

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ

AGGLOMÉRATION ANNEMASSIENNE

MARS 2009



Travail réalisé par

L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES

Olivier GUYE,
Médecin de santé publique – Directeur de l'ORS

Patricia MEDINA,
Sociologue

Marlène BERNARD,
Statisticienne

Delphine GRUAZ,
Chargée d'études

Avec le soutien

**de la Communauté d'Agglomération Annemasse Agglo
de la Préfecture de Haute-Savoie,
du Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille,
de la Solidarité et de la Ville**

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce diagnostic sur l'agglomération annemassienne et tout particulièrement :

Les membres du comité de suivi pour leur implication tout au long de la démarche, ainsi que Monsieur Denjean, chef de projet, et Mademoiselle Daniélian, chargée de mission, du service politique de la ville de la Communauté d'Agglomération Annemasse Agglo pour leur aide précieuse dans la mise en place de l'étude ;

Les professionnels et les habitants rencontrés en entretiens individuels et de groupes, pour leur disponibilité et leur excellente participation

Monsieur Aouda (chef de projet, politique de la ville de la commune de Gaillard), Mme Deschamps (directrice adjointe de la Mission Locale), Madame Douchant (élue de la commune de Cranves-Sales), Madame Perriau (collaboratrice du chef de projet, politique de la ville de la commune d'Annemasse), pour leur aide à la mise en place des entretiens collectifs avec des habitants de l'agglomération.

Ainsi que :

- Le service Études de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie),
- le Dr Lacassie-Dechosal, le Dr Bernard, le Dr Duret, du Conseil Général de Haute-Savoie,
- Le Dr Guigné ainsi que Mme Kada Essono, infirmière, de l'Éducation Nationale,
- M. Alisi du SDIS 74,

qui ont enrichi ce diagnostic par la transmission de données ou d'indicateurs.

SOMMAIRE

Pour une lecture rapide des résultats de l'étude, vous pouvez vous reporter directement au chapitre « Synthèse et pistes d'action » page 96.

| | |
|---|-----------|
| Éléments de contexte | 5 |
| 1. L'agglomération annemassienne, au sein de l'agglomération franco-valdo-genevoise | 7 |
| 2. L'agglomération annemassienne : continuité et diversité | 8 |
| 3. Les professionnels et habitants insistent sur les spécificités du contexte | 10 |
| 3.1. Une agglomération attractive, un territoire de passage | 10 |
| 3.2. Un coût de la vie élevé, des difficultés réelles pour certaines populations | 11 |
| 3.3. Des populations très différenciées | 11 |
| 3.4. Des territoires classés en politique de la ville, des territoires ruraux..... | 12 |
| Partie Quantitative | 15 |
| 1. Repères géographiques..... | 18 |
| 2. Éléments sociodémographiques..... | 20 |
| 2.1. Population | 20 |
| 2.2. Ménages et structure familiale..... | 25 |
| 2.3. Logement | 26 |
| 2.4. Scolarité..... | 27 |
| 2.5. Niveau d'études | 27 |
| 2.6. Emploi et professions..... | 28 |
| 2.7. Revenus | 31 |
| 2.8. Précarité | 33 |
| 3. Offre de soins | 34 |
| 3.1. Offre libérale..... | 34 |
| 3.2. Établissements et services socio-sanitaires..... | 38 |
| 4. État de santé | 40 |
| 4.1. Périnatalité | 40 |
| 4.2. Santé des enfants | 40 |
| 4.3. Consommation de soins de ville | 41 |
| 4.4. Consommation de médicaments..... | 41 |
| 4.5. Hospitalisations en Médecine-Chirurgie-Obstétrique | 42 |
| 4.6. Interventions des pompiers | 45 |
| 4.7. Affections Longue Durée (ALD) | 45 |
| 4.8. Prévention : dépistage du cancer du sein..... | 46 |
| 4.9. Mortalité..... | 47 |
| 5. Synthèse..... | 50 |
| Partie qualitative | 51 |
| 1. Les problématiques de santé transversales | 57 |
| 1.1. L'offre de ressources de santé et des champs connexes à la santé apparaît comme riche et diversifiée . | 57 |
| 1.2. Un constat à pondérer : des difficultés repérées d'accès aux ressources de santé | 62 |
| 1.3. De bons indicateurs globaux de santé au plan somatique... Mais des difficultés repérées. | 64 |
| 1.4. La santé mentale : une problématique majeure | 67 |
| 2. Les problématiques de santé par tranches d'âge | 72 |
| 2.1. Les enfants | 72 |
| 2.2. Les adolescents et les jeunes | 75 |
| 2.3. Les adultes..... | 82 |
| 2.4. Les publics spécifiques..... | 88 |
| 2.5. Les personnes âgées | 91 |
| Synthèse et pistes d'action..... | 95 |

INTRODUCTION

CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La Politique de la Ville repose sur l'élaboration d'un projet global prenant en compte l'ensemble des facteurs d'exclusion que connaissent les populations sur certains territoires urbains. Elle a donc une finalité d'ordre social intégrant la dimension de la santé.

Dans ce cadre, l'agglomération annemassienne a souhaité la réalisation d'une étude qui permette de mieux connaître les besoins de la population et de faire l'état des lieux (forces et faiblesses) de l'offre de santé et de son accès, afin d'affiner les orientations des politiques de santé conduites sur le territoire. De plus, la reconfiguration prochaine des ressources hospitalières de l'agglomération pourra favoriser la mise en place de partenariats en direction d'une offre de santé pouvant s'appuyer sur les résultats d'une telle étude.

Pour ce faire, l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes a proposé la réalisation d'un diagnostic local de santé, véritable outil de planification visant l'identification de pistes d'action après une analyse partagée des difficultés, des besoins et des ressources de la population territoriale et des différents groupes qui la composent.

Par ailleurs, une démarche **de diagnostic partagé** permet :

1. de disposer d'un état des lieux et d'une analyse de la situation partagés, objectifs et validés par les différents partenaires ;
2. de disposer d'une référence sur laquelle pourra s'appuyer une planification adaptée, intégrant l'évaluation des actions ;
3. de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés ;
4. des effets d'impact de la démarche de diagnostic proprement dite (développement de liens, échanges d'information, renforcement de projets,...).

Le présent rapport dresse, dans un premier temps, une photographie de la situation sanitaire et sociale à partir de l'analyse d'indicateurs quantitatifs, puis la deuxième partie détaille les informations qualitatives issues de l'expérience des acteurs locaux et des habitants. Enfin, le dernier chapitre présente une synthèse de ces informations et les pistes d'actions identifiées.

Ce dernier chapitre peut permettre une lecture rapide du diagnostic et de ses principaux constats et recommandations.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Différentes approches ont été utilisées pour réaliser ce diagnostic qui repose sur quatre sources d'informations principales :

Des **indicateurs** quantitatifs issus des principaux systèmes d'information (données démographiques, sociales et sanitaires, en incluant des éléments d'offre et de consommation...);

Les **personnes-ressources** : par entretiens semi-directifs individuels approfondis réalisés auprès d'acteurs de terrain, intervenant dans le domaine de la santé et du social ;

Les **habitants** : par le biais d'entretiens collectifs réalisés avec différents groupes de population;

L'observation de terrain sur le territoire : déambulation à pied, utilisation de commerces et de services de l'agglomération, repérage de l'état de la voirie, des espaces verts, etc. afin de mettre à jour tous les éléments objectifs facteurs de bien-être ou de mal-être.

Par ailleurs, une **analyse bibliographique** de différents documents produits localement (rapports de groupes de travail, rapports d'activité, documents de projets, articles, ...) a été effectuée.

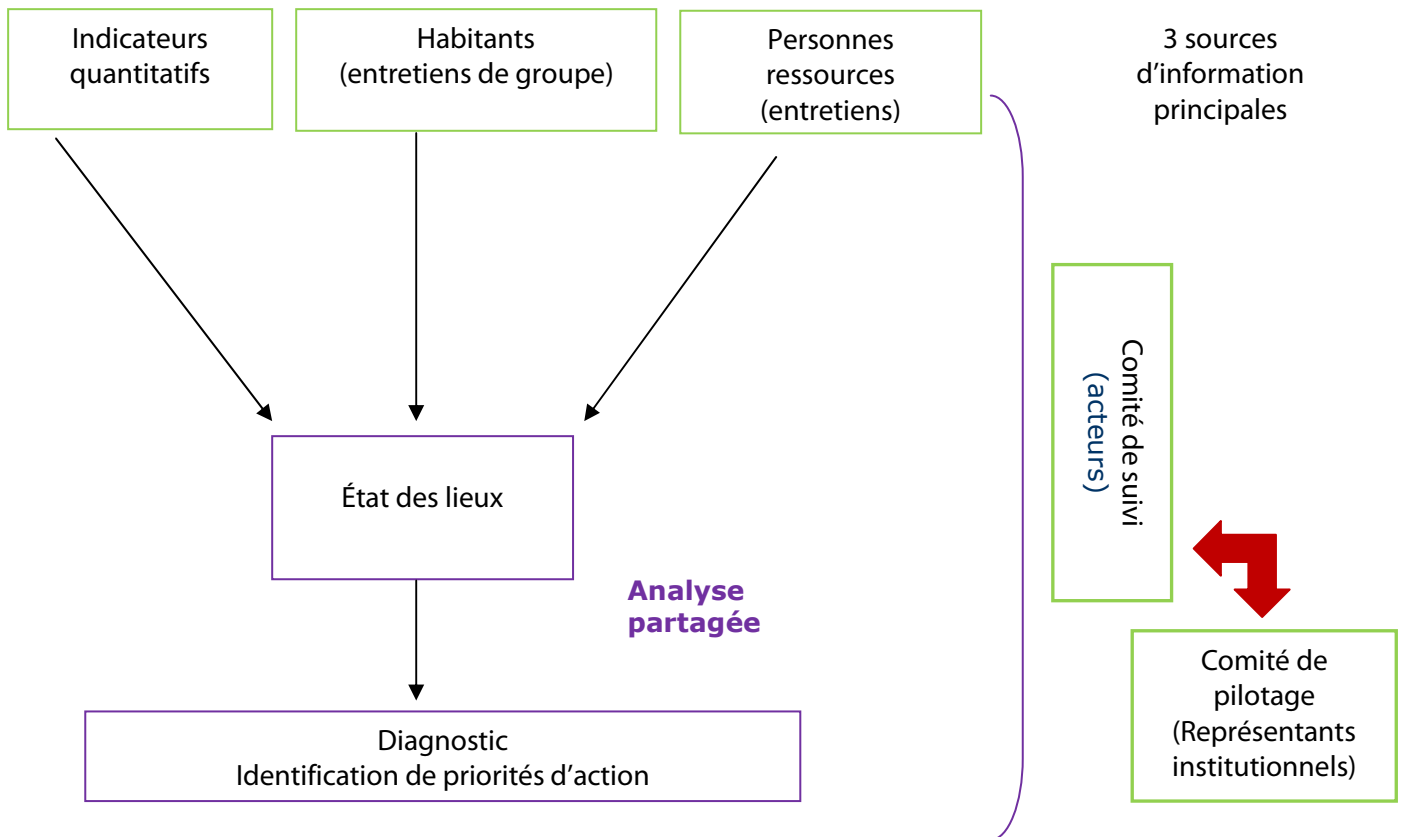
Le travail portait sur l'ensemble de la population de l'agglomération annemassienne, avec le souci de pointer les particularités éventuelles des quartiers relevant plus particulièrement de la politique de la ville (quartiers situés à Annemasse, Gaillard, Ville-La-Grand et Ambilly).

Cette étude a été réalisée sous la forme d'un **diagnostic partagé**.

Un comité de suivi a été mis en place avec des acteurs locaux de la santé ou du social. Il s'est réuni trois fois pour valider la démarche et pour affiner et enrichir les éléments de l'étude ainsi que les pistes de réflexion ayant émergé de l'enquête de terrain.

Cette démarche s'est déroulée sur le deuxième semestre de l'année 2008.

SCHEMA SYNTHETIQUE DE LA DEMARCHE MISE EN ŒUVRE



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

1. L'AGGLOMERATION ANNEMASSIENNE, AU SEIN DE L'AGGLOMERATION FRANCO-VALDO-GENEVOISE ¹

L'agglomération annemassienne est située dans le département de Haute-Savoie, à la frontière franco-suisse, au sud du lac Léman et dans l'aire urbaine de Genève. On parle ainsi de l'agglomération Franco-Valdo-Genevoise qui, pour n'avoir pas d'existence juridique², n'en représente pas moins un pôle réel de concentration urbaine et d'activité économique.

L'agglomération Franco-Valdo-Genevoise compte environ 740 000 habitants et constitue un bassin d'emploi très important avec un secteur tertiaire prédominant, un secteur secondaire en évolution (les grandes entreprises industrielles mécatroniques ont presque disparu, mais il reste des entreprises dans des secteurs « de niche », notamment dans la haute horlogerie, la haute technologie électronique, les biotechnologies) et un secteur primaire de spécialités (en ce qui concerne la région d'Annemasse on repère ainsi des productions maraîchères, des productions AOC - Vin de Savoie, Abondance, Reblochon). La ville de Genève en constitue naturellement le cœur, puisqu'en sus de la dimension économique, cette ville constitue un véritable pôle ressource en matière de culture, de loisirs, ...

Sur ce bassin, la majorité des emplois est concentrée dans des entreprises situées en Suisse, notamment des entreprises comportant plus de 50 personnes, qu'il s'agisse d'ailleurs d'entreprises suisses ou de multinationales d'origine étrangère, ou encore d'organisations internationales gouvernementales ou d'organisations non gouvernementales. On notera que la proportion de résidents de l'agglomération annemassienne travaillant en Suisse – les frontaliers - est estimée à 32% de la population active (chiffre de 1999). Il apparaît clairement que le volume d'emplois proposés par le canton de Genève a un très fort impact sur le taux de chômage de l'agglomération, qui est inférieur au taux de chômage national. Par ailleurs, cette dimension frontalière renvoie à la fonction fortement résidentielle de l'agglomération annemassienne, mais aussi au fait qu'il s'agit d'un territoire de passage pour ceux qui habitent en Haute-Savoie et qui travaillent en Suisse.

Si l'agglomération annemassienne est partiellement entourée de terres agricoles, notamment à l'ouest, elle constitue aujourd'hui un territoire fondamentalement urbain, avec notamment une part de logements sociaux dans le parc locatif qui s'élève à 16,5% (essentiellement concentrés sur Annemasse et Gaillard) et une densité de population de 926 habitants au kilomètre carré.

Cette agglomération est composée de plusieurs communes qui ont connu, à un rythme différent, une expansion notable depuis l'après-guerre. Ce développement économique et urbain a rapproché ces communes au point qu'elles deviennent limitrophes et aient de plus en plus d'intérêts communs.

Ainsi, en 1966, les communes d'Annemasse, Ambilly, Etrembière, Gaillard, Ville-la-Grand et Vétraz-Monthoux forment le Syndicat Intercommunal à Vocation Multiple de l'Agglomération Annemassienne (SIVMAA). Le syndicat ne gérait à ses débuts que la production et la distribution d'eau potable, l'assainissement et l'équipement scolaire du second degré mais progressivement de nouvelles compétences ont été transférées par les communes : station d'épuration, centre aéré, logement... Ce syndicat a été dissout pour faire place en janvier 2002 à une communauté de communes à fiscalité propre : la Communauté de Communes de l'Agglomération d'Annemasse ou « 2C2A ».

C'est également au cours des années 60 que des syndicats ont commencé à être mis en place dans les communes du territoire des Voirons, une zone de montagne des Préalpes, située à l'ouest d'Annemasse. En 2003 la Communauté de Communes des Voirons, est créée. Elle inclut, Cranves-Sales, Juvigny, Saint-Cergues, Machilly, Lucinges et Bonne.

¹ Sources : Contrat Urbain de Cohésion Sociale 2007-2009 de l'agglomération Annemassienne, Site internet de l'agglomération d'Annemasse (www.annemasse-agglo.fr), site internet de l'office de tourisme d'Annemasse et son agglomération (www.annemasse-agglo-tourisme.com), Département de l'Économie, de l'Emploi et des affaires Extérieures de la République et du canton de Genève

² Notons cependant l'existence du projet d'Agglomération Franco-Valdo-Genevois, multithématique (<http://www.projet-agglo.org>)

Au cours des années 2000, la 2C2A et la Communauté de Communes des Voirons ont engagé plusieurs démarches autour du logement, du développement économique, des déplacements et enfin de la mise en place d'un schéma de cohérence territoriale (SCOT). De ces réflexions et travaux est née l'idée de réunir les deux structures intercommunales au sein d'une communauté d'agglomération à 12 communes. C'est finalement en décembre 2007 que se fait la réunion des deux communautés de communes. Cette entité, la communauté d'agglomération "Annemasse Agglo" se donne aujourd'hui pour objectif de favoriser l'élaboration et la réalisation d'un projet concerté de développement et d'aménagement de l'espace, dans ce contexte si particulier de proximité immédiate avec la Suisse et notamment avec la ville de Genève.

2. L'AGGLOMERATION ANNEMASSIENNE : CONTINUITÉ ET DIVERSITÉ

Pour qui parcourt l'agglomération annemassienne, il est évident qu'il s'agit là d'un ensemble urbain qui dépasse la notion de conurbation, et cela est particulièrement évident en ce qui concerne les six communes de la communauté de communes de l'agglomération d'Annemasse. Le piéton ou l'automobiliste qui circule entre ces territoires ne se rend pas compte qu'il passe d'une commune à l'autre tant la continuité spatiale est forte entre Annemasse et les communes immédiatement mitoyennes que sont Ambilly, Ville-la-Grand, Vétraz-Monthoux, Etrembières et Gaillard. Cela est un peu moins vrai en ce qui concerne les six autres communes, des terrains cultivés (héritage d'un passé agricole encore proche) venant ponctuer l'espace et atténuer la densité urbaine. Reste que le lien entre communes est extrêmement aisé par la route.

Globalement, le visiteur étranger repère que l'agglomération présente des visages très différents : habitat diversifié, espaces verts, voies de communication importantes avec Genève (notamment par la route), l'ensemble restant à dimension humaine et proche d'un environnement verdoyant.

Au sein de cette continuité spatiale, les 12 communes présentent cependant des spécificités importantes. Ce n'est pas ici le lieu de les décrire toutes de manière exhaustive, néanmoins nous donnons ici quelques repères sommaires, dont l'objectif est de faire ressortir la diversité des situations.

Les six communes de l'ex-2C2A. Quatre d'entre elles font l'objet de contrats particuliers au sein du Contrat Urbain de Cohésion Sociale³

Ambilly jouxte Genève et compte environ 5 853 habitants et 125 hectares de superficie : c'est la commune la moins étendue de Rhône-Alpes, elle est complètement urbanisée et présente une densité d'habitants très importante. On soulignera la présence d'un pôle médical important constitué autour du Centre Hospitalier Intercommunal Annemasse Bonneville, qui va d'ailleurs cependant être transféré, dans quelques années, sur la commune de Contamine-sur-Arve. Même si la commune d'Ambilly a un faible pourcentage de logements sociaux (autour de 10%) elle rencontre certaines difficultés propres aux aires très urbanisées et elle a souhaité renouveler sa participation au Contrat Urbain de Cohésion Sociale pour 2007-2009.

Annemasse, ville de 29 162 habitants environ, constitue le cœur naturel de l'agglomération et le noyau des voies de communication (chemin de fer, autoroute). Elle compte différentes ressources en terme d'associations, de structures intervenant dans les domaines de l'éducation, l'insertion ou

³ Contrats Urbains de Cohésion Sociale (ou CUCS) : ils succèdent au Contrats de Ville, et permettent de mettre en œuvre un projet de développement social qui prend en compte les besoins des quartiers, des territoires urbains qui connaissent des difficultés économiques et sociales majeures.

l'accompagnement de différents type de publics qui, toutes, rayonnent sur l'agglomération et souvent au-delà. On note également la présence de ressources de santé et de prévention. Annemasse comprend l'une des zones de chalandise importante de l'agglomération. On repère sur la commune plusieurs territoires en Contrat Urbain de Cohésion Sociale : les quartiers du Perrier, Château Rouge, Joroux et Livron, tous mitoyens, et également deux ensembles d'habitat collectif : les Champs Longs et la Cité de la Promotion Sociale. Les indicateurs de précarité montrent qu'une partie de la population de ces territoires est fragile ou en grandes difficultés.

Etrembières est une commune comptant 1 662 habitants. Elle s'étend sur 8 km, au sud de l'agglomération. La commune abrite un centre commercial très important où sont présentes une cinquantaine d'enseignes.

Gaillard est une commune frontalière de la Suisse et de Genève et compte 11 640 habitants (ce qui en fait la deuxième commune la plus peuplée de l'agglomération). Elle compte également des ressources commerciales et associatives. Plus de 50% de la population active de cette commune travaille en Suisse. Sa position géographique est très favorable et induit l'arrivée régulière de populations en quête d'embauche, plus ou moins qualifiées, et qui ne trouvent pas toujours d'emploi... De ce fait, on repère sur cette commune un « turn-over » notable de la population. On note la présence de plusieurs territoires en Contrat Urbain de Cohésion Sociale : les Hutins-Nord, les Terreaux-Helvetia, le Chalet, Porte de France, les Feux-Follets, La Tour-Le Salève. Ces quartiers comptent une population de 4 000 habitants. La particularité de ces territoires se traduit par le nombre élevé de petits logements : 779 studios sur 1 766 logements, soit plus de 40%, sur-occupés pour une bonne partie. Ces studios dépendent pour les deux tiers du parc privé mais sont largement, dans les faits, occupés par des publics démunis. Les situations de précarité sont repérées comme importantes en volume et en intensité sur ces quartiers.

Ville-La-Grand regroupe 7 160 habitants et est également frontalière avec la Suisse. On y note la présence d'une zone industrielle, une zone artisanale ainsi qu'un « village d'entreprise ». La ville regroupe d'ailleurs 27 % des emplois de l'ex-2C2A et montre un taux d'emploi supérieur à celui des autres communes de l'ex-2C2A. Néanmoins, certaines difficultés économiques et sociales sont rencontrées par une partie de la population qui habite sur le quartier de Pré des Plans qui ont motivé la participation de cette commune au Contrat Urbain de Cohésion Sociale.

Vétraz-Monthoux a une population de 6 429 habitants. Malgré le développement de l'urbanisation, un tiers de la commune reste en zones naturelles et agricoles.

Les six communes de « l'ancienne » communauté de communes des Voirons présentent un caractère fortement résidentiel, souvent rural, et forment une sorte de « ceinture verte » autour des six communes de l'ex-2C2A.

Bonne compte 2 674 habitants. Longtemps territoire de passage vers Annemasse, la circulation y est aujourd'hui moins dense, du fait d'une réorganisation des voies de passage.

Cranves Sales compte 5 131 habitants. Cette commune péri-urbaine présente un caractère résidentiel marqué mais on y dénombre encore une dizaine d'exploitations agricoles.

Juvigny compte 638 habitants. De caractère rural, c'est la commune la moins peuplée de l'agglomération.

Lucinges compte environ 1 474 habitants et c'est la seule commune de montagne de l'agglomération.

Machilly compte environ 900 habitants, c'est également une commune largement rurale (monoculture de la framboise).

Saint-Cergues compte environ 2 991 habitants. On y cultive, comme à Machilly, la framboise.

3. LES PROFESSIONNELS ET HABITANTS INSISTENT SUR LES SPECIFICITES DU CONTEXTE

Les personnes ressources et habitants qui ont été interviewés dans le cadre de la partie qualitative du diagnostic de santé ont spontanément évoqué, au cours des entretiens, des spécificités du contexte annemassien qui leur semblent très importantes à prendre en compte.

3.1. Une agglomération attractive, un territoire de passage

En premier lieu, tous font le constat du fort développement de l'agglomération : en moins de cinquante ans ce territoire est passé d'une constellation de villages, largement tournés vers l'agriculture, à une agglomération qui a connu une forte expansion démographique et dont les besoins vont croissant.

Ce développement économique allié à un environnement naturel verdoyant et à la proximité immédiate de la Suisse et en particulier de Genève, unanimement considérée comme une ressource majeure en matière de commerces, de loisirs, de culture, font que le cadre de vie de l'agglomération est globalement considéré comme agréable. Par ailleurs, les opportunités professionnelles qui existent en Suisse et les salaires qui y sont notablement plus élevés qu'en France font que le niveau de vie des salariés frontaliers peut être très confortable.

Certains parlent de ce territoire comme d'une « ville-dortoir », du fait de la grande dépendance vis-à-vis de la Suisse en matière d'emploi, d'offre culturelle, de loisirs, etc... Et en effet, la fonction résidentielle est largement dominante dans l'agglomération. Néanmoins, l'existence de services, d'associations multiples et de commerces au sein de l'agglomération fait qu'une vie urbaine propre y existe, même si Genève, toute proche, constitue un pôle de centralité majeur.

Ces différents éléments font que l'agglomération Franco-Valdo-Genevoise en général et notamment l'agglomération annemassienne sont très attractives. De ce fait, de nombreuses personnes originaires d'autres départements ou d'autres pays affluent, espérant trouver un emploi en Suisse. Certains y parviennent et s'installent dans l'agglomération, d'autres n'obtiennent pas l'emploi attendu, souvent faute d'un niveau de qualification suffisant, et repartent. Les professionnels rencontrés ont ainsi souligné que si les possibilités d'emploi sont réelles en Suisse, il ne s'agissait pas pour autant d'une « manne ».

Outre cette image « d'Eldorado » que peut avoir l'agglomération annemassienne du fait des possibilités d'emploi en Suisse, le territoire est également attractif pour des suisses qui travaillent en Suisse mais qui décident de s'installer côté français, le coût de la vie y étant, malgré tout, inférieur à celui de la Suisse et à celui de Genève en particulier. Il semble également que certains suisses viennent se faire soigner en France⁴, notamment en ce qui concerne les soins de dentisterie. Le coût plus élevé des soins en Suisse explique en partie cet afflux vers les professionnels français.

Enfin, l'agglomération annemassienne constitue également un lieu de passage pour les travailleurs frontaliers qui travaillent en Suisse et habitent hors de l'agglomération, en Haute-Savoie, parfois à plusieurs dizaines de kilomètres de leur lieu de travail. Ces personnes qui traversent l'agglomération pour aller travailler s'y arrêtent également « au passage » pour utiliser certaines ressources, et notamment des ressources de santé.

⁴ Cf. Données quantitatives – Activité des professionnels de santé libéraux

3.2. Un coût de la vie élevé, des difficultés réelles pour certaines populations

Les niveaux de salaires élevés entraînent un coût de la vie élevé, notamment en ce qui concerne le logement. En guise d'illustration, on notera que dans cette agglomération d'environ 70 000 personnes, les prix à la location comme à l'achat sont comparables à ceux pratiqués à Lyon. A cela s'ajoute le fait que l'offre de logement est très inférieure à la demande. C'est ainsi qu'au fil des ans, il est devenu de plus en plus difficile de se loger pour les personnes ayant un salaire moyen français, et encore plus pour les demandeurs d'emploi ou les personnes vivant de minimas sociaux, et ce d'autant plus qu'il semble que l'agglomération connaisse un manque important en matière de logements sociaux. Certains professionnels ont par ailleurs souligné qu'il existait des « marchands de sommeil », notamment à Gaillard, qui sous-louent ou louent des appartements (ou encore des « appartements-caves », des garages, ...) à plusieurs personnes qui ne se connaissent pas, en même temps, à des tarifs élevés. En conséquence, les personnes qui viennent d'autres pays ou d'autres régions et qui ne trouvent pas un emploi en quelques semaines doivent quitter le territoire, faute d'avoir les moyens d'y survivre, après avoir parfois connu l'errance et les solutions d'hébergement d'urgence.

Ce contexte de cherté de la vie, et notamment de coût élevé du logement, fait qu'il est souvent difficile de recruter des professionnels français, notamment dans les structures publiques ou associatives, tant le décalage est fort entre le niveau de salaire et le prix des loyers. On repère ainsi de nombreuses vacances de postes dans différentes structures.

Par ailleurs, les niveaux de salaires étant souvent bien supérieurs en Suisse, il s'avère également qu'une part des professionnels du secteur privé ou public choisissent, s'ils en ont l'opportunité, d'aller travailler en Suisse. Dans le domaine de la santé, ce sont souvent les infirmières et les aides-soignantes qui sont citées comme étant particulièrement « exposées » à la tentation d'aller travailler en Suisse. Ce contexte n'est donc pas facilitateur en matière de recrutement pour le secteur privé et encore plus pour le secteur public et un phénomène de « turn-over » du personnel est souvent constaté et déploré.

3.3. Des populations très différenciées

Les personnes interviewées ont également souligné que ce contexte frontalier particulier engendre des disparités fortes entre différentes catégories de la population.

On trouve ainsi des personnes ayant un très bon niveau de vie qui travaillent - elles-mêmes et/ou leur conjoint - en Suisse. Néanmoins, travailler en Suisse implique également des contraintes, notamment en termes de temps de transport, mais aussi en terme de durée des congés (les congés sont moins importants en Suisse ce qui peut impliquer davantage de recours aux modes de garde pour les enfants, etc.) Par ailleurs, la couverture santé proposée peut varier assez fortement d'une entreprise à l'autre, de même que les niveaux de retraite.

Vient ensuite ce que l'on pourrait dénommer la « classe moyenne », décrite comme peu nombreuse et essentiellement composée de salariés français qui, en termes de coût de la vie, est exposée aux mêmes contraintes que les habitants des grandes villes.

On repère également des publics en situation de précarité : demandeurs d'emploi, bénéficiaires du RMI ou d'autres minimas sociaux. Les données quantitatives montrent que cette population est loin d'être anecdotique et qu'elle est plus importante sur le territoire de l'agglomération que sur le reste du département. Ces personnes habitent souvent dans les communes du centre de l'agglomération dans le parc privé ou dans les logements sociaux, mais on en trouve également dans certaines communes rurales. Certains quartiers, notamment classés en politique de la ville, sont cependant plus marqués que d'autres, ainsi Pré des Plans à Ville la Grand, mais surtout le Perrier et le Livron à Annemasse et plusieurs quartiers de Gaillard. Comme sur d'autres territoires urbains de même profil, cette population rencontre

des difficultés socio-économiques et est victime de certaines formes de stigmatisation. Habiter à Gaillard-Fossard ou au Perrier n'est pas neutre en termes d'image à l'échelle de l'agglomération et peut-être même du département. Cette population fragile semble d'ailleurs en croissance et certains acteurs comme notamment le Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse-Bonneville ou les professionnels du champ social constatent qu'ils reçoivent de plus en plus de personnes défavorisées dans leurs services.

Enfin, de par sa proximité avec Genève et du fait de ses ressources propres, l'agglomération annemassienne compte également une frange de la population composée de personnes très précaires, sans papiers, personnes hébergées, « routards » plus ou moins en errance, qui ne vivent pas forcément pendant de longues périodes sur l'agglomération. Ces personnes cumulent souvent plusieurs types de difficultés.

Ainsi, à l'échelle d'une population de 70 000 personnes environ, on constate d'énormes écarts de niveaux et de styles de vie, avec néanmoins, au moins au plan symbolique, le ressenti d'une prépondérance des personnes ayant un bon niveau de vie. Ce ressenti renvoie d'ailleurs à un sentiment de décalage de la « classe moyenne », qui se sentirait à la fois minoritaire et peut-être plus facilement déconsidérée qu'ailleurs par ceux qui ont un pouvoir d'achat important...

3.4. Des territoires classés en politique de la ville, des territoires ruraux

Les quartiers qui ont été classés dans la géographie prioritaire sont concernés par des problématiques de précarité urbaine telles qu'on peut, dans les grandes lignes, les identifier sur des territoires de même profil, avec néanmoins certaines spécificités.

Ainsi, on repère des publics en situation de précarité économique et sociale qui rencontrent également des difficultés en termes de réseaux relationnels : mères célibataires, hommes seuls... Ce cumul peut engendrer un véritable isolement social et affectif et souvent aussi, des formes de dépressivité plus ou moins marquées.

Certains quartiers d'Annemasse et de Gaillard sont particulièrement concernés par cette précarité. A Gaillard notamment, on repère le quartier de Gaillard Fossard qui compte plusieurs immeubles uniquement composés de T1, dont beaucoup sont sur-occupés par des familles qui ne trouvent pas à se loger ailleurs. Ces quartiers sont décrits comme connaissant de très grandes difficultés, que l'on explorera plus avant, sous l'angle de la santé, dans les chapitres suivants.

Enfin, on repère sur l'agglomération quelques « poches » d'habitat indigne ou très dégradé (au Livron/Annemasse, et à Gaillard notamment), qui présentent des problèmes d'aération, d'humidité, d'infiltration, de non conformité de l'électricité... Certains des habitants que nous avons rencontrés ont également évoqué l'infestation des appartements par les puces, qui seraient « amenées » par les pigeons qui pullulent sur les balcons et vont parfois jusqu'à entrer dans les appartements, notamment à Gaillard-Fossard et au Perrier-Livron. Plusieurs habitants ont également parlé d'un problème de rats dans les espaces publics, qui serait particulièrement manifeste sur les quais d'Arve. Soulignons que toute l'agglomération est concernée par une OPAH (opération programmée d'aménagement de l'habitat) qui doit notamment permettre aux petits bailleurs impécunieux d'avoir accès à des subventions pour rénover et mettre aux normes les logements qu'ils louent.

On repère également sur ces quartiers une problématique de « désordre » sur la voie publique. Qu'il s'agisse d'amoncellements « spontanés » d'ordures ou de rassemblements de jeunes, plus ou moins bruyants, de poubelles brûlées, de dégradations des parties communes, habitants et personnes ressources repèrent des formes « d'activité » qu'on retrouve souvent sur les quartiers dits « défavorisés ». Depuis quelques années, les villes d'Annemasse et de Gaillard se sont dotées de médiateurs : ces personnes qui vont au contact de la population, et notamment des jeunes, en journée et surtout en

soirée et la nuit, ont pour mission de faciliter le « vivre ensemble » sur ces territoires et de canaliser ou apaiser les velléités de conflit, d'agressivité entre les habitants, mais également de repérer et d'aider les personnes en détresse (personnes âgées isolées, ...).

Soulignons que, malgré les difficultés que traversent ces quartiers, ils sont exempts de violences urbaines. Les habitants que nous avons rencontrés à Gaillard ou au Perrier ne se sentent pas en insécurité sur leur quartier. Des jeunes femmes habitantes du Perrier ont déclaré qu'elles pouvaient rentrer chez elles en soirée, sans crainte de se faire molester, à la fois sans doute du fait de ce climat relativement apaisé, et du contrôle social qui existe sur ces « quartiers-village » qui peut être étouffant mais aussi protecteur pour les habitants.

Un thème a particulièrement été souligné par les habitants rencontrés dans ces quartiers, celui des transports en commun. Que ce soit au Perrier ou à Gaillard-Fossard, les habitants expriment une certaine insatisfaction et se sentent plus ou moins enclavés.

Pour les habitants du secteur Perrier-Livron, c'est notamment l'accès à l'hôpital par transport en commun qui semble peu satisfaisant : le parcours des bus implique un temps de trajet très long pour aller jusqu'à l'hôpital, ce qui est particulièrement problématique pour les personnes à mobilité réduite qui n'ont pas de véhicule personnel. Pour les habitants de Gaillard le problème semble plus aigu. Ils ont le sentiment d'habiter « *au bout du monde* » et d'être mal reliés au centre de l'agglomération en termes de fréquence des bus⁵ et de service faible ou inexistant en soirée ou le week-end. Par ailleurs, les zones commerciales où se trouvent les magasins de discount, plus accessibles économiquement pour ces populations, sont mal reliées à ces quartiers par les transports en commun, ce qui crée une contrainte supplémentaire.

Les communes périphériques présentent un profil globalement résidentiel et rural au niveau de la structuration de l'espace, bien que l'activité agricole n'y soit plus dominante économiquement parlant. Ces communes sont à la fois différentes et similaires du fait de leur situation « périphérique » et de leur plus ou moins grand éloignement par rapport au centre de l'agglomération : on y repère donc des attentes fortes de renforcement des transports en commun, pour circuler notamment vers le centre de l'agglomération mais aussi des attentes d'accès facilité aux équipements sportifs ou de loisirs, notamment par rapport aux jeunes qui peuvent se sentir quelque peu enclavés.

Les habitants de ces communes ont précisé qu'ils appréciaient le service de transport « Proxitac ». Dépendant des transports en commun de l'agglomération annemassienne (TAC), Proxitac est un service de minibus qui va chercher les personnes résidant dans des lieux excentrés de l'agglomération et éloignés des circuits de transport en commun. Ces minibus vont les chercher à domicile et les déposent à l'arrêt de bus le plus proche, où elles peuvent alors prendre les transports en commun ordinaires. Comme le service de transports pour personnes à mobilité réduite (« Handitac ») il est nécessaire de faire une réservation pour l'aller comme pour le retour et de préciser l'heure à laquelle le transport est souhaité. Depuis la rentrée 2008, précisons que tous ces modes de transports par le TAC sont au même tarif, créant ainsi une égalité de traitement entre les habitants, quel que soit leur statut et l'endroit de la commune où ils habitent.

Enfin, les personnes-ressources interviewées ont attiré notre attention sur le fait que malgré l'absence de territoires en politique de la ville, ces communes peuvent également compter des habitants en difficultés. Même s'ils sont disséminés dans l'espace de ces communes, ils peuvent, au plan économique et social connaître également des situations de précarité.

⁵ En ce qui concerne Gaillard-Fossard : deux bus se suivent à quelques minutes d'intervalle, qui ont une destination finale différente, mais qui ont le même parcours sur la première portion de leur trajet. Le fait de les décaler dans le temps, permettrait aux habitants de Gaillard-Fossard d'attendre un bus pour aller vers Annemasse moins longtemps.

PARTIE QUANTITATIVE

INFORMATIONS

Indicateurs

La partie quantitative du diagnostic de l'Agglomération annemassienne traite de divers thèmes, à travers la présentation d'indicateurs démographiques (évolution, densité...), sociaux (allocations, logement...) et sanitaires (offre, mortalité, hospitalisations...).

Déclinaisons géographiques

Les différents indicateurs sont tous présentés au minimum pour l'ensemble de l'Agglomération annemassienne, puis éventuellement par commune quand le détail est disponible.

Certains indicateurs, notamment les indicateurs sociaux, sont déclinés à un niveau infracommunal, principalement pour les communes d'Annemasse et Gaillard.

Enfin, tous les indicateurs sont disponibles pour comparaison au niveau du département de la Haute-Savoie et/ou de la région Rhône-Alpes.

Méthodes

Certains indicateurs, appelés « taux comparatifs » sont utilisés quand les données sont sensibles à l'âge de la population étudiée. Ainsi pour la consommation de médicaments, le recours à l'hospitalisation ou encore la mortalité, les taux indiqués sont standardisés : ils permettent de comparer des territoires (par exemple l'Agglomération annemassienne et le département de la Haute-Savoie ou la région Rhône-Alpes) qui ont pourtant au départ des structures d'âge différentes.

1. REPERES GEOGRAPHIQUES

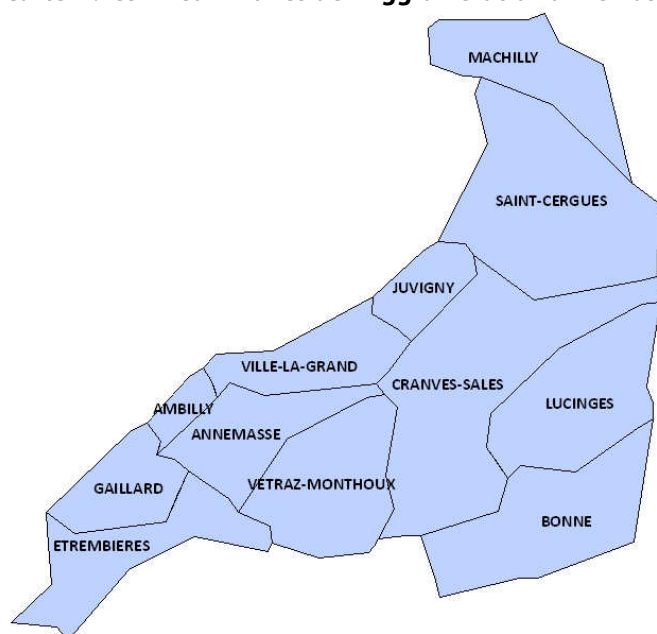
L'Agglomération annemassienne est déjà, de par sa situation géographique, une zone particulière : située entre le mont Salève et la montagne des Voirons, il s'agit d'un territoire frontalier avec la Suisse, à proximité immédiate de Genève.

Carte 1 : la situation de l'Agglomération annemassienne au sein de la région Rhône-Alpes



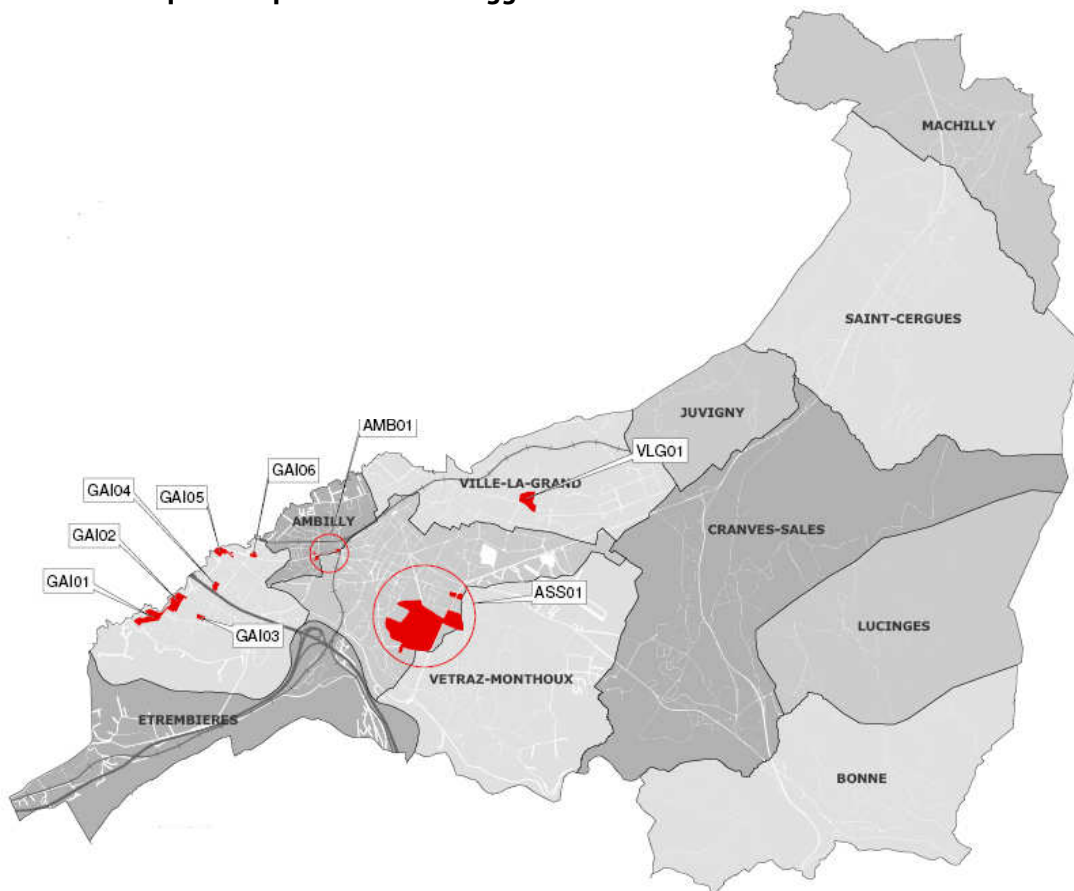
Cette agglomération est composée de douze communes.

