles en situation de précarité économique.

L'une des craintes, exprimées par les acteurs, concernant cette intervention annuelle en milieu scolaire est que celle-ci aboutisse, au-travers d'effets émergents non désirés, à une augmentation des différences de couvertures vaccinales selon les catégories sociales, comme cela arrive fréquemment lors d'opérations de prévention tout public. En effet, les groupes sociaux bénéficiant d'une meilleure couverture vaccinale sont généralement les plus favorisés en termes de capital économique, culturel et social.

Il est donc important de pouvoir adapter les messages de promotion aux différents publics – parents et élèves – afin de maximiser les opportunités vaccinales. En ce sens, l'indicateur de position sociale (IPS) peut se révéler utile, dans la mesure où il permet une mise en perspective à caractère sociologique de chaque établissement scolaire en fonction de la dotation en capitaux des parents des élèves qui y sont scolarisés.

A propos de l'Indice de Position Sociale (IPS)

- Indicateur qui permet de distinguer les établissements scolaires jouissant d'un environnement favorable à la réussite scolaire de ceux caractérisés par un environnement défavorable.
- Cet indice est calculé en fonction d'indicateurs relatifs à la dotation en capital économique et culturel des parents des élèves inscrits.
- Sont considérés comme établissements scolaires « particulièrement favorables » ceux dont les IPS atteignent un score supérieur à 124. Inversement, les établissements scolaires dont le score est inférieur à 81 sont considérés comme ceux proposant un environnement « particulièrement défavorable » à la réussite scolaire des élèves qui y sont scolarisés.
- De manière générale, les établissements scolaires privés obtiennent des scores IPS plus élevés que les établissements scolaires publics. Dans la même logique, les établissements scolaires situés dans les zones rurales ainsi que ceux classés en REP et en REP+ tendent à avoir des IPS moins élevés.

Lors de la première campagne de vaccination HPV en milieu scolaire en 2023, les acteurs ont été interrogés sur les limites de l'actuelle mise en œuvre, ainsi que sur les leviers à incorporer pour maximiser les opportunités de réussite des prochaines campagnes vaccinales, pour les élèves de 5^{ème} d'une part, mais également pour l'ensemble des adolescents concernés par cette vaccination recommandée (entre 11 et 19 ans).

Retour terrain : Limites de l'intervention HPV en milieu scolaire

- Campagne en milieu scolaire n'inclut que les élèves de 5^{ème} des collèges publics et privés (sous contrat seulement ou également hors-contrat) ;
- Campagne en milieu scolaire va contacter les parents des élèves à des moments peu propices à la consultation des plateformes Pronote (Juin : plus personne ne consulte ; Septembre : beaucoup de parents n'ont pas encore les codes de connexion) ;
- Campagne en milieu scolaire exclut les élèves des MFR (Maisons Familiales Rurales) qui commencent à partir de la 4^{ème}.
 - 495 associations en France
 - 90.000 élèves en formation, dont 43 000 élèves sous statut scolaire par alternance du Ministère de l'Agriculture

En ruralité néo-aquitaine, plusieurs acteurs sont d'ores et déjà impliqués dans la promotion de cette vaccination HPV.

Porteur	Contexte	Public-cible	Commentaire
Équipe du Prado	Prévention spécialisée de jeunes en risque de marginalisation/exclusion	11-25 ans girondins ruraux	Aller-vers sur les lieux de vie et l'espace public - (éducateurs, coordonnateurs et conseillers de la Mission Locale)
Plateforme #Réa'j	Repérage et accompagnement	Jeunes sans emploi, étude ou formation	Plateforme de repérage et d'accompagnement des jeunes NEET
La Maison des Adolescents (MDA)	Approche holistique de la santé (physique, psychique, relationnelle, sociale, éducative)	Adolescents	Lieux polyvalents. Travaille en réseau avec l'ensemble des acteurs s'occupant d'adolescents sur un territoire
Espace jeunesse	(Espaces Jeunesse - Médoc Cœur de Presqu'île (medoc-cpi.fr) 3 sur le territoire Médoc Cœur de Presqu'île.		

Retours terrain : Lot-et-Garonne

Vaccination anti HPV

- Depuis 2021, les infirmières scolaires réalisent des dépistages globaux aux élèves de 6^{ème}
 - Focus individuel sur la vaccination HPV, mise à disposition d'un fascicule informatif à destination des élèves et de leurs parents.
 - L'impact de cette action sur l'évolution de la couverture vaccinale HPV n'a pas encore été évalué.
- Grande disponibilité des infirmières scolaires à jouer un rôle dans la campagne de vaccination HPV en milieu scolaire. Cela est facilité par le fait de disposer d'un nombre suffisant de personnel scolaire dans les établissements.
- Souhaitent être impliquées, au moins dans le travail de promotion/sensibilisation de la vaccination HPV auprès des élèves et de leurs parents.

Parmi les actions mises en œuvre pour la promotion de la vaccination HPV, nous retrouvons notamment :

ARS N.A.

- La communication sur les réseaux sociaux, et particulièrement TikTok ;
- Le financement dans les Deux-Sèvres de trois (3) mini-séries policières – faites par des jeunes et pour des jeunes, avec leurs propres mots – destinées à renforcer l'adhésion vaccinale HPV ;
 - Les Deux-Sèvres lancent d'ailleurs une expérimentation destinée à évaluer les possibilités d'extension de cette campagne de vaccination HPV aux personnes en situation de handicap.

CPAM

- Disposition à assumer un rôle de vecteur de communication sur cette campagne, à condition de respecter les quotas de communication aux assurés – pression client – (pas + de 5/mois, toutes thématiques confondues). Va dépendre des modalités d'articulation national/régional. En contact avec l'ARS N.A.

- Du fait de son expérience dans la réalisation de campagnes de masse en routine, la CPAM pourrait envoyer des SMS et emails aux parents des enfants ciblés pour vaccination des 11-13 ans ; ou de rattrapage pour les 15-19 ans ;
- Le réseau pourrait également bénéficier aux adolescents de 11 à 19 ans, au-travers des Centres d'examen de santé présents dans chaque département ;

Leviers proposés par les acteurs MobCoNaq dans le cadre de la vaccination HPV en milieu scolaire

- Bien définir les objectifs de prévention et les publics-cibles pour s'adapter au mieux et maximiser les chances de réussite.
- Développer les compétences psycho-sociales des enfants, par une éducation à la santé le plus tôt possible, en impliquant également les parents.
 - Pair-aidance de parents
 - Patients experts de prévention
- Investir les parents en tant qu'acteur de leur santé pour pouvoir en faire des relais ;
- Passer par les associations ;
- Sensibiliser l'ensemble des acteurs en lien avec les campagnes de vaccination ;
- Formations et coordinations réunissant des professionnels de santé et des travailleurs sociaux ;
- Développer le lien Ville – Hôpital
- Cohérence des messages sur l'ensemble des professionnels de la chaîne, car les mêmes personnes peuvent fréquenter différentes structures.
- S'appuyer sur les réseaux et les structures de coordination existantes (CLS, CPTS, URPS, PASS, Médecine scolaire, etc.)

Retours terrain Médoc

Vaccination anti HPV

La PMI recrute des sages-femmes pour mener des actions de sensibilisation HPV envers les adolescents médocains. Réflexion en cours pour :

- Etendre et compléter par une pratique vaccinale (déjà possible) ;
- Elargir le public-cible aux femmes enceintes et aux parents.

Pour les adolescents non scolarisés en classe de 5^{ème}, les acteurs mettent en œuvre plusieurs actions dont le but est de contribuer à augmenter l'adhésion vaccinale HPV. L'ensemble s'accorde sur le fait qu'il est nécessaire de ne pas centrer le travail de promotion vaccinale sur les parents, mais qu'il doit être possible de prendre en compte l'effet « ado » et « pré-ado ». Dans cette optique, le recours aux réseaux sociaux et aux influenceurs potentiellement compatibles constitue une piste d'action.

Retour terrain : Propositions de leviers à mettre en œuvre auprès des professionnels de santé pour la promotion vaccinale HPV en ruralité néo-aquitaine

- i. Uniformiser le message porté par les professionnels de santé salariés et libéraux, tout en diversifiant les formats exprimant le message, afin de pouvoir impacter différents publics (notamment format FALC) ;
- ii. Inclure l'URPS des Chirurgiens-Dentistes dans cette campagne, afin qu'elle dispose d'un rôle défini de relais auprès du public-cible et des parents ;
- iii. Se servir de l'expérience « mois sans tabac » qui a montré qu'il est possible pour les professionnels de santé libéraux de monter en compétences rapidement et d'adopter un même discours une thématique de prévention.

4. La cartographie à échelle fine comme outil de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

L'analyse spatiale en santé à échelle fine constitue assurément l'un des leviers les plus novateurs dans le processus de mobilisation de connaissances implémenté tout au long de l'étude qualitative portant sur la couverture vaccinale en ruralité néo-aquitaine.

Dès la conception de cette étude, nous avons souhaité **fournir aux acteurs des outils originaux permettant de stimuler le dialogue des savoirs théoriques et expérientiels sur les problématiques de vaccination en ruralité néo-aquitaine.**

Au-travers d'une **collaboration étroite avec la SFPGS**, il nous a été possible de co-construire **plus de 60 cartes**, dont la majorité concernait les deux territoires ruraux autonomes sélectionnés, à savoir le Médoc en Gironde, et le Périgord Nontronnais en Dordogne.

Ces cartes furent mises en perspective avec les réalités territoriales des ruralités néo-aquitaines, dans une démarche didactique facilitant l'analyse, la prospective et la communication, le tout dans une approche multi-scalaire.

La présentation de ces cartes aux acteurs ayant participé à MobCoNaq, tout comme l'indispensable explication relative à la méthodologie employée illustrant les forces et limites de chacune d'elles, se sont avérées précieuses pour remplir le double objectif que nous nous étions fixés, à savoir :

- a) Réaliser des **analyses d'ordre descriptif**, afin d'observer les logiques territoriales à l'œuvre dans l'accès aux soins sur les territoires ;
- b) Faciliter des **réflexions d'ordre prospectif**, en mettant en relief les objectifs de santé et les ressources disponibles – ou absentes – des territoires cartographiés.

Elles furent à ce titre plébiscitées par l'ensemble des acteurs ayant participé à cette étude qualitative :

AGORA LIB' Nouvelle-Aquitaine

*« Les cartes représentent pour nous un **outil de diagnostic socio-territorial**, mais aussi un **outil de réflexion dans la priorisation et l'élaboration du projet de santé** ».*

« Au niveau des données, on est limité à ce que nous fournit la CPAM, et ce sont des données très simples, sous forme de tableau. Ces mêmes informations seraient beaucoup plus lisibles pour les acteurs en format cartographique. D'autre part, on aurait besoin de plus d'informations, mais on manque de temps pour aller chercher d'autres données. »

CPTS Sud-Médoc

« Je vois un **intérêt double** dans l'usage que l'on peut faire de la cartographie à échelle fine **dans l'élaboration du projet de santé** : on en a besoin pour le **diagnostic**, mais aussi comme **support et argumentaire du projet de santé**. Les cartes peuvent être utilisées comme support pour l'animation des groupes de travail, et on peut également les intégrer dans le rapport définitif. »

CLS Médoc

Pour le **CLS** du Médoc, elles seront utilisées notamment pour orienter les réflexions relatives à l'élaboration du programme d'action du prochain CLS.

« Les cartes permettent d'avoir des éléments beaucoup plus fins sur certains publics et certains secteurs géographiques qu'il conviendrait d'investir. **Ces outils vont nous aider pour la prise de décision, l'orientation, les modalités d'intervention et les secteurs sur lesquels il nous faudra intervenir**. Par exemple, les seniors sont un public que l'on va plus investir, d'où l'importance pour nous de savoir où se trouvent ceux qui n'ont pas de médecin traitant, ceux qui sont en ALD, etc. »

Suite au séminaire de restitution des résultats, les échanges se sont poursuivis avec un groupe d'acteurs du Médoc, de manière à réfléchir conjointement aux modalités permettant de mieux intégrer l'analyse spatiale en santé à échelle fine dans les actions de santé, et plus particulièrement celles en lien avec les problématiques de vaccination sur ce territoire rural.

Groupe de travail post-séminaire MobCoNaq

- Le chargé d'étude **MobCoNaq** ;
- Le Président de la Société Francophone de Pratique en Géographie de la Santé (**SFPGS**) ;
- La coordinatrice du Contrat Local de Santé (**CLS**) du **Médoc** ;
- La coordinatrice de la **CPTS Médoc-Sud** (340 acteurs de santé sur un territoire de 16 communes abritant une population de plus de 50.000 habitants) ;
- La chargée de mission d'accompagnement des CPTS de Gironde d'**Agora Lib'** (qui accompagne notamment la création des deux nouvelles CPTS du Médoc, à savoir, « Nord Médoc » et « Terres de Médoc »)

Enjeux et perspectives de l'analyse spatiale en santé à échelle fine

Le regard de Ludovic Cépré, Président de la SFPGS

« Nous entrons progressivement dans un **nouveau contexte d'organisation du système de soins**, après les nombreux textes qui ont apporté des cadres comme la responsabilité populationnelle, qui est sans doute le principe le plus nouveau du projet des CPTS. En effet, on peut imaginer qu'une forme de lassitude s'est faite jour au sein des institutions centrales en charge de la santé publique, devant les complexités dans les négociations avec les acteurs libéraux du soin.

Les réorganisations du système de soin autour des GHT et des CPTS portent en germe un profond changement du fonctionnement des soignants libéraux. Ces derniers vont être de plus en plus rémunérés à la performance, selon des indicateurs liés à l'état de santé et de consommation de soins de la population environnante, qu'elle fasse partie de leur patientèle ou non. Le partage d'information sur le parcours avec les hôpitaux locaux, eux-mêmes partie intégrante des GHT, impliquera mécaniquement, sous une forme ou une autre, le **partage de l'information médicale depuis les cabinets de ville jusqu'aux DIM des CHU.**

Ce rapide tableau des enjeux de fonctionnement nous permet d'identifier immédiatement quelques enjeux pour les acteurs locaux, en première ligne du soin aujourd'hui. **Ils seront demain en première ligne non seulement du soin, mais seront également comptables du niveau de santé d'une population entière, incluant les non-consommants, les bien portants, les précaires, les résidents irréguliers.**

Bien que ces préoccupations dépassent largement le cadre de la présente action, nous les mentionnons car **nous avons pu trouver ici pour la première fois un contexte opérationnel qui les a faites émerger.** Ce sont maintenant les acteurs de terrain, à l'échelle la plus locale, qui se préoccupent de ce type d'enjeux, comprenant que leur activité en sera fortement dépendante dans un avenir tout proche. C'est aussi en cela que nous avons trouvé là un contexte de travail très favorable à l'analyse spatiale en santé à échelle fine ».

Le dialogue des savoirs théoriques et expérientiels a permis à ce groupe de travail post-séminaire d'élaborer un cadre au sein duquel **l'analyse spatiale en santé à échelle fine pourrait devenir un puissant levier dans l'élaboration et dans le pilotage des actions de santé en lien avec la vaccination en ruralité.**

Dans un contexte marqué par une faible démographie médicale et des difficultés de mobilité, le **manque de visibilité** des professionnels de santé des CPTS – et plus largement, de l'ensemble des structures d'exercice coordonné – sur l'impact des actions engagées leur porte un double préjudice, dans la mesure où il **ne permet pas** :

- i. **L'analyse territoriale en temps réel de l'avancée des objectifs** de couverture vaccinale inscrits dans l'ACI ;

« Effectivement, nous, **on marche un peu à l'aveugle**. On a des objectifs définis dans le cadre de la négociation ACI, mais ce n'est qu'au bout d'un an, lors de l'évaluation annuelle, que l'on peut savoir si on a atteint ou non l'indicateur. »

CPTS Médoc-Sud

- ii. La **capacité d'anticipation du montant des dotations** qui seront perçues l'année suivante, dans la mesure où le versement de la part variable⁴⁶ dépend de l'atteinte des objectifs.

« **Lorsque la rémunération arrive**, au bout d'un an, lors de l'évaluation annuelle et la négociation ACI, **pour nous c'est toujours la surprise** ! Si on a atteint l'objectif, on a un bonus, et si on ne l'a pas atteint, on n'aura pas les sous. En décembre 2023, on a renégocié un nouvel avenant, mais sans disposer des chiffres actualisés. Et ça, c'est très frustrant ».

CPTS Médoc-Sud

Or, ces difficultés exprimées par les acteurs de terrain et induites par l'évaluation rétroactive des objectifs pourraient être dépassées par **l'intégration de l'analyse spatiale en santé à échelle fine dans le cadre de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel⁴⁷ (ACI).**

⁴⁶ En effet, les dotations aux CPTS comprennent une part fixe et une part variable. Cette dernière pouvant représenter jusqu'à 50% de l'ensemble des dotations perçues par une CPTS sur certaines actions.

⁴⁷ Accord Conventionnel Interprofessionnel : Contrat tripartite d'une durée de cinq ans, co-signé par la structure d'exercice coordonné, sa CPAM de rattachement et l'ARS dont elle dépend.

L'objectif serait ainsi d'instaurer la mise à disposition, pour les CPTS, d'indicateurs contractuels définis, documentés, actualisés et communiqués au fur et à mesure de l'avancée des actions sur le terrain. Les modalités de partage des données devront veiller à ce qu'elles soient claires et synthétiques, rigoureuses et précises, mais également opposables en cas de recours.

Cela renforcera par ailleurs les capacités des acteurs à adresser des plaidoyers scientifiques aux décideurs, dans l'optique du financement et de la mise en place d'interventions s'inscrivant dans une logique d'universalisme proportionné.

Pour y parvenir, une **culture de co-construction des indicateurs** à utiliser dans l'évaluation des actions **doit émerger, et le dialogue de gestion semble être l'espace idoine** pour cela. Cette transition n'est certes pas sans soulever une certaine complexité (choix des chiffres, diversité des sources⁴⁸, faible opposabilité des indicateurs, non actualisation des données, définition et élaboration des requêtes), mais un tel objectif implique une professionnalisation et un renforcement du dialogue de gestion.

Comme le souligne la SFPGS « *le partage de données fines, mais également leur analyse spatiale, permettra d'adapter les actions aux besoins en temps réel, dans un fonctionnement de routine.* »

Ainsi, en termes de **bénéfices attendus** par l'intégration de l'analyse spatiale en santé à échelle fine dans le cadre de la conception et du pilotage des actions en lien avec la vaccination en ruralité, nous pouvons mentionner **pour les structures d'exercice coordonné**, au premier rang desquelles les CPTS :

- **Élaboration des objectifs territoriaux de santé**
 - Aide à l'élaboration du diagnostic territorial (Portrait Territoires, Fiches thématiques Santé, etc.) ;
 - Aide à la définition des objectifs de couverture vaccinale.
- **Pilotage des actions mises en œuvre sur les territoires**
 - Capacité à observer l'évolution des dynamiques développées sur les territoires d'action, et de pouvoir ainsi opérer des réajustements en cours de route si besoin ;

⁴⁸ Rezone pour les indicateurs de taux de vaccination du Régime Général ; SNDS pour les indicateurs de taux de vaccination Inter-Régimes.

- Capacité à se projeter sur un temps plus long, par anticipation des ressources économiques et/ou humaines au sein des structures.

En ce qui concerne la **CPAM**, les bénéfices attendus portent sur :

- La capacité à **disposer d'indicateurs pertinents**, de mettre en place un plan de rédaction des requêtes suffisamment robuste pour fonctionner toute l'année et être utile à l'ensemble des structures d'exercice coordonné ;
- La visibilité sur le montant à verser aux structures, mais également en termes de **dividendes santé obtenus** en relation avec les ressources financières versées à celles-ci.

Leviers mis en œuvre pour agir sur l'offre vaccinale en ruralité néo-aquitaine

Enjeu	Outil / Action	Description	Public-cible
Caractérisation des publics et de leur couverture vaccinale	Passeport Santé (PASS)	Carnet de santé, suivi vaccinal, fiche sociale, fiche médicale, fiche infirmière. Traduit en ukrainien.	Publics-cibles PASS, dont AHI
	Questionnaire vaccinal (MSP Arsac – 33)	Pour la détection DTCP et Grippe	Patients en retard vaccinal
	Mission exploratoire Médecins du Monde	Identification problématiques sanitaires ⁴⁹ et actions à mettre en œuvre sur 5 ans	Travailleurs précarisés du Médoc
	Aide à l'hébergement (PNR / CLS Médoc)	Identification de solutions d'hébergement pour la saison	Travailleurs saisonniers
	Localisation des personnes vulnérables (PNR / UDCCAS 33)	Sera bientôt mis en œuvre	Habitants ruraux éloignés du système de santé
Coordination des acteurs	Optimisation portage des missions (CPTS & CPAM 33)	Dialogue à double échange combinant données santé et organisation PS terrain	Population du territoire
	Formation Travailleurs sociaux (PASS)	Formation et Sensibilisation à la vaccination	Travailleurs sociaux AHI néo-aquitains
	Suivi vaccinal et communication inter-PS (MSA)	Si retard constaté, courrier adressé au médecin traitant avec enveloppe T pour retour sur rattrapage vaccinal.	Assurés MSA

⁴⁹ Si l'ouverture des droits-santé s'active, dans la pratique, dès la 1^{ère} heure travaillée, il serait possible de collecter des données de santé qui permettraient d'identifier des problématiques et de pouvoir intervenir.

