

Diagnostic territorial participatif en santé

Prévention en Santé des Aînés à Lys-Haut-Layon

Mars 2026

Table des matières

Introduction.....	4
1. Contexte et cadre du diagnostic.....	4
1.1. Le vieillissement de la population en région Pays de la Loire : enjeux de santé et de prévention	4
1.2. Présentation du projet PréSA	5
1.3. Objectifs du diagnostic territorial participatif.....	8
1.4. Périmètre du diagnostic (public, territoire, thématiques)	8
2. Méthodologie du diagnostic.....	9
2.1. Démarche générale et principes d'intervention	9
2.2. Sources et outils mobilisés	10
2.3. Acteurs associés à la démarche	13
2.4. Limites et précautions méthodologiques.....	13
Portrait territorial des aînés à Lys-Haut-Layon	14
1. Données démographiques et dynamiques de vieillissement	14
1.1. Vieillir sur place : attachement au territoire et fragilités associées.....	14
1.2. Positionnement de Lys-Haut-Layon au regard des territoires de comparaison.....	15
1.3. Gérontocroissance et évolution de la pyramide des âges.....	15
2. Caractéristiques sociales des personnes âgées.....	16
2.1. Situations de vie et conditions de logement	16
2.2. Précarité financière et déterminants socio-économiques de la santé.....	16
2.3. Parcours professionnels, niveau de diplôme et inégalités de santé	17
2.4. Données territoriales sur l'isolement.....	18
3. État de santé des aînés et facteurs de risque	20
3.1. Indicateurs de santé disponibles et limites d'analyse	20
3.2. Problématiques de santé liées à l'avancée en âge.....	20
4. Offre existante en santé et en prévention	22
4.1. Offre sanitaire et médico-sociale du territoire	22
4.2. Actions de prévention santé sur le territoire de Lys-Haut-Layon.....	23
4.3. Une inscription dans un environnement interterritorial plus large	26
Analyse des besoins de prévention en santé	28
1. Besoins identifiés par les personnes âgées.....	28
1.1. Nutrition et alimentation	28
1.2. Activité physique, mobilité et prévention des chutes.....	30
1.3. Bien-être psychologique et moral.....	31
1.4. Santé cognitive.....	33

1.5.	Vue et audition	34
1.6.	Isolement et lien social.....	35
2.	Constats et analyses des acteurs du territoire	37
2.1.	Un territoire dynamique mais confronté à des fragilités	37
2.2.	Profil des acteurs interrogés dans le cadre du questionnaire	37
2.3.	Problématiques principales identifiées	38
2.4.	Facteurs d'accès difficiles aux soins et droits.....	39
2.5.	Publics les plus concernés par les difficultés de prévention.....	39
2.6.	Besoins collectifs prioritaires.....	40
2.7.	Facteurs facilitant l'intervention	40
3.	Forces, fragilités et leviers du territoire.....	42
3.1.	Atouts et ressources locales	42
3.2.	Freins et manques identifiés	43
	Enjeux et perspectives pour Lys-Haut-Layon.....	44
	Annexes.....	45
	Annexe n°1 : Qui sont les acteurs de proximité ?	45
	Annexe n°2 : Les actions de prévention à Lys Haut Layon.....	46
	Annexe n° 3 : Liste des acteurs et structures rencontrés	47
	Annexe n°4 : Grille d'entretien habitants	48
	Annexe n°5 : CR porteur de parole 14 et 16 janvier 2026	50
	Annexe n°6 : Questionnaire à destination des acteurs	53
	Annexe n°7 : Bibliographie	60

Introduction

Le présent diagnostic s'inscrit dans le cadre du programme PréSA : Prévention en Santé des Aînés, porté par le Gérontopôle des Pays de la Loire et cofinancé par le Fonds Social Européen Plus (FSE+) et AG2R La Mondiale. Il vise à comprendre les besoins et les freins à la prévention en santé pour les habitants de 65 ans et plus sur le territoire de Lys Haut Layon, à mobiliser les acteurs locaux, à mettre en lumière les ressources en santé existantes (offre de soins, actions de prévention, initiatives associatives, dispositifs d'accompagnement, etc.), et à créer les conditions d'une dynamique collective durable.

Il s'appuie sur une approche territorialisée et participative, inscrite dans une dynamique de santé communautaire, croisant les données statistiques disponibles avec la parole des habitants et des acteurs locaux. Cette démarche vise à dépasser une lecture strictement sanitaire du vieillissement, en intégrant les déterminants sociaux, économiques et relationnels de la santé et en favorisant le pouvoir d'agir des personnes âgées et du territoire.

1. Contexte et cadre du diagnostic

Le présent projet s'inscrit dans un double contexte : d'une part, celui d'une gérontocroissance, c'est-à-dire d'une augmentation rapide et durable de la population âgée ligérienne, et d'autre part, celui d'une progression marquée des situations de précarité sociale et/ou économique parmi les personnes âgées, avec des impacts directs sur la santé, l'autonomie et la qualité de vie.

1.1. Le vieillissement de la population en région Pays de la Loire : enjeux de santé et de prévention

Le territoire des Pays de la Loire connaît un vieillissement marqué de sa population, qui se traduit par une augmentation continue de la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus. Selon les projections de l'Insee, cette tranche d'âge passera de 20,8 % en 2022 à 24,9 % en 2035, soit plus d'un million d'habitants. Cette évolution démographique n'est pas homogène sur le territoire :

- Les zones littorales de la Vendée et de la Loire-Atlantique attirent majoritairement des retraités aisés, disposant de revenus confortables et d'un réseau social souvent bien structuré.
- Les territoires ruraux du nord et de l'est de la Sarthe, de la Mayenne, de l'Anjou et du sud de la Vendée connaissent un vieillissement appauvri, avec une proportion croissante de personnes âgées isolées et en situation de précarité.
- Les grandes villes comme Nantes et Angers concentrent des seniors disposant de faibles ressources sociales ou familiales, souvent exposés à l'isolement social et aux difficultés d'accès aux soins.

Cette évolution démographique s'accompagne d'une progression continue de la pauvreté chez les personnes âgées. L'étude menée en 2022 par le Gérontopôle des Pays de la Loire¹ montre qu'entre 2013 et 2019, le nombre de Ligériens de plus de 60 ans en situation de pauvreté est passé de 57 800 à 72 700 et la proportion de cette tranche d'âge au sein de la population pauvre est passée de 13 % à 18 %. Ces constats sont confirmés par les données récentes issues de Cart'âge, l'outil de cartographie en ligne développé par le Gérontopôle.

Les données récentes de l'Insee² viennent compléter cette lecture en soulignant que, dans les Pays de la Loire, près d'un senior sur six est pauvre ou en situation de fragilité économique, en incluant les

¹ Gérontopôle Pays-de-la-Loire, *État des lieux et dynamiques des situations de pauvreté et précarité des personnes âgées dans la région Pays de la Loire, septembre 2022.*

² Insee Analyses Pays de la Loire • n° 143 • Septembre 2025

personnes situées dans le « halo de la pauvreté »³. L'étude met également en évidence une surreprésentation des femmes seules parmi les seniors pauvres, en lien avec des carrières professionnelles plus souvent discontinuées, des pensions de retraite plus faibles et la perte du conjoint.

Ces situations concernent particulièrement les territoires ruraux où la propriété du logement ne protège pas toujours des fragilités économiques (coûts d'entretien, de chauffage ou de rénovation).

De plus, l'Insee souligne un recours incomplet aux droits sociaux, notamment au minimum vieillesse (Aspa), dont une part importante des personnes éligibles ne bénéficie pas en raison du manque d'information, de la complexité des démarches ou d'un refus de l'assistance. Ces éléments constituent des facteurs aggravants de vulnérabilité et entraînent des répercussions directes sur la santé et le recours à la prévention.

Par ailleurs, les inégalités territoriales en matière de santé sont accentuées par :

- Une répartition inégale des professionnels de santé et des structures médico-sociales ;
- Des difficultés d'accès aux soins et à la prévention pour les publics précaires ;
- La progression des maladies chroniques et des situations de dépendance ;
- La montée de l'isolement social, notamment en milieu rural.

Ces éléments soulignent l'importance de développer une démarche de prévention en santé territorialisée et adaptée aux besoins locaux.

Dans ce cadre, les principes de santé communautaire associés aux actions de prévention en santé visent à répondre à un double défi :

- 1) Améliorer l'accès des habitants de 65 ans et plus, notamment ceux en situation de précarité ou d'isolement, à la prévention et aux ressources locales favorables à la santé ;
- 2) Renforcer la capacité collective d'action en décroissant les pratiques et en favorisant les synergies entre acteurs (collectivités, professionnels, associations, habitants).

1.2. Présentation du projet PréSA

Dans ce contexte régional, la commune nouvelle de Lys Haut Layon a choisi de candidater au programme PréSA : Prévention en Santé des Aînés, porté par le Gérontopôle des Pays de la Loire.

Lys-Haut-Layon est une commune nouvelle du Maine-et-Loire créée en 2016 située au sud-ouest du département de Maine-et-Loire et intégrée à Cholet Agglomération (*carte 1*). Elle compte 9 communes déléguées (*carte 2*) : Les Cerqueux-sous-Passavant, la Fosse de Tigné, Nueil-sur-Layon, Saint-Hilaire-du-Bois, Tancoigné, Tigné, Trémont, Vihiers et Le Voide. Avec ses près de 8 000 habitants, Lys-Haut-Layon est une commune rurale entre terres de bocage et le vignoble des coteaux du Layon dont Vihiers est le pôle le plus important. Doué-en-Anjou, commune voisine à l'Est, Cholet et Angers sont les villes, de tailles différentes qui exercent un pouvoir d'attraction sur les habitants de Lys-Haut-Layon selon la nature du service recherché.

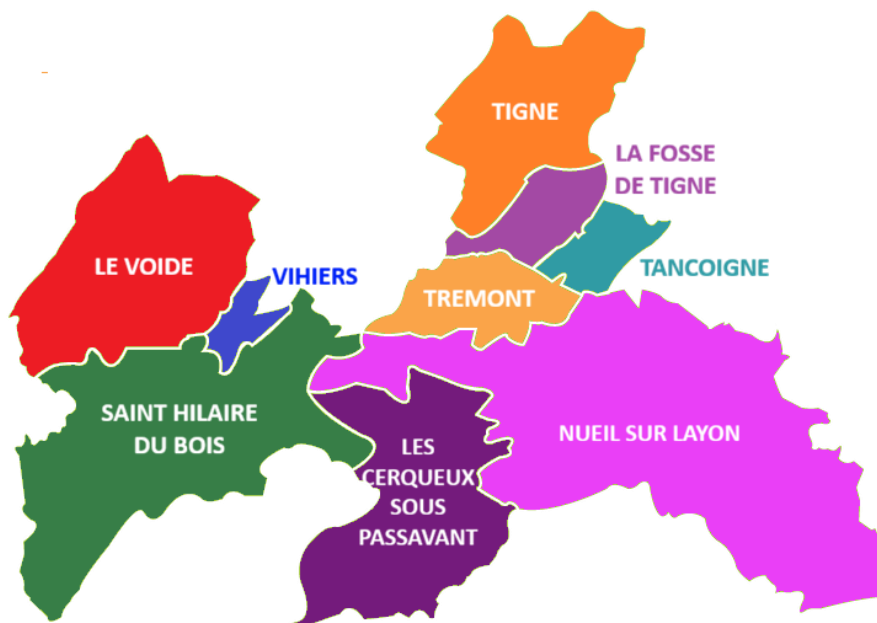
³ Le halo de pauvreté désigne l'ensemble des personnes ou des ménages qui ne sont pas considérés comme pauvres au sens monétaire strict, mais dont le niveau de vie est proche du seuil de pauvreté et qui présentent un risque élevé de basculement dans la pauvreté.

Carte 1 : Cholet agglomération et la commune nouvelle de Lys-Haut-Layon



Source : Label « Ami des aînés », état des lieux et diagnostic participatif Cholet agglomération, 2022

Carte 2 : Carte de Lys Haut Layon avec les noms des neuf communes déléguées



Source : Plan Lys Haut Layon

Ce territoire se distingue par :

- Une forte proportion de personnes âgées avec 31 % des habitants âgés de plus de 60 ans et 12,7 % de plus de 75 ans ;
- Des disparités internes marquées entre Vihiers et les communes déléguées ;
- Vihiers pôle principal et deux pôles secondaires : Tigné et Nueil-sur-Layon ;
- Une présence significative de personnes âgées vivant seules, souvent des femmes retraitées disposant de revenus modestes, notamment dans les zones viticoles ;

- Des réseaux de solidarité de proximité encore actifs, notamment dans les communes déléguées, qui constituent un atout majeur pour le maintien du lien social.

L'analyse des besoins sociaux (ABS) réalisée d'août 2021 à février 2022, ainsi que les premiers échanges avec les élus et les acteurs locaux, ont mis en évidence plusieurs dynamiques structurantes :

- Une vitalité associative et intergénérationnelle forte, témoignant d'un territoire vivant et solidaire, mais aussi traversé par certaines fragilités sociales ;
- La volonté de renforcer la cohésion entre les neuf communes déléguées et d'approfondir la compréhension des besoins liés au vieillissement, dans un esprit d'équité territoriale ;
- Une attente partagée de mieux articuler les initiatives locales existantes autour des enjeux de prévention en santé, d'accès aux droits et de bien vieillir.

La commune souhaite ainsi soutenir un vieillissement digne, actif et inclusif, prévenir l'isolement et valoriser les solidarités locales.

Le programme PréSA, mis en œuvre en partenariat avec le Gérontopôle des Pays de la Loire constitue le cadre idéal pour structurer et accompagner cette démarche, en favorisant la participation des habitants, la coordination des acteurs et l'ancrage territorial des actions de prévention en santé.

De plus, les premiers échanges menés lors de la phase de territorialisation ont permis d'identifier plus finement les dynamiques locales existantes ainsi que les acteurs ressources du territoire, qui constituent un appui essentiel pour la démarche PréSA.

Parmi eux, le centre socioculturel « *Le Coin de la Rue* » apparaît comme un acteur central du lien social, de l'animation territoriale et de la coordination locale. Implanté de longue date sur le territoire, il joue un rôle structurant dans l'accompagnement des habitants et la mise en réseau des professionnels.

Le centre socioculturel anime plusieurs espaces collectifs interprofessionnels, notamment le collectif des aînés et le groupe des travailleurs sociaux. Ces espaces réunissent des professionnels du champ social, médico-social et du soin autour des enjeux du vieillissement, de la précarité et de la vulnérabilité, favorisant le partage d'informations, l'interconnaissance et la coordination des pratiques.

Issue d'une réflexion collective engagée en 2016 autour de la proximité des services et de l'accès aux droits, cette dynamique s'appuie sur quatre axes fondateurs complémentaires :

- Aller vers, grâce à un réseau de bénévoles colporteurs et facilitateurs, jouant un rôle de relais entre les habitants et les services, notamment France Services ;
- Faire venir, à travers un Café des habitants favorisant les rencontres, la création de liens de confiance et la participation citoyenne ;
- Mobilité, en facilitant les déplacements par une caution solidaire et la mutualisation de véhicules, afin de lever les freins à l'accès aux services et aux soins ;
- Accès aux droits, par la formation des agents de proximité et le renforcement de l'accueil, de l'orientation et de l'information des publics.

L'ensemble de ces actions a contribué à structurer un maillage territorial de proximité et à installer une culture partagée de l'aller-vers, particulièrement précieuse pour le repérage des situations de vulnérabilité et la mobilisation des publics les plus éloignés des dispositifs.

Ces dynamiques locales constituent ainsi un socle solide pour le déploiement du diagnostic participatif PréSA, en offrant un terreau favorable à la participation des habitants, à la co-analyse des besoins et à la co-construction d'actions collectives de prévention en santé, à l'échelle des neuf communes déléguées.

1.3. Objectifs du diagnostic territorial participatif

Le diagnostic territorial participatif a pour objectif de favoriser la construction collective d'un état des lieux de la santé et prévention en santé sur le territoire de Lys-Haut-Layon, en ciblant particulièrement les habitants de 65 ans et plus en situation d'isolement et/ou de précarité afin de :

- Identifier les besoins, freins et leviers de prévention en santé propres au territoire, en tenant compte des réalités sociales, géographiques et relationnelles des neuf communes déléguées ;
- Mobiliser et mettre en dialogue les acteurs déjà impliqués ou non, y compris les commerçants notamment, dans l'accompagnement des aînés autour d'une approche partagée de la prévention santé ;
- Associer les habitants, notamment les aînés les plus éloignés des dispositifs de prévention, à la compréhension des besoins et à la formulation de pistes d'action ;
- Créer les conditions d'une démarche de santé communautaire, fondée sur la participation des habitants, la coopération entre acteurs et l'équité entre les neuf communes déléguées.

1.4. Périmètre du diagnostic (public, territoire, thématiques)

Le diagnostic s'adresse aux habitants de 65 ans et plus résidant sur le territoire de Lys Haut Layon. Une attention particulière est portée aux personnes âgées en situation d'isolement, de précarité sociale ou économique ou rencontrant des difficultés d'accès aux dispositifs de prévention et aux ressources locales. Cette focale vise à rendre visibles les publics les plus éloignés des actions de prévention et à favoriser leur pouvoir d'agir, notamment dans l'expression de leurs besoins, de leurs priorités et de leurs propositions.

Le périmètre géographique du diagnostic couvre l'ensemble des neuf communes déléguées de Lys Haut Layon, en tenant compte de leurs spécificités démographiques, sociales et géographiques. L'analyse intègre les disparités internes au territoire afin de garantir une lecture fine et équitable des situations de vieillissement et des conditions d'accès à la prévention santé.

Le diagnostic porte sur trois grands axes thématiques, identifiés comme structurants pour la prévention en santé et le bien vieillir :

- Santé et prévention : nutrition et alimentation, activité physique, équilibre et prévention des chutes, santé cognitive et mentale, santé bucco-dentaire, vue et audition ;
- Isolement et lien social : repérage des situations de solitude, qualité des relations sociales, participation à la vie locale et renforcement des solidarités de proximité ;
- Accès aux droits et aux services : compréhension des freins et leviers d'accès aux soins, aux dispositifs de prévention, aux services et aux ressources locales (mobilité, information, accompagnement, fracture numérique).

Ce cadre territorial et thématique constitue la base du diagnostic participatif. Il permet de croiser les constats des habitants et des acteurs locaux, de mettre en évidence les enjeux et les inégalités territoriales, qui seront ensuite priorisés collectivement pour orienter les actions du programme PréSA, dans une logique de prévention, d'équité territoriale et de renforcement de la capacité d'action collective.

2. Méthodologie du diagnostic

Le diagnostic territorial participatif mené à Lys Haut Layon constitue la première phase du programme PréSA, démarche de santé communautaire déployée sur trois ans.

Le programme PréSA s'organise en cinq phases complémentaires :

1. Une phase de sensibilisation et de diagnostic territorial participatif ;
2. Une phase de priorisation des enjeux et de co-construction des actions ;
3. Une phase de déploiement des actions de prévention ;
4. Une phase d'évaluation longitudinale ;
5. Une phase de valorisation scientifique et de diffusion des résultats.

Le diagnostic présenté dans ce document s'inscrit donc comme une étape fondatrice du programme. Il vise à produire une analyse partagée des enjeux de prévention santé pour les personnes âgées, en associant habitants, acteurs locaux et élus afin de préparer la phase suivante de priorisation et de co-construction des actions.

2.1. Démarche générale et principes d'intervention

La démarche de diagnostic repose sur plusieurs principes structurants, en cohérence avec les orientations du programme PréSA validées par le FSE+ :

- **Une approche territorialisée et inclusive**

Le diagnostic a été conçu pour tenir compte des réalités sociales, géographiques et relationnelles propres à chaque commune déléguée. Une attention particulière a été portée aux personnes âgées les plus éloignées des dispositifs de prévention (isolement, précarité, difficultés de mobilité ou de compréhension des démarches).

- **Une démarche participative**

La participation des habitants constitue le cœur de la méthodologie. Le diagnostic ne vise pas uniquement à produire des données mais à reconnaître et valoriser le savoir d'usage des aînés, en leur permettant d'exprimer leurs besoins, leurs expériences et leurs propositions, dans une logique d'empowerment qui renforce leur rôle actif dans la prévention en santé.