Carte 2 : les 12 communes de l'Agglomération annemassienne



Certaines communes comptent également des quartiers concernés par la Politique de la ville. Les villes concernées sont Annemasse, Ville-la-Grand, Gaillard et Ambilly.

Carte 3 : situation des quartiers prioritaires sur l'Agglomération annemassienne



2. ÉLÉMENTS SOCIODEMographiques

2.1. Population

Sources : Recensements généraux de la population INSEE (1982, 1990, 1999)
Enquêtes annuelles de recensement INSEE (2004-2008)

2.1.1. Évolution de 1982 à 2006

Le tableau ci-dessous présente les effectifs de population de l'Agglomération annemassienne lors des différents recensements :

Tableau 1 : effectifs de population sur l'Agglomération annemassienne aux différents recensements depuis 1982 selon la commune

| Commune | Recensement général de la population (exhaustif) | | | Enquêtes annuelles de recensement |
|------------------------------------|--|---------------|---------------|-----------------------------------|
| | 1982 | 1990 | 1999 | millésime 2006 |
| Ambilly | 5 229 | 5 905 | 5 811 | 5 853 |
| Annemasse | 26 255 | 27 705 | 27 238 | 29 162 |
| Bonne | 1 600 | 1 820 | 2 099 | 2 674 |
| Cranves-Sales | 2 750 | 3 934 | 4 361 | 5 131 |
| Etrembières | 1 201 | 1 375 | 1 429 | 1 662 |
| Gaillard | 9 079 | 9 594 | 9 949 | 11 640 |
| Juvigny | 418 | 544 | 540 | 638 |
| Lucinges | 665 | 893 | 1 212 | 1 474 |
| Machilly | 683 | 829 | 860 | 993 |
| Saint-Cergues | 2 088 | 2 338 | 2 487 | 2 991 |
| Vétraz-Monthoux | 3 419 | 4 313 | 5 300 | 6 429 |
| Ville-la-Grand | 4 710 | 6 474 | 6 983 | 7 160 |
| Agglomération annemassienne | 58 097 | 65 724 | 68 269 | 75 807 (+9,9%) |

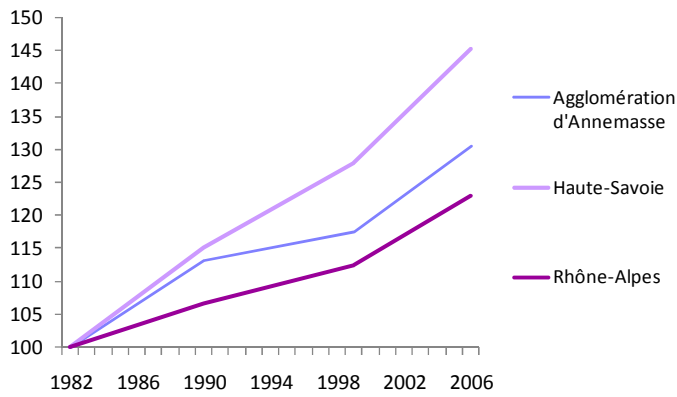
Note : les communes de moins de 10 000 habitants en 1999 ont été recensées de manière exhaustive sur une année entre 2004 et 2008 ; les communes de plus de 10 000 habitants en 1999 ont été recensées à partir d'un échantillon annuel entre 2004 et 2007 de 8% des logements pour obtenir des estimations millésimées sur 2006, disponibles depuis janvier 2009.

Entre 1990 et 1999, la population de l'Agglomération annemassienne a connu une **croissance** annuelle moyenne de 0,4% soit une croissance moins rapide que ce qui avait été relevé entre 1982 et 1990 (+1,6% par an en moyenne sur cette période).

L'Agglomération annemassienne a suivi l'évolution du département (+1,8% par an) sur la période 1982-1990 avec une croissance de 1,6% par an en moyenne ; cette évolution est par ailleurs nettement supérieure à l'évolution régionale sur la même période (+0,8% par an).

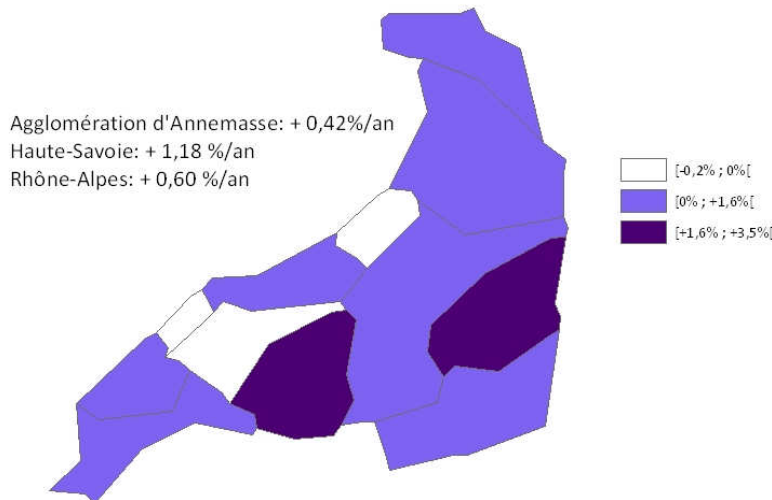
Sur la période 1990-1999, si la croissance annuelle a ralenti sur le département (+1,2%) et sur la région (+0,6%), ces baisses ne sont pas aussi importantes que sur l'Agglomération annemassienne où la croissance est passée de 1,6% par an entre 1982 et 1990 à +0,4% entre 1990 et 1999.

Graphique 1 : évolution de la population de 1982 à 2006 selon le territoire (Recensement 1982 : base 100)



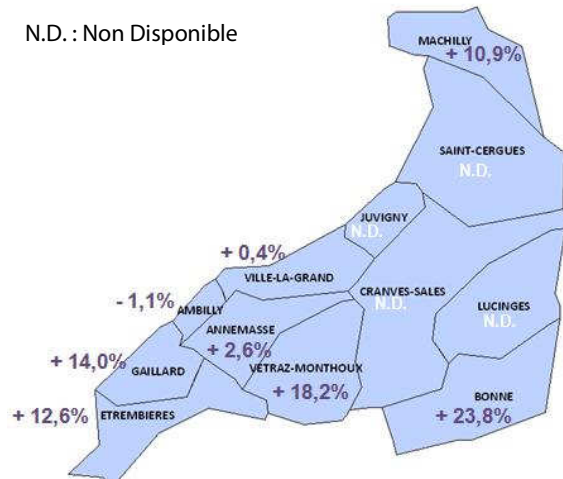
L'évolution de la population de l'Agglomération annemassienne sur la période 1990-1999 peut être nuancée par l'évolution observée sur chacune des douze communes.

Carte 4 : évolution annuelle moyenne de la population de l'Agglomération annemassienne entre 1990 et 1999 selon la commune



Les communes ayant connu la croissance la plus importante entre 1990 et 1999 sont Vétraz-Monthoux et Lucinges. Les villes de Juvigny, Ambilly et Annemasse ont quant à elles observé au contraire une légère décroissance annuelle.

Carte 5 : estimation de l'évolution de la population de l'Agglomération annemassienne entre 1999 et 2005 selon la commune



Depuis 1999, on peut noter un changement pour la population d'Annemasse, en baisse avant cette date, et dont la croissance a repris depuis. En revanche la perte d'habitants sur la commune d'Ambilly perdure. Les autres communes continuent leur progression, observée depuis 1982.

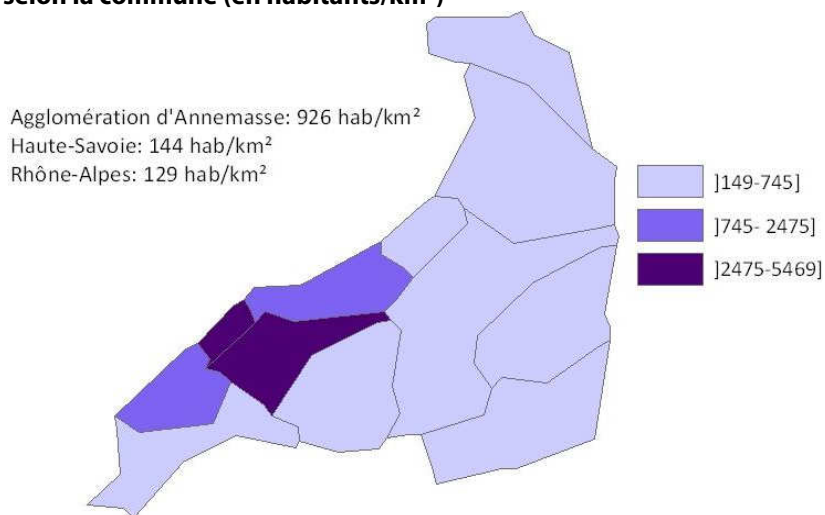
2.1.2. Densité

L'Agglomération annemassienne correspond d'une part à seulement 1,7% de la superficie totale de la Haute-Savoie (soit 73,7km²), et d'autre part à 10,8% de l'ensemble de la population du département (environ 70 000 habitants), ce qui en fait une zone à forte densité de population.

Avec globalement plus de 900 habitants/km², l'Agglomération annemassienne connaît de grandes disparités au niveau des communes : de Machilly (149 habitants/km²) à Annemasse (5 469 hab/km²).

Les communes les plus densément peuplées (Ambilly, Annemasse, Gaillard, Ville-la-Grand) se situent à proximité immédiate de Genève.

Carte 6 : densité de population sur l'Agglomération annemassienne selon la commune (en habitants/km²)

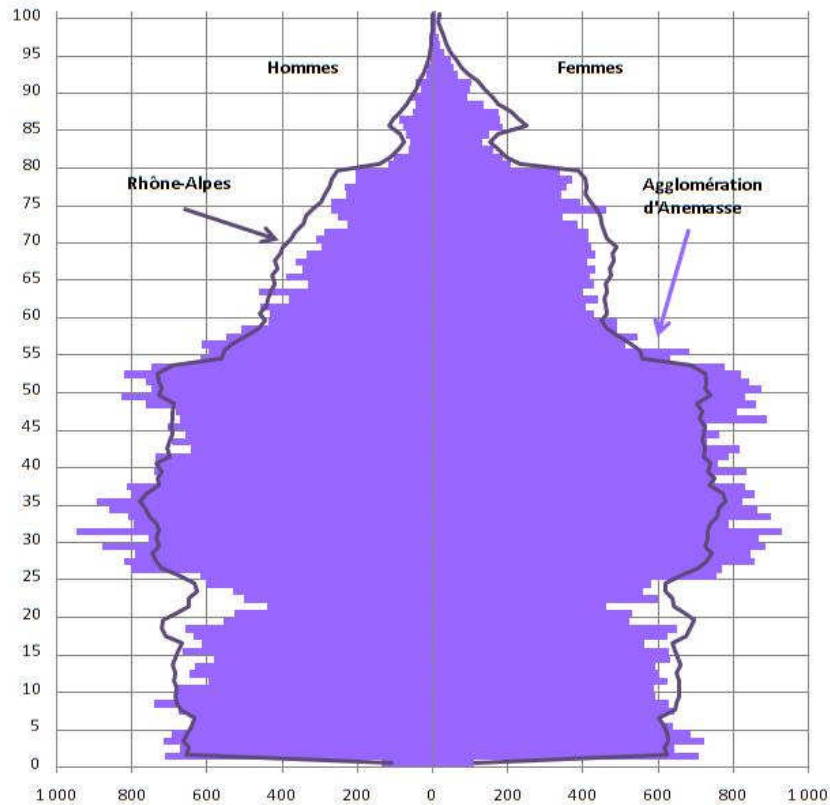


2.1.3. Structure d'âge

Source : Recensement général de la population INSEE (1999)

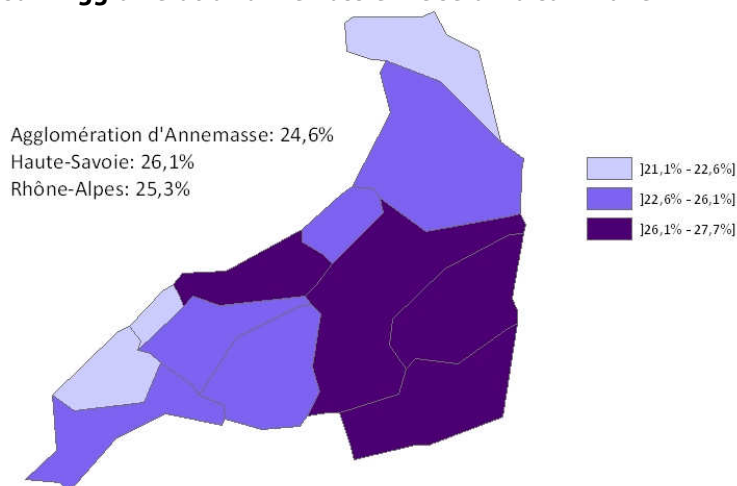
L'Agglomération annemassienne présente un déficit de population chez les jeunes (10-25 ans) et les personnes âgées (60 ans et plus) par rapport à la structure d'âge régionale de 1999. La part importante des 25-60 ans (actifs) est à mettre en relation avec l'attraction exercée par le pôle genevois dans le domaine de l'emploi.

Graphique 2 : pyramide des âges selon le territoire en 1999

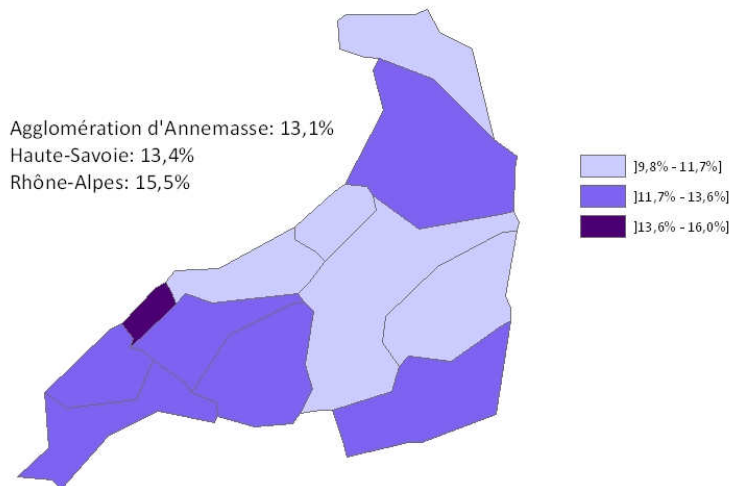


Les douze communes ne présentent pas des populations avec des structures d'âge toujours comparables. Ainsi, les communes de Cranves-Sales, Lucinges, Bonne et Ville-la-Grand, comptent plus d'un habitant sur quatre âgé de moins de 20 ans, ce qui en fait les communes les plus « jeunes » de l'Agglomération.

Carte 7 : part des habitants âgés de moins de 20 ans en 1999 sur l'Agglomération annemassienne selon la commune



Carte 8 : part des habitants âgés de 65 ans et plus en 1999 sur l'Agglomération annemassienne selon la commune



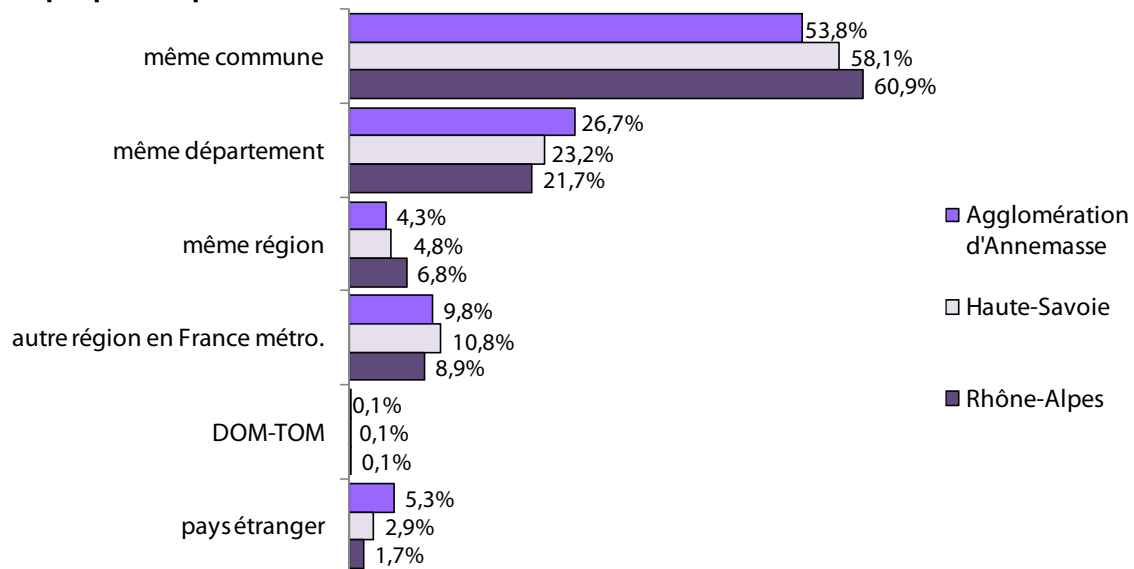
2.1.4. Flux migratoires

Source : Recensement général de la population INSEE (1999)
Enquêtes annuelles de recensement INSEE (2004 à 2007)

Entre 1990 et 1999, en ce qui concerne les actifs (en 1999), qui représentent la sous-population la plus mobile, un peu plus de cinq personnes sur dix habitaient déjà la même commune en 1990, soit une part moins importante que sur la région Rhône-Alpes où on en compte six sur dix. La ville de Gaillard se situe dans une position plutôt médiane avec 50% d'habitants déjà domiciliés sur la commune neuf ans auparavant, entre la commune de Machilly (45%) et Cranves-sales (65%).

L'influence de la proximité avec la Suisse se retrouve à nouveau ici puisque 5,3% des actifs de l'Agglomération habitaient un pays étranger en 1990 contre seulement 1,7% de l'ensemble des actifs de la région.

Graphique 3 : répartition des actifs de 1999 selon le territoire et selon leur lieu de domicile en 1990



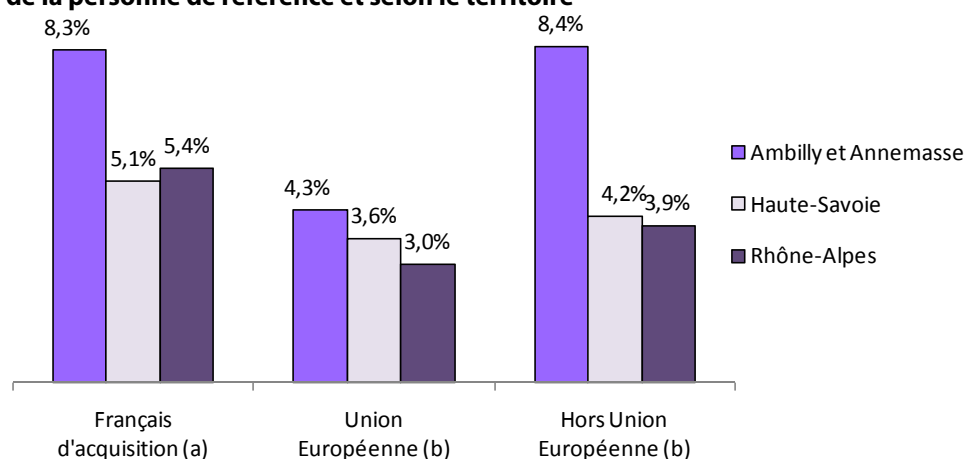
Enfin, les premières estimations des enquêtes annuelles de recensement montrent que sur l'ensemble de l'Agglomération annemassienne, en 2005, 66% des habitants résidaient déjà dans la même commune six ans auparavant (de 62% sur la commune de Gaillard à 73% sur Ambilly).

2.1.5. Nationalités

Source : Recensement général de la population INSEE (1999)

La proximité avec la Suisse, outre les perspectives professionnelles, amène donc également une répartition des nationalités très différente par rapport à la Haute-Savoie ou à la région Rhône-Alpes. Pour les communes d'Ambilly et Annemasse⁶, les plus proches de Genève, les étrangers hors Union Européenne (UE) sont deux fois plus nombreux que sur l'ensemble du département ou de Rhône-Alpes. Il en est de même pour les français d'acquisition (a). Enfin, même si les étrangers issus de l'UE sont un peu plus nombreux que sur le département ou la région, la différence reste moins marquée qu'avec les nationalités hors UE.

Graphique 4 : répartition des ménages en 1999 selon la nationalité de la personne de référence et selon le territoire



(a) personnes devenues françaises par naturalisation, mariage, déclaration ou à leur majorité

(b) Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède

2.2. Ménages et structure familiale

Source : Recensement général de la population INSEE (1999)
Enquêtes annuelles de recensement INSEE (2004 à 2007)

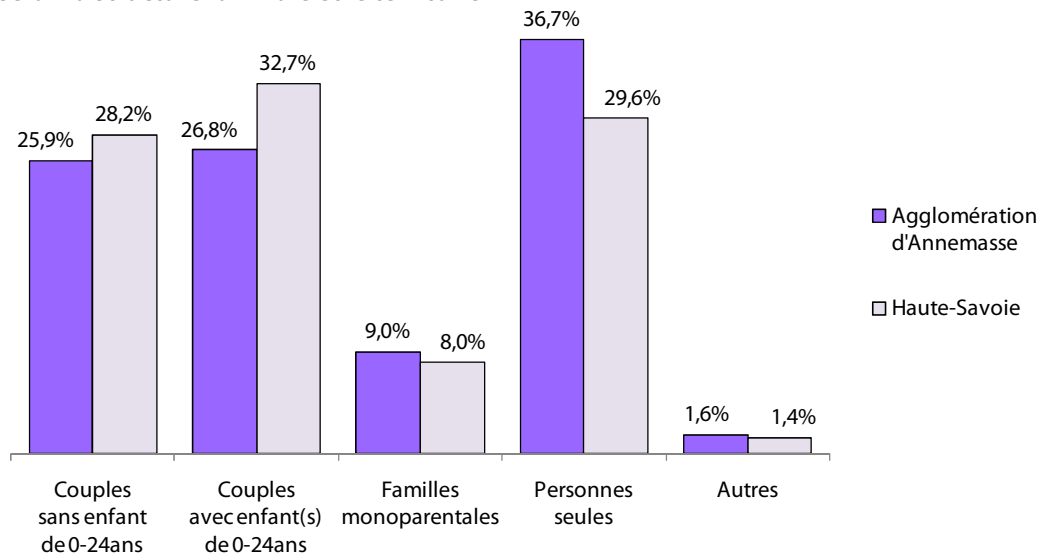
L'Agglomération annemassienne se caractérise essentiellement par une très forte représentation des ménages composés d'un seul adulte, qu'il s'agisse de familles monoparentales (9%) ou simplement d'un adulte seul (37%). Par ailleurs, on recense en moyenne 2,2 personnes par ménage sur le territoire (de 1,9 à Gaillard à 2,8 à Cranves-Sales), ce qui confirme une structure des ménages peu « familiale ».

Malgré la plus faible part des familles⁷ par rapport à l'ensemble des ménages (36% contre 41% en Haute-Savoie), les familles monoparentales représentent tout de même 9% de l'ensemble des ménages (8% en Haute-Savoie). Ce type de familles représente en effet une famille sur quatre sur le territoire (une famille sur cinq en Haute-Savoie).

⁶ Les données ne sont pas disponibles sur les autres communes.

⁷ Une famille est un ménage avec au moins un enfant de moins de 25 ans.

**Graphique 5 : répartition des ménages en 1999
selon la structure familiale et le territoire**



On notera enfin que les premières estimations de 2005 montrent que depuis 1999 l'augmentation du nombre de ménages est plus rapide que l'augmentation du nombre d'habitants, ce qui implique que le nombre moyen de personnes par ménage ne progresse pas.

2.3. Logement

Sources : *Recensement général de la population INSEE (1999)*
Enquêtes annuelles de recensement INSEE (2004 à 2007)
Rapport de la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (2008)
Tableaux de Bord des Quartiers Rhône-Alpes DRE (au 01/01/2004)
Antenne DSU

L'Agglomération annemassienne compte **plus de 30 000 logements** dont un peu plus de quatre sur dix sont localisés sur la commune même d'Annemasse, puis sur Gaillard (17%).

Les estimations de la part des **propriétaires** en 2005 montrent une augmentation pour toutes les communes depuis 1999 (en 2005, 40% des habitants de Gaillard sont propriétaires, jusqu'à 73% à Machilly), sauf pour la commune de Vétraz-Monthoux, dont la part de propriétaires est passée de 75% à 66% depuis 1999.

Au niveau de la **part des logements sociaux dans le parc locatif**, le territoire est dans une situation globale un peu plus favorable que le département avec respectivement 16,5% contre 12,5% ; et un peu moins favorable que celle de la région qui compte 17,5% de logements sociaux.

Ces logements sociaux sont répartis sur six communes de l'agglomération : Annemasse (22,8% du parc locatif de la commune), Ville-la-Grand (17,4%), Gaillard (16,9%), Etrembières (8,5%), Ambilly (7,9%) et Vétraz-Monthoux (6,3%).

Le **taux de vacance**, inférieur à 1% sur Ambilly, Annemasse, Etrembières et Ville-la-Grand, dépasse en revanche les 4% sur Gaillard et Vétraz-Monthoux.

Parmi les 2 991 **demandes de logements sociaux** enregistrées en 2007, huit sur dix correspondent à un niveau de ressources inférieur à 60% des plafonds HLM. D'autre part, en parallèle avec la structure familiale des foyers vue à la partie 2.2, une demande sur trois concerne une personne seule et une sur quatre une famille monoparentale.

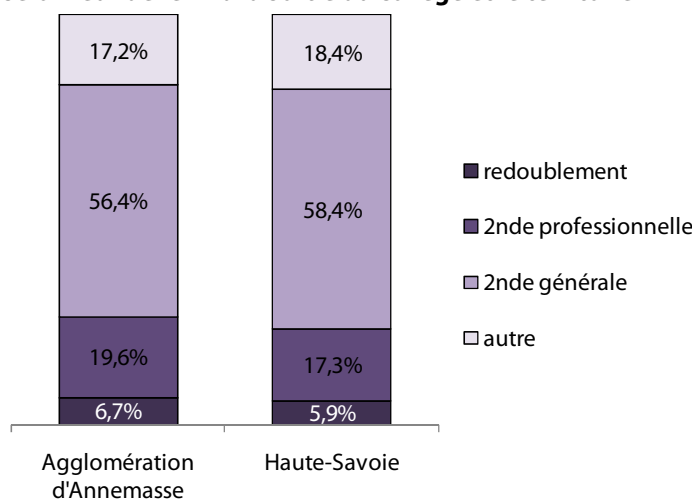
2.4. Scolarité

Sources : *Tableaux de Bord des Quartiers Rhône-Alpes DRE (au 01/01/2004)*

Pour l'année scolaire 2004-2005, les élèves de 6^{ème} scolarisés sur l'Agglomération annemassienne (collèges de Gaillard, Ville-la-Grand et Annemasse) étaient 2,5% à accuser un retard de deux ans (ce taux s'élevant à 4,5% pour le collège de Gaillard). Sur la même année, les élèves de 6^{ème} scolarisés dans un collège de Haute-Savoie étaient 2% dans cette situation.

A la sortie de la classe de 3^{ème}, les élèves des collèges de l'Agglomération annemassienne ont redoublé ou sont passés en seconde professionnelle un peu plus fréquemment que sur l'ensemble du département.

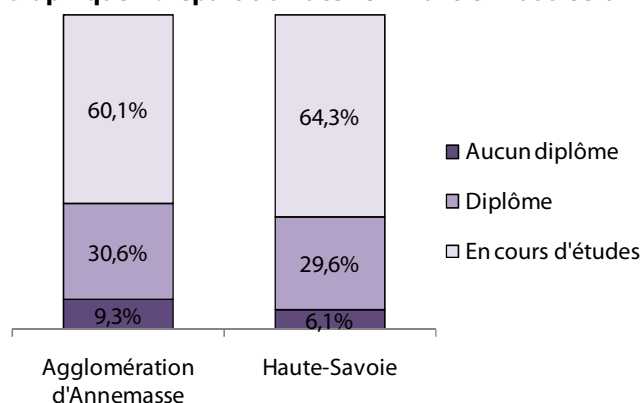
Graphique 6 : répartition des élèves en classe de 3^{ème} en 2004-05 selon leur devenir à la sortie du collège et le territoire



2.5. Niveau d'études

Les jeunes de 15-24 ans sortis du système scolaire sans aucun diplôme sont plus nombreux sur l'Agglomération d'Annemasse puisqu'ils représentent 9,3% de cette tranche d'âge sur ce territoire contre 6,1% sur le département.

Graphique 7 : répartition des 15-24 ans en 1999 selon leur niveau d'études et le territoire



Par ailleurs, si les parts de diplômés sont équivalentes sur les deux territoires, le niveau atteint est un peu plus faible sur l'Agglomération annemassienne avec 55% des diplômés de 15-24 ans qui ont un diplôme inférieur au baccalauréat, contre 49% en Haute-Savoie.

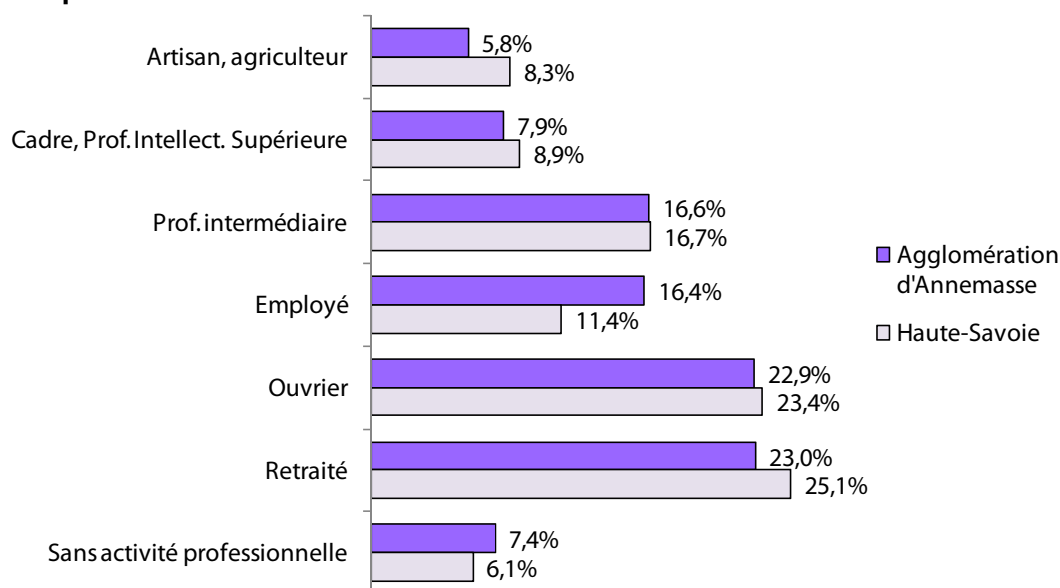
2.6. Emploi et professions

Source : Recensement général de population INSEE (1999)
Enquêtes annuelles de recensement INSEE (2004 à 2007)
ANPE 2006

2.6.1. Catégories socioprofessionnelles

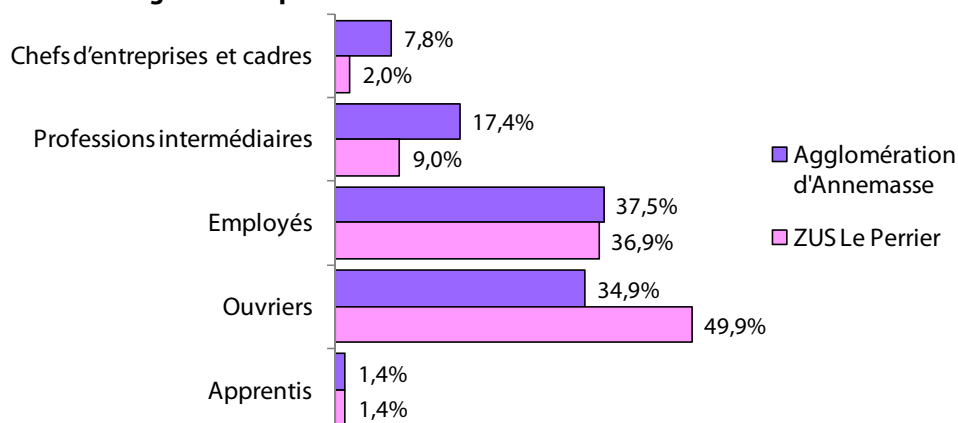
Chacune des catégories socioprofessionnelles est systématiquement un peu moins présente sur l'Agglomération annemassienne par rapport à l'ensemble du département, au profit de la catégorie des employés, surreprésentée sur ce territoire avec 16,4% contre 11,4% sur la Haute-Savoie.

Graphique 8 : répartition des ménages en 1999 selon la catégorie socioprofessionnelle de la personne de référence et le territoire



La Zone Urbaine Sensible (ZUS) « Le Perrier » présente une répartition des catégories socioprofessionnelles différente puisqu'une personne salariée sur deux occupe un poste d'ouvrier contre une sur trois sur l'ensemble de l'Agglomération annemassienne.

Graphique 9 : répartition de la population salariée en 2005 selon la catégorie socioprofessionnelle et le territoire



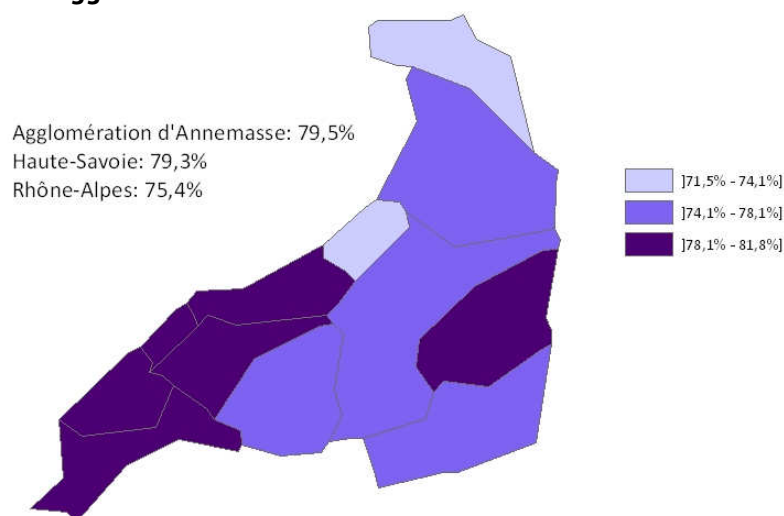
2.6.2. Population active : les 15-64 ans

2.6.2.1. Taux d'activité professionnelle

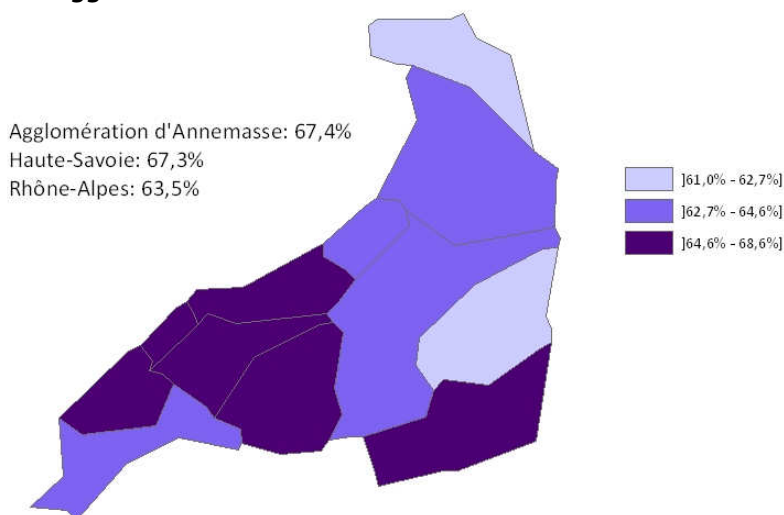
Qu'il s'agisse des hommes (79,5%) ou des femmes (67,4%), le **taux d'activité professionnelle** (chez les 15-64 ans) est du même niveau que le taux départemental (hommes : 79% ; femmes : 67%), et plus élevé que le taux régional (hommes : 75% ; femmes : 63%).

Chez les hommes comme chez les femmes, les taux d'activité professionnelle les plus élevés sont observés sur l'ouest du territoire.

Carte 9 : taux d'activité professionnelle chez les hommes de 15-64 ans de l'Agglomération annemassienne en 1999 selon la commune



Carte 10 : taux d'activité professionnelle chez les femmes de 15-64 ans de l'Agglomération annemassienne en 1999 selon la commune

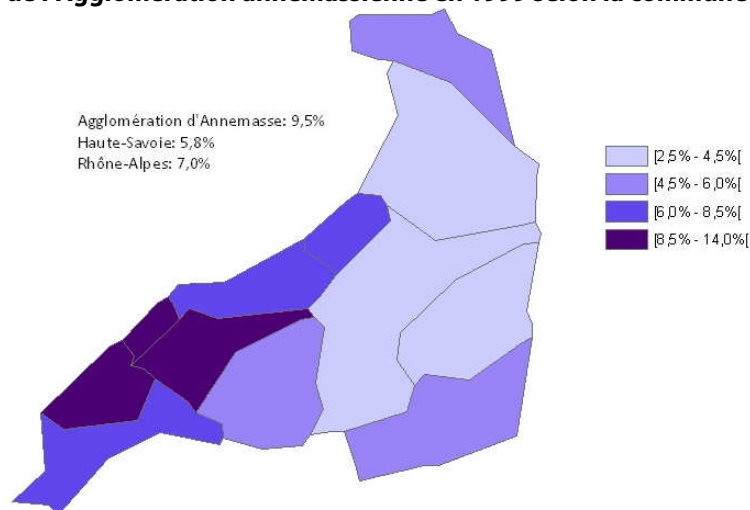


Enfin, un actif sur trois travaille en Suisse.

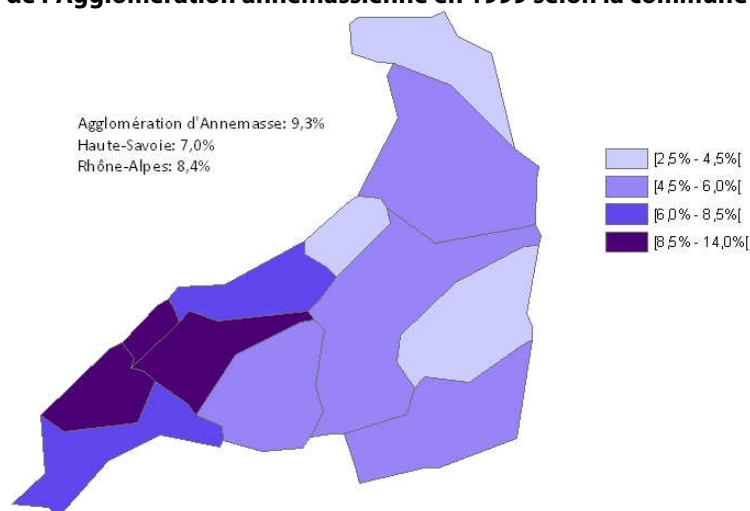
2.6.2.2. Chômage

Les taux de chômage des hommes et des femmes observés sur l'Agglomération annemassienne (respectivement 9,5% et 9,3%) ont la particularité, en plus d'être supérieurs à la moyenne régionale ou départementale, d'être de même niveau, alors que la Haute-Savoie et la région Rhône-Alpes présentent des taux plus élevés chez les femmes.

Carte 11 : taux de chômage chez les hommes de 15-64 ans de l'Agglomération annemassienne en 1999 selon la commune



Carte 12 : taux de chômage chez les femmes de 15-64 ans de l'Agglomération annemassienne en 1999 selon la commune



Comme pour le taux d'activité professionnelle vu précédemment, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, le taux de chômage est plus élevé à l'ouest du territoire.

Au 31 décembre 2007 près de **2 500 demandeurs d'emploi** ont été recensés sur l'Agglomération annemassienne dont un sur deux est domicilié sur la commune d'Annemasse (puis sur Gaillard avec 18%).

Parmi ces demandeurs d'emploi 15,8% sont âgés d'au moins 50 ans sur l'Agglomération annemassienne, contre 14,2% en Haute-Savoie et 12,8% en Rhône-Alpes.

On note sur l'Agglomération annemassienne, d'une part, que les demandeurs d'emploi sont plus nombreux à être inscrits à l'ANPE suite à un licenciement (31% contre 28% en Haute-Savoie et 24% en Rhône-Alpes) et d'autre part, qu'ils sont moins nombreux à être inscrits suite à un contrat à durée limitée (32% contre 38% sur le département et 35% en région). Ces deux indicateurs sont vraisemblablement à rapprocher des conditions d'emploi en Suisse.

Enfin, comme pour l'ensemble de la Haute-Savoie, le chômage « longue durée » (demandeurs d'emploi inscrits depuis plus d'un an à l'ANPE) touche 15% des demandeurs d'emploi de l'Agglomération annemassienne, ce qui est en dessous de la part régionale qui s'élève à 21%.

