

CONSTATS D'OBSERVATION PARTAGÉE EN SANTÉ SUR LA MÉTROPOLE DE LYON

DÉCEMBRE 2016





Ce travail a été réalisé par

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes :

Patricia MEDINA, Responsable des études qualitatives

Carole MARTIN DE CHAMP, Directrice de l'ORS Rhône-Alpes

Karine FONTAINE-GAVINO, Socio-démographe

Lucie ANZIVINO, Chargée d'études santé-environnement

Martine DRENEAU, Directrice-Adjointe de l'ORS

**Réalisé à la demande et avec le soutien de
L'agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes
et de la Métropole de Lyon**

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes :
www.ors-rhone-alpes.org

Remerciements

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici tous les professionnels de la Métropole et des communes de la Métropole qui ont contribué à la réalisation ce travail, par leur participation aux différents ateliers¹ :

Maryse Arthaud (Lyon), Alain Ballesta (Villeurbanne), Antoinette Bosa (Feyzin), Myriam Buffet (Lyon), Cédric Chapit (Ecully), Nahel Charib (Rilleux-la-Pape), Carole Charles (Saint-Priest), Laurence Charondière (Saint-Priest), Anne-Marie Colangeli (Métropole), Dr Pascale Colom (Villeurbanne), Marie-Laure Comard (Saint-Priest), Danièle Couchoud, (Métropole), Christelle Daval (Oullins), Martin Dentant (Meyzieu), Sylvie De Paulis (Meyzieu), Anne-Cécile Dile (Métropole), Anne Fournier-Portal (Métropole), Sandra Frey (Métropole), Ambre Gestin (Vénissieux), Isabelle Gired-Genessay (Métropole), Mélissa Ginet (Vaulx-en-Velin), Franck Guibert, (Vénissieux), Véronique Hugol (Pierre-Bénite), Carène Labry (Lyon), Anne Lemasson (Pierre-Bénite), Yvette Lupter (Meyzieu), Garance Mansouri (Bron), E. Martin (Oullins), Dylan Medeiros (Métropole), Marc Michel (Pierre-Bénite), Géraldine Ollivier (Villeurbanne), Florence Pradier (Lyon), Marie-Pierre Poux (Métropole), Karine Revol (Bron), Olivier Rouvière (Métropole), Sylvie Sanchez (Vaulx-en-Velin), Amandine Schmidt (Métropole), Nathalie Sibiril (Pierre-Bénite), Hélène Serot (Villeurbanne), Myriam Talon (Métropole), Juliette Toyi (Saint-Fons), Delphine Zeni (Villeurbanne).

Ainsi que ,

- Dr Muriel Passi-Petre, Directrice Délégation Développement Solidaire et Habitat, Direction Santé et Développement Social - GrandLyon Métropole
- Dr Marie-Sophie Barthet-Derrien, Chef du service Projets et développement en Santé, Délégation Développement Solidaire et Habitat Direction Santé et Développement Social - GrandLyon Métropole
- Frédéric Raynouard, Chargé de mission, Délégation Territoires et Cohésion Métropolitaine, Direction de la Politique de la ville, GrandLyon Métropole

Et Fabienne Chambe, Chargée de mission, Direction de la stratégie et des projets, Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes

¹ Liste détaillée des participants en annexe

Sommaire

Introduction	p. 9
Objectifs de l'observation partagée	p. 10
Méthodologie de l'observation partagée	p. 11
Première partie : la prévention	p. 13
• Eléments bibliographiques.....	p. 15
• Constats d'observation partagée.....	p. 25
Seconde partie : le surpoids et le diabète	p. 35
• Eléments bibliographiques.....	p. 37
• Constats d'observation partagée.....	p. 57
Troisième partie : la santé mentale	p. 69
• Eléments bibliographiques.....	p. 71
• Constats d'observation partagée.....	p. 81
Quatrième partie : la santé environnement	p. 91
• Eléments bibliographiques.....	p. 93
• Constats d'observation partagée.....	p. 107
Annexes	p. 115

Introduction

La Métropole de Lyon - issue de la loi de Modernisation de l'Action Publique territoriale et d’Affirmation des Métropoles, dite MAPAM - est née le 1er janvier 2015 : c’est une collectivité territoriale créée par la fusion de la Communauté urbaine de Lyon et du Conseil général du Rhône sur les 59 communes qui composent le territoire du Grand Lyon. C’est aussi la 2eme agglomération de France regroupant 1.3 million d’habitants sur 54 120 hectares.