Coordination des acteurs	Diffusion des campagnes CPAM (CPTS Médoc-Sud)	Relais vers PS / Collectivités / Réseaux sociaux. Possibilité d'annuaire avec reporting des PS	Professionnels de santé et partenaires territoriaux
	Acteurs Relais Santé (PNR Médoc)	Aiguillage des acteurs sur les problématiques territoriales de santé	Acteurs et publics-cibles
	Rapprochement DD-ARS 47 et URPS Pharmaciens	Intégration des pharmaciens sur le rappel vaccinal	Habitants ruraux du Lot-et-Garonne
	Promotion dans les médias (MSA ; CPAM)	Promotion vaccination dans canaux consultés par publics-cibles	Radio, télévision, presse locale en ruralité
Financement d'actions adaptées	Dispositifs mobiles (Département Gironde)	2 bus équipés permettant des consultations médicales (dont vaccination) en ruralité	Habitants ruraux de Gironde avec problèmes de mobilité
	Vaccination HPV en milieu scolaire	Pour tous les élèves de 5 ^{ème} dans le public et privé sous contrat	Tous les élèves de 5 ^{ème} de France

Accueil - Hébergement - Insertion (AHI)

Le dispositif AHI est destiné aux personnes en grande difficulté sociale nécessitant une aide globale afin d'accéder à un logement et de retrouver leur autonomie. Ce dispositif s'inscrit dans un service public de l'hébergement et d'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées, visant à garantir à toute personne concernée des prestations adaptées à ses besoins pour lui permettre d'accéder dans un meilleur délai à un logement de droit commun.

<https://pays-de-la-loire.dreets.gouv.fr/Capacites-Accueil-Hebergement-Insertion-AHI>

Leviers proposés pour agir sur l'offre vaccinale en ruralité néo-aquitaine

	Outil / Action	Description	Public-cible
Caractérisation des publics et de leur couverture vaccinale	Affichage idoine des promotions vaccinales	Promotion adaptée aux publics-cibles et affichée dans des lieux permettant leur appropriation ⁵⁰ .	Publics identifiés
Coordination des acteurs	Pratiques généralistes mixtes	Avec une partie en ruralité et une en ville	Habitants des déserts médicaux
	Coupler dépistage et vaccination	Dépistage CCU mère et vaccination HPV fille	Mères et filles concernées
	Groupe de réflexion pluridisciplinaire vaccination	PS ; autorités sanitaires, collectivités territoriales, acteurs associatifs	Habitants ruraux néo-aquitains
Financement d'actions adaptées	Diminution ou suppression du reste à charge	Levier agissant à la fois sur l'offre et la demande vaccinale	Ensemble de la population
	Dispositifs mobiles	Bus à la demande pour accès soins et prévention	Problématiques de mobilité
	Opportunités de service	Coupler la vaccination avec l'accès à d'autres services ayant du sens pour le destinataire	Habitants ruraux éloignés du système de santé
	Influenceurs populaires auprès du public-cible	Rémunération d'influenceurs qui porteront le message et seront vus et reconnus	Publics identifiés par classe d'âge et/ou affinités communes

⁵⁰ Les acteurs affirment que les résultats des questionnaires adressés aux patients indiquent que le lieu idéal pour l'affichage dans un cabinet médical est la porte des toilettes, côté intérieur, et non la salle d'attente.

Annexe

- Questionnaire de satisfaction et réponses des acteurs ayant participé aux ateliers MobCoNaq

- Sélection de cartes élaborées par la SFPGS dans le cadre de MobCoNaq
 - Cartes de **Nouvelle-Aquitaine**
 - Cartes du **Périgord Nontronnais**
 - Cartes du **Médoc**
 - Cartes du **Lot-et-Garonne**
 - Cartes des **Landes**

Enquête de satisfaction portant sur les ateliers MobCoNaq⁵¹

1. Quel rôle jouez-vous dans la vaccination des publics ruraux (plusieurs choix possibles) ?
 - Coordination institutionnelle
 - Promotion auprès des professionnels de santé
 - Promotion auprès des publics cibles
 - Prescription des vaccins
 - Délivrance des vaccins
 - Administration des vaccins (injection)
 - Construction d'indicateurs de diagnostic territoriaux
 - Elaboration de plaidoyers à destination des décideurs
 - Autre

2. Les actions que vous menez en matière de vaccination s'inscrivent-elles dans le champ suivant (plusieurs choix possibles) ?
 - Champ médical
 - Champ social
 - Champ médico-social
 - Autre

3. Sur une échelle de 1 (pas important) à 5 (très important), où situeriez-vous l'importance des enjeux suivants à la vaccination des populations rurales dans votre travail ?

Enjeu	1	2	3	4	5
Panorama socio-sanitaire des espaces ruraux néo-aquitains et cartographie					
Caractérisation du public-cible et de sa couverture vaccinale					
Offre vaccinale en ruralité néo-aquitaine : structures et acteurs en lien avec la vaccination du public-cible					
Élargissement des compétences en matière de vaccination : possibles tensions entre professionnels de santé et leviers pour les surmonter					
Demande vaccinale en ruralité néo-aquitaine : principaux obstacles (sociaux et individuels) pour le public-cible					
Diffusion d'expériences permettant d'augmenter la couverture vaccinale du public-cible					
Meilleure coordination des acteurs du terrain					
Nouveaux partenariats à établir					
Élaboration de plaidoyers à destination des décideurs					
Financement d'actions adaptées					

⁵¹ Questionnaire de 16 questions, élaboré par Arnaud Rubi – chargé d'études MobCoNaq Inserm – et Jalpa Shah – épidémiologiste SPF –.

4. Lors de l'atelier, avez-vous été exposé à de nouvelles connaissances (scientifiques et/ou expérientielles) ?
 - Oui, tout à fait / Oui, assez / Un peu seulement / Non, pas du tout
5. D'après vous, les connaissances partagées par l'organisateur étaient compréhensibles ?
 - Oui, tout à fait / Oui, assez / Un peu seulement / Non, pas du tout
6. D'après vous, les informations partagées sont pertinentes pour votre travail ?
 - Oui, tout à fait / Oui, assez / Un peu seulement / Non, pas du tout
7. D'après vous, le temps consacré aux présentations était-il adapté pour répondre à vos interrogations ?
 - Oui, il y a eu assez de temps / Trop long / Trop court
8. D'après vous, le temps imparti pour la discussion était-il adapté pour répondre à vos interrogations ?
 - Oui, il y a eu assez de temps / Trop long / Trop court
9. Sur une échelle de 1 (pas clair) à 5 (très clair), où situeriez-vous votre reconnaissance de l'apparition des étapes de partage de connaissances lors de l'atelier ?

Étapes itératives	1	2	3	4	5
L'identification de l'enjeu(x)					
L'intégration du contexte de la vaccination auprès des populations rurales (au niveau individuel, organisationnel, professionnel, etc.)					
Les connaissances autour des freins portant sur l'offre et la demande de vaccination des populations rurales					
La réflexion collective autour d'actions permettant d'augmenter la couverture vaccinale					
L'utilité et/ou la faisabilité des actions permettant d'augmenter la couverture vaccinale sur le terrain					

10. D'après vous, les savoirs expérientiels présentés ont été valorisés de la même manière que les savoirs théoriques exposés (connaissances scientifiques) ?
 - Oui, tout à fait / Oui, assez / Un peu seulement / Non, pas du tout
11. Diriez-vous que l'organisation de l'atelier était facilitante pour vous permettre de vous exprimer ?
 - Oui, tout à fait / Oui, assez / Un peu seulement / Non, pas du tout
12. D'après vous, l'ensemble des compétences a été intégré lors de l'atelier ?

- Oui, tout à fait / Oui, assez / Un peu seulement / Non, pas du tout

13. D'après vous, l'ensemble des perspectives a été intégré lors de l'atelier ?

- Oui, tout à fait / Oui, assez / Un peu seulement / Non, pas du tout

14. Considérez-vous qu'il faille poursuivre les échanges avec le groupe en organisant de nouveaux temps d'échanges entre les participants ?

- Oui, tout à fait / Oui, assez / Un peu seulement / Non, pas du tout

15. Dans l'optique d'une pérennisation de temps d'échange entre les différents acteurs porteurs de savoirs théoriques et expérientiels, quelles actions vous semblent particulièrement pertinentes pour contribuer à l'augmentation de la couverture vaccinale du public-cible, sur une échelle de 1 (pas nécessaire) à 5 (vraiment nécessaire)

Temps d'échange	1	2	3	4	5
Partage d'expériences au-travers des acteurs concernés lors d'ateliers participatifs					
Élaboration d'une newsletter périodique pour diffuser les connaissances théoriques et pratiques sur la vaccination du public-cible					
Réalisation de cartes socio-sanitaires à échelle fine pour décrire le réel et prioriser les zones d'intervention					
Constitution d'un répertoire des obstacles et leviers de l'offre et de la demande vaccinale du public-cible					
Élaboration d'actions pluri-partenariales innovantes					
Renforcement des capacités de plaidoyers issus des savoirs théoriques et expérientiels en vue d'une présentation à destination des décideurs					
Autre :					

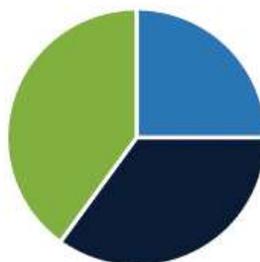
16. Selon vous, quels sujets, non abordés dans l'atelier, auraient mérité d'être traités ?

- Réponse libre

Retours sur les ateliers participatifs MobcoNaq⁵²

1. Dans quel atelier MobCoNaq avez-vous participé ?

[Chart options »](#)



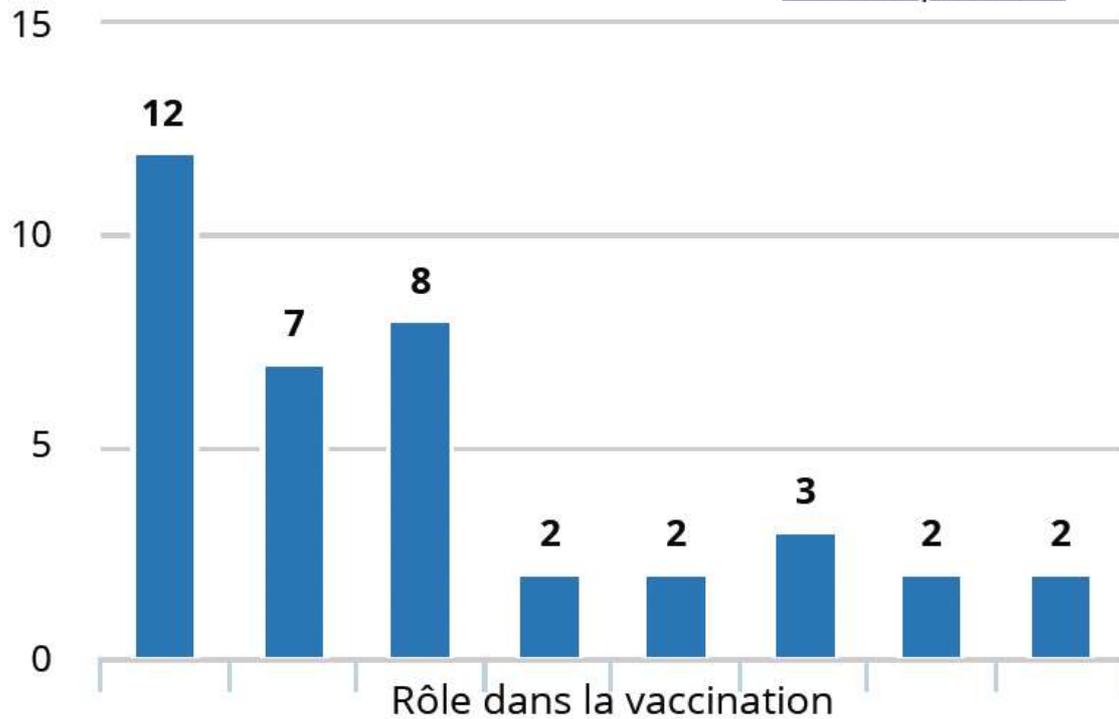
- Vaccination ruralité séniors (Grippe & Covid-19) le 02 mai 2023
- Vaccination ruralité actifs agricoles et saisonniers (Tétanos) le 11 mai 2023
- Vaccination ruralité adolescents (HPV) le 16 mai 2023

Vaccination ruralité séniors (Grippe & Covid-19) le 02 mai 2023	5
Vaccination ruralité actifs agricoles et saisonniers (Tétanos) le 11 mai 2023	7
Vaccination ruralité adolescents (HPV) le 16 mai 2023	8

⁵² L'analyse des différentes évaluations des participants MobCoNaq a été réalisée par Jalpa Shah, épidémiologiste à SPF.

2. Quel rôle jouez-vous dans la vaccination des publics ruraux (plusieurs choix possibles) ?

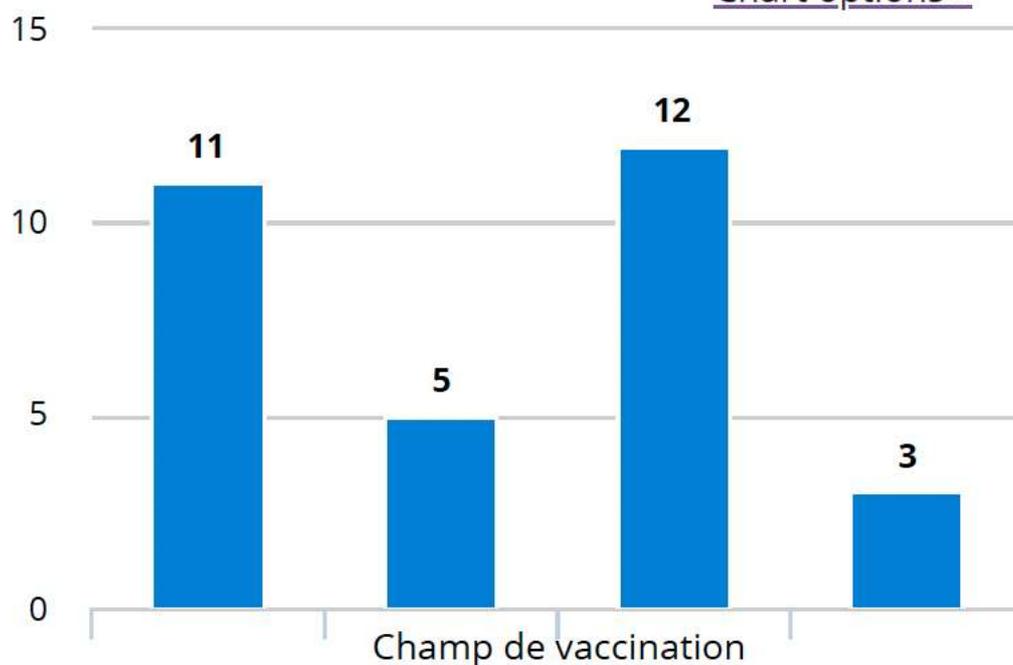
[Chart options »](#)



Coordination institutionnelle	12
Promotion auprès des professionnels de santé	7
Promotion auprès des publics cibles	8
Prescription des vaccins	2
Administration des vaccins (injection)	2
Construction d'indicateurs de diagnostic territoriaux	3
Elaboration de plaidoyers à destination des décideurs	2
Autre	2

3. Les actions que vous menez en matière de vaccination s'inscrivent-elles dans le champ suivant (plusieurs choix possibles) ?

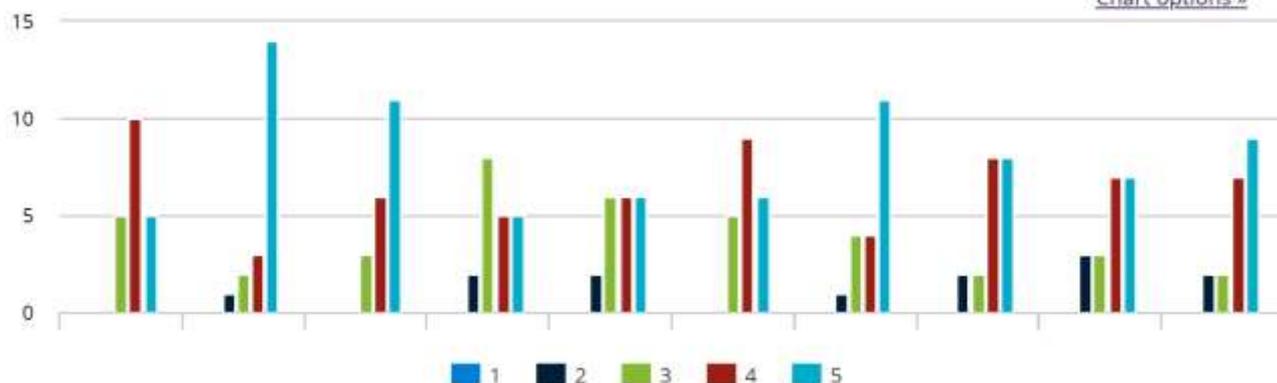
[Chart options »](#)



Champ médical	11
Champ social	5
Champ médico-social	12
Autre	3

4. Sur une échelle de 1 (pas important) à 5 (très important), où situeriez-vous l'importance des enjeux suivants à la vaccination des populations rurales dans votre travail ?