2.7. Revenus

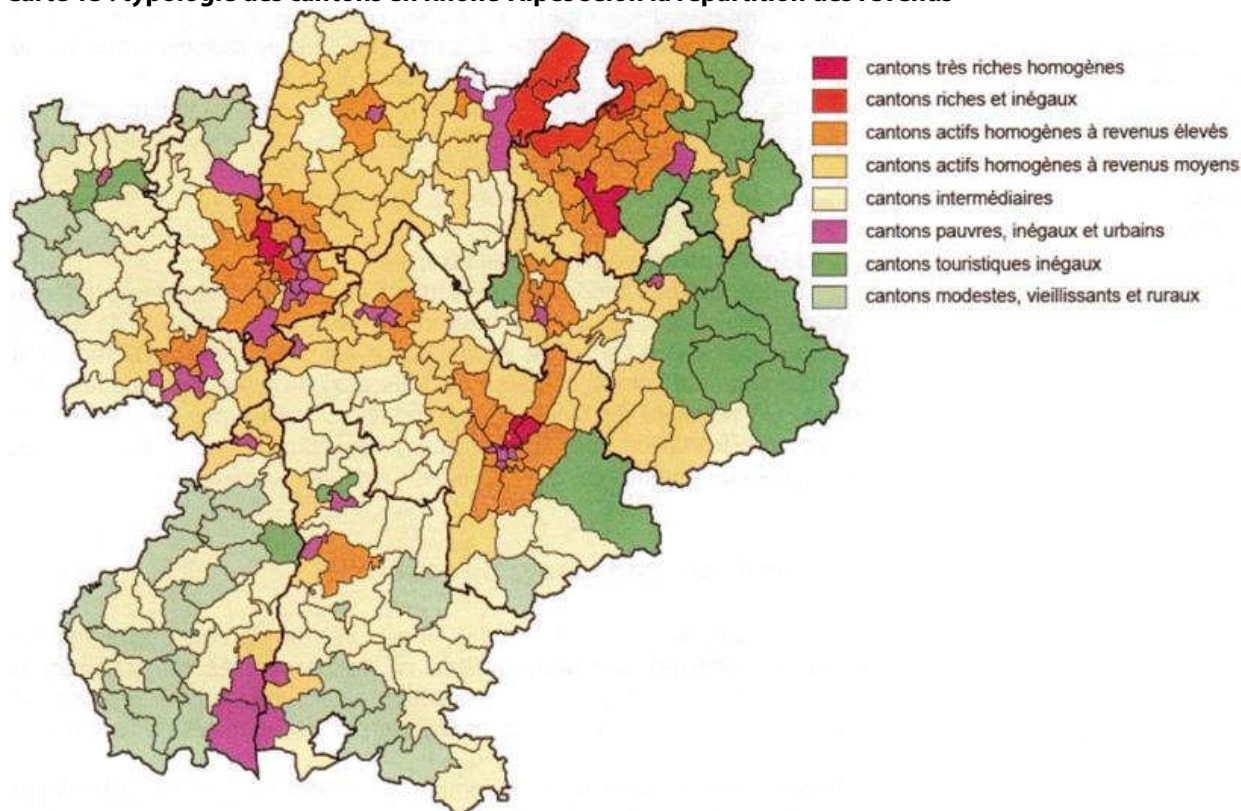
Sources : Ministère du budget (2006)

Revenus fiscaux localisés INSEE (2005)

Rapport de la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (2008)

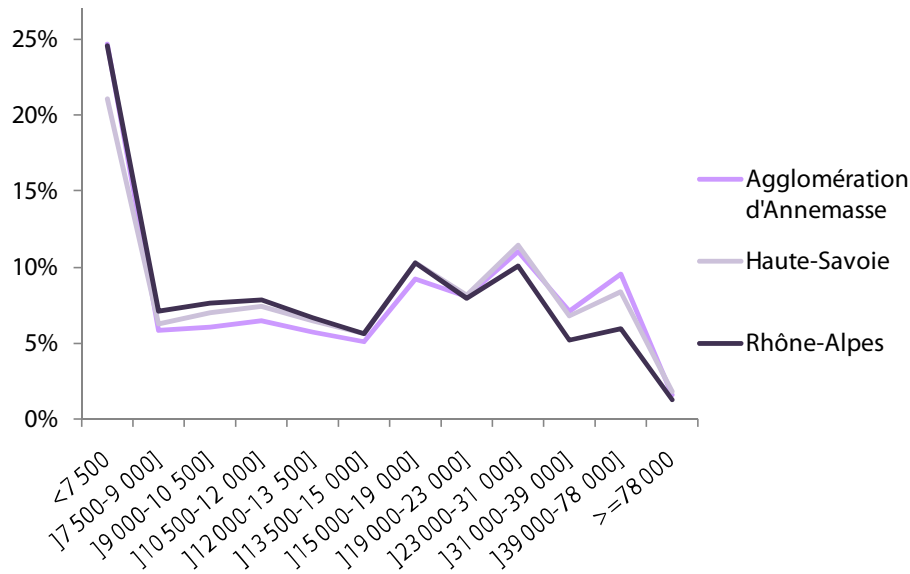
Une typologie des cantons, réalisée par la MRE en 2008, classe les cantons d'Annemasse dans la catégorie des « **cantons riches et inégaux** ».

Carte 13 : typologie des cantons en Rhône-Alpes selon la répartition des revenus



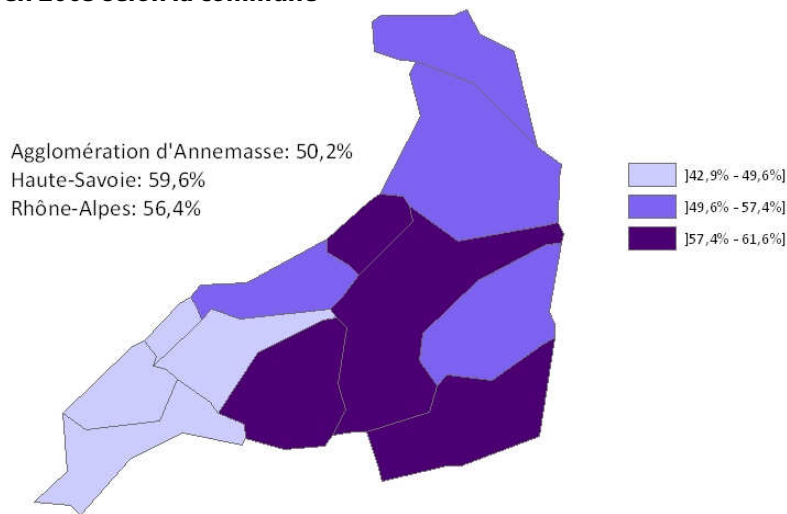
L'Agglomération annemassienne et la Haute-Savoie présentent en effet une répartition des foyers fiscaux similaire, avec des proportions de **foyers fiscaux** plus élevées que pour la région Rhône-Alpes pour les tranches supérieures (à partir de 23 000 €).

Graphique 10 : part des foyers fiscaux selon la tranche des revenus (en €) en 2006 et le territoire



D'autre part, au niveau de l'agglomération, un ménage sur deux est imposable (six sur dix en Haute-Savoie). Les communes de l'ouest du territoire (Ambilly, Annemasse, Gaillard, Etrembières) sont même en dessous de ce taux.

Carte 14 : part des foyers imposables sur l'Agglomération annemassienne en 2005 selon la commune



Sur l'Agglomération annemassienne sont donc observées de fortes inégalités avec d'un côté de fortes proportions de revenus modestes et de foyers non imposables, et d'autre part une proportion plus importante de revenus élevés voire très élevés par rapport à la région.

2.8. Précarité

2.8.1. Allocations CAF

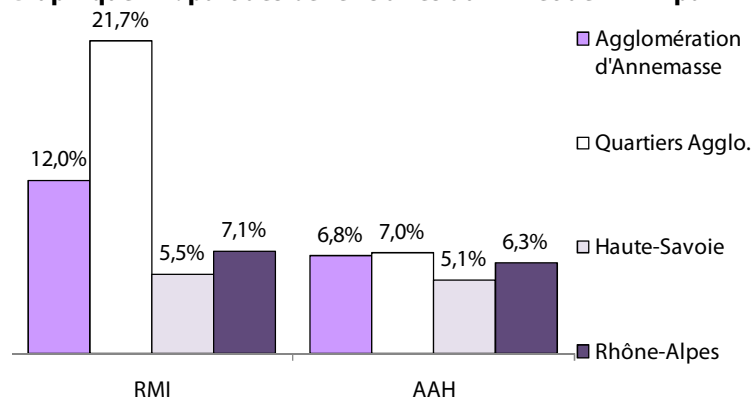
Sources : *Tableaux de Bord des Quartiers Rhône-Alpes DRE au 01/01/2004*
CAF 2005

L'Agglomération annemassienne compte un peu plus de **8 900 allocataires**, soit un peu moins d'un ménage sur trois (pour 53% de la population couverte). Il s'agit d'une part inférieure à ce qu'on observe sur le département (26%). On peut noter également qu'un allocataire sur quatre de l'Agglomération annemassienne habite l'un des quartiers suivants :

- sur Annemasse : Livron, Joroux, le Perrier, Château Rouge, Romagny ;
- sur Gaillard : Helvetia Park, le Chalet.

Parmi ces allocataires, un peu plus d'un sur dix est bénéficiaire du RMI, soit une part plus importante que sur la Haute-Savoie ou Rhône-Alpes. Cette part est encore bien plus élevée si on se restreint à l'observation des quartiers d'Annemasse et Gaillard avec un peu plus d'un allocataire sur cinq.

Graphique 11 : part des bénéficiaires du RMI et de l'AAH parmi les allocataires CAF selon le territoire



2.8.2. Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc)

Source : *URCAM (au 31/12/2007)*

La CMUc concerne un peu plus de **4 000 bénéficiaires** sur l'Agglomération annemassienne. En 2007, le taux de bénéficiaires de la CMUc sur ce territoire s'élève à 59 pour 1 000 habitants (de 5‰ sur Machilly à 94‰ sur Gaillard), soit un taux deux fois plus élevé que sur le département (28‰). Ce taux s'élève par ailleurs à environ 100 pour 1 000 habitants sur le seul quartier du Perrier.

3. OFFRE DE SOINS

3.1. Offre libérale

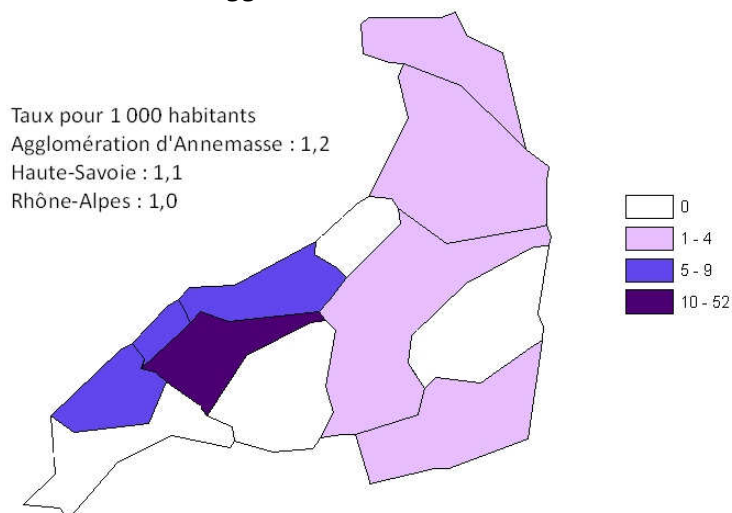
3.1.1. Médecins : densité et activité

Sources : *Cabinets principaux de médecins conventionnés URCAM (mai 2008)*
Cartosanté URCAM (2007)

3.1.1.1. Médecins généralistes

Près de 90 médecins généralistes sont présents sur le territoire, ce qui représente 1,2 médecin pour 1 000 habitants. Ce taux est d'un niveau similaire à ce que l'on observe sur le département ou la région.

Carte 15 : répartition géographique des médecins généralistes en mai 2008 sur l'Agglomération annemassienne selon la commune



Cependant cette offre est nuancée par la part des médecins généralistes conventionnés en **secteur 1**⁸ qui atteint 73% sur le territoire de l'Agglomération annemassienne, part équivalente à la part départementale, mais au-dessous de la part régionale (81%).

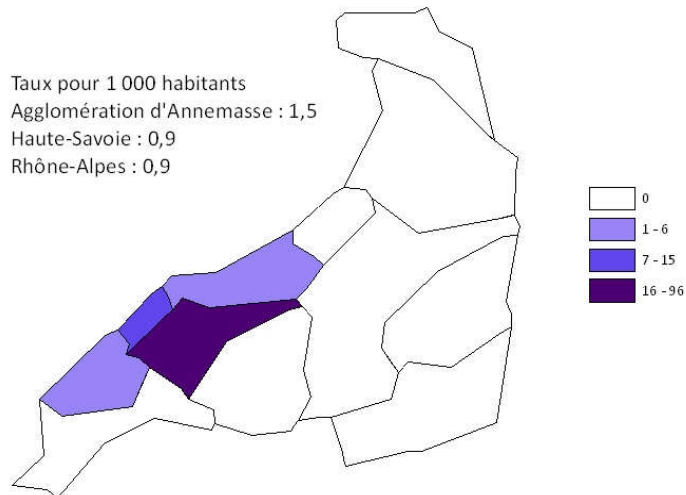
Au regard de cette densité plutôt élevée des médecins généralistes, on observe pourtant une activité moyenne des généralistes (nombre moyen d'actes) dans les plus basses du département mais aussi de la région. L'activité enregistrée est celle liée aux assurés sociaux français, on peut donc penser qu'une partie de l'activité des médecins généralistes de ce territoire n'est pas recensée, et notamment celle destinée aux travailleurs frontaliers, qui sont assurés par des organismes privés.

⁸ Les médecins conventionnés « secteur 1 » appliquent le tarif conventionnel remboursé par l'assurance maladie. Les médecins conventionnés « secteur 2 » ont des honoraires libres dont les dépassements ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Les médecins non conventionnés ne sont pas comptabilisés dans le calcul de la densité.

3.1.1.2. Médecins spécialistes

La densité associée à la présence de médecins spécialistes est nettement plus élevée sur l'Agglomération annemassienne avec 1,5 spécialiste pour 1 000 habitants, par rapport aux densités départementale ou régionale (0,9%).

Carte 16 : répartition géographique des médecins spécialistes en mai 2008 sur l'Agglomération annemassienne selon la commune



La part de médecins conventionnés en **secteur 1** nuance également, comme pour les généralistes, le paysage de l'offre spécialiste libérale puisque moins d'un médecin spécialiste sur deux présents sur le territoire est concerné (49%). Ils sont 60% en Haute-Savoie et 57% en Rhône-Alpes.

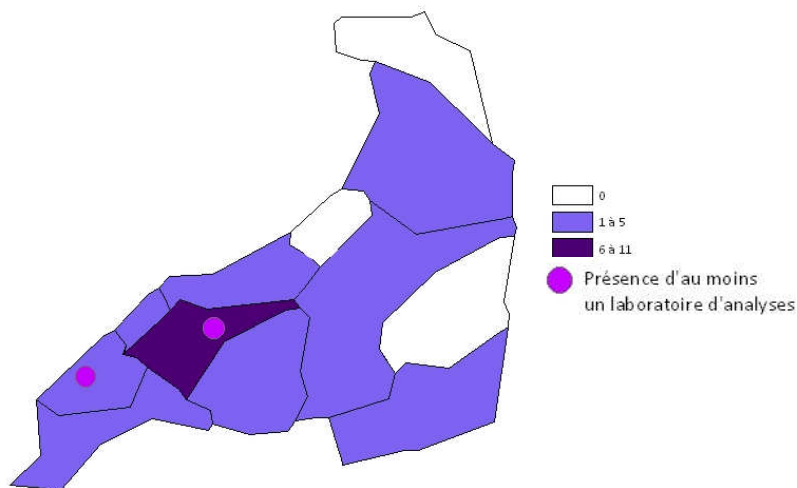
3.1.2. Autres professionnels de santé

Source : URCAM (mai 2008)
Cartosanté URCAM (2007)

3.1.2.1. Pharmacies et laboratoires d'analyse

Les laboratoires d'analyse sont présents sur les communes de Gaillard et Annemasse. Seules les communes de Juvigny, Lucinges et Machilly ne sont pas pourvues en pharmacie (il s'agit des trois plus petites communes en termes de population).

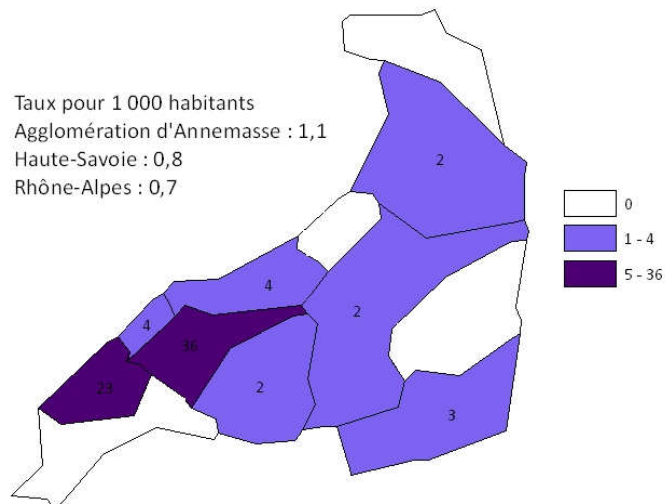
Carte 17 : répartition géographique des pharmacies et laboratoires d'analyse en mai 2008 sur l'Agglomération annemassienne selon la commune



3.1.2.2. Dentistes

Comme pour les spécialistes, la densité des dentistes est plus élevée sur l'Agglomération annemassienne que sur la Haute-Savoie ou la région.

Carte 18 : répartition géographique des dentistes en mai 2008 sur l'Agglomération annemassienne selon la commune

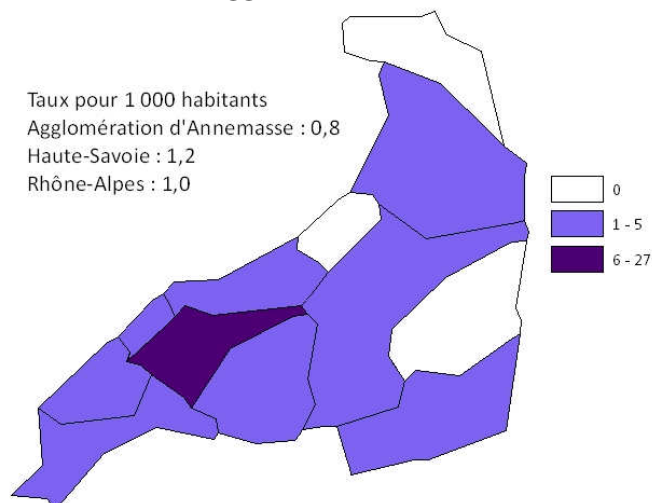


Comme pour les médecins généralistes, l'activité moyenne des dentistes en faveur des assurés sociaux français est faible sur l'Agglomération annemassienne par rapport à la densité. On peut donc penser également qu'une partie de l'activité des dentistes est tournée vers les travailleurs frontaliers. Cependant, une partie de leur activité, comme il en sera question dans la Partie Qualitative, serait aussi tournée vers les patients suisses.

3.1.2.3. Masseurs-kinésithérapeutes

Les masseurs-kinésithérapeutes sont quant à eux moins présents sur le territoire (0,8‰) par rapport au département (1,2‰), la Haute-Savoie étant elle-même dans une situation plus favorable que Rhône-Alpes (1,0‰).

Carte 19 : répartition géographique des masseurs-kinésithérapeutes en mai 2008 sur l'Agglomération annemassienne selon la commune

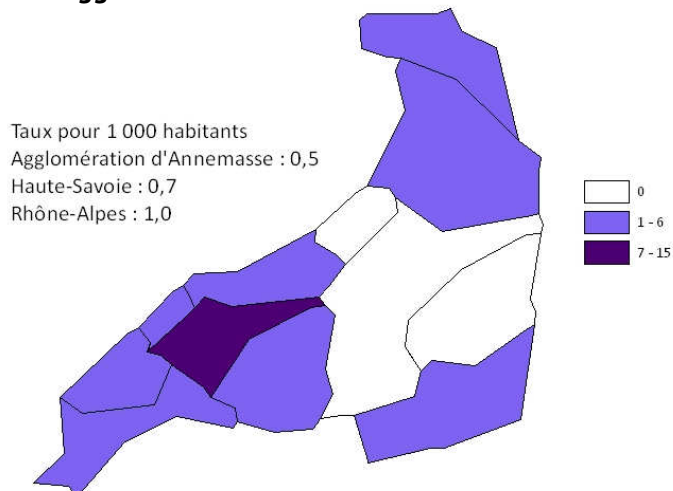


Comme pour les dentistes, l'activité des masseurs-kinésithérapeutes est faible au regard du nombre de professionnels présents sur le territoire. La question de l'offre destinée non seulement aux assurés sociaux français mais aussi aux travailleurs frontaliers et aux Suisses se pose à nouveau.

3.1.2.4. Infirmiers

Les infirmiers correspondent à la profession de santé, dans le cadre de l'exercice libéral, qui semble la plus sous-représentée sur l'Agglomération annemassienne avec 0,5 infirmier pour 1 000 habitants, ce qui est deux fois moins important que sur la région Rhône-Alpes.

Carte 20 : répartition géographique des infirmiers en mai 2008 sur l'Agglomération annemassienne selon la commune

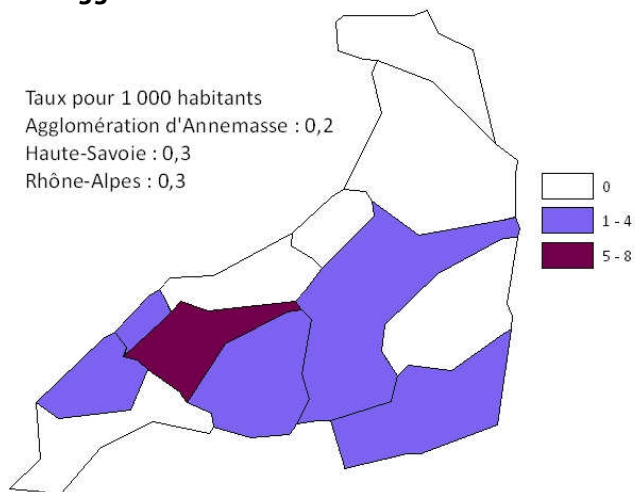


L'activité enregistrée auprès des infirmiers semble, *a contrario* de ce que l'on observe pour les professions précédentes, être corrélée avec la consommation moyenne enregistrée par bénéficiaire.

3.1.2.5. Orthophonistes

La densité des orthophonistes observée sur l'Agglomération annemassienne est de même niveau que les densités départementale et régionale.

Carte 21 : répartition géographique des orthophonistes en mai 2008 sur l'Agglomération annemassienne selon la commune



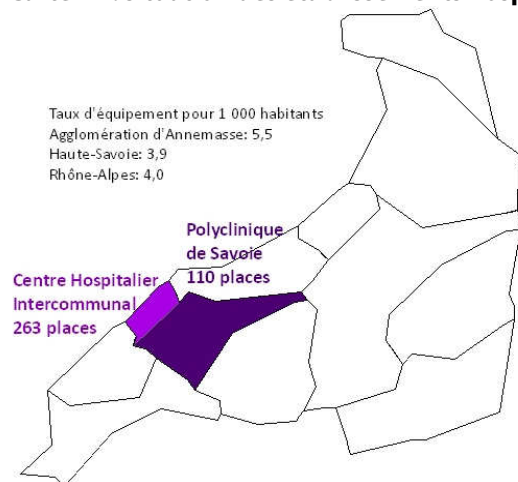
3.2. Établissements et services socio-sanitaires

Source : FINESS (2008)

3.2.1. Établissements généraux

L'Agglomération annemassienne compte au total 373 lits en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) réparties sur les deux établissements généraux que sont le Centre Hospitalier Intercommunal et la Polyclinique de Savoie : 70 lits en médecine, 143 lits en chirurgie et 60 lits en obstétrique.

Carte 22 : situation des établissements hospitaliers généraux de l'Agglomération annemassienne en 2008



3.2.1.1. Établissements spécialisés

Sur le territoire de l'agglomération sont présents plusieurs centres⁹ :

- Centre Médico Psychologique (1 CMP pour adultes à Annemasse ; 1 CMP pour enfants à Vétraz-Monthoux),
- Centre Médico Psycho Pédagogique (1 CMPP sur Annemasse),

3.2.2. Établissements et services pour personnes handicapées

Une majorité des établissements sont localisés sur la commune d'Annemasse.

- Centre d'Action Médico Sociale Précoce (1 CAMSP - Annemasse),
- Services d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (2 SESSAD - Annemasse),
- Institut Médico Éducatif (1 IME - St Cergues),
- Centre d'Aide par le Travail (2 CAT – Annemasse et Vétraz-Monthoux),
- 2 foyers de vie (Machilly et Vétraz-Monthoux),
- 1 foyer d'hébergement (Vétraz-Monthoux).

Les trois foyers d'accueil pour adultes handicapés présents sur le territoire permettent d'obtenir un taux d'équipement de 2,6 places pour 1 000 habitants de 20 ans et plus, taux d'équipement équivalent au taux régional (Haute-Savoie : 1,9 places 1 000).

⁹ A noter, la présence sur le territoire de la Clinique des Vallées, établissement dédié au secteur psychiatrique (115 lits en hospitalisation complète dont 15 pour le secteur infanto-juvénile).

3.2.3. Établissements pour personnes âgées

Sur le territoire sont recensés 3 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes¹⁰ (EHPAD – Ambilly, Vétraz-Monthoux, Ville-la-Grand) et 2 foyers-logements (Ambilly et Annemasse), ce qui correspond à un total de près de 300 places pour personnes âgées, soit 74 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Ce taux d'équipement est nettement en dessous des taux départemental (106‰) et régional (144‰).

L'offre de soins pour les personnes âgées est complétée par un Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) de 82 places.

¹⁰ A noter un EHPAD en construction sur Gaillard (ouverture prévue fin 2009).

4. ÉTAT DE SANTE

4.1. Périnatalité

4.1.1. Suivi des grossesses et circonstances des naissances

Source : Conseil général de Haute-Savoie (certificats de santé du 8ème jour PMI – 2006/2007)

Parmi les 1 339 naissances recensées sur le territoire de l'Agglomération annemassienne sur 2006-2007, on compte 1,5% de grossesses qui ont bénéficié de moins de 3 échographies au cours du suivi. D'autre part on compte 4,7% des mères qui ont consulté pour la première fois dans le cadre de leur grossesse au-delà du premier trimestre.

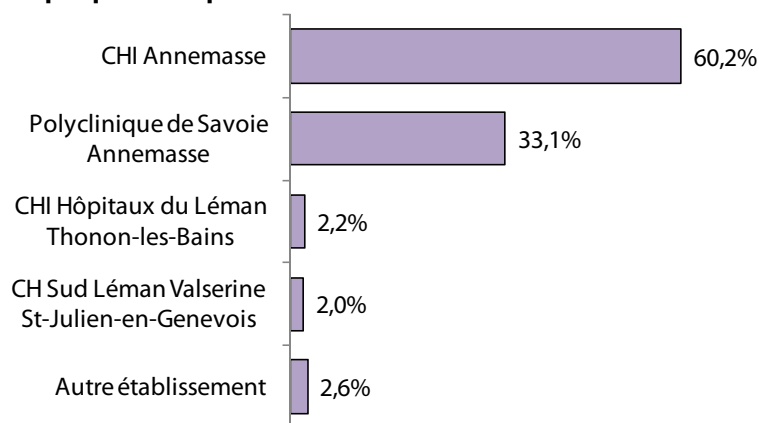
Enfin, au cours de la première semaine suivant la naissance, 7 femmes sur 10 allaitent leur enfant.

4.1.2. Lieux d'accouchement

Source : PMSI (2006)

En 2006 ont été enregistrés 650 accouchements pour les habitantes de l'Agglomération annemassienne. Près de neuf sur dix ont eu lieu dans l'un des deux établissements du territoire (2 sur trois au CHIAB).

Graphique 12 : répartition des accouchements selon l'établissement



4.2. Santé des enfants

Sources : ORS / Inspection académique de Haute-Savoie - Étude de mesure de la prévalence de l'obésité et des facteurs associés chez les enfants dans leur 6^{ème} année en Haute-Savoie (2008)
Bilans de santé des 5-6 ans (2007)

Sur l'année scolaire 2005-06, huit enfants sur dix inscrits en petite section de maternelle (3/4 ans) sur l'Agglomération annemassienne ont été vus pour un bilan de santé. Le taux de couverture est meilleur que sur l'ensemble de la Haute-Savoie où sept enfants sur dix ont été vus dans ce contexte.

En ce qui concerne les problèmes dépistés à l'occasion de ces bilans de santé, des troubles visuels ont été repérés chez 15,6% des enfants vus sur l'Agglomération annemassienne (11,5% en Haute-Savoie) et des troubles ORL chez 6,7% des enfants (4,4% en Haute-Savoie).

Dans le cadre de **l'étude ORS/Inspection Académique sur la mesure de la prévalence de l'obésité**, 1 008 enfants de grande section de maternelle (5/6 ans) scolarisés en Haute-Savoie ont été interrogés dont 183 sur l'Agglomération annemassienne. Parmi eux, huit sur dix étaient scolarisés dans un établissement situé en CUCS/REP/ZEP¹¹.

Cette étude a permis d'estimer la prévalence de l'obésité (grades 1 et 2) en Haute-Savoie à 9,1% dans les zones hors CUCS/REP/ZEP et à 15,2% en CUCS/REP/ZEP. En ce qui concerne les enfants de grande section de maternelle des CUCS/REP/ZEP de l'Agglomération annemassienne, un sur cinq est concerné par le problème de l'obésité (grades 1 et 2 confondus).

4.3. Consommation de soins de ville

Source : *Régime Général URCAM (2007)*
Recensement général de la population INSEE (1999)

Le nombre moyen par bénéficiaire du Régime Général de consultations et visites chez les **médecins généralistes** est très proche de la moyenne départementale avec respectivement 3,0 et 3,2 consultations par an et par personne. Il en est de même pour les consultations des **médecins spécialistes** avec respectivement 0,9 et 1,0 consultation par an et par personne.

En revanche, en ce qui concerne les autres professionnels de santé listés dans le tableau 1, la consommation moyenne individuelle est toujours inférieure sur l'Agglomération annemassienne par rapport à la Haute-Savoie.

Tableau 1 : consommation moyenne de soins en 2007 par bénéficiaire du Régime Général

| Professionnel de santé | Agglomération annemassienne | Haute-Savoie |
|---|-----------------------------|--------------|
| Dentistes ^a | 31,1 | 39,7 |
| Infirmiers ^b | 5,1 | 7,3 |
| Masseurs-kinésithérapeutes ^b | 14,9 | 20,9 |
| Orthophonistes ^b | 3,1 | 3,9 |

^a montant moyen en euros

^b somme moyenne d'actes

4.4. Consommation de médicaments

Source : *Régime Général URCAM (2007)*
Recensement général de la population INSEE (1999)

La consommation globale d'un bénéficiaire du Régime Général résidant dans l'Agglomération annemassienne est sensiblement de même niveau que celle observée pour tout autre bénéficiaire du département de la Haute-Savoie.

Mais certaines classes de médicaments sont un peu plus représentées sur le territoire étudié, notamment les médicaments ophtalmologiques, de l'asthme et de la BPCO, les psychotropes, les antalgiques ou encore les antidiabétiques.

¹¹ Contrat Urbain de Cohésion Sociale / Réseau d'Éducation Prioritaire / Zone d'Éducation Prioritaire

Tableau 2 : nombre moyen de boîtes remboursées pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général selon la classe de médicaments et le territoire en 2007

| Classe de médicaments | Agglomération annemassienne | Haute-Savoie | Différence (%) |
|--|-----------------------------|--------------|----------------|
| Antalgiques | 4 818 | 4 548 | +5,9 |
| Médicaments du système cardiovasculaire | 3 238 | 3 157 | + 2,6 |
| Psychotropes | 2 104 | 1 967 | +7,1 |
| Médicaments des troubles digestifs | 1 639 | 1 609 | +1,9 |
| Anti-infectieux | 1 582 | 1 774 | -10,8 |
| Traitements hormonaux | 1 136 | 1 247 | -8,9 |
| Médicaments rhumatologiques (hors AINS) | 787 | 792 | -0,6 |
| Médicaments dermatologiques | 682 | 727 | -6,2 |
| Médicaments ORL | 668 | 747 | -10,6 |
| Médicaments de la coagulation | 660 | 628 | +5,1 |
| Médicaments ophtalmologiques | 632 | 564 | +12,1 |
| Antidiabétiques | 610 | 582 | +4,6 |
| Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) | 599 | 582 | +2,9 |
| Médicaments de l'asthme et de la BPCO | 546 | 487 | +12,1 |
| Médicaments de supplémentation | 521 | 534 | -1,9 |

4.5. Hospitalisations en Médecine-Chirurgie-Obstétrique

Source : *Séjours hospitaliers hors séances PMSI (2006)*
Recensement général INSEE (1999)

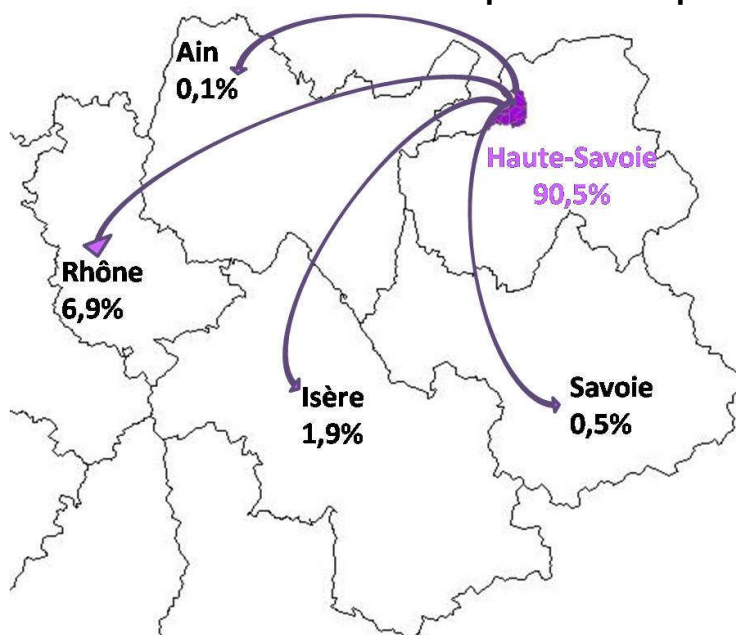
4.5.1. Trajectoires des séjours

En 2006 ont été recensés 17 900 séjours effectués en Rhône-Alpes par les habitants de l'Agglomération annemassienne.

Parmi ces séjours hospitaliers, neuf sur dix ont eu lieu en Haute-Savoie, puis dans le Rhône (6,9%).

Il est à noter que les séjours dans des établissements suisses n'ont pas pu être comptabilisés.

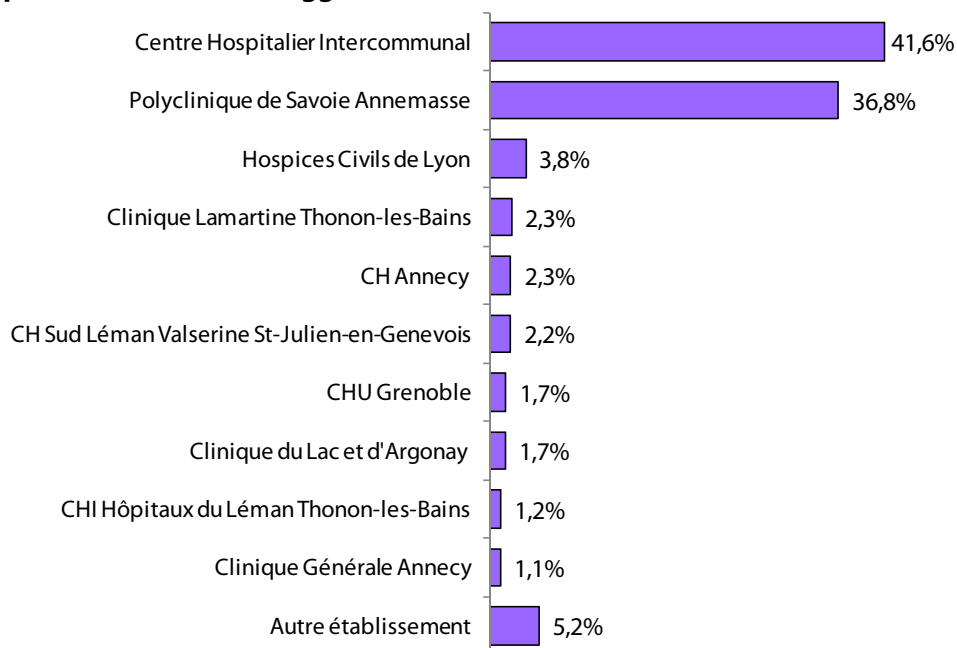
Carte 23 : trajectoires des hospitalisations en MCO des habitants de l'Agglomération annemassienne en 2006 en Rhône-Alpes selon le département de l'établissement hospitalier



Autres départements : <1%

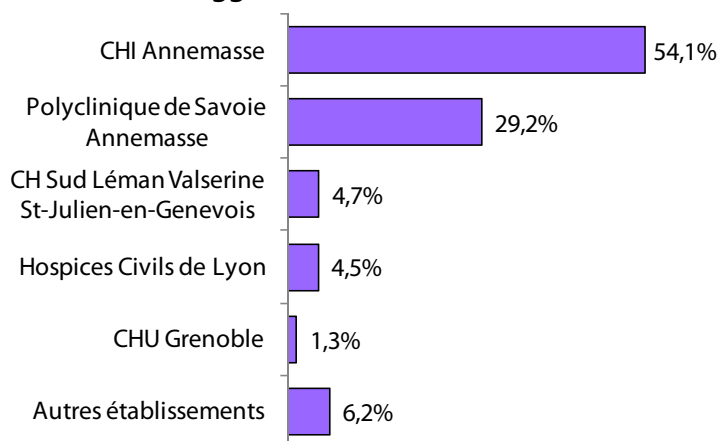
Près de huit séjours sur dix ont eu lieu dans l'un des deux établissements généraux présents sur l'Agglomération annemassienne (Centre Hospitalier Intercommunal et Polyclinique de Savoie), soit 87% des séjours effectués dans le département de la Haute-Savoie.

Graphique 13 : répartition des séjours hospitaliers MCO effectués en Haute-Savoie en 2006 par les habitants de l'Agglomération annemassienne selon l'établissement



Pour les enfants (moins de 15 ans) de l'Agglomération annemassienne, 1 400 séjours ont été enregistrés en 2006, dont plus de huit sur dix qui ont eu lieu sur le territoire : plus de la moitié au CHIAB et un peu moins d'un tiers à la Polyclinique de Savoie.

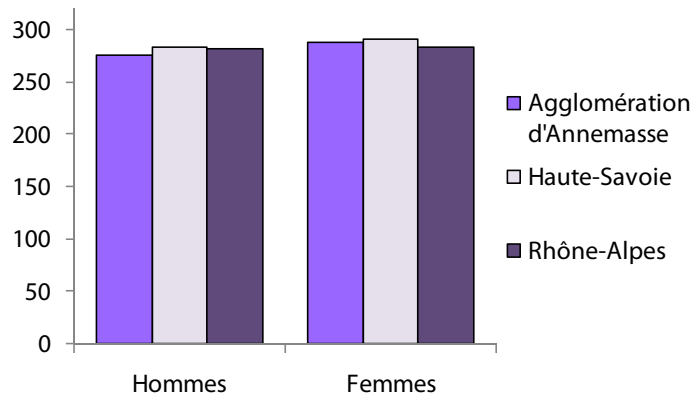
Graphique 14 : répartition des séjours hospitaliers MCO effectués en 2006 par les enfants (0-14 ans) de l'Agglomération annemassienne selon l'établissement



4.5.2. Recours à l'hospitalisation selon le sexe et le motif

Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de recours à l'hospitalisation observé sur l'Agglomération annemassienne est très proche des taux départemental et régional avec respectivement 276 séjours pour 1 000 hommes et 288 séjours pour 1 000 femmes.

Graphique 15 : taux comparatifs de recours à l'hospitalisation en 2006 pour 1 000 personnes selon le sexe et le territoire



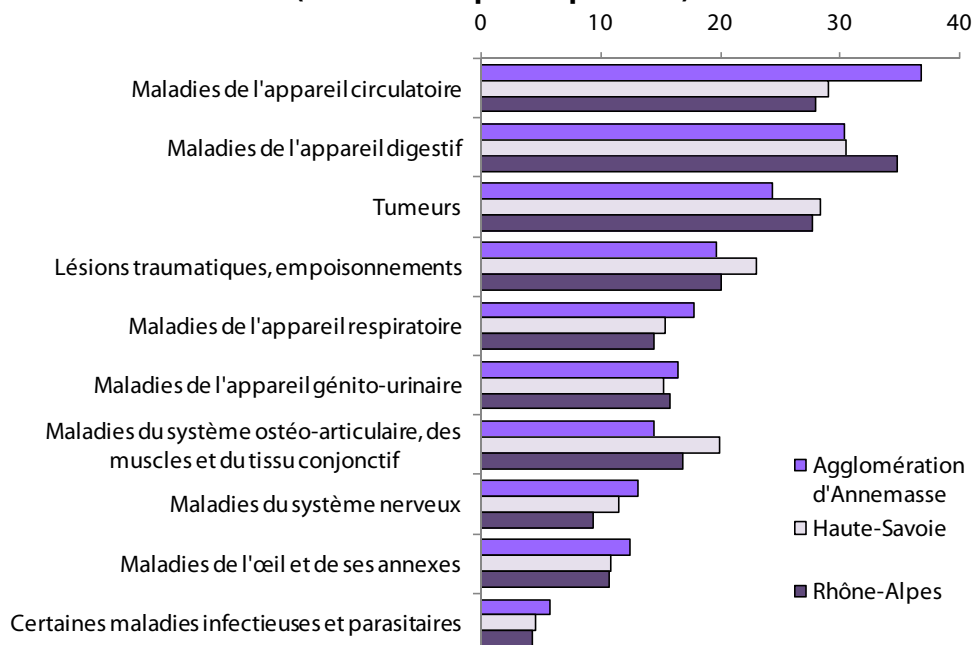
Les hospitalisations liées aux maladies de l'appareil circulatoire, premier motif chez les hommes et troisième motif chez les femmes, sont plus fréquentes, à la fois chez les hommes et chez les femmes de l'Agglomération annemassienne (respectivement 37 et 21 hospitalisations pour 1 000), qu'on les compare au département ou à la région.

En revanche, les hospitalisations liées aux maladies de l'appareil digestif, qui constituent le deuxième motif d'hospitalisation chez les hommes et chez les femmes, sont aussi fréquentes que sur la Haute-Savoie, mais cependant moins fréquente que sur l'ensemble de la région.

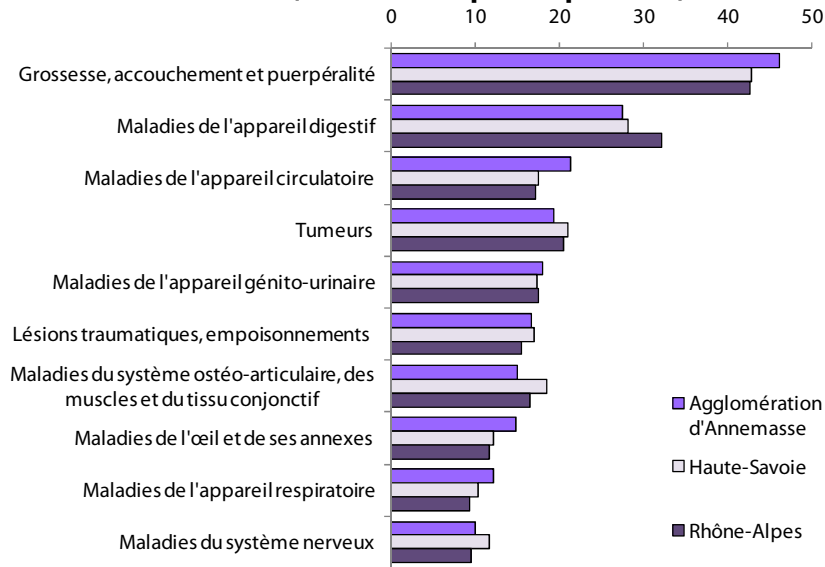
Chez les hommes on note plus particulièrement un recours moindre dans le cas de tumeurs. Ce même phénomène est observé chez les femmes, mais de manière moins nette.

Enfin, chez les femmes de l'Agglomération annemassienne, on note un recours plus fréquent que sur l'ensemble du département ou de la région en ce qui concerne les hospitalisations liées aux grossesses et accouchements.

Graphique 16 : taux comparatifs de recours à l'hospitalisation pour 1 000 hommes en 2006 selon le motif (10 motifs les plus importants) et le territoire



Graphique 17 : taux comparatifs de recours à l'hospitalisation pour 1 000 femmes en 2006 selon le motif (10 motifs les plus importants) et le territoire



4.6. Interventions des pompiers

Source : Service Départemental Incendie Secours 74 (2004-2007)

Sur la période 2004-2007, les pompiers sont intervenus chaque année un peu plus de 3 000 fois sur l'Agglomération annemassienne, soit près de 13 000 interventions sur la période.