Cette récente fusion constitue une opportunité réelle pour les territoires où se concentrent les inégalités sociales. Dans cette optique, la Métropole souhaite s’investir dans la dynamique de réductions des inégalités sociales territoriales. Ainsi, un volet thématique du Projet métropolitain des solidarités est consacré à la santé publique.

De plus, dans le cadre du Contrat de ville métropolitain 2015-2020, signé le 2 juillet 2015, une soixantaine de quartiers ont été classés en Politique de la ville, ce qui représente plus de 20% de la population de la Métropole. Ces territoires concentrent des difficultés particulières, chômage 2 à 3 fois plus élevé que la moyenne de l’agglomération touchant plus fortement les jeunes et jusqu’à la moitié d’entre eux dans certains secteurs, un revenu médian inférieur à 11 900€ par an, un ménage sur cinq allocataire du RSA et 12 à 15 % des enfants ont des caries non traitées en maternelle contre 4 % sur la Métropole.

Un axe « santé » a donc été élaboré entre les services de la Métropole (Santé, Politique de la ville), l’Etat et l’Agence Régionale de Santé.

Les pistes d’actions envisagées par le contrat de ville intègrent la structuration de l’observation pour permettre aux acteurs de la santé de partager et mutualiser des connaissances sur l’état de santé de la population et d’envisager des dynamiques et actions communes.

C’est dans ce cadre que l’ORS Rhône-Alpes a été saisi par l’ARS et par la Métropole, afin d’accompagner une démarche d’observation partagée impliquant les partenaires institutionnels, associatifs et libéraux, ainsi que les communes en politique de la ville de la métropole.

Dans cette démarche d’observation partagée, quatre thématiques prioritaires ont été analysées collectivement : le surpoids et le diabète, la santé mentale, l’accès aux soins et à la prévention, la santé environnementale.

Ce document présente ces constats partagés, première étape du travail partenarial en cours.

Objectifs de l'observation partagée

L'objectif de cette observation partagée était d'explorer les problématiques concernant des thématiques de santé particulièrement saillantes, de manière transversale et intercommunale, et de faire émerger de cette exploration collective des grands constats.

Ces thématiques qui sont d'ores et déjà particulièrement repérées, notamment dans les communes comprenant des quartiers en politique de la ville, sont :

- Le surpoids et le diabète
- La santé mentale

Deux autres thématiques sont apparues comme importantes à traiter de manière transversale et intercommunale :

- La santé environnement
- L'accès aux soins et à la prévention

Enfin, la question de l'accès aux droits a été interrogée, de manière transversale, pour chacune de ces thématiques.

Il s'agissait ainsi de mettre en commun l'expertise des communes de la Métropole sur ces thématiques de santé, et tout particulièrement sur celles qui sont très présentes sur les quartiers en politique de la ville ou les quartiers en veille active, et de les croiser avec les connaissances et données répertoriées ou produites par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes.

Méthodologie de l'observation partagée

Pour atteindre les objectifs tels que définis, quatre groupes de travail ont été mis en place, sur les quatre thématiques identifiées.

Ces quatre groupes se sont réunis 3 fois chacun, sous forme de trois ateliers dédiés chacun à une étape du travail de co-construction de l'observation partagée. Ces ateliers se sont déclinés comme suit :

- **Atelier n°1 :**
 - Synthèse des connaissances actuelles élaborée par l'ORS (épidémiologie, recherche, données spécifiques à la Métropole ...).
 - Echanges des participants à partir des connaissances et expériences propres à chaque commune, sur la thématique travaillée.

- **Atelier n°2 :**
 - Identification des principaux enjeux et problématique, sur la thématique, à l'échelle des communes.
 - Priorisation des problématiques identifiées, qui pourraient être travaillées à une échelle intercommunale et métropolitaine.
 - Mise à jour de pistes d'action pour travailler sur les problématiques identifiées.