- **Une co-construction avec les acteurs locaux**

La démarche repose sur la mise en dialogue des acteurs du territoire (collectivités, professionnels, associations, bénévoles) afin de construire une compréhension partagée des enjeux de prévention en santé, de favoriser les synergies existantes et si nécessaire, de développer de nouvelles collaborations.

- **Un rôle d'appui du Gérontopôle**

La commune de Lys Haut Layon demeure au centre du portage de la démarche. Le Gérontopôle intervient en appui méthodologique et technique, en apportant une expertise en santé communautaire, en facilitation participative et en analyse territoriale, garantissant un cadre structuré et équilibré de co-construction.

2.2. Sources et outils mobilisés

La méthodologie du diagnostic participatif s'appuie sur une combinaison d'outils qualitatifs et quantitatifs, permettant de croiser les regards et de renforcer la robustesse de l'analyse.

Étude documentaire et cadrage territorial

Une première phase de cadrage a permis de partager une compréhension commune du territoire à partir de :

- Diagnostics et études existantes : Analyse des Besoins Sociaux de Lys Haut Layon, Analyse des Besoins Sociaux du CIAS, Contrat Local de Santé, état des lieux et diagnostic participatif « Ville amie des aînés » de Cholet agglomération ;
- Données issues de l'outil Cart'âge : démographiques, sociales et sanitaires disponibles à l'échelle communale et intercommunale ;
- Entretiens exploratoires avec des élus et des acteurs clés.

Ce travail préparatoire a permis d'identifier les éléments saillants à approfondir lors de la phase de terrain.

Enquête auprès des habitants

La démarche participative auprès des habitants constitue le cœur du diagnostic en prévention santé.

Quatre ateliers collectifs habitants ont été organisés sur quatre zones du territoire :

- A Nueil-sur-Layon le samedi 25 octobre 2025 à 11h (salle annexe) ;
- A Trémont pour les communes déléguées de Tigné / La Fosse-de-Tigné / Tancoigné / Trémont / Les Cerqueux-sous-Passavant le jeudi 27 novembre 2025 à 11h (salle communale) ;
- A Vihiers pour les communes déléguées de Vihiers / Le Voide / Saint-Hilaire-du-Bois le jeudi 4 décembre 2025 à 11h (salle polyvalente) ;
- Au Voide, réunion avec les chauffeurs du voiturage solidaire le lundi 19 janvier 2026 à 15h (salle des fêtes).

Ces ateliers, d'une durée d'environ une heure adossés en amont des repas des aînés, ou pendant la réunion de début d'année des chauffeurs bénévoles du voiturage solidaire, poursuivent un même objectif : identifier les facteurs de prévention et de qualité de vie sur le territoire, ce qui aide à rester en bonne santé, ce qui rend la prévention plus difficile et les leviers d'action possibles localement.

Les 6 thématiques :

1. Nutrition / Alimentation / Santé bucco-dentaire
2. Activité physique / Équilibre / Chute
3. Bien-être psychologique
4. Santé cognitive
5. Vue et audition
6. Isolement / Lien social

Chaque atelier a rassemblé une cinquantaine de participants répartis en petits groupes afin de faciliter l'expression de chacun. L'animation reposait sur des supports simples et visuels et sur une méthodologie participative adaptée aux grands groupes, favorisant la libre expression plutôt que le débat technique. Des volontaires locaux ont été mobilisés pour appuyer l'accueil, la facilitation et la prise de notes.

En complément, une fiche de contribution inspirée des démarches d'enquêtes publiques était distribuée pendant les ateliers.

Elle comportait des questions simples sur la santé et la prévention au quotidien :

- Ce qui aide à rester en bonne santé,
- Ce qui rend la prévention difficile,
- Les ressources locales utiles,
- Les idées d'actions ou d'améliorations possibles.

Par ailleurs, la présence lors de deux permanences d'inscription au dispositif de voiturage solidaire les 14 et 16 janvier 2026, a permis de compléter les ateliers collectifs à travers un « porteur de parole », matérialisé par six panneaux thématiques renseignés au fur et à mesure des échanges. Les 6 thématiques étaient les mêmes que pour les ateliers auprès des habitants (*cf. annexe*).

Sur chaque panneau :

- Ce qui m'aide
- Ce qui me manque / me complique
- Quand j'ai besoin d'aide

En parallèle, une série de 16 entretiens semi-directifs (10 entretiens ont été réalisés par l'équipe du Gérontopôle et 6 par la collectivité, 1 à 2 par commune déléguée) a été conduite auprès d'habitants repérés à partir d'une fiche de repérage partagée avec les élus et les agents de proximité.

Au total, 18 habitants ont été rencontrés (2 entretiens avec un couple), garantissant une diversité de situations locales : 3 habitants de Vihiers, 1 du Voide, 2 de Saint-Hilaire-du-Bois, 2 de Nueil-sur-Layon, 2 de Trémont, 3 de Tigné, 3 de La Fosse-de-Tigné et 2 des Cerqueux-sous-Passavant. Cette répartition territoriale permet de rendre compte des réalités variées entre bourgs centres et secteurs plus ruraux, notamment en matière d'accès aux services, de mobilité et de lien social.

Les personnes rencontrées sont majoritairement âgées de plus de 70 ans : 1 personne âgée de 60 à 69 ans, 7 personnes de 70 à 79 ans, 8 personnes de 80 à 89 ans, et 2 personnes de plus de 90 ans (95 et 96 ans).

Sur le plan des situations familiales, une grande majorité des personnes interrogées vivent seules : 13 sont veuves ou veufs, 1 personne vit seule sans avoir été mariée et 4 vivent en couple.

Concernant l'habitat, les personnes rencontrées vivent principalement en maison individuelle dont elles sont majoritairement propriétaires.

Enfin, les niveaux d'autonomie observés sont hétérogènes, allant de personnes encore autonomes et conductrices à des personnes en perte de mobilité, voire dépendantes d'un tiers pour leurs déplacements, notamment médicaux.

Ces entretiens ont permis d'approfondir les parcours de vie, les expériences d'isolement, les freins à la prévention et les ressources mobilisées au quotidien (voir annexe n°4). Ils ont contribué à rendre visibles les réalités vécues par les aînés plus éloignés des dispositifs et à compléter la lecture collective issue des ateliers.

Ce dispositif, articulant temps collectifs, expression libre et récits individuels, garantit une ouverture large du diagnostic à l'ensemble des habitants, y compris ceux qui ne participent pas directement aux ateliers collectifs.

Les réponses et témoignages recueillis sont analysés conjointement avec les données issues des entretiens et des ateliers, afin d'enrichir la lecture territoriale des déterminants sociaux de la santé et de valoriser le savoir d'usage des habitants comme ressource pour la prévention.

Enquête auprès des acteurs

En parallèle de la participation habitante, une enquête qualitative a été conduite auprès des acteurs du territoire, professionnels de santé, acteurs sociaux, associatifs, élus, bénévoles, commerçants, etc.

Elle vise à co-construire une compréhension partagée des besoins de prévention santé et à identifier les ressources, les coopérations et les obstacles existants pour les personnes âgées de 65 ans et plus, notamment celles en situation de précarité ou d'isolement.

Cette phase comprend quatre volets complémentaires :

1. La tenue de deux ateliers collectifs avec les partenaires (8 juillet et 21 octobre 2025) ;
2. La diffusion d'un questionnaire en ligne du 5 décembre 2025 au vendredi 9 janvier 2026 ;
3. La réalisation d'entretiens ciblés auprès de structures clés.

Ateliers collectifs d'acteurs

Lors de la réunion de lancement de la démarche, le 9 juillet 2025 de 15h00 à 17h00, un atelier d'échange et de co-construction entre acteurs du territoire, avec un temps d'interconnaissance pour partager les pratiques et imaginer ensemble les implications dans le projet a eu lieu. Un deuxième atelier a structuré la dynamique collective de cette enquête. Il a permis de passer d'un temps d'observation et d'analyse des besoins à un temps de croisement des perceptions et des données.

Cet atelier du 21 octobre 2025 était co-animé par la chargée de mission du Gérontopôle et la commune, avec la participation d'Anne-Sophie Gagneux (directrice adjointe) et de Jacques Doussin (chargé de mission Petites Villes de Demain) pour l'appui local et la coordination.

Selon les thématiques, d'autres partenaires ont été associés (CCAS, centre socioculturel, professionnels du soin, associations, etc.), afin d'assurer une représentation équilibrée des acteurs du territoire.

Un troisième atelier initialement prévu (atelier n°3 – Analyse et retours, programmé le 6 novembre 2025) a été remplacé par la diffusion d'un questionnaire en ligne afin de toucher un plus large panel d'acteurs.

Ce questionnaire ouvert a été diffusé auprès de 53 destinataires du 5 décembre 2025 au 19 décembre 2025 inclus. Le lien est resté accessible jusqu'au vendredi 9 janvier 2026. Il a récolté 16 réponses, dont certaines d'entre elles représentent la réponse de plusieurs professionnels d'une même structure.

Il visait à recueillir les constats des acteurs sur les problématiques collectives de santé du territoire, en lien avec les enseignements du premier atelier.

Des entretiens semi-directifs ont complété cette phase collective (*voir annexe n°3*). Ces échanges ont permis d'approfondir certains constats, de documenter les coopérations existantes et d'identifier les freins structurels à la prévention.

2.3. Acteurs associés à la démarche

La démarche de diagnostic a mobilisé un large panel d'acteurs locaux, reflétant la diversité des champs d'intervention liés au vieillissement :

- La commune de Lys Haut Layon (élus, direction adjointe, services) ;
- Le centre socioculturel « Le Coin de la Rue », acteur central du lien social et de la coordination locale ;
- Les professionnels du social, du médico-social et du soin ;
- Les associations locales, bénévoles et réseaux de solidarité ;
- Des acteurs de proximité, identifiés comme relais d'information et de repérage ;
- Le Gérontopôle des Pays de la Loire, en appui méthodologique et en expertise.

Cette diversité d'acteurs a permis d'enrichir le diagnostic et de croiser les perceptions des besoins, des ressources et des freins existants sur le territoire.

2.4. Limites et précautions méthodologiques

Comme toute démarche participative, ce diagnostic comporte certaines limites qu'il convient de prendre en compte dans l'analyse des résultats :

- La participation reposant sur le volontariat, certains publics très isolés ou en situation de grande précarité peuvent rester difficilement atteignables malgré les démarches d'aller-vers ;
- Les ateliers collectifs favorisent l'expression libre, mais peuvent limiter l'approfondissement de certaines problématiques individuelles, cette limite étant compensée en partie par les entretiens semi-directifs ;
- Des données quantitatives disponibles à l'échelle communale restent parfois partielles ou hétérogènes selon les thématiques de santé.

Ces limites ont été intégrées à la démarche par la multiplication des outils de recueil, le croisement des sources et une analyse prudente, attentive aux contextes d'expression.

Portrait territorial des aînés à Lys-Haut-Layon

Le portrait territorial des aînés constitue une étape essentielle du diagnostic, il permet de situer les réalités du vieillissement à Lys-Haut-Layon et d'identifier les principaux déterminants sociaux, territoriaux et relationnels influençant la santé et le bien vieillir en santé.

1. Données démographiques et dynamiques de vieillissement

Le territoire de Lys-Haut-Layon se caractérise par une part élevée de personnes âgées de 65 ans et plus (24,4 %). Cette situation s'inscrit dans une dynamique de vieillissement marquée, liée à la fois au maintien des populations âgées sur le territoire et à l'arrivée de nouveaux retraités, attirés par un cadre de vie rural.

La population des aînés présente toutefois une forte hétérogénéité, tant en termes d'âge (jeunes retraités, grands aînés) que de situations de santé, d'autonomie et de ressources.

Le vieillissement est également différencié selon les communes déléguées, avec des écarts notables en matière de densité de population, d'accès aux services et de mobilité. Un EHPAD est présent à Nueil-sur-Layon.

1.1. Vieillir sur place : attachement au territoire et fragilités associées

Les ateliers et entretiens individuels mettent en évidence que de nombreux habitants vieillissent sur place, souvent dans leur logement de longue date auquel ils sont attachés (*tableau 1*). Cette stabilité résidentielle alimente un sentiment d'appartenance au territoire et un ancrage relationnel mais elle peut également devenir source de difficultés lorsque l'autonomie diminue. Selon les acteurs du territoire, il y a une solidarité forte et peu de gens sont abandonnés car « *les jeunes vieux vont voir les personnes plus âgées* ».

Tableau 1 : Type et statut d'occupation du logement des 80 ans et plus à Lys Haut Layon en 2021

	Nb de ménages propriétaires de leur logement	Part des ménages propriétaires de leur logement	Nb de ménages en maison individuelle	Part des ménages en maison individuelle	Nb de ménages dans un logement de 5 pièces	Part des ménages dans un logement de 5 pièces ou plus
80 ans et plus	369	82,8 %	428	95,9 %	218	48,8 %

Source : Insee, RP 2021, Base des tableaux détaillés

Les échanges font ressortir une distinction marquée entre les communes déléguées disposant d'un centre-bourg structuré, comme Vihiers, où se concentrent services, commerces et professionnels de santé, comme l'illustre cette habitante « *À Vihiers, on a tout à proximité : médecin, pharmacie, commerces. Mais dans les petits villages, il n'y a rien.* » et les communes déléguées plus rurales où l'accès aux services repose largement sur la mobilité individuelle : « *Ici, il faut tout faire en voiture. Sans ça, on est bloqué.* » (H, 77 ans, Nueil-sur-Layon).

Tant que les personnes âgées peuvent conduire, cette organisation reste fonctionnelle. En revanche, la perte progressive de la conduite est identifiée comme un tournant majeur du vieillissement, conditionnant l'accès aux soins, aux activités, aux démarches administratives et à la vie sociale : « *Quand on ne peut plus conduire, c'est la galère. Tout est loin.* » (Femme, 88 ans, Tigné).

1.2. Positionnement de Lys-Haut-Layon au regard des territoires de comparaison

Aujourd'hui, la commune de Lys-Haut-Layon présente une part de personnes âgées légèrement supérieure (24,4%) à celle de son agglomération (22,1%), de son département (20,7%) et de la moyenne nationale (20,8%). L'évolution récente montre une baisse de la population totale, conjuguée à une augmentation modérée mais continue du nombre de personnes de 65 ans et plus (*tableau 2*).

Ces constats permettent d'envisager que, si l'augmentation en nombre des personnes âgées sera probablement moins rapide qu'à l'échelle de l'Agglomération du Choletais, leur poids relatif dans la population totale de Lys-Haut-Layon augmentera de manière plus marquée.

Dès lors, les besoins en santé, en prévention et en accompagnement risquent d'être plus importants pour un même nombre d'habitants. Cette perspective souligne l'enjeu d'anticiper l'adaptation des réponses locales, de renforcer les capacités de prise en charge et de développer des actions de prévention permettant de limiter, autant que possible, l'aggravation des situations de dépendance et de fragilité.

Tableau 1 : Population âgée et évolution récente à Lys-Haut-Layon

	Part des 65 ans et plus (2022)	Part des 80 ans et plus (2022)	Evolution de la population entre 2016 et 2022	Evolution des 65 ans et plus entre 2016 et 2022
Lys-Haut-Layon	24,4 %	8,9 %	- 2 %	+ 6,4 %
Agglo du Choletais	22,1 %	6,7 %	+ 1,2 %	+ 12,2 %
Maine-et-Loire	20,7 %	6,5 %	+ 2,1 %	+ 13,2 %
France	20,8 %	6,1 %	+ 2,4 %	+ 11,9 %

Source : Insee, RP 2016 et 2022.

1.3. Gérontocroissance et évolution de la pyramide des âges

Le vieillissement des générations issues du baby-boom (nées entre 1946 et 1973) engendre un phénomène de gérontocroissance, c'est-à-dire une augmentation durable du nombre et de la part des personnes âgées dans la population. La surreprésentation de cette génération dans la pyramide des âges explique une progression plus rapide des effectifs âgés, en particulier des classes d'âge les plus avancées.

Ce changement démographique a des incidences majeures en matière de santé : augmentation attendue du nombre de personnes en perte d'autonomie, progression des maladies chroniques, accroissement des besoins en soins et en prévention. Les baby-boomers ayant entre 53 et 80 ans en 2026, ce sont principalement les 80 ans et plus qui connaîtront la plus forte augmentation dans les années à venir.

Dans l'Agglomération du Choletais, le nombre de personnes de 65 ans et plus devrait ainsi augmenter de 8 % entre 2022 et 2030 et de 18 % entre 2022 et 2040, tandis que celui des 80 ans et plus progresserait respectivement de 24 % et 55 % sur les mêmes périodes (*tableau 3*).

Tableau 3 : Projection de population dans l'Agglomération du Choletais

Tranche d'âges	Année	Nombre	Taux d'évolution par rapport à 2022
65 ans et plus	2022	23 146	/
	2030	25 088	+ 8 %
	2040	27 327	+ 18 %
80 ans et plus	2022	6 973	/
	2030	8 652	+ 24 %
	2040	10 814	+ 55 %

Sources : Insee, 2022, Omphale, 2017

2. Caractéristiques sociales des personnes âgées

Les aînés de Lys-Haut-Layon présentent des profils sociaux diversifiés, marqués par des parcours professionnels variés et une prédominance d'anciens emplois agricoles, artisanaux ou ouvriers. Ces trajectoires influencent les niveaux de revenus à la retraite, les conditions de vie, l'état de santé et le rapport à la prévention.

2.1. Situations de vie et conditions de logement

Une part significative des personnes âgées vit seule (22 % pour les 65-79 ans et 45 % pour les 80 ans et plus), en particulier parmi les femmes les plus âgées. Cette situation peut constituer un facteur de fragilisation sociale, en augmentant le risque d'isolement, de repli sur soi et de renoncement aux soins ou aux activités collectives.

Les conditions de logement apparaissent globalement stables, avec une majorité de propriétaires occupants, souvent installés de longue date dans leur habitation. Certains logements anciens présentent des problématiques d'adaptation au vieillissement (accessibilité, isolation thermique, sécurité), susceptibles d'avoir un impact sur la santé et le maintien à domicile.

2.2. Précarité financière et déterminants socio-économiques de la santé

L'état de santé d'une population est étroitement corrélé aux indicateurs socio-économiques. La précarité financière et l'isolement constituent des facteurs aggravants en matière de santé et d'accès à la prévention.

Afin d'appréhender la précarité financière des retraités, deux indicateurs ont été mobilisés :

- La part des retraités bénéficiant du minimum vieillesse (ASPA) ;
- La part des retraités exonérés de la CSG, dont le revenu fiscal de référence ne dépasse pas un certain seuil.

À Lys-Haut-Layon, la part des retraités bénéficiant du minimum vieillesse reste relativement faible (2,4% en 2024), à l'image du département de Maine-et-Loire. Toutefois, cette proportion est en augmentation, comme dans les territoires de comparaison. Par ailleurs, si la part des retraités exonérés de la CSG a diminué entre 2019 et 2024, elle demeure plus élevée à Lys-Haut-Layon que dans l'Agglomération du Choletais ou le Maine-et-Loire, traduisant une présence significative de retraités aux revenus modestes (*tableau 4*).

Ces données mettent en évidence l'existence d'un halo de fragilité financière, susceptible d'entraîner des renoncements aux soins, à la prévention ou aux activités sociales.

Tableau 4 : Précarité financière à Lys-Haut-Layon

	Part des retraités bénéficiant du minimum vieillesse (2019)	Part des retraités bénéficiant du minimum vieillesse (2024)	Part des retraités exonérés de CSG (2019)	Part des retraités exonérés de CSG (2024)
Lys-Haut-Layon	2 %	2,4 %	28,8 %	25 %
Agglo du Choletais	1,6 %	2 %	18,2 %	18,6 %
Maine-et-Loire	2,1 %	2,5 %	20 %	20,6 %
France	3,7 %	4,5 %	23 %	24,4 %

Source : Interrégime

Certaines situations de précarité restent peu visibles, notamment lorsque les personnes âgées disposent d'un logement ou de ressources minimales mais rencontrent des difficultés à mobiliser les

dispositifs existants (tableau 5). La méconnaissance des actions de prévention et des services locaux, observée lors des ateliers, concerne aussi bien les habitants que certains acteurs.