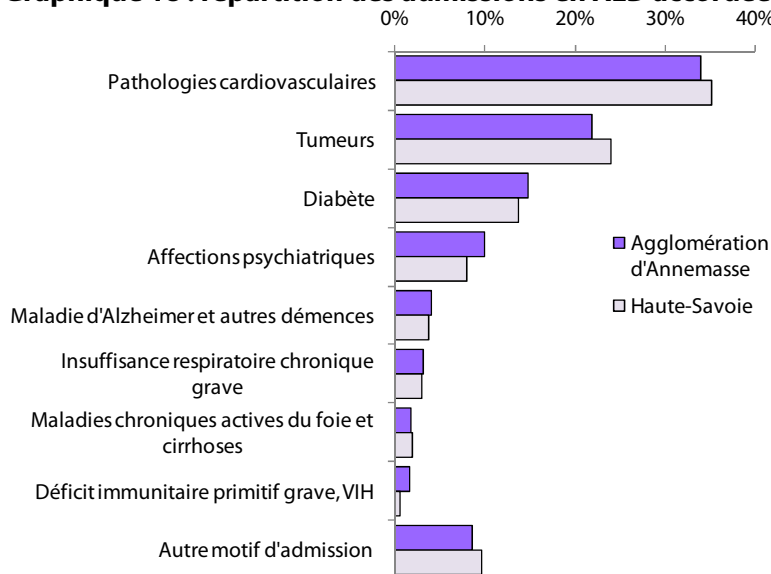
On peut noter que 13% des interventions sont liées à un accident de la circulation, contre 15% sur l'ensemble du département.

4.7. Affections Longue Durée (ALD)

Source : Régime Général (2006)

Un peu plus de 1 000 admissions en ALD ont été accordées en 2006 pour les habitants de l'Agglomération annemassienne bénéficiaires du Régime Général, soit une admission sur dix accordées dans le département.

Graphique 18 : répartition des admissions en ALD accordées en 2006 selon le territoire



La répartition des admissions en ALD accordées aux habitants de l'Agglomération annemassienne ne diffère pas de la distribution observée sur la Haute-Savoie. Le premier motif reste les pathologies cardiovasculaires¹² avec un peu plus du tiers des admissions, puis les tumeurs (un peu plus d'une admission sur cinq).

Le taux d'admission en ALD ne diffère pas non plus sur l'Agglomération annemassienne par rapport à la Haute-Savoie avec sur les deux territoires 164 admissions pour 1 000 habitants.

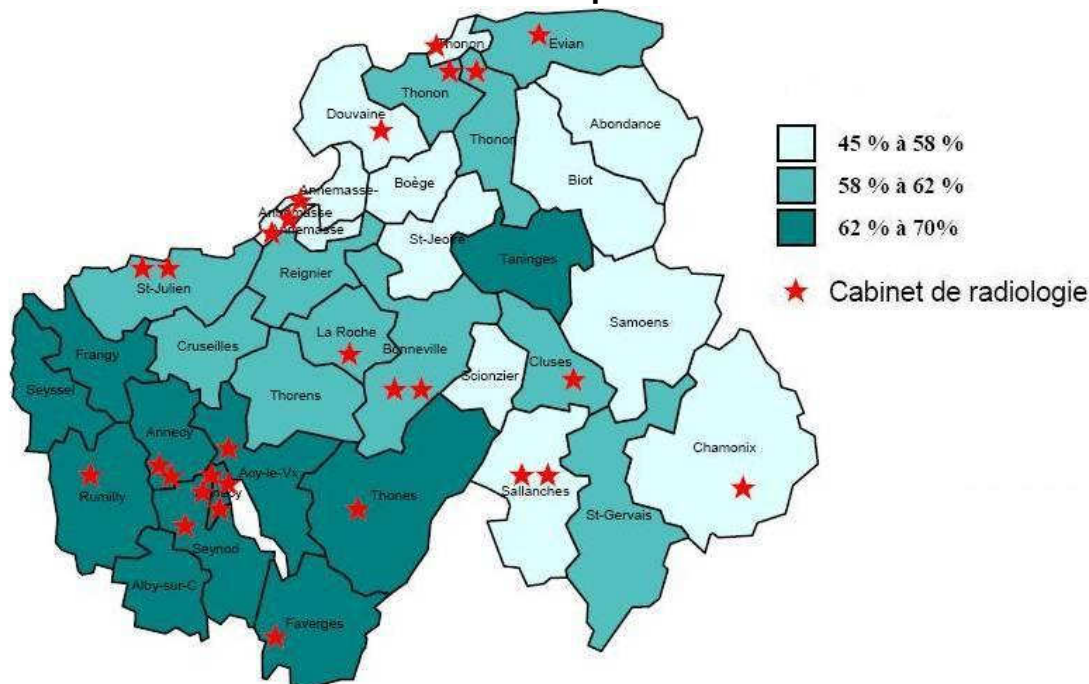
Le taux d'admission dont le motif est lié aux démences et à la maladie d'Alzheimer est un peu plus élevé sur l'Agglomération annemassienne avec 17 admissions pour 1 000 habitants contre 14 pour 1 000 sur le département. Les déficits immunitaires importants (dont infections par le VIH) semblent également un peu plus nombreuses sur le territoire.

4.8. Prévention : dépistage du cancer du sein

Source : Réseau pour le dépistage des cancers de Haute-Savoie (2006-2007)

Au sein de la Haute-Savoie, qui est l'un des départements de la région Rhône-Alpes où le dépistage organisé du cancer du sein est le mieux suivi (61% de participation), l'Agglomération annemassienne ne se situe pas parmi les meilleurs taux de participation. Ce taux, qui peut atteindre 60 à 70% sur certaines zones du département, s'élève à 55% sur l'ensemble de l'Agglomération.

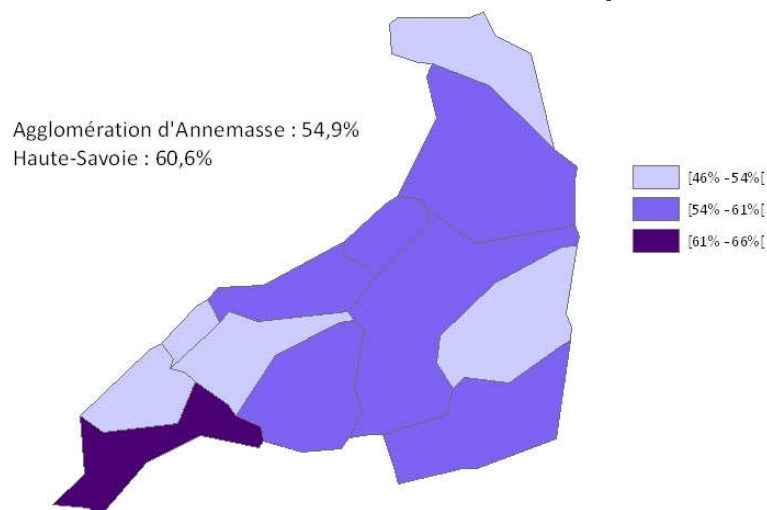
Carte 24 : taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50-74 ans en Haute-Savoie par canton en 2006-07



Au sein même du territoire on observe des différences avec des taux de participation qui s'échelonnent de 46% sur Machilly à 66% sur Etrembières.

¹² pathologies cardiovasculaires : accident vasculaire cérébral invalidant, artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques, insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves, hypertension artérielle sévère, maladie coronaire

Carte 25 : taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein sur l'Agglomération annemassienne chez les femmes de 50-74 ans par commune en 2006-07



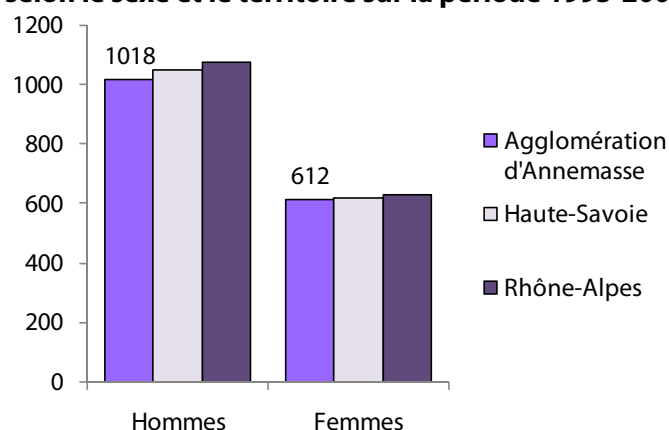
4.9. Mortalité

Sources : CépiDC INSERM 1995-2003
Recensement général de la population INSEE 1999

La mortalité générale observée sur la période 1995-2003 chez les hommes de l'Agglomération annemassienne ne diffère pas de ce qu'on peut observer sur la même période pour l'ensemble de la Haute-Savoie (environ 1 000 décès pour 100 000 hommes). On peut noter cependant un taux de mortalité un peu inférieur au taux régional.

Chez les femmes, la situation est équivalente sur les trois territoires avec un peu plus de 600 décès pour 100 000 femmes.

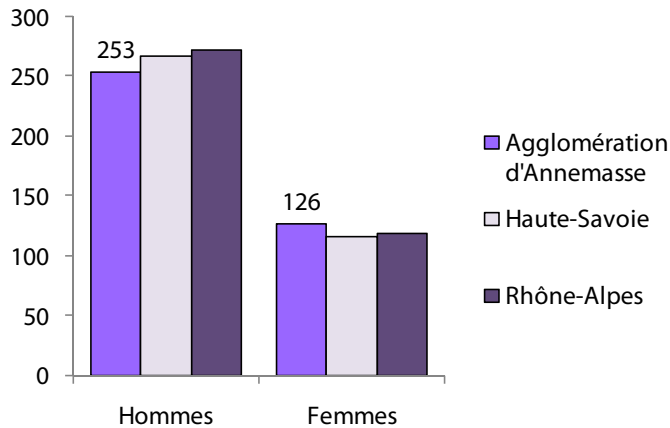
Graphique 19 : taux comparatifs de mortalité générale pour 100 000 personnes selon le sexe et le territoire sur la période 1995-2003



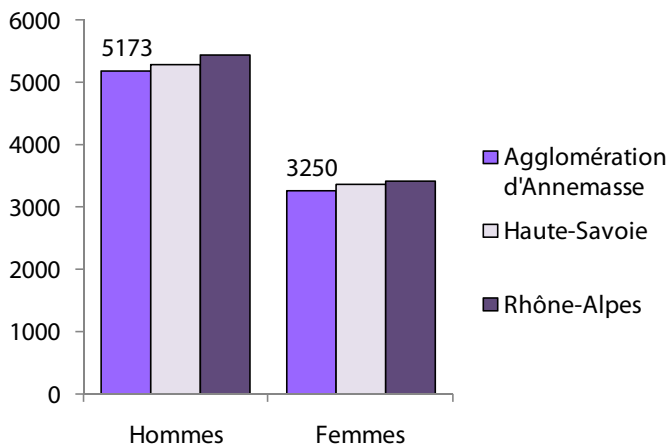
4.9.1. Selon l'âge

Aucune différence significative n'est à noter entre la mortalité observée pour les habitants de l'Agglomération annemassienne et la mortalité départementale ou régionale, qu'il s'agisse des hommes ou des femmes, ou encore de la mortalité avant 65 ans (dite « prématurée ») ou à partir de 65 ans.

Graphique 20 : taux comparatifs de mortalité prématurée pour 100 000 personnes selon le sexe et le territoire sur la période 1995-2003



Graphique 21 : taux comparatifs de mortalité pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus selon le sexe et le territoire sur la période 1995-2003

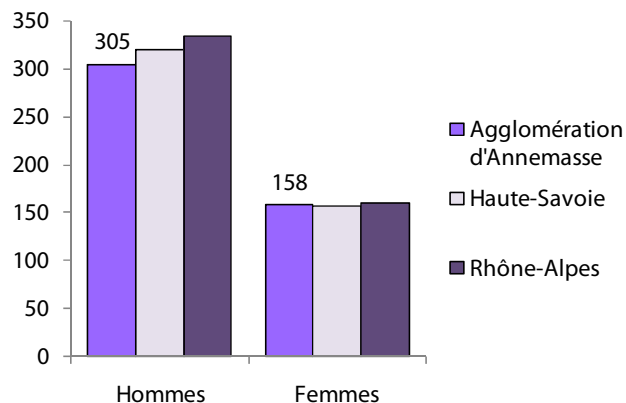


4.9.2. Selon la cause

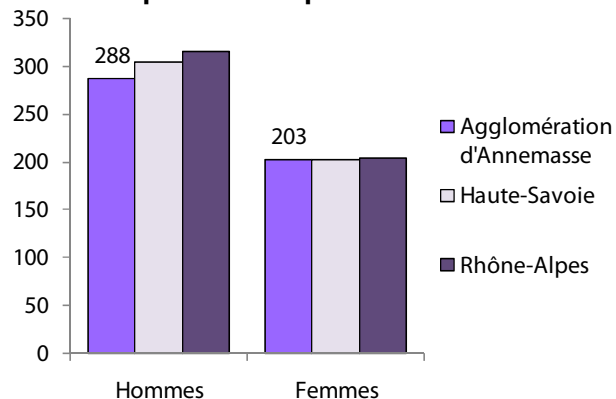
Si l'on s'intéresse aux principales causes de décès, à savoir les tumeurs, les maladies des appareils circulatoire et respiratoire et les traumatismes/accidents, la mortalité observée pour chacune de ces causes chez les femmes de l'Agglomération annemassienne ne diffère pas des niveaux départemental et régional.

Chez les hommes, la même stabilité est observée si on compare l'Agglomération annemassienne à la Haute-Savoie, mis à part pour les décès suite à un traumatisme qui sont sous-représentés sur l'Agglomération annemassienne. Si on compare le taux de mortalité masculin de l'Agglomération annemassienne par rapport à celui de la région Rhône-Alpes, on observe un taux de décès plus faible, quelle que soit la cause (sauf pour les maladies de l'appareil respiratoire), sur l'Agglomération annemassienne par rapport à la région.

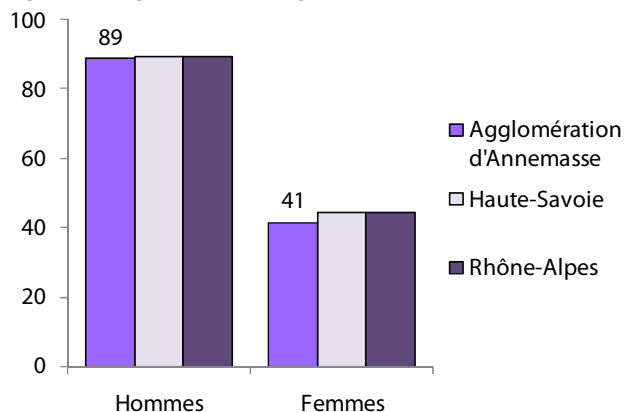
Graphique 22 : taux comparatifs de mortalité par tumeurs pour 100 000 personnes selon le sexe et le territoire sur la période 1995-2003



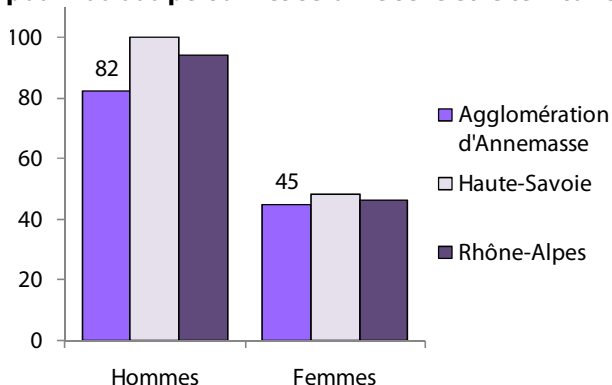
Graphique 23 : taux comparatifs de mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 personnes selon le sexe et le territoire sur la période 1995-2003



Graphique 24 : taux comparatifs de mortalité liée aux maladies de l'appareil respiratoire pour 100 000 personnes selon le sexe et le territoire sur la période 1995-2003



Graphique 25 : taux comparatifs de mortalité liée aux traumatismes/accidents pour 100 000 personnes selon le sexe et le territoire sur la période 1995-2003



5. SYNTHÈSE

Éléments sociodémographiques

L'Agglomération annemassienne, un territoire de douze communes avec déjà un profil géographique particulier du fait de sa proximité avec la Suisse (notamment du point de vue de l'activité professionnelle avec un actif sur trois qui est frontalier).

Une surreprésentation de certaines catégories de population par rapport à la Haute-Savoie :

- les actifs (25-65 ans),
- les personnes de nationalité étrangère (un peu plus d'une personne sur dix)
- les personnes vivant seules (plus d'un foyer sur trois) ou les familles monoparentales (une famille sur quatre),
- la catégorie socioprofessionnelle des employés (16%).

Un contexte social et économique particulier par rapport à la situation départementale avec :

- un territoire riche mais avec de fortes disparités de revenus,
- des bénéficiaires de la CMU complémentaires plus nombreux,
- des RMIstes plus nombreux parmi les allocataires CAF (plus d'un sur dix).

Des quartiers prioritaires avec :

- une population plus jeune et plus dense, avec une part de nationalités étrangères plus élevée que sur la commune,
- des ménages plus « familiaux »,
- la catégorie des ouvriers surreprésentée.

Offre de soins

Une offre de soins contrastée :

- une offre libérale très satisfaisante si elle est mise en parallèle des seuls assurés sociaux français, mais qui semble plus faible si on tient compte des français hors Sécurité Sociale et de la patientèle suisse,
- une offre hospitalière conséquente avec une forte majorité (huit sur dix) des séjours hospitaliers enregistrés dans l'un des deux établissements de l'Agglomération.

État de santé

Une situation globale proche de celle de la Haute-Savoie, mais avec des particularités :

- une consommation médicamenteuse globale, des motifs d'admission en ALD et un taux de mortalité générale très proches des indicateurs départementaux
- un recours moyen aux médecins (généralistes et spécialistes) et à l'hospitalisation,
- un recours globalement moins fréquent aux professionnels de santé de ville et notamment les dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, par rapport à l'ensemble du département,
- des indicateurs plus élevés en ce qui concerne les pathologies du système cardiovasculaire (hospitalisations pour les maladies de l'appareil circulatoire, consommation de médicaments du système cardiovasculaire, premier motif d'admission en ALD) par rapport à la Haute-Savoie.

PARTIE QUALITATIVE

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE QUALITATIVE

L'approche qualitative a pour but d'explorer des thématiques qui ne sont pas abordées dans les données quantitatives et d'affiner certaines informations, qui ont pu être mises à jour par ces données chiffrées. Elle permet également de faire émerger des problématiques de santé spécifiques à un territoire, issues de la configuration urbaine locale, de l'organisation des ressources, du profil et de l'histoire de la population résidente.

Le recueil de données qualitatives est réalisé à partir de l'expérience, du vécu et aussi du « ressenti » des acteurs du quartier, professionnels et habitants, que nous avons rencontrés.

La phase qualitative de ce diagnostic de santé a été menée par **entretiens**.

Les **personnes-ressources** intervenant sur différentes communes de l'agglomération ont été rencontrées dans le cadre d'entretiens semi-directifs approfondis réalisés en face-à-face, de manière individuelle ou en groupe. Ces entretiens ont été d'une durée variant entre une et deux heures.

Les **habitants** ont été rencontrés en entretiens collectifs d'une durée de deux heures environ chacun, sur les communes où ils résident (à l'exception des jeunes, résidant sur différentes communes de l'agglomération, mais qui ont été vus dans le local de la Mission Locale, situé à Annemasse).

Nous avons pu rencontrer ces habitants grâce à des personnes-ressources, vues également en entretien.

Nous tenons ici à souligner l'excellente implication et participation de toutes les personnes rencontrées dans ce diagnostic.

Tous les entretiens (à quelques exceptions près) ont été menés sur le lieu de travail des professionnels et associations rencontrés. Par ailleurs, des **observations de terrain** (déambulation, à pied, dans différents quartiers, utilisation des commerces, ...) ont permis de confronter le ressenti des personnes interviewées avec ce qui peut être palpable pour un visiteur étranger au territoire.

Les entretiens réalisés avec les professionnels et les habitants se répartissent comme suit :

*** Entretiens réalisés avec des professionnels (au total 65 personnes rencontrées) :**

Agglomération d'Annemasse :

- Services gérontologie, handicap, gens du voyage : Mme Dupont, chef de service
- Politique de la ville : Sébastien Denjean, chef de projet politique de la ville

Communes :

- Gaillard : M. Aouda, chef de projet politique de la ville, Mme Achour, responsable service social
- Annemasse : Mme Perriau, collaboratrice du chef de projet politique de la ville, M. Duval, responsable service social
- Cranves-Sales : Mme Douchant, élue

Santé général :

- DDASS de Haute-Savoie : Dr Legrand, Médecin Inspecteur de Santé Publique
- Conseil général : Dr Henry, service actions de santé
- Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse-Bonneville : M. Vincent, directeur, Mme Bauquel, assistante sociale de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé
- Clinique de Savoie : M. Jeanjean, directeur
- 3 médecins généralistes: Dr Burnet (Machilly), Dr Boubakeur (Gaillard), Dr Stauffert (Annemasse)
- 2 infirmières libérales : Mme Kopec (élue à Machilly), Mme Francon (Annemasse)

Santé mentale:

- Centre Médico-Psychologique pour enfants : Dr Viglieno, pédo-psychiatre, Mme Magnin, assistante sociale (élue à Gaillard)
- Centre Médico-Psychologique pour adultes : Dr Harabi, psychiatre, responsable du CMPA
- Équipe Mobile Psycho-sociale : M. Lazare, psychologue, Mme Burgeard, infirmière
- Point Écoute Jeunes : Mme Marechelle-Saury, psychologue
- Clinique Psychiatrique des Vallées : Mme Dehors, cadre de santé

Santé des enfants et adolescents :

- Protection Maternelle et Infantile : Dr Duret, Dr Bernard
- Éducation Nationale, service santé scolaire : Dr Raveneau, Dr Dalzot, Dr Mauget, et Mme Kelagopian, infirmière

Personnes âgées

- Aide à domicile : Mme Gavard-Rigat
- SSIAD : Mme Fournier

Aide sociale, accompagnement et insertion :

- Travailleurs sociaux (mission Conseil général) : M. Devaux, chef de service et Mme Meury (ville d'Annemasse) Mme Legrand (ville d'Ambilly), Mmes Balivet et Boltagisi, (ville de Gaillard)
- Conseil général : Mme Claude, responsable dispositif RMI
- Association Passage : M. Leclerc, M. Bassla, Mme Caron, éducateurs de prévention (Annemasse, Ville-La-Grand, Ambilly, Gaillard)
- Mission Locale : Mme Deschamps, directrice adjointe
- GRETA Léman : Mme Lopez, responsable, Mme Longo, assistante sociale

Associations publics spécifiques :

- ALAP, association pour les gens du voyage : Mmes Aubel et Larvaron
- Yelen (aide à l'insertion pour les personnes issues d'Afrique Sub-Saharienne) : M. Baye
- Etoile Africaine (Médiation et accompagnement des publics africains) : Mme Ouadeba
- Espace femmes-Geneviève D (femmes victimes de violences conjugales) : Mme Van Den Eshof
- Espace Handicap (personnes handicapées) : Mrs. Feugier et Perillon
- Espoir 74, Oxygene, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (personnes schizophrènes) : M. Miro
- CSST APRETO (Association pour la Réhabilitation des Toxicomanes): M. Gicquel
- ANPAA 74 (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de Haute-Savoie) : Mme Lacorbière, Mme Michel, Mme Tollance, Mme Mougenot

Structures de sociabilité et loisirs

- Centre social /MJC du Perrier : M. Gilibert
- Centre social « Au 7 », Gaillard, M. Charlet

Accueil, hébergement, logement de publics précaires :

- Centre d'Hébergement d'urgence « Maison Coluche » : Mme Hostettler, Mme Dubois, Mme Leuenberger
- Accueil de jour « L'Escale » : Mme Bissette
- ADOMA : M. Allard, responsable adjoint résidence sociale

Bailleurs sociaux :

- Halpades : Mme Daniel, responsable d'agence
- OPAC de Haute-Savoie : Mme Cartiser, responsable d'agence

*** Cinq entretiens de groupe réalisés avec des habitants (au total, 36 habitants ont été rencontrés)**
(Ces groupes ont eu lieu sur 3 communes différentes. Ils ont été d'une durée approximative de deux heures)

- Groupe Gaillard-Fossard : 6 personnes
- Groupe Gaillard- Porte de France : 6 personnes
- Groupe Annemasse Perrier-Livron : 9 personnes
- Groupe Cranves-Sales : 10 personnes
- Groupe jeunes suivis par la Mission Locale (jeunes de l'agglomération rencontrés au Perrier) : 5 personnes

Les données qualitatives qui vont être exposées ici se scindent en deux parties. La première est consacrée aux problématiques de santé qui peuvent concerner les différentes parties de la population de manière transversale, la seconde s'attache plus particulièrement à examiner les questions de santé plus spécifiques à certaines tranches d'âge et à certains publics.

1. LES PROBLEMATIQUES DE SANTE TRANSVERSALES

1.1. L'offre de ressources de santé et des champs connexes à la santé apparaît comme riche et diversifiée

Le ressenti des personnes ressources et habitants rencontrés correspond bien à ce qui est repéré par l'approche quantitative¹³ : l'agglomération d'Annemasse jouit, globalement, d'une bonne densité d'offre dans le domaine des soins, mais aussi dans le domaine de la prévention.

Il existe sur l'agglomération une indéniable richesse en termes de volume et également de diversité des structures. Par ailleurs, une véritable culture du travail en réseau est observée qui se manifeste notamment par l'existence de nombreux « collectifs », instances de rencontre et de concertation entre différents partenaires sur des thèmes bien précis. Malgré les difficultés de recrutement spécifiques qui existent sur ce territoire frontalier, les équipes sont décrites comme étant majoritairement stables et les acteurs se repèrent globalement bien entre eux, même si les entretiens ont montré qu'il pouvait encore exister des « zones d'ombre » pour certains.

Ce n'est pas le lieu ici de faire une description exhaustive ni même détaillée de cette offre, mais il convient de la décrire dans ses grandes lignes.

On soulignera tout d'abord la présence du **Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse-Bonneville (CHIAB)**, situé sur la commune d'Ambilly, qui dispose d'un large plateau technique comprenant les principales spécialités, un service d'urgences, une Permanence d'Accès aux Soins de Santé¹⁴ (PASS) et un Centre de Planification et d'Education Familiale. D'une capacité actuelle de 397 lits (dont 283 sur le site d'Ambilly et 113 à Bonneville), son projet médical pour la période 2008-2010 s'articule autour de plusieurs axes majeurs :

- La mise en œuvre du Plan Cancer afin d'offrir aux patients les mêmes chances de guérison que s'ils résidaient dans une grande métropole urbaine. La coopération avec les Hôpitaux du Léman et la Polyclinique de Savoie contribue à cet objectif de même que le recours aux grands réseaux de cancérologie (Hôpitaux Universitaire de Lyon et Grenoble, Centre Léon Bérard) par un système de visioconférence.
- Le renforcement de l'offre de soins dans le domaine de l'Insuffisance Rénale Chronique, en collaboration avec les Hôpitaux du Léman-dialyse en centre et l'Association AURAL des Hospices Civils de Lyon. Le Centre de Dialyse Médicalisée sera créé sur le site d'Ambilly à la fin de l'année 2009.
- Le renforcement de la chirurgie avec le développement de la chirurgie urologique et de la cataracte.
- Le développement de la filière de soins gériatrique grâce au recrutement récent de trois médecins gériatres et d'une équipe mobile de gériatrie. Ces ressources supplémentaires permettent de faire fonctionner une unité de court séjour gériatrique de 20 lits, de prendre rapidement en charge les personnes âgées se présentant au service des urgences, d'organiser une consultation mémoire

¹³ Voir Chapitre sur les éléments quantitatifs

¹⁴ PASS : Les permanences d'accès aux soins de santé sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits

- L'évolution du pôle mère-enfant vers la spécialisation (que ce soit en néonatalogie, médecine et psychiatrie de l'enfant) et le développement de réponses rapides comme l'hospitalisation de jour. Le Service de Gynécologie-Obstétrique poursuit sa progression avec plus de 1300 accouchements par an. Il est le seul sur le secteur à disposer d'une unité de grossesses pathologiques de niveau II et d'un Centre d'Assistance Médicale à la Procréation.

L'hôpital a également récemment mis en place un dispositif d'hospitalisation à domicile (HAD) d'une capacité de 30 places. Il gère par ailleurs un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'une capacité de 85 lits.

L'hôpital s'installera dans de nouveaux locaux au début de l'année 2012 : un nouvel hôpital est en construction, sur un site unique, situé à Contamine sur Arve, à mi-chemin entre Annemasse et Bonneville. Le futur hôpital aura une capacité d'accueil qui s'élèvera alors à 445 lits. Certains habitants et professionnels s'inquiètent de l'éloignement du futur hôpital. S'ils perçoivent bien les avantages de la nouvelle structure en termes de modernité pour les patients et les professionnels, ils craignent que l'éloignement ne pose problème aux personnes modestes qui ne disposent pas d'un véhicule personnel, notamment en ce qui concerne l'utilisation des urgences en soirée ou le week-end. On perçoit là un fort besoin des habitants d'être rassurés sur les transports en commun qui seront mis en place pour accéder au nouvel hôpital.

La polyclinique de Savoie, située à Annemasse a une capacité de 110 lits. Elle présente également un large plateau technique, avec notamment un service de médecine qui dispose d'une unité de soins continus polyvalents, un service de chirurgie, un service d'oncologie. La clinique compte également une maternité ainsi qu'un service d'urgences (UPATOU). Une consultation mémoire ainsi que des actions autour de la gériatrie et de la démence sont en développement. Cette clinique fait partie du groupement d'établissements privés Générale de Santé. A court terme, elle va s'unir avec l'actuelle clinique Lamartine, sise à Thonon-les-Bains, et le futur établissement sera situé à Annemasse.

La perspective de réunion des deux structures, dans un hôpital privé, s'inscrit dans une démarche de complémentarité d'offre de soins et de compétences médicales. Ce projet prévoit également la mise en place d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire, qui regroupera les professions médicales en exercice dans l'établissement, les compétences du réseau de la médecine de ville ainsi que des professionnels paramédicaux.

La clinique des Vallées est un établissement psychiatrique privé, qui comporte plusieurs unités de soins :

- Au niveau de l'hospitalisation complète pour adultes (d'une capacité de 100 lits), on note la présence de deux unités de psychiatrie générale et d'une unité spécialisée en résolution des troubles des conduites alimentaires.
- Une unité d'hospitalisation partielle, de jour, pour adultes, qui compte 18 places,
- Intermed : une unité d'hospitalisation, à vocation d'admission départementale¹⁵, pour les adolescents de 12 à 18 ans qui présentent des troubles psychopathologiques. Elle comporte 15 lits d'hospitalisation complète et 10 places d'hospitalisation de jour. Intermed fonctionne en réseau grâce à un étroit partenariat avec les structures extérieures (établissement médico-social, associations, éducation nationale, éducateurs de prévention) et professionnels compétents en soins spécialisés (médecins généralistes, pédiatres, psychiatres, psychologues)

L'agglomération compte également en son sein les structures « habituelles » de la **psychiatrie de secteur**, rattachées à l'hôpital psychiatrique public de La Roche-sur-Foron¹⁶ : un Centre Médico-

¹⁵ On notera que 15 lits d'hospitalisation complète pour adolescents ont été autorisés par l'Agence Régionale d'Hospitalisation, pour le bassin sud de la Haute-Savoie au profit de la clinique Régina. La mise en œuvre devrait avoir lieu fin 2009.

¹⁶ Établissement Public de Santé Mentale de la Vallée de L'Arve (ou EPSM) situé sur la commune de La Roche-sur-Foron

Psychologique pour adultes (situé à Annemasse), et un Centre Médico-Psychologique pour enfants (situé à Vétraz-Monthoux).

Le Centre Médico-Psychologique pour enfants (CMPE) reçoit des enfants de l'agglomération et au-delà. On note que le CMP, outre son activité de soin « classique », offre une plage d'ouverture de 12h à 14h, tous les jours, pour recevoir spécifiquement les adolescents qui peuvent venir dans un premier temps sans rendez-vous, et qu'il peut les recevoir très rapidement, pour une consultation, en cas de situation de crise. Le CMPE propose également des groupes de massage - hors soin - pour des mères et leurs bébés, dont l'objectif est de repérer et d'aider les femmes qui pourraient avoir besoin de soutien dans la relation à leur enfant.

Le CMPE travaille en partenariat avec différents acteurs, et notamment avec le service de pédiatrie du CHIAB, le PEJ, la PMI. Il participe également à des actions, des instances de réflexion « hors les murs », par exemple au sein des CESC¹⁷ des établissements scolaires de l'agglomération, avec la Plateforme de Réussite Educative, avec le collectif TREMMAS (qui traite des maltraitances et agressions sexuelles), avec le collectif sur la péri-natalité, avec les groupes de discussion organisés par la CAF, On soulignera qu'au moment de l'étude, il manquait à l'équipe 1 ETP¹⁸ de psychiatre et 1,5 ETP en orthophonie : compte-tenu des spécificités du contexte annemassien il reste difficile de recruter certains professionnels.

Le **Centre Médico-Psychologique pour adultes (CMPA)**, est situé sur Annemasse et va prochainement rejoindre de nouveaux locaux, situés à côté de la future Maison des Adolescents. Le CMPA travaille également en lien avec la médecine de ville, le CHIAB, les travailleurs sociaux. On notera qu'environ 40% des demandes de rendez-vous émanent de travailleurs sociaux, mais que les personnes orientées par ce canal vers le CMPA ne viennent pas au premier rendez-vous dans 60% des cas. Ce phénomène est également constaté sur d'autres CMP et il met en lumière les difficultés des publics fragiles à aller vers les soins en santé mentale.

C'est cette problématique et plus largement le constat d'une visibilité de plus en plus forte de la souffrance psychique et d'un sentiment d'affaiblissement du lien social - comme dans toutes les grandes aires urbaines aujourd'hui - qui ont amené les différents partenaires du contrat de ville de l'agglomération annemassienne à mettre en place **l'équipe mobile psychosociale (EMP)**, dont les missions se situent à la croisée des problèmes de santé mentale des publics modestes et des difficultés éprouvées par les professionnels de terrain pour évaluer les situations et orienter ces publics. Bien que dépendant de l'établissement public de santé mentale (EPSM de la Roche Sur Foron), l'EMP n'est pas une antenne mobile du CMPA, une structure d'ilotage ou un SAMU psychosocial. La mission principale de l'EMP est d'intervenir auprès d'un public en situation de précarité, présentant des difficultés psychologiques, afin de permettre une évaluation, puis un accompagnement (pouvant impliquer plusieurs rencontres) ou une orientation adéquate, à la demande des partenaires locaux du secteur social. L'EMP a donc vocation à apporter un étayage aux personnes en souffrance mais aussi à faciliter l'analyse et la compréhension des travailleurs sociaux par rapport à des situations où il leur semble que des difficultés d'ordre psychique entrent en jeu. Il s'agit d'un dispositif à la fois original (bien que des expériences de même ordre existent dans d'autres villes de France) et révélateur de ces problématiques de santé mentale qui ont davantage à voir avec la souffrance psychique provoquée par les difficultés socio-économiques et l'affaiblissement des réseaux sociaux qu'avec des pathologies psychiatriques.

En matière de souffrance psychique on note encore la présence d'un **Point Écoute Jeunes (PEJ)** rattaché au secteur de psychiatrie adulte publique. Cette structure, située à Annemasse, est animée par une psychologue et est dédiée aux jeunes de 16 à 25 ans, qui peuvent librement s'y rendre, de façon anonyme et gratuite, sur rendez-vous, le mardi toute la journée ainsi que le jeudi après-midi. Ce PEJ n'a pas vocation à réaliser des soins, mais à aider les jeunes qui sont à la fois dans une certaine souffrance psychique et qui ont un besoin de verbalisation face à un interlocuteur neutre. La majorité des jeunes reçus sont issus de l'agglomération, et sont orientés par l'Éducation Nationale, la Mission Locale, la

¹⁷ CESC : Comités d'Éducation pour la Santé et la Citoyenneté

¹⁸ ETP : Equivalent Temps Plein

Justice... Ou encore par le bouche-à-oreille. Cette structure devrait intégrer la future **Maison des Adolescents**¹⁹, logée dans un nouveau bâtiment qui sera situé à Vétraz-Monthoux, à proximité du lycée Jean Monnet.

Cette Maison des Adolescents qui devrait ouvrir ses portes au début de l'année 2010, va se constituer avec différents acteurs et compétences, impliqués à différents niveaux : la psychiatrie de secteur, le PEJ, l'hôpital public (avec notamment le Centre de Planification et d'Éducation Familiale), l'association APRETO (Association Pour la Réhabilitation des Toxicomanes) avec notamment une consultation cannabis, l'ANPAA 74 (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), la Prévention Judiciaire de la Jeunesse, La Maison du Droit et de la Justice. Cette structure, bien que située à Annemasse, sera ouverte aux jeunes de l'ensemble du département.

On doit également souligner la présence d'autres ressources majeures :

- Un **Centre Médico Psycho-Pédagogique**, situé à Annemasse. Les CMPP sont des services médico-sociaux qui participent à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en direction des enfants et des adolescents. Ils assurent le dépistage des troubles (notamment des troubles de nature à compromettre la poursuite d'une scolarisation en milieu ordinaire), le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge thérapeutique du jeune, afin de favoriser sa réadaptation tout en le maintenant dans son milieu habituel.

- un **Service d'Éducation Spécialisée et de Soins à Domicile** (SESSAD) particulièrement dédié aux enfants déficients intellectuels. Le SESSAD apporte aux familles conseils et accompagnement, il favorise l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie d'enfants qui présentent des difficultés qui peuvent être de différents ordres (déficience, troubles psychiques, ...). L'enfant en intégration scolaire pris en charge par le SESSAD, est inscrit à l'école, et il est suivi, parallèlement à sa scolarisation (le plus souvent à l'école, pendant le temps scolaire) par les professionnels du SESSAD.

En ce qui concerne le handicap, on note la présence d'un **Centre d'Action Médico-Sociale Précoce**, situé à Annemasse. Les CAMSP sont des centres qui reçoivent des enfants, de la naissance à 6 ans, présentant ou susceptibles de présenter des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées.

On note également la présence d'un **institut médico-éducatif** (IME) situé à Saint-Cergues « **La clé des Champs** » pour les enfants et les jeunes âgés de 6 à 18 ans et un IME à Vétraz-Monthoux « **Nous Aussi** ». Créé il y a 50 ans à l'initiative d'une association de parents d'enfants trisomiques, ce dernier établissement dispose aujourd'hui de 40 places et a ouvert une section pour enfants autistes. Les instituts médico-éducatifs rassemblent les instituts médico-pédagogiques (IMP) qui assurent l'éducation, les soins et l'enseignement aux enfants handicapés âgés de 6 à 14 ans et les instituts médico-professionnels (IMPro) qui assurent un enseignement général et pré-professionnel voire professionnel à des adolescents déficients intellectuels de 14 à 20 ans. Cette association porte également le SESSAD et un **foyer de vie**, « Les Oliviers », pour les plus de 18 ans, d'une capacité de 28 places. Il existe également un foyer de vie à Machilly de 42 places.

On repère par ailleurs un **Etablissement et Service d'Aide par le Travail** (ESAT) à Ville-La-Grand (« La Menoge ») et à Vétraz-Monthoux (« Le Monthoux »), ce dernier comportant également un foyer d'hébergement.

Soulignons que les personnes accueillies dans ces différents établissements viennent de l'agglomération mais aussi de l'ensemble du département.

L'agglomération compte également un **Service d'Accompagnement à la Vie Sociale** (SAVS) Espoir 74/Oxygène. Ce service s'adresse aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques (schizophrénie,

¹⁹ Notons qu'un CATT pour adolescents ouvrira concomitamment - mais indépendamment - de la Maison des Adolescents.

troubles bipolaires, troubles obsessionnels compulsifs, ...) qui sont autonomes, mais ont besoin d'accompagnement dans leurs démarches d'insertion dans la cité. Ces personnes vivent le plus souvent, à l'origine, chez leurs parents et l'objectif du SAVS est, en parallèle de leur suivi psychiatrique, de les aider à quitter le domicile parental pour prendre un appartement, de les aider à utiliser les ressources de la cité. Un accompagnement peut durer jusqu'à 4 ans. Il s'agit d'un travail individualisé, qui prend la forme d'une ou plusieurs rencontres hebdomadaires avec les travailleurs sociaux de l'association.

A court terme, l'association devrait également mettre en place fin 2008 un **Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés** (SAMSAH) assumant les mêmes missions que le S.A.V.S. mais dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins à domicile. Le public qui sera suivi sera également composé de personnes atteintes de pathologies psychiatriques, mais qui sont moins autonomes. Un **Groupement d'Entraide Mutuelle** (GEM) devrait également voir le jour, dont l'objectif est de permettre aux malades de se regrouper pour développer, entre autres, des opportunités de lien social.

En ce qui concerne **l'offre de soins libérale**, l'agglomération présente également une bonne densité, notamment en ce qui concerne les médecins généralistes, spécialistes et les chirurgiens dentistes (on notera sur ce dernier point qu'il existe à Annemasse une clinique dentaire mutualiste). En revanche, la densité apparaît moins bonne en ce qui concerne les infirmiers et les kinésithérapeutes (niveau inférieur au département et à la région).

Il existe également un **Service de Soins Infirmiers à Domicile** (SSIAD) à Annemasse de 114 places.

Il n'y a pas sur l'agglomération de maison médicale de garde comme on peut trouver sur d'autres villes. En revanche, un groupement de médecins généralistes libéraux (les « Urgences du Léman ») assurent les interventions en urgence, à domicile.

Notons également l'existence d'un **cabinet dentaire mutualiste** sur Annemasse, salué par de nombreux professionnels et habitants rencontrés. Cette structure a conventionné avec un nombre important de mutuelles si bien que la majorité des patients accueillis n'ont pas à faire l'avance des frais lors des consultations. Le cabinet accepte également les patients bénéficiaires de la CMUC.

Enfin, on relèvera la présence de **différentes associations** intervenant directement dans le champ de la santé ou dans des domaines connexes :

- L'APRETO, Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes (CSST), qui, outre une activité thérapeutique et de substitution, offre une permanence du CIDAG (Centre d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit pour le VIH et les hépatites, du CHIAB) et comprend un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD), qui consiste en un service mobile (bus) d'échange de seringues et de réduction des risques en direction des usagers de l'agglomération annemassienne appelé « Le Fil Rouge ». Cette association propose également une consultation spécifique pour les jeunes consommateurs de cannabis « T'en es où ? » qui intégrera les locaux de la future Maison des Adolescents, et elle intervient auprès des usagers de drogues incarcérés à la maison d'arrêt de Bonneville. L'association gère également deux appartements-relais sur Annemasse. Enfin l'APRETO réalise des actions d'information, de prévention auprès de différents publics (scolaires, professionnels, ...)

- L'ANPAA 74, située à Annemasse, est un lieu d'accueil et d'écoute des personnes concernées par une consommation problématique d'alcool, qui peut également orienter les malades vers les centres de soins. Elle propose, en outre, un dispositif spécifique d'accueil, "Espace Alcool Jeunes", destiné aux jeunes ayant entre 11 et 25 ans en difficultés avec leur consommation d'alcool. Ce dispositif est organisé en lien avec l'Education Nationale et les éducateurs de rue. L'ANPAA organise également des interventions de prévention dans les collèges, lycées et dans les entreprises. L'ANPAA réalise également le suivi des frontaliers jugés en Suisse pour des problèmes d'alcoolémie routière et qui ont une obligation de soins en France.

De nombreuses associations existent enfin sur l'agglomération Annemassienne qui interviennent dans des domaines divers, touchant à différents titres le champ de la santé (accès au soins, information, prévention, lien social). Outre celles que nous avons rencontrées en entretien²⁰, on en repère plusieurs dans le domaine de la sociabilité, des loisirs, des sports, qui constituent - a minima - des supports de création de réseaux sociaux et de sociabilité dans la cité.