- **Atelier n°3 :**
 - Production de propositions de fiches-action pour chacune des problématiques identifiées, comprenant des critères d'évaluation

L'ORS a été en charge de l'animation de ces ateliers, de la présentation de connaissances et données nationales et métropolitaines, ainsi que de la mise en forme et de la synthèse des constats d'observation partagée.

Chaque atelier comprenait une dizaine de participants, professionnels des communes de la Métropole et de la Métropole.

L'ensemble des ateliers s'est déroulé entre avril et juillet 2016.

Première partie

L'ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION

- **Eléments bibliographiques**
- **Constats d'observation partagée**

L'accès aux soins et à la prévention : éléments bibliographiques

1/ La prévention : plusieurs définitions possibles

La notion de prévention vise à décrire l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé². On distingue trois types de prévention :

- La prévention primaire qui intervient avant l'apparition de la maladie pour empêcher sa survenue,
- La prévention secondaire est utilisée lorsque la survenue de la maladie n'a pu être empêchée, elle permet de gagner du temps sur l'évolution de celle-ci et de rendre le soin plus efficace et plus précoce,
- La prévention tertiaire intervient après la survenue de la maladie et des soins, elle tend à réduire les conséquences de la maladie,

Ces trois dimensions se rapportent à la maladie, et c'est donc par rapport à la maladie que sont définies les modalités de la prévention. Par ailleurs, les experts de la prévention soulignent que la réalité est complexe et que la prévention ne relève pas seulement d'une vision strictement médicale.

Une approche plus récente de la prévention intègre la notion de prévention « globale » ou « positive » mettant en parallèle des concepts de prévention « protection », « prévention de » ou « contre », lesquels se rapportent à une défense contre des agents ou des risques identifiés, et une prévention « positive ou universelle », du sujet ou de la population sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de « promotion de la santé »³.

Cette prévention universelle dirigée vers l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé, tendrait à permettre, par l'instauration d'un environnement favorable, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, quel que soit son état. Elle correspond à la notion de promotion de la santé, qui se base sur les différentes méthodes de l'éducation pour la santé. Elle dépasse ainsi la notion classique de prévention « protection » et vise le sujet, en s'appuyant sur sa participation active sans être orientée vers un risque spécifique⁴.

On distingue aussi la prévention orientée qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés, de la prévention ciblée appliquée aux malades, qui les aide à gérer leur traitement pour en améliorer le résultat, en mettant en œuvre, par exemple, des actions d'éducation thérapeutique du patient.

² Prévention et promotion de la santé. Jean-Louis SAN MARCO et Philippe LAMOUREUX.