Tableau 5 : Niveau de vie annuel et composition des revenus des personnes âgées

	Tranche d'âges	1 ^{er} quartile (€)	Médiane (€)	3 ^e quartile (€)	Part des revenus d'activité	Part des pensions, retraites et rentes	Part des revenus du patrimoine et autres revenus
Lys Haut Layon	60 à 75 ans	18 140	21 710	27 050	32,5 %	68,2 %	11 %
	75 ans et plus	15 620	18 690	23 010	5,2 %	89 %	11,2 %
Agglo Choletais	60 à 75 ans	18 980	23 290	29 340	30,2 %	68,3 %	14,7 %
	75 ans et plus	17 350	21 120	26 040	4 %	93,3 %	11,1 %
Maine-et-Loire	60 à 75 ans	18 890	23 730	30 370	31,8 %	68,5 %	12,7 %
	75 ans et plus	17 100	21 370	27 430	4,2 %	93,1 %	12,3 %

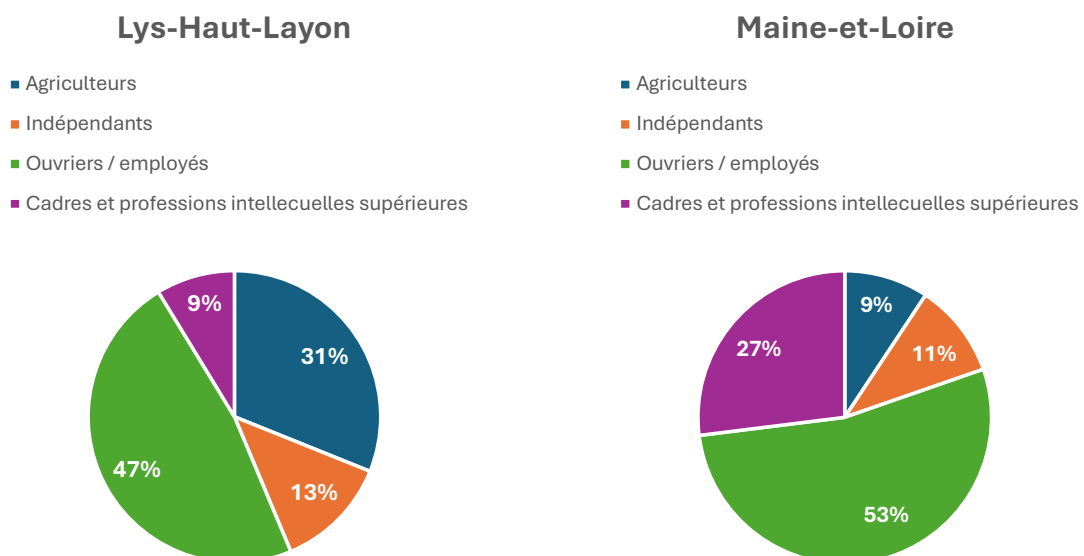
Source : Fichier localisé social et fiscal, Insee 2021

2.3. Parcours professionnels, niveau de diplôme et inégalités de santé

L'analyse des anciennes catégories socio-professionnelles permet de dresser un panorama sociologique du territoire. À Lys-Haut-Layon, la part des anciens agriculteurs est particulièrement élevée : près d'un tiers des retraités, contre 9,3 % en Maine-et-Loire et 5,5 % en France. À l'inverse, les anciens cadres sont nettement sous-représentés (figure 1).

Cette structure socioprofessionnelle est un indicateur important des inégalités sociales de santé. La pénibilité du travail agricole et l'exposition à des risques professionnels sont associées à une espérance de vie sans incapacité plus faible. À titre illustratif, l'espérance de vie sans incapacité à 60 ans est significativement inférieure chez les agriculteurs par rapport aux cadres (Danet, 2010).

Figure 1 : Anciennes CSP des retraités de Lys-Haut-Layon et de Maine-et-Loire en 2022

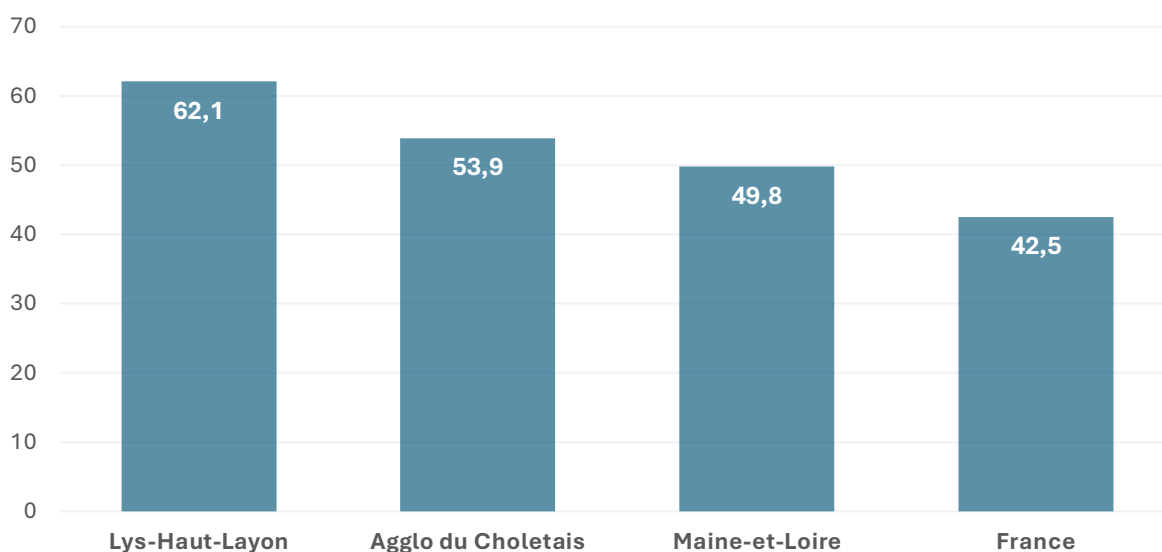


Source : Insee, RP 2022.

De la même manière, le niveau de diplôme constitue un déterminant majeur de la santé. Les données de l'Insee montrent que l'espérance de vie à 65 ans des personnes sans diplôme est nettement inférieure à celle des personnes diplômées. Or, la part des 65 ans et plus sans diplôme est plus élevée

à Lys-Haut-Layon que dans les territoires de comparaison, ce qui constitue un indice supplémentaire de fragilité en santé de la population âgée (figure 2).

Figure 2 : Part des 65 ans et plus sans diplôme en 2022 (%)



Source : Insee, RP 2022.

2.4. Données territoriales sur l'isolement

Les données quantitatives viennent étayer ces constats qualitatifs. Selon les estimations produites par le Gérontopôle des Pays de la Loire, en 2023, la part estimée (marge d'erreur de 5 %) de personnes âgées en situation d'isolement à Lys-Haut-Layon est légèrement supérieure à celle observée dans les territoires de comparaison, en particulier chez les 80 ans et plus (tableau 6).

Tableau 6 : Estimation de l'isolement à Lys-Haut-Layon en 2023

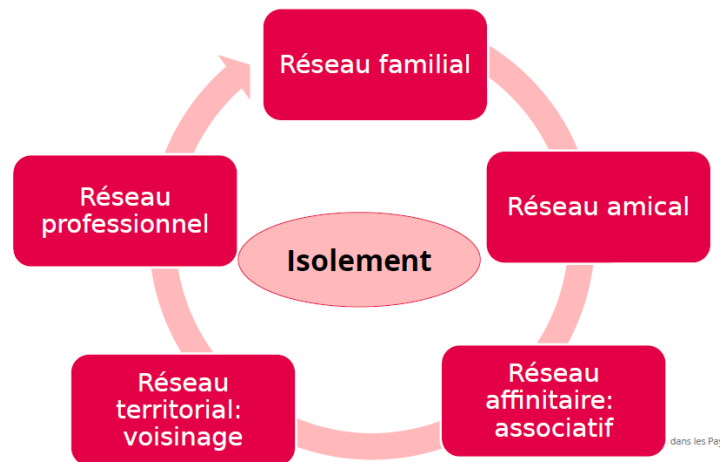
	Part estimée de personnes isolées (65-79 ans)	Part estimée de personnes isolées (80 ans et plus)
Lys-Haut-Layon	9,7 %	12 %
Agglo du Choletais	8,4 %	9,3 %
Maine-et-Loire	8,9 %	11,1 %
France	8,6 %	10,4 %

Source : Gérontopôle des Pays de la Loire à partir du Crédoc, 2024, de l'Insee, 2021, de la Carsat, 2023 et du baromètre des Petits Frères des Pauvres.

L'isolement renvoie à la fragilisation des réseaux de solidarité et à la diminution des liens sociaux (figure 3). Contrairement à la solitude, qui relève d'un ressenti subjectif, il se caractérise par un manque de contacts réguliers et de relations de qualité avec la famille, les amis ou le voisinage⁴.

⁴ Baromètre solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France en 2025, Rapport Petits Frères des Pauvres – septembre 2025

Figure 3 : Les 5 réseaux relationnels impliqués dans le processus d'isolement



Source : Petits Frères des Pauvres, 3e baromètre de l'isolement des personnes âgées en France, septembre 2025

Ces résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence. Ils reposent sur une extrapolation d'enquêtes nationales, appliquée à la catégorie de communes à laquelle appartient le territoire, avec une marge d'erreur estimée à 5 %. Ils ne constituent donc pas une mesure directe de la situation locale, mais offrent un ordre de grandeur utile pour situer le territoire dans un contexte plus large.

Malgré ces limites, ces données présentent un intérêt certain : elles permettent de mettre en perspective les réalités observées sur le terrain et de confirmer une tendance déjà identifiée lors des entretiens, à savoir une exposition accrue à l'isolement pour les personnes les plus âgées, souvent seules à domicile et confrontées à des difficultés de mobilité ou de santé.

3. État de santé des aînés et facteurs de risque

Dans le prolongement de l'analyse des caractéristiques sociales, des modes de vie et des vulnérabilités sociales des personnes âgées de Lys-Haut-Layon, l'étude de leur état de santé constitue un élément central du diagnostic territorial. Elle permet d'identifier les principales problématiques de santé rencontrées par les aînés, ainsi que les facteurs individuels, sociaux et environnementaux susceptibles d'influencer leur santé, leur autonomie et leur qualité de vie.

3.1. Indicateurs de santé disponibles et limites d'analyse

Les indicateurs de santé mobilisables à l'échelle territoriale mettent en évidence des tendances cohérentes avec les dynamiques de vieillissement observées. Ils permettent d'identifier des enjeux liés aux maladies chroniques, à la perte d'autonomie et à l'accès aux soins. Toutefois, ces données restent partielles et parfois peu actualisées à l'échelle communale, en raison notamment du caractère sensible des données de santé.

L'un des rares indicateurs disponibles à ce niveau est la part des personnes de 65 ans et plus en affection de longue durée (ALD). À Lys-Haut-Layon, cette proportion est comparable à celle observée dans l'Agglomération du Choletais ou dans le Maine-et-Loire. En revanche, la question de l'accès à un médecin traitant apparaît plus problématique : plus de 15 % des personnes âgées de 65 ans et plus n'en disposent pas, un taux nettement supérieur à celui des territoires de comparaison (*tableau 7*).

Tableau 7 : Recours aux soins

	Part des 65 ans et plus en ALD (2024)	Part des 65 ans et plus sans médecin traitant (2024)	Part des 65 ans et plus sans recours aux soins dans les 12 derniers mois (2024)
Lys-Haut-Layon	39,2 %	15,5 %	2,4 %
Agglo du Choletais	38,7 %	8,5 %	2 %
Maine-et-Loire	39,4 %	5,6 %	2,2 %
France	41,9 %	7,1 %	3,7 %

Source : Interrégime (CNAM, MSA), 2024.

Si cette situation ne se traduit pas par une surreprésentation du non-recours aux soins sur une période d'un an, l'absence de médecin traitant constitue néanmoins un facteur de fragilisation du suivi médical et de la prévention, dimensions qui ne sont pas pleinement visibles dans les indicateurs de recours aux soins.

3.2. Problématiques de santé liées à l'avancée en âge

Les données disponibles à l'échelle de l'Agglomération du Choletais montrent que les taux de prévalence des principales maladies chroniques sont globalement comparables à ceux observés dans les Pays de la Loire. Néanmoins, la majorité de ces prévalences est en augmentation entre 2018 et 2022, traduisant une pression croissante sur les services de santé (*tableau 8*).

Tableau 8 : Prévalence des maladies chroniques dans le Choletais

Pathologie	Agglo du Choletais - 2018	Agglo du Choletais - 2022	Pays de la Loire - 2018	Pays de la Loire - 2022
Troubles addictifs (‰) - 55 à 64 ans		4,49		7,14
Troubles addictifs (‰) - 65 à 79 ans		3,24		4,59
Troubles addictifs (‰) - 80 ans et plus, à domicile		2,71		2,18
Troubles addictifs (‰) - 80 ans et plus, en EHPAD		3,7		3,92
Cancer (%) - 55 à 64 ans	5,84		6,61	
Cancer (%) - 65 à 79 ans	13,02	12,82	13,46	13,36
Cancer (%) - 80 ans et plus, à domicile	17,42	18,82	18,02	19,33
Cancer (%) - 80 ans et plus, en EHPAD	15,43	18,27	15,41	16,72
Maladie cardiovasculaire (%) - 55 à 64 ans	6,78	7,55	8,13	8,29
Maladie cardiovasculaire (%) - 65 à 79 ans	16,87	17,15	17,63	18,34
Maladie cardiovasculaire (%) - 80 ans et plus, à domicile	36,32	37,63	37,62	38,46
Maladie cardiovasculaire (%) - 80 ans et plus, en EHPAD	47,8	46,54	47,01	47,12
Démence (%) - 55 à 64 ans		0,08		0,13
Démence (%) - 65 à 79 ans		1,07		1,12
Démence (%) - 80 ans et plus, à domicile		5,75		6,65
Démence (%) - 80 ans et plus, en EHPAD		40,49		39,37
Diabète (%) - 55 à 64 ans	7,79	8,41	8	8,16
Diabète (%) - 65 à 79 ans	14,28	14,86	13,94	14,5
Diabète (%) - 80 ans et plus, à domicile	14,78	15,09	14,31	15,05
Diabète (%) - 80 ans et plus, en EHPAD	14,5	17,16	13,17	14,35
Parkinson (%) - 55 à 64 ans	0,3	0,3	0,3	0,3
Parkinson (%) - 65 à 79 ans	1,2	1,3	1,1	1,1
Parkinson (%) - 80 ans et plus, à domicile	1,2	2,4	2	2,1
Parkinson (%) - 80 ans et plus, en EHPAD		8,3		5,4
Sclérose en plaque (%) - 55 à 64 ans	0,2	0,27	0,3	0,31
Sclérose en plaque (%) - 65 à 79 ans	0,1	0,18	0,2	0,21
Sclérose en plaque (%) - 80 ans et plus, à domicile	0,1	0,06	0	0,06
Sclérose en plaque (%) - 80 ans et plus, en EHPAD	0,1	0,12	0,1	0,12

Source : SNDS, 2018 et 2022.

Les caractéristiques sociales de Lys-Haut-Layon contribuent à renforcer certaines fragilités de santé chez les personnes âgées. La population locale se distingue par une surreprésentation d'anciens agriculteurs, des niveaux de revenus souvent modestes et une part importante de personnes sans diplôme. Ces éléments socio-économiques peuvent limiter l'accès aux soins et à la prévention et accentuer les risques de maladies chroniques ou de difficultés liées au vieillissement.

Les habitants eux-mêmes évoquent ces réalités au quotidien. Un résident de Nueil-sur-Layon confie : « *On a toujours travaillé dur, et maintenant, on a des problèmes de santé. C'est normal, mais c'est difficile à vivre.* »

Pour certains, les contraintes financières sont un obstacle direct aux soins : « *Quand on n'a pas beaucoup d'argent, on ne peut pas toujours se soigner comme il faut.* » (80 ans, Le Voide)

L'éloignement des services de santé et la mobilité limitée compliquent également l'accès aux professionnels : « *Les médecins, c'est bien, mais il faut pouvoir y aller. Et parfois, c'est trop loin ou trop cher.* » (89 ans, Vihiers)

Ces témoignages illustrent que, au-delà des données quantitatives, les conditions sociales locales influencent fortement la santé et le bien-être des aînés. Elles soulignent l'importance d'une approche territoriale qui prenne en compte à la fois les besoins médicaux et les contraintes sociales pour améliorer l'accès aux soins, la prévention et le maintien de l'autonomie.

4. Offre existante en santé et en prévention

L'analyse de l'offre existante en santé et en prévention à Lys-Haut-Layon vise à identifier les ressources mobilisables sur le territoire, leur répartition géographique, leur accessibilité et leur lisibilité pour les personnes âgées. Elle permet également de mettre en lumière les complémentarités existantes, mais aussi les limites de l'offre actuelle au regard des besoins identifiés, des vulnérabilités sociales et des spécificités territoriales.

4.1. Offre sanitaire et médico-sociale du territoire

Le territoire de Lys-Haut-Layon bénéficie d'une offre sanitaire et médico-sociale structurée, reposant sur la présence de professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens) et de services médico-sociaux intervenant à domicile ou en établissement.

Les services d'aide et de soins à domicile jouent un rôle central dans l'accompagnement des personnes âgées, notamment en matière de maintien à domicile, de prévention de la perte d'autonomie et de soutien aux situations de fragilité. Des établissements et services spécialisés complètent cette offre en apportant des réponses aux situations de dépendance plus avancées.

Le diagnostic met en évidence des tensions sur certains segments de l'offre, liées à la démographie médicale, aux délais d'accès et à la disponibilité des professionnels. Ces contraintes peuvent fragiliser la continuité des parcours de soins et accentuer les difficultés rencontrées par les personnes âgées les plus vulnérables.

A l'échelle de Cholet agglomération, le territoire dispose de :

- 5 Services de Soins Infirmiers à Domicile – SSIAD - (385 places), 7 résidences autonomie, 2 accueils de jour, 1 plateforme de répit Alzheimer ;
- Un taux d'équipement en EHPAD (106 pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, soit 10,6 %) inférieur aux moyennes départementale (11 %) et régionale (12 %).

Le territoire dispose de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et de résidences autonomie, mais l'offre reste inégalement répartie et parfois peu accessible pour les personnes âgées isolées ou en situation de précarité.

Lys-Haut-Layon se distingue par une forte proportion de personnes de 65 ans et plus sans médecin traitant. Cette situation ne peut être expliquée uniquement par la densité médicale communale, qui apparaît relativement élevée. En effet, l'analyse à l'échelle communale masque des réalités plus complexes.

Plusieurs communes limitrophes de Lys-Haut-Layon, ainsi que certaines communes plus à l'ouest de l'Agglomération du Choletais, ne disposent pas de médecins généralistes (*tableau 5*). Elles alimentent ainsi la patientèle des médecins installés à Lys-Haut-Layon. À l'échelle du bassin de vie de Vihiers, la densité de médecins généralistes est en réalité plus faible.

Cependant, cette faible densité à l'échelle du bassin de vie n'explique pas à elle seule la proportion élevée de personnes âgées sans médecin traitant, celle-ci étant plus importante qu'à l'échelle de l'Agglomération du Choletais, pourtant comparable en termes de densité médicale. Par ailleurs, les médecins récemment installés prennent en charge un nombre de patients inférieur à celui de leurs prédécesseurs dans la commune (amplitude horaire, et nombre de patients divisé par 2).

Par ailleurs, 37,5 % des médecins généralistes de Lys-Haut-Layon ont plus de 60 ans, ce qui laisse présager un renouvellement important à court ou moyen terme, dans un contexte où la population âgée est appelée à augmenter (*tableau 9*). Cette situation fait peser un risque accru de tension sur l'offre de soins dans les années à venir.

Tableau 9 : Offre médicale de proximité

	Nombre de médecins généralistes pour 10 000 habitants	Part des généralistes qui ont plus de 60 ans	Nombre d'infirmières libérales pour 10 000 habitants	Nombre de dentistes pour 10 000 habitants	Nombre de kinés pour 10 000 habitants
Lys-Haut-Layon	10,4	37,5 %	11,7	2,6	9,1
Bassin de vie de Vihiers	6,6	37,5 %	8,8	1,5	5,1
Agglo du Choletais	6,8	25,4 %	9,1	4,1	8,1
Maine-et-Loire	9	20,6 %	9,8	4,5	10,3
France	8,1	31,1 %	15,2	5,6	12,4

Source : Insee et CNOM, 2024

Concernant les autres professions :

- La densité d'infirmières libérales dans le bassin de vie de Vihiers est légèrement inférieure à celle de l'Agglomération du Choletais et du Maine-et-Loire ;
- Les densités de dentistes et de kinésithérapeutes sont nettement inférieures à celles observées dans les territoires de comparaison.