1.2. Un constat à pondérer : des difficultés repérées d'accès aux ressources de santé

1.2.1. La densité « formelle » de l'offre de soins ne correspond pas à la densité « réelle »

Si l'agglomération présente une réelle diversité et richesse en termes de structures et de professionnels qui interviennent dans le domaine de la santé, les personnes ressources ainsi que les habitants rencontrés en entretiens ont souligné qu'il pouvait y avoir de réelles difficultés d'accès aux soins sur le territoire.

Différents types de difficultés sont ainsi repérées. En premier lieu, les personnes interviewées soulignent que certains médecins généralistes ne prennent plus de nouveaux patients : de ce fait, il peut être difficile, notamment pour ceux qui arrivent sur l'agglomération, de trouver un médecin – notamment un médecin traitant – à proximité de son domicile. De même, certains dentistes ne prennent plus de nouveaux patients ou encore se sont spécialisés dans certains domaines (les adultes, certains types d'interventions) et ne prennent plus les patients de manière « universelle »... Ce discours contraste avec les données chiffrées sur la densité médicale dans ces deux professions : le nombre de dentistes et de médecins généralistes est plus élevé que dans le reste du département ou de la région. Néanmoins, l'examen du nombre moyen d'actes auprès des assurés sociaux français, montre que les généralistes, dentistes et kinésithérapeutes ont une activité plutôt plus faible qu'ailleurs. Ce décalage peut être dû au fait que certains professionnels ont des horaires d'ouverture plus réduits, ce qui peut expliquer la saturation de leur emploi du temps les jours où ils travaillent... Mais il semble également que ces professionnels reçoivent une patientèle suisse ou du moins d'assurés en Suisse (les travailleurs frontaliers), qui, pour une part, n'habitent pas sur l'agglomération, mais sont de fait soignés par les praticiens de ce territoire.

La densité réelle de ces professionnels pour les résidents de l'agglomération est donc moins forte que les chiffres de densité le laissent penser.

Dans les structures publiques ou privées qui emploient des salariés, d'autres difficultés se posent encore. Des difficultés de recrutement qui, comme on l'a dit plus haut, sont spécifiques des zones frontalières avec la Suisse. La conséquence est que des manques de personnel se font sentir dans diverses professions, notamment en ce qui concerne les infirmières et les aides-soignantes.

Enfin, si la densité de médecins spécialistes apparaît comme au-dessus de la moyenne, certaines spécialités sont repérées par les personnes interviewées comme insuffisamment représentées, notamment les pédiatres, ophtalmologues, gynécologues et dermatologues... Des manques qui peuvent impliquer des délais de plusieurs mois pour l'obtention de rendez-vous.

²⁰ Voir liste des personnes rencontrées dans la partie méthodologie du chapitre les données qualitatives

1.2.2. Des freins économiques repérés dans l'accès aux soins

Les difficultés économiques d'accès aux soins ne constituent pas une spécificité annemassienne, néanmoins, le contexte frontalier, le pouvoir d'achat des suisses et des français qui travaillent en Suisse a manifestement une incidence sur les tarifs pratiqués par certains praticiens libéraux : les personnes interviewées ont notamment souligné le coût des soins de dentisterie qui serait particulièrement élevé. La question des dépassements d'honoraires a également été abordée par les habitants et les personnes ressources rencontrées : certains patients seraient surpris par le niveau de dépassement. Rappelons à cet égard que les données quantitatives montrent une part élevée de médecins à honoraires libres. Par ailleurs, on retrouve sur l'agglomération, comme sur de nombreux territoires, des problèmes d'acceptation de la CMUc. En effet, certains professionnels libéraux la refusent (directement ou par des moyens détournés : rendez-vous très éloignés, ...), d'autres l'acceptent de manière aléatoire (selon qu'ils connaissent ou non le patient, ...).

Ces différentes difficultés cumulées au phénomène des soins ou des médicaments peu remboursés par la Sécurité Sociale, mais également au coût de la vie particulièrement élevé sur l'agglomération annemassienne, font que les publics avec des salaires français moyens et a fortiori, les personnes en situation de précarité peuvent rencontrer des difficultés financières d'accès aux soins, entraînant des retards dans le recours aux soins.

Certains des habitants rencontrés ont également souligné que la mise en place du parcours de soin induisait pour eux des frais supplémentaires de santé, puisqu'ils doivent à chaque étape du parcours, revenir vers leur généraliste, et qu'ils doivent de toute façon payer une première consultation avec le généraliste pour pouvoir être remboursés de la visite chez le spécialiste.

On notera également que certains des habitants que nous avons rencontrés sont persuadés que la difficulté d'accès aux généralistes est due au fait que ceux-ci devraient limiter leur nombre de consultations, selon un système de « quotas ». Ainsi, si les médecins ne peuvent les recevoir, ce serait en quelque sorte « la faute » à l'État qui imposerait des limitations... Il n'a pas été possible d'élucider comment ces habitants avaient pu construire une telle représentation. Cependant, on note qu'on trouve cette croyance sur différentes communes de l'agglomération, et qu'elle semble bien spécifique à l'agglomération car elle n'a pas été repérée sur d'autres territoires où ont été menés des diagnostics de santé.²¹

1.2.3. L'accès physique aux ressources

Si le choix du médecin traitant se fait souvent en incluant un critère de proximité, il n'en va pas de même pour les médecins spécialistes, les dentistes et encore moins les structures hospitalières. Les habitants que nous avons rencontrés sur les quartiers en CUCS à Annemasse ou encore à Gaillard ne sont pas toujours satisfaits des transports en commun pour aller jusqu'à l'hôpital public ou pour aller au centre d'Annemasse. Plusieurs ont d'ailleurs exprimé de vives inquiétudes en ce qui concerne l'accès aux urgences en soirée, la nuit et le week-end. Pour les habitants de l'agglomération, et notamment ceux des six communes « originelles » qui avaient somme toute le sentiment d'être assez proches de l'hôpital, le fait que ce dernier quitte, dans quelques années, l'agglomération pour se trouver dans une zone de type rural est très déstabilisant. Les personnes qui n'ont pas de véhicule personnel et qui se déplacent en transports en commun se sentent particulièrement lésées par cet éloignement, et ce d'autant plus qu'elles ont des difficultés de santé et qu'il était jusqu'alors rassurant pour elles de savoir que les urgences étaient « en ville », à proximité. A l'inverse, le fait que le futur hôpital soit situé à l'extérieur du périmètre de l'agglomération, à quelques kilomètres de celle-ci, est clairement perçu comme une perte par les gens qui n'ont pas de véhicule et qui ont des habitudes très « urbaines ».

²¹ Diagnostics de santé menés par l'ORS.

1.3. De bons indicateurs globaux de santé au plan somatique... Mais des difficultés repérées.

Si les données quantitatives globales montrent que la population de l'agglomération annemassienne est plutôt dans un bon état de santé, les données qualitatives montrent qu'à des échelles plus réduites, notamment celle des publics modestes ou précaires, on trouve des difficultés de santé qui peuvent être marquées.

1.3.1. Les déséquilibres alimentaires et leurs conséquences sur la santé

Ce thème est rencontré de manière récurrente sur les territoires en politique de la ville et les grandes enquêtes nationales et internationales menées dans les pays développés montrent que plus les personnes appartiennent à des milieux modestes voire défavorisés, plus elles risquent d'avoir des comportements alimentaires problématiques.

L'agglomération annemassienne qui, malgré une apparence « d'Eldorado », compte des quartiers en difficultés et des habitants en situation de fragilité économique et sociale, ne déroge pas à cette règle.

Plusieurs professionnels ont ainsi souligné que, quelle que soit la tranche d'âge, les personnes modestes ou précaires qu'ils côtoient dans leur missions, ont peu de repères sur ce qu'est une alimentation diversifiée, sur l'intérêt de manger des fruits et légumes, etc...

De ce fait, les professionnels repèrent des personnes en surpoids, mais également des personnes concernées par le diabète dont la problématique semble liée en partie à des comportements alimentaires déséquilibrés, à un mode de vie trop sédentaire, ...

Les données de consommation médicamenteuse²² évoquent également une prévalence importante des traitements anti-diabétiques sur l'agglomération que sur le département. Cet élément concernant l'importance des traitements anti-diabétiques apparaît souvent dans de nombreux diagnostics de santé réalisés sur des zones urbaines qui comportent des territoires en politique de la ville.

Parallèlement aux problèmes liés à une alimentation peu diversifiée (où sucres rapides et sucres lents sont très présents), plusieurs professionnels ont attiré notre attention sur le fait que pour des raisons de précarité économique, certains habitants avaient des difficultés à se nourrir. Sautant des repas ou achetant systématiquement ce qu'il y a de moins cher, certaines personnes, n'ont pas les moyens de faire trois repas par jours, des repas qui répondent aux besoins de l'organisme. Même si les professionnels ne repèrent pas de personnes dénutries, présentant des carences sévères, ils soulignent que des contraintes économiques fortes peuvent engendrer des privations et de la malnutrition.

1.3.2. Différents publics en grande précarité : des besoins non couverts.

Différents publics en difficultés résident ou séjournent²³ dans l'agglomération Annemassienne.

En premier lieu, les perspectives d'emploi dans cette zone attirent des personnes en recherche d'emploi originaires d'autres départements, régions et également des personnes qui viennent d'Europe de l'Est ou d'Afrique Sub-saharienne. On repère parmi elles des familles, des personnes en grandes difficultés économiques et sociales qui ne peuvent pas toujours se loger de manière autonome et sont parfois hébergées par des amis ou des parents arrivés avant elles, et ce, dans des conditions difficiles (exiguïté, promiscuité, ...). Le faible niveau de revenu de ces personnes (qui parfois ne peuvent compter que sur les

²² Voir chapitre données quantitatives

²³ Il a été repéré sur certains quartiers que le taux de rotation des résidents était très élevé : les nouveaux arrivants qui tentent leur chance en Suisse mais qui ne trouvent pas d'emploi en Suisse au bout de quelques semaines quittent le territoire..

minimas sociaux), et leur mauvaise connaissance des ressources et des réseaux locaux font que leur accès à l'offre de santé (soin et prévention) est parfois très mauvaise.

En ce qui concerne les personnes migrantes qui ne sont pas originaires de la CEE, se pose parfois la question du titre de séjour. Certaines de ces personnes qui se trouvent illégalement sur le territoire français cumulent les difficultés liées à la précarité économique et sociale aux contraintes de la clandestinité (difficultés à trouver un logement, un emploi, pas d'accès aux minimas sociaux, ...). Ces personnes ont, par définition, de grandes difficultés d'accès aux ressources de santé et de prévention, même si certaines peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (pour laquelle il faut néanmoins pouvoir justifier de trois mois de présence sur le territoire).

Globalement, les personnes qui viennent sur l'agglomération à la recherche d'un travail cherchent si possible à se stabiliser sur ce territoire²⁴... Néanmoins, si elles ne trouvent pas en quelques semaines ou mois un moyen de subvenir à leurs besoins, elles repartent, probablement pour aller vers d'autres zones urbaines. Reste que pendant leur séjour sur l'agglomération elles peuvent avoir de réels besoins en matière d'accès aux ressources de santé...

Enfin, on repère sur l'agglomération annemassienne des jeunes adultes sans domicile fixe, qui vont de ville en ville, circulant souvent avec leurs chiens, au gré de leurs envies et opportunités, qui sont parfois appelés « routards ». Ces personnes disposent également de très faibles revenus et ont un accès aux soins plutôt aléatoire... Certaines d'entre elles peuvent être concernées par une consommation de substances psychoactives illicites. La proximité de la Suisse et de Genève peut être très attractive car les tarifs de ces substances y sont souvent moins élevés qu'en France, et on y trouve également des ressources d'aide et de prévention spécifiques²⁵. Ces jeunes adultes ne cherchent pas, en principe, à se stabiliser sur un territoire : ils passent et séjournent plus ou moins, sans stratégies de sédentarisation.

Il existe une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à l'hôpital général (CHIAB). Les PASS sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont été créées pour améliorer l'accès aux soins des plus précaires, notamment ceux qui n'ont pas de couverture sociale. Si certains partenaires repèrent bien cette ressource et y orientent leurs publics en grande difficulté, les entretiens ont montré que plusieurs professionnels intervenant dans le domaine du social ne connaissaient pas ou méconnaissaient cette ressource, présente au CHIAB, et que, parallèlement ils repéraient de grandes difficultés d'accès aux soins et de grands besoins parmi les personnes qu'ils suivaient et accompagnaient. L'existence et les missions de la PASS ne sont donc pas connues de tous au sein de l'agglomération.

1.3.3. Les personnes à mobilité réduite : des besoins en matière d'accessibilité.

Les personnes à mobilité réduite sont en premier lieu les personnes handicapées au plan moteur qui se déplacent difficilement à pied voire, sont en fauteuil roulant. On repère également parmi ce public des personnes âgées qui pour différentes raisons (arthrose, troubles circulatoires, séquelles d'une chute, etc.) marchent avec difficultés, et l'on peut étendre cette notion aux femmes enceintes ou aux mères accompagnées de très jeunes enfants (notamment celles qui ont des poussettes, des landaus) qui, même en étant en bonne santé, ont certaines contraintes en matière de circulation... Le terme de « personnes à mobilité réduite » recouvre donc une population bien plus large qu'on ne pourrait le croire de prime abord.

²⁴ Leur démarche n'a rien à voir avec celle des saisonniers par exemple.

²⁵ Notamment l'association « Quai 9 » qui, entre autres, permet aux consommateurs d'héroïne de s'injecter ce produit dans un local prévu à cet effet

En matière d'accessibilité sur l'agglomération, les habitants que nous avons rencontrés qui sont confrontés à des difficultés de mobilité ont salué l'existence du service « Handitac » (qui dépend de la société TAC en charge des transports en commun sur l'agglomération annemassienne). Il s'agit d'un minibus qui vient chercher les personnes à domicile et les dépose là où elles le souhaitent dans l'agglomération. Pour bénéficier de ce service il faut justifier d'une difficulté somatique et faire la demande avec une demi-journée d'avance. Depuis l'automne 2008 le coût du transport en « Handitac » est le même que le prix du ticket sur le réseau TAC « ordinaire », ce qui est également très apprécié des habitants que nous avons rencontrés.

En ce qui concerne le réseau TAC des évolutions importantes vont avoir lieu en fin 2008. Deux bus adaptés pour les personnes à mobilité réduite (dotés notamment de plancher bas) vont être mis en circulation. Toute la question est de savoir sur quelle(s) ligne(s) ces bus seront affectés. L'association Espace Handicap estime que la solution la plus pertinente serait d'affecter ces deux bus sur la ligne n° 3. Cette ligne est la seule à faire en quelque sorte le « tour » de l'agglomération tout en passant par le centre-ville d'Annemasse : de fait, c'est la ligne qui dessert le plus de ressources, notamment en matière de santé.

En ce qui concerne l'accessibilité physique des bâtiments publics, les personnes handicapées interrogées (associations et habitants) ont à la fois salué les progrès déjà réalisés et souligné les erreurs ou insuffisances qui subsistent. Il semble qu'un examen plus approfondi des solutions d'accessibilité, en amont et en aval de toute modification du bâti, permettrait d'éliminer bon nombre de ces erreurs. En effet, au-delà du simple respect des normes en vigueur en matière d'accessibilité, une évaluation « *in situ* » par des personnes utilisant réellement des fauteuils roulants, des cannes etc. serait plus efficace pour mettre en place les meilleures solutions. : revêtement du sol, accès aux ascenseurs, position des rampes, ... pourraient ainsi être mieux ajustés. D'une manière générale, certains habitants ont le sentiment que l'agglomération « *fait plus d'efforts pour les voitures que pour les piétons* », ce qui serait particulièrement dommageable pour les personnes à mobilité réduite. Ainsi, la largeur des trottoirs, les entrées de certains lieux publics, entre autres, seraient mal adaptés aux piétons qui ont des difficultés pour marcher, et encore pis en ce qui concerne les personnes en fauteuil.

L'observation de terrain (à Annemasse, Gaillard et Cranves-Sales notamment), montre qu'effectivement, les trottoirs sont parfois totalement absents ou extrêmement étroits par endroits et que cela peut effectivement être dangereux compte-tenu du passage des véhicules...

Certains professionnels soulignent qu'avec 12 communes au sein de l'agglomération, ces questions d'accessibilité pourraient être portées par l'intercommunalité.

1.3.4. Le recueil et le traitement des déchets d'activité de soin à risque infectieux (DASRI)

Cette question émerge de plus en plus souvent dans les diagnostics de santé menés sur des territoires urbains. En effet, un nombre non-négligeable de personnes sont en auto-traitement en ce qui concerne certaines pathologies²⁶, et doivent utiliser régulièrement des seringues. Or une fois utilisés, ces objets, s'ils sont jetés avec les ordures ménagères ordinaires, risquent de présenter un danger pour les personnes qui s'occupent de la collecte et du tri de ces ordures (éboueurs, ...). En effet, ces objets peuvent piquer ou couper les ouvriers qui se saisissent des sacs, trient les ordures, etc., et de ce fait constituer un vecteur de contamination (hépatites, ...). Idéalement, ces déchets devraient être traités de manière sécurisée et ce, séparément de la gestion des ordures ménagères. Si localement, sur certains territoires, on repère des établissements de santé qui acceptent de collecter ces déchets et de les traiter, la loi²⁷, jusqu'à ce jour, indique clairement que c'est aux « producteurs » de DASRI qu'incombe la responsabilité de leur élimination, ce qui est difficile à mettre en pratique en ce qui concerne les personnes physiques (par

²⁶ C'est notamment le cas des diabétiques insulino-dépendants qui s'injectent eux-mêmes l'insuline

²⁷ Article R 1335-1 et suivants du Code de la Santé Publique

exemple, des patients diabétiques). Le problème reste donc pour l'instant entier et il revient - éventuellement - aux territoires et aux acteurs locaux d'inventer des solutions pour la collecte et le traitement de ces déchets si spécifiques.

1.3.5. Un ressenti d'allergie en augmentation

On sait globalement qu'en France les allergies diverses sont de plus en plus fréquentes, qui seraient largement imputables à nos modes de vie. L'agglomération annemassienne ne déroge pas à la règle et plusieurs professionnels ont évoqué leur sentiment d'une augmentation du nombre de personnes souffrant d'allergies. L'un des facteurs favorisants avancé par ces professionnels serait la pollution de l'air. En effet, malgré les montagnes et la campagne toutes proches, le développement de l'agglomération genevoise et de l'agglomération annemassienne, avec ce que cela implique en terme de circulation routière, a dégradé la qualité de l'air sur le bassin lémanique. Rappelons par ailleurs que les végétaux sont également des facteurs hautement favorisants en termes d'allergies (bouleau, peupliers, aulnes...sans parler de l'ambroisie !).

Les données de consommation de soins ne laissent cependant pas apparaître une représentation particulièrement forte des médicaments anti-histaminiques.

1.3.6. Une prévalence plutôt élevée de personnes atteintes du VIH

La zone d'Annemasse, à l'image de ce que l'on observe sur la Haute-Savoie, département de Rhône-Alpes qui présente le taux d'incidence le plus élevé après le Rhône, est dans une situation épidémiologique en matière d'infection à VIH qui semble se démarquer défavorablement par rapport au reste de la région (Rhône excepté). Ceci est notamment illustré par la file active de patients suivis pour séropositivité au VIH ou au SIDA, au Centre Hospitalier Annemasse-Bonneville qui apparaît élevée. Du fait notamment de l'amélioration de la prise en charge thérapeutique, cette file active continue par ailleurs à augmenter.

1.4. La santé mentale : une problématique majeure

1.4.1. Un champ difficile à définir

Le champ de la santé mentale est à la fois très large et difficile à définir, à circonscrire avec précision. Englobant à la fois les psychoses, les névroses, les formes de dépression diverses et enfin ce qu'on appelle aujourd'hui le « mal-être », on peut tenter de l'appréhender sous forme d'un continuum, borné d'un côté par les états qui empêchent complètement une vie « normale » et autonome dans la cité et de l'autre côté par les états qui, pour pénibles qu'ils soient pour celui qui les ressent puisqu'ils constituent une souffrance psychique, n'empêchent pas une insertion « ordinaire » dans la cité. La définition qu'en donne l'Organisation Mondiale de la Santé semble la plus opérationnelle qui parle d'un état « *de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, [...]* » et non d'une simple absence de pathologie. De la souffrance psychique à la pathologie, le champ de la santé mentale est donc à la fois vaste et souvent en lien avec d'autres champs, notamment celui du social²⁸.

²⁸ Voir entre autres : *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport. A. Lazarus, H. Strohl. Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain, Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion. 1995

Si les indicateurs de santé au plan somatique existent, qui sont globalement bons ou du moins dans la « moyenne » pour l'agglomération annemassienne, on dispose de peu d'indicateurs en ce qui concerne la santé mentale. Un chiffre peut nous interpeller cependant, celui de la consommation de médicaments psychotropes. Cette catégorie de médicaments y est en effet surreprésentée. Il s'agit là d'une spécificité que l'on ne repère pas de manière récurrente sur les territoires urbains incluant des quartiers en politique de la ville²⁹, qu'il faut cependant considérer avec intérêt et prudence à la fois³⁰.

Au-delà de ce chiffre, on peut souligner que la majorité des personnes-ressources interrogées ont mis en avant le fait que les problématiques de santé mentale sont de plus en plus prégnantes, et que les réponses aux besoins sont également de plus en plus difficiles à définir, à mettre en place.

Au travers des différents entretiens, on repère ainsi beaucoup de questionnements sur les frontières qui existent entre le besoin d'écoute et le besoin de soin, entre la nécessité de suivre un soin psychiatrique et la nécessité d'être hospitalisé (mais aussi à quel moment peut-on ou doit-on hospitaliser sous contrainte ?). Il y a également beaucoup de questions et d'incompréhensions sur le fait que les personnes malades au plan psychiatrique, qui peuvent connaître plusieurs épisodes de « crise » dans leur existence, ne relèvent pas pour autant d'une hospitalisation « à vie », que les périodes de rémission peuvent être plus ou moins longues mais que la « guérison totale » n'est pas toujours possible.

Beaucoup d'interrogations et de besoins sont aussi repérés autour de la gestion de l'urgence et des relais entre différents partenaires. Qu'est-ce qu'une situation de crise et qui peut prendre en charge les personnes concernées, pendant combien de temps ? Après la crise, la personne peut-elle réintégrer tout simplement son logement ? Plusieurs des professionnels de santé mentale réfléchissent sur ces questions et on note que la clinique des Vallées, notamment, est en cours d'élaboration d'un projet de structure de post-cure, qui pourrait répondre à ce besoin d'un temps et d'un espace de transition entre l'hospitalisation et le domicile.

Parallèlement à cette difficulté à cerner le champ des problématiques de santé mentale dans la cité, plusieurs professionnels ont le sentiment (qu'on retrouve sur d'autres territoires urbains) que le seuil de tolérance des habitants « non malades » est de plus en plus bas face aux personnes malades. Ce constat est notamment fait par les professionnels qui interviennent dans les quartiers défavorisés, ce qui nous amène à faire l'hypothèse que les habitants de ces quartiers qui ont déjà de nombreuses difficultés au plan économique et social et sont, pour une partie d'entre eux dans une situation de « mal-être », se sentent de plus en plus agressés et stigmatisés par les voisins problématiques, alors même qu'ils n'ont pas les moyens de changer de logement ou de quartier et qu'ils sont « bloqués » dans leur trajectoire résidentielle.

Au bilan, il apparaît que sur les quartiers sensibles, les difficultés de santé mentale sont souvent liées ou renforcées par la précarité.

1.4.2. Une offre importante et des habitudes de travail en réseau, mais encore des attentes d'information et de lien

Comme on l'a souligné dans la description de l'offre de santé, les structures qui interviennent spécifiquement dans le champ de la santé mentale sont à la fois conséquentes et diversifiées. Pour mémoire, on rappellera que l'agglomération compte, outre un CMP enfants et un CMP adultes, un Point Écoute Jeunes, l'Équipe Mobile Psychosociale (qui dépendent tous quatre de l'EPSM), un Centre Médico-Psycho-Pédagogique, une clinique psychiatrique privée (la clinique des Vallées) et un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (porté par l'association Oxygène 74) pour malades schizophrènes. Il

²⁹ A l'inverse, on constate par exemple au plan somatique, que les antidiabétiques sont souvent surreprésentés sur ce type de territoire

³⁰ Le niveau de consommation de psychotropes dépend de l'état de santé de la population mais également de son accès aux soins, de sa propension à prendre ce type de traitement et enfin des pratiques des praticiens.

faut également souligner l'existence de trois appartements relais pour des personnes atteintes de pathologies psychiatriques, qui ont besoin d'accompagnement mais ne relèvent pas d'une structure hospitalière. A court terme (2010), on devrait également assister à l'ouverture de la Maison des Adolescents (qui intégrera en son sein le Point Écoute Jeunes)

On rappellera que l'Équipe Mobile Psycho-Sociale est une ressource née d'une réflexion partagée entre les acteurs de la politique de la ville et les professionnels de la psychiatrie publique et qu'il s'agit là d'un outil relativement original. Si l'on repère dans plusieurs villes de France des équipes (rattachées ou non à la psychiatrie publique) qui ont des missions similaires, ce genre de dispositif reste, malgré tout, exceptionnel.

Les entretiens ont montré que ces différents acteurs sont souvent en lien entre eux mais aussi avec d'autres acteurs intervenant dans le champ du social, de l'éducation, de la prévention. Néanmoins et malgré cette culture de travail en réseau, certains professionnels, du secteur libéral ou public, constatent qu'ils connaissent mal « qui fait quoi » en matière de santé mentale, et dans quelle mesure, de quelle manière et sur quelles situations ils peuvent interpeller les acteurs de santé mentale.

Ces professionnels repèrent des personnes qui sont concernées par des problématiques de santé mentale mais ils sont parfois en difficulté à la fois pour définir ces problèmes avec précision et pour mettre en place des solutions. Il y a donc encore des besoins d'information sur les différentes structures et notamment sur le rôle du CMP adultes, de l'EMP, mais aussi du PEJ, et peut-être aussi besoin de davantage de liens avec certains acteurs comme les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, les bailleurs sociaux. Certains expriment clairement l'attente d'avoir des professionnels « référents » en matière de santé mentale, vers qui ils puissent se tourner pour évaluer les situations, mettre en place des solutions concrètes, notamment pour les personnes qui sont dans le déni de leurs difficultés en santé mentale, qui ne sont pas suivies en psychiatrie.

Face à certaines problématiques perçues par les acteurs du champ social ou de l'insertion comme récurrentes et/ou aigües, qui posent concrètement la question de la possibilité des personnes malades à vivre de manière autonome dans la cité, certains professionnels se sentent ainsi à la fois démunis et isolés. Ces professionnels soulignent que certains malades ont de très grandes difficultés à s'insérer dans la vie de la cité, à gérer un appartement seuls, etc. Ils ne relèvent pas d'une « hospitalisation à vie » mais ont besoin d'un accompagnement très fort. Pour ces personnes tout l'enjeu consiste à accéder à un logement (ou à s'y maintenir) en ayant à la fois la capacité à faire face à certaines contraintes (factures ...) et à vivre en bonne harmonie avec leur voisinage. Certaines de ces personnes sont sous tutelle, mais les organismes de tutelle peuvent rarement aller au-delà de la gestion des revenus de ces personnes et ne font pas d'accompagnement sur le « terrain ». D'autres personnes ne veulent pas rencontrer de soignants et encore moins suivre un soin... Certains professionnels parlent ainsi de personnes dans le "déli" : malgré des symptômes très gênants elles ne reconnaissent pas la nécessité de consulter.

La prochaine création d'un SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés) sur l'agglomération apportera certainement des réponses à certains besoins, mais plusieurs professionnels soulignent qu'il faut encore des appartements relais, et encore accompagner les personnes qui refusent des soins formels.

Par ailleurs, les bailleurs sociaux soulignent qu'un travail de partenariat plus étroit avec les professionnels de santé mentale mais également avec les travailleurs sociaux, pourrait permettre de mettre en place des solutions de logement social plus adaptées aux personnes atteintes de pathologies mentales qui ont des difficultés à s'insérer dans la cité.

Certains acteurs, comme la Mission Locale, La Maison Coluche ou L'Escale par exemple, expriment le besoin de formations pour mieux repérer et comprendre les problématiques de santé mentale afin de mieux prendre en charge et mieux orienter les personnes accueillies.

On notera que L'Escale, accueil de jour pour SDF et personnes en errance, comptait en son sein, jusqu'à une date récente, un infirmier psychiatrique, détaché de l'EPSM. Cette ressource était extrêmement appréciée en interne et en externe car elle facilitait notamment l'accompagnement des personnes vers des soins psychiatriques ou d'autres types de soins. Or, cette personne a quitté la structure et n'a pas été remplacée, au grand regret de l'Escale et de ses partenaires.

1.4.3. Les principaux problèmes repérés

Les professionnels interrogés sur les différents problèmes qu'ils repèrent dans le champ de la santé mentale décrivent des situations que l'on retrouve très fréquemment dans les zones urbaines sensibles.

* **Mal-être et pathologies du lien**

En premier lieu, les professionnels parlent de mal-être, de dépressivité, de « *pathologies du lien* ». Les personnes concernées ont pour point commun d'avoir d'importantes difficultés économiques, souvent liées à un travail précaire et mal rémunéré ou à l'absence de travail. Ces personnes se débattent dans de grandes difficultés pour se loger, des difficultés d'autant plus réelles sur l'agglomération que parallèlement au coût des logements, l'offre de logement social est faible, et que les logements financièrement accessibles sont souvent de petite taille : la multitude de T1 situés à Gaillard-Fossard qui sont occupés par des familles en est la meilleure illustration. La faiblesse des réseaux sociaux "aidants" caractérise également ces personnes : peu de réseaux familiaux ou du moins amicaux, affectifs, sur lesquels s'appuyer, pas ou peu de réseaux professionnels, peu d'opportunités de loisirs et de sociabilité. On trouve à la fois dans ce public des mères célibataires mais également des hommes sans famille ou séparés de leur conjointe. Les habitants que nous avons rencontrés à Annemasse et surtout à Gaillard confirment d'ailleurs les constats des professionnels : plusieurs d'entre eux nous ont parlé de leur sentiment de solitude, de leurs difficultés à élever leurs enfants sans conjoint, de la difficulté même à s'associer avec d'autres habitants pour essayer de créer un groupe de parole, un réseau... La question du suicide a également été évoquée par ces habitants : dans leurs représentations, les suicides ou tentatives de suicide ne sont pas anecdotiques sur les quartiers en difficultés de Gaillard. Ce ressenti ne peut être objectivé par aucune donnée chiffrée, à l'échelle de ces quartiers, mais il renvoie à une atmosphère teintée de morosité, à un sentiment de désespoir, de malheur, de solitude. Par ailleurs, la configuration sociologique de l'agglomération fait qu'il est difficile de ne pas se comparer à ceux qui ont un très bon niveau de vie, qui « ont réussi » : un élément qui aggrave sans doute le sentiment de frustration ou d'échec des habitants en difficultés.

Les habitants vus à Gaillard ont souligné le fait qu'il y avait peu de structures de sociabilité de proximité susceptibles de les aider à créer des réseaux. La commune compte cependant un centre social et d'autres ressources associatives (notamment un atelier d'insertion par la couture...) Ces ressources sont appréciées des habitants mais il y a encore des besoins non couverts chez des publics qui ont fortement besoin d'être portés, accompagnés. Les habitants des quartiers sensibles de Gaillard ont également évoqué le fait qu'il n'y a presque plus de gardiens d'immeubles, notamment à Gaillard-Fossard : le nettoyage est fait par une société qui n'est pas sur place. Cette absence de personnes référentes et présentes au quotidien, dans les immeubles, contribuerait également à affaiblir les opportunités de mise en lien, de conservation de certains repères de la vie courante...

Certains professionnels ont le sentiment qu'un retour à l'emploi et de meilleures conditions de vie suffiraient à faire sortir ces habitants de leur mal-être. Ces personnes ne relèvent pas d'un soin à proprement parler : elles ont besoin de parler et d'être écoutées, rassurées. L'une des personnes ressources a parlé d'un besoin « *d'humanité* » : besoin d'un regard bienveillant et d'un soutien. C'est probablement ce qui explique que l'Équipe Mobile Psychosociale prenne en charge, parfois sur des durées de plus en plus longues, des personnes qui ne veulent pas aller au CMP, malgré des signes de dépressivité, mais qui néanmoins éprouvent un soulagement à parler avec un professionnel « neutre » dont la mission n'est pas de les « soigner ». On peut faire l'hypothèse que pour les personnes déjà stigmatisées au plan économique et social, le fait d'aller vers des soins formels en santé mentale peut les « enfoncer » dans leur sentiment de stigmatisation. A l'inverse, une approche souple et de proximité comme celle de l'EMP qui n'est pas étiquetée comme "psychiatrique" est probablement plus rassurante et moins « déclassante » ou anxiogène pour certaines personnes.

*** Troubles du comportement**

Travailleurs sociaux et bailleurs sociaux attirent notre attention sur le fait qu'une petite – voire très petite – partie de leur public leur semble être concernée par des troubles psychiatriques. De manière sporadique ou récurrente, certains habitants ont des comportements aberrants (incurie, tapage, agressivité envers d'autres habitants, déambulation permanente et sans but, ...) qui deviennent notoires lorsque les voisins notamment s'en plaignent ou encore lorsque certains de ces professionnels repèrent l'aspect répétitif, déconnecté de toute activité sociale de ces comportements. Si certaines de ces personnes sont suivies par le CMP, d'autres ne sont plus suivies ou ne l'ont jamais été et ne veulent pas l'être. Outre les problèmes de voisinage, ces personnes peuvent également être en difficulté pour s'acquitter de leurs factures, se faire parfois délester de leurs ressources par des relations malveillantes, etc...

Cette problématique est typique des quartiers où sont concentrées des personnes précaires. Si les quartiers sensibles de l'agglomération annemassienne présentent un profil nettement moins marqué que certains quartiers ou banlieues de grandes villes (Lyon, Saint-Etienne, Grenoble, ...), la question des personnes pauvres et atteintes de troubles mentaux se pose également... Et les solutions y sont également difficiles à inventer.

*** Santé mentale et insertion**

Les différents professionnels ayant des missions d'aide à l'insertion que nous avons rencontrés font le constat qu'une frange de leur public - quelle que soit la tranche d'âge - a de grandes difficultés à aller vers l'emploi du fait de problèmes de santé mentale. Outre le fait que la complexité récurrente du marché du travail et les exigences croissantes des employeurs réduisent les opportunités d'emploi pour les personnes concernées par la déficience intellectuelle, les problématiques de santé mentale constituent également un frein notable à « l'employabilité ».

Les professionnels de l'insertion notent que certaines personnes, suivies ou non au plan psychiatrique, n'arrivent pas à décrocher d'emploi malgré de multiples stages, formations etc... Certaines personnes font une demande d'allocation adulte handicapé (AAH) et essayent de s'insérer dans des circuits d'emploi spécifiques (ESAT, ...), d'autres, qui refusent d'entamer ce genre de démarches (qui refuseraient de reconnaître leur problème) ou qui ne sont pas dépistées restent « bloquées » dans les circuits de l'insertion.

On note qu'à l'échelle des diagnostics réalisés par l'ORS, ce constat a souvent été fait par les professionnels travaillant dans les territoires urbains défavorisés.

2. LES PROBLEMATIQUES DE SANTE PAR TRANCHES D'AGE

2.1. Les enfants

2.1.1. Les habitants soulignent des difficultés d'accès à certaines ressources

Les différents groupes d'habitants que nous avons rencontrés ont insisté sur le fait que certaines ressources spécifiques pour les enfants étaient d'un accès médiocre, pour différentes raisons.

En premier lieu, certains parents estiment qu'il y a un faible nombre de pédiatres sur l'agglomération annemassienne. Ces parents, notamment lorsque les enfants sont jeunes, souhaiteraient au plan préventif comme au plan curatif que leurs enfants puissent bénéficier d'une approche spécifique.

Plusieurs parents ont également évoqué le manque d'orthophonistes. Cette situation est d'autant plus difficile à vivre pour les parents qu'une fois le problème de l'enfant compris et dépisté, les professionnels expliquent aux parents combien il est important pour l'enfant, par rapport notamment aux apprentissages et à la réussite scolaire de le faire suivre en orthophonie. Or, étant donné l'écart entre le nombre d'enfants concernés et les ressources existantes, tous les enfants ne peuvent pas bénéficier du suivi dont ils auraient besoin. Précisons que les orthophonistes des CMP enfants ont pour mission d'aider les enfants qui présentent à la fois un trouble du langage et une difficulté au plan psychologique : ils n'ont pas vocation à recevoir tous les enfants.

Enfin, comme c'est presque toujours le cas dans ce type de diagnostic, les parents ont évoqué les problèmes d'accès à l'orthodontie. Il ne s'agit pas ici d'un manque d'orthodontistes mais plutôt du coût de l'orthodontie. Ces soins étant moins remboursés par la Sécurité Sociale, les parents n'ayant pas de complémentaire santé ou une complémentaire "minimum" doivent faire face à des coûts très élevés. Certains parents ont ainsi dû interrompre les soins en orthodontie pour leurs enfants, car ils ne pouvaient plus assumer les frais que cela engendrait. Au-delà des difficultés que peuvent entraîner des dents mal positionnées pour parler ou mastiquer, une dentition inesthétique peut être très stigmatisante et socialement déclassante. Différentes études³¹ montrent que les jeunes qui ont une dentition "désordonnée" souffrent particulièrement de leur apparence, jusqu'à être dysmorphophobiques. Cela les entrave à la fois dans le champ de la séduction, mais également dans celui de l'insertion professionnelle, une "vilaine bouche" pouvant être associée à de la négligence, etc... Dans tous les cas, cette problématique est souvent soulignée par les jeunes en situation de précarité et on ne peut considérer comme anodin les difficultés d'accès aux soins d'orthodontie. Là encore, les difficultés économiques créent une frontière entre ceux qui peuvent et ceux qui ne peuvent pas bénéficier de l'orthodontie.

2.1.2. Des inquiétudes autour de l'alimentation

*** Le surpoids**

La problématique du surpoids chez les enfants est perçue de manière empirique par les professionnels, et elle est bien confirmée, en ce qui concerne les enfants des quartiers sensibles, par des données chiffrées.

³¹ Dont les études menées par l'ORS Rhône-Alpes auprès des jeunes en insertion suivis par les Missions Locales en Isère

Les données quantitatives³² montrent ainsi qu'un enfant de six ans sur cinq dans les territoires CUCS/REP/ZEP³³ de l'agglomération annemassienne est concerné par un problème d'obésité. Les personnes ressources interviewées constatent que le surpoids ou l'obésité se rencontrent également sur les adolescents et les adultes et que ces difficultés semblent essentiellement liées à une alimentation déséquilibrée (riche en sucres, pauvre en légumes) et à un mode de vie très sédentaire.

*** L'accès à la cantine des enfants de familles précaires**

On soulignera par ailleurs que l'accueil des enfants à la cantine varie fortement d'une commune à l'autre, au sein de l'agglomération. Ainsi, dans certaines communes seuls les enfants dont les deux parents travaillent peuvent être acceptés à la cantine (pour des raisons de nombre de places limité). Or dans certaines familles précaires, il n'y a parfois qu'un seul des deux parents qui travaillent ou encore aucun des deux parents ne travaille. Les parents sont en théorie disponibles pour faire déjeuner les enfants à la maison... Néanmoins, outre le fait que ces situations de précarité économique peuvent lourdement peser sur l'ambiance à la maison, et la « disponibilité psychologique » des parents, les moyens financiers de ces derniers ne leur permettent pas toujours d'assurer un véritable déjeuner à leurs enfants. Un accès facilité à la cantine permettrait aux enfants des familles précaires de faire un véritable repas pour le déjeuner, même si les deux parents n'ont pas une activité professionnelle.

*** Les allergies alimentaires**

Parallèlement à un constat global d'allergies croissantes sur le territoire, certains professionnels ont attiré notre attention sur le fait que toutes les écoles ne sont pas en capacité de proposer des repas adaptés aux enfants présentant des allergies alimentaires, s'intégrant dans le cadre d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). C'est souvent faute de moyens en matière de restauration scolaire que les écoles primaires des communes ne peuvent proposer de tels aménagements. Néanmoins, la question de la restauration scolaire peut également devenir un sujet traité à l'échelle de l'agglomération, avec peut-être une possibilité de mutualisation des moyens existants.

2.1.3. Des troubles du comportement de plus en plus repérés dans le cadre scolaire.

Comme sur d'autres territoires urbains, les professionnels de l'éducation repèrent de plus en plus de troubles du comportement. Outre le fait que ces professionnels sont de mieux en mieux sensibilisés au repérage de ces troubles, il semble également que la dégradation des situations économiques et sociales, la dégradation de la structure familiale (séparations ou recompositions qui se passent mal) jouent un rôle important.

Les professionnels se sentent souvent démunis face à ces situations et certains ont exprimé qu'ils souhaiteraient davantage de liens avec la pédo-psychiatrie pour mieux aider ces enfants, et également avec les professionnels de l'aide éducative. L'idée est que certains enfants ont besoin d'une aide individualisée, qui prenne en compte leur problématique psychologique spécifique, de manière régulière ou ponctuelle, pour poursuivre une scolarité normale et se sentir tout simplement mieux.

On notera qu'il existe des dispositifs spécifiques pour les enfants en grandes difficultés, notamment 6 Classes d'Intégration Spécialisées (CLIS) et qu'une Unité Pédagogique d'Insertion (UPI) devrait ouvrir ses portes au collège d'Annemasse en 2008. Ces outils sont destinés à permettre de scolariser des enfants atteints de handicaps ou de troubles psychiques notables qui peuvent néanmoins entrer dans certains

³² Voir chapitre données quantitatives / l'étude menée par l'ORS et l'Inspection Académique sur le département de la Haute-Savoie

³³ CUCS : Contrats Urbains de Cohésion Sociale. REP : Réseau d'Education Prioritaire. ZEP : Zone d'Education Prioritaire

apprentissages abstraits. Mais les professionnels ont attiré notre attention sur le fait que, malgré ces ressources, tous les besoins ne sont pas couverts dans l'agglomération

2.1.4. L'accueil des enfants handicapés dans des structures de loisirs et de garde

Si la loi sur le handicap de 2005 doit permettre une scolarisation facilitée des enfants porteurs de handicap, notamment grâce aux auxiliaires de vie scolaire (AVS), dans la réalité, il n'y a pas assez d'AVS en France pour répondre à tous les besoins...

Outre l'épineuse question des moyens de la scolarisation de ces enfants, certains professionnels soulignent qu'il n'est pas toujours aisé pour ces enfants d'avoir accès, de manière régulière ou ponctuelle, à l'offre de loisirs, de sociabilité et de garde. Si certains handicaps sont peu problématique, en terme d'insertion dans la collectivité, ou demandent des aménagements mineurs des structures accueillantes, d'autres requièrent davantage de préparation et d'efforts. En tout état de cause, les structures de loisirs et de garde pour enfants ou encore les structures culturelles, sportives, pourraient davantage être sensibilisées à l'accueil des enfants handicapés.

2.1.5. Des quartiers à l'environnement peu accueillant pour les enfants

Les habitants des territoires en CUCS que nous avons rencontrés, regrettent que les espaces publics ne soient pas toujours adaptés aux enfants. Au-delà de la problématique des logements parfois très exigus et non prévus pour des familles, certains quartiers sont dépourvus de jeux, d'espaces verts entretenus et aménagés pour les enfants. Gaillard Fossard et le Livron sont particulièrement pointés par les habitants (même si les prochaines rénovations qui doivent avoir lieu sur le Livron suscitent des espoirs dans ce domaine). Cet aspect renforce le malaise des habitants, leur sentiment de « mal-vivre » dans leur quartier, et il semble que cette absence d'aménagements, en écartant d'une certaine manière les enfants et les mères de l'espace public, laisse au contraire le champ libre aux regroupements de jeunes, qui ne sont pas toujours appréciés des adultes. Ainsi, la mise en place d'aires de jeux pourrait contribuer à renforcer la convivialité et la mixité des tranches d'âges dans l'espace public.