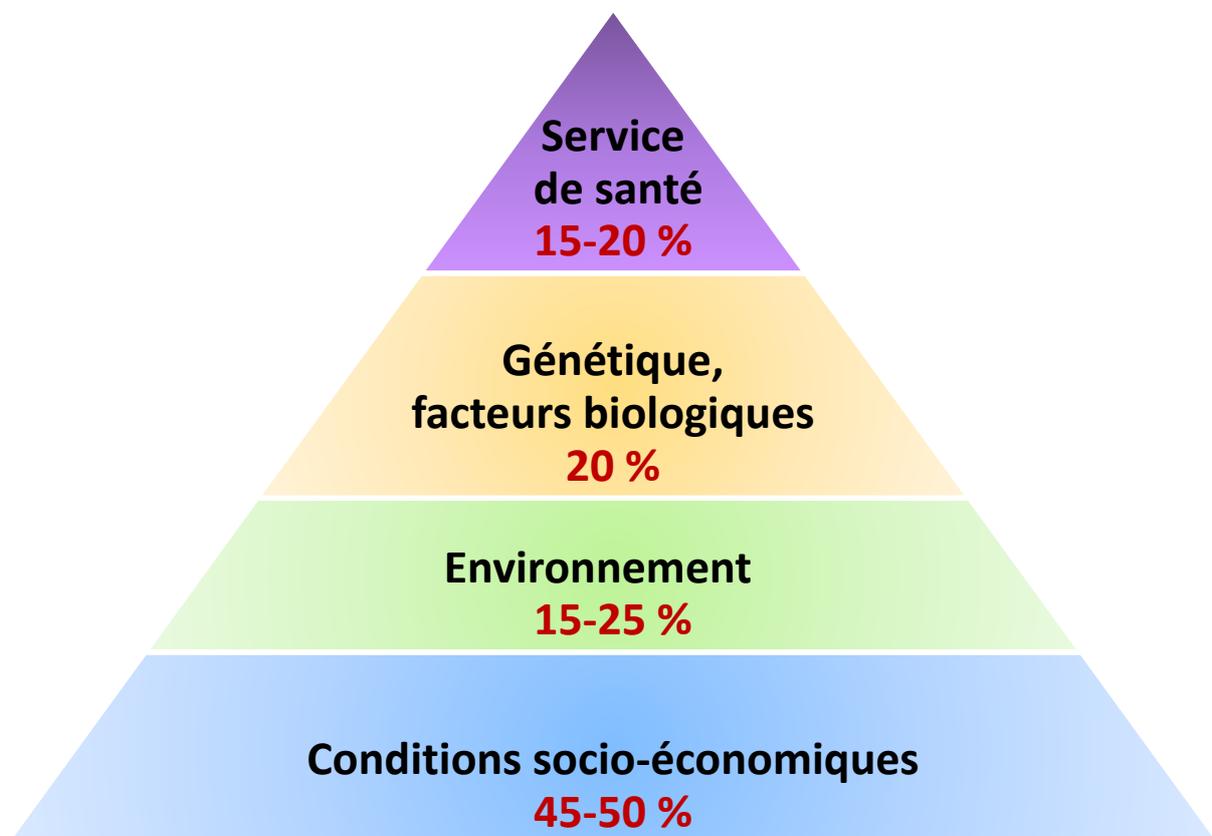
³ Traité de prévention- Médecine-Sciences Flammarion- Sous la direction de François Bourdillon

⁴ Idem

2/ Rôle et place de la prévention en France

La France est reconnue pour avoir l'un des meilleurs systèmes de soins mais des inégalités sociales de santé des plus fortes d'Europe présentant une mortalité prématurée marquée au sein des catégories socio professionnelles les plus modestes. .

D'après une étude menée par le *Center for Disease Control* américain, le système de soin contribuerait seulement à 16% du gain d'espérance de vie, le reste serait attribuable aux autres déterminants de santé : comportements, environnement familial et professionnel, culturel, éducation.....Or, la prévention semble occuper une place marginale dans le système de santé français, ce dernier étant essentiellement centré sur l'offre de soins curatifs. En témoigne la part très modeste des dépenses de santé qui lui est consacrée (aux alentours de 5 % du budget global)



Source: *Center for Disease Control* (1982)

En France, les dernières lois en matière de santé ont tenté de donner à la prévention une place plus conséquente qu'elle ne l'était naguère et de la doter d'outils opérationnels qui facilitent son développement. C'est notamment le cas dans la récente loi de santé promulguée en 2016, où la prévention occupe une place importante intégrant, entre autres, la notion de parcours de santé de la maternelle au lycée, la lutte contre le tabagisme, l'amélioration de l'information nutritionnelle, la lutte contre l'alcoolisation excessive des jeunes, le dépistage des IST, le renforcement de la réduction des risques auprès des usagers de drogues...

Les orientations de la loi sont ensuite déclinées dans les Plans Régionaux de Santé (PRS) mais aussi, depuis la loi santé Hôpital Patient Santé Territoire (HPST 2009), dans les Contrats Locaux de Santé territoriaux.

Le Plan Régional de Santé Rhône Alpes (2012-2017) intègre un Schéma Régional de Prévention qui aborde, entre autres, les thématiques de prévention suivantes :

- Le dépistage organisé des cancers
- Les vaccinations
- L'éducation thérapeutique du patient
- La déclinaison régionale des plans VIH/SIDA/IST et Hépatites, Tuberculose et Suicide

Par ailleurs, le Plan Régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) est destiné aux plus précaires, dont les habitants en quartier en politique de la ville.