Ces éléments confirment les difficultés d'accès aux soins exprimées par les habitants lors des ateliers participatifs.

4.2. Actions de prévention santé sur le territoire de Lys-Haut-Layon

Les ateliers de lancement (9 juillet 2025) ont permis de dresser un premier état des lieux collectif. Le recensement des acteurs de proximité a montré la diversité du maillage territorial : services municipaux, CCAS, CLIC, structures médico-sociales, associations de solidarité, clubs d'aînés, commerçants et voisins (*voir annexe n°1*).

L'exploration des actions existantes a mis en évidence la variété des initiatives locales (*voir annexe n°2*) : repas et animations conviviales, visites à domicile, voiturage solidaire (*tableau 10*), actions de prévention santé, activités physiques adaptées, portage de repas, repérage des fragilités ou encore collectifs professionnels (*figure 4*).

Tableau 10 : Bilan septembre 2024 à août 2025 du Voiturage solidaire

par motif			Destination		
Administratif	15	1,25%	Angers	184	15,31%
Autres	60	4,99%	Cholet	240	19,97%
Courses	96	7,99%	Saumur	65	5,41%
Gare bus	9	0,75%	Vihiers	554	46,09%
Médical	1022	85,02%	Doué la Fontaine	47	3,91%
			Autres	112	9,32%
	1 202			1 202	

Source : Centre Socioculturel « Le Coin de la Rue »

Figure 4 : Les actions auprès des personnes de 65 ans et plus



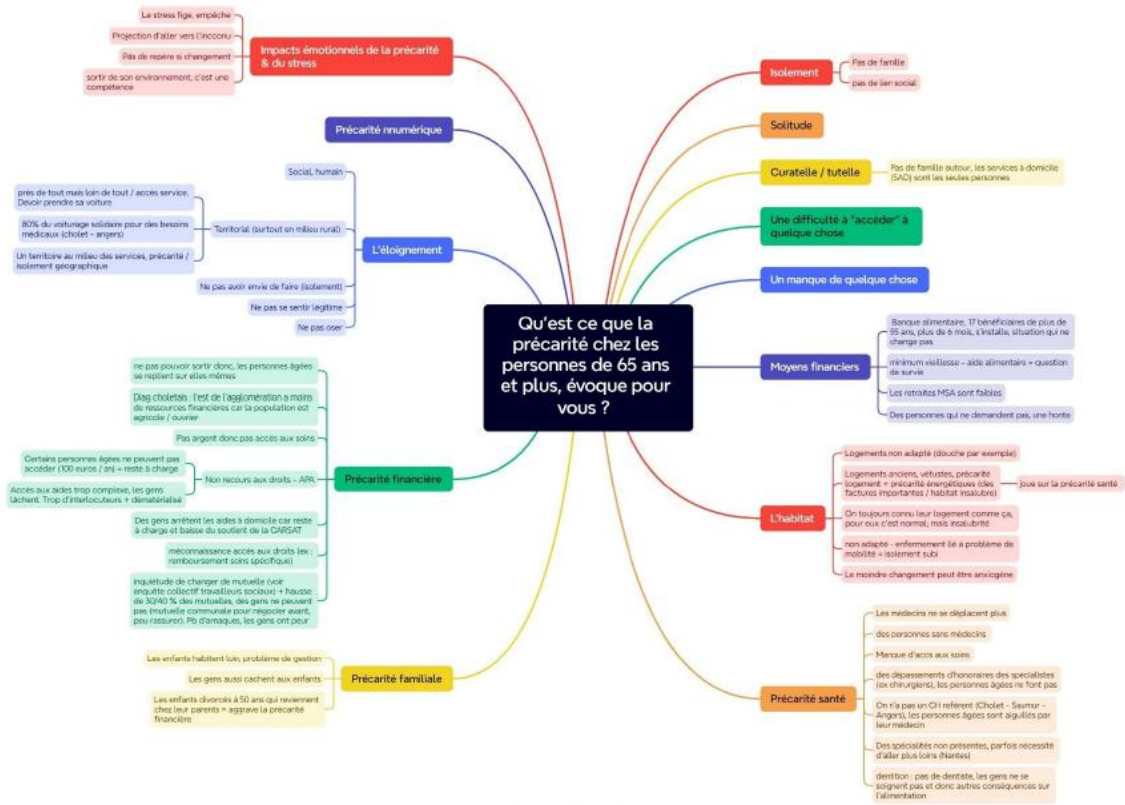
Source : Compte-rendu de la réunion de lancement, 9 juillet 2025.

Certaines actions reposent néanmoins sur des dynamiques locales solides et une bonne connaissance des publics, contribuant à proposer une prévention de proximité et à créer des espaces favorisant le lien social. Le Centre socio-culturel « Le Coin de la rue » en constitue un exemple structurant, avec une programmation régulière à destination des seniors entre septembre 2025 et juin 2026, incluant des activités hebdomadaires (gym équilibre, sophrologie, ateliers mémoire) visant le maintien des capacités physiques, cognitives et du bien-être psychique.

À ces actions s'ajoute une offre ponctuelle riche et diversifiée : temps d'échanges sur des thématiques de santé, réunions d'information (successions), ateliers bien-être (cap bien-être, atelier beauté), accompagnement à la transition vers la retraite, ateliers numériques, interventions ciblées (ergothérapeute et post-permis) ou encore programmes collectifs comme « Santé vous mieux » en lien avec plusieurs centres sociaux. Des initiatives favorisant le lien social de proximité sont également développées (visites à domicile, portage de livres, actions conviviales partenariales), renforçant la lutte contre l'isolement.

Un atelier consacré à la précarité a souligné la pluralité des réalités vécues : isolement relationnel, difficultés financières, habitat parfois inadapté, obstacles d'accès aux soins, éloignement géographique, fracture numérique ou encore tensions familiales. Ces dimensions sont souvent associées à des effets psychologiques tels que le stress, la honte ou la perte de repères (figure 5).

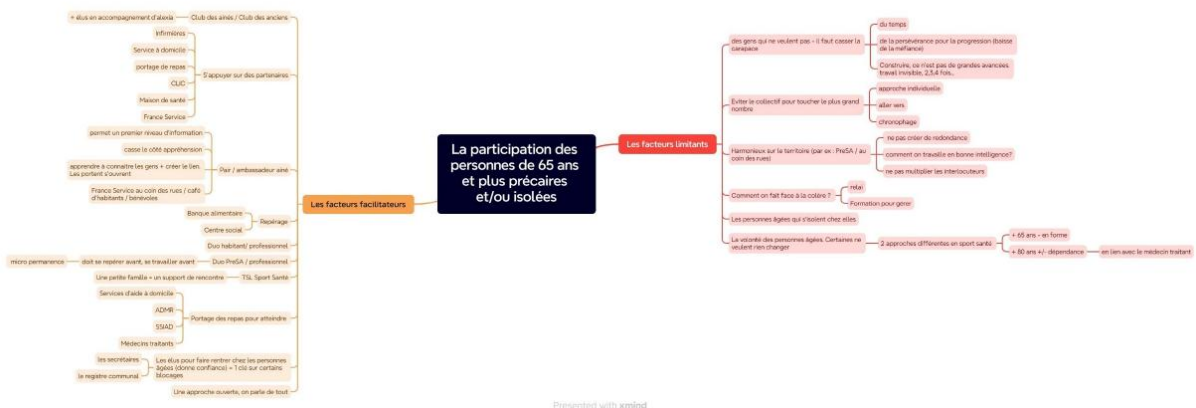
Figure 5 : précarité chez les personnes de 65 ans et plus, qu'est-ce que cela évoque pour vous ?



Source : Compte-rendu de la réunion de lancement, 9 juillet 2025.

Enfin, la réflexion sur la participation des personnes précaires et/ou isolées a permis d'identifier les éléments favorables (relais de proximité, démarches simples et conviviales, intermédiaires de confiance) et les limites (méfiance, isolement volontaire, multiplicité des interlocuteurs, difficulté d'adaptation aux profils) (figure 6).

Figure 6 : La participation des personnes de 65 ans et plus précaires et/ou isolées



Source : Compte-rendu de la réunion de lancement, 9 juillet 2025.

Ces échanges constituent une première étape de compréhension partagée de la réalité territoriale.

4.3. Une inscription dans un environnement interterritorial plus large

L'offre de santé et de prévention du territoire de Lys-Haut-Layon s'inscrit dans un environnement interterritorial plus large, structuré à la fois par les dynamiques du bassin de vie de Vihiers et par l'organisation de l'Agglomération du Choletais. Elle ne peut donc être appréhendée de manière isolée, tant les mobilités vers des pôles urbains comme Angers, Cholet ou Saumur sont fréquentes pour accéder aux soins spécialisés, aux examens complémentaires ou aux structures hospitalières.

Cette organisation traduit une forte interdépendance territoriale, dans laquelle les ressources de proximité (maisons de santé, pharmacies, professionnels paramédicaux, services d'aide à domicile) constituent des points d'appui essentiels, mais insuffisants pour répondre à l'ensemble des besoins, notamment en matière de spécialités médicales.

Cette polarisation de l'offre génère des déplacements réguliers, souvent contraignants, qui reposent largement sur la capacité à se déplacer, sur les solidarités familiales ou de voisinage, ainsi que sur des dispositifs de transport solidaire. Pour les publics les plus fragiles, en particulier les personnes âgées, isolées ou modestes, cette situation peut conduire à des renoncements aux soins. Comme l'exprime un habitant : *« Tout ce qui est en termes médicaux, quand même, par rapport aux soins, je veux dire, dentaire, c'est plus difficile. Parce qu'il est vrai qu'il faut se déplacer maintenant [...] pour aller à Cholet, à Angers, mais je ne vais pas faire ça toute ma vie. »*

À l'échelle de l'Agglomération du Choletais, si la densité médicale apparaît globalement comparable aux moyennes observées, sa répartition demeure hétérogène entre espaces urbains et ruraux.

Lys-Haut-Layon se caractérise ainsi par une tension relative, où la présence de médecins généralistes à l'échelle communale masque des fragilités plus marquées à l'échelle du bassin de vie, notamment en raison du vieillissement des professionnels et de l'augmentation attendue des besoins liée au vieillissement de la population.

Les constats issus des ateliers participatifs viennent confirmer ces difficultés : délais d'accès aux spécialistes jugés trop longs (souvent entre trois et six mois), déplacements perçus comme coûteux et contraignants, dépendance aux solidarités locales et sentiment d'inégalités territoriales dans l'accès à certaines spécialités (dentistes, ophtalmologues, ORL).

En matière de prévention, le territoire bénéficie d'un ensemble d'initiatives portées à différentes échelles (communale, associative, intercommunale), mais leur coordination et leur lisibilité restent perfectibles. Le diagnostic met ainsi en évidence un double enjeu : améliorer la circulation de l'information entre les acteurs et les habitants afin de rendre l'offre plus visible, et structurer une stratégie de prévention plus homogène et pérenne, capable de réduire les inégalités territoriales.

Plus largement, le diagnostic du Contrat Local de Santé (CLS) de Cholet Agglomération rappelle que l'amélioration de l'état de santé repose sur une approche globale intégrant à la fois l'organisation des soins et les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux. Si le territoire dispose d'atouts réels, comme un tissu associatif dense, une culture sportive développée et de nombreuses initiatives en matière d'activité physique, de nutrition ou de santé mentale, l'accès à ces actions demeure inégal, notamment pour les habitants des communes rurales, les personnes âgées ou les publics en situation de vulnérabilité.

Ces inégalités sont d'autant plus marquées que le territoire connaît un vieillissement important de sa population, avec près de 28 % des habitants âgés de 60 ans et plus, souvent confrontés à des situations d'isolement et à des parcours de vie à domicile de plus en plus complexes.

Par ailleurs, la faible lisibilité de l'offre de prévention, liée à la multiplicité des acteurs et à une communication insuffisamment structurée, constitue un frein majeur à l'appropriation des dispositifs par les habitants. Certains publics cumulent ainsi plusieurs vulnérabilités (isolement, précarité, fracture numérique), limitant leur accès aux actions, en particulier lorsque celles-ci reposent sur des canaux d'information institutionnels ou numériques.

Dans ce contexte, les orientations stratégiques issues du diagnostic du CLS⁵ insistent sur la nécessité d’agir de manière transversale sur les déterminants de santé (mobilité, alimentation, cadre de vie), de faire de la santé mentale une priorité face aux situations d’isolement, de renforcer la visibilité et la lisibilité des actions de prévention, et d’adapter les interventions aux spécificités territoriales et aux profils des populations (ruralité, seniors, aidants, publics précaires).

Le développement d’actions « d’aller-vers » apparaît également comme un levier essentiel pour toucher les publics les plus éloignés.

Enfin, la gouvernance et la coordination entre acteurs constituent des conditions indispensables à la réussite de ces orientations, impliquant une coopération renforcée entre professionnels de santé, acteurs sociaux, collectivités, associations et habitants.

Ainsi, plus qu’un déficit de ressources, l’analyse met en évidence un enjeu d’équilibre territorial, de coordination et d’anticipation démographique.

Dans un contexte de vieillissement accéléré et de renouvellement incertain des professionnels de santé, la consolidation des coopérations interterritoriales et la structuration d’une politique de prévention cohérente et lisible apparaissent comme des leviers prioritaires pour sécuriser les parcours de santé, en particulier ceux des personnes âgées à l’échelle de Lys-Haut-Layon et, plus largement, de Cholet Agglomération.

⁵ *Diagnostic territorial en santé, CLS Cholet Agglomération, Octobre 2025.*

Analyse des besoins de prévention en santé

L'analyse des besoins en prévention en santé s'inscrit dans le diagnostic territorial participatif mené à Lys Haut Layon. Elle s'appuie sur les enseignements issus du portrait territorial des aînés, de l'analyse de leur état de santé et de l'étude de l'offre existante en santé et en prévention.

Elle vise à mettre en perspective les besoins exprimés par les personnes âgées, les observations des acteurs locaux et les spécificités sociales et territoriales, afin d'identifier les priorités d'intervention du programme PréSA à Lys Haut Layon.

1. Besoins identifiés par les personnes âgées

Les échanges menés dans le cadre du diagnostic participatif mettent en évidence une aspiration commune : préserver l'autonomie, la santé et la qualité de vie, tout en maintenant le lien social et les habitudes quotidiennes. Les participants soulignent l'importance du domicile, des activités du quotidien, de la famille et des solidarités de proximité, tout en reconnaissant les fragilités liées à l'âge, à la santé ou aux spécificités du territoire rural (mobilité réduite, dispersion géographique, accès aux services).

Les entretiens réalisés auprès des habitants de Lys-Haut-Layon viennent approfondir ces constats en donnant à voir des parcours de vie marqués par l'avancée en âge, l'isolement et une forte volonté de rester à domicile. Malgré la diversité des profils rencontrés, tous expriment une volonté forte de préserver leur autonomie et leur qualité de vie, comme le résume une habitante du Voide : « *Je veux garder ma liberté* ».

Cette section présente les principaux besoins exprimés, classés par thématique : nutrition et alimentation, activité physique et mobilité, bien-être psychologique, santé cognitive, vue et audition, isolement et lien social. Chaque sous-partie illustre les ressources mobilisées par les habitants ainsi que les obstacles rencontrés.

L'objectif est de donner une vision complète des priorités et attentes des personnes âgées, tout en mettant en lumière les leviers d'action possibles pour améliorer leur quotidien, prévenir la perte d'autonomie et favoriser le bien-vieillir.

1.1. Nutrition et alimentation

Les ateliers menés à Nueil-sur-Layon, Trémont, Vihiers et Le Voide, complétés par le porteur de parole, mettent en évidence l'importance centrale de l'alimentation dans le quotidien des habitants, à la fois comme levier de santé, facteur de plaisir et support de lien social. « *Il est important de bien manger, surtout équilibré* », rappellent ainsi des participants, soulignant que l'alimentation dépasse la seule dimension nutritionnelle pour contribuer à la qualité de vie.

Dans plusieurs communes, le jardin et la cuisine maison apparaissent comme des ressources essentielles. À Nueil-sur-Layon comme à Vihiers, les habitants valorisent l'autoproduction et les circuits courts : « *Je me fais à manger, je n'achète pas de légumes ni de fruits car j'ai mon potager* » (H, 88 ans). Cette pratique favorise à la fois l'équilibre alimentaire, l'autonomie et le sentiment d'utilité. Une habitante de 88 ans, à Trémont, s'inscrit dans cette logique en indiquant veiller à « *manger sainement, équilibré avec protéines* ». Toutefois, ces habitudes évoluent avec l'âge, avec une adaptation progressive des régimes (moins de viande, contraintes digestives, allergies), comme l'exprime un habitant de Vihiers : « *J'ai des soucis gastriques donc je mange sans beurre, sans gras, c'est maigre* ».

Cependant, ces pratiques sont fragilisées par plusieurs facteurs. La perte d'appétit, les troubles de santé ou la fatigue peuvent entraîner une dégradation de l'alimentation. Une habitante de Nueil-sur-Layon (88-89 ans) témoigne ainsi : « *J'ai perdu du poids... j'ai du mal à manger* ». De même, la santé bucco-

dentaire constitue un frein important : prothèses ou douleurs rendent certains aliments difficiles à consommer et peuvent limiter le plaisir de manger.

La question de la mobilité apparaît également déterminante. À Trémont, les participants soulignent : « *On peut bien manger quand on est mobile, ce sera plus compliqué si l'on ne conduit plus* ». L'accès aux commerces, aux professionnels de santé (notamment dentistes) ou aux produits de qualité dépend fortement de la capacité à se déplacer, souvent jusqu'à Angers ou Cholet. Cette contrainte est renforcée par le contexte rural.

Face à ces difficultés, les habitants mobilisent différentes ressources : aide à domicile (ADMR), portage de repas, épiceries mobiles, voiture solidaire. Ces dispositifs sont globalement appréciés mais présentent certaines limites. Le portage de repas, par exemple, peut être perçu comme peu flexible ou peu adapté aux goûts : « *On prend ce qu'il y a dans les plateaux repas* » ou encore « *J'aime cuisiner et je ne suis pas sûre que mon mari va aimer* ». À l'inverse, l'accompagnement par des professionnels, comme une nutritionniste, est valorisé : « *Avec une nutritionniste, on apprend des choses* ».

Enfin, la dimension sociale de l'alimentation apparaît essentielle. La solitude impacte directement les pratiques alimentaires : « *Pas envie de manger ou cuisiner quand on est seul, il faut inviter du monde* », expriment des habitants du Voide. Le repas reste un moment structurant, comme le rappellent les participants : « *La malnutrition commence par le fait qu'on ne prenne pas le temps. Bien manger passe par le fait d'être assis à table* ».

Ainsi, les besoins identifiés autour de l'alimentation s'inscrivent à la croisée de plusieurs enjeux : santé, autonomie, mobilité et lien social. Ils mettent en évidence la nécessité de proposer des réponses souples, accessibles et adaptées aux situations individuelles, conciliant accompagnement nutritionnel, maintien du plaisir de manger et lutte contre l'isolement.

Analyse et recommandations

- Renforcer l'accès aux professionnels de santé, notamment dentistes et nutritionnistes, via des permanences locales, des services itinérants ou des consultations à domicile.
- Soutenir la mobilité et l'accès à l'alimentation : transport solidaire, portage de repas plus flexible, livraison de courses, développement d'épiceries mobiles ou automatiques.
- Favoriser la convivialité : ateliers cuisine, repas partagés, valorisation des jardins et circuits courts.
- Accompagner les problématiques de santé liées à l'alimentation (bucco-dentaire, régimes spécifiques, effets des traitements).
- Améliorer la communication sur les services existants afin de faciliter leur appropriation par les habitants.

En conclusion, l'ensemble des contributions confirment que bien manger est un équilibre entre santé, autonomie et plaisir, mais que les habitants sont confrontés à des contraintes liées à la mobilité, aux soins dentaires, au budget et à la solitude. Les solutions locales, solidaires et adaptées, combinées à une information proactive, apparaissent comme les leviers essentiels pour maintenir la santé, l'équilibre alimentaire et le plaisir de manger au quotidien.