[Chart options »](#)



	1	2	3	4	5
Panorama socio-sanitaire des espaces ruraux néo-aquitains et cartographie	0	0	5	10	5
Caractérisation du public-cible et de sa couverture vaccinale	0	1	2	3	14
Offre vaccinale en ruralité néo-aquitaine : structures et acteurs en lien avec la vaccination du public-cible	0	0	3	6	11
Élargissement des compétences en matière de vaccination : possibles tensions entre professionnels de santé et leviers pour les surmonter	0	2	8	5	5
Demande vaccinale en ruralité néo-aquitaine : principaux obstacles (sociaux et individuels) pour le public-cible	0	2	6	6	6
Diffusion d'expériences permettant d'augmenter la couverture vaccinale du public-cible	0	0	5	9	6
Mellleure coordination des acteurs du terrain	0	1	4	4	11
Nouveaux partenariats à établir	0	2	2	8	8
Élaboration de plaidoyers à destination des décideurs	0	3	3	7	7
Financement d'actions adaptées	0	2	2	7	9

5. Lors de l'atelier, avez-vous été exposé à de nouvelles connaissances (scientifiques et/ou expérimentales) ?

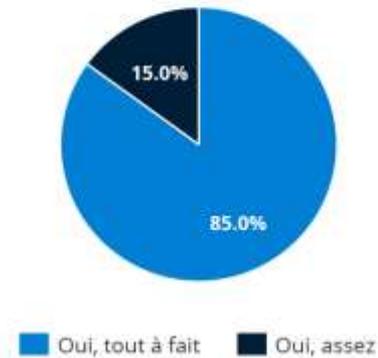
[Chart options »](#)



Oui, tout à fait	11
Oui, assez	6
Un peu seulement	3

6. D'après vous, les connaissances partagées par l'organisateur étaient compréhensibles ?

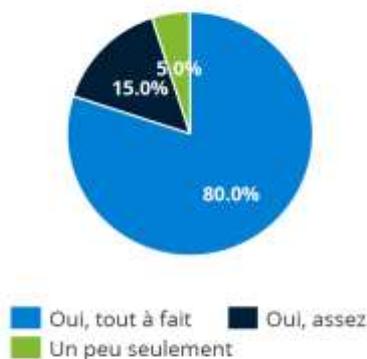
[Chart options »](#)



Oui, tout à fait	17
Oui, assez	3

7. D'après vous, les informations partagées sont pertinentes pour votre travail ?

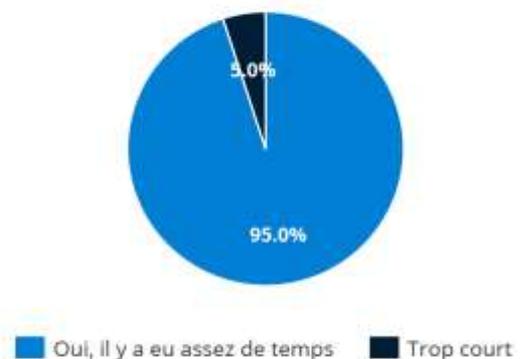
[Chart options »](#)



Oui, tout à fait	16
Oui, assez	3
Un peu seulement	1

8. D'après vous, le temps consacré aux présentations était-il adapté pour répondre à vos interrogations ?

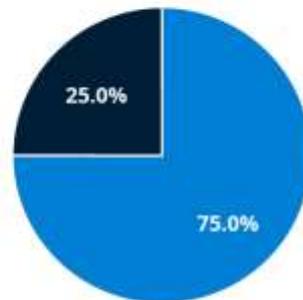
[Chart options »](#)



Oui, il y a eu assez de temps	19
Trop court	1

9. D'après vous, le temps imparti pour la discussion était-il adapté pour répondre à vos interrogations ?

[Chart options »](#)

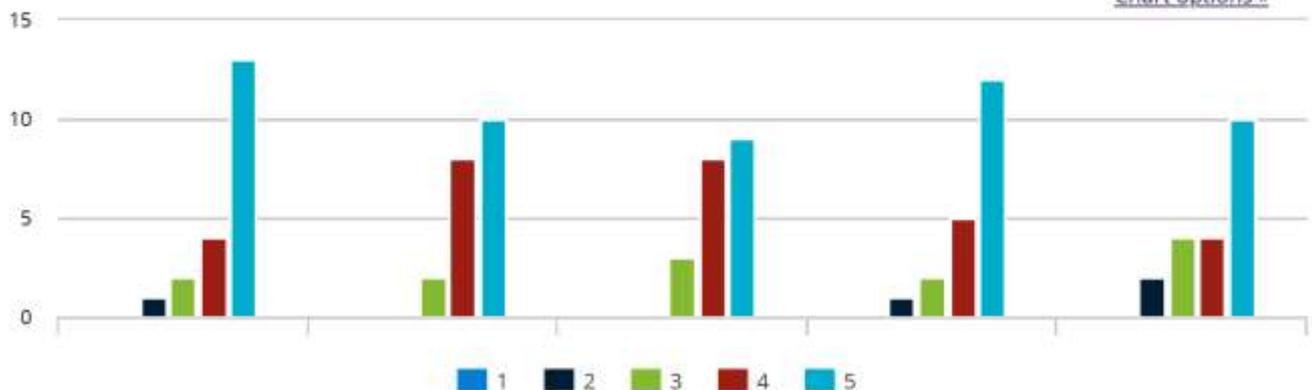


■ Oui, il y a eu assez de temps
 ■ Trop court

Oui, il y a eu assez de temps	15
Trop court	5

10. Sur une échelle de 1 (pas clair) à 5 (très clair), dans quelle mesure avez-vous pu identifier les différentes étapes du partage de connaissances lors de l'atelier ?

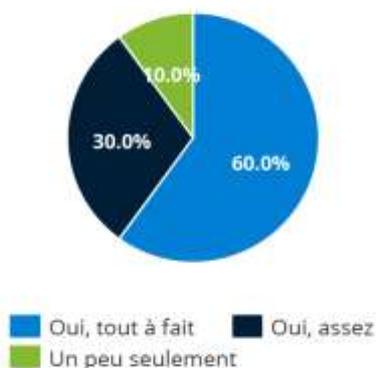
[Chart options »](#)



	1	2	3	4	5
L'identification de l'enjeu(x)	0	1	2	4	13
L'intégration du contexte de la vaccination auprès des populations rurales (au niveau individuel, organisationnel, professionnel, etc.)	0	0	2	8	10
La présentation des connaissances autour des freins portant sur l'offre et la demande de vaccination des populations rurales	0	0	3	8	9
La réflexion collective autour d'actions permettant d'augmenter la couverture vaccinale	0	1	2	5	12
La réflexion autour de l'utilité et/ou la faisabilité des actions permettant d'augmenter la couverture vaccinale sur le terrain	0	2	4	4	10

11. D'après vous, les savoirs expérimentiels présentés ont été valorisés de la même manière que les savoirs théoriques exposés (connaissances scientifiques) ?

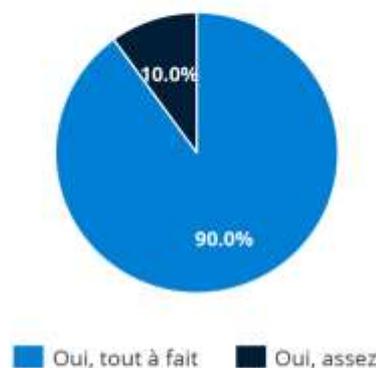
[Chart options »](#)



Oui, tout à fait	12
Oui, assez	6
Un peu seulement	2

12. Diriez-vous que l'organisation de l'atelier était facilitante pour vous permettre de vous exprimer ?

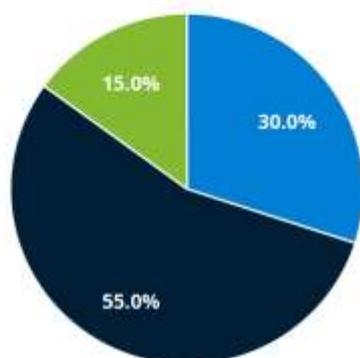
[Chart options »](#)



Oui, tout à fait	18
Oui, assez	2

14. D'après vous, l'ensemble des perspectives a été intégré lors de l'atelier ?

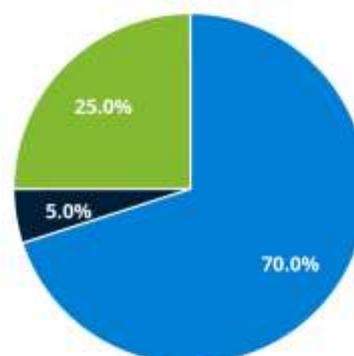
[Chart options »](#)



Oui, tout à fait	6
Oui, assez	11
Un peu seulement	3

15. Considérez-vous qu'il faille poursuivre les échanges avec le groupe en organisant de nouveaux temps d'échanges entre les participants ?

[Chart options »](#)



Oui	14
Non	1
Ne souhaite pas se prononcer	5

Sélection de cartes élaborées par la SFPGS dans le cadre de MobCoNaq

Cartes de Nouvelle-Aquitaine

- Ruralités & Urbanités en Nouvelle-Aquitaine en 2020
- Densité de population par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019
- Revenu médian par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019
- Taux de natalité par commune en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2013-2019
- Taux de mortalité par commune en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2013-2019
- Part des + 60 ans par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019
- Part des 20 / 60 ans par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019
- Part des – 20 ans par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019
- Part de la population +15 ans déscolarisée et sans diplôme par commune en N.A en 2019
- Couverture vaccinale HPV filles 1dose à 15 ans / schéma complet à 16 ans en 2022
- Couverture vaccinale HPV garçons 1 dose à 15 ans / schéma complet à 16 en 2022
- Couverture vaccinale Grippe +65 ans / population à risque 16–65 ans en N.A en 2021

Cartes du Périgord Nontronnais

- Revenu médian, logements sociaux, accès véhicule par commune en 2018
- Taux de natalité par commune sur la période 2013-2019
- Taux de mortalité par commune sur la période 2013-2019
- Population bénéficiant de la CSS par commune en 2022
- Population bénéficiant de l'ALD par commune en 2022
- IPS des collèges et répartition des 11-17 ans en 2022
- Part des +15 ans déscolarisés et sans diplôme par commune en 2019
- Population de +17 ans sans médecin traitant par commune en 2022
- Structures de soins et répartition des + 64 ans au carreau en 2022
- Couverture vaccinale Grippe +65 ans en 2022
- Couverture vaccinale Grippe population à risque 16 – 65ans en 2022

Cartes du Médoc

- Revenus individuels au carreau de 200 mètres en 2017
- Répartition de la population sans diplôme selon l'emploi actuel en 2019
- Couverture vaccinale Grippe +65 ans en 2022
- Couverture vaccinale Grippe population à risque 16 – 65 ans en 2022
- Taux de natalité par commune sur la période 2013-2019
- Taux de mortalité par commune sur la période 2013-2019
- Population de +17 ans sans médecin traitant par commune en 2022
- Localisation et IPS des écoles en 2021
- Part de la population de +15 ans sans diplôme par commune en 2022
- Part des patients ayant recours aux anxiolytiques par commune en 2022
- Taux d'ALD par commune chez les retraités de + 55 ans pour la période 2018-2022
- Part des + 17 ans bénéficiant de la CSS par commune en 2022

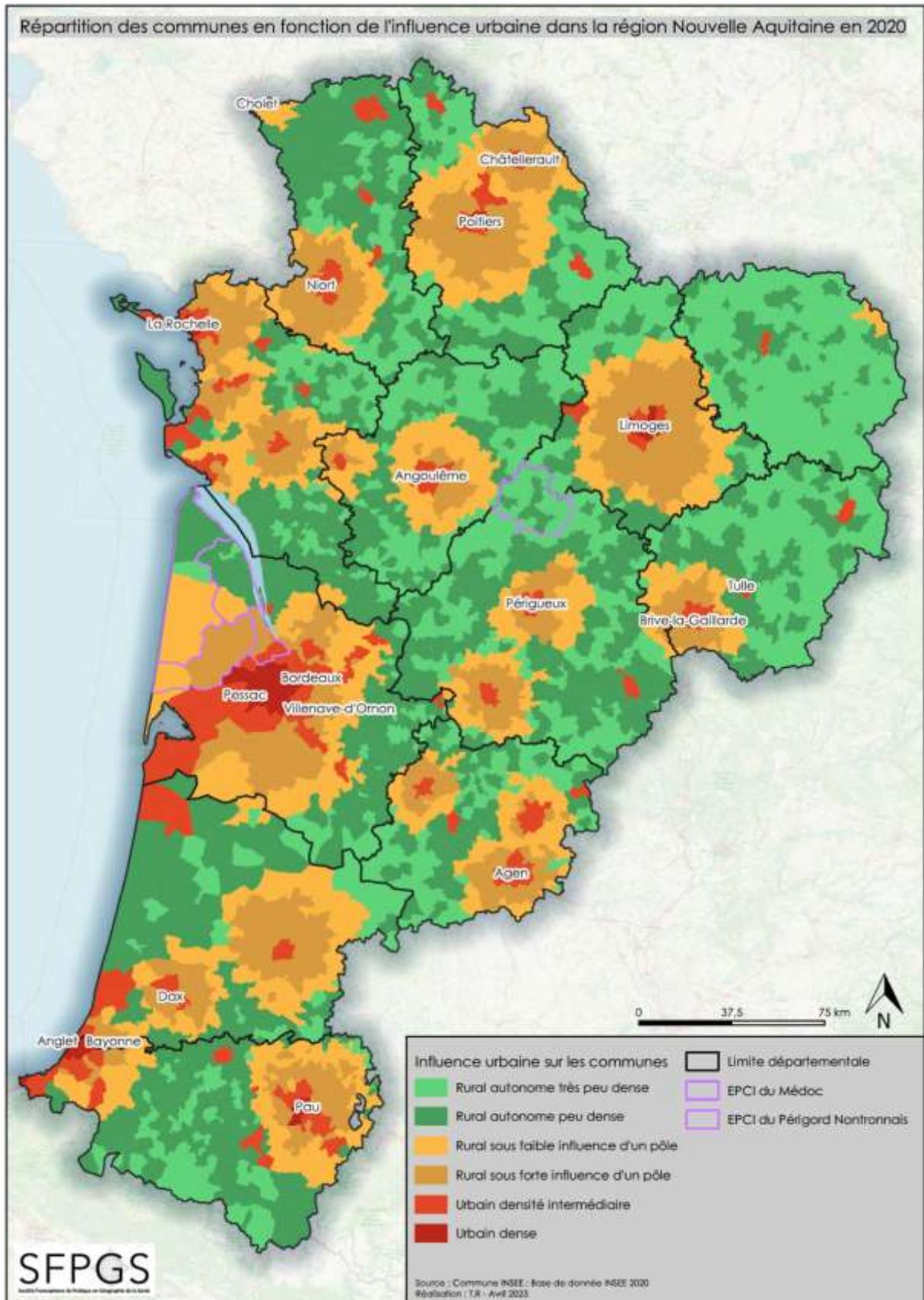
Cartes du Lot-et-Garonne

- Revenu moyen par habitant au carreau en 2017
- IPS des écoles maternelles et élémentaires & des collèges au carreau en 2023

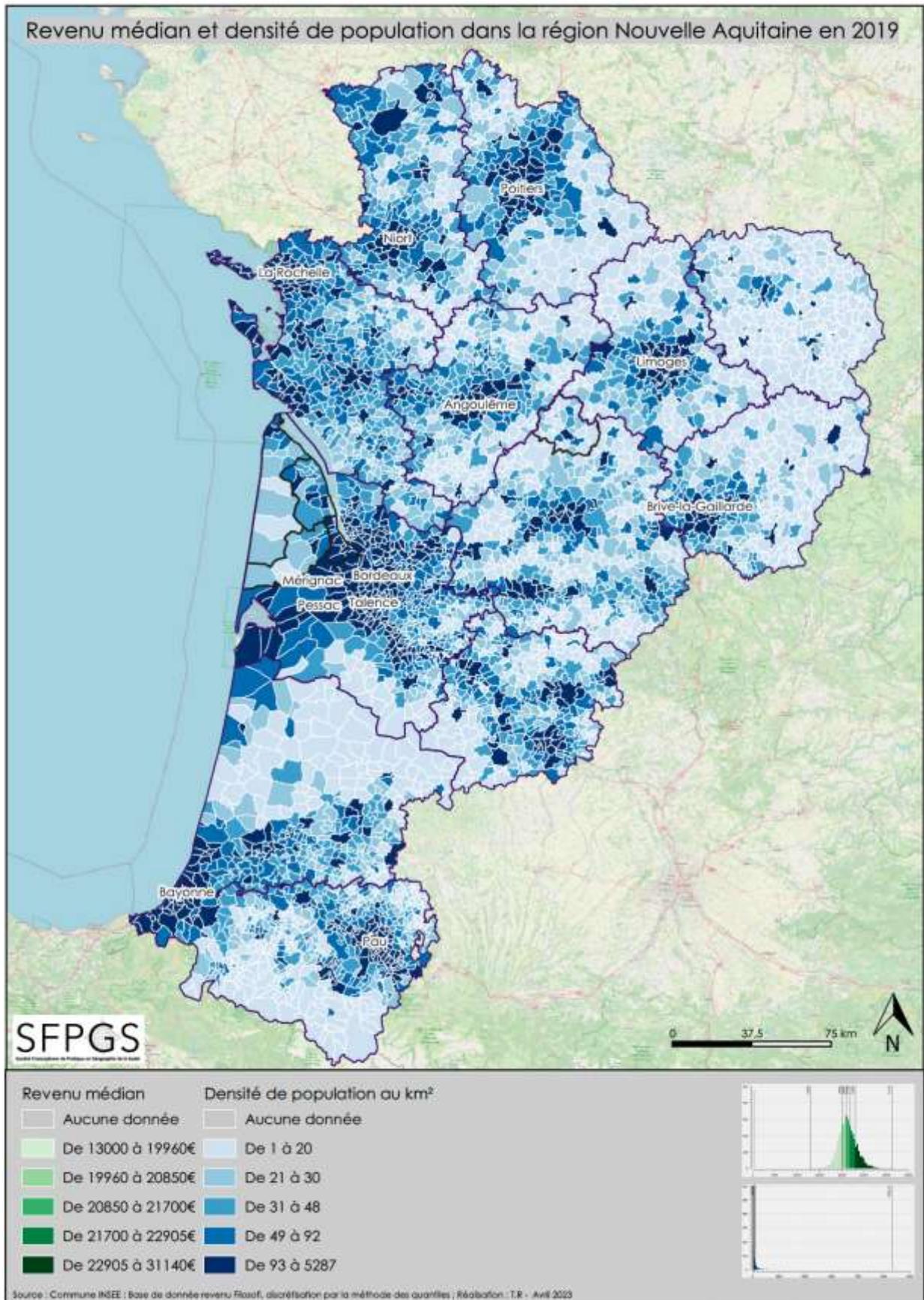
Cartes des Landes

- Revenu moyen par habitant au carreau en 2017
- IPS des écoles maternelles et élémentaires & des collèges au carreau en 2023

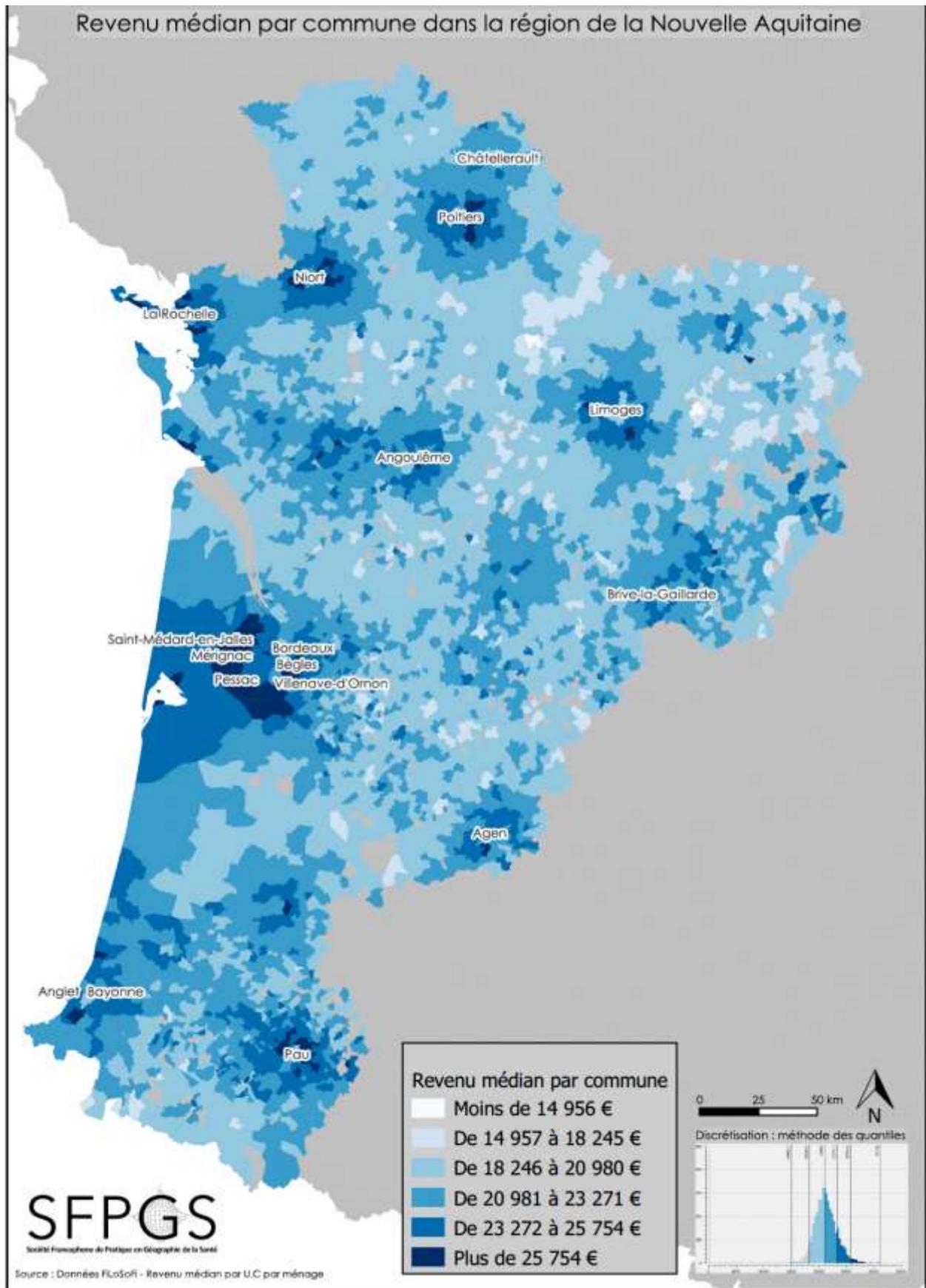
Ruralités & Urbanités en Nouvelle-Aquitaine en 2020