3/ Accès aux soins et à la prévention : des inégalités sociales marquées

3.1 Une amélioration notable du niveau de vie liée à des mesures de prévention en population générale....

On enregistre en France, une élévation générale du niveau de vie et de santé des populations. Le baromètre santé 2010 met en avant le fait que la population se déclare mieux informée sur les questions de santé qu'au début des années 2000, en particulier sur l'alcool, le tabac ou le cannabis, facteurs de risques reconnus comme importants dans la mortalité prématurée. Ce même rapport mentionne une très forte progression depuis 2000 du recours au test de dépistage du cancer colorectal, et le maintien d'un niveau élevé d'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel. Ces changements confirment l'efficacité des campagnes de prévention qui ont contribué à généraliser l'utilisation du préservatif en début de vie sexuelle.

3.2... Mais les inégalités sociales sont de plus en plus marquées

Ces résultats doivent être relativisés par les inégalités de pratiques préventives observées selon le milieu social, qu'il s'agisse de l'utilisation du préservatif au premier rapport ou de la médicalisation de la contraception, moins élevées parmi les femmes les moins favorisées socialement. Les résultats du Baromètre santé 2010 mettent en évidence des disparités parfois importantes au sein de la population, pointant parfois certains groupes en situation de vulnérabilité ou de rupture : les personnes en situation d'emploi précaire ou de chômage qui présentent des prévalences de dépression caractérisée et de pensées suicidaires particulièrement élevées, mais aussi certaines jeunes filles dont on a pu mesurer, grâce à l'échelle de Duke⁵, une qualité de vie particulièrement basse. L'exposition au risque de grossesse non désirée et de transmission d'une infection sexuellement transmissible (IST) apparaissent également plus fréquente dans les milieux les moins favorisés.

En dépit de l'élévation générale du niveau de vie et de santé des populations, ces inégalités s'aggravent en France et dans le monde, notamment sous l'effet d'un mécanisme de progrès différentiel ; l'espérance de vie progresse pour tous mais néanmoins plus rapidement pour

⁵ Questionnaire « qualité de vie » développé par l'INPES dans les Baromètres Santé

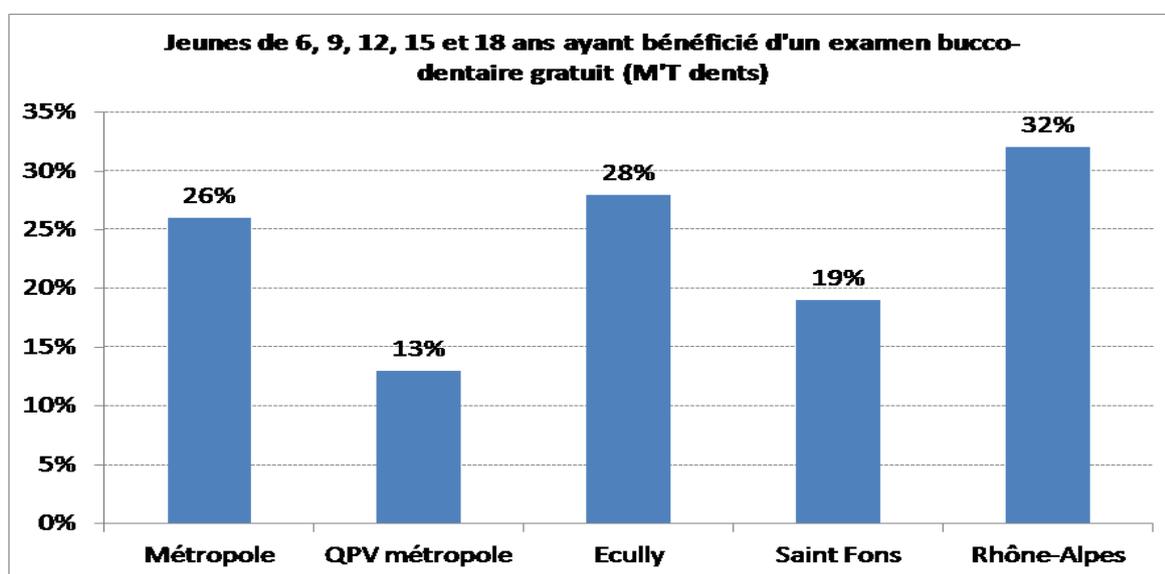
les groupes déjà les mieux lotis en matière de santé, qui bénéficient mieux de l'accès aux programmes et moyens de prévention⁶.