1.2. Activité physique, mobilité et prévention des chutes

Les échanges menés dans les ateliers et les entretiens soulignent l'importance centrale de l'activité physique et de la mobilité dans le maintien de l'autonomie, de la santé et du bien-être. Bouger, marcher, jardiner ou participer à des activités associatives constitue à la fois un levier de prévention et un facteur d'équilibre moral. Comme le résumait plusieurs participants, « *si on reste tranquille, on s'encroute même moralement* », mettant en évidence le lien étroit entre activité physique, lien social et qualité de vie.

Dans l'ensemble des communes, les pratiques sont variées et souvent intégrées au quotidien : marche, jardinage, vélo, bricolage ou encore gym douce. À Nueil-sur-Layon, certains habitants s'inscrivent dans une logique de progression et de régularité : « *Le rhumatologue a dit de marcher. Tous les 2 mois, 1 km de plus* ». De même, un habitant de 77 ans, à Nueil-sur-Layon, maintient des habitudes actives qui participent à son autonomie. Les activités collectives (gym, aquagym, théâtre, clubs) jouent également un rôle moteur, en combinant activité physique et sociabilité.

Toutefois, cette dynamique est fragilisée par plusieurs facteurs. La pandémie de Covid-19 a durablement perturbé les habitudes : « *Le Covid a coupé le lien social et encore maintenant, pas le même lien social* », entraînant une perte de motivation et des difficultés à reprendre les activités. Les habitants insistent sur la nécessité d'un cadre souple et convivial pour favoriser l'engagement : « *Il faut de la souplesse dans les activités proposées [...] besoin de voir du monde : important pour bouger* ».

Les limitations physiques liées à l'âge constituent un frein majeur, une habitante de plus de 80 ans au Voide, exprime clairement cette évolution : « *C'est mon corps qui lâche... j'ai énormément de mal à marcher maintenant* ». De même, un habitant de 88 ans, à Saint-Paul-du-Bois, souligne : « *Je ne peux pas marcher longtemps et ça me fait mal* ». L'activité physique est alors vécue davantage comme une contrainte que comme un plaisir : « *Je marche parce qu'il faut marcher* », confie une habitante. Cette réalité met en évidence un besoin d'activités adaptées, progressives et sécurisées, permettant de redonner confiance et envie.

La peur de la chute apparaît comme un facteur déterminant dans la limitation des déplacements. Plusieurs habitants évoquent des chutes passées : « *Je suis tombée beaucoup du côté gauche* » ou des inquiétudes liées à leur sécurité : « *J'aimerais avoir un médaillon pour appeler quand je suis à l'extérieur* ». Ces craintes conduisent parfois à un repli, notamment pour les déplacements seuls. Une habitante exprime ainsi un besoin clair : « *Si j'avais quelque chose qui me permettait de plus me sécuriser, j'irais marcher* ».

Les conditions matérielles et environnementales jouent également un rôle essentiel. L'adaptation du logement constitue un levier important de prévention : « *Mon bailleur est venu pour électrifier mes volets... ça va m'aider car j'ai des difficultés dans les bras* », ou encore « *la douche était vieille [...] je suis tombée [...] le bailleur est venu faire les travaux* ». À l'inverse, des infrastructures extérieures inadaptées (manque d'éclairage, chemins peu sécurisés) limitent les déplacements, notamment en soirée.

La mobilité territoriale est un enjeu central, particulièrement en milieu rural. L'accès aux activités, aux soins ou aux commerces dépend fortement de la capacité à se déplacer. Le transport solidaire apparaît comme une ressource essentielle et largement valorisée. Une habitante souligne ainsi : « *C'est une très très bonne initiative* », tandis que d'autres apprécient également sa dimension relationnelle : « *C'est plus confortable et on discute* ». Une habitante de 91 ans explique : « *J'utilise le voiturage solidaire pour mes rendez-vous [...] sinon je ne vais pas marcher seule* ». Malgré cela, la dépendance à la voiture reste forte, et la perspective de ne plus conduire constitue une source d'inquiétude importante.

Enfin, les habitants mobilisent différentes ressources pour maintenir leur activité : kinésithérapie, équipements adaptés (vélo d'appartement, bâtons de marche), activités associatives ou entraide de proximité. Toutefois, certains freins persistent, notamment en matière d'accès aux soins : « *Je n'ai plus de kiné car ce n'est plus pris en charge* » ou de disponibilité des services.

Ainsi, les besoins identifiés autour de l'activité physique et de la mobilité s'inscrivent dans une approche globale, associant prévention des chutes, maintien des capacités physiques, sécurité des déplacements et lien social.

Analyse et recommandations

- Renforcer la motivation et l'accompagnement : proposer des activités en groupe ou en binôme, fixer des objectifs progressifs et valoriser les bénéficiaires sur le moral et l'autonomie.
- Améliorer l'accessibilité et la sécurité : aménager les chemins de marche, renforcer l'éclairage public, adapter les logements (douches, volets, accès) pour prévenir les chutes.
- Développer une offre diversifiée et flexible : activités physiques adaptées, horaires souples, formats de proximité ou à domicile.
- Valoriser les ressources locales : transport solidaire, services d'aide à domicile, associations sportives et initiatives intergénérationnelles.
- Renforcer l'information : mieux faire connaître les dispositifs existants et les actions de prévention.

En conclusion, l'activité physique et la mobilité apparaissent comme des leviers essentiels du bien vieillir, mais restent fortement conditionnées par la santé, la sécurité, l'environnement et le lien social. Une approche coordonnée, combinant aménagements, accompagnement et dynamique collective, est nécessaire pour soutenir durablement l'autonomie des habitants et prévenir les situations de repli et de dépendance.

1.3. Bien-être psychologique et moral

Le bien-être psychologique des habitants de Lys-Haut-Layon repose sur un équilibre fragile entre santé, lien social, sentiment d'utilité et conditions de vie. Les échanges menés lors des ateliers et des entretiens montrent une aspiration forte à « *garder le moral* », souvent associée à la capacité à rester actif, à voir du monde et à conserver des habitudes quotidiennes structurantes.

Dans plusieurs communes, les habitants soulignent l'importance des lieux et occasions de sociabilité. À Nueil-sur-Layon, les cafés, bibliothèques, clubs ou activités culturelles constituent des repères essentiels du quotidien : « *Aller voir mes copines, sortir. J'aime bien bavarder* ». Ces moments d'échange participent directement au bien-être, en rompant l'isolement et en donnant du rythme aux journées. De la même manière, les activités extérieures comme le jardinage ou la marche sont fréquemment associées à un meilleur équilibre moral, en combinant activité physique, contact avec la nature et sentiment d'utilité.

Toutefois, ces équilibres restent précaires et fortement dépendants de l'état de santé. Comme le résumait certains habitants, « *quand il y a la santé, tout va* ». À l'inverse, les difficultés d'accès aux soins, le manque de professionnels de santé ou les contraintes de mobilité génèrent des inquiétudes, voire un sentiment d'abandon : « *Pas de médecin sur ma commune* », « *On a l'impression que c'est pour le fric, vous nous laissez mourir chez nous* ». Ces propos traduisent une anxiété réelle face aux fragilités du système local de soins et à la dépendance croissante.

Les entretiens viennent illustrer de manière concrète ces vécus. Au Voide, une habitante âgée de plus de 80 ans, décrit un repli progressif lié à la perte de mobilité et à la fatigue : « *Je sens bien qu'au fil du temps, je suis plus réticente à sortir* ». Cette évolution témoigne d'un glissement insidieux vers l'isolement, souvent renforcé par la diminution des capacités physiques.

À Vihiers, une habitante de 89 ans, évoque quant à elle la difficulté d'accepter les transformations liées à l'âge : « *Je n'accepte pas bien ce handicap-là* ». Cette parole met en lumière un enjeu majeur du vieillissement : l'adaptation psychologique à la perte d'autonomie, qui peut générer frustration,

inquiétude ou sentiment d'injustice. Elle fait également écho à la notion de déprise, entendue comme un processus d'ajustement progressif aux limitations liées à l'avancée en âge.

Le sentiment de solitude apparaît comme un facteur central de fragilisation. Une habitante de 95 ans, vivant seule à Vihiers, exprime avec simplicité cette réalité du grand âge : « *Ici, je suis seule, il ne se passe rien* ». Cette situation, fréquente chez les personnes veuves et très âgées, souligne l'importance du maintien de relations régulières, même modestes. Dans ce contexte, certaines personnes expriment un besoin explicite de soutien émotionnel : « *J'ai besoin d'être rassurée* », traduisant une attente d'écoute et de présence.

À Trémont, une habitante de 91 ans témoigne également de l'impact du veuvage sur le moral et la participation sociale : « *Je fais du tricot, ça m'occupe. Je ne vais plus au club depuis la mort de mon mari, il y a 9 ans. Toute une après-midi, c'est trop long* ». Ce type de situation met en évidence des freins psychologiques et émotionnels à la reprise d'activités collectives, malgré leur intérêt reconnu.

À l'inverse, certains habitants parviennent à préserver leur bien-être en s'appuyant sur des ressources personnelles et collectives. Au Voide, l'engagement bénévole et la participation à des actions collectives renforcent le sentiment d'utilité : « *Se sentir utile donne le moral* », ou encore « *aller marcher, se reconnecter à la nature, rencontrer d'autres personnes, ça redonne le moral* ». Ces dynamiques positives montrent l'importance des rôles sociaux et de la participation active dans le maintien du bien-être.

Ainsi, le bien-être psychologique apparaît comme étroitement lié à plusieurs facteurs interdépendants :

- la santé physique, qui conditionne les capacités d'action et de déplacement ;
- le lien social, essentiel pour rompre l'isolement ;
- le sentiment d'utilité, notamment à travers les activités ou le bénévolat ;
- et les conditions territoriales, en particulier l'accès aux services et aux lieux de rencontre.

Analyse et recommandations

- Renforcer le lien social de proximité : développer des temps conviviaux, des visites à domicile, des actions intergénérationnelles et des espaces de rencontre accessibles.
- Soutenir les personnes en situation de rupture (deuil, perte d'autonomie) : proposer des temps d'écoute, des groupes de parole ou des accompagnements adaptés.
- Valoriser le sentiment d'utilité : encourager l'engagement bénévole, les échanges de services et les initiatives locales.
- Faciliter l'accès aux services de santé : lutter contre le sentiment d'abandon en améliorant la présence ou la lisibilité des dispositifs existants.
- Adapter les formats d'activités : proposer des temps courts, souples et progressifs pour lever les freins psychologiques à la participation.

En conclusion, le bien-être psychologique des personnes âgées du territoire de Lys-Haut-Layon repose sur un équilibre sensible entre santé, mobilité et lien social, régulièrement fragilisé par l'avancée en âge, les parcours de vie et les situations d'isolement. Les différences territoriales mettent en évidence des réalités contrastées : Nueil-sur-Layon et Trémont apparaissent plus exposés au manque de services et à l'isolement, tandis que Vihiers bénéficie d'une offre plus concentrée mais reste marqué par les effets du deuil et de la solitude. Le Voide, quant à lui, illustre davantage des dynamiques d'engagement et de sentiment d'utilité.

Les entretiens montrent que, malgré ces fragilités, les habitants s'appuient sur des ressources essentielles, notamment l'entourage, les activités quotidiennes et les relations de proximité, pour

préserver leur moral. Les verbatims soulignent ainsi l'importance des liens familiaux, amicaux et des activités pour trouver du réconfort et maintenir un équilibre émotionnel. Toutefois, ces ressources ne suffisent pas toujours à compenser les effets de l'isolement, des problèmes de santé ou des contraintes de mobilité.

Ces constats mettent en évidence un besoin renforcé d'accompagnement, à la fois sur le plan psychologique et relationnel, afin de soutenir les personnes dans les périodes de fragilité, de maintenir le lien émotionnel et de favoriser un vieillissement serein, digne et inclusif.

1.4. Santé cognitive

La santé cognitive, qui englobe la mémoire, l'attention, la concentration et les capacités de compréhension, apparaît comme un enjeu central du bien-vieillir pour les habitants de Lys-Haut-Layon. Les échanges mettent en évidence une forte mobilisation autour d'activités permettant de « *faire travailler la tête* », souvent sans que celles-ci soient explicitement identifiées comme des actions de prévention.

Les habitants s'appuient largement sur des activités du quotidien pour entretenir leurs capacités cognitives. La lecture, les jeux de société ou les activités culturelles sont fréquemment cités. Une habitante de 88 ans, à Trémont, explique ainsi : « *j'ai de quoi m'occuper* », en évoquant notamment la lecture et les jeux, tandis qu'une habitante de 82 ans souligne l'importance de « *TV, lecture, belote* » pour rester active mentalement. Ces pratiques, accessibles et familières, contribuent à la fois à la stimulation cognitive et au maintien d'un certain rythme de vie.

Les activités collectives jouent également un rôle important, en associant stimulation intellectuelle et lien social. Les clubs, la belote, le scrabble ou le bénévolat sont perçus comme des leviers efficaces : « *Club, bénévolat* » ou encore « *Scrabble* », « *Belotte* ». À travers ces pratiques, les habitants entretiennent leur mémoire tout en préservant des interactions sociales essentielles, en particulier pour les personnes vivant seules.

Certaines activités du quotidien, comme le jardinage, participent également à cette stimulation. Un habitant de 88 ans décrit ainsi son engagement : « *Je suis souvent à l'extérieur à faire mon jardin potager et à couper du bois* ». Ces activités sollicitent à la fois la mémoire, l'organisation et la concentration, tout en procurant un sentiment d'utilité et de satisfaction. De la même manière, des pratiques comme l'écriture sont valorisées : une habitante de Nueil-sur-Layon explique « *j'écris l'histoire des autres, ça me fait plaisir et ça permet de rencontrer du monde* », illustrant le lien entre stimulation cognitive, expression personnelle et sociabilité.

Les entretiens mettent toutefois en évidence une fragilisation progressive des capacités cognitives, souvent associée à l'âge, à la solitude ou aux problèmes de santé. Un habitant de 77 ans, à Nueil-sur-Layon, exprime ainsi une forme de vigilance face à cette évolution : « *ça me permet de savoir si je peux encore faire quelque chose* ». Cette remarque traduit une inquiétude diffuse quant au maintien des capacités, mais aussi une volonté de rester actif et autonome.

La motivation et la régularité apparaissent comme des facteurs déterminants. Une habitante de Trémont souligne : « *La volonté est importante, si on est intéressé, on retient plus facilement* ». Le lien social joue également un rôle clé : « *Aller vers les autres, on ne voit pas le temps passer* », témoigne une habitante du Voide, montrant que les interactions sociales participent directement à la stimulation cognitive.

Des différences territoriales apparaissent également. À Nueil-sur-Layon, la solitude constitue un facteur de fragilisation important, rendant plus difficile l'accès à des activités stimulantes. À Trémont, les habitants évoquent davantage le recours à des exercices cognitifs ou à un suivi thérapeutique. À Vihiers, la présence de services et de réseaux relationnels favorise les échanges réguliers, tandis qu'au Voide, les interactions intergénérationnelles et les activités collectives sont particulièrement valorisées.

Ainsi, la santé cognitive repose sur une combinaison de stimulation intellectuelle, activité sociale et engagement quotidien, souvent ancrée dans des pratiques simples et accessibles.

Analyse et recommandations

- Renforcer l'accès à des activités de stimulation cognitive : ateliers mémoire, jeux, activités culturelles ou créatives, en proximité.
- Valoriser les pratiques existantes : lecture, jardinage, jeux, bénévolat, en les intégrant dans une approche de prévention.
- Favoriser le lien social : développer des activités collectives régulières, notamment pour les personnes isolées.
- Adapter les formats : proposer des actions accessibles, souples et adaptées aux capacités de chacun.
- Mieux informer : rendre visibles les ressources locales (centres socioculturels, associations, ateliers) et encourager la participation.

En conclusion, les habitants mobilisent déjà de nombreuses ressources pour entretenir leurs capacités cognitives, souvent de manière informelle. Toutefois, les entretiens révèlent un besoin implicite de structuration et d'accompagnement, en particulier pour les personnes les plus isolées, afin de soutenir durablement le maintien des capacités cognitives et de prévenir leur dégradation.

1.5. Vue et audition

L'ensemble des participants souligne que bien voir et bien entendre sont essentiels pour rester autonome et maintenir le lien social. Comme l'exprime une habitante de Nueil-sur-Layon : « *La vue, c'est la vie* », tandis qu'une participante de 91 ans précise que ses appareils auditifs ne sont portés qu'occasionnellement, selon le contexte : « *J'ai des nouveaux appareils mais je les mets que de temps en temps. Quand je suis en famille, je les enlève, ils parlent trop fort.* »

La perception de la perte sensorielle diffère selon les territoires et les expériences personnelles. À Trémont, la dégradation de la vue ou de l'audition est souvent considérée comme une fatalité : « *Les médecins disent « c'est normal à votre âge »* ». À Vihiers et Nueil-sur-Layon, les habitants adoptent une approche plus proactive, recherchant des solutions pour préserver leur autonomie et continuer à participer aux activités sociales. Le porteur de parole montre que l'usage des appareils auditifs peut rester difficile : « *J'ai eu un appareil, il y a 20 ans mais une conversation à plusieurs, ce n'était pas agréable. À deux, ça allait, mais j'ai arrêté de les porter* » (H, 88 ans). Ces témoignages illustrent la complexité du confort et de l'adaptation aux aides techniques, surtout en contexte social. Ils montrent également qu'une expérience négative peut constituer un frein durable à leur utilisation. Cela souligne l'importance d'un accompagnement dans la durée et d'un suivi adapté, afin de sécuriser le parcours des personnes et de favoriser l'appropriation des aides techniques.

Les déplacements pour consulter des spécialistes représentent un défi majeur dans les territoires ruraux. Plusieurs habitants témoignent de l'organisation complexe des soins : « *J'ai été opéré de la cataracte. J'ai tout eu, je vais consulter à Trélazé. Pour conduire, ce n'est plus possible* » (F), ou encore : « *J'ai été opéré de la cataracte à Cholet. Ils nous mettent tous à la même heure et en file indienne hop on passe les uns après les autres. Après, il faut y retourner plusieurs fois* » (H). L'accessibilité financière et logistique des appareils auditifs reste un obstacle : le coût élevé conduit souvent les habitants à différer l'équipement, alors que les lunettes sont adoptées plus naturellement.

La solidarité locale et les services de transport sont essentiels pour pallier les inégalités d'accès aux soins. Le transport solidaire est perçu comme un service incontournable, permettant aux habitants de se rendre à Angers, Cholet ou Saumur, là où les spécialistes sont concentrés. Les clubs seniors, la famille et les voisins jouent également un rôle central dans le maintien de la vie sociale. Les habitants

expriment toutefois un manque de communication proactive sur les ressources existantes : « *Aller chercher l'information ce n'est pas à la portée de tous, il faudrait une démarche proactive* » (Le Voide).

Analyse et recommandations :

- Accompagnement à l'usage des appareils auditifs : les difficultés liées à la compréhension dans les situations de groupe et le confort d'utilisation nécessitent un soutien et des conseils individualisés.
- Accessibilité aux soins : réduire les contraintes de déplacement, optimiser la coordination des rendez-vous et développer des permanences locales pour ophtalmologie et audiologie.
- Communication et information : centraliser et diffuser clairement les informations sur les services existants via médecins, mairies, pharmacies, journaux locaux ou supports imprimés (flyers).
- Prévention et sensibilisation : intégrer des ateliers de prévention dans les clubs seniors et sensibiliser à l'importance d'un dépistage précoce de la vue et de l'audition.
- Equité territoriale : renforcer la répartition des professionnels de santé et favoriser l'accès aux équipements pour tous, indépendamment du lieu de résidence.

En conclusion, les ateliers et le porteur de parole confirment que vue et audition sont au cœur de l'autonomie et de la vie sociale, mais que des disparités territoriales persistent en termes de mobilité, de coût et d'accès aux spécialistes. La combinaison de solutions locales (transport solidaire, clubs seniors, permanences), d'une communication proactive et d'un accompagnement à l'usage des appareils constitue une piste essentielle pour réduire ces inégalités et soutenir les habitants dans leur quotidien.

1.6. Isolement et lien social

L'isolement social constitue un enjeu majeur pour les habitants de Lys-Haut-Layon, particulièrement marqué dans les entretiens réalisés auprès de personnes âgées vivant seules, souvent veuves et avançant en âge. Ces situations révèlent une grande diversité de vécus, allant d'un isolement subi à des formes d'équilibre reposant sur des liens sociaux maintenus.