On notera qu'à l'inverse, les habitants du Perrier que nous avons rencontrés sont très satisfaits des espaces verts et des aménagements pour enfants qui ont été réalisés sur leur quartier. La déambulation dans ces lieux est d'ailleurs effectivement très agréable : les jeux et espaces verts viennent ponctuer et équilibrer un espace où les logements sociaux sont majoritaires.

2.1.6. Les difficultés de parentalité

Ce thème devient aujourd'hui récurrent dans les territoires en politique de la ville et il renvoie aux questions de bien-être ou de mal-être des parents et des enfants.

Concrètement, les professionnels comme les habitants que nous avons rencontrés déclarent qu'il est devenu difficile de « bien » élever ses enfants, de leur apporter la structure et les outils psychologiques dont ils ont besoin pour grandir. Certaines mères célibataires ont ainsi exprimé la difficulté à aider leurs enfants tout en manifestant une certaine autorité, leur besoin d'être elles-mêmes soutenues pour imposer certaines règles à leurs enfants (ne pas rester tard dehors le soir, faire les devoirs, ...). Certains parents, notamment lorsqu'ils n'ont pas de conjoint, reconnaissent qu'ils ont besoin d'une aide pour élever leurs enfants, notamment dans un contexte d'isolement relationnel et de précarité économique et sociale. Certains d'entre eux ont clairement exprimé le besoin de tierces personnes pour intervenir auprès des enfants (en appui de la mère) même ponctuellement, plutôt que le besoin de conseils. D'autres parents, au contraire, ont exprimé la crainte de l'ingérence des services sociaux...

Enfin certains habitants ont longuement parlé des écarts culturels dans le domaine de l'éducation des enfants qui peuvent exister entre les familles et ce que cela peut soulever comme questions, comme doutes sur la capacité des uns et des autres à « bien élever » leurs enfants. Dans un premier temps, ces habitants ont évoqué les différences culturelles fondées sur l'origine ethnique, puis ils ont souligné que certaines familles « françaises » pouvaient avoir les mêmes comportements. Ce qui est ici en jeu, voire en cause, c'est notamment la différenciation dedans/dehors et la gestion du temps des enfants. Ainsi des habitants comme des professionnels sont frappés de constater que certains enfants même très jeunes peuvent passer de nombreuses heures à jouer dehors, sans la surveillance d'un adulte. Leurs parents ne s'inquièteraient pas de les laisser si longtemps, sous la responsabilité de frères ou sœurs un peu plus âgées, et l'espace extérieur leur paraîtrait aussi sûr que leur foyer... Par ailleurs, certains enfants auraient des rythmes de vie calqués sur ceux des adultes : repas à des heures variables, selon les contraintes des adultes, couchers systématiquement tardifs, etc... Clairement, pour certains des professionnels et des habitants, ces comportements confinent à la négligence parentale...

Pour autant, les familles concernées ne se perçoivent pas comme ayant besoin d'aide ou de conseils. Cet écart dans les représentations et perceptions peut d'ailleurs être source de conflits de voisinage, notamment lorsque les enfants, « livrés à eux-mêmes » sont bruyants, etc...

Cette thématique est très complexe puisqu'elle se nourrit à la fois de l'ignorance des modèles culturels des uns et des autres (chacun tendant à penser qu'il est dans le « vrai »), mais aussi du repérage de familles qui sont, au-delà de tout aspect culturel, dans de réelles difficultés économiques et sociales. L'argument culturel qui est alors utilisé pour décrire les comportements est inapproprié puisqu'il gomme les problématiques sociologiques et psychologiques dans lesquelles peuvent se trouver les familles.

Il existe à Annemasse un lieu d'accueil pour des enfants de 0 à 4 ans et leurs parents, « Viens Jouer », dédié à la socialisation des petits et à l'échange entre parents autour de différentes questions et notamment de la parentalité, qui semble répondre à une réelle attente de la part des adultes.

Cependant cette ressource n'est pas forcément repérée sur toute l'agglomération (ni accessible facilement physiquement à tous) et les besoins sont importants qui concernent également les relations entre parents et enfants plus âgés ainsi que les relations entre parents et adolescents.

2.2. Les adolescents et les jeunes

2.2.1. Un travail en réseau important

Comme dans d'autres domaines, les professionnels saluent la capacité des uns et des autres à travailler en réseau autour des problématiques des adolescents et des jeunes.

A titre d'exemple, on peut citer une action qui mobilise différents partenaires dans un objectif d'information des jeunes, le « Rallye Santé ». Plusieurs groupes de lycéens (enseignement général et professionnel) ainsi que des jeunes en insertion (MFR³⁴, EPIDe³⁵, ...) participent à ce « rallye » qui les amène à découvrir différentes structures de soins ou de prévention tout au long d'une même journée. S'y rendant à pied ou en transports en commun, il s'agit à la fois pour eux de repérer où se trouve la structure au plan géographique, mais également de comprendre à quoi servent ces ressources, comment elles peuvent être utiles aux jeunes... De retour au collège, les jeunes font un compte-rendu à leurs camarades sur les structures visitées. Différents partenaires de la santé publique participent à cette opération, qui rencontre apparemment un réel succès.

³⁴ MFR : Maison Familiale Rurale

³⁵ EPIDe : Établissement Public d'Insertion de la Défense

Enfin, au-delà des collectifs de professionnels qui abordent des problématiques concernant les jeunes, d'autres outils existent également qui permettent aux professionnels de se rencontrer, notamment le dispositif de « veille éducative », mais également la « Plateforme de Réussite Éducative ». Il y a ainsi aujourd'hui de nombreux outils qui permettent de suivre l'adolescent ou le jeune et de croiser les regards des professionnels qui sont en contact avec lui, en cas de difficultés, dans le domaine scolaire entre autres. Cependant, plusieurs professionnels s'interrogent également sur les limites de ces outils : jusqu'où peut aller le partage des informations entre différents professionnels, et ne risque-t-on pas de « grignoter » l'espace de liberté individuelle, la vie privée des personnes ? Ces questions sont également présentes sur d'autres territoires et semblent toujours prendre une ampleur particulière lorsqu'il s'agit de personnes socio-économiquement défavorisées, qui peuvent être l'objet de plusieurs formes d'accompagnement social...

2.2.2. Au plan somatique : des préoccupations autour du surpoids

Les professionnels intervenant auprès des adolescents ou des jeunes constatent, globalement, que ceux-ci sont dans un bon état de santé. On notera également que la plupart des jeunes en insertion, qui sont notamment suivis par la Mission Locale, ont une couverture sociale. Il faut néanmoins rappeler que les jeunes « héritent » de la situation économique et sociale de leur parents : les jeunes des familles modestes ou en situation de précarité ont un accès plus difficile à certains soins (notamment dentisterie, ophtalmologie) et plus de difficultés à faire l'avance des frais, payer les spécialistes, etc.

En ce qui concerne les collégiens, tous les élèves de cinquième bénéficient d'un bilan biométrique qui inclut une vérification des vaccinations. Pour ceux qui ont des retards en matière de vaccinations, le Conseil général (qui a conventionné avec l'État) propose des séances de vaccinations gratuites (à Ville-la-Grand). Néanmoins, de manière générale, il semble que la couverture vaccinale soit bonne pour cette tranche d'âge.

Un point émergent qui préoccupe les professionnels est celui du surpoids. L'étude menée par l'ORS Rhône-Alpes auprès des élèves du primaire en Haute-Savoie montre que les enfants de 6 ans scolarisés en zone REP-ZEP sont plus concernés que les autres par les problèmes de surpoids et d'obésité. Nous ne disposons pas de chiffres en ce qui concerne les collégiens et les lycéens, mais certains professionnels repèrent que cette problématique existe également pour cette tranche d'âge. Lorsque les jeunes et leurs familles souhaitent trouver des solutions, c'est apparemment le plus souvent vers leur médecin généraliste qu'ils se tournent.

L'une des personnes ressources rencontrées estime qu'il serait pertinent de développer sur l'agglomération ou sur le département un dispositif dédié à la prise en charge des problèmes de surpoids des enfants et adolescents comme cela existe sur d'autres territoires, comme par exemple les REPOP (Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique) qui permettent un suivi individualisé par des spécialistes en nutrition.

2.2.3. Mal-être et troubles du comportement

La question du mal-être, transversale à toutes les tranches d'âge, se pose avec des spécificités fortes au moment de l'adolescence. Changements du corps, relations avec la famille et avec les amis, résultats et orientation scolaire, ... Les thèmes sont multiples qui peuvent être source de mal-être. Un mal-être qui peut être amplifié par la situation socio-économique du jeune et de sa famille.

On peut en premier lieu souligner l'existence d'un collectif de professionnels qui se retrouvent autour du thème de la santé mentale. Y participent notamment l'Éducation Nationale, la psychiatrie publique, les éducateurs de prévention.

Le Point Écoute Jeune (qui dépend de la psychiatrie adulte) situé sur Annemasse est accessible aux jeunes de façon anonyme et gratuite, sur rendez-vous. Animé par une psychologue, il est ouvert le mardi et le jeudi toute la journée et le vendredi matin. Le PEJ est en lien avec le CMP enfants ainsi qu'avec la clinique des Vallées et il peut y orienter des jeunes si la problématique de ces derniers semble aller au-delà du mal-être. En 2010 le PEJ sera inclu dans la Maison des Adolescents.

Il semble que ces jeunes qui parfois viennent des communes les plus excentrées de l'agglomération aient souvent des difficultés à se rendre au PEJ : la distance, le fait qu'ils y vont entre les heures de cours, le temps d'attente des bus créent des contraintes fortes.

Notons également que les éducateurs de prévention de l'association Passage assurent des permanences (entre 12h et 14h) dans différents collèges de l'agglomération (Jacques Prévert, Paul Langevin, Michel Servet). Il s'agit d'espaces de parole où les adolescents sont reçus sans rendez-vous, individuellement, et où ils peuvent venir exposer librement leurs préoccupations, questions...

Le mal-être des jeunes peut prendre des formes variées et se traduire comme on le verra dans les points suivants par des conduites à risques (consommation de substances psychoactives, sexualité, ...) Néanmoins, on soulignera que les habitants comme les professionnels n'évoquent pas un climat de violence ou d'insécurité. Si dans certains quartiers les regroupements de jeunes en certains espaces publics peuvent créer un malaise pour certains publics, on n'observe aucune manifestation de violences urbaines, d'actes de violences comme on peut en repérer parfois sur les ZUS des grandes aires urbaines... Et ce, malgré la proximité de Genève et la circulation de substances psychoactives que cela peut engendrer.

On peut souligner que des outils liés au dialogue et à la sociabilité ont été mis en place, qui jouent certainement un rôle important dans le maintien d'un climat de tranquillité. Ainsi le centre social du Perrier est ouvert le soir jusqu'à 21 heures, ce qui permet aux jeunes qui le souhaitent de se retrouver dans une salle où il y a notamment un baby-foot. Deux animateurs sont présents dans la salle pendant cette plage d'ouverture. Le centre compte par ailleurs un Point Information Jeunesse où les jeunes peuvent trouver différents types d'informations par rapport à leur recherche d'un emploi, d'un logement et où ils peuvent avoir accès à des ordinateurs et à Internet.

Enfin, Annemasse et Gaillard, qui sont les deux communes comptant les ZUS les plus importantes, ont mis en place des médiateurs³⁶ qui travaillent notamment en soirée et qui vont à la rencontre des jeunes, créant ainsi un contact et un dialogue avec ces derniers.

Enfin, comme les adultes, certains jeunes sont concernés par des troubles du comportement, des pathologies psychiatriques, ponctuelles ou au long cours. Ces jeunes, lorsque leur trouble est dépisté, peuvent être suivis par des psychiatres libéraux, des psychologues libéraux ou encore par les professionnels du CMP enfants.

Il faut également rappeler que la clinique psychiatrique des Vallées peut accueillir également des adolescents dans son service Intermed. Intermed a été créé en 2002 et sa vocation est l'accueil d'urgence des jeunes (de 12 à 18 ans en principe) qui ont besoin de lits d'hospitalisation en santé mentale sur le département de la Haute-Savoie³⁷. Ce dispositif s'inscrit dans une complémentarité avec les soins en ambulatoire délivrés par le CMP enfants. Il permet d'offrir une possibilité spécifique d'hospitalisation pour adolescents et jeunes en « crise », alors que l'hospitalisation en secteur adulte n'est pas toujours adaptée pour cette tranche d'âge, tout comme l'hospitalisation dans le service de pédiatrie du CHIAB. Certains jeunes présentant des symptômes « bruyants » (agressivité, agitation, ...) peuvent en effet être source d'inquiétude et de gêne pour les enfants du service de pédiatrie, qui sont parfois très jeunes et généralement peu concernés par des pathologies psychiatriques.

³⁶ Voir la partie sur les ressources

³⁷ Il semble qu'une large part de ces patients provienne néanmoins de l'agglomération annemassienne et de ses environs.

Globalement les patients accueillis à Intermed sont décrits comme présentant des pathologies assez lourdes. Si initialement l'accueil de ces jeunes patients ne devait pas excéder trois semaines (le temps de la crise, de « l'urgence »), on observe que de plus en plus de jeunes accueillis restent bien plus longtemps. De fait, ces jeunes, même après la « crise », sont toujours malades, et pour différentes raisons ils ne peuvent pas toujours habiter avec leurs parents (une partie d'entre eux est suivie par les services de protection de l'enfance du Conseil général). Ces jeunes sont également difficilement acceptés dans les foyers qui, outre le fait qu'ils sont souvent saturés en termes de possibilités d'accueil, ne souhaitent pas toujours accepter en leurs murs des jeunes concernés par des pathologies mentales. Ces jeunes malades, qui sont pour la plupart mineurs, n'ont donc pas toujours un véritable lieu de vie (avant ou après la crise) et sont souvent ballotés d'une solution précaire d'accueil à une autre... Une fois arrivés à la clinique des Vallées, ils y restent dans certains cas plusieurs mois, avant d'avoir la possibilité d'accéder à un logement, à un hébergement stable et non médicalisé. De ce fait Intermed se trouve parfois engorgé, face à l'afflux de situations de crise qui finalement se prolongent. Il semblerait qu'une structure de même type doive voir le jour à Annecy en 2009, qui pourrait permettre de mieux faire face au volume croissant des besoins. Le constat des difficultés d'insertion dans la cité des personnes concernées par des problèmes de santé mentale, et notamment par des pathologies psychiatriques, se vérifie donc également chez les jeunes et les adolescents. Lorsque les personnes ne relèvent pas d'une hospitalisation à vie, mais que leur maladie entrave une insertion « ordinaire » dans la cité et qu'elles ont régulièrement ou ponctuellement besoin d'avoir recours à l'hospitalisation, les solutions restent difficiles à mettre en place car il y a peu de ressources réellement adaptées à la problématique de ces personnes aujourd'hui.

2.2.4. Consommation de substances psychoactives

Les personnes ressources qui travaillent au contact des jeunes soulignent que – comme sur tous les territoires – la consommation de cannabis s'est banalisée parmi les jeunes. Certains jeunes, notamment en difficulté d'insertion, sont repérés comme ayant une consommation quotidienne importante. Malgré ces consommations problématiques, une partie des jeunes concernés n'a pas le sentiment d'avoir besoin d'aide : ils « contrôlent la situation ».

Il arrive néanmoins que des jeunes – ou leurs parents – évoquent cette question avec des professionnels de l'éducation, de l'insertion ou des médecins généralistes. Ces professionnels (y compris certains médecins généralistes) connaissent plutôt bien, semble-t-il, la consultation de l'APRETO dédiée aux consommateurs de cannabis « T'en es où ? ». Certains professionnels ont souligné que l'information sur ce qu'est le cannabis et ses dangers ne suffit pas à faire de la prévention dans ce domaine. Il est de plus en plus indispensable de travailler sur une prise de conscience des jeunes consommateurs par rapport à leur consommation, au plaisir ou à l'apaisement qu'ils peuvent éprouver, mais aussi aux difficultés qu'ils peuvent avoir à se passer de ce produit, les « bad trips », etc. L'échange et la verbalisation sur les consommations individuelles apparaît comme un outil incontournable.

La proximité de Genève constitue un élément facilitateur en matière d'accès aux substances psychoactives, et par ricochet, en matière de consommation. Et ce, d'autant plus que les tarifs de plusieurs produits psychoactifs sont moins élevés en Suisse qu'en France (cannabis, héroïne, cocaïne notamment). De ce point de vue, l'agglomération Annemassienne ressemble aux grandes aires urbaines de Rhône-Alpes. Des jeunes consomment ainsi facilement du cannabis dans les espaces publics, au vu et au su de tous...

Par ailleurs, il arrive qu'on trouve des seringues usagées dans certains recoins d'immeubles, notamment au Perrier. Aujourd'hui cependant, professionnels et habitants ne font pas état d'une problématique de seringues usagées qu'on retrouverait « abondamment » dans des parties communes d'immeubles ou dans les espaces publics... La réhabilitation des quartiers sensibles explique en partie cela.

Plusieurs professionnels ont insisté sur le fait que la consommation d'alcool chez certains adolescents et jeunes adultes peut être tout aussi problématique et qu'elle ne doit pas être négligée. L'alcool est en effet bien moins cher que les substances illicites et il est d'un accès infiniment plus facile : les professionnels

repèrent ainsi, outre les consommations festives – et parfois excessives, le « binge drinking » – du week-end, des consommations quotidiennes, ou du moins régulières, problématiques, similaires à celles qu'on retrouve sur d'autres territoires urbains. Jeunes adultes qui consomment en groupe dans les espaces publics en journée ou en soirée, adolescents qui consomment avant d'entrer au collège ou au lycée le matin (établissements publics ou privés) ou pendant les interours... Ces adolescents et jeunes consomment de la bière mais également des alcools forts, et certains sont dans des consommations relativement régulières. Si certaines grandes surfaces sont repérées par les professionnels comme ayant une pratique effective de demande de pièce d'identité pour vérifier l'âge des jeunes qui achètent de l'alcool, toutes ne le font pas et il reste très facile pour un mineur de se procurer de l'alcool.

On notera enfin que ces consommations problématiques d'alcool sont transversales à toutes les catégories socio-professionnelles et qu'elles ne sont pas seulement le fait de jeunes issus des quartiers sensibles.

En matière d'alcool, on soulignera l'action de l'ANPAA 74, qui a mis en place un outil de prévention spécifiquement destiné aux 11-25 ans : « Espace Alcool Jeunes ». Cette association a par ailleurs souligné la nécessité d'affiner l'interface, sur le bassin Genevois, entre elle-même et les structures d'accueil et d'hébergement pour jeunes et adultes du territoire, en ce qui concerne les personnes ayant une consommation problématique d'alcool et les possibilités d'orientation vers l'ANPAA. Ce thème a déjà fait l'objet de rencontres entre les différents partenaires concernés mais semble devoir encore être exploré plus avant.

2.2.5. Questions et difficultés autour de la sexualité

Les jeunes femmes suivies par la Mission Locale que nous avons rencontrées en entretien de groupe et qui étaient pour la plupart issues des quartiers sensibles de l'agglomération annemassienne ont abondamment évoqué le thème des relations garçons-filles. Ces relations sont décrites comme étant difficiles : qu'il s'agisse des frères, des voisins, des amis, des « petits amis » il semble que certains garçons aient des exigences très fortes vis-à-vis des filles. Globalement ces dernières ne doivent pas déshonorer la famille : elles doivent rester vierges jusqu'au mariage, ne pas se trouver seules en compagnie de garçons (sous peine de laisser penser qu'elles ont ou souhaitent une relation intime avec celui-ci), et d'une manière générale elles ne doivent pas faire quoi que ce soit qui pourrait laisser penser qu'elles sont des « filles légères », qu'elles risquent de perdre leur « pureté » etc. Alors même que ces jeunes femmes peuvent avoir de très bonnes relations avec leurs pères et leurs mères, il arrive que les garçons du même âge, parfois leurs frères, leur imposent un contrôle, des normes, qui ne sont pas énoncées ni même soutenues par les parents.

Nous avons déjà entendu ce discours sur d'autres territoires, auprès de jeunes femmes issues de quartiers de même profil. Le constat que l'on peut faire est que si certaines familles imposent effectivement quelquefois des principes de vie très traditionnels et stricts aux adolescentes et jeunes femmes, ce sont parfois surtout les garçons du même âge qui décident des règles de vie, des comportements à suivre, allant jusqu'à harceler leurs sœurs, « fiancées » etc. pour qu'elles les respectent. Le quartier devient dès lors un territoire sous contrôle où les jeunes femmes doivent être très attentives à ce qu'elles font. C'est ainsi que les jeunes femmes rencontrées souhaitaient toutes quitter leur quartier pour ne plus subir cette pression et cette surveillance (même si, attachées à ce territoire, elles n'envisagent pas d'aller vivre sur une autre agglomération) ou encore souhaitaient se marier et acquérir ainsi une certaine respectabilité. Quelques verbatims illustrent bien ce ressenti :

« Les garçons, on peut pas discuter avec eux... C'est pesant, c'est horrible ».

« Pour trouver la liberté, les filles doivent se marier... C'est la peur de se faire dépucler avant le mariage : c'est la honte pour les familles... »

« La réputation dans le quartier, ça peut nous détruire »

Ces jeunes femmes ont bien souligné que tous les garçons n'avaient pas la même attitude vis-à-vis des filles, néanmoins il semble qu'en termes d'atmosphère du quartier, ces derniers n'arrivent pas à faire « contrepoids ».

Les jeunes femmes rencontrées en entretien ont également beaucoup abordé la question de la stérilité. Elles sont dans une réelle inquiétude par rapport à leur capacité d'avoir des enfants et pensent que les problèmes de stérilité sont répandus, quel que soit l'âge des femmes. Précisons que ce thème devient récurrent lorsque nous rencontrons des jeunes femmes en insertion, et ce, quel que soit le territoire. Par ailleurs, ces jeunes femmes avaient également beaucoup de questions sur la grossesse et l'accouchement.

Parallèlement à ces inquiétudes, elles ont le sentiment que, globalement, leurs amies ou relations qui vivent dans les « quartiers » ne se protègent pas souvent lors des rapports sexuels et qu'elles changent « souvent » de partenaires. Toutes ces jeunes femmes n'ont pas le même comportement et les mêmes pratiques vis-à-vis des garçons, mais on peut faire l'hypothèse qu'elles ont pour point commun de penser qu'on ne tombe pas enceinte facilement...

Au bilan, les jeunes femmes rencontrées ont apprécié les séances d'information réalisées au collège, mais ce sujet reste très peu abordé, avec les parents ou avec des professionnels, parce qu'il y a de nombreux tabous ou encore parce que les connaissances sont jugées acquises... Reste qu'elles souhaiteraient avoir des réponses à leurs nombreuses questions, mais qu'elles ne savent pas vraiment comment les obtenir.

On notera l'existence sur l'agglomération du collectif « Acrostiche » qui traite des questions afférentes à la sexualité et aux relations garçons-filles. Composé de différents partenaires (dont l'Éducation Nationale, l'UDAF, la MFR, l'hôpital général, le CMP enfants, le PEJ, les éducateurs de Passage et des professionnels du secteur libéral) il a pour objectif notamment de faciliter le travail en réseau pour une meilleure prise en charge des jeunes, de permettre des séances de supervision des professionnels. Les différents membres de ce collectif réalisent également des interventions de prévention auprès des jeunes (collèges, lycées, MFR, ...) au cours desquelles sont notamment mentionnés les lieux ressources du territoire (dont le CPEF).

Par ailleurs, des professionnelles du Conseil général réalisent des interventions de prévention sur ce thème dans plusieurs collèges, où elles parlent notamment du Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) du CHIAB.

Plusieurs professionnels ainsi que les jeunes femmes que nous avons rencontrées ont cependant pointé le fait que le CPEF n'est pas toujours bien repéré par les jeunes. Alors même que les gynécologues sont décrits comme d'un accès difficile sur l'agglomération (délais, tarifs), les jeunes ne savent pas toujours ce qu'est le CPEF ni où il est situé. Celui-ci est pourtant aujourd'hui relativement facile d'accès au plan géographique (il est à l'hôpital, situé à Ambilly) et il est ouvert quatre demi-journées par semaine. Cela montre – comme on peut le constater sur d'autres territoires – qu'une information donnée au collège sur le CPEF peut être oubliée au fil du temps et qu'il est sans doute pertinent de redonner l'information aux jeunes (et aux professionnels sans doute) en différentes occasions.

Une dimension un peu spécifique des conduites à risques liées à la sexualité a été évoquée à Annemasse. Comme on le verra plus loin, si on ne repère pas de prostitution sur la voie publique dans l'agglomération, des femmes, notamment originaires d'Afrique Sub-Saharienne, ont recours à la prostitution comme moyen de survie. Pour certaines, il s'agit de leur activité professionnelle principale, qu'elles exercent surtout dans les « bars à champagne » de la route de Genève. Pour d'autres, anonymes, qui pratiquent cette activité de manière complètement cachée, il s'agit d'une activité ponctuelle, qui ne doit en aucun cas interférer avec la vie de famille, les enfants. Or certains clients, suisses ou français, s'enhardissent à se rendre sur les quartiers où vivent ces femmes (notamment dans les quartiers sensibles de Gaillard), pour retrouver certaines femmes, en trouver de nouvelles etc... Il semble ainsi qu'au cours de ces « explorations » du territoire il soit déjà arrivé que des clients interpellent des jeunes filles, parfois mineures. Dans un contexte de grandes difficultés socio-économiques, il peut exister un risque pour certaines d'entre elles d'être molestées par ces hommes, ou un risque de voir dans la prostitution un moyen de sortir de leurs difficultés économiques. Outre les risques sanitaires bien connus (infections

diverses, maltraitance et violence), ce climat ne peut être favorable à une bonne estime de soi et au développement du bien-être, etc... Cette problématique est encore mal connue dans le détail, mais elle mérite que des acteurs de prévention s'en saisissent et qu'un travail soit fait, de manière non stigmatisante par rapport à une population donnée ou à un quartier, pour que les jeunes soient sensibilisés à ces risques et qu'ils repèrent des acteurs qui pourraient les aider en cas de besoin.

2.2.6. Jeunes en difficultés d'insertion

*** La problématique du logement**

Les jeunes ayant des difficultés d'insertion qui sont suivis par la Mission Locale habitent dans leur grande majorité chez leurs parents. Néanmoins, la Mission Locale et d'autres professionnels qui travaillent au contact des jeunes adultes repèrent des personnes qui ont de très grandes difficultés en termes de logement, d'hébergement.

Certains de ces jeunes sont originaires de l'agglomération annemassienne, mais la spécificité frontalière du territoire fait qu'une partie d'entre eux³⁸ vient également d'autres départements ou régions, sans aucun réseau ni point de chute sur l'agglomération. En recherche d'emploi et sans ressources, ils ont de grandes difficultés à se loger et certains vont même jusqu'à dormir dans leur voiture pendant plusieurs semaines...

La Mission Locale gère un dispositif d'urgence de 6 logements qui sont répartis sur l'agglomération. Les jeunes peuvent y demeurer en moyenne 1 mois. On note également la présence sur l'agglomération d'un Foyer de Jeunes Travailleurs (FJT), résidence sociale qui peut accueillir une centaine de jeunes. Actuellement, un tiers des jeunes qui y sont accueillis sont en situation de précarité et vivent de minimas sociaux. Enfin, certains professionnels ont pointé le fait que le règlement du FJT peut parfois être en décalage avec les besoins de sociabilité des jeunes, notamment en termes d'horaires ou d'interdiction de recevoir des visiteurs... Question qui mériterait d'être explorée plus avant.

Les professionnels ont également attiré notre attention sur le fait qu'ils voyaient de plus en plus de jeunes femmes avec enfant, sans conjoint et sans famille ou réseau aidant, qui sont confrontées à ce problème de logement, de manière encore plus aiguë, car toutes les ressources d'hébergement n'accueillent pas les enfants

Le constat général est qu'il y a un engorgement des ressources d'hébergement des jeunes, que certains d'entre eux se retrouvent régulièrement sans solution de logement, même temporaire, et que ces conditions de vie précaire ont un impact négatif sur la santé mentale et physique des personnes.

Certains professionnels ont souligné l'existence d'un collectif d'acteurs de terrain, « Groupe de travail sur l'hébergement d'urgence et temporaire », coordonné par Annemasse Agglo, qui travaille sur cette question du logement... Mais ils soulignent également l'absence de CLAJ (Comité Local pour le Logement Autonome des Jeunes) qui pourrait constituer un outil pertinent sur l'agglomération.

*** La problématique de la stigmatisation**

Les jeunes femmes rencontrées à la Mission Locale estiment que l'une des grandes difficultés auxquelles elles sont confrontées (comme les garçons d'ailleurs) est la discrimination et la stigmatisation. Parce qu'elles habitent un quartier étiqueté négativement, qu'elles font partie des « minorités visibles », ou encore qu'on leur fait des procès d'intention liés à leurs convictions religieuses, elles sont renvoyées à une image d'infériorité, à une impossibilité d'accéder aux mêmes postes, métiers, etc. que les « français de souche »... La plupart ont le sentiment que les problèmes de stigmatisation, mais aussi de

³⁸ Environ 35% des jeunes accueillis par la Mission Locale sont extérieurs au département ou à la région

discrimination, ne pourront jamais être résolus et qu'il leur faudra vivre avec ce « handicap » toute leur vie.

2.3. Les adultes

2.3.1. Les contraintes économiques pèsent sur les conditions de vie et sur la santé

Les contraintes économiques pèsent très lourdement sur les conditions de vie d'une partie de la population de l'agglomération et ont un impact négatif en terme de santé.

En premier lieu la question de l'accès difficile au logement ou de l'accès à un logement adapté apparaît comme cruciale. Les habitants que nous avons rencontrés, notamment à Gaillard, ont largement évoqué le problème des logements en T1, occupés par des familles entières, qui vivent dans des conditions de promiscuité, de tension permanente, qui sont largement défavorables en termes psychiques. Les professionnels ont précisé qu'à l'échelle de l'agglomération, outre la question des logements exigus et sur-occupés, se posait également, en quelques endroits, le problème de la vétusté des appartements qui présentent des problèmes de confort importants (aération, isolation, chauffage, ...) également peu propices à un bon état de santé physique et moral si ce n'est mental.

Certains habitants ont également évoqué le fait que la part du budget consacrée au logement étant très importante, il reste finalement peu de ressources pour le reste et notamment pour accéder aux ressources de loisirs et de sociabilité (le simple fait de n'avoir pas de véhicule personnel rend très difficile les sorties en soirées ou le week-end, compte-tenu des horaires des transports en commun), mais aussi pour faire l'avance des frais chez les professionnels de santé, accéder aux soins dentaires, etc.

Enfin, l'accès aux biens de consommation et aux produits alimentaires est également largement freiné et certains professionnels vont jusqu'à faire l'hypothèse que, dans certaines familles, il est difficile de manger à tous les repas pour des raisons financières.

2.3.2. Difficultés conjoncturelles et structurelles à prendre soin de soi

En sus de ces contraintes économiques, les habitudes de vie des personnes sont également parfois défavorables à un bon état de santé.

Certains des professionnels rencontrés ont ainsi pointé des pratiques alimentaires qui posent question. Le coût des fruits et légumes est certes très élevé dans les moyennes et grandes surfaces de l'agglomération, et il n'est pas forcément plus intéressant sur les marchés, pour les personnes ayant de petits budgets. Or les professionnels ont observé qu'au-delà de cette contrainte économique, certaines personnes n'ont pas l'habitude de manger des fruits et encore moins des légumes. Il existe une épicerie sociale sur l'agglomération qui vend des produits alimentaires à des tarifs très bas aux publics en situation de précarité. Or, il semble que ces personnes prennent souvent un certain nombre de produits (féculents bien-sûr, mais aussi produits laitiers, produits carnés, ...) mais très peu ou pas de fruits et légumes. Même à des prix modiques, les fruits et légumes (précisons qu'il ne s'agit pas des rebuts du marché, mais de produits de qualité normale) ne sont pas attractifs pour une partie de la population.

Le même constat est fait dans les écoles primaires : beaucoup d'enfants ne veulent pas manger les légumes qui leur sont servis. Si la qualité des repas peut être interrogée ce constat converge néanmoins avec ce qui est observé sur d'autres territoires... Certaines franges de la population ont ainsi une alimentation déséquilibrée, où la consommation d'eau, de fruits, de légumes est rare et très inférieure à celle des sodas, féculents et produits prêts à consommer de toutes sortes, qui peuvent favoriser l'apparition de surpoids, voire du diabète. Parallèlement, ces personnes n'ont pas forcément l'impression d'avoir de « mauvaises pratiques » alimentaires : elles ne se représentent pas la diversité comme particulièrement bénéfique et à l'inverse n'imaginent pas que les déséquilibres alimentaires puissent avoir des effets négatifs sur le moyen et long terme.

Si un budget contraignant joue indubitablement sur la qualité et la diversité des produits achetés, les habitudes qui se transmettent de génération en génération ou au contraire la perte de certains savoir-faires, notamment en matière de cuisine, pèsent sur les bonnes pratiques pour la santé... La diversité alimentaire ne va pas de soi et n'est donc pas qu'une question de budget.

Au-delà de l'alimentation, les professionnels ont évoqué l'hygiène bucco-dentaire et notamment le brossage des dents, qui en revanche renvoie clairement à des habitudes de vie et à certaines représentations sur les stratégies de conservation de la dentition en bon état etc...

Il y a donc des pratiques de soin de soi qui sont largement méconnues des personnes appartenant à des milieux modestes ou précaires... Mais il y a également des contextes sociologiques où le soin de soi est fortement entravé. Ainsi, des professionnels ont souligné que dans certaines parties de la population, notamment chez les personnes primo-arrivantes en France, le sida ou les IST³⁹ peuvent encore constituer un tabou extrêmement fort. L'association L'Etoile Africaine souligne ainsi que certaines femmes concernées par l'une ou l'autre de ces pathologies n'osent pas en parler et ne se font pas soigner par crainte de la réaction de leur entourage et notamment de leur mari...

Plus globalement, une démarche de soins en santé mentale est difficile à faire pour quiconque, mais peut-être encore plus chez des personnes socio-économiquement fragiles. Rappelons que le CMP adultes estime à 60% le nombre de personnes orientées par les travailleurs sociaux qui ne viennent pas au rendez-vous.

2.3.3. La santé des femmes : le suivi gynécologique en question

Les entretiens réalisés avec les professionnels (notamment ceux qui travaillent au contact des publics défavorisés) et avec les habitantes de Gaillard et d'Annemasse soulèvent la question du suivi gynécologique des femmes. Par ailleurs, les données quantitatives montrent la moindre participation des femmes de l'agglomération au dépistage.

Il apparaît ainsi qu'une partie des femmes n'est pas ou est peu suivie dans ce domaine pour des raisons variées. Trois grandes catégories d'explications sont avancées, notamment par les habitantes elles-mêmes, pour expliquer le « non suivi » :

- les gynécologues sont d'un accès difficile, tant en termes de délais que de tarifs et il n'est pas toujours facile, pour des raisons psychologiques symboliques de se faire suivre par son médecin en matière de gynécologie. Par ailleurs, tous les médecins traitants ne souhaitent pas intervenir dans ce domaine.
- certaines femmes ne comprennent pas très bien l'intérêt ou le fonctionnement du dépistage en ce qui concerne les cancers féminins. Ainsi certaines femmes arrêtent tout suivi gynécologique à la ménopause pensant que le temps de la fécondité (et de la contraception) étant révolu, il n'y a plus matière à se faire suivre. D'autres, qui n'ont plus de rapports sexuels, estiment qu'elles n'ont plus de risques, même en ce qui concerne le cancer du sein... D'autres encore se sentent protégées par les examens qu'elles ont réalisés pendant leurs grossesses ou juste après les accouchements... Comme si ces examens les dispensaient de tout suivi pendant plusieurs années. Certaines enfin sont très peu informées sur les cancers féminins.
- l'appréhension de l'examen clinique qui, parfois renforcé par une méconnaissance de l'utilité du dépistage, des freins financiers etc., aboutit à des stratégies d'évitement de cette question, voire de contournement de ces pratiques. Comme presque toujours dans les groupes d'habitantes on trouve ainsi des femmes qui nous disent obtenir des prescriptions pour une contraception orale (avec leur médecin traitant) sans jamais réaliser de frottis.

³⁹ IST : Infection Sexuellement Transmissible

Les professionnels ont également mis en lumière que les femmes primo-arrivantes peuvent avoir des besoins très importants dans ce domaine, notamment en ce qui concerne le dépistage des infections sexuellement transmissibles et du sida, mais qu'aujourd'hui il n'y a pas vraiment de ressource qui fasse un travail de sensibilisation et d'accompagnement de ces femmes vers les ressources existantes. Le suivi de grossesse des femmes primo-arrivantes semble également problématique : certaines femmes arrivent en France alors qu'elles sont déjà enceintes, mais pour différentes raisons (méconnaissance, présence illégale sur le territoire, ...) elles sont peu ou pas suivies avant l'accouchement.

2.3.4. Les violences faites aux femmes

Plusieurs professionnels notent que les femmes parlent de plus en plus facilement des violences qu'elles subissent de la part de leurs conjoints, notamment au plan physique. Les professionnels saluent par ailleurs l'action menée par l'association Espace Femmes – Geneviève D. Cette association offre un espace d'écoute, de parole, d'information et de soutien aux femmes victimes de violences, très apprécié sur l'agglomération. L'association propose également des formations aux femmes (auto-défense notamment). Certains professionnels soulignent cependant qu'il n'est pas toujours possible d'orienter en première intention les femmes concernées vers cette association à l'étiquetage sans équivoque : il est parfois nécessaire de passer par différentes étapes de sensibilisation, pour que les femmes constituent cette violence en problème, en situation « anormale » et qu'elles prennent la décision de ne plus la subir, d'essayer de trouver les moyens « d'en sortir »... L'association est néanmoins en cours de réflexion sur les possibilités de mélanger des profils de femmes différents à certains moments...

En la matière, les médecins généralistes se révèlent souvent des ressources de première ligne pour les femmes, qui exposent de plus en plus facilement la dimension « somatique » de cette violence... Parallèlement, il semble que les médecins ne soient pas toujours suffisamment sensibilisés à l'impact ou aux symptômes de la maltraitance physique ou psychique sur les femmes. Ils n'ont ainsi pas toujours les outils d'un repérage précoce de cette violence et ne mesurent pas toujours l'intérêt qu'il peut y avoir pour les femmes à obtenir un certificat d'Incapacité Temporaire de Travail (ITT). Ce certificat constitue en effet une « trace sociale » qui peut aider les femmes à objectiver l'anormalité de cette violence.

Le sujet est complexe, mais l'association Geneviève D. pointe le fait que, malgré une visibilité sociale accrue de ce problème, les moyens concrets d'aider les femmes restent médiocres... A ce titre, un manque se fait particulièrement sentir en ce qui concerne les solutions d'hébergement pour femmes violentées. Des ressources existent déjà sur l'agglomération, mais elles sont souvent engorgées et par ailleurs elles accueillent un public très large, dont des personnes en errance qui présentent d'autres problématiques que celles des femmes violentées...

2.3.5. Une problématique spécifique à l'agglomération : la prostitution

Si des phénomènes de prostitution sont repérables dans toutes les grandes aires urbaines, l'agglomération annemassienne présente des spécificités fortes dans ce domaine.

Ainsi, cette prostitution est très fortement liée à la proximité de Genève et elle est surtout localisée à Gaillard et sur la route de Genève qui passe par Annemasse, Gaillard et Ambilly. Enfin, les professionnels soulignent que les femmes concernées sont majoritairement originaires d'Afrique Sub-Saharienne. Globalement on repère deux catégories de femmes bien distinctes :

- celles que certains professionnels appellent les « professionnelles » : il s'agit de femmes dont l'activité principale est la prostitution. Elles ne se livrent pas à du racolage sur la voie publique et rencontrent essentiellement leurs clients dans les « bars à vins » ou les « bars à champagne » qui sont notamment situés route de Genève. Leurs clients sont aussi bien français que suisses. Il semble d'ailleurs que les tarifs des prostituées en France soient inférieurs à ceux des prostituées suisses, ces dernières ayant un statut officiel et spécifique de « travailleuses du sexe » qui leur assure une couverture sociale, comme à

n'importe quel autre salarié. Ce statut, qui les protège au plan social, a un impact sur les tarifs. Ceci encouragerait les clients suisses à venir en France, pour y trouver des femmes pratiquant des tarifs inférieurs. Par ailleurs, il semble également que les femmes d'Afrique Sub-Saharienne soient, globalement dans des situations de précarité plus fortes que les prostituées suisses et qu'elles acceptent davantage de pratiques à risques, ce qui leur assure une clientèle mais se révèle indubitablement dangereux au plan de la santé.

Le bus de l'APRETO le « Fil Rouge » qui intervient sur le terrain auprès des publics toxicomanes reçoit également ces femmes qui viennent notamment s'y approvisionner en préservatifs. Néanmoins, plusieurs professionnels soulignent que ces femmes ne sont pas du tout systématiquement concernées par une problématique de toxicomanie et que de ce fait la ressource que représente le bus de l'APRETO est à la fois appréciée et en décalage avec leurs besoins. Ces femmes ont en effet une demande de préservatifs et plus largement d'information, d'écoute, de prévention, en matière de santé et d'accompagnement vers les ressources de prévention/de soin. En revanche, certaines peuvent être gênées voire intimidées par le public de toxicomanes qui utilise également le bus, dont la problématique psychologique et sanitaire est très spécifique et plus majoritairement masculine.

- les femmes que l'on peut qualifier « d'anonymes ponctuelles ». Elles seraient largement minoritaires par rapport aux « professionnelles » et ne rencontrent jamais les clients sur la voie publique, ne fréquentent pas les « bars à vins ». Ayant souvent des enfants et une vie de famille, elles habitent semble-t-il majoritairement sur Gaillard. Elles « rencontrent » leurs clients par portables interposés le plus souvent, puis au domicile de ces derniers ou dans des appartements prêtés par des amies ou relations. Ces femmes tiennent au secret quant à cette activité qui leur permet de survivre économiquement : elles n'en parlent pas aux professionnels de l'action sociale ou à d'autres professionnels. Apparemment ce n'est que de manière détournée et très discrète que des demandes d'aide sont parfois faites par ces femmes auprès de personnes ressources présentes sur le terrain, identifiées comme proches des publics originaires d'Afrique Sub-Saharienne (Yelen, Etoile Africaine). En termes de risques sanitaires, ces femmes sont dans la même situation que les prostituées « professionnelles ». En revanche, elles sont très difficiles à identifier précisément et donc également à aider, puisqu'elles souhaitent justement ne pas être repérées pour mieux préserver leur famille. Néanmoins, la discrétion n'est pas toujours possible car il semble que certains clients s'enhardissent à venir « explorer » les quartiers « sensibles » de Gaillard. A la recherche de femmes qu'ils ont déjà rencontrées, ils interpellent parfois certaines d'entre elles qu'ils reconnaissent dans la rue voire, ils s'adressent également à leurs enfants et notamment à leurs filles, ce qui brise le secret et jette le discrédit sur la femme et éventuellement ses enfants...