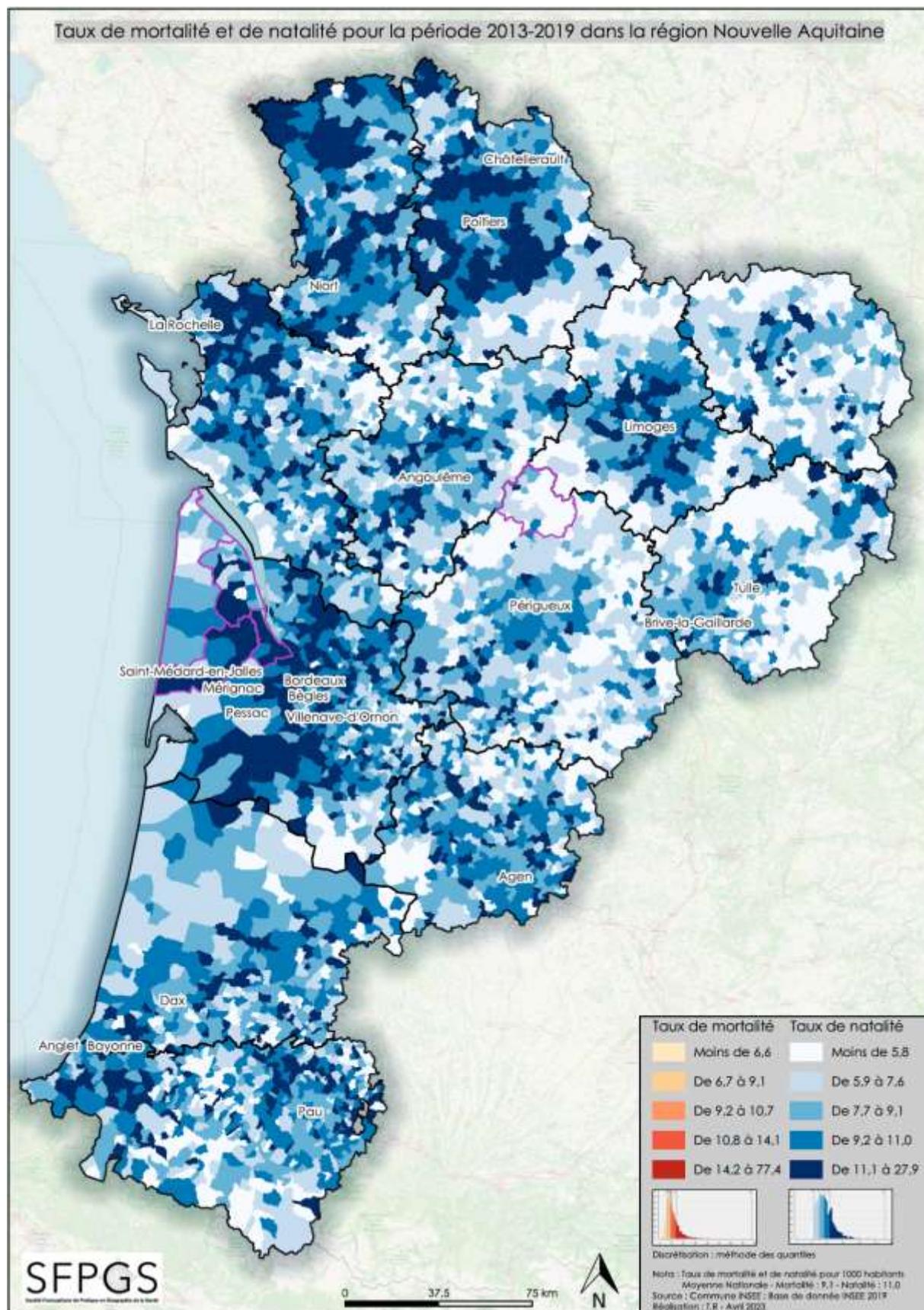
Densité de population par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019



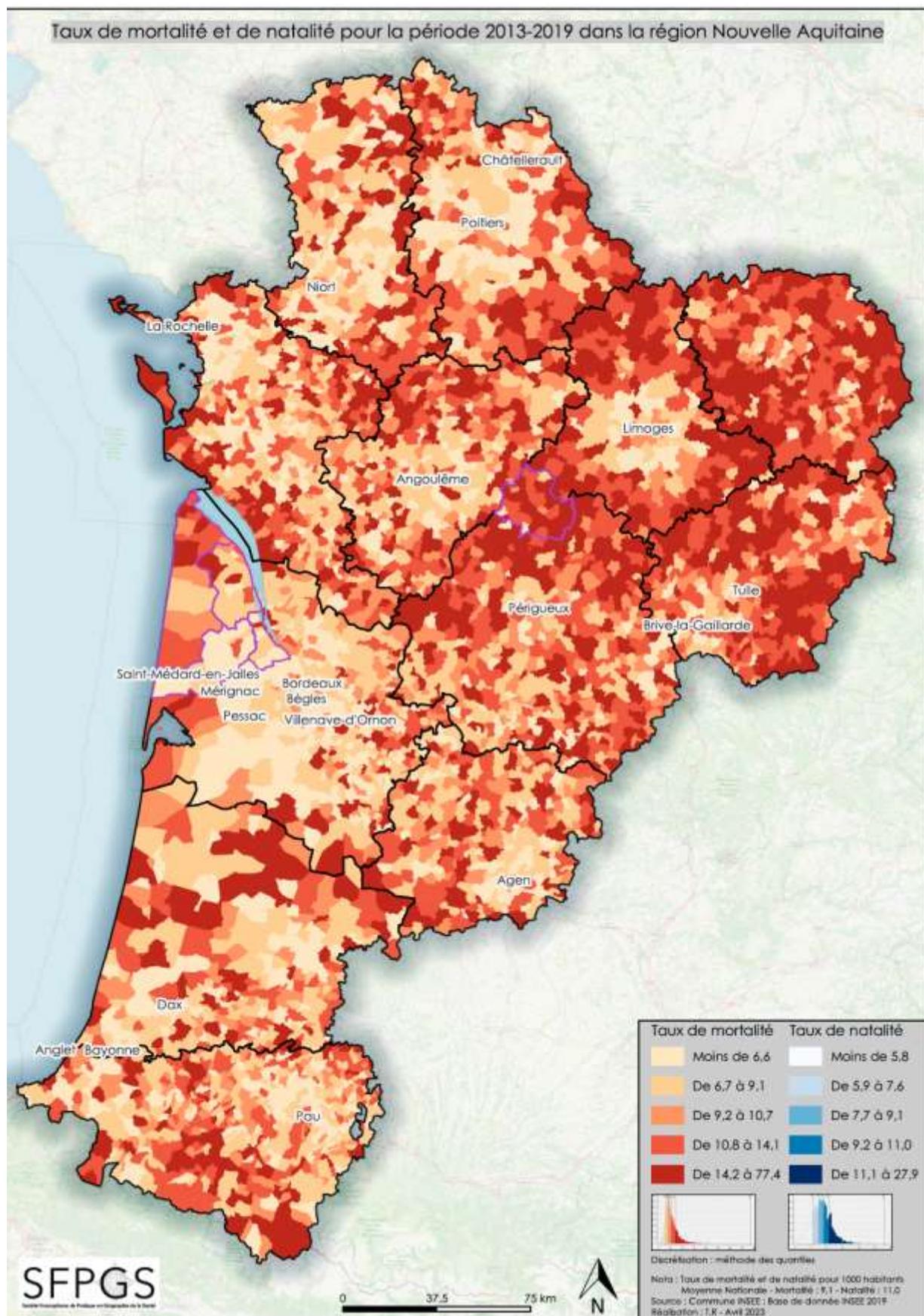
Revenu médian par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019



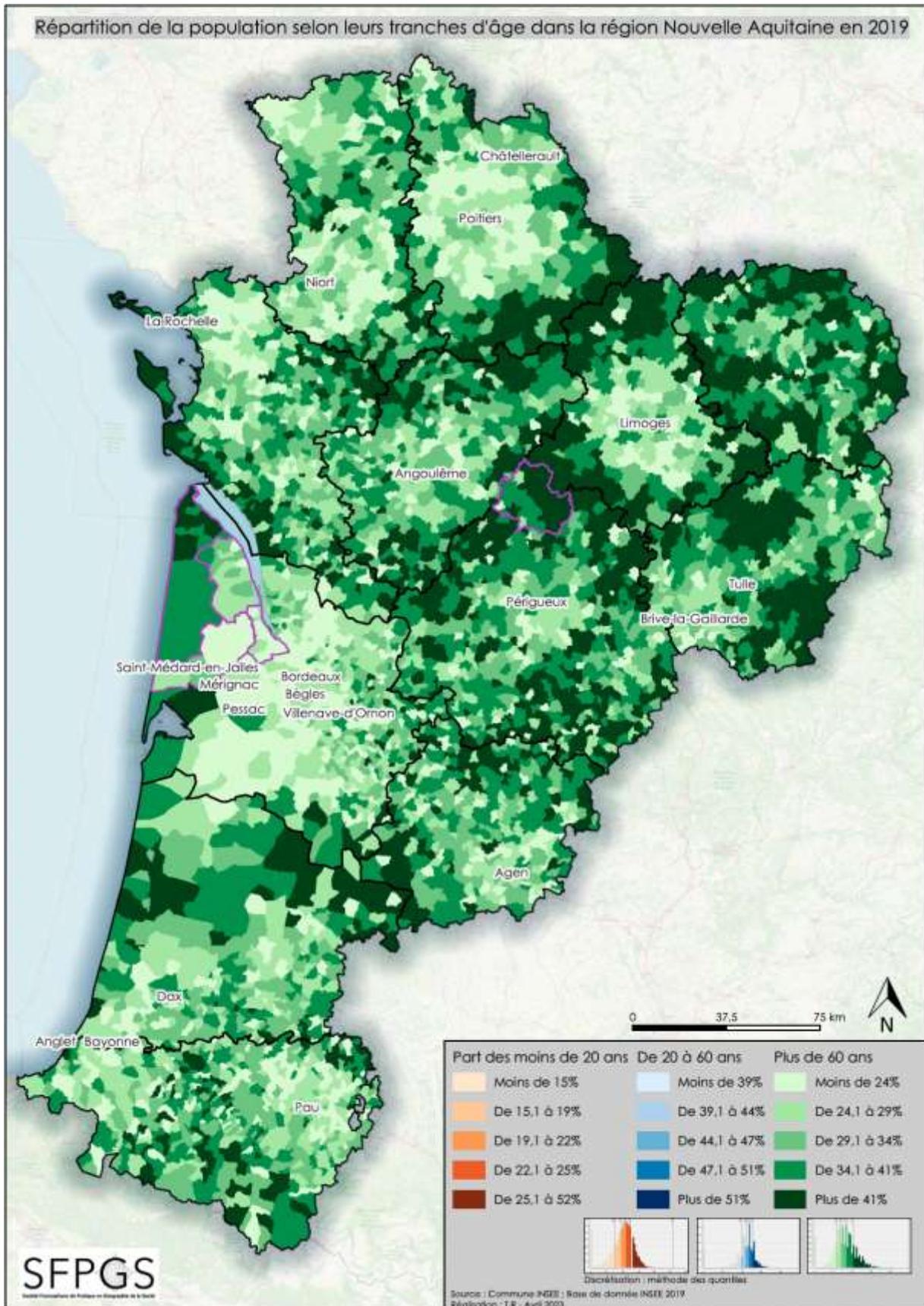
Taux de natalité par commune en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2013-2019



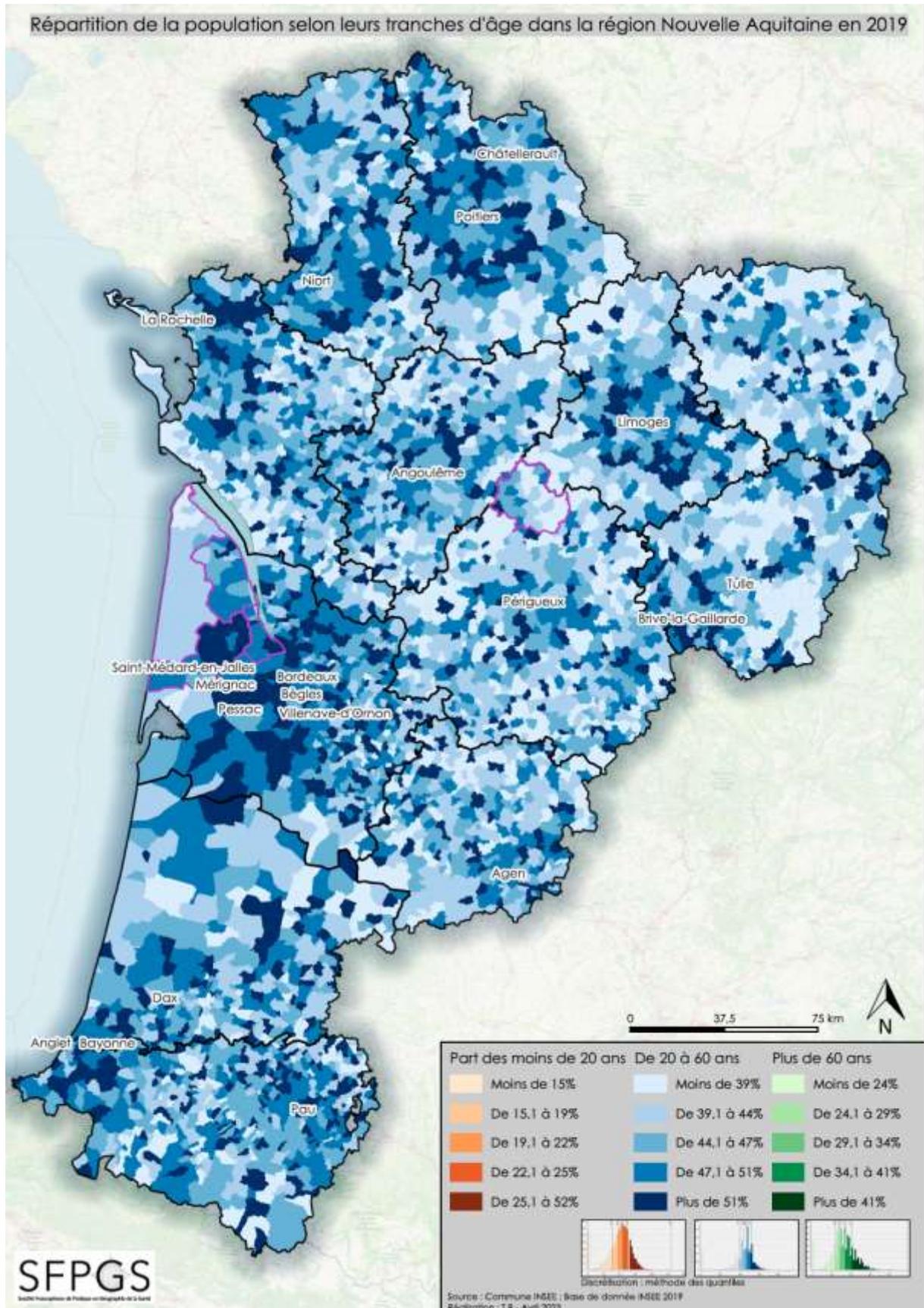
Taux de mortalité par commune en Nouvelle-Aquitaine sur la période 2013-2019



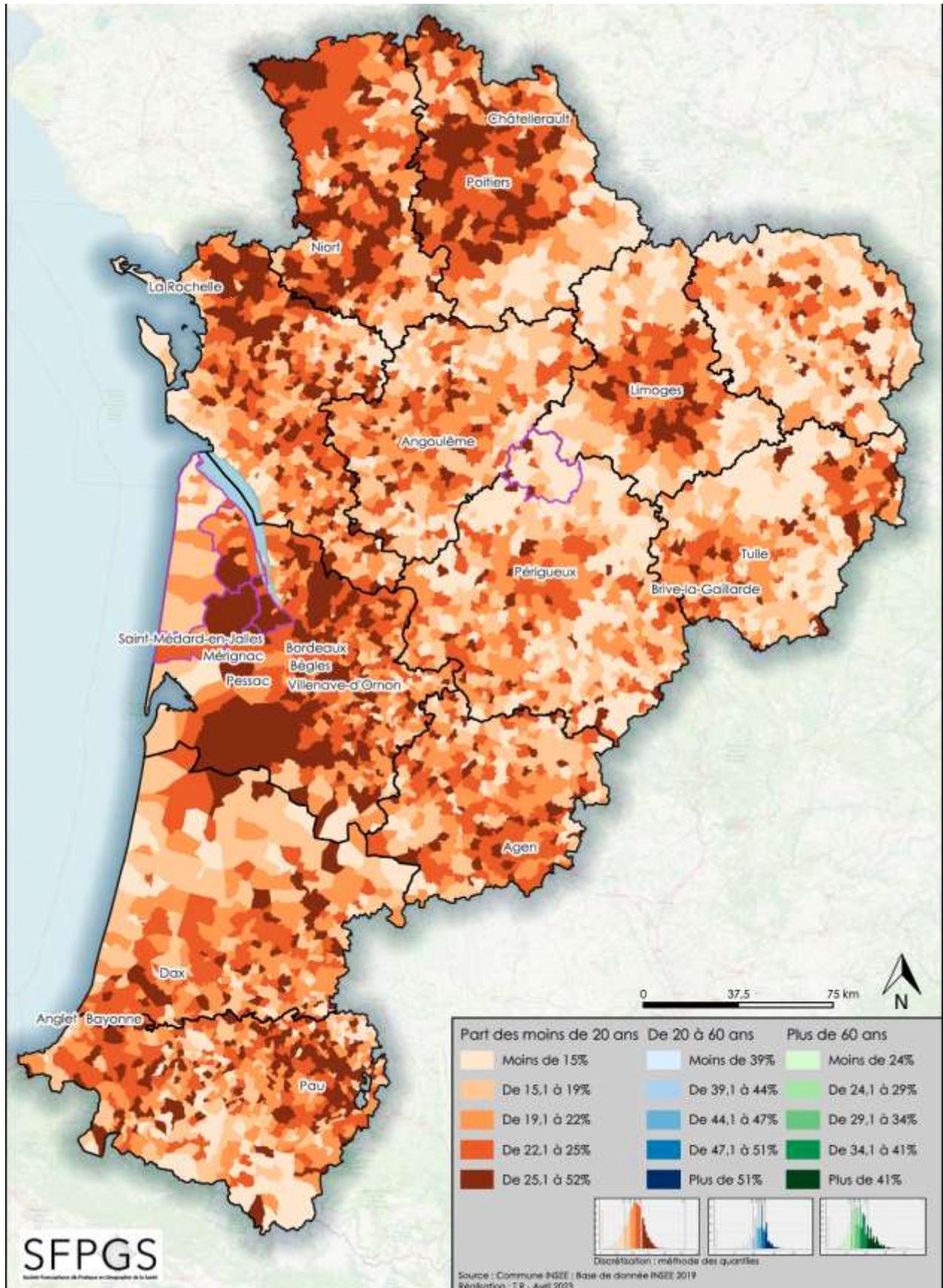
Part des + 60 ans par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019