Les entretiens montrent que le lien familial, bien que central, est inégalement présent. Certaines personnes bénéficient d'une proximité rassurante, comme cette habitante de 91 ans qui explique : « *Je vois du monde tous les jours avec les ADMR et le weekend, mon fils habite à 200 m donc il vient me voir si j'ai besoin* ». À l'inverse, d'autres expriment une forme de solitude malgré l'existence de proches : « *J'ai 4 enfants, il y a un de mes fils qui n'est pas loin mais il ne vient pas souvent* », illustrant un décalage entre proximité géographique et lien effectif.

Pour les personnes les plus isolées, les entretiens mettent en évidence des situations de rupture relationnelle marquée. Un habitant de 88 ans confie : « *Je n'ai pas d'enfant, ma sœur ne veut plus trop que j'aille la voir. Mon voisin le plus proche est à 500 m* », traduisant un isolement à la fois familial et territorial. De manière encore plus marquée, une habitante de 95 ans, à Vihiers, évoque son quotidien : « *Ici, je suis seule, il ne se passe rien* », révélateur de l'isolement profond pouvant accompagner le grand âge.

Les relations de voisinage apparaissent alors comme des ressources précieuses, bien que variables selon les situations. Certains habitants évoquent simplement « mes voisins » comme soutien, ou encore « *tant que la langue va, c'est que ça va* », soulignant l'importance des échanges, même ponctuels, dans le maintien du lien social.

Les entretiens montrent également que les activités sociales et les lieux de sociabilité jouent un rôle déterminant. Un habitant de 77 ans, à Nueil-sur-Layon, explique ainsi : « *Je vais au bistrot... ça me ressource* », illustrant l'importance des lieux informels dans le maintien d'un équilibre social. Toutefois,

la participation aux activités collectives n'est pas systématique. Certains habitants expriment un désintérêt ou une inadéquation avec l'offre proposée : « *La belotte ça ne m'intéresse pas. J'allais à la marche mais j'y vais moins* », ce qui peut accentuer le retrait social.

Les attentes exprimées dans les entretiens mettent en évidence un besoin d'activités adaptées et non stigmatisantes. Une habitante au Voide, formule clairement cette attente : « *recréer du lien... des activités adaptées* », tandis qu'elle rejette certaines formes de regroupement perçues comme réductrices : « *Je n'ai pas envie d'être avec que des gens qui vont me parler de la maladie* ». Ces propos soulignent l'importance de proposer des actions valorisantes, centrées sur les envies et les capacités des personnes, plutôt que sur leurs fragilités.

Les freins à la vie sociale identifiés dans les entretiens sont multiples : perte de mobilité, fatigue, problèmes de santé, mais aussi éloignement géographique et dépendance aux transports. Dans ce contexte rural, la capacité à se déplacer conditionne fortement l'accès aux relations sociales. Les services comme le transport solidaire ou l'intervention des aides à domicile deviennent alors des leviers essentiels pour rompre l'isolement.

Enfin, les entretiens mettent en lumière le rôle clé des acteurs locaux et des solidarités de proximité. Les aides à domicile, les bénévoles, les assistantes sociales « *J'ai une assistante sociale qui m'aide pour avoir les bons professionnels* » ou encore les réseaux associatifs contribuent à maintenir un lien, parfois minimal mais essentiel.

Ainsi, l'isolement ne se résume pas à une absence de relations, mais renvoie à une fragilité des liens existants, dépendante de nombreux facteurs : santé, mobilité, environnement et parcours de vie.

Analyse et recommandations

- Repérer et accompagner les situations d'isolement : développer des actions de veille et des visites à domicile pour les personnes les plus éloignées des dispositifs.
- Proposer des activités adaptées et valorisantes : diversifier l'offre en tenant compte des attentes, éviter les approches stigmatisantes et favoriser les formats souples.
- Renforcer les mobilités : consolider les dispositifs de transport solidaire pour faciliter l'accès aux activités et aux relations sociales.
- Soutenir les solidarités de proximité : valoriser le rôle des voisins, des bénévoles et des services d'aide à domicile.
- Développer des actions « d'aller-vers » : informer directement les habitants isolés et créer des opportunités de rencontre accessibles.
- Favoriser les approches intergénérationnelles : créer des liens entre générations pour enrichir les interactions sociales.

En conclusion, les entretiens mettent en évidence un isolement aux formes multiples, allant du retrait progressif à des situations de solitude profonde. Si des ressources existent, elles restent inégalement mobilisées ou accessibles. Ces constats soulignent la nécessité de développer des réponses souples, de proximité et centrées sur les personnes, afin de maintenir le lien social, prévenir le repli et favoriser un vieillissement inclusif sur l'ensemble du territoire.

2. Constats et analyses des acteurs du territoire

2.1. Un territoire dynamique mais confronté à des fragilités

Les échanges lors de l'atelier du 21 octobre 2025 mettent en évidence un territoire structuré autour d'une offre de soins de proximité dynamique, portée notamment par la Maison de Santé Pluridisciplinaire et des partenariats actifs entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et associatifs, mais confronté à des fragilités persistantes dans l'accès aux droits et aux soins.

Les professionnels soulignent des avancées en matière de prévention (ICOPE, dépistages, activité physique adaptée sur ordonnance, actions nutritionnelles), ainsi qu'une volonté d'éviter les ruptures de parcours via des consultations avancées et des dispositifs coordonnés.

Toutefois, plusieurs freins majeurs subsistent : difficultés de mobilité (transport solidaire insuffisant, faible recours au TPMP), complexité administrative, reste à charge financier pour certains publics et manque d'adhésion à certaines actions de prévention (vaccination, dépistages). La précarité est décrite avant tout comme relationnelle et affective, se traduisant par de l'isolement, un recours tardif aux soins et une difficulté à mobiliser les publics, notamment les aidants.

Par ailleurs, des tensions fortes sont identifiées sur certaines ressources, comme l'accès aux soins psychologiques et dentaires, ou encore le manque de solutions de répit pour les aidants.

Enfin, les acteurs insistent sur la nécessité de renforcer les démarches d'« aller-vers », d'adapter les actions aux réalités du terrain (hors les murs, ancrage dans les lieux de vie), et de mieux articuler les interventions entre prévention, soin, accompagnement social et cadre de vie, afin de répondre de manière plus globale aux besoins des personnes âgées du territoire.

2.2. Profil des acteurs interrogés dans le cadre du questionnaire

Le questionnaire diffusé auprès des acteurs du territoire est venue confirmer et abonder les ateliers.

L'analyse des profils des 16 répondants met en évidence une diversité d'acteurs impliqués dans le territoire, avec une répartition relativement équilibrée entre plusieurs champs d'intervention. Les professionnels de santé représentent 25 % des répondants (4 personnes), suivis des bénévoles associatifs (18,75 %, soit 3 personnes) et de plusieurs catégories à parts égales (12,5 %, deux personnes) comprenant les travailleurs sociaux, les responsables de structure (dont ADMR) ainsi que les acteurs du lien social et de la coordination (centres sociaux, plateforme de répit des aidants). Les autres profils sont plus ponctuels, avec un représentant pour les établissements de santé, un agent de collectivité et un dispositif spécifique lié à l'habitat. Globalement, la moitié des répondants (50 %) relève du champ sanitaire et médico-social, tandis que 25 % appartiennent au secteur associatif et au lien social, et les 25 % restants aux acteurs institutionnels ou dispositifs spécifiques, traduisant une pluralité de regards complémentaires sur les problématiques du territoire.

La répartition selon l'ancienneté révèle également une structuration intéressante des profils. Près de 44 % des répondants disposent de plus de 10 ans d'expérience, témoignant d'un fort ancrage territorial et d'une connaissance approfondie des évolutions locales. À l'inverse, environ 31 % ont moins de 2 ans d'ancienneté, ce qui montre une présence significative de nouveaux acteurs. Les profils intermédiaires sont moins représentés, avec 12,5 % entre 2 et 5 ans et 12,5 % entre 5 et 10 ans. Cette configuration met en évidence une double dynamique : d'un côté, une expertise historique solide portée par des acteurs expérimentés, et de l'autre, un renouvellement des intervenants apportant des regards neufs et de nouvelles pratiques. Par ailleurs, certains parcours apparaissent hybrides ou évolutifs (changements de structures, ancrage personnel distinct du cadre professionnel), ce qui constitue une richesse pour le diagnostic en permettant de croiser mémoire du territoire et perceptions actuelles des besoins.

Les réponses recueillies auprès des acteurs du territoire mettent en évidence plusieurs tendances majeures concernant la santé et le bien-être des habitants, en particulier des publics âgés et fragilisés.

2.3. Problématiques principales identifiées

L'analyse de ces résultats fait apparaître une prévalence forte des problématiques de santé physique liées au vieillissement, avec une hiérarchisation claire des enjeux sur le territoire.

En premier lieu, les difficultés de mobilité, les chutes et la fragilité physique semblent constituer la problématique la plus marquante, très largement partagée par les répondants. Cette quasi-unanimité traduit un niveau avancé de fragilisation des personnes âgées et confirme que la perte d'autonomie fonctionnelle constitue une porte d'entrée majeure dans les parcours de dépendance. Elle renvoie directement à des enjeux de prévention (activité physique adaptée, aménagement du domicile, sécurisation de l'environnement) mais aussi d'accompagnement dans la durée.

Dans le même temps, les douleurs chroniques, le handicap et les maladies chroniques mal suivies sont également très présents, ce qui souligne le poids des pathologies au long cours dans la vie des aînés. Ces problématiques, souvent cumulatives, traduisent des situations de santé complexes nécessitant un suivi régulier et coordonné. Or, le fait qu'elles soient encore fréquemment mal contrôlées met en lumière des limites dans les parcours de soins, qu'il s'agisse d'un défaut de suivi, d'un manque d'observance ou de difficultés d'accès aux professionnels.

Le renoncement aux soins constitue un autre enseignement important. Sa fréquence élevée révèle des ruptures dans l'accès au système de santé, qui peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs : contraintes financières, difficultés de mobilité, complexité administrative ou encore peur du diagnostic. Ce phénomène est d'autant plus préoccupant qu'il alimente un cercle vicieux de dégradation de l'état de santé et de recours tardif aux soins, souvent en situation d'urgence.

Les difficultés liées à la prévention médicale présentent des résultats plus contrastés, ce qui suggère une hétérogénéité des situations sur le territoire. Certains publics semblent relativement bien suivis, tandis que d'autres restent éloignés des dispositifs de dépistage et de prévention (voir 2.5). Cela met en évidence des inégalités d'accès et surtout des difficultés à atteindre les publics les plus vulnérables, souvent les moins visibles.

Par ailleurs, les troubles nutritionnels et les problèmes liés aux médicaments apparaissent comme des problématiques plus diffuses, majoritairement identifiées comme "parfois". Cette apparente moindre fréquence ne doit pas minimiser leur importance : elle traduit plutôt des situations moins visibles, mais fréquentes dans le quotidien, et souvent sous-estimées. Ces problématiques relèvent davantage de la sphère du domicile et de l'accompagnement de proximité, nécessitant une vigilance accrue des professionnels et des aidants.

Enfin, le signalement de troubles psychiatriques impactant le suivi des pathologies somatiques met en lumière l'imbrication forte entre santé physique et santé mentale. Cela souligne la nécessité d'une approche globale des situations, intégrant les dimensions psychiques, sociales et médicales.

Dans l'ensemble, ces résultats dessinent un territoire confronté à des problématiques de santé multiples, imbriquées et évolutives, où la question centrale n'est pas uniquement l'offre de soins, mais bien la capacité à accompagner les parcours dans leur globalité. Les enjeux principaux portent sur le renforcement de la prévention, l'amélioration du suivi des maladies chroniques, la lutte contre le renoncement aux soins et le développement d'approches de proximité permettant d'intervenir plus précocement et plus finement auprès des publics fragiles.

2.4. Facteurs d'accès difficiles aux soins et droits

L'analyse des facteurs expliquant les difficultés d'accès aux soins et aux droits pour les habitants de 65 ans et plus met en évidence quatre grandes catégories d'obstacles, qui se combinent souvent et créent un cumul de vulnérabilités pour les personnes âgées.

Le premier facteur concerne le déficit de professionnels de santé sur le territoire, incluant la rareté des médecins généralistes et spécialistes, ainsi que la saturation ou la répartition inégale des services. Cette situation se traduit par des délais d'attente longs et un accès limité à certains soins essentiels, ce qui constitue un frein majeur à la prévention et au suivi médical régulier.

Le deuxième facteur est lié à la mobilité et à l'isolement géographique. L'absence de transport adapté, le coût élevé des déplacements et l'éloignement des structures de santé limitent l'autonomie des personnes âgées, en particulier dans les zones rurales. Ces contraintes logistiques entraînent parfois un renoncement aux soins et accentuent l'isolement social.

Un troisième ensemble de facteurs concerne la méconnaissance des droits et la complexité administrative. De nombreuses personnes âgées ignorent l'existence d'aides financières, de dispositifs de prévention ou de droits sociaux, et rencontrent des difficultés face à des démarches longues, des formulaires incompréhensibles ou l'absence d'accompagnement pour les publics fragiles. Cela contribue à creuser les inégalités d'accès aux services et à retarder la prise en charge.

Enfin, des raisons personnelles et psychologiques jouent un rôle significatif. La fatigue, la peur, le renoncement aux soins ou la priorisation d'autres besoins rendent certaines personnes plus vulnérables, en particulier celles déjà isolées ou en situation de fragilité psychique. Les contraintes organisationnelles, telles que des rendez-vous difficiles à obtenir ou des horaires peu adaptés, viennent renforcer ces obstacles.

Ainsi, ces facteurs soulignent que les difficultés d'accès ne sont pas uniquement liées à l'offre de soins, mais résultent d'une combinaison de contraintes structurelles, logistiques, administratives et individuelles, qui nécessite une approche globale pour sécuriser les parcours de santé des personnes âgées.

2.5. Publics les plus concernés par les difficultés de prévention

L'analyse des publics identifiés comme les plus concernés par les difficultés de prévention en santé chez les personnes de 65 ans et plus met en évidence des vulnérabilités différenciées selon l'âge et les situations de vie, mais aussi des problématiques transversales récurrentes. Globalement, la santé psychique apparaît comme la difficulté la plus fréquemment citée, tous profils confondus, traduisant un enjeu majeur lié à l'isolement, à la perte d'autonomie ou aux fragilités sociales. Elle est particulièrement marquée chez les personnes vivant seules, les personnes à faibles ressources et celles présentant des troubles cognitifs, pour lesquelles elle est presque systématiquement associée à d'autres difficultés.

Chez les 65-74 ans, les problématiques de prévention semblent davantage liées à la santé psychique et, dans une moindre mesure, à l'accès aux soins, traduisant une phase de transition où les fragilités commencent à émerger, notamment en lien avec des changements de vie (retraite, isolement progressif). Pour les 75-84 ans, les difficultés deviennent plus cumulatives, avec une association plus fréquente entre santé physique, santé psychique et accès aux soins, reflétant une dégradation progressive de l'état de santé et des capacités fonctionnelles. Cette tendance s'accroît encore chez les 85 ans et plus, pour lesquels les problématiques de santé physique et d'accès aux soins sont davantage présentes, en lien avec une dépendance accrue et des besoins médicaux plus importants.

Par ailleurs, certaines catégories de population apparaissent particulièrement exposées. Les personnes vivant seules cumulent fréquemment des difficultés de santé psychique, mais aussi d'accès aux soins et parfois de santé physique, soulignant le rôle central de l'isolement dans les problématiques de

prévention. Les personnes à faibles ressources présentent également un cumul de vulnérabilités, avec une forte prévalence des difficultés d'accès aux soins et des problématiques psychiques, traduisant l'impact des déterminants sociaux sur la santé. Enfin, les personnes ayant des troubles cognitifs apparaissent comme les plus en difficulté, avec une combinaison quasi systématique de problèmes de santé physique, psychique et d'accès aux droits et aux soins, nécessitant un accompagnement renforcé et adapté.

Ainsi, cette analyse met en lumière une logique de cumul des fragilités, qui s'intensifie avec l'âge et selon les conditions de vie. Elle souligne l'importance de cibler prioritairement les publics les plus isolés, précaires ou en perte d'autonomie, en développant des actions de prévention globales intégrant à la fois les dimensions physiques, psychiques et sociales de la santé.

2.6. Besoins collectifs prioritaires

L'analyse conjointe des besoins collectifs de santé prioritaires et des raisons de leur urgence souligne une logique de réponse aux fragilités structurelles du territoire et aux situations individuelles les plus vulnérables. L'amélioration de l'accès aux professionnels de santé, notamment aux spécialistes et aux médecins généralistes, apparaît comme prioritaire car la pénurie de professionnels sur le territoire constitue un frein majeur aux accompagnements et à la prévention. En milieu rural, l'absence de moyens de transport adaptés limite encore davantage l'accès aux soins, affectant tous les âges et accentuant les inégalités. Les répondants observent ainsi de nombreux patients sans praticien attiré, dont la prise en charge est retardée, ce qui favorise l'aggravation de la dépendance, des maladies chroniques ou des situations complexes, nécessitant ensuite davantage de ressources et d'interventions.

La santé mentale et le bien-être psychique sont également des priorités majeures, car de nombreux habitants expriment des difficultés de mal-être, souvent mises en évidence lors de temps collectifs (permanences FS, voiturage solidaire) ou à l'occasion de contacts de proximité. Les actions ciblées sur le lien social et le repérage des personnes isolées permettent non seulement de prévenir l'aggravation des situations, mais aussi de toucher les publics invisibles, ceux qui ne sollicitent pas spontanément les droits ou les services.

Enfin, le renforcement de l'information, de l'accompagnement aux démarches et de l'accès aux dispositifs existants (transport, aides financières, services de santé) est prioritaire pour mieux repérer et identifier les personnes âgées en difficulté, améliorer leur santé physique et psychique et offrir des réponses adaptées au plus grand nombre. Dans l'ensemble, ces besoins apparaissent comme fondamentaux pour prévenir la perte d'autonomie, réduire les inégalités d'accès et sécuriser les parcours de santé des personnes âgées sur le territoire, en particulier pour les publics les plus isolés ou fragilisés.

2.7. Facteurs facilitant l'intervention

L'analyse des éléments facilitant l'intervention auprès des personnes âgées, notamment les plus isolées ou précaires, met en évidence l'importance déterminante des ressources relationnelles et territoriales. Le facteur le plus largement cité est le réseau de partenaires actifs, présent dans la quasi-totalité des réponses, soulignant le rôle central de la coopération entre acteurs pour repérer les situations, orienter les publics et coordonner les actions. Cette dynamique partenariale constitue un levier essentiel pour pallier les limites individuelles des structures et favoriser une approche collective des problématiques.

La connaissance du territoire apparaît également comme un atout majeur, permettant aux professionnels et bénévoles de mieux identifier les besoins, de comprendre les spécificités locales et d'adapter leurs interventions. Elle est souvent associée à la confiance établie avec les habitants, qui

facilite le contact, l'adhésion aux actions proposées et le repérage des situations de fragilité, en particulier dans des contextes ruraux où les relations de proximité jouent un rôle clé.

Les ressources locales, telles que le tissu associatif et le bénévolat, sont également largement mobilisées et constituent un appui concret pour la mise en œuvre des actions, notamment en matière de lien social et d'accompagnement de proximité. Certaines initiatives spécifiques, comme le porte-à-porte réalisé par des associations locales, illustrent des pratiques d'« aller-vers » particulièrement adaptées aux publics isolés. Enfin, des dispositifs d'appui comme le soutien du DAC 49 sont mentionnés, témoignant de l'intérêt de structures de coordination pour accompagner les professionnels dans leurs interventions.

Dans l'ensemble, ces éléments facilitants reposent sur une logique de proximité, de coopération et de confiance, qui apparaît comme indispensable pour atteindre les publics les plus vulnérables et adapter les réponses aux réalités du territoire.

2.8. Obstacles rencontrés

L'analyse des obstacles rencontrés par les répondants met en évidence plusieurs freins récurrents, révélateurs de difficultés structurelles dans la mise en œuvre des actions auprès des personnes âgées. Le manque de temps apparaît comme l'obstacle le plus fréquemment cité, souvent associé à une charge de travail importante et à un déficit de moyens humains, limitant la capacité des professionnels à développer des actions de prévention, d'« aller-vers » et de suivi.