Le constat global est que ces femmes, qu'elles soient « professionnelles » ou « anonymes » ont un fort besoin d'aide en matière de prévention/réduction des risques. Certaines connaissent des ressources d'aide spécifiques en Suisse (notamment « Aspasia » à Genève) mais « côté français » elles restent relativement démunies, en dehors du bus de l'APRETO qui n'est d'ailleurs pas utilisé par les « anonymes ».

2.3.6. L'isolement social et la solitude des personnes en situation de précarité.

Si la population de l'agglomération annemassienne est globalement prospère, on a vu que sur certains quartiers il existait des publics en très grande précarité économique et sociale, comme on peut en trouver dans les grandes aires urbaines. Chômage ou emplois précaires, monoparentalité, ruptures conjugales, déracinement et migration sont autant de difficultés qui souvent se cumulent et aboutissent à des conditions de vie matérielles parfois très difficiles et également à une perte des liens sociaux ou à un manque d'opportunités de créer du lien social. Cet isolement social non-choisi engendre un sentiment de solitude que les habitants que nous avons rencontrés à Gaillard ont particulièrement souligné.

Des ressources de sociabilité existent néanmoins dont l'action est saluée. Ainsi le centre social du Perrier (à Annemasse) a mis en place différentes activités ouvertes aux adultes : on citera notamment l'existence d'un groupe de femmes du quartier qui participent à différentes activités (sorties, activités manuelles, ...).

Ce cadre leur permet de se rencontrer, de parler, et surtout d'échanger d'une manière non-stigmatisante. Le groupe n'est pas étiqueté comme un groupe de parole pour des femmes ayant des « problèmes » (de parentalité, de couple, d'emploi, etc)... .C'est le « faire », l'activité occupationnelle, qui en constitue la « porte d'entrée » et qui permet finalement des niveaux et thèmes d'échanges très divers, qui n'impliquent pas de parler des soucis, tout en permettant de le faire...

Le centre social « Au 7 » présent sur le quartier du Chalet à Gaillard constitue également un pôle d'attractivité pour les adultes et les familles du quartier qui s'y retrouvent notamment du fait des activités qui y sont organisées pour les enfants. Néanmoins, il semble que les habitants de Fossard ou des Hutins, pour des raisons géographiques et surtout symboliques, fréquentent peu ce centre. Les réseaux sociaux qui gravitent autour du centre sont effectivement davantage centrés sur le Chalet, pour des raisons historiques. Les habitants de Gaillard ou des Huttins peuvent ainsi avoir le sentiment de « ne pas faire partie du groupe »...

Il existe également à Gaillard des ateliers, mis en place par l'association Yelen entre autres, qui au travers d'activités manuelles (notamment autour du linge) permettent aux femmes d'origine étrangère de se rencontrer, d'échanger, de s'entraider.

On notera que sur Gaillard-Fossard quelques habitants ont tenté de créer une association ayant pour objectif de favoriser le lien social sur le quartier mais que ce projet n'a finalement pas abouti. Il est important de noter que sur les différents quartiers en politique de la ville qui ont été étudiés par l'ORS, l'existence d'associations « spontanées » d'habitants ne constitue pas la règle...

Comme sur beaucoup de territoires de même profil, on constate que les centres sociaux sont plus facilement investis par les femmes que par les hommes. Néanmoins, certaines des femmes que nous avons rencontrées ont exprimé des attentes de développement mais également de davantage de proximité géographique en matière d'offre de sociabilité. Qu'il s'agisse de « se changer les idées », de parler de parentalité, de se créer des réseaux, cette attente de ressources de sociabilité de proximité est également une attente de ressources de soutien moral et social.

Les hommes sont moins vus dans les structures sus-décrites et leur isolement présente des dimensions très spécifiques. En premier lieu les professionnels soulignent une présence importante d'hommes seuls vivant dans les T1 du quartier Gaillard-Fossard. Jeunes ou âgés, ils n'ont pas de famille ou peu de liens avec leur famille, et ceux qui sont au chômage se retrouvent avec des réseaux sociaux très faibles.

Le cas des travailleurs migrants retraités qui vivent dans le foyer ADOMA, situé à Annemasse, est peut-être encore plus paroxystique. L'association possède 176 logements au total. Comme dans la plupart des foyers ADOMA, une large portion de ces travailleurs migrants, aujourd'hui retraités, ne souhaitent pas rentrer définitivement dans leur pays d'origine, où ils ont souvent femmes et enfants. Habités depuis des dizaines d'années à vivre seuls en France, une vie de famille « traditionnelle » est devenue difficile pour eux... Certains néanmoins ont fait le choix des « allers-retours » entre la France et leur pays d'origine. La résidence ADOMA de l'agglomération annemassienne est ainsi l'une des seules de Rhône-Alpes à proposer des chambres (14 au total) à louer quelques mois par an, pour les vieux travailleurs migrants. Ces logements sont toujours occupés (70 personnes au total sont concernées par ce dispositif), selon un système de rotation organisé à l'année, et les travailleurs migrants se succèdent dans ces chambres où ils peuvent rester jusqu'à trois mois. Ce laps de temps leur permet notamment d'effectuer un certain nombre de démarches au plan de la santé (visites médicales, interventions chirurgicales, accès à certains médicaments, ...). Ces retraités qui vivent donc la plus grande partie de l'année avec leur famille, au pays, ne sont pas concernés par cette perte du lien social.

En revanche, ceux qui rentrent peu ou pas du tout au pays, peuvent être extrêmement isolés. Ce qui frappe les professionnels qui travaillent au contact de ces retraités est que ces derniers sont rarement dans une demande d'aide. Ils n'expriment pas d'attente et se déclarent plutôt satisfaits de leur sort, de leur état de santé. Intuitivement pourtant, et au regard de certaines études réalisées auprès des travailleurs migrants âgés des foyers, les professionnels s'interrogent sur l'état de santé réel de ces personnes tant au plan psychique que somatique. C'est par rapport à ces interrogations que certains professionnels de la résidence ADOMA réfléchissent aux moyens possibles de faciliter l'accès aux soins et

au contact avec des soignants pour ces retraités très isolés : un local étant disponible dans la résidence, des consultations infirmières, par exemple, pourraient y être organisées.

Au bilan et comme c'est souvent le cas dans les quartiers défavorisés, l'isolement et le sentiment de solitude constituent une véritable problématique qui a un impact fort sur le psychisme des personnes. La structure familiale ou l'emploi faisant souvent défaut, il y a un fort besoin que d'autres outils de sociabilité, une sociabilité aidante et étayante, puissent émerger, qui permettent de lutter contre la perte des réseaux et parfois la perte des repères. Des outils qui puissent par ailleurs, de manière formelle ou informelle, constituer des supports pour des actions de prévention.

Enfin, les outils de « remise en lien » ne sont pas forcément les mêmes pour les hommes et pour les femmes : même si la mixité n'est pas répulsive pour ces publics, il n'y a pas toujours de grandes habitudes ou pratiques de partage d'activités, de sociabilité mixte...

2.3.7. Les addictions : une problématique repérée chez les hommes et chez les femmes.

La proximité de la Suisse renvoie, pour les professionnels de terrain, à un accès facilité aux substances psychoactives illicites. Il est ainsi clair pour les professionnels que les adultes peuvent également être concernés par des consommations problématiques de cannabis, même si cela est moins « visible » que chez les jeunes. Comme chez ces derniers cependant, il semble que la consommation adulte sur l'agglomération ressemble à ce qui existe dans les grandes aires urbaines de la région.

Les consommations problématiques d'alcool sont également bien repérées. Les professionnels de l'ANPAA observent d'ailleurs un rajeunissement du public qu'ils suivent. Alors qu'il y a encore quelques années ces consommations étaient surtout le fait de publics « matures », on trouve aujourd'hui davantage de personnes concernées parmi les 30-39 ans, socialement et professionnellement insérées. Par ailleurs, comme chez les jeunes, les consommations problématiques d'alcool, se rencontrent dans toutes les catégories socio-professionnelles : la précarité pour ceux qui ne travaillent pas et les conditions de travail stressantes pour ceux qui ont un emploi et ont des postes à responsabilités constituant les bornes d'un continuum, où l'on retrouve les mêmes facteurs favorisant que sur d'autres territoires urbains. Il s'agit là d'un élément qu'il est important de souligner : alors que certains territoires ruraux sont toujours marqués par une « culture du boire » qui s'inscrit dans des traditions de sociabilité villageoise anciennes, où l'alcool est un vecteur d'intégration sociale et de transmission, les consommations problématiques sur l'agglomération annemassienne semblent tout à fait comparables à ce qui peut être décrit sur l'agglomération lyonnaise, grenobloise, ...

Enfin, les professionnels observent une recrudescence des pratiques de polyconsommations et de polydépendances, où le tabac est également souvent très présent.

En matière d'addictions aux substances psychoactives, les ressources phares de l'agglomération que sont l'APRETO et l'ANPAA sont très bien connues des professionnels de santé des services publics et semblent également repérées par les professionnels libéraux, qui sont en capacité de répondre à des besoins de suivi individuels...

Quelques professionnels ont également évoqué le problème des addictions aux jeux de hasard. Nous ne disposons pas d'études chiffrées comparatives dans ce domaine qui impliquent l'agglomération annemassienne ou même le département de Haute-Savoie. Si plusieurs études nationales et étrangères ont déjà souligné l'attrait de ces jeux pour les populations défavorisées qui essaient de changer leur niveau de vie, par la participation à des jeux de hasard de type « Loto » et autres jeux de « grattage », on ne peut rien dire ici de spécifique, au plan quantitatif, par rapport au territoire. Par ailleurs, la présence de plusieurs casinos sur le bassin genevois (Suisse et France confondues) constitue indéniablement une « tentation » supplémentaire, mais elle ne concerne sans doute pas les mêmes publics, les moyens financiers nécessaires à de telles pratiques dépassant le coût des jeux de « grattage ».

2.4. Les publics spécifiques.

On repère sur l'agglomération annemassienne des publics de profils très spécifiques qu'il convient de mettre en lumière, du fait de leurs besoins particuliers en matière d'accès aux soins et à la prévention

2.4.1. Les personnes en errance et SDF

Comme on l'a déjà souligné dans les éléments de contexte, l'agglomération annemassienne attire des personnes en recherche d'emploi en provenance d'autres départements ou régions. L'accès au logement, même à des logements d'urgence, étant particulièrement difficile sur l'agglomération, un certain nombre de ces personnes se débrouillent pour être hébergées par des parents ou des relations arrivés avant elles, ou encore sont plus ou moins en errance. Enfin, on repère de jeunes « routards » qui ont fait le choix, plus ou moins délibéré, de rompre avec leurs familles et de n'avoir pas de domicile fixe. Se déplaçant de ville en ville, en petits groupes, avec leurs chiens, ils sont souvent consommateurs de substances psychoactives, et l'accès à des ressources spécifiques pour personnes en errance et/ou toxicomanes oriente fortement leurs choix de destination.

Deux ressources majeures accompagnent ces publics sur l'agglomération :

- L'Escale, est un accueil de jour, où les personnes en errance peuvent venir prendre une douche, laver leur linge, prendre une collation, se faire aider en matière d'accès aux droits, d'accès aux soins. L'Escale est néanmoins fermée les week-ends et les jours fériés.

- La Maison Coluche, est une structure d'hébergement spécifiquement dédiée à l'urgence. Elle compte 15 lits dédiés à l'urgence et 15 lits de « stabilisation ». Cette structure accueille aussi bien les hommes que les femmes et offre également un service de douche, de lave-linge, un repas le soir ainsi qu'un petit déjeuner et elle réalise une distribution de sandwiches aux SDF qui passent la nuit sans abri.

On notera que l'accueil des publics en errance existe en Suisse et notamment à Genève mais qu'il est globalement plus limité, notamment du fait que les gens sont surtout accueillis en hiver. De ce fait, les structures « côté français » sont très utilisées par les errants « frontaliers », notamment en été.

Ces deux structures travaillent en réseau avec de nombreux acteurs de terrain dont les travailleurs sociaux, les associations de prévention, les résidences sociales...

Toutes catégories confondues les professionnels observent que ces publics en errance se féminisent de plus en plus⁴⁰, et que l'on trouve parmi eux de plus en plus de personnes qui ont des emplois précaires ne leur permettant pas d'accéder à des solutions de logement pérennes. Ces personnes aux très faibles revenus, dont les conditions de vie extrêmement précaires sont fortement défavorables à un bon état de santé au plan somatique, sont également souvent concernées par des problématiques de santé mentale. Les professionnels au contact de ces publics soulignent d'ailleurs que les troubles du comportement et les manifestations de violence (avec parfois agressivité physique) sont en augmentation et qu'eux-mêmes se sentent démunis quant à la gestion de ces situations répétées de tension.

Les professionnels insistent sur le fait que ces publics ont fortement besoin d'avoir accès à des soins somatiques, mais qu'il y a souvent des difficultés à prendre des rendez-vous avec des médecins généralistes ou encore avec des dentistes, certains n'acceptant pas toujours la CMUc ou encore ne souhaitant pas avoir ce public dans leur patientèle. Enfin, ces personnes qui présentent souvent des symptômes marqués au niveau psychique ont à la fois besoin de soins, mais sont également souvent dans le refus des soins formels, ou dans le « déni » de leurs troubles psychiques. Le recours à l'Equipe Mobile Psychosociale constitue une possibilité saluée et utilisée. Néanmoins, les professionnels des structures d'accueil expriment également un besoin de formation ou d'accompagnement régulier à l'accueil de ces publics ayant des problèmes de santé mentale.

⁴⁰ Il semble également que de plus en plus de femmes enceintes, de femmes sans papiers se présentent à la Maison Coluche.

Rappelons enfin que l'on compte trois résidences sociales sur l'agglomération :

- un Foyer pour Jeunes Travailleurs (FJT) dont la limite d'âge est de 26 ans
- une résidence ADOMA, initialement prévue pour les travailleurs migrants qui accueille aujourd'hui de fait des travailleurs migrants retraités, mais également des adultes et des familles monoparentales en situation de précarité
- le foyer Les Chanterelles (de l'association AATES).

2.4.2. Les toxicomanes (consommateurs de cocaïne, opiacés, ...) plus ou moins précarisés

Ces personnes se confondent parfois avec les errants, mais pas toujours. Par ailleurs, certains habitent en France, mais d'autres utilisent les structures françaises, tout en étant basés, de manière plus ou moins stable, en Suisse. Certains professionnels ont également mentionné la présence de Roms, qui ont recours aux structures d'aide locales. En tout état de cause, il s'agit de personnes qui vivent dans des conditions de précarité plus ou moins marquées.

Ces consommateurs de substances illicites (autres que le cannabis) sont dans un état de santé souvent difficile au plan somatique et, comme souvent, une part d'entre eux est concernée par le VIH. Le dépistage anonyme et gratuit peut se faire notamment à l'hôpital ou à l'APRETO, qui en tant que CSST⁴¹, peut également mettre en place un programme de substitution avec les personnes suivies. L'APRETO circule par ailleurs sur le territoire et se rend dans les endroits fréquentés par les toxicomanes grâce à son bus de réduction des risques (« le Fil Rouge »). Ce bus distribue, sur le terrain, du matériel stérile : seringues, « roule ta paille », etc. aux toxicomanes mais également des préservatifs. Enfin, il permet aux toxicomanes d'être en lien avec des professionnels qui les accueillent de manière anonyme, souple, qui peuvent à la fois les écouter et les orienter vers certaines ressources (travailleurs sociaux, ...).

L'APRETO met l'accent sur le fait que ces publics ont également très souvent de très grands besoins d'accompagnement, d'aide au plan psychologique voire, psychiatrique, mais qu'ils sont réticents à aller vers les structures de soin formelles.

L'existence d'une structure dotée d'un « local d'injection » en Suisse soulève des interrogations côté français. L'association « Quai 9 », sise à Genève, permet en effet aux toxicomanes de s'injecter l'héroïne avec du matériel stérile, dans un lieu où sont présents des professionnels de santé dont l'objectif est notamment d'éviter ou d'aider les personnes en cas d'overdose. Les toxicomanes (français, suisses ou autres) ne peuvent néanmoins pas rester très longtemps dans ce local (une quinzaine de minutes environ leur sont allouées pour l'injection) et finissent leur « voyage » le plus souvent dans la rue, dans les alentours de la gare de Genève notamment. On peut ainsi se demander si, dans une optique de réduction des risques plus affinée, il ne serait pas pertinent à la fois d'ouvrir un tel lieu en France et de permettre aux toxicomanes de rester plus longtemps dans un local protégé, après l'injection, pour ne pas errer dans les rues en état de semi-conscience et de grande vulnérabilité... La loi française interdit pour le moment de mettre en place une telle solution, mais la réflexion se poursuit au niveau des acteurs de prévention.

Enfin, un constat semble récurrent : celui de la nécessité de développer le travail en réseau entre structures suisses et françaises. Des liens existent déjà entre certaines structures (l'APRETO travaille déjà avec Quai 9) mais on ne peut pas parler d'un travail en réseau qui impliquerait les travailleurs sociaux, les intervenants du logement d'urgence, les professionnels de la psychiatrie, de la santé somatique, etc... La frontière franco-suisse constituant une faible réalité pour les toxicomanes, une politique cohérente au niveau du grand bassin genevois apparaît comme une nécessité... Qui a pour le moment des allures d'utopie.

⁴¹ CSST : Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes

2.4.3. Les gens du voyage

L'agglomération annemassienne compte une population relativement importante de gens du voyage. Ces personnes sont pour la plupart sédentarisées depuis plusieurs dizaines d'années sur le territoire, et si elles se déplacent ponctuellement lors d'événements familiaux importants dans d'autres régions de France, elles reviennent au bout de quelques semaines à leur port d'attache : l'agglomération d'Annemasse⁴². Les enfants sont le plus souvent scolarisés jusqu'à la fin de l'école primaire, malgré les difficultés, la stigmatisation, les manifestations de rejet dont ils peuvent faire l'objet de la part des autres enfants. En revanche, la poursuite d'une scolarisation au niveau du collège est plus rare, les familles craignant souvent que leurs adolescents ne subissent de mauvaises influences au collège, qu'ils y soient en difficultés ou en danger...

Les hommes travaillent en grande majorité dans le domaine du ferrailage, qui consiste à récupérer des objets ou pièces métalliques usagés et à les revendre à des entreprises qui vont les recycler, transformer etc... Or, parmi ces objets contenant du métal on trouve des éléments qui sont extrêmement nocifs pour la santé des personnes et pour l'environnement (entre autre le plomb ou encore le mercure contenu dans les batteries des automobiles qui peuvent être source de pathologies graves et qui, au fil des ans, peuvent polluer le sol en profondeur). La nécessité de cesser l'activité du ferrailage, pour raisons sanitaires et environnementales, apparaît comme évidente à tous les acteurs concernés. Néanmoins, il semble que les solutions d'accompagnement, de formation des gens du voyage pour les inciter et les aider à changer d'activité semblent difficiles à inventer ou à mettre en œuvre. Aujourd'hui, ces personnes n'ont pas véritablement d'autres compétences professionnelles (nombreux sont ceux qui, par ailleurs, sont illettrés). Aussi, orienter les gens du voyage vers d'autres possibilités professionnelles et d'autres sources de revenus est une démarche complexe, qui requiert de pouvoir proposer des alternatives suffisamment rapidement accessibles pour que ces personnes puissent assurer leur survie économique.

L'état de santé de ces personnes est décrit comme assez médiocre. Ce constat, effectué par les professionnels qui travaillent auprès de cette population, converge avec les études faites sur ce sujet dans d'autres territoires. Les gens du voyage souffrent en premier lieu de leurs conditions de vie défavorables à un bon état de santé : pollution liée au ferrailage et surpeuplement ont « *bidonvilisé* » leur lieu de vie... De ce point de vue l'accès à un logement adapté est un enjeu très fort. Certains d'entre eux ne souhaitent pas complètement quitter leur style de vie qui implique la possibilité de vivre avec (si ce n'est « dans ») sa caravane, d'autres au contraire peuvent et/ou souhaitent vivre dans un habitat plus « classique » en logements « ultra-sociaux », ou en « chalet adapté ». La question reste néanmoins épineuse et la démarche d'entrer dans le « droit commun » en matière de logement ne va pas de soi...

En tout état de cause, l'accès facile à de l'eau potable, à de l'eau pour l'hygiène corporelle, à des sanitaires qui fonctionnent normalement, à un système de chauffage efficace et sécurisé sont des éléments qui font souvent défaut dans la vie « en caravane ». L'existence de blocs sanitaires sur différents terrains de l'agglomération ne suffit pas toujours dans ce domaine... Par ailleurs, les habitudes de vie, notamment la consommation de tabac, d'alcool, les déséquilibres alimentaires influent très négativement sur la santé. On soulignera que les 27 familles qui sont installées sur le terrain - non adapté - du quai d'Arve - vivent dans des conditions qui nous ont été décrites comme particulièrement mauvaises.

Enfin, si ces personnes ont une couverture sociale et qu'elles ont le plus souvent un médecin traitant, elles sont peu familiarisées avec les pratiques de soin de soi, avec des pratiques de suivi et, pour des raisons financières (notamment avec les médecins spécialistes et les dentistes), des raisons symboliques, et un accueil pas toujours optimal de la part des soignants, elles sont souvent dans une problématique de retard de recours aux soins.

Les besoins d'accompagnement vers les soins, mais également d'éducation pour la santé sont très importants dans cette population, qui reste relativement coupée du reste de la société.

⁴² L'agglomération compte néanmoins également une aire d'accueil pour les gens du voyage de passage qui compte 32 places. Les personnes y restent en moyenne deux à trois mois. Certains d'entre eux sont de fait sédentarisés sur d'autres territoires mais se déplacent pour voir des membres de leur famille, etc...

2.5. Les personnes âgées

2.5.1. L'association REGAR : une fonction de CLIC gérontologique

Sur l'agglomération Annemassienne, c'est l'association REGAR qui fait office de CLIC gérontologique (Cellule Locale d'Information et de Coordination). Cette association, subventionnée par le Conseil général, accueille les personnes âgées ainsi que leurs familles et leur apporte information et aide, notamment pour s'orienter dans les différentes offres possibles du territoire. L'association mène également des actions de prévention dans différents domaines : besoins nutritionnels des personnes âgées, lutte contre l'isolement, aide aux aidants, déclin cognitif (avec Alzheimer Haute-Savoie), entre autres... Cette association va également mettre en place un « café éthique », espace de parole où les professionnels travaillant avec les personnes âgées pourront venir confronter leur pratiques et leurs difficultés, réfléchir ensemble aux réponses les plus adaptées...

2.5.2. L'aide à domicile : des manques repérés

Globalement, les professionnels ont le sentiment qu'il y a un bon partenariat et un bon travail en réseau entre acteurs travaillant avec les personnes âgées et notamment avec les personnes âgées dépendantes à domicile. ...

Les ressources varient cependant fortement d'une commune à l'autre : le portage des repas à domicile, les restaurants pour personnes âgées, les activités occupationnelles, sont très divers et toutes les communes ne sont pas également dotées. Certains des professionnels rencontrés plaident ainsi pour l'émergence d'une vision commune à l'échelle de l'agglomération, une mutualisation des moyens et une politique plus globale autour de l'aide à la personne âgée.

En ce qui concerne plus particulièrement les soins de nursing et les toilettes non-médicalisées à domicile, on note l'intervention de deux SSIAD sur l'agglomération. L'un est situé à Annemasse, dans les locaux du CHIAB. Il compte 114 places, couvre la plus grande partie de l'agglomération et a une liste d'attente très importante. Un second SSIAD est présent à Douvaine qui couvre Machilly et Saint-Cergues.

Ainsi, on notera que malgré une extension de 30 places obtenue il y a deux ans, le SIAD d'Annemasse, qui couvre un territoire plus étendu depuis que l'agglomération est passée à 12 communes, ne peut pas répondre à toutes les demandes. Outre le manque de places, il semble qu'il y ait également de grandes difficultés à recruter des aides-soignantes, étant données les spécificités du contexte transfrontalier (cherté de la vie, attractivité des salaires suisses, ...)

De ce fait, comme sur d'autres territoires, ce sont parfois des auxiliaires de vie travaillant pour des associations d'aide à domicile qui, pour « dépanner » les personnes âgées dépendantes qui n'ont pas d'autre recours possible, sont amenées à réaliser des toilettes simples ou des tâches proches des soins de nursing alors qu'elles ne sont pas formées pour le faire... Ce glissement de compétences et de tâches est décrit par certains professionnels comme « *usant* » pour les auxiliaires de vie qui ne sont pas préparées à ce type de travail.

Deux associations d'aide à domicile, « Aide à Domicile » et ADMR, sont ainsi présentes sur le territoire de l'agglomération. Là encore, des manques sont signalés, dus aux difficultés de recrutement des auxiliaires de vie qui ne sont pas en nombre suffisant pour répondre à toutes les demandes.

2.5.3. La problématique des soins hors hôpital et des soins de suite

*** L'accès au médecin traitant et les visites à domicile**

Les personnes âgées dépendantes qui vivent à domicile semblent parfois rencontrer des difficultés pour avoir un médecin traitant. En effet, lorsque un médecin part en retraite, il apparaît qu'il est difficile pour les personnes âgées dépendantes de retrouver un médecin traitant qui veuille bien les prendre dans leur patientèle. Qui plus est, il est également de plus en plus difficile semble-t-il de trouver un médecin généraliste qui accepte de faire des visites à domicile, auprès des personnes âgées.

*** Les sorties d'hôpital**

L'hôpital Intercommunal dispose d'une équipe mobile de gériatrie qui peut intervenir rapidement, notamment sur l'évaluation de l'état de santé des personnes âgées. Des réunions ont lieu régulièrement entre cette équipe mobile, le service social, les services d'aides à domiciles, le SSIAD et les services dédiés aux personnes âgées des villes de Gaillard et d'Annemasse afin notamment de préparer les sorties d'hôpital des personnes âgées et d'ajuster les plans d'aide à domicile.

La question de la sortie d'hôpital des personnes âgées reste néanmoins relativement problématique, comme sur de nombreux territoires. Malgré le travail en réseau entre les différents partenaires, des difficultés sont encore repérées lorsque des personnes âgées sortent de l'hôpital et qu'elles vivent seules ou avec un conjoint qui a des difficultés de mobilité. La mise en place d'une aide à domicile, le contact avec le médecin traitant, etc. se font encore parfois avec plusieurs jours de décalage après la sortie d'hôpital, ce qui peut poser des difficultés matérielles importantes aux personnes. Enfin, les professionnels soulignent unanimement qu'il manque sur le territoire des places en structures de soins de suite. De ce fait, les retours à domicile après un séjour à l'hôpital se font parfois de manière trop « précoce » : la personne âgée ne relève plus de l'hôpital en termes de soins mais elle n'a pas encore l'autonomie ou les moyens d'aide suffisants pour rentrer chez elle.

Le passage par une structure de soins de suite permettrait cet ajustement, qui aujourd'hui est très difficile à faire, faute de moyens. Aujourd'hui, pour les séjours post-hospitaliers ou de convalescence, les habitants de l'agglomération peuvent aller au centre de soins de suite et de réadaptation (SSR) situé à Monnetier-Mornex (commune proche d'Etrembières), mais cette ressource ne peut couvrir les besoins importants et croissants.

*** L'hospitalisation à domicile**

Depuis quelques mois, l'hôpital Intercommunal a mis en place un dispositif d'hospitalisation à domicile (HAD) qui va faciliter et améliorer la prise en charge des personnes âgées qui peuvent être suivies et soignées tout en restant à domicile. Alternative à l'hospitalisation et moyen pour les personnes âgées de retrouver leur environnement familial, l'hospitalisation à domicile est une possibilité saluée. Néanmoins, il reste à construire un lien plus étroit entre les professionnels libéraux, notamment les infirmières et les médecins, qui interviennent à domicile, et les services de l'hôpital, afin d'optimiser au mieux les possibilités de l'hospitalisation à domicile.

2.5.4. Les ressources de sociabilité : des besoins et des initiatives

Lors des journées portes ouvertes de l'Association d'Aide à Domicile, les professionnels ont constaté que les personnes âgées exprimaient le besoin de se retrouver ensemble, pour bavarder, échanger. Il apparaît donc important d'enrichir l'offre actuelle de ressources de sociabilité pour personnes âgées, largement centrée sur des activités comme les jeux de société ou les danses de salon, avec un « outil » de dialogue. L'idée a ainsi germé de mettre à disposition des personnes âgées un espace de rencontres informelles, non rattachées à une activité précise, qui leur permettra de se rencontrer et de bavarder tout

simplement. Ceci sera bientôt possible à Gaillard, suite au déménagement de l'Association d'Aide à Domicile, prévu fin 2008 : le local de l'association sera alors disponible. Ce local est situé dans une maison entourée d'espaces verts, près du foyer restaurant des Hutins où les personnes âgées peuvent prendre leur repas. Il est prévu également d'y proposer des ateliers mémoire pour les personnes âgées (non démentes) animés par une psychologue et une animatrice, avec notamment des activités sur ordinateur. Ce déménagement semble très attendu par les personnes âgées de la commune qui pourront aller y prendre un café et se retrouver.

2.5.5. Les résidences pour personnes âgées

En matière de logement dédié aux personnes âgées, l'agglomération compte deux foyers-logements et trois EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) situés à Vétraz-Monthoux, Ambilly et Ville-La-Grand (un quatrième est en construction à Gaillard). Notons que contrairement à d'autres territoires, les foyers-logements ne seraient pas complètement occupés ce qui peut surprendre, compte-tenu du fait que sur d'autres territoires, ce type de structure peut avoir des listes d'attente très importantes. En revanche, il y a bien une liste d'attente pour l'accès aux EHPAD.

Précisons que si les retraités français sont pour certains confrontés au problème des ressources, parfois beaucoup trop minces pour envisager, en cas de grande dépendance, un placement en résidence médicalisée, les personnes qui ont travaillé en Suisse ont également parfois des difficultés de retraite. Les retraites suisses peuvent être - au moins partiellement - versées sous forme de capital : une gestion imprévoyante de ce capital peut créer d'importantes difficultés de budget à terme et freiner toute démarche d'accès à des résidences spécialisées... Enfin, les professionnels soulignent qu'en deçà de la problématique du logement, notamment en cas de dépendance, les personnes âgées de l'agglomération ayant des revenus modestes ont de grandes difficultés dans tous les domaines de la vie courante

2.5.6. Des besoins importants en gériatrie-psycho

Actuellement il n'y a pas de ressources sur l'agglomération dans ce domaine, pas de coordination spécifique entre la psychiatrie et la gérontologie autre que celle qui existe lorsque les personnes sont hospitalisées à l'hôpital Intercommunal. Or, du fait de l'évolution démographique générale et du vieillissement de la population, il y a de plus en plus de besoins dans ce domaine, liés à l'accroissement des dégénérescences séniles notamment. S'il existe un CANTOU⁴³ à Vétraz-Monthoux, dédié aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui compte quelques places d'accueil de jour, il y a d'autres besoins d'aide et de prise en charge, notamment en ce qui concerne l'accueil de jour, l'aide à domicile spécialisée et l'aide aux aidants.

Ces besoins liés aux dégénérescences séniles ne pourront être véritablement pris en compte que par la mise en place d'une coordination entre la psychiatrie et la gérontologie.

⁴³ CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

SYNTHESE ET PISTES D'ACTION

SYNTHESE

Un territoire au profil de plus en plus urbain, qui jouxte Genève... Entre prospérité et « quartiers sensibles »

L'agglomération annemassienne présente plusieurs spécificités importantes qui ont un impact fort sur l'état de santé de la population.

En premier lieu, cette communauté d'agglomération qui compte douze communes présente à la fois un visage urbain en son centre et semi-rural dans sa périphérie. Les six communes de l'ex-communauté de communes de l'agglomération d'Annemasse (« 2C2A ») forment aujourd'hui un centre avec une réelle concentration d'habitations et des quartiers aux profils très diversifiés, certains étant définis comme « résidentiels » et d'autres comme des « quartiers sensibles » où le logement social a souvent une part importante (jusqu'à 23% sur Annemasse). On y repère également une concentration de commerces et de services en tous genres, y compris des services publics ainsi que de nombreuses associations. Les transports en commun y ont été développés de façon conséquente.

Les six communes de la communauté de communes de l'agglomération des Voirons qui ont fusionné avec l'ex-2C2A en 2007 ont un profil relativement différent : on y repère, dans certaines, une petite activité agricole, vestige d'un passé rural encore tout proche. Néanmoins, on perçoit bien la continuité de l'ensemble en termes géographiques, et l'on passe d'une commune à l'autre sans percevoir de « frontière » physique forte ou de grande rupture.

L'urbanisation croissante de cette agglomération se fait dans un cadre extrêmement particulier. L'agglomération annemassienne jouxte **la Suisse**, et en particulier la ville de Genève, pour ainsi dire mitoyenne. Ce territoire est en effet inclus au sein d'une entité plus large qui est l'agglomération « franco-valdo-genevoise », à cheval sur la Suisse et la France, qui prend des allures de conurbation et constitue de fait, malgré la frontière, un bassin d'emploi très important. La prospérité de l'économie suisse, les opportunités en termes d'emploi, le niveau élevé des salaires qui y sont proposés ont influé très largement sur le développement de l'agglomération annemassienne, puisque près d'un actif sur trois est un travailleur frontalier.

Cette spécificité fait de l'agglomération annemassienne un **territoire très attractif** qui a presque des allures « d'Eldorado » pour les habitants d'autres départements ou régions de France, beaucoup moins bien lotis en terme d'emploi. De fait, le territoire attire des personnes à la recherche d'un emploi, de meilleurs revenus, en provenance de toute la France et notamment du Nord-Pas-de-Calais, mais également des personnes originaires d'Afrique, qu'il s'agisse du Maghreb ou de l'Afrique subsaharienne... Ces personnes trouvent parfois un emploi, mais pas toujours, les exigences des employeurs étant de plus en plus élevées en termes de compétences. Aussi, après quelques semaines ou quelques mois, un nombre non négligeable de ces personnes quittent le territoire... Le coût de la vie dans l'agglomération et notamment le coût du logement, impliquent également qu'il soit très difficile de se maintenir sur ce territoire sans emploi. Même si des logements sociaux existent sur différentes communes du territoire, leur nombre reste très inférieur aux besoins... Cela explique le fort « turn-over » des résidents dans certains quartiers...

Cette situation engendre d'ailleurs des effets pervers. Parallèlement à une prospérité évidente, l'agglomération compte également en son sein **des territoires en Contrat Urbain de Cohésion Sociale** dont les habitants sont, plus ou moins selon les quartiers, concernés par des difficultés économiques et sociales. Ainsi, les personnes exclues de l'emploi ou qui ont accès à des emplois précaires et peu rémunérés souffrent de l'important décalage qui existe entre leurs ressources et le coût de la vie. Un coût de la vie tout à fait comparable à celui des grandes aires urbaines de France.

La prospérité de l'agglomération se retrouve bien dans les principaux indicateurs de santé. On constate en effet que les données quantitatives ne font pas ressortir de problématique de santé particulière ou particulièrement forte. On peut même conclure que **la situation sanitaire de l'agglomération est globalement bonne** et meilleure que sur d'autres territoires urbains de la région.

Néanmoins, les indicateurs économiques et sociaux montrent que si **le territoire est effectivement riche, il est inégal**. On repère ainsi sur l'agglomération un nombre de bénéficiaires plus important que pour la Haute-Savoie en ce qui concerne la CMUc (59 pour 1 000 assurés du Régime Général, contre 28‰ dans le département) et le RMI (12% des allocataires CAF contre 6% sur le département). Par ailleurs, il apparaît également très clairement que les indicateurs économiques et sociaux sont plus négativement marqués sur les quartiers de la géographie prioritaire que sur le reste de l'agglomération, notamment en ce qui concerne Annemasse et Gaillard (ex. : 22% de bénéficiaires du RMI parmi les allocataires CAF des quartiers prioritaires).

Ainsi, la prospérité globale de l'agglomération lisse les disparités et masque **des situations moins favorables en matière de santé sur certains territoires**. Situations qui ont été largement décrites dans les entretiens qualitatifs menés avec les personnes-ressources et les habitants.

Par ailleurs, ces décalages se ressentent également avec les professionnels : les salaires étant largement plus attractifs en Suisse qu'en France, les professionnels de santé sont souvent tentés d'aller exercer en Suisse... Ceci pose à la fois le problème du turn-over dans certaines structures, mais aussi celui du recrutement des professionnels : les postes vacants ne sont pas rares et il reste difficile d'améliorer l'attractivité des conditions d'embauche « côté français ».

Un territoire riche en ressources de soin et de prévention... Mais des difficultés d'accès à ces ressources sont repérées

De la même manière, les chiffres concernant l'offre de ressources en santé sont plutôt bons : l'offre du territoire apparaît à la fois riche et diversifiée.

On doit à ce titre souligner la présence d'une **offre hospitalière importante**, dotée d'un plateau technique très complet, avec le Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse-Bonneville (CHIAB) et la Polyclinique de Savoie, structures toutes deux en reconfiguration. En effet, le CHIAB sera, dans quelques années, transféré à l'extérieur de l'agglomération, dans des locaux neufs et plus vastes. La Polyclinique va également se regrouper avec la clinique Lamartine, dans des locaux neufs à Annemasse.

Cependant, ce constat est à pondérer. Ainsi les données chiffrées montrent que l'activité de certains professionnels de santé (notamment les dentistes et masseurs-kinésithérapeutes) est inférieure à celle des professionnels du département et de la région. L'hypothèse la plus vraisemblable n'est pas que les professionnels libéraux travaillent beaucoup moins que leurs collègues du département, mais qu'une part de leur activité est tournée vers des suisses qui viennent se faire soigner en France, les coûts étant semble-t-il moins élevés de ce côté de la frontière.

Au bilan **l'offre « formelle »** en matière de ressources de santé **ne correspond pas tout à fait à l'offre « réelle »**... Cette part d'activité tournée vers la Suisse explique que les habitants et personnes-ressources interviewés dans l'agglomération déplorent la difficulté croissante à être accepté dans la patientèle des dentistes ou même des médecins généralistes. Enfin, la difficulté à rencontrer certains spécialistes que l'on retrouve sur d'autres territoires (du fait de leur faible nombre), peut-être majorée ici du fait de l'existence d'une sorte de « double-patientèle » qui accroît la demande d'une manière qui n'est pas visible dans les chiffres concernant la population des assurés français.

D'autres difficultés d'accès aux professionnels de santé ont été soulignées.

En premier lieu, des **freins économiques sont repérés** : les dépassements d'honoraires qui peuvent être bien supportés par des personnes ayant un revenu « suisse » sont beaucoup plus difficilement gérables pour les personnes qui ont des revenus français moyens et plus encore pour ceux qui ont des revenus

précaires. Par ailleurs, la part de médecins à honoraires libres est relativement importante (27% des médecins généralistes et 51% des médecins spécialistes, contre, respectivement 19% et 43% sur la région Rhône-Alpes). L'acceptation de la CMUc est également parfois problématique. Cette difficulté est rencontrée sur tout le territoire de la région (et sur le territoire national également) notamment avec des dentistes et des médecins spécialistes, et ici parfois même avec des médecins généralistes semble-t-il. Enfin la question de l'avance des frais reste problématique pour les personnes ayant de petits revenus. Globalement, plusieurs professionnels de terrain constatent une augmentation du nombre de personnes en situation de précarité parallèlement à une évolution croissante des difficultés d'accès économiques aux soins

L'accès physique aux ressources de santé peut également poser problème. Si les transports en commun ont été développés sur l'agglomération, les habitants des quartiers sensibles ne sont pas toujours satisfaits de la manière dont ils sont reliés au centre-ville ou encore à l'hôpital général. Les habitants pointent en effet la difficulté à circuler avec les transports en commun en soirée et le week-end, ce qui peut être particulièrement gênant pour l'accès aux urgences. Le prochain déménagement de l'hôpital Intercommunal, hors du territoire de l'agglomération, crée d'ailleurs beaucoup d'inquiétudes chez les habitants des quartiers sensibles, qui ne se perçoivent pas forcément comme étant facilement reliés, aujourd'hui, au Centre Hospitalier Intercommunal d'Annemasse-Bonneville (CHIAB), et redoutent des difficultés majeures lorsque ce dernier aura déménagé.

Ces différentes difficultés ne doivent cependant pas masquer **l'importance et la force du travail en réseau sur l'agglomération**, que l'on ne retrouve pas sur tous les territoires, et qui constitue certainement un atout à la fois spécifique et pertinent pour la mise en place d'actions de santé.

Des problématiques de santé transversales

Si les indicateurs de santé globaux sont plutôt bons sur l'agglomération, on repère de réelles difficultés sur certains thèmes, essentiellement en ce qui concerne **les publics défavorisés**.

**** Les déséquilibres alimentaires et leurs conséquences***

En premier lieu on a pu repérer, grâce à une enquête menée par l'ORS avec l'Éducation Nationale sur le département de la Haute-Savoie, que les phénomènes de surpoids et d'obésité concernent davantage les enfants des zones REP-ZEP, qui coïncident avec les territoires de la géographie prioritaire. Les professionnels repèrent que cette problématique se pose également chez les adolescents et les jeunes et que les adultes sont aussi concernés, ces difficultés étant en grande partie liées à des déséquilibres alimentaires et à un mode de vie sédentaire... Enfin, les données chiffrées concernant les consommations de médicaments montrent une présence importante des anti-diabétiques.

**** Le défaut de soin de soi des publics défavorisés et précaires***

Le défaut de « soin de soi », les faibles pratiques en matière de prévention et de suivi dans les milieux socio-économiquement défavorisés sont souvent pointés. Ces problèmes sont particulièrement prégnants chez les personnes très précaires et fragiles. Plusieurs professionnels travaillant au contact des publics en grande précarité, dont les publics en errance ou les toxicomanes en désinsertion sociale, ont ainsi souligné que ces personnes avaient de grands besoins en matière de santé, tant au plan somatique que psychique mais que, malgré les ressources d'accueil et d'accompagnement existantes, les réponses apportées ne couvraient pas les nombreux besoins. Les entretiens ont par ailleurs montré que tous les professionnels ne savent pas qu'il existe une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) à l'hôpital, ou encore qu'ils connaissent mal les missions de ce dispositif, particulièrement dédié aux publics en grande précarité, et notamment ceux qui n'ont pas de couverture sociale.

*** L'accessibilité des ressources pour les personnes à mobilité réduite**

La question de l'accessibilité de ce territoire se pose avec de plus en plus d'acuité par rapport aux personnes à mobilité réduite, au premier rang desquelles on trouve les personnes handicapées, mais également les personnes âgées qui ont des difficultés à marcher, les femmes avec poussettes ou accompagnées de jeunes enfants... Si l'agglomération intervient déjà depuis plusieurs années dans ce domaine, il apparaît que des erreurs d'évaluation sont encore commises, notamment en matière de bâti, et que des formes de consultations affinées, en amont des travaux, pourraient limiter ces « désajustements ». Par ailleurs, en ce qui concerne les transports en commun, il semble que l'affectation de bus aménagés pour les personnes à mobilité réduite serait particulièrement pertinente sur la ligne n°3 qui a un trajet circulaire et dessert plusieurs communes et plusieurs lieux-ressources.