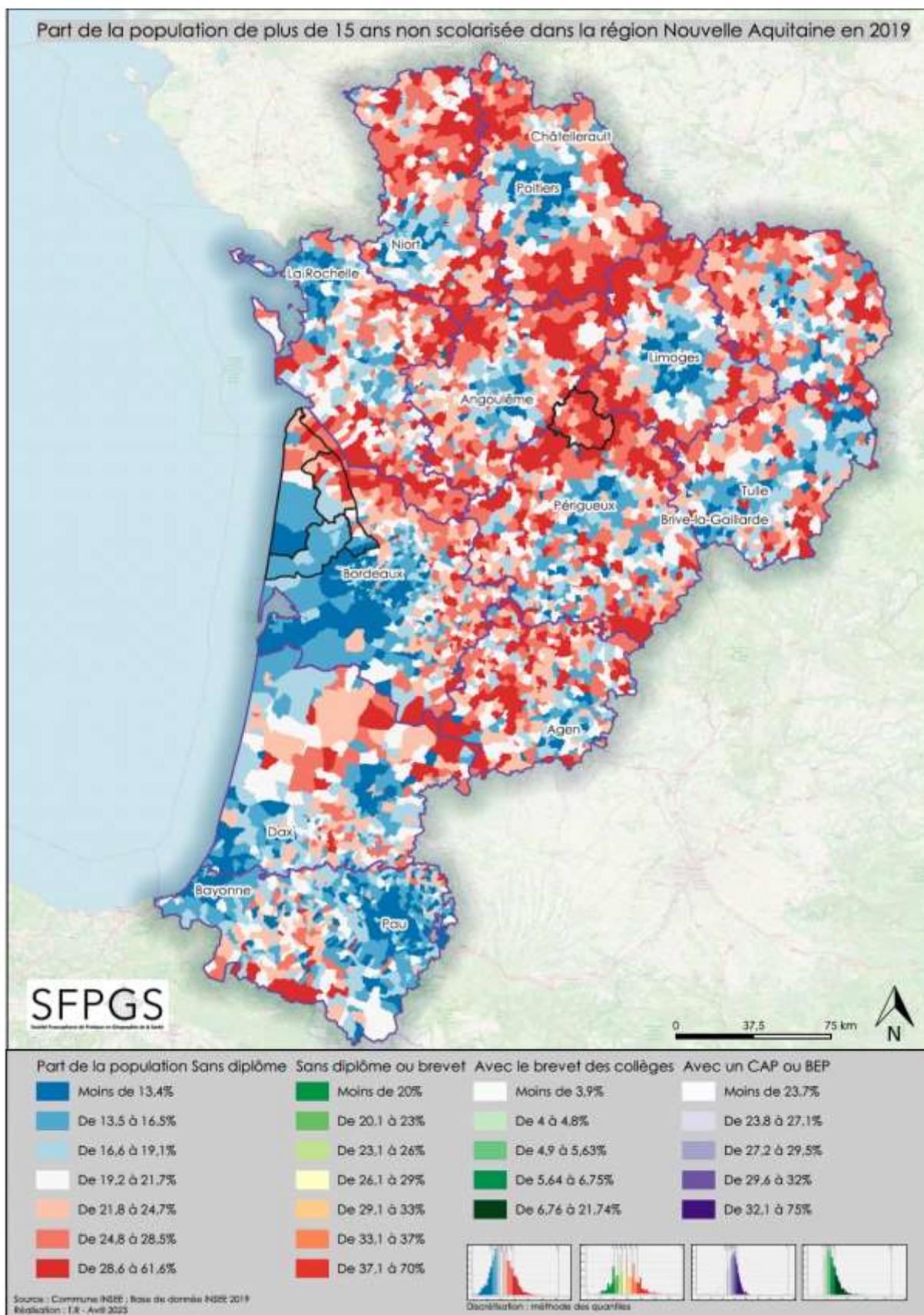
Part des 20 / 60 ans par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019



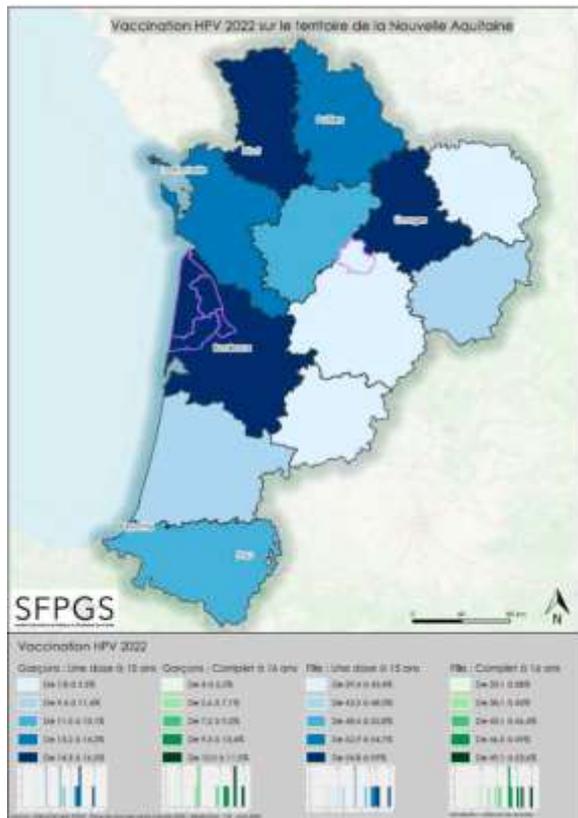
Part des – 20 ans par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019



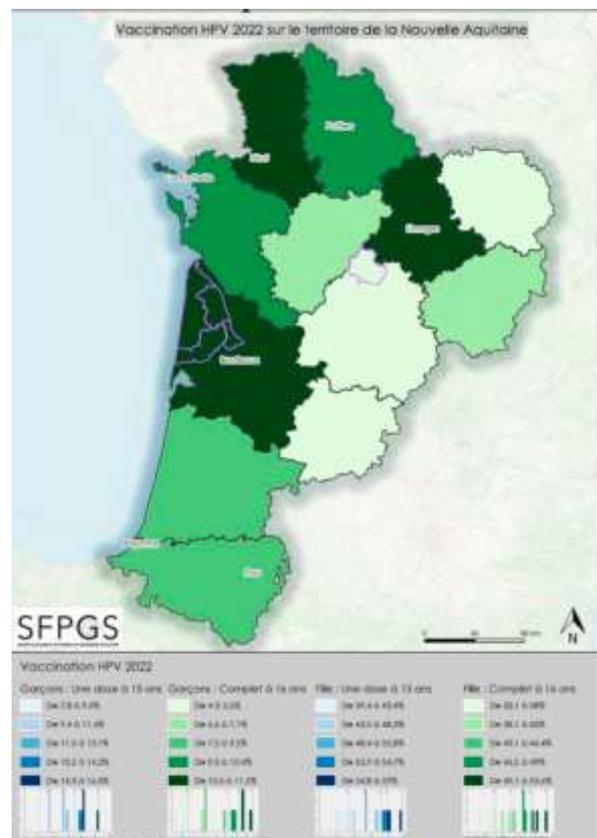
Part de la population de +15 ans déscolarisée et sans diplôme par commune en Nouvelle-Aquitaine en 2019



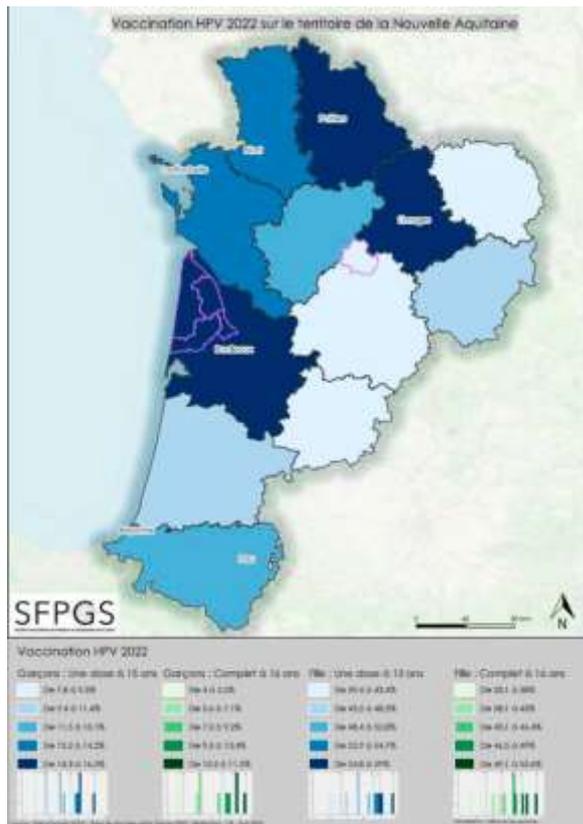
Couverture vaccinale HPV filles 1dose à 15 ans en 2022



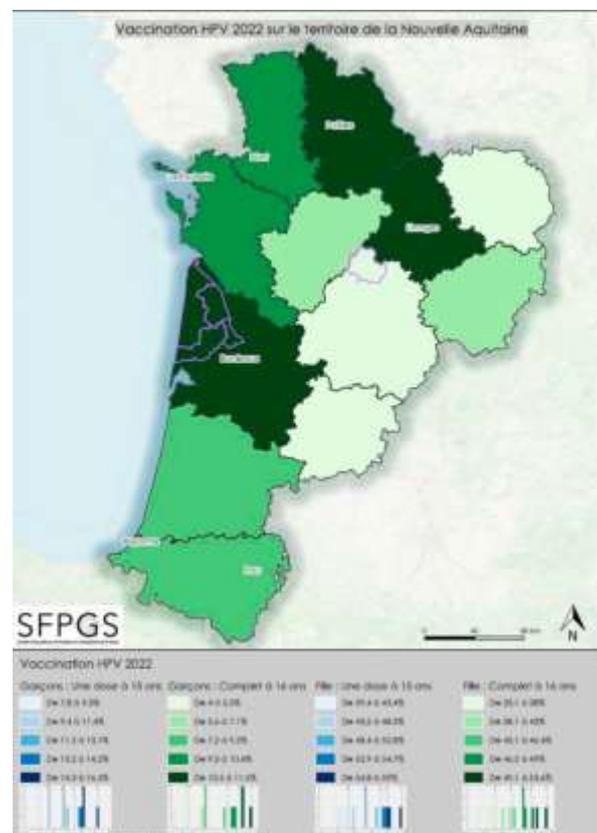
Couverture vaccinale HPV filles schéma complet à 16 ans en 2022



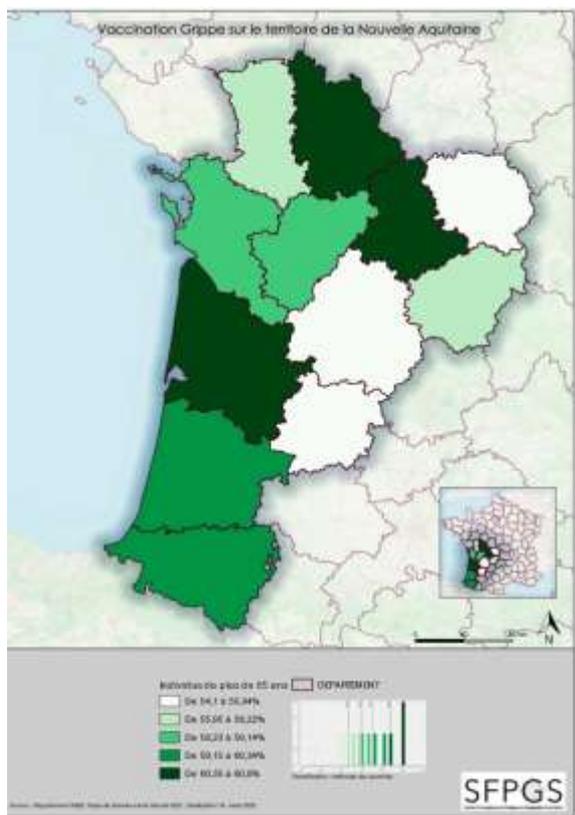
Couverture vaccinale HPV garçons 1 dose à 15 ans en 2022



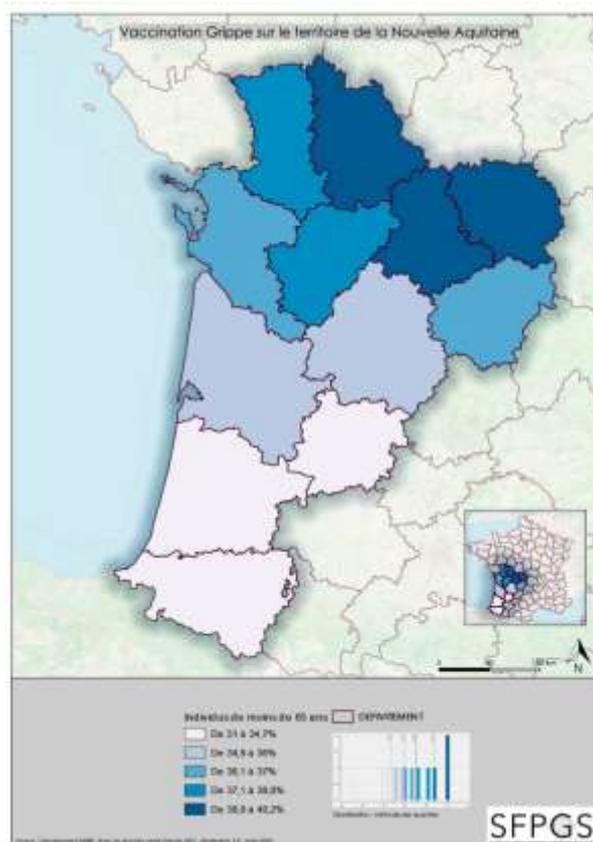
Couverture vaccinale HPV garçons schéma complet à 16 ans en 2022



Couverture vaccinale Grippe +65 ans en Nouvelle-Aquitaine en 2021

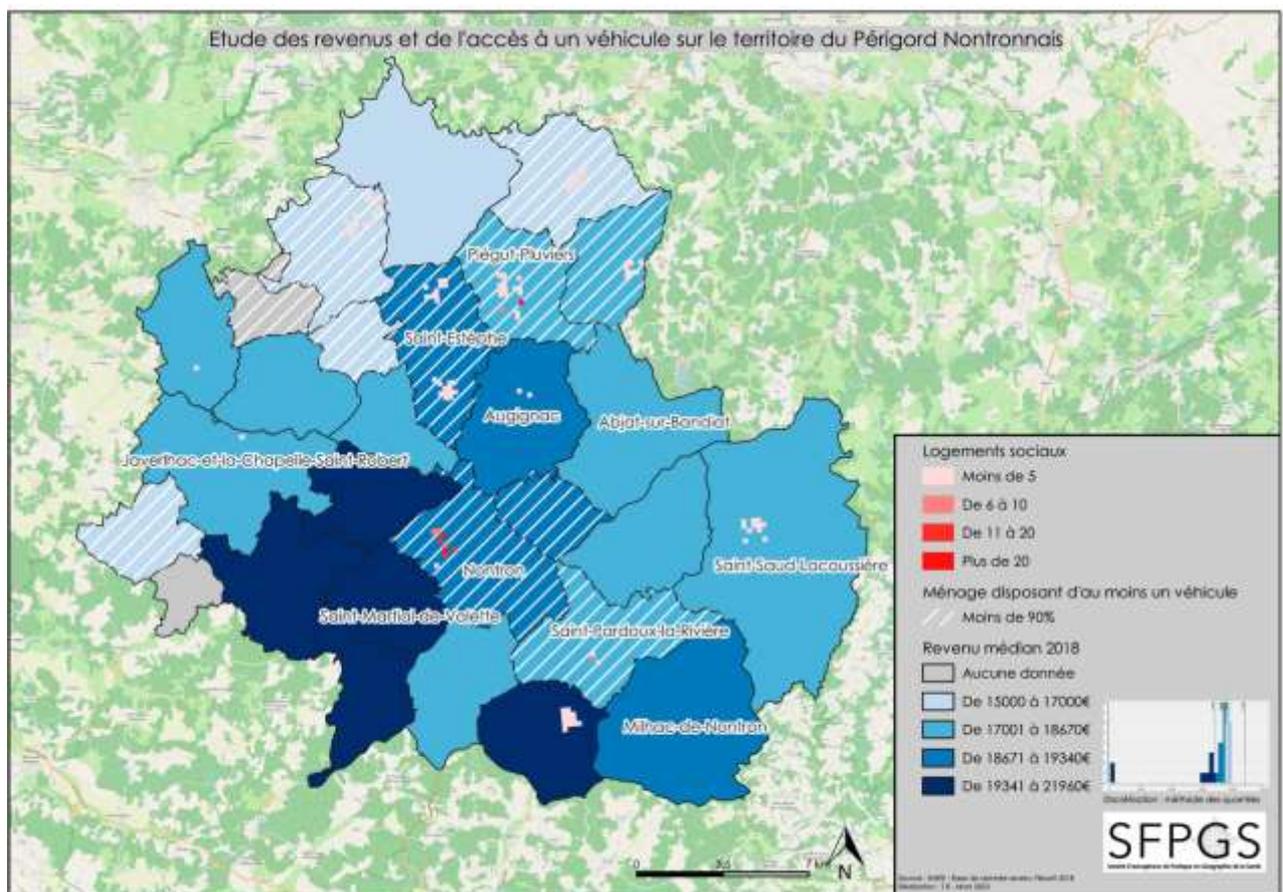


Couverture vaccinale Grippe population à risque 16 – 65 ans en N.A en 2021

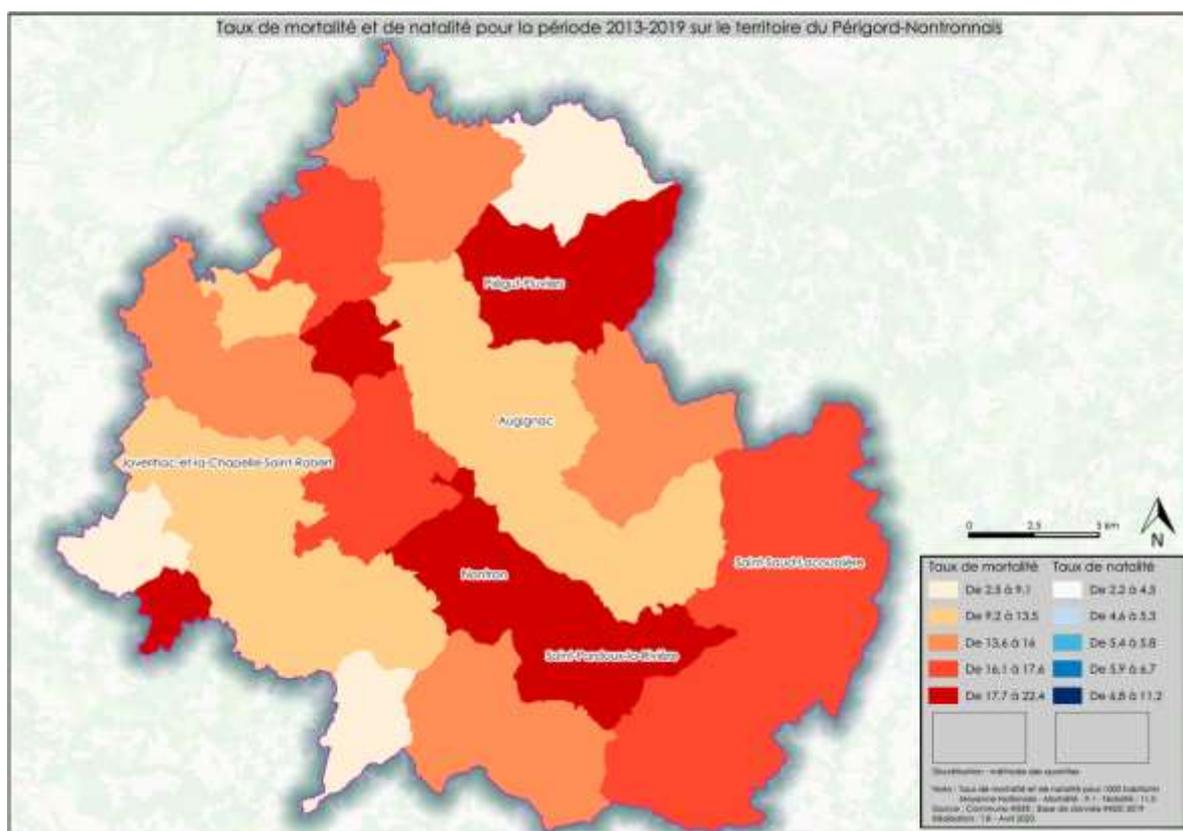


Cartes du Périgord Nontronnais

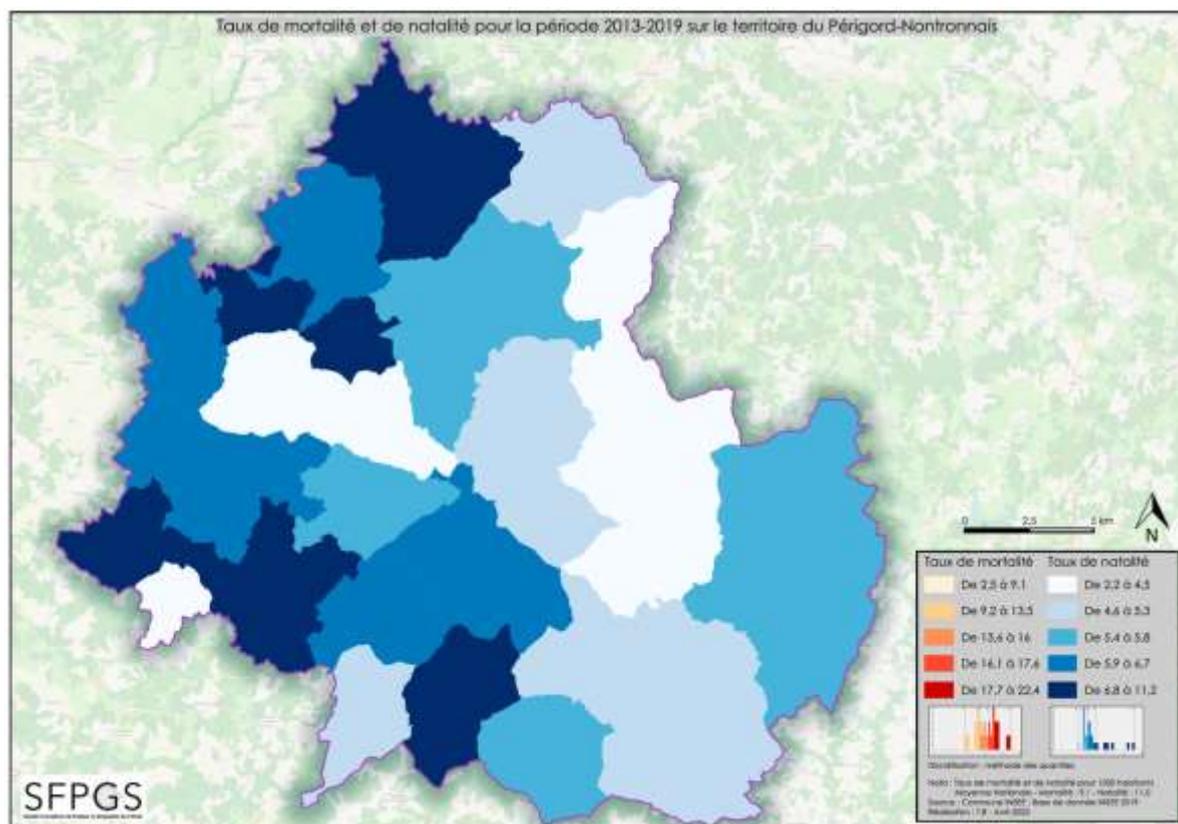
Revenu médian, logements sociaux, accès à un véhicule par commune en 2018