En parallèle, les difficultés à repérer les personnes isolées constituent un enjeu majeur, mentionné par une grande majorité des répondants. Ce constat souligne la complexité d'identifier les publics les plus vulnérables, en particulier dans un contexte rural où l'isolement est moins visible et où les situations peuvent rester longtemps non détectées.

D'autres freins viennent renforcer ces difficultés, notamment le manque de coordination territoriale et de relais professionnels, qui compliquent le partage d'informations et la mise en place d'actions concertées. La complexité administrative est également citée, traduisant un système perçu comme difficile à appréhender, tant pour les professionnels que pour les publics accompagnés. À cela s'ajoutent des contraintes de moyens financiers, limitant notamment le développement de temps dédiés à la prévention et au travail de proximité, ainsi qu'un manque de bénévoles actifs, essentiel pourtant pour maintenir certaines actions de lien social. Enfin, certains répondants soulignent une position indirecte vis-à-vis des publics, reposant sur des retours de partenaires, ce qui peut également freiner la connaissance fine des besoins.

Dans l'ensemble, ces obstacles traduisent une difficulté à articuler repérage, accompagnement et coordination, dans un contexte de ressources contraintes. Ils mettent en évidence la nécessité de renforcer les moyens humains, de structurer les coopérations locales et de développer des outils facilitant l'identification et l'accompagnement des personnes âgées les plus isolées.

2.9. Propositions d'actions à développer

L'analyse des propositions formulées d'actions, initiatives ou expérimentations à développer ou tester sur le territoire pour améliorer la santé des habitants de 65 ans et plus, met en évidence une attente forte autour du développement d'actions concrètes, de proximité et adaptées aux réalités du territoire pour améliorer la santé des personnes âgées de 65 ans et plus. Plusieurs répondants insistent d'abord sur la nécessité de renforcer l'accès aux soins en milieu rural, notamment à travers une augmentation des disponibilités et une meilleure communication autour de dispositifs itinérants comme la caravane Lisa, ainsi que le développement de maraudes médicales. Dans cette même logique, le retour des

visites à domicile des médecins traitants, associé à la pratique du tiers payant, apparaît comme un levier essentiel pour limiter les renoncements aux soins, en particulier pour les personnes les plus isolées ou en perte de mobilité.

Par ailleurs, les propositions mettent en avant l'importance de développer des actions de prévention collectives favorisant le lien social et le maintien des capacités, telles que la mise en place de groupes de marche ou d'ateliers mémoire. Ces initiatives, simples à déployer, répondent à un double objectif de prévention physique et cognitive, tout en luttant contre l'isolement. De manière complémentaire, plusieurs contributions soulignent le besoin de soutenir les aidants, à travers l'organisation de temps de rencontre thématiques permettant l'échange d'expériences, l'information et le répit.

La question de la santé mentale et du bien-être psychique émerge également comme un enjeu central, avec la proposition de développer des activités de bien-être (relaxation, activités collectives, approches non médicamenteuses), mais aussi des initiatives innovantes inspirées du PRS4, comme la "prescription de nature", visant à améliorer la santé mentale par des activités en extérieur. Enfin, les freins financiers et logistiques restent présents, comme en témoigne la demande de prise en charge des transports pour les soins de rééducation, soulignant une fois encore le poids des contraintes de mobilité dans l'accès aux soins.

Dans l'ensemble, ces propositions convergent vers des besoins structurants : rapprocher l'offre de soins des habitants, renforcer la prévention de proximité, développer des actions favorisant le lien social et le bien-être, et lever les freins financiers et organisationnels, dans une logique d'adaptation aux spécificités d'un territoire rural et vieillissant.

3. Forces, fragilités et leviers du territoire

L'analyse des forces, fragilités et leviers du territoire de Lys Haut Layon permet de mettre en perspective l'ensemble des constats issus du portrait territorial, de l'état de santé des aînés, de l'analyse de l'offre existante et des besoins identifiés en prévention santé.

Cette lecture stratégique vise à identifier les conditions favorables ou contraignantes au déploiement du programme PréSA et à appuyer la définition d'actions réalistes, adaptées aux ressources locales et aux besoins des personnes âgées, dans une logique de renforcement de la capacité collective d'action du territoire.

3.1. Atouts et ressources locales

Le territoire de Lys Haut Layon dispose de nombreux atouts sur lesquels s'appuyer pour développer des actions de prévention santé à destination des aînés.

La présence d'un tissu associatif actif, de réseaux d'entraide et de solidarités de proximité constitue une ressource essentielle pour le maintien du lien social et l'organisation d'actions de prévention accessibles. Les communes déléguées, les élus et les services municipaux manifestent une volonté affirmée de s'engager en faveur du bien vieillir, en lien avec les enjeux de prévention et de qualité de vie.

Par ailleurs, l'existence de professionnels de santé, de services médico-sociaux et d'acteurs de l'accompagnement à domicile permet de disposer d'un socle d'expertise et de relais de proximité. Les partenariats déjà engagés sur le territoire témoignent d'une capacité à travailler collectivement et constituent un terrain favorable au développement d'actions coordonnées.

Enfin, la participation active des habitants à la démarche de diagnostic participatif révèle une capacité de mobilisation et un intérêt marqué pour les enjeux de santé et de prévention. Cette implication

constitue un levier important pour le développement de démarches participatives, la valorisation des savoirs d'usage et le renforcement du pouvoir d'agir des aînés.

Le territoire de Lys Haut Layon bénéficie de dynamiques partenariales déjà engagées, sur lesquelles le projet PrÉSA peut s'appuyer et se structurer. Les collaborations entre la commune, les acteurs du médico-social, les associations, les professionnels de santé et les bénévoles constituent une base solide pour renforcer la coordination des actions de prévention.

La démarche de diagnostic participatif a contribué à renforcer l'interconnaissance entre les acteurs, à faire émerger des constats partagés et à susciter des volontés de coopération renforcée. Cette dynamique collective constitue un levier important pour le développement d'une gouvernance partagée et d'actions concertées à l'échelle du territoire.

3.2. Freins et manques identifiés

Malgré ces atouts, le diagnostic met en évidence plusieurs fragilités structurelles susceptibles de freiner le déploiement des actions de prévention santé.

Le caractère rural et étendu du territoire génère des contraintes importantes en matière de mobilité, d'accessibilité aux services et de participation aux actions collectives. Les disparités entre les communes déléguées peuvent accentuer les difficultés d'accès à l'information, aux soins et aux dispositifs de prévention, notamment pour les personnes les plus isolées.

La lisibilité de l'offre existante apparaît également limitée, tant pour les personnes âgées que pour les acteurs eux-mêmes. Cette situation peut entraîner des risques de non-recours, une dispersion des initiatives et une difficulté à orienter efficacement les publics. Le manque de coordination formalisée entre certains acteurs peut freiner la cohérence des parcours de prévention et de santé.

Enfin, la mobilisation des publics les plus vulnérables demeure un enjeu central, en particulier pour les personnes âgées isolées, en situation de précarité ou peu à l'aise avec les outils numériques, qui restent souvent éloignées des actions collectives et des dispositifs de prévention.

Enjeux et perspectives pour Lys-Haut-Layon

Au regard des constats issus du diagnostic territorial participatif en santé, plusieurs enjeux structurants se dégagent pour le déploiement du projet PréSA à Lys Haut Layon :

1. Anticiper le vieillissement démographique et la montée des fragilités
2. Sécuriser l'accès aux soins dans un contexte de tension médicale
3. Réduire les inégalités territoriales au sein de la commune nouvelle
4. Lutter contre l'isolement et soutenir le lien social
5. Améliorer la lisibilité et la coordination de l'offre de prévention
6. Prendre en compte les déterminants sociaux de la santé
7. S'appuyer sur les forces locales pour construire une dynamique durable

Ces enjeux constituent le socle sur lequel s'appuieront les orientations stratégiques et les actions opérationnelles du programme PréSA, développées dans les phases suivantes.

Dans cette perspective, le programme PréSA représente une opportunité de structuration et de pérennisation des coopérations existantes, en favorisant la clarification des rôles, la mise en cohérence des initiatives et la co-construction de réponses adaptées aux besoins des aînés.

La phase de diagnostic territorial participatif menée à Lys Haut Layon a permis d'élaborer une connaissance partagée des enjeux de prévention en santé pour les personnes âgées, en croisant les regards des habitants, des acteurs locaux et des élus. Cette démarche a mis en évidence à la fois les fragilités du territoire et les ressources sur lesquelles s'appuyer pour structurer une action de prévention cohérente, équitable et durable à l'échelle des neuf communes déléguées.

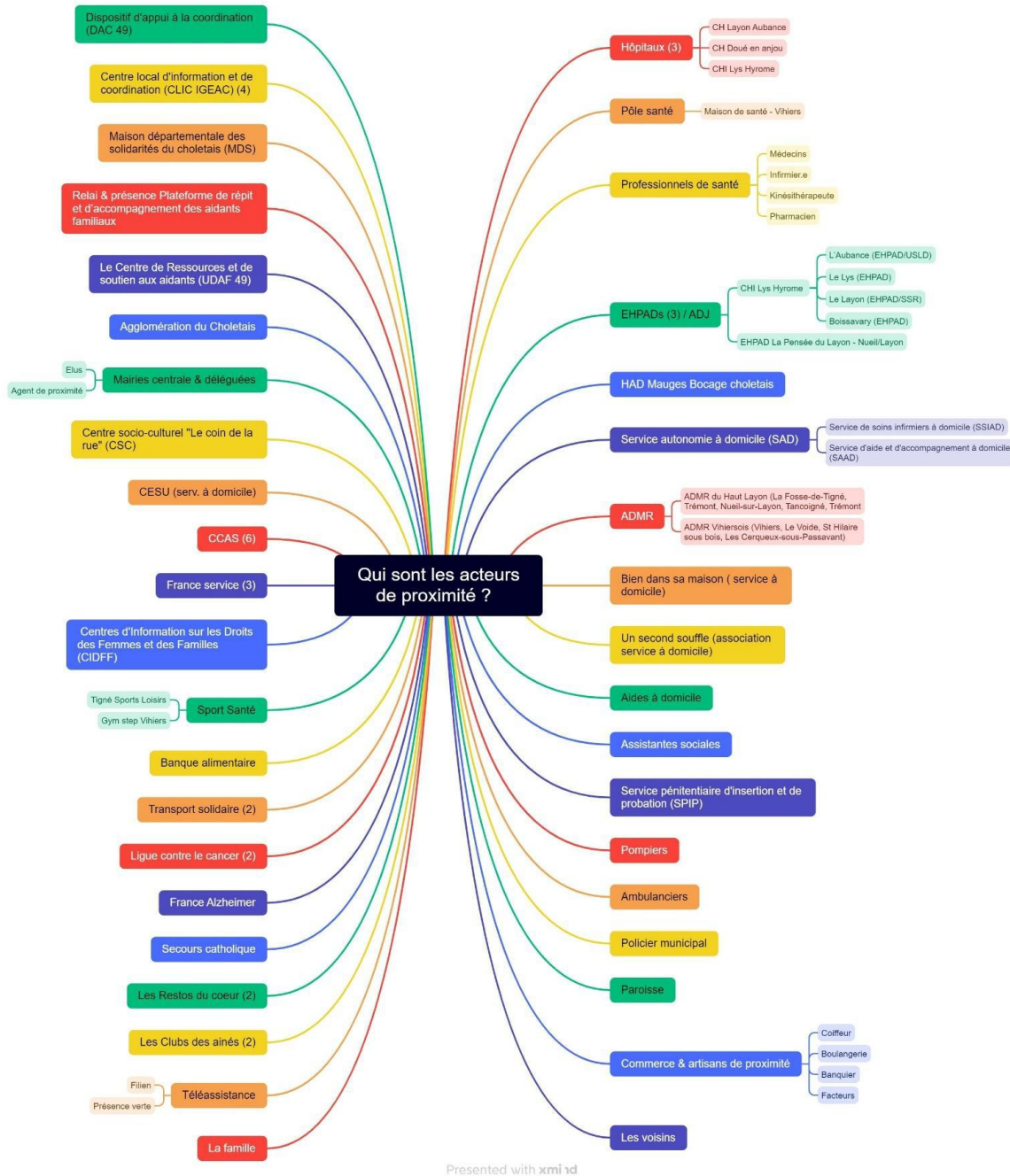
Les enseignements issus de cette phase ouvrent la voie à la co-construction des actions du programme PréSA. Celle-ci pourrait s'appuyer sur :

- une adaptation fine aux réalités des communes déléguées, afin d'éviter toute approche uniforme et inégalitaire ;
- une continuité et une régularité des actions, garantes de leur appropriation et de leur impact dans la durée ;
- une communication renforcée et accessible, notamment en direction des publics les plus éloignés ;
- une évaluation participative, combinant indicateurs qualitatifs et quantitatifs, afin d'ajuster les interventions et de valoriser les dynamiques positives.

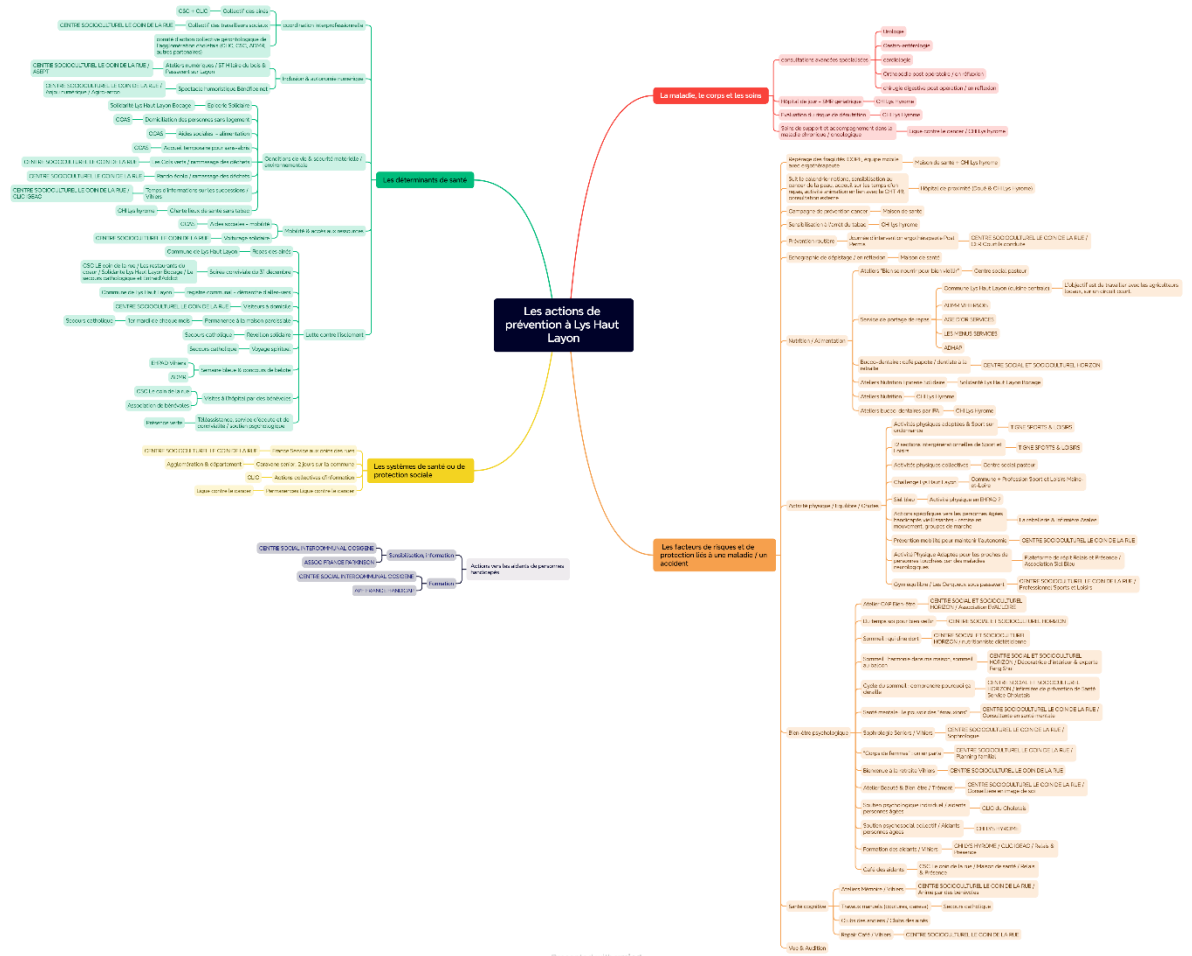
Cette première étape constitue ainsi un socle stratégique pour engager le territoire dans une phase opérationnelle structurée, concertée et durable, au service d'un vieillissement plus équitable et inclusif.

Annexes

Annexe n°1 : Qui sont les acteurs de proximité ?



Annexe n°2 : Les actions de prévention à Lys Haut Layon



Presented with xmind

Annexe n° 3 : Liste des acteurs et structures rencontrés

- Philippe ALGOET, Adjoint à la santé
- Antoine BEAUSSANT, Maire délégué de Nueil-sur-Layon et adjoint aux affaires sociales (27 juin 2025)
- Franck BIDEET, CFPPA CD 49
- Dominique BAUDONNIERE, Maire déléguée du Voide (3 juillet 2025)
- Banque alimentaire
- Sylvie CHARRON
- Collectif Aînés
- Christine DECAENS, Maire déléguée de Tancoigné (27 juin 2025)
- Marion DELAUNE, CFPPA CD 49
- Jacques DOUSSIN, Chargé de mission « Petite Ville de Demain »
- Daniel FRAPPREAU, Maire délégué de Trémont
- Amélie FROUIN, Coordinatrice du pôle action sociale
- François GAUTIER, ancien commissaire à la lutte contre la pauvreté
- Christiane GASTE, Adjointe au tourisme
- Anne-Sophie GAGNEUX, Directrice adjointe du CCAS
- Marie-Françoise JUHEL, Maire déléguée de Vihiers (4 juillet 2025)
- Élise LEFEBVRE, Coordinatrice du Contrat Local de Santé – Cholet Agglomération
- Amélie PESNEAU-LANCELOT, Conseillère en économie sociale et familiale (CCAS)
- Anita REULLIER, Adjointe
- Conseil des Aînés
- Dr Marc SCHOENE (9 juin 2025)
- Médéric THOMAS, Maire de Lys-Haut-Layon
- Patrick TAVERNEAU, Maire délégué de Tigné, adjoint à l'urbanisme (26 juin 2025)

Annexe n°4 : Grille d'entretien habitants

Objectif : Comprendre l'impact (perçu et réel) lié à l'isolement et la précarité, pour les personnes de plus de 65 ans sur l'accès à la santé à Lys-Haut-Layon.

Guide de discussion/entretien individuel

Pour chaque discussion :

1. Expliquer l'objectif et le déroulement du projet
2. Expliquer le cadre de l'échange : volontaire, anonyme, confidentiel. Parler de vous, pas de bonne ou mauvaise réponse.
3. Demande de consentement pour la participation et d'enregistrement audio
4. 1h30 – possibilité de le faire en 2 fois

Propos introductif / talon sociologique :

Âge et commune de résidence.

Arrivée sur le territoire et proximité avec sa famille / ses amis

Logement : type (maison/appartement), environnement (urbain/rural) et composition du ménage (seul/autre)

Activités quotidiennes et loisirs

Rapport au territoire

« Personne âgée » et « santé » ? / Précarité (selon contexte) ?