En contraste avec les performances en matière d'espérance de vie et avec le principe égalitaire de notre Sécurité sociale, la France continue de se caractériser par des inégalités de mortalité en fonction de l'appartenance socioprofessionnelle parmi les plus marquées d'Europe occidentale, en particulier chez les hommes.

Ces inégalités découlent, pour partie, de variations dans l'accès et la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes d'une même pathologie. Mais ces inégalités découlent d'abord et surtout d'un échec relatif de la prévention dans notre pays (par rapport à d'autres pays comme la Suède ou la Grande Bretagne.)⁷

Ces inégalités sont particulièrement observées dans les quartiers en politique de la ville de la Métropole lyonnaise où, par exemple, les jeunes ayant bénéficié d'un examen bucco-dentaire gratuit organisé par l'Assurance maladie sont deux fois moins nombreux que dans le reste de la Métropole et le reste de la Région Rhône Alpes.

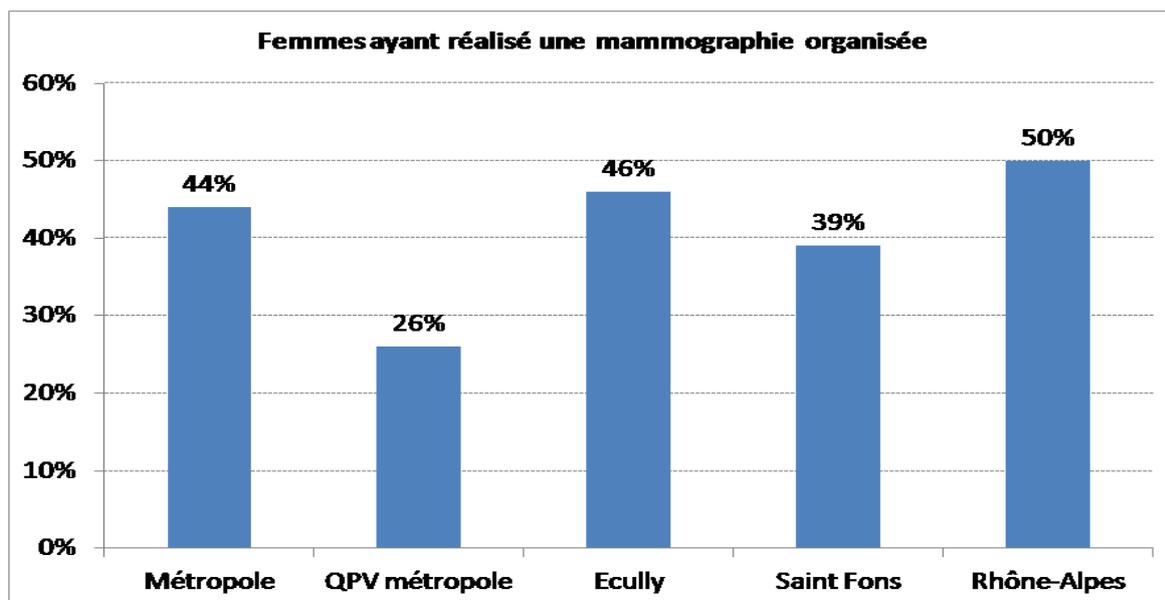
Le même constat est à observer pour le dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de plus de 50 ans dans les QPV de la Métropole.



Source : Données d'Assurance Maladie-ARS- 2013- Exploitation ORS

⁶ Recherches sur la prévention : une priorité dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Jean Paul Moatti. Professeur d'économie de la santé- Université d'Aix-Marseille, directeur de l'Institut de Santé publique (Aviesan)- ADSP-Juin 2013