*** Des difficultés de plus en plus complexes et visibles en ce qui concerne les problématiques de santé mentale**

Le champ de la santé mentale reste le domaine où les plus grandes difficultés semblent se concentrer. L'agglomération est riche en ressources qui vont du soin jusqu'aux dispositifs d'écoute ; néanmoins, sa configuration de plus en plus urbaine et la présence de populations réellement défavorisées font que ce territoire présente des problématiques que l'on trouve souvent dans les grandes villes. Il convient d'abord de préciser que les problèmes rencontrés sont extrêmement divers, ce qui rend ce champ difficile à définir. De l'isolement affectif et social qui entraîne des formes de dépressivité, au mal-être lié aux situations marquées de précarité jusqu'à la maladie mentale invalidante, mais ne justifiant pas une « hospitalisation à vie », le continuum des problèmes de santé mentale couvre des difficultés ponctuelles, permanentes ou chroniques en passant par la problématique des urgences et des situations de « crise ». Ainsi, le sentiment de solitude lié à de faibles réseaux sociaux peut-il engendrer des « pathologies du lien », aggravées par des difficultés d'accès à un emploi ou à un logement décent... Certaines personnes ont ainsi des besoins d'écoute, de verbalisation, mais aussi d'étayage bienveillant qui doivent être distingués du besoin de soins psychiatriques. A l'inverse, des personnes présentant des troubles du comportement refusent parfois d'aller vers les soins psychiatriques formels, parce qu'elles ne se sentent pas malades ou qu'elles craignent d'être sur-stigmatisées par une étiquette psychiatrique ou encore qu'elles ont une crainte des soignants, etc... Enfin se pose de plus en plus, sur l'agglomération, la question de l'insertion ou du maintien dans la cité des personnes ayant des problèmes de santé mentale, et notamment la question de l'accès au logement. Cette thématique, qui prend également de plus en plus d'ampleur sur les territoires urbains, implique à la fois les soignants en psychiatrie mais également les travailleurs sociaux, les bailleurs sociaux et les associations accompagnant les malades. Soulignons enfin que si ces problématiques sont de plus en plus visibles, des outils existent (notamment l'Équipe Mobile Psycho-Sociale ou encore les associations d'accompagnement des malades, ...) ainsi que d'importantes habitudes de travail en réseau. Reste que si l'offre est réellement diversifiée et que de nombreux partenaires travaillent déjà ensemble, on repère encore des besoins d'information et de lien à la fois pour savoir « qui fait quoi » mais également pour bien repérer quels partenaires il est possible de mobiliser face à telle ou telle situation.

*** Une prévalence plutôt élevée de personnes atteintes du VIH**

A l'échelle de la région Rhône-Alpes, la Haute-Savoie présente le taux d'incidence le plus élevé après le Rhône en matière d'infection à VIH. Ceci est notamment illustré par la file active de patients suivis pour séropositivité au VIH ou au SIDA au Centre Hospitalier Annemasse-Bonneville qui apparaît élevée.

Des problématiques de santé spécifiques à certaines tranches d'âge, à certains publics

Au-delà de ces problématiques transversales, il convient de mettre en lumière des thématiques plus spécifiques à certaines tranches d'âge ou certains publics.

* *Les enfants*

En ce qui concerne les enfants, les **difficultés financières** sont également évoquées, notamment en ce qui concerne les soins d'orthodontie, qui sont très coûteux et peu pris en charge par l'Assurance Maladie. Les **troubles du comportement** sont de plus en plus repérés dans le cadre scolaire et, dans ce domaine, un resserrage des liens entre pédopsychiatrie et Éducation Nationale serait souhaitable pour un meilleur dépistage et une prise en charge plus affinée des enfants.

L'accueil des **enfants handicapés** ou présentant des difficultés de comportement à l'école mais aussi dans les structures de loisirs pourrait encore être renforcé, et ce d'autant plus que plusieurs structures interviennent dans ce champ, dans l'agglomération, et que des partenariats pourraient donc se créer.

Au chapitre de la recrudescence des **allergies** on peut noter que toutes les communes de l'agglomération ne peuvent accueillir à la cantine scolaire les enfants ayant des allergies alimentaires. Faute de moyens matériels, des Projets d'Accueil Individualisés pour ces enfants ne peuvent être mis en place... ce qui interroge une possible mutualisation des moyens... **L'accueil à la cantine** des enfants est également parfois difficile lorsque les deux parents ne travaillent pas... Mais il est pourtant une nécessité lorsque les familles sont précaires et n'ont pas de quoi offrir un véritable déjeuner à leurs enfants.

Si certains quartiers de la géographie prioritaire ont été rénovés d'une manière qui a satisfait les habitants, notamment parce que ces rénovations prenaient en compte les besoins des enfants (au Perrier en particulier), d'autres quartiers « sensibles » sont moins bien lotis, en matière **d'espaces verts, d'aires de jeux pour les enfants**, notamment à Gaillard-Fossard.

Enfin, la question des **difficultés de parentalité** a souvent été évoquée par les professionnels comme par les habitants, à la croisée des difficultés de vie liées à la précarité socio-économique et des difficultés à donner des repères, à accompagner les enfants dans la scolarité etc... Les besoins d'aide et d'étayage sur un mode non-stigmatisant semblent importants.

* *Les adolescents et les jeunes*

Chez les adolescents et les jeunes, notamment des milieux socio-économiquement défavorisés, on retrouve des préoccupations liées à une alimentation déséquilibrée, qui peuvent notamment engendrer des phénomènes de surpoids. Mais c'est sans doute au **plan psychique** que les difficultés les plus saillantes sont repérées.

En premier lieu, **le mal-être des jeunes** est largement constaté par les professionnels et confirmé par les habitants rencontrés. L'existence de ressources de santé mentale sur un versant soin mais aussi sur un versant « écoute » ou prévention (CMP enfants, Point Écoute, Educateurs de prévention et future Maison des Adolescents, mais encore consultations de l'ANPAA ou de l'APRETO) doit être soulignée, qui crée la possibilité d'un bon maillage sur le territoire.

Les consommations de substances psychoactives repérées présentent une configuration telle qu'on peut la trouver dans les grandes villes : banalisation de la consommation de **cannabis** et consommation problématique **d'alcool** de plus en plus visible, notamment dans ses formes « quotidiennes ».

Les questions liées à **la sexualité, aux relations garçons-filles ou encore à la grossesse** et à la maternité occupent également une place très importante. La place des filles et jeunes femmes dans les quartiers dits « sensibles » est tout à fait particulière : le contrôle social, l'injonction de « pureté » et de sauvegarde de l'honneur familial sont au cœur des relations mais aussi des conflits entre filles et garçons... Les filles se sentant à la fois protégées et étouffées par le « quartier ». Parallèlement les jeunes femmes ont beaucoup de questions sur la stérilité, la grossesse, l'accouchement... Peut-être même beaucoup plus que sur la contraception.

Les **jeunes en difficultés d'insertion** qui sont notamment suivis par la Mission Locale sont confrontés à deux difficultés majeures. Si, finalement, les perspectives de trouver un emploi sont plutôt meilleures qu'ailleurs semble-t-il, les **difficultés à trouver un logement** sont très importantes, qu'il s'agisse d'un logement temporaire ou d'un vrai logement autonome. Enfin, les jeunes rencontrés ont largement souligné la souffrance liée à **la stigmatisation** dont peuvent faire l'objet les « **minorités visibles** », qui les entrave notamment dans la recherche d'emploi.

*** Les adultes**

Ils présentent également des spécificités importantes. La santé des femmes apparaît comme une thématique particulièrement visible sur l'agglomération.

En premier lieu on repère, comme sur de nombreux territoires, qu'une partie des **femmes**, notamment celles qui appartiennent à des milieux modestes ou défavorisés, sont **peu ou pas suivies sur le plan gynécologique**, en dehors des périodes de grossesse. Méconnaissance de l'intérêt du dépistage, méconnaissance de l'incidence des cancers féminins, craintes de l'examen clinique... Les raisons sont nombreuses (hormis les raisons financières) qui aboutissent à ce que certaines femmes ne se fassent pas suivre.

La question des **violences faites aux femmes** est également de plus en plus visible. Les campagnes d'information nationale, la présence de ressources spécifiques sur le territoire (notamment l'association Geneviève D) favorisent cette visibilité et cette prise de conscience. Néanmoins, les moyens concrets qui sont donnés aux femmes pour sortir de ces relations destructrices restent faibles : qu'il s'agisse des possibilités spécifiques d'hébergement ou de la sensibilisation de certains professionnels à cette thématique, le développement de ressources spécifiques sont des besoins soulignés.

Un élément apparaît de manière très particulière sur l'agglomération : il s'agit de **la prostitution** de femmes originaires d'Afrique Sub-saharienne, de manière « **professionnelle** » dans les bars à champagne de la route de Genève ou de manière totalement **cachée et anonyme** par des femmes qui ont par ailleurs une vie de famille... Dans les deux cas, ce moyen de survie économique, présente des difficultés particulières. Les « professionnelles » utilisent les services du bus de l'APRETO, dédié à la réduction des risques chez les toxicomanes, qui distribue également des préservatifs aux prostituées. L'accès à cette ressource est salué, mais certains professionnels soulignent que ces femmes n'ont pas forcément les mêmes besoins que les toxicomanes au niveau psychologique et sanitaire et qu'une ressource plus spécifique serait très pertinente. Les femmes exerçant dans le secret ont également besoin de soutien psychologique et d'outils de réduction des risques, mais il est - par définition - beaucoup plus difficile de les repérer et de les aider.

Les **hommes adultes** sont quant à eux repérés sous l'angle de **l'isolement social**. Peut-être encore plus isolés et éloignés des ressources que les femmes, à situation de précarité égale, ils verbalisent peu de besoins et **expriment peu d'attentes**. Le cas des ouvriers retraités du foyer ADOMA en est la meilleure illustration... La question est de savoir comment toucher ces publics qui ont des besoins en santé mais sont très isolés et n'expriment pas d'attentes...

Les addictions enfin concernent aussi bien les hommes que les femmes. La proximité de la Suisse pose des questions particulières notamment en ce qui concerne les consommations de drogues dites « dures »... De manière plus transversale, la consommation d'alcool reste largement d'actualité dans tous les milieux sociaux, chez des personnes insérées professionnellement et socialement. Les professionnels rencontrés notent par ailleurs un rajeunissement des personnes qui demandent à être aidées.

*** Des publics repérés comme ayant des besoins très spécifiques**

Des publics spécifiques avec de très importants besoins, dans tous les domaines et en particulier dans celui de la santé, doivent être mis en lumière.

Les **toxicomanes, plus ou moins précarisés**, sont très repérés sur ce territoire proche de Genève. Utilisant à la fois les ressources suisses et les ressources françaises, ils ont néanmoins de grandes difficultés à trouver des formes d'hébergement qui acceptent leurs spécificités liées à la toxicomanie. La question de la **réduction des risques** et du soutien sanitaire de ces publics est traitée très différemment en France et en Suisse où on repère notamment une association disposant d'un « local d'injection » pour toxicomanes. La question de **partenariats plus affinés entre la France et la Suisse** sur cette thématique est toujours en suspens.

Les **publics en errance et SDF** se confondent parfois avec les toxicomanes mais pas toujours. Beaucoup de jeunes « routards » qui vont de ville en ville, avec leurs chiens, sont repérés... Globalement ces publics

très « volatiles » ne vont pas vers les soins formels, alors qu'ils ont souvent de **grands besoins au plan de la prise en charge somatique, mais aussi psychique**, les troubles du comportement étant de plus en plus observés parmi ces personnes. Dans ce domaine, le besoin de s'appuyer sur des ressources de santé mentale est de plus en plus fort.

Les **gens du voyage** présents sur l'agglomération sont **sédentarisés** pour la plupart. Ils ont des besoins dans tous les domaines et sont surexposés à de nombreux facteurs de risque qui vont de la **pollution de l'environnement** (largement liée à leur activité de ferrailage) aux addictions, en passant par la **précarité des conditions de vie** et de logement, ... Dans leur cas, l'éducation pour la santé peut couvrir tous les thèmes précédemment soulignés. Cependant, la question de l'accès à des conditions de vie décentes et de l'accompagnement vers d'autres formes d'activités professionnelles semble être une clef majeure pour le changement de pratiques et de représentations en matière de santé.

Enfin, **les personnes âgées** présentent également des besoins dans certains domaines bien repérés par les professionnels. En premier lieu, le **manque d'infirmières, d'aides soignantes et d'auxiliaires de vie** rend la vie à domicile complexe pour les personnes âgées malades et/ou dépendantes... Le **manque d'établissements de soins de suite** a également été souligné. Si un dispositif d'hospitalisation à domicile vient d'être mis en place par l'hôpital général, le lien avec les professionnels libéraux doit encore être amélioré pour une prise en charge optimale de ces personnes. Enfin, globalement, les **possibilités d'aide à domicile sont très variables** d'une commune à l'autre, notamment dans certains domaines comme par exemple le portage des repas à domicile.

Des besoins croissants sont soulignés en matière de **géronto-psychiatrie** mais les ressources nécessaires pour faire face à ces besoins manquent.

D'une manière générale, les professionnels tirent la sonnette d'alarme : **les besoins vont continuer à croître** et les solutions offertes par les aidants naturels ou par l'hôpital général ne suffisent plus.

PISTES D'ACTION

Plusieurs pistes d'action émergent, au regard des constats qui ont été effectués dans le diagnostic de santé, à la fois pour l'ensemble de la population et également pour chaque tranche d'âge et public spécifique.

THEMES TRANSVERSAUX DE SANTE

ACCES AUX RESSOURCES DE SANTE POUR TOUS

1/ Améliorer l'accès aux soins et à la prévention pour les populations des catégories moyennes et défavorisées

La proximité de la Suisse et la possibilité pour les professionnels de santé libéraux de recevoir une patientèle suisse ou salariée en Suisse, ayant un fort pouvoir économique, peut créer des effets pervers notamment en provoquant une élévation du niveau des tarifs dans le secteur privé, ce qui est défavorable aux populations ayant des revenus moyens ou faibles. Il est donc important de renforcer les moyens permettant à l'ensemble de la population de l'agglomération un bon accès à toutes les ressources de santé :

* En renforçant les partenariats entre secteurs public et privé, entre l'hôpital général (et la PASS⁴⁴), la Polyclinique de Savoie, la psychiatrie publique, la clinique des Vallées, les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les dentistes, ... Afin de créer des synergies entre les différentes ressources en présence et d'éviter la mise en place d'un système à deux vitesses, qui renforcerait les inégalités de santé. La très prochaine reconfiguration de l'offre hospitalière, publique et privée, qui va enrichir l'éventail des ressources disponibles, devrait constituer une opportunité pour repenser les équilibres entre les différents acteurs, dans une perspective d'amélioration du recours aux ressources de santé des publics précaires et modestes.

* En sensibilisant les professionnels de santé du secteur privé à l'acceptation de la CMUc et à pratiquer, lorsque cela est possible, le tiers-payant.

* En soutenant les différentes ressources d'aide et d'accompagnement des publics précaires vers les soins (les travailleurs sociaux, l'Équipe Mobile Psycho-Sociale, la Maison Coluche, L'Escale - cf. *Infirmier psychiatrique non remplacé*-)

* En identifiant mieux l'action de la PASS : en développant l'information sur l'existence et les missions précises de la PASS (les possibilités de couverture sociale des publics précaires).

⁴⁴ PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé, dispositif qui permet aux plus précaires, notamment ceux qui n'ont pas de couverture sociale de pouvoir accéder aux soins.

2/ Favoriser le recrutement de professionnels de santé pour améliorer la densité « réelle » et l'accès aux soins de la population

Les professionnels de santé de l'agglomération, notamment du secteur privé, reçoivent à la fois des patients français et des patients suisses. Si la densité de ces professionnels est bonne lorsqu'elle est ramenée à la population domiciliée sur l'agglomération, elle se révèle plus faible si on l'envisage à l'échelle d'une population plus vaste qui englobe une part de voisins suisses. Par ailleurs, certains professionnels salariés, attirés par les niveaux de revenus proposés en Suisse ne restent pas sur l'agglomération. Il est donc particulièrement important sur ce territoire de créer les conditions d'une bonne attractivité pour le renforcement des ressources de santé, notamment en ce qui concerne :

- * les professionnels de santé salariés du secteur public et du secteur libéral (médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmières)

- * les aides-soignantes, les auxiliaires de vie

Ce soutien peut se faire par différents moyens : l'aide à l'accès au logement, l'aide au transport (pour ceux qui n'habitent pas sur l'agglomération), la mise en place de partenariats entre professionnels (par exemple les maisons de santé), ... et surtout par les nouvelles perspectives que pourra offrir la reconfiguration hospitalière du territoire, qui va encore se moderniser et s'agrandir.

3/ Favoriser l'accès géographique aux ressources de santé

Il est important de continuer à développer le réseau des transports en commun, notamment :

- * pour les quartiers sensibles dont certains sont relativement excentrés et surtout dont la population n'a pas toujours de véhicule personnel pour se déplacer. A cet égard, l'accessibilité du CHIAB en journée, en soirée et le week-end, sera déterminante pour les publics modestes et précaires

- * pour les habitants des communes les plus rurales et excentrées de l'agglomération

L'accès au centre de l'agglomération est particulièrement important ainsi que l'accès au futur hôpital général qui sera situé hors de l'agglomération. Les déplacements en soirée et le week-end, notamment pour des urgences, crée des inquiétudes pour les personnes à faibles revenus, qui peuvent avoir des difficultés de mobilité.

La fréquence des bus mais également la durée des trajets doivent être particulièrement examinée en ce qui concerne les quartiers sensibles, où les transports en commun sont un moyen essentiel de désenclavement.

4/ Faciliter l'accès physique aux ressources de santé pour les personnes à mobilité réduite

Deux éléments majeurs émergent :

- * L'affectation des deux nouveaux bus aménagés pour faciliter le transport des personnes handicapées/à mobilité réduite serait préférable sur une ligne circulaire, qui desserve à la fois différentes communes et ressources de santé de l'agglomération : la ligne 3 semble particulièrement indiquée.

- * La mise en place d'une évaluation systématique en amont et en aval des travaux portant sur les bâtiments, les voies de circulation, etc... par des personnes à mobilité réduite qui, au-delà des normes d'accessibilité obligatoires à appliquer, pourraient ajuster plus finement les aménagements à effectuer.

HYGIENE ET CADRE DE VIE

1/ Déséquilibres alimentaires / surpoids / diabète : développer des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire auprès des publics défavorisés (quartiers en CUCS).

Ces actions devraient s'appuyer sur trois axes :

- * Impliquer des acteurs intervenant dans différents champs, qui ont un contact régulier avec la population dans des actions portant sur l'équilibre alimentaire et l'hygiène de vie : médecins généralistes, personnels de l'Éducation Nationale, éducateurs de prévention, Mission Locale, centres sociaux, travailleurs sociaux, épicerie sociale, associations d'aide aux publics précaires.... Afin d'éviter un sentiment de « saturation » des publics ciblés et aussi d'éviter un positionnement qui pourrait être perçu comme celui de « donneurs de leçons », il est important de mener ces actions en intégrant les pratiques réelles quotidiennes, les représentations et les valeurs culturelles des individus. Il s'agit d'aménager ces pratiques pour aller vers un « mieux manger », en partant de ce qui fait la réalité des individus et en travaillant par étapes, ces changements étant extrêmement longs à mettre en place.
- * Favoriser l'accès des personnes, notamment au plan économique, à des consultations spécialisées en nutrition.
- * Faciliter l'accès à la cantine des enfants de familles défavorisées, même lorsque les parents ne travaillent pas (en apportant également, pour les plus précaires, une aide financière).

2/ Qualité de vie et soin de soi

La précarité des conditions de vie a un impact négatif sur la santé, au plan somatique et psychique. Il est donc nécessaire à la fois de sensibiliser au « soin de soi » les publics concernés par la précarité et également de leur permettre d'accéder à des conditions de vie de qualité et ce, en s'appuyant sur des ressources multiples qui, toutes, peuvent avoir un rôle à jouer dans l'information et l'éducation pour la santé des publics défavorisés :

- * Faciliter l'accès des familles précaires à des logements adaptés et conformes aux normes et adapter l'environnement des lieux de vie aux besoins de qualité de vie des personnes : aires de jeux pour les enfants, espaces verts, transports en commun...
- * Renforcer encore la sensibilisation des publics précaires au soin de soi, au suivi et aux pratiques de prévention, de l'hygiène bucco-dentaire au suivi gynécologique en passant par la surveillance raisonnable de son poids, les besoins spécifiques des enfants en matière de sommeil, d'alimentation etc,... En s'appuyant sur les professionnels de santé et également les professionnels des ressources de sociabilité, d'accompagnement et d'aide qui peuvent aborder ces questions sous un angle autre que médical.

SANTE MENTALE

Cette thématique est particulièrement prégnante, d'une manière générale, sur les quartiers sensibles et l'agglomération annemassienne ne déroge pas à ce qui semble devenir une règle. Plusieurs pistes peuvent être travaillées dans ce domaine :

1/ Mettre en place une réflexion multipartenariale sur les différents types de problèmes en matière de santé mentale et sur les réponses existantes. Refaire le point sur la typologie des besoins et des réponses qui peuvent encore être mises en place

Différents besoins sont déjà repérés sur l'agglomération dont la connaissance doit être affinée :

- * Besoins d'écoute, de verbalisation, de remise en lien, d'étayage bienveillant chez les personnes précaires, en perte de réseaux affectifs, aidants et structurants, notamment chez les personnes subissant des conditions de vie difficiles
- * Besoin de soins psychiatriques. Deux cas de figure sont alors possibles : les personnes qui reconnaissent ce besoin et vont vers les soins (avec parfois un besoin d'accompagnement), les personnes qui ne le reconnaissent pas et qui refusent d'aller vers des soins. Ces personnes ne peuvent être approchées qu'avec des outils non étiquetés comme « psychiatriques », plus souples, plus informels, plus neutres socialement.
- * Besoins de soins récurrents / chroniques chez des malades avérés, dans une logique d'insertion dans la vie de la cité et d'aller-retours à l'hôpital
- * Besoins de réponses rapides dans les situations de crise / d'urgence et besoins de relais pour gérer « l'après-crise », « l'après hospitalisation ».

2/ Renforcer/développer les dispositifs d'écoute et de verbalisation individuels ou collectifs, non étiquetés comme « soignants »

Ceci est important à la fois pour les publics qui ont besoin d'étayage mais pas de soins et pour ceux qui ont besoin d'une prise en charge mais qui refusent, pour différentes raisons, d'aller vers les soins formels. Ces dispositifs peuvent être utilisés comme une aide ponctuelle, un « sas » vers des soins formels, ou encore comme un outil « minimum » pour des gens qui fuient les différents dispositifs d'aide et de soin formels. Ce peuvent être également des outils de « remise en lien » qui permettent aux personnes isolées qui ont perdu le sens et la capacité à être dans des réseaux sociaux de se remettre dans un processus de verbalisation et d'échange avec les autres. Différentes ressources existent sur l'agglomération dont l'action doit être affinée, renforcée ou développée :

- * l'Équipe Mobile Psycho-Sociale, le Point Écoute Jeunes
- * Les groupes, lieux de parole formels ou informels, animés par des professionnels qui peuvent exister dans différentes structures (lieux de soutien à la parentalité, centres sociaux, associations, Mission Locale, éducateurs de prévention...)
- * Des moyens spécifiques pour les structures d'aide aux publics très fragiles, précaires, marginalisés, qui ont de plus en plus besoin d'outils face aux troubles du comportement de plus en plus manifestes de certaines personnes accueillies (cf : infirmier psychiatrique de l'Escale qui n'a pas été remplacé)

3/ Améliorer les relais et partenariats en matière de gestion de l'urgence / de « crises » chez des personnes ayant des problèmes de santé mentale

Il s'agit notamment de renforcer les partenariats entre les acteurs de la psychiatrie publique (CMPA et CMPE, hôpital psychiatrique de La Roche-sur-Foron), hôpital général, clinique des Vallées afin de déterminer qui peut prendre en charge quel type de crise, avec quel public, avec quelle approche ou objectifs, et dans quelle configuration de « relais ».

4/ Développer l'information sur les différentes ressources en santé mentale.

Si les réseaux et les partenariats sont importants sur l'agglomération annemassienne, on constate que les différents acteurs en présence n'ont pas toujours une connaissance claire des ressources de santé mentale. Il faut que chacun puisse repérer facilement quelles sont les différentes ressources de soin en santé mentale ou d'écoute qui existent, leurs missions, leurs publics, dans quelles situations on peut les solliciter. La distinction et la compréhension des missions de chacun (CMP, EMP, PEJ, EPSM, Clinique des Vallées, Maison des Adolescents, ...) doit pouvoir être renforcée.

Cette information doit notamment être accessible facilement pour : les travailleurs sociaux, les bailleurs sociaux, les professionnels de l'éducation, les professionnels de l'insertion, les professionnels de la sociabilité et les professionnels de santé libéraux, notamment les médecins généralistes.

5/ Soutenir / développer l'aide à l'insertion dans la cité pour les personnes présentant des difficultés de santé mentale

Cette aide concrète passe notamment par le développement :

* Des ressources d'accompagnement des malades (SAVS, SAMSAH), et les ressources de psychiatrie publique qui sont en première ligne pour le suivi des personnes malades, notamment lorsque celles-ci sont de milieux sociaux défavorisés.

* Des logements adaptés, où les patients peuvent concilier vie dans la cité et étayage par des soignants.

* Le partenariat entre professionnels de la santé mentale et bailleurs sociaux, afin de faciliter ou maintenir l'insertion des malades dans le logement social.

6/ Mettre en place un outil formel de concertation et de partenariat de type « conseil local de santé mentale ».

Ce type de dispositif existe dans plusieurs villes de France et il semble qu'il puisse jouer un rôle important dans la connaissance mutuelle et affinée des partenaires entre eux. Cet outil peut fonctionner principalement comme un lieu d'échange, mais il peut avoir également une dimension opérationnelle d'aide à la résolution de cas problématiques concrets.

Les conseils locaux de santé mentale sont des outils à géométrie variable, qui sont d'autant plus appréciés qu'ils ne sont pas uniquement centrés sur l'apport de connaissances théoriques mais qu'ils prennent en compte les attentes des acteurs de terrain : travailleurs sociaux, bailleurs sociaux, professionnels des différents services publics de santé, d'insertion et d'éducation, associations de terrain, qui ont besoin d'aide pour analyser les situations auxquelles ils sont confrontés mais aussi pour gérer les situations de « crise », et pour éventuellement accompagner les personnes jusqu'aux soins... En somme, un conseil local de santé mentale doit être un lieu de connaissance et constituer un levier à la mise en place de solutions.

THEMES SPECIFIQUES A CERTAINS PUBLICS

LES ENFANTS

1/ Développer des actions de soutien à la parentalité, notamment dans les quartiers défavorisés.

Il s'agit de proposer une aide et un soutien aux parents qui éprouvent des difficultés d'éducation avec leurs tout-petits, enfants ou adolescents, parce qu'ils les élèvent seuls, qu'ils sont dans une situation économique et sociale précaire, qu'ils se sentent « dépassés » etc... Il est très important que cet étayage se distingue de l'aide qui peut être apportée par les services sociaux, car les publics fragiles peuvent parfois se sentir dévalorisés, stigmatisés ou culpabilisés en tant que « mauvais parents » si l'aide devient très « officielle » et qu'elle est présentée comme une nécessité inéluctable. A l'inverse, une approche d'aide à la parentalité peut être à la fois ouverte, souple et non étiquetée comme soignante ou relevant d'un suivi social. Les parents ont à la fois besoin d'être rassurés et confortés dans leur position de parents et besoin d'avoir des clefs pour faire évoluer certains fonctionnements familiaux, comportements de l'enfant...

Les thèmes à aborder dans ce soutien sont tous ceux qui sont liés à la parentalité (la protection la responsabilité, l'autorité, la référence éducative ...) mais ils peuvent également concerner précisément les besoins spécifiques des enfants et adolescents en termes d'hygiène de vie (alimentation, sommeil, loisirs).

2/ Renforcer les outils de prise en charge et d'accueil des enfants présentant des troubles du comportement

Compte tenu du nombre croissant d'enfants repérés dans cette situation, il serait pertinent de renforcer encore les liens entre l'Éducation Nationale et la psychiatrie infantile. Par ailleurs, dans une optique d'insertion de ces enfants dans la cité, il conviendrait de travailler, avec les partenaires concernés, à améliorer les possibilités d'accueil de ces enfants dans les dispositifs de garde mais également dans les structures de loisirs et de sociabilité.

3/ Améliorer l'accès à la cantine

La taille des écoles et les moyens des cantines font que bien souvent les situations spécifiques ne peuvent pas facilement être prises en compte. Pourtant, il serait fortement souhaitable,

- d'améliorer les possibilités de mettre en place des Projets d'Accueil Individualisés (PAI) pour les enfants qui ont des allergies alimentaires

- de faciliter l'accès à la cantine des enfants de familles précaires dont les parents ne travaillent pas mais qui sont dans une situation socio-économique fragile, afin de permettre aux enfants d'avoir un véritable repas pour le déjeuner

C'est peut-être par une gestion à l'échelle de l'agglomération et une mutualisation des moyens que l'accueil des enfants présentant des particularités, sanitaires ou sociales, pourrait être facilité.

LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES

1/ Renforcer les moyens d'aide et de prise en charge des jeunes en matière de santé mentale

* En premier lieu, il convient de redonner de la visibilité et de la lisibilité aux dispositifs qui existent déjà. Plusieurs ressources sont présentes sur l'agglomération, qui ne sont pas toutes clairement identifiées : l'accueil des adolescents par le CMPE, la structure Intermed de la clinique des Vallées, le Point Écoute Jeunes, les éducateurs de prévention, les médiateurs, consultation cannabis de l'APRETO, l'Espace Jeunes de l'ANPAA, le Centre de Planification et d'Éducation Familiale et enfin les médecins généralistes... Autant d'acteurs qui interviennent directement ou indirectement dans des domaines qui vont de la pathologie mentale au mal-être et qui peuvent intervenir séparément ou en relais les uns des autres. Cette information sera d'autant plus cruciale que la Maison des Adolescents sera bientôt mise en place (en 2010). La nécessité de bien distinguer « qui fait quoi » sera alors très forte.

Enfin, les jeunes eux-mêmes doivent être mieux informés sur ces différentes ressources, afin qu'ils puissent les utiliser en cas de besoin, sans appréhension ou crainte d'être étiquetés comme « fous ».

* En vue de la mise en place de la future Maison des Adolescents, qui devrait voir le jour en 2010, il est également important que les contacts et partenariats entre les différents acteurs qui seront partie prenante dans ce dispositif soient renforcés.

* Il semble nécessaire de renforcer les moyens, les partenariats et les relais autour des situations de « crise » chez des adolescents ou jeunes qui ont des problématiques de santé mentale, mais également de développer les moyens de prise en charge et d'accompagnement « après la crise ».

Les CMP, l'EPSM, la Clinique des Vallées, le CHIAB (pédiatrie), sont les ressources clefs de ce partenariat.

2/ Poursuivre et développer les actions de prévention et d'éducation pour la santé auprès des adolescents scolarisés et des jeunes en insertion.

Les thèmes qui semblent devoir être traités en priorité sont :

* Les conduites à risques et en particulier les addictions.

Les constats effectués par les professionnels montrent qu'il est important de continuer à aborder ce sujet avec les jeunes, sous l'angle global des conduites à risques, avec une déclinaison particulière sur le cannabis et l'alcool. L'APRETO et l'ANPAA sont des ressources-clefs dans ce domaine. La perspective d'une Maison des Adolescents devrait également permettre de développer les partenariats entre psychiatrie publique, Éducation Nationale, Éducateurs de prévention, Mission Locale et associations de prévention sur la thématique des conduites à risques.

* La sexualité, les relations garçons-filles, la maternité.

Ces sujets méritent d'être davantage développés avec des jeunes qui ont finalement, pour certains, peu souvent l'occasion d'en parler avec des adultes. La place des filles et des garçons dans la société (les pressions et discriminations dont les filles des quartiers sensibles sont l'objet), la relation amoureuse, la contraception, et enfin tout ce qui touche à la maternité (stérilité, grossesse, accouchement) et à la parentalité sont des sujets qui semblent beaucoup intéresser les jeunes femmes, et qui concernent également les garçons, qui d'emblée peuvent avoir un positionnement plus distant mais qui peuvent néanmoins être encouragés à entrer dans un dialogue sur ces sujets.

Enfin, compte-tenu de la problématique de prostitution qui est repérée dans les bars à champagne de la route de Genève et également, sous une forme « anonyme » sur certains quartiers défavorisés de Gaillard, il est également très important d'évoquer cette question avec les jeunes, de manière très neutre et surtout en rappelant les diverses ressources d'aide que les jeunes peuvent mobiliser.

3/ Faciliter l'accès à un logement / à des solutions d'hébergement pour les jeunes en difficultés d'insertion

Pour ceux qui décohabitent d'avec leurs parents, mais également pour ceux qui arrivent d'autres régions de France et sont à la recherche d'un emploi.

4/ Mettre en place des possibilités de formation et de conseil ponctuel pour les professionnels qui travaillent au contact de jeunes en difficultés d'insertion concernés par des problématiques de santé mentale.

LES ADULTES

1/ Développer des actions de prévention sur la santé des femmes, notamment le suivi gynécologique auprès des publics modeste et précaires

Comme chez les jeunes femmes, on constate que les femmes adultes peuvent avoir de grandes zones de méconnaissance en ce qui concerne l'intérêt d'un suivi gynécologique en général et le dépistage des cancers féminins en particulier. En outre, les freins économiques dans l'accès aux gynécologues libéraux peuvent renforcer l'idée qu'un suivi gynécologique est compliqué à mettre en place. Il est donc très important de renforcer l'information des femmes dans ce domaine, en s'appuyant sur différents types de professionnels qui peuvent avoir légitimité à aborder ces sujets : en première ligne, les médecins généralistes, mais également l'hôpital général (et notamment son CPEF) et la polyclinique de Savoie, les professionnels de la Protection Maternelle et Infantile peuvent également être à la fois rassurants et pertinents pour les femmes, enfin, les différents acteurs du champ de l'insertion et de la sociabilité qui se saisissent régulièrement de thèmes de santé : les centres sociaux, le GRETA et autres associations présentes sur le terrain (Etoile Africaine, Yelen, ...). Il s'agit de dédramatiser l'examen clinique qui peut effrayer certaines femmes, de renforcer les explications sur le dépistage des cancers et enfin, d'inciter les femmes, surtout lorsqu'elles n'ont pas des habitudes de soin de soi, à avoir des démarches de prévention en santé.

2/ Renforcer les ressources sur la question des violences faites aux femmes

Ce thème acquiert une visibilité de plus en plus importante et les femmes en parlent de plus en plus facilement. La prise de conscience de « l'anormalité » et de l'illégitimité de la violence physique ou verbale semble aujourd'hui plus facile, mais les solutions concrètes pour quitter un conjoint violent, pour se protéger de cette violence restent faibles. Ces évolutions mettent donc à jour des besoins importants, sur lesquels il faut aujourd'hui travailler, d'autant plus que l'agglomération annemassienne compte déjà de nombreuses ressources associatives, dont Espace Femmes – Geneviève D. Il s'agit aujourd'hui, en s'appuyant notamment sur ces ressources de :

* Développer des formes d'hébergement d'urgence spécifiques pour les femmes victimes de violences (leur problématique doit être déconnectée de celle des publics en errance, des toxicomanes, ...)

* Sensibiliser les professionnels de santé, et notamment les médecins généralistes, aux aspects spécifiques de ces violences (somatiques et psychiques) et au besoin d'aide, matériel et moral des femmes pour parvenir à sortir de ces relations destructrices

3/ Développer les outils d'aide pour les femmes concernées par la prostitution

Là encore, les besoins de ces femmes sont très spécifiques et il serait souhaitable qu'ils soient déconnectés d'autres problématiques comme celle de la toxicomanie. Si l'action du bus de l'APRETO, le « Fil Rouge », est saluée et que les prostituées « professionnelles » l'utilisent bien, il semble de plus en plus évident aux acteurs de terrain qu'il faut mettre en place un outil de prévention et de réduction des risques spécifiquement adapté à la prostitution et à la santé des femmes.

Enfin en ce qui concerne les prostituées « anonymes » qui souhaitent garder le plus grand secret sur cette activité, les solutions d'aide à mettre en place doivent - par définition - être très discrètes dans le fond et dans la forme. Il ne peut s'agir d'une structure spécifique qui affiche sa mission ouvertement : un réseau de professionnels « neutres », déjà sur le terrain dans le domaine de la santé, du social ou de la sociabilité peut être plus pertinent. Cette ressource d'aide doit avoir un étiquetage socialement acceptable, pour ne pas éveiller les soupçons de l'entourage, et pour ne pas culpabiliser les femmes concernées. L'approche de l'association Etoile Africaine constitue une clef intéressante en ce sens que les questions de prévention du VIH, des IST ou d'autres pathologies plus spécifiquement féminines peuvent être évoquées avec les femmes, dans un premier temps, dans le cadre de conversations « neutres ».

4/ Développer des outils de mise en lien et d'accompagnement vers les soins des hommes précaires seuls

L'isolement et la solitude des publics précaires a largement été pointée dans ce diagnostic, avec ce que cela peut impliquer en termes de santé mentale, morale, mais aussi d'accès aux soins.

Ces publics exprimant peu ou pas d'attentes, de besoin d'accompagnement, il est important de pouvoir leur proposer une aide qui ne soit pas intrusive ou stigmatisante, mais qui puisse leur apporter un premier niveau de soutien et les remettre en contact avec des ressources de santé spécifiques, si besoin.

Il serait ainsi pertinent de réfléchir à la mise en place de consultations infirmières dans les résidences ADOMA pour les travailleurs migrants à la retraite, et d'une manière plus générale il faut renforcer les réseaux locaux de professionnels / associations / habitants-relais pour aller à la rencontre des personnes isolées, et notamment des hommes qui semblent souvent plus isolés que les femmes. Il s'agit de les mettre au cœur des circuits d'information et de veille sociale afin de pouvoir les aider - aussi - dans le domaine de la santé.

5/ Soutenir les actions de prévention / prise en charge pour les personnes concernées par des addictions

La proximité de la Suisse, les problématiques de précarité, sont des facteurs qui peuvent favoriser la consommation de substances psychoactives, sur un mode complètement urbain. L'action de l'ANPAA et de l'APRETO doit donc être soutenue, en ayant cependant à l'esprit que les polyconsommations semblent en croissance et que les approches globales du phénomène addictif ne doivent pas être délaissées.

LES PUBLICS SPÉCIFIQUES

1/ Publics en grande marginalité/errance

Les professionnels soulignent qu'il faut encore développer / renforcer des possibilités d'aide en matière de santé mentale - notamment sur un versant psychiatrique - pour ces publics qui peuvent avoir des comportements agressifs mais qui ont tendance à éviter les soins formels. La démarche « d'aller vers » doit notamment être renforcée, ces publics étant par essence en grandes difficultés et très « volatils » à la fois. Des moyens comme l'infirmier psychiatrique qui exerçait jusqu'en 2007 à l'Escale paraissent très pertinents aux différents acteurs.

Au plan somatique, il y a manifestement des synergies à créer ou à développer entre la PASS, les travailleurs sociaux, les structures accueillantes. Notons qu'il serait utile qu'une information sur la PASS et ses missions précises soit réalisée, notamment auprès des travailleurs sociaux de différentes institutions.

2/ Publics toxicomanes, précarisés, désinsérés

Deux éléments majeurs peuvent être retenus concernant ce public :

* Compte-tenu des contraintes liées aux conditions de vie des toxicomanes consommateurs de drogues illicites « dures », en voie de désinsertion sociale, il serait pertinent de développer des solutions d'hébergement adaptées pour ces personnes, notamment pour les consommateurs d'héroïne, de cocaïne, ... La question de l'errance et du logement se pose de manière particulière pour ces personnes, qui ont probablement besoin d'une « tolérance » étayante et pragmatique quant à leurs besoins en hébergement et à l'objectif de réduction des risques.

* Pour ce public également, il s'agit de renforcer les possibilités d'accès à des ressources de santé mentale qui « vont vers... » et n'impliquent pas une confrontation directe avec la psychiatrie, une volonté affichée de « se soigner ». Il y a besoin de dispositifs qui puissent constituer à la fois des « sas » vers le soin ou encore des « outils minimaux » pour ceux qui sont trop éloignés des ressources formelles, du droit commun.

3/ Gens du voyage

Les gens du voyage cumulent un grand nombre de difficultés au plan sanitaire, qui sont directement liées à leurs conditions de vie, défavorables à un bon état de santé. Trois pistes méritent d'être considérées afin d'améliorer la situation de cette population :

* Développer encore l'aide et l'accompagnement vers un habitat « en dur » pour les personnes sédentarisées qui le souhaitent.

* Mettre en place des dispositifs d'accompagnement de changement d'activité : à l'heure actuelle les hommes ne repèrent pas quelle activité pourrait remplacer le ferrailage (devenu relativement lucratif avec la hausse des matières premières et notamment du cuivre). Par ailleurs beaucoup d'hommes ont de grandes difficultés à lire et écrire. Un accompagnement très spécifique est donc nécessaire pour leur permettre d'accéder à une activité professionnelle qui corresponde à leurs compétences et à leurs besoins en termes de survie économique.

* Développer / renforcer des actions de prévention auprès de ces publics, « sur place », pour les sensibiliser au « soin de soi », à des comportements de prévention et ce sur tous les sujets de la vie quotidienne, pour les adultes et les enfants : équilibre alimentaire, rythmes de vie, addictions, et scolarisation des enfants et adolescents (l'éducation à la santé étant souvent liée au niveau d'éducation global)...

LES PERSONNES ÂGÉES

L'agglomération semble présenter un aspect assez hétérogène en matière de ressources pour personnes âgées, selon les communes examinées, et parallèlement, on retrouve des besoins bien repérés dans les zones urbaines.

Plusieurs pistes peuvent ainsi être proposées :

1- Favoriser l'accès aux services d'aide et de soins à domicile sur toute l'agglomération

L'hétérogénéité des situations et certains manques bien repérés sur l'agglomération, notamment en matière d'aides-soignantes, d'auxiliaires de vie et d'infirmières, montre qu'il faut améliorer encore les services d'aide mais aussi de soins à domicile, notamment en recrutant les professionnels en sous-effectif. L'accent doit notamment être mis sur :

- * Les soins à domicile. En développant notamment l'articulation entre professionnels libéraux et le dispositif d'Hospitalisation à Domicile (HAD) mis en place par l'hôpital Intercommunal.
- * Les toilettes non médicalisées et les soins de nursing (effectués par des aides-soignantes)
- * L'aide aux actes de la vie quotidienne (auxiliaires de vie)
- * Le portage des repas à domicile.

2- Renforcer encore les partenariats autour de la sortie d'hôpital des personnes âgées

Les sorties d'hôpital sont problématiques pour les personnes âgées, comme sur de nombreux territoires, il faut donc encore renforcer les liens et la communication entre l'hôpital général, les travailleurs sociaux, les associations d'aide à domicile, ...

3- Développer la capacité d'accueil en structures de soins de suite

Un seul établissement à proximité de l'agglomération offre ce type de prestation, et il ne peut répondre à tous les besoins, qui vont croissant dans ce domaine.

4- Développer une filière de prise en charge des personnes âgées en gériatrie et développer les moyens de prise en charge des personnes atteintes de la maladie Alzheimer

Il existe des ressources en gériatrie à l'hôpital général et la psychiatrie publique est bien présente sur l'agglomération. Néanmoins, il n'existe pas aujourd'hui de dispositif spécifiquement dédié en matière de gériatrie-psychiatrie, malgré des besoins en augmentation. Il serait donc pertinent de développer des ressources dans ce domaine, afin que les personnes âgées concernées par des problématiques de santé mentale, de dégénérescences puissent être prises en charge de manière plus appropriée.

La reconfiguration hospitalière devrait intégrer ces besoins et permettre de développer une offre adéquate, en articulation avec le travail du CMP et de l'EPSM.