Thème	Question	Points d'approfondissement / questions
Santé et accès aux soins	Perception de sa santé	<ul style="list-style-type: none"> - Perception personnelle <i>Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? Comment allez-vous ? Qu'est-ce qui va bien ? Qu'est-ce qui vous gêne au quotidien ?</i> - Être en bonne santé, qu'est-ce que ça veut dire selon vous ? - Habitudes de vie <i>Qu'est-ce que vous faites pour prendre soin de vous ou pour rester en forme ? Difficultés pour prendre soin de sa santé ?</i>
	Accès aux professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Médecin traitant - Autres professionnels de santé <i>Lesquels sont accessibles ou pas ? Lesquels sont faciles à consulter ou pas ? Pourquoi ?</i> - Autres professionnels ? (Psychologue, diététicien, ergothérapeute, sophrologue, orthophoniste...)
	Gestion de sa santé	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de rendez-vous <i>RDV dès que vous en avez besoin ? Facile ou difficile ?</i> - Aspects administratifs : <i>Courrier de la sécu, mutuelle, remboursement...</i>
	Renoncement aux soins	<ul style="list-style-type: none"> - En cas de soucis de santé ? - Pour quelles raisons ? (<i>Coût, délais, transport, fatigue, craintes...</i>) <i>Exemple de situation</i> - Qu'avez-vous fait à la place ?
Prévention et accompagnement	Actions de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Participation <i>Oui : qu'en avez-vous pensé ? Qu'est-ce qui vous a plu ou moins plu ? Non : est-ce quelque chose qui vous intéresserait ? Dans quelles conditions ?</i>

	<p><i>Animations / activités / ateliers sur la santé / le bien-être.</i></p> <p><i>Equilibre, nutrition, médicaments, vaccinations, dépistage...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Souhaits : A quelles activités aimeriez-vous participer ? <i>Individuelles ou collectives ? Informations / soutiens ? Ateliers, rencontres, séances d'informations...</i> - <i>Sur quelles thématiques ? (Alimentation, activité physique, médicaments, mémoire...)</i> - Qu'est-ce que vous donnerait envie de participer ? <i>Lieux, horaires, transport, connaître d'autres personnes...</i> - Outils utilisés : <i>brochure, téléassistance, vidéos, applications...</i>
Ressources, freins et besoins	Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> - Modes de transports pour consultations ou activités ? - Difficultés à se déplacer dans la vie quotidienne ? <i>Pour quelles activités ?</i>
	Réseaux de soutien	<ul style="list-style-type: none"> - Si en difficulté, vers qui vous vous tournez ? <i>Entourage ? Structures, lesquelles ?</i> - Fréquentation et sollicitation de structures - <i>Si non, pour quelles raisons ? (Choix, manque d'informations ?)</i>
	Problématiques	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes de santé - Choses qui gênent au quotidien
	Besoins	<ul style="list-style-type: none"> - En santé <i>Transport, lieux adaptés, accompagnement, argent, aide au numérique</i> - Choses que vous n'arrivez pas à obtenir ? - Aujourd'hui, de quoi auriez-vous besoin pour que votre santé soit mieux prise en charge ? - Dans un monde idéal, qu'est-ce qu'est-ce qui vous aiderait à améliorer votre bien-être ? - <i>Si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous changeriez par rapport à votre santé ?</i>
	Ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qui vous aide à vous sentir bien au quotidien, en meilleure santé ? - <i>Entourage, lieux...</i>
<i>Autre selon le contexte</i>		

Questions complémentaires liées au projet :

- Si vous pouviez donner votre avis pour améliorer les choses, quel rôle aimeriez-vous avoir ?
- Est-ce que vous aimeriez être tenu au courant des prochaines étapes du projet PréSA ?
- Seriez-vous intéressé par des ateliers collectifs ou des temps de discussion ?

Annexe n°5 : CR porteur de parole 14 et 16 janvier 2026

Nutrition / Alimentation

ALIMENTATION – PARLONS-EN

Ce qui m'aide à bien manger aujourd'hui :

(Personne, service, commerce, habitude...)

« Je me fais à manger, je n'achète pas de légumes ni de fruits car j'ai mon potager. J'en donne à mes voisins et aussi au Resto du cœur. » (H, 88 ans)

« On fait notre jardin, on est en manque de carotte mais on a de beaux céleris cette année. J'ai des soucis gastriques donc je mange sans beurre, sans gras, c'est maigre. » (H)

Ce qui est le plus difficile ou me manque :

(Fatigue, transport, budget, solitude, santé...)

« Ma fille veut mettre en place le portage de repas pour mon mari et moi. J'aime cuisiner et je ne suis pas sûr que mon mari va aimer. » (F)

Quand j'ai un souci pour manger, je m'adresse à :

(Famille, médecin, service, personne de confiance...)

« Les ADMR viennent depuis 8 ans. Elles font mes courses et je cuisine. Je fais mon potager aussi, ça me fait du bien. » (F, 91 ans)

Activité physique / Équilibre / Chute

BOUGER / SE DÉPLACER

Ce qui m'aide à bouger ou à sortir :

« Ma maison, nous l'avons achetée il y a 35 ans. Elle est de plain-pied et bien adaptée. Je suis bien dedans, on s'est rapprochée à Vihiers. » (F, 91 ans)

« Nous avons une maison de plain-pied. Il y a une petite marche pour rentrer dans la maison. » (F)

« Je vais marcher plusieurs fois dans la semaine avec mes bâtons. Ça m'aide à me tenir droit et on a une meilleure allure. » (H)

« La voiture »

« Gym équilibre »

« Vélo d'appartement »

« Je marche beaucoup, avant on marchait beaucoup pour aller d'un village à l'autre. » (H, 88 ans)

« Ce qui m'aide à sortir : mon déambulateur. Je vais chez le kiné deux fois par semaine. Globalement, la commune est adaptée, sauf les rues en travaux. Mon fils va avoir sa rue en travaux donc il va venir télétravailler chez moi. » (F)

Ce qui me freine le plus (peur de tomber, fatigue, transport...) :

« Je vis encore avec mon conjoint. Lui, il a la maladie de parkinson. Il conduit encore, il en fait trop. Moi j'ai des soucis de mobilités. » (F)

« Je suis tombée beaucoup du côté gauche. Je pense qu'on m'a forcé à être droitnière quand j'étais petite. » (F)

« J'aimerais avoir un médaillon pour appeler quand je suis à l'extérieur, si je tombe, ou je me blesse. » (H, 88 ans)

« Je n'ai plus de kiné car ce n'est plus pris en charge, car il y en a qui ont abusé. » (F)

Si j'ai besoin d'aide ou si je suis inquiet(e), je m'adresse à :

« Mon bailleur est venu aussi pour électrifier mes volets. J'ai attendu un an et là, ils viennent à la fin du mois. Ça va m'aider car j'ai des difficultés dans les bras. Ma baie vitrée était déjà électrifiée mais pas les autres fenêtres » (F)

« Je m'adresse au voiturage solidaire pour aller à Angers. »

« J'habite dans la résidence senior à Vihiers. Quand je suis arrivée, la douche était vieille et il y avait une marche. Je suis tombée et mon médecin m'a fait une ordonnance. Le bailleur est venu faire des travaux pour changer la douche. » (F)

« J'utilise le voiturage solidaire pour mes rendez-vous. Je me déplace juste pour aller à la poster mes lettres à pied. Sinon je ne vais pas marcher seule. » (F, 91 ans)

Bien-être psychologique

BIEN-ÊTRE / MORAL

Ce qui me fait du bien au moral :

« Je ne me plains pas. Il y en a d'autres qui ont plus de soucis. » (H, 88 ans)

« Aller voir mes copines, sortir. J'aime bien bavarder. » (F)

« Je suis souvent à l'extérieur à faire mon jardin potager et à couper du bois. » (H, 88 ans)

« Voir mes enfants et petits-enfants »

« Entretenir mon jardin »

« Je fais du tricot, ça m'occupe. Je ne vais plus au club depuis la mort de mon mari, il y a 9 ans. Tout une après-midi, c'est trop long ! » (F, 91 ans)

Ce qui me pèse ou me rend la vie plus difficile :

« Mon mari est hospitalisé depuis 2 mois avec des aller-retours domicile hôpital. Il rentre lundi et on va mettre en place le HAD. Ce qui m'aide, j'ai maintenu mes activités, je vais marcher avec mon groupe de marche. » (F)

« Pas de médecin sur ma commune »

« J'étais investi dans plusieurs associations, au resto du cœur, dans une compagnie de théâtre, etc. mais je fais moins maintenant, voire plus du tout. » (H, 88ans)

« Je ne bois pas mais je fume. J'ai essayé d'arrêter mais bon j'ai repris. » (F, 82ans)

Quand ça ne va pas, je peux en parler à :

« J'ai perdu ma fille, il y a 9 ans. Elle s'est suicidée. Ce qui m'a aidé, c'est sortir, faire des activités avec mes amis. » (F)

Santé cognitive

MÉMOIRE / CONCENTRATION

Ce qui m'aide à garder l'esprit actif :

« Club, bénévolat »

« Scrabble »

« Je n'ai pas de soucis de ce côté-là, j'ai toute ma tête. » (F, 82 ans)

« TV, lecture, belotte »

Ce qui est plus difficile pour la mémoire ou l'attention :

Si je m'inquiète pour ma mémoire, je m'adresse à :

Vue et audition

Ce qui m'aide à bien voir ou bien entendre :

« J'ai des nouveaux appareils mais je les mets que de temps en temps. Quand je suis en famille, je les enlève, ils parlent trop fort. » (F, 91 ans)

Ce qui me gêne le plus au quotidien :

« J'ai eu un appareil, il y a 20 ans mais une conversation à plusieurs, ce n'était pas agréable. A deux, ça allait, mais j'ai arrêté de les porter. » (H, 88 ans)

En cas de besoin, je consulte ou je m'adresse à :

« J'ai été opéré de la cataracte. J'ai tout eu, je vais consulter à Trélazé. Pour conduire, ce n'est plus possible. » (F)

« J'ai été opéré de la cataracte à Cholet. Ils nous mettent tous à la même heure et en fil indienne hop on passe les uns après les autres. Après, il faut y retourner plusieurs fois. » (H)

Isolement / Lien social

LIEN SOCIAL / ISOLEMENT

Ce qui m'aide à garder le contact avec les autres :

« J'ai 4 enfants, il y a un de mes fils qui n'est pas loin mais il ne vient pas souvent. Il faut bien que je tienne pour mon mari qui est sous dialyse. » (F)

« En tant que chauffeur bénévole, il y a plusieurs situations qu'on accompagne. Nous sommes plusieurs à essayer de mettre en place des actions pour une dame. Les enfants ne s'en occupent que très peu. » (F)

« Je vois du monde tous les jours avec les ADMR et le weekend, mon fils habitent à 200 m donc il vient me voir si j'ai besoin. » (F, 91 ans)

« Mes voisins »

« Tant que la langue va, c'est que ça va. » (H)

Ce qui rend difficile le fait de voir du monde :

« Je n'ai pas d'enfant, ma sœur ne veut plus trop que j'aille la voir. Mon voisin le plus proche est à 500 m. » (H, 88 ans)

« La belotte ça ne m'intéresse pas. J'allais à la marche mais j'y vais moins. » (H, 88ans)

Quand je me sens seul(e), je peux faire appel à :

« J'ai une assistante sociale qui m'aide pour avoir les bons professionnelles et les aides comme l'APL. » (F, 81 ans)

Annexe n°6 : Questionnaire à destination des acteurs

Dans le cadre du projet PréSA (Prévention en santé des aînés), nous menons de juin à décembre 2025 un diagnostic participatif sur le territoire de Lys Haut Layon.

L'objectif est de mieux comprendre le quotidien, les besoins et les difficultés des habitants de 65 ans et plus, notamment ceux en situation d'isolement ou de précarité.

Pour y parvenir, nous croisons différents types de contributions :

- Des rencontres sur le terrain,
- Des analyses documentaires,
- Une enquête auprès des acteurs, réalisée à la fois lors d'un atelier et aussi grâce à ce questionnaire,
- Des ateliers collectifs et entretiens avec les habitants eux-mêmes : 3 ateliers réunissant chacun 50 à 60 participants, ainsi que 18 entretiens individuels.

Vos observations et votre expérience contribuent à enrichir la compréhension du territoire et à identifier ensemble les enjeux de prévention en santé.

Ce questionnaire vise ainsi à construire une lecture partagée des problèmes de santé et d'accès à la santé rencontrés sur le territoire.

Il s'adresse aux professionnels et acteurs locaux intervenant auprès des habitants de 65 ans et plus, notamment ceux en situation de précarité et/ou d'isolement.

Profil du répondant

1. Vous êtes : *

Professionnel de santé

Travailleur social

Agent de collectivité

Bénévole associatif

Autre : _____

2. Depuis combien de temps êtes-vous présent sur le territoire ? *

Réponse courte

Santé physique et prévention médicale

3. Pour chaque **problème de santé physique** que vous observez, précisez leur fréquence sur le territoire *

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Maladies chroniques non suivies ou mal contrôlées (diabète, hypertension, maladies cardiaques...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de mobilité / chutes / fragilité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs chroniques ou handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles nutritionnels (malnutrition, perte de poids, carences)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés liées à la prévention médicale (absence de dépistage, suivi médical insuffisant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renoncement aux soins (ne pas consulter ou reporter des soins nécessaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes liés aux médicaments (oubli, mauvaise prise, automédication)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Autre(s)/compléments (réponse libre) :

Réponse longue

5. Selon vous, quelles sont les **principales causes de ces problèmes de santé physique** ? *

Merci de cocher 3 réponses

- Difficultés d'accès à la prévention médicale (manque d'informations, absence de dépistage, manque de professionnels)
- Renoncement aux soins (contraintes financières, peur, complexité administrative, priorisation d'autres besoins)
- Mobilité réduite / isolement géographique
- Conditions de vie difficiles (logement, alimentation, environnement)
- Manque de repérage des fragilités
- Manque de relais familial
- Manque de relais social
- Difficultés d'organisation (rendez-vous)

Difficultés de gestion des traitements (médicaments)

Autre : _____

6. Selon vous, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, quelles sont les **raisons principales qui les amènent à renoncer aux soins ? ***

Merci de cocher jusqu'à 3 réponses maximum

Contraintes financières (coût des soins avec reste à charge élevé, coût de l'alimentation, des déplacements pour se soigner).

Difficultés administratives (complexité des démarches, incompréhension des procédures, difficultés pour prendre rendez-vous)

Peurs ou appréhensions (peur du diagnostic, déni de la situation, mauvaises expériences passées avec les soins ou les professionnels)

Manque de motivation ou d'énergie (fatigue, isolement psychique, sentiment de découragement pour entreprendre des démarches médicales)

Priorisation d'autres besoins (famille, finances, logement ou autres préoccupations jugées plus urgentes)

Méconnaissance de ses droits ou des dispositifs existants (ignorance des aides financières, dispositifs de prévention, ou possibilités de suivi médical)

Autre : _____

7. Parmi les habitants de 65 ans et plus, quelles sont, selon vous, les **principales causes de leur mobilité réduite ou de leur isolement géographique ? ***

Merci de cocher jusqu'à 3 réponses maximum

Difficulté à se déplacer (perte d'autonomie, fatigue ou fragilité physique, peur ou appréhension.

Absence ou rareté de transports (absence de véhicule, peu ou pas de transports en commun adaptés, horaires limités ou coûts élevés)

Habitations éloignées des services (distance importante entre le domicile et les commerces, soins, activités ou lieux de rencontre)

Méconnaissance des services existants

Autre : _____

Santé psychique et lien social

8. Quels **signes de mal-être psychique** observez-vous chez les habitants âgés de 65 ans et plus sur le territoire ? *

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Repli sur soi / refus de participer aux activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tristesse, baisse de moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété / inquiétude excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue morale / épuisement psychique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'élan / démotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilité / changements d'humeur fréquents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appétit perturbé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à demander de l'aide ou à exprimer ses besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'autonomie psychique (difficulté à gérer ses démarches, ses priorités)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Autres signes observés :

Réponse longue

10. Selon vous, quelles sont les **principales causes du mal-être psychique ou social** observées chez les habitants de 65 ans et plus ? *

Merci de cocher jusqu'à 3 réponses maximum

- Isolement social (peu ou pas de contacts réguliers avec la famille, les voisins ou les amis ; absence d'activités sociales adaptées)
- Absence de relais familiaux (famille éloignée, peu disponible ou inexistante, limitant le soutien affectif et pratique)
- Perte d'autonomie (difficulté à accomplir les actes de la vie quotidienne, gérer ses démarches ou organiser son quotidien)

- Perte de mobilité (difficulté à se déplacer, à participer à des activités ou à accéder aux services et aux lieux de vie sociale)
- Non-reconnaissance des signes de souffrance psychique (mal-être non identifié ou ignoré par l'entourage, les voisins ou les professionnels ; banalisation des signes)
- Difficultés financières ou précarité (limitation de l'accès aux activités, aux loisirs ou aux soins pour des raisons économiques, aggravant le sentiment d'isolement et de stress)
- Problèmes de logement (logement inadapté, insalubre ou trop éloigné des services et activités, contribuant au repli sur soi)
- Santé physique fragilisée (maladies chroniques, douleurs ou handicap réduisant l'autonomie et les interactions sociales)
- Perte de repères sociaux et de rôle (retraite, décès de proches, perte de statut ou de rôle social pouvant accentuer la solitude et le sentiment d'inutilité)
- Problèmes cognitifs ou troubles de mémoire (difficultés à organiser ses activités, à maintenir le lien social ou à demander de l'aide)
- Autre : _____

Accès aux soins et aux droits

11. Observez-vous des difficultés **d'accès aux soins et aux droits** chez les habitants de 65 ans et plus ? *

	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
Accès aux soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès aux droits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Quels sont, selon vous, les **facteurs qui expliquent les difficultés d'accès aux soins et aux droits** chez les habitants de 65 ans et plus ? *

Merci de cocher jusqu'à 4 réponses maximum

- Déficit de professionnels de santé sur le territoire (manque de médecins généralistes ou de spécialistes, services saturés ou inégalement répartis sur le territoire)
- Délais et contraintes organisationnelles (rendez-vous longs à obtenir, horaires peu adaptés, complexité pour prendre rendez-vous ou organiser les consultations)
- Problèmes de mobilité ou isolement géographique (absence de transport, coût élevé des déplacements, difficultés pour se déplacer en autonomie, éloignement des services)
- Difficultés financières (coût des soins, reste à charge, mutuelle insuffisante, obstacles liés aux dépenses de santé)
- Méconnaissance des droits et des dispositifs (ignorance des aides financières, des dispositifs de prévention, des droits sociaux ou des démarches administratives)
- Raisons personnelles ou psychologiques (renoncement aux soins, peur, fatigue, priorisation d'autres besoins, isolement psychique)

Complexité administrative (démarches longues ou difficiles, formulaires incompréhensibles, absence d'accompagnement pour les personnes fragiles)

Autre : _____

Le public concerné

13. Quels sont, selon vous, **les publics les plus concernés** par les difficultés de prévention en santé chez les habitants de 65 ans et plus ?

Merci de cocher jusqu'à 2 cases maximum par colonne

	Santé physique	Santé psychique	Accès aux soins/droits
65 à 74 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 à 84 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85 ans et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes vivant seules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes à faible niveau de ressources	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes ayant des troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Autre(s) publics les plus concernés :

Réponse longue

Lecture globale du territoire

15. Selon vous, quels sont **LES 2 OU 3 BESOINS COLLECTIFS DE SANTÉ PRIORITAIRES** sur le territoire ?

Réponse longue

16. En quoi ces besoins vous semblent prioritaires ?

Réponse longue

Facteurs favorisant ou limitant pour l'action

17. Quels sont les **éléments qui facilitent votre intervention** auprès des personnes âgées, notamment les plus isolées ou précaires ? *

- Connaissance du territoire
- Réseau de partenaires actifs
- Ressources locales (associations, bénévolat...)
- Confiance établie avec les habitants
- Autre : _____

18. Quels sont les **principaux obstacles** que vous rencontrez ? *

- Manque de temps
- Manque de relais professionnels
- Difficultés à repérer les personnes isolées
- Manque de coordination territoriale
- Complexité administrative
- Autre : _____

Pour aller plus loin...

Ce que vous auriez envie de développer ou d'expérimenter sur le territoire

19. Quelles **actions, initiatives ou expérimentations** souhaiteriez-vous développer ou tester sur le territoire pour améliorer la santé des habitants de 65 ans et plus ?

Réponse longue

Annexe n°7 : Bibliographie

- Danet, Sandrine (2010) « Inégalités sociales de santé : comment les appréhende-t-on ? », Actualité et dossier en santé publique, n°73, pp. 8-14
- Gérontopôle Pays-de-la-Loire, État des lieux et dynamiques des situations de pauvreté et précarité des personnes âgées dans la région Pays de la Loire, septembre 2022.
- Insee Analyses Pays de la Loire • n° 143 • Septembre 2025
- Etat des lieux et diagnostic participatif - Label « Ami des Aînés », Cholet Agglomération, 2022.
- Diagnostic territorial en santé, CLS Cholet Agglomération, Octobre 2025