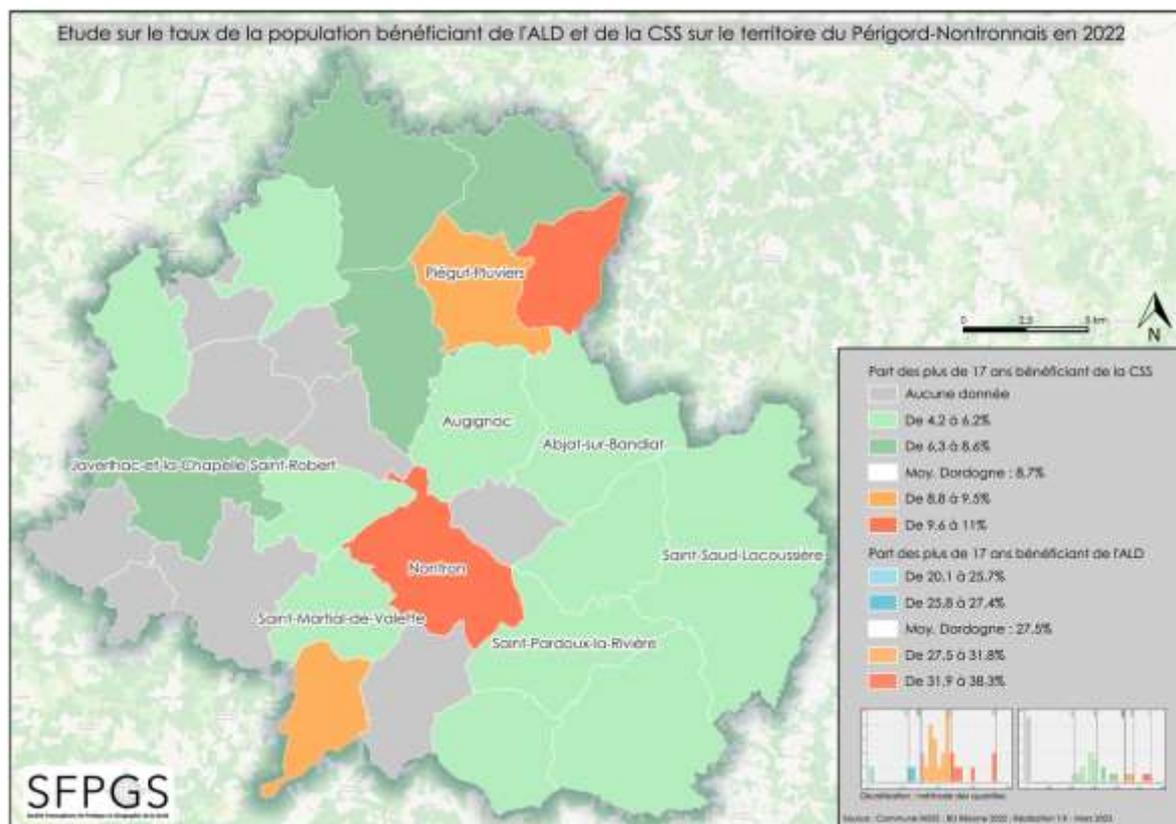
Taux de natalité par commune sur la période 2013-2019



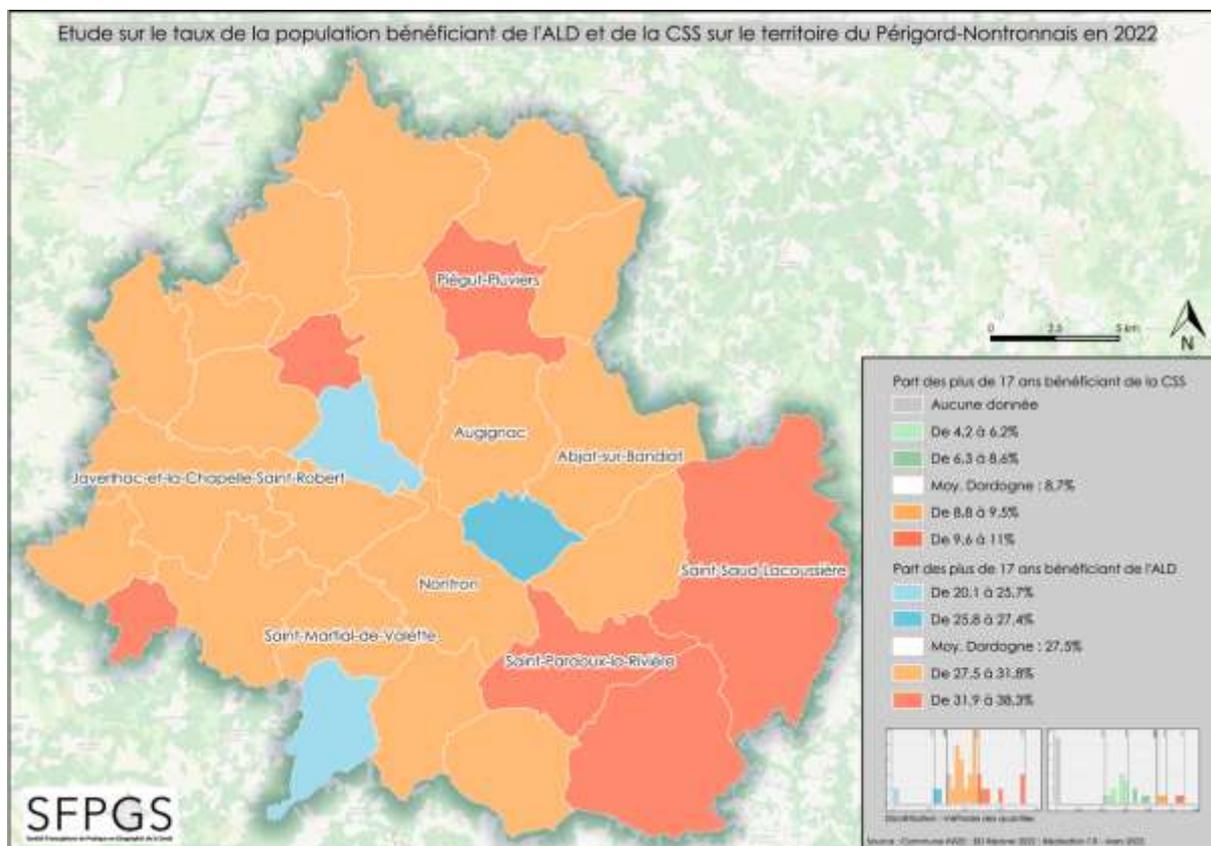
Taux de mortalité par commune sur la période 2013-2019



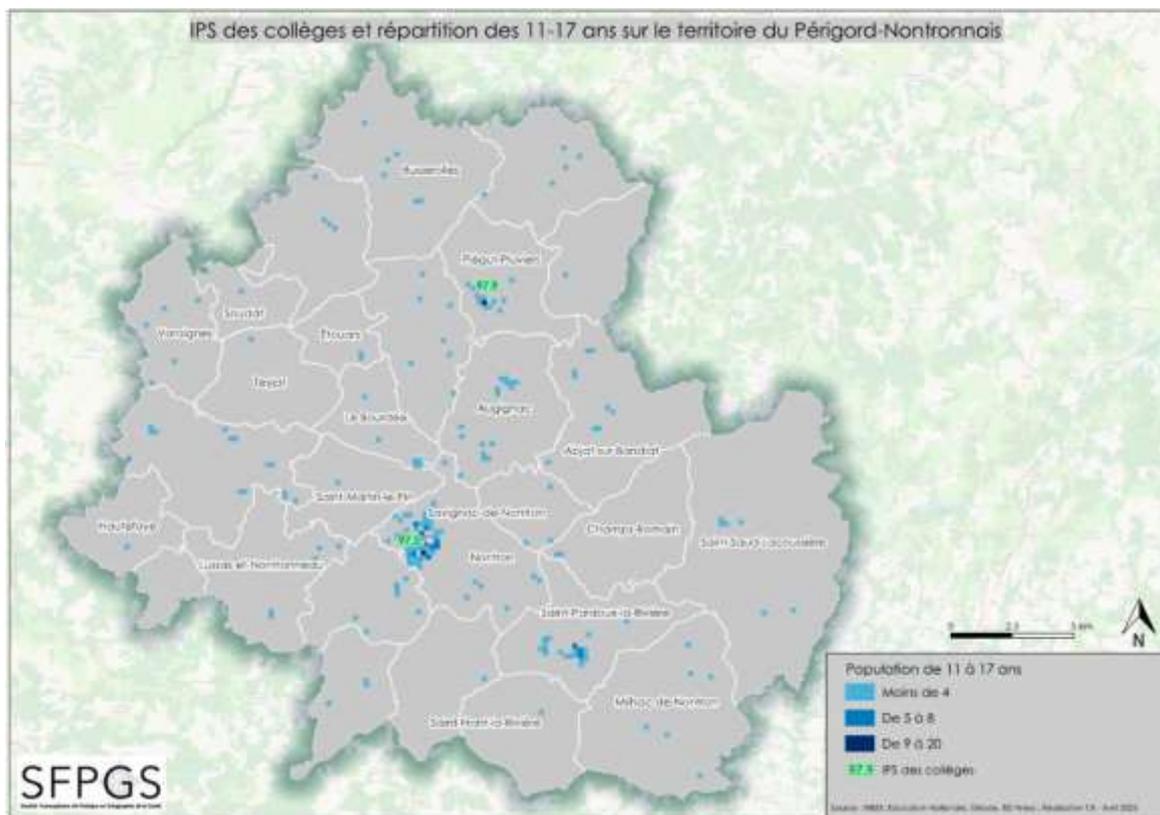
Population bénéficiant de la CSS par commune en 2022



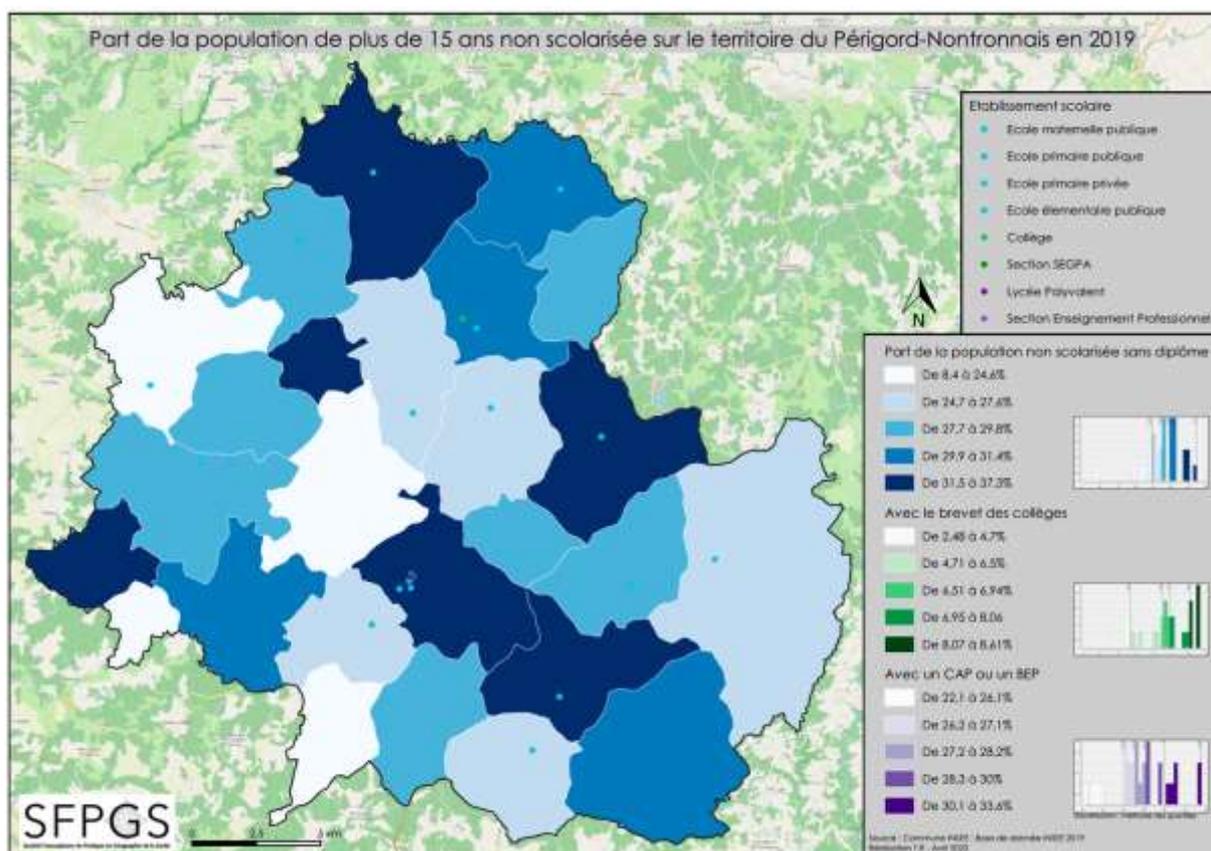
Population bénéficiant de l'ALD par commune en 2022



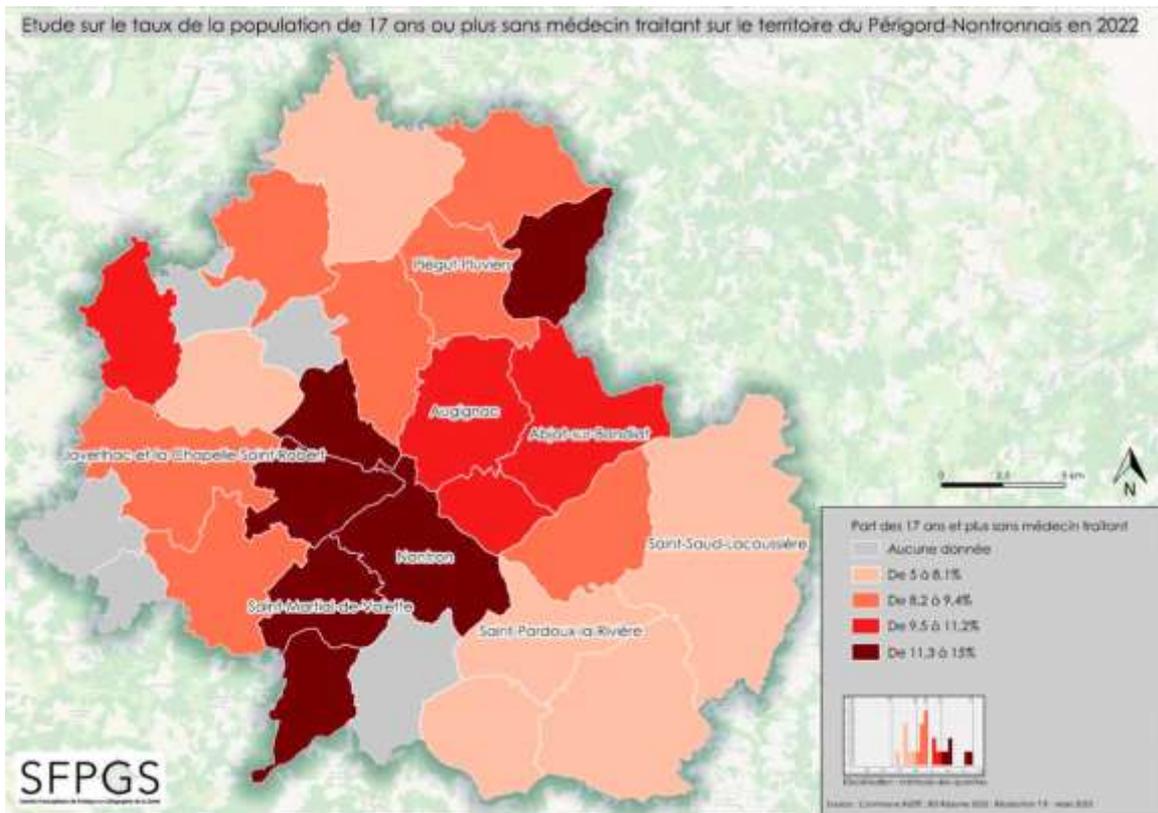
C



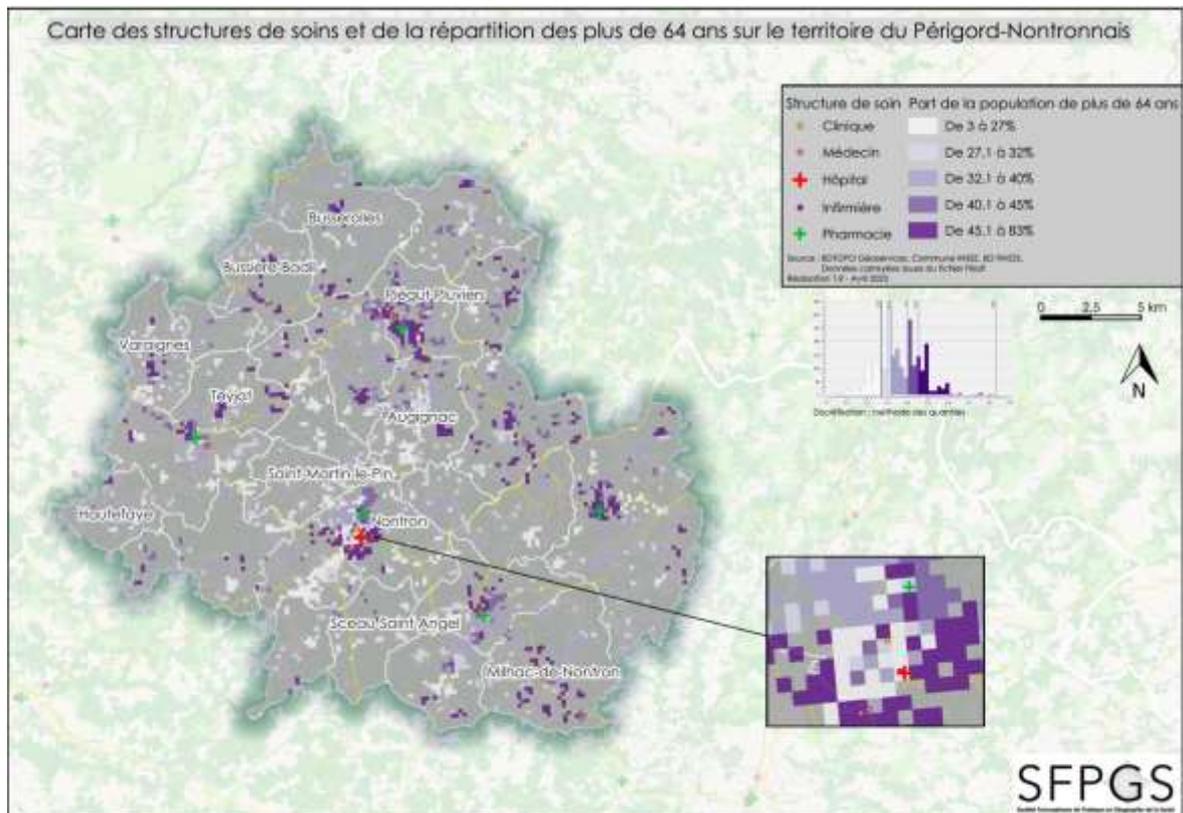
Part de la population +15 ans déscolarisée et sans diplôme par commune en 2019



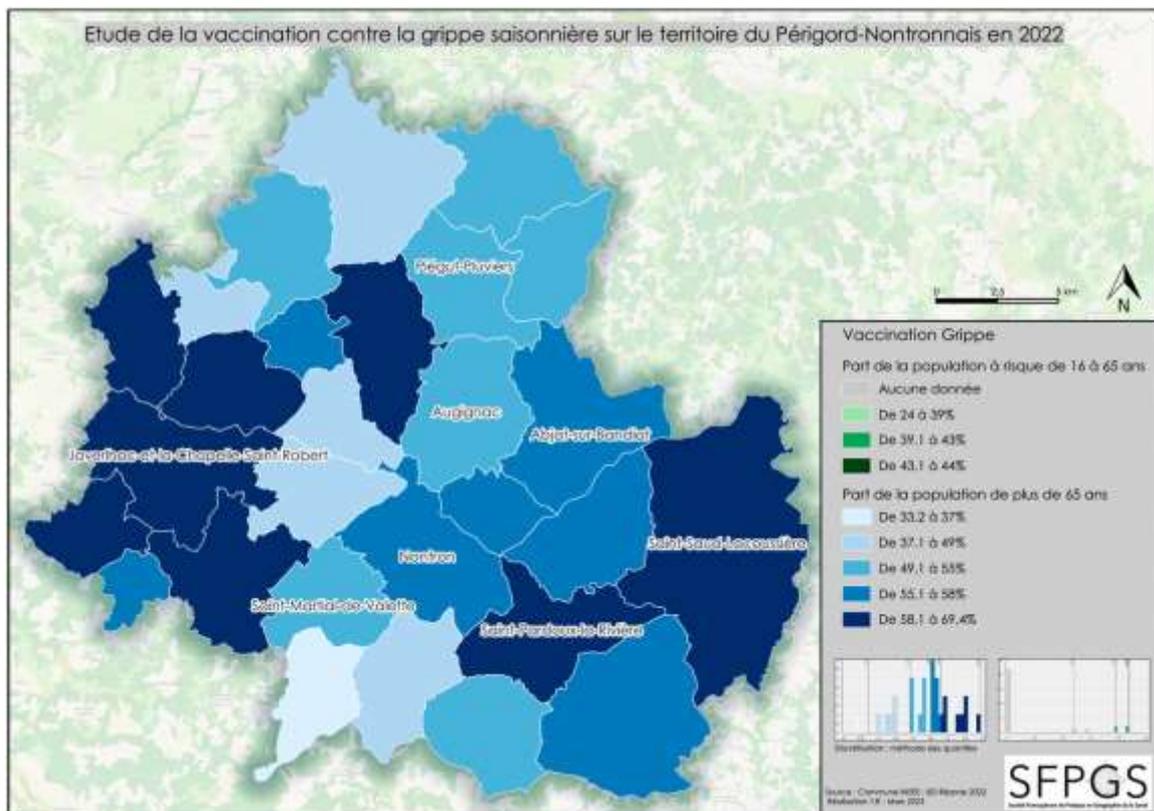
Population de +17 ans sans médecin traitant par commune en 2022



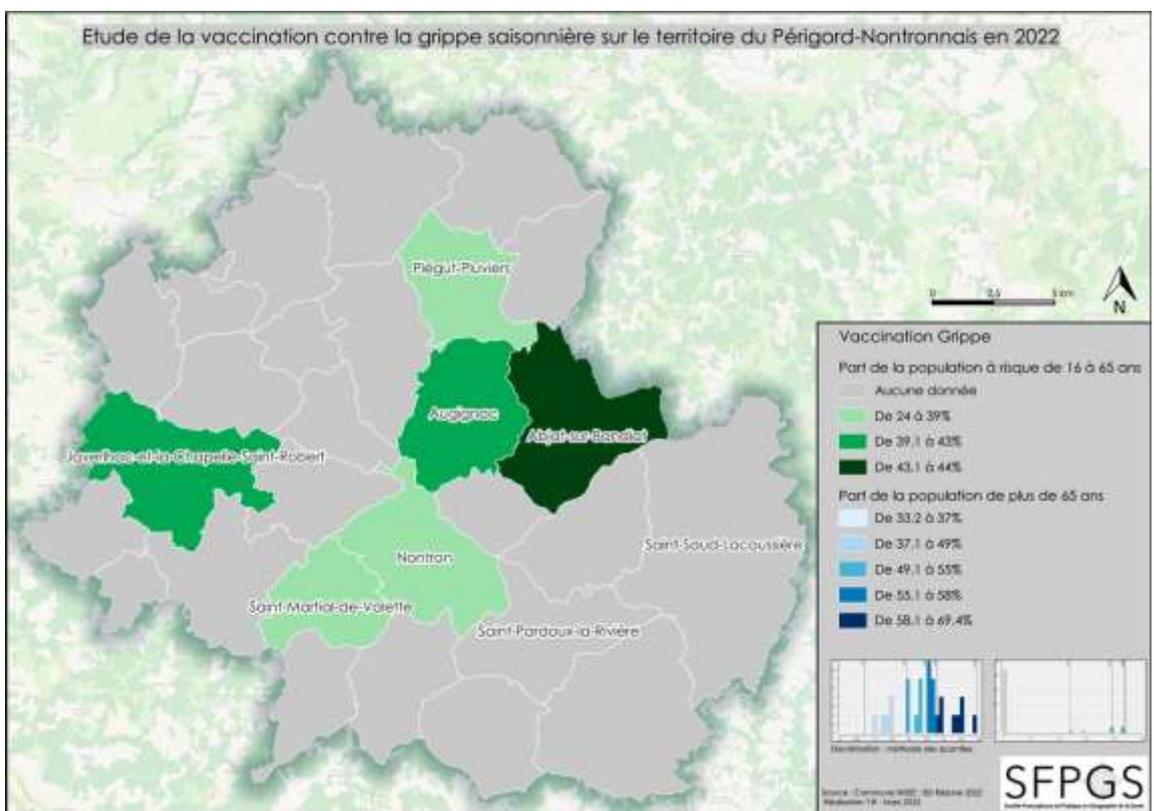
Structures de soins et répartition des + 64 ans au carreau en 2022



Couverture vaccinale Grippe +65 ans en 2022

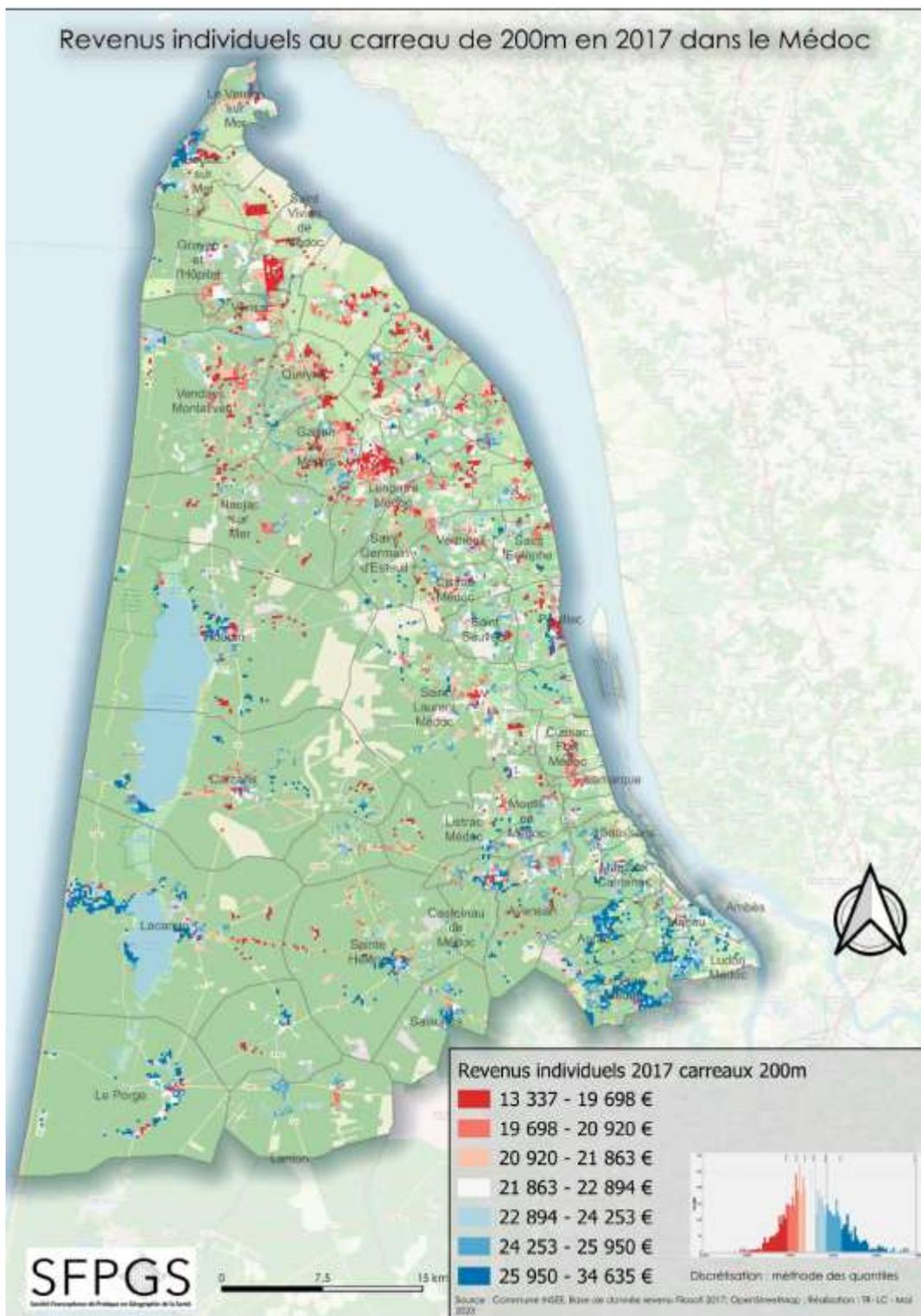


Couverture vaccinale Grippe population à risque 16 – 65ans en 2022



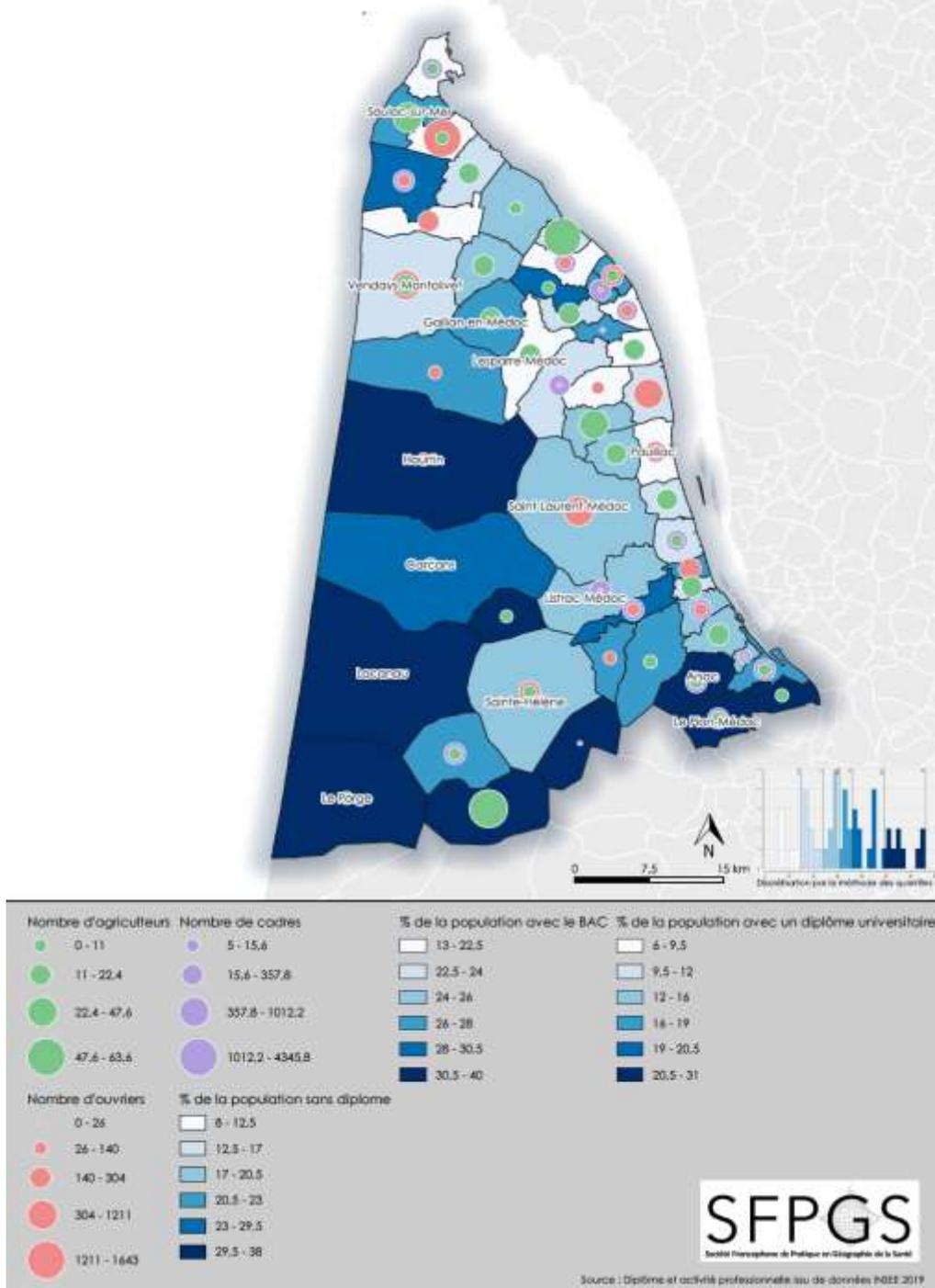
Cartes du Médoc

Revenus individuels au carreau de 200 mètres en 2017

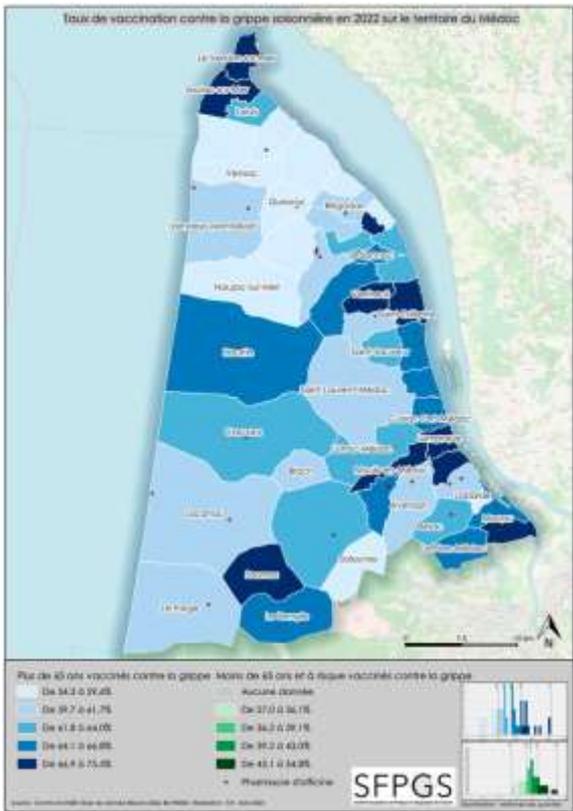


Répartition de la population sans diplôme selon l'emploi actuel en 2019

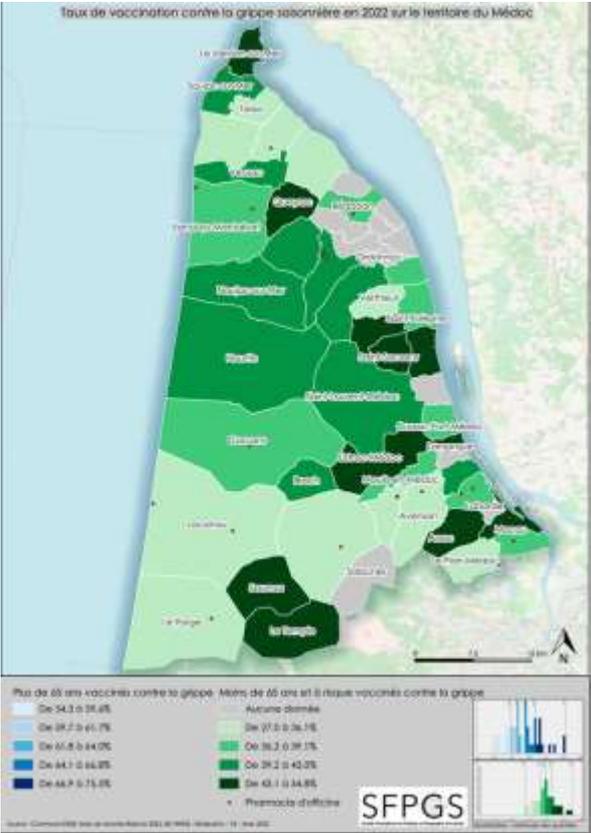
Répartition de la population selon le niveau d'étude et l'emploi actuel



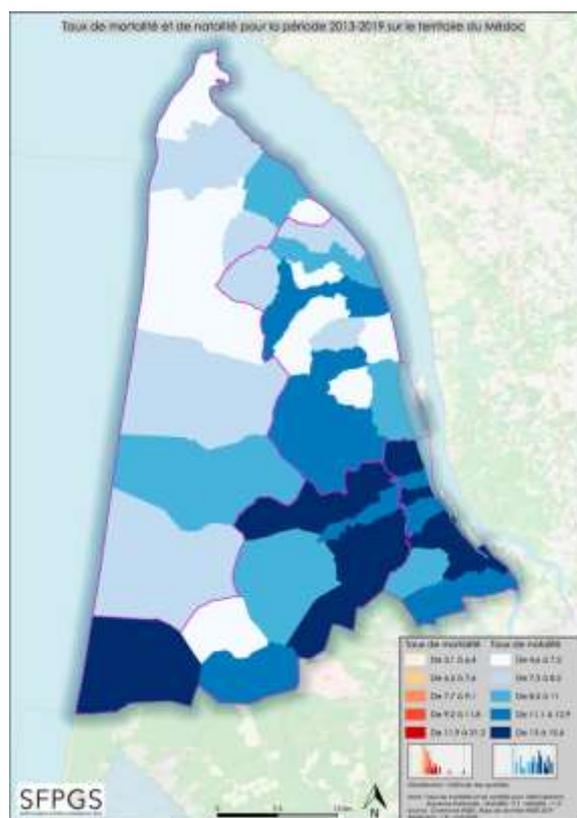
Couverture vaccinale Grippe +65 ans en 2022



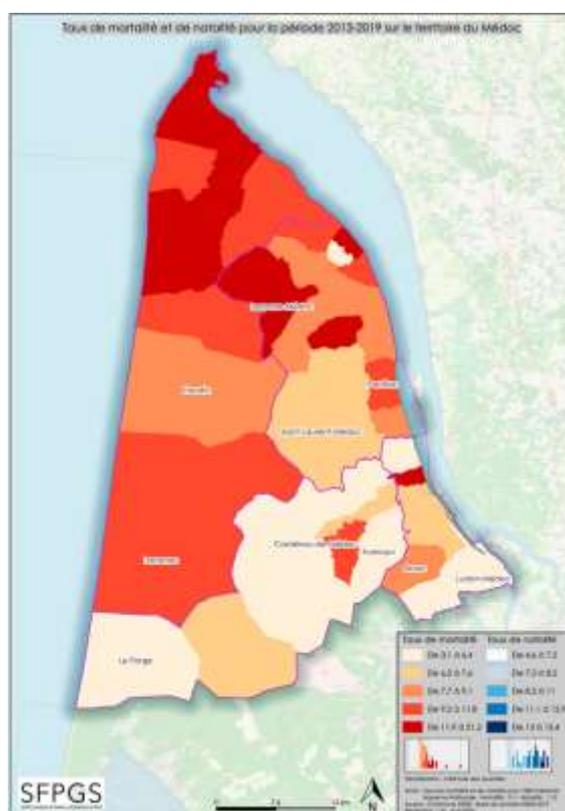
Couverture vaccinale Grippe population à risque 16 – 65 ans en 2022



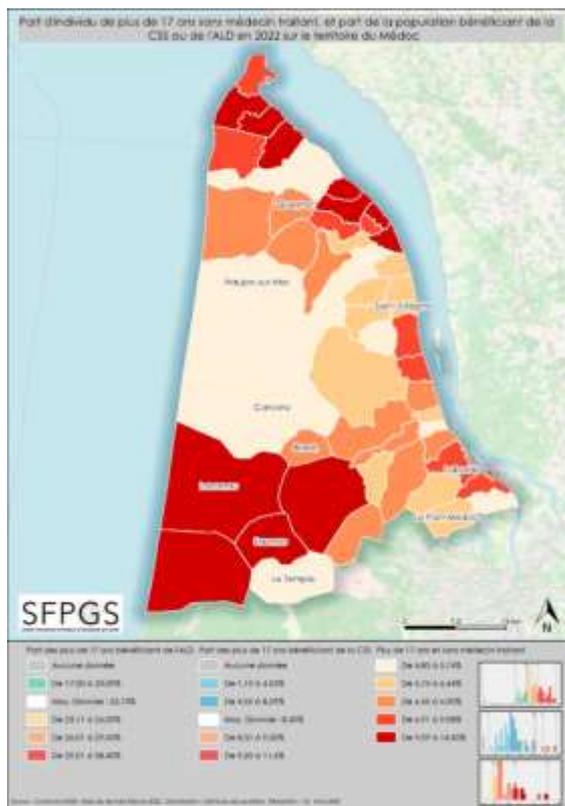
Taux de natalité par commune sur la période 2013-2019



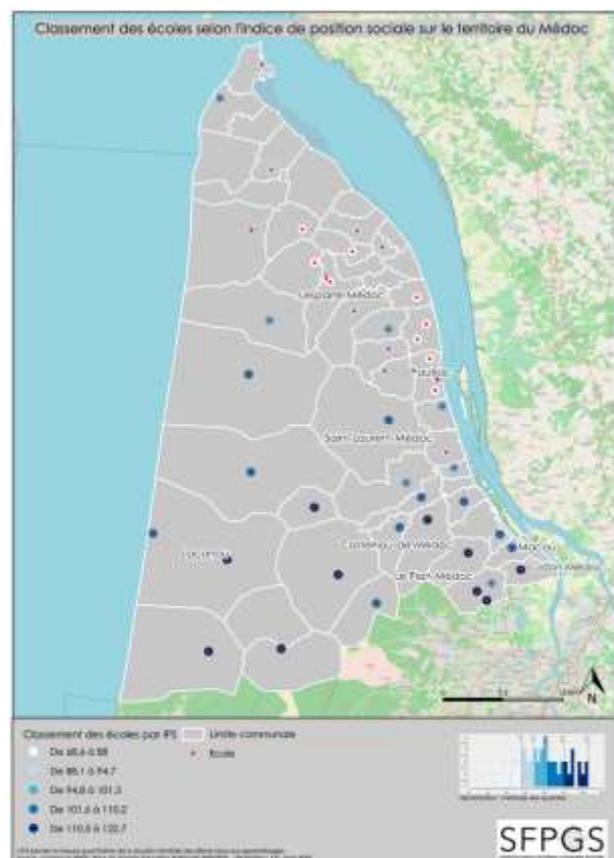
Taux de mortalité par commune sur la période 2013-2019



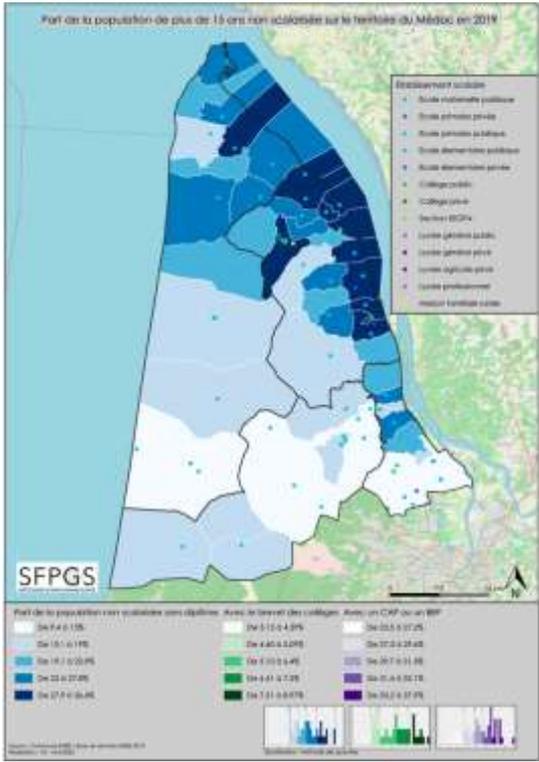
Population de +17 ans sans médecin traitant par commune en 2022



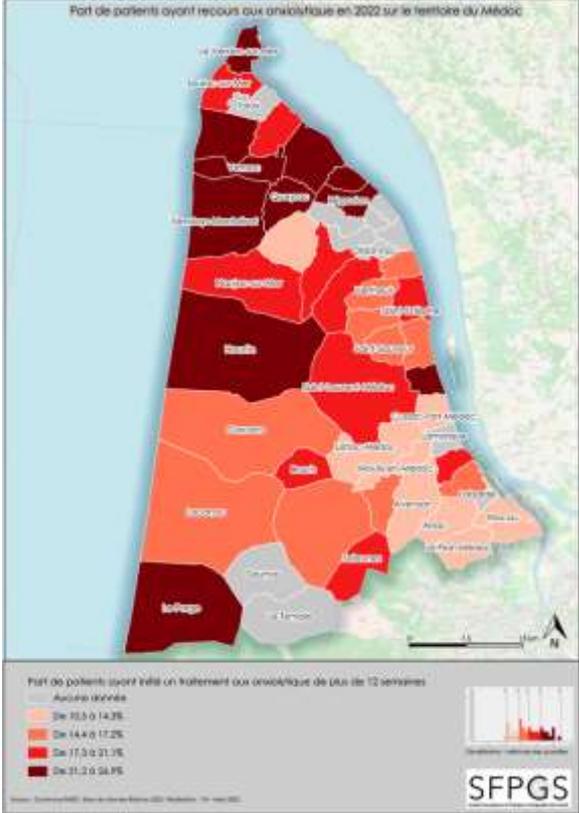
Localisation et IPS des écoles en 2021



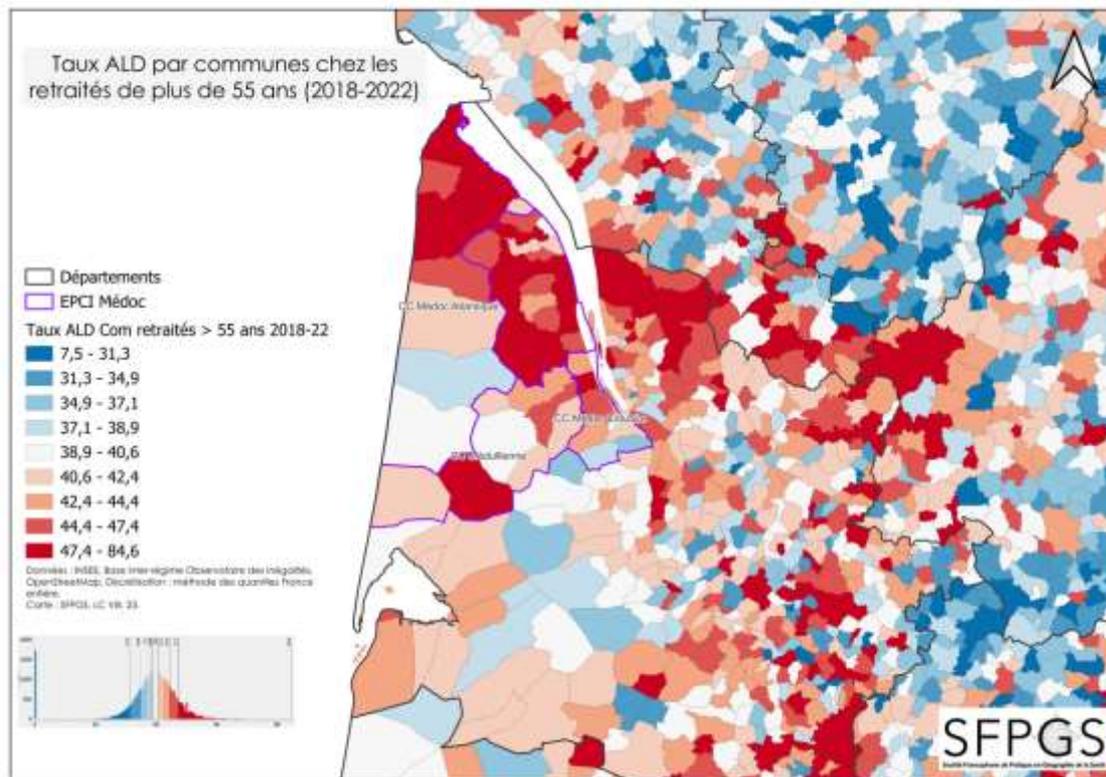
Part de la population de +15 ans sans diplôme par commune en 2022



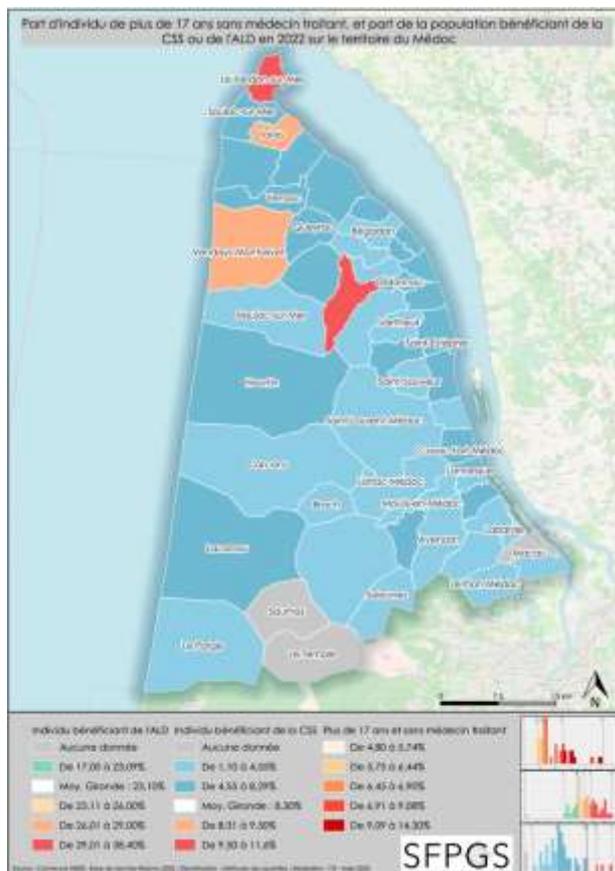
Part des patients ayant recours aux anxiolytiques par commune en 2022



Taux d'ALD par commune chez les retraités de + 55 ans pour la période 2018-2022

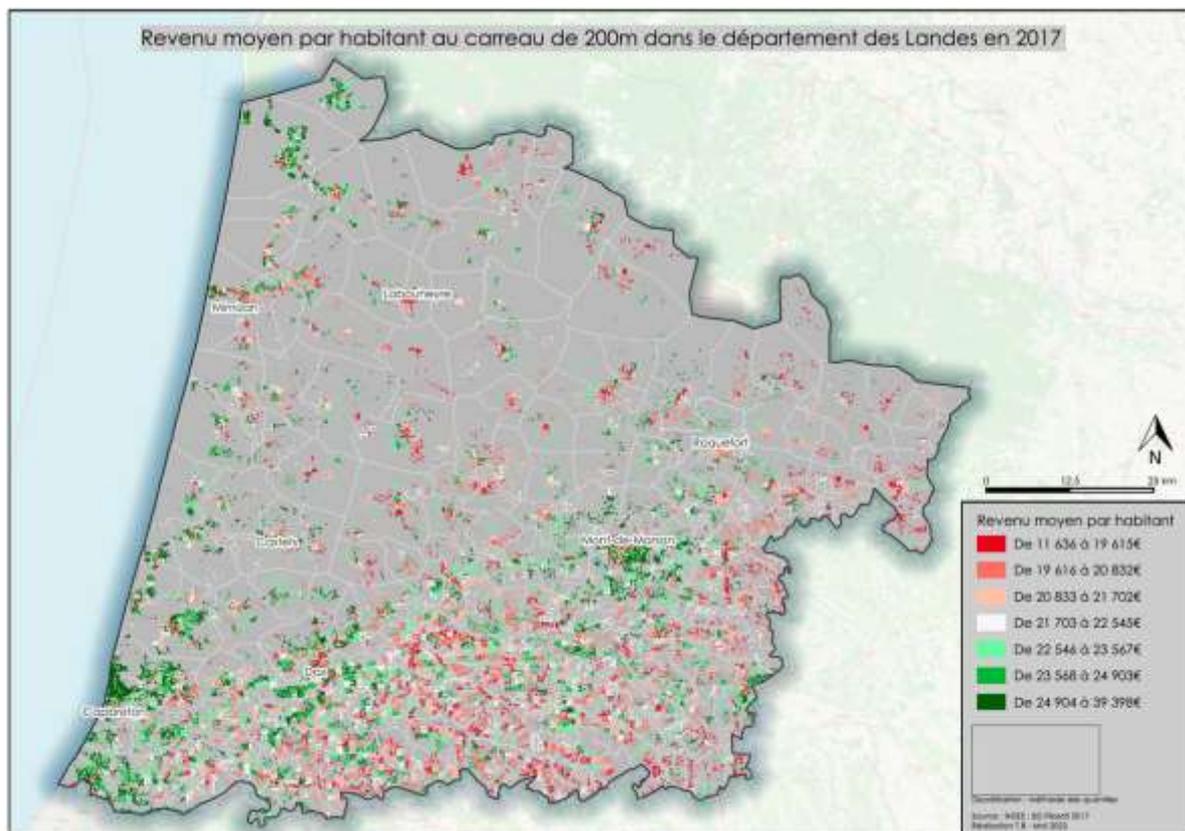


Part des + 17 ans bénéficiant de la CSS par commune en 2022

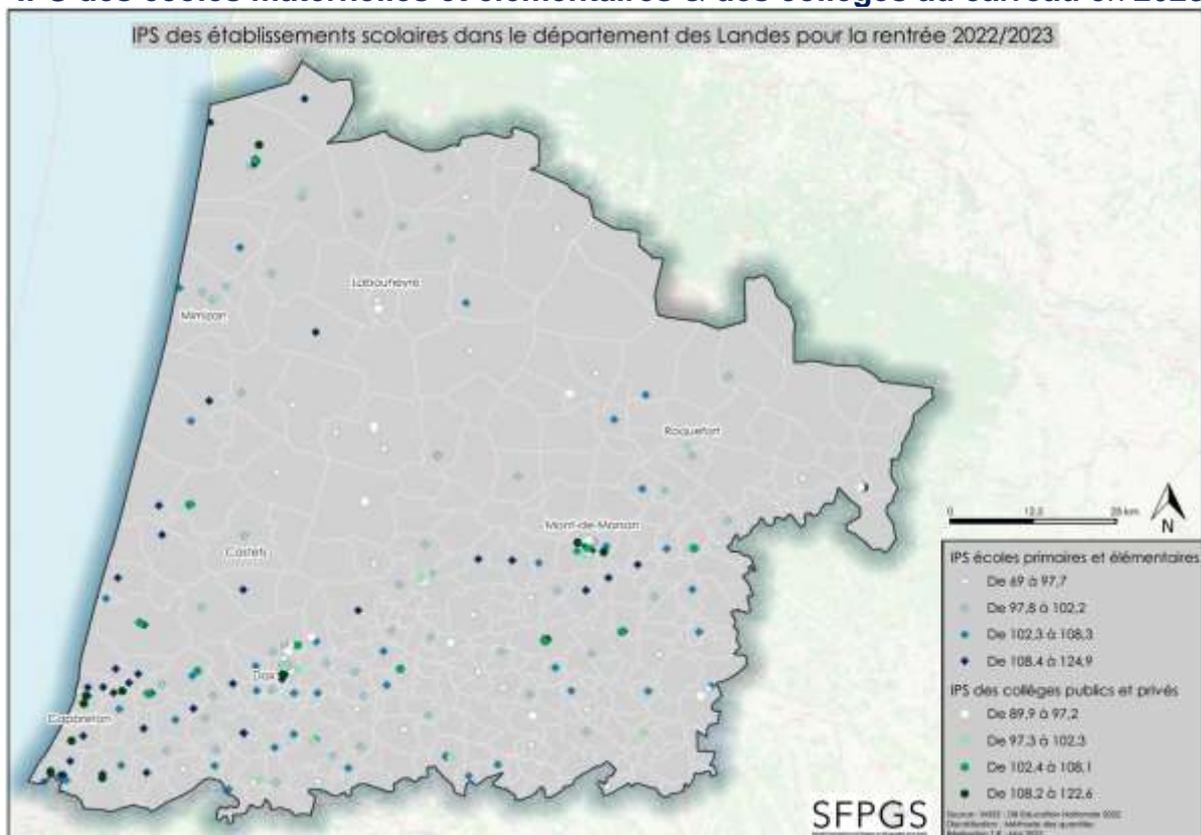


Cartes des Landes

Revenu moyen par habitant au carreau en 2017

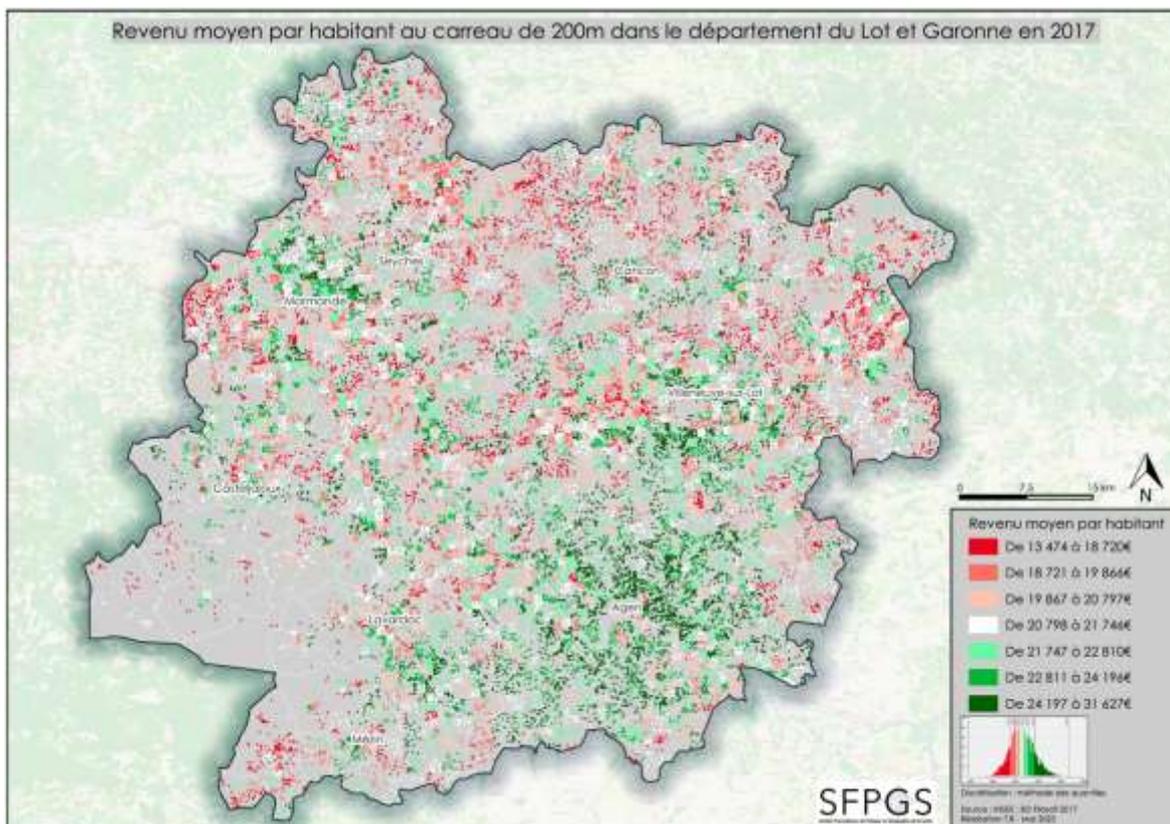


IPS des écoles maternelles et élémentaires & des collèges au carreau en 2023



Cartes du Lot-et-Garonne

Revenu moyen par habitant au carreau en 2017



IPS des écoles maternelles et élémentaires & des collèges au carreau en 2023