⁷ Idem



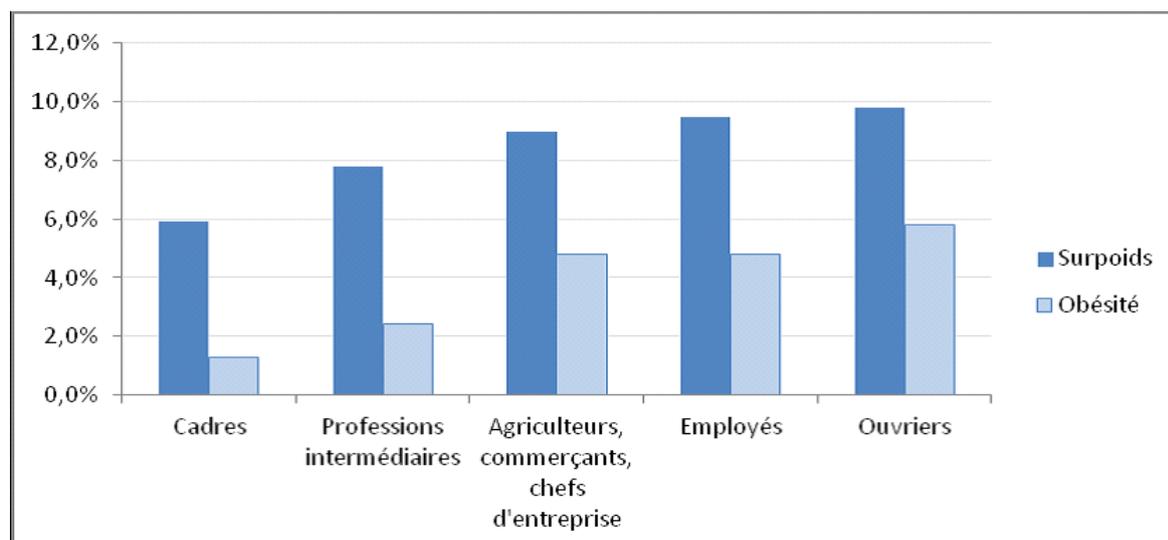
Source: Données d'Assurance Maladie-ARS- 2013- Exploitation ORS

Les facteurs explicatifs de la surmortalité frappant les catégories les moins favorisées interviennent pour l'essentiel en amont de la prise en charge proprement médicale des différentes pathologies. Ces catégories défavorisées cumulent en effet les facteurs de risque des principales pathologies : expositions plus fréquentes aux risques environnementaux (toxiques cancérigènes dans le milieu professionnel, polluants atmosphériques dans la zone d'habitat), prévalence plus élevée des facteurs de risque comportementaux liés aux modes de vie (tabac, alcool, facteurs nutritionnels.), moindre accès aux dépistages précoces et diagnostics plus tardifs des pathologies graves....

Une autre hypothèse dites *des origines développementales de la santé et des maladies (Dohad)* soutenue par une multitude croissante de données expérimentales (humaines et animales), épigénétiques et épidémiologiques, postule que la vulnérabilité spécifique des périodes pré- et néo natales ainsi que les traumatismes et expositions aux risques durant l'enfance jusqu'à l'adolescence, peuvent avoir non seulement des conséquences immédiates mais aussi à moyen et long termes pendant toute la durée du cycle de vie.

Enfin, il semble aujourd'hui établi que les grandes campagnes de prévention ont du mal à toucher les publics les plus précaires, les catégories socio-professionnelles modestes. L'évaluation du Plan National Nutrition Santé 2 (PNNS) par l'IGAS en 2010 montre par exemple que le surpoids baisse en population générale mais qu'en la matière, les inégalités territoriales sont de plus en plus exacerbées (les enfants de cadres sont moins obèses, alors que les enfants d'ouvriers le sont davantage...), ce qui confirme que les grandes campagnes de prévention toucheraient moins les populations défavorisées.

Prévalence du surpoids et de l'obésité en classes de grande section de maternelle, selon le groupe social des parents



France 2012-2013. Source DREES-DGESCO

Néanmoins, pour nuancer ce propos, soulignons que le Baromètre santé (INPES) dans son rapport 2010, met en avant la forte hausse entre 2000 et 2005 du pourcentage de mammographies effectuées dans le cadre du dépistage organisé par les femmes ayant les revenus les plus modestes. Cette augmentation est un signe encourageant, preuve que la question des inégalités de santé peut être prise en compte avec un certain succès.

4/ Stratégies documentées pour réduire les inégalités sociales de santé

Il existe peu d'évaluations et de capitalisations existantes sur des interventions de prévention existantes et efficaces en termes de lutte contre les inégalités de santé.

L'une des recommandations portées par les experts en santé publique est que la recherche ne doit plus seulement porter sur la mesure des inégalités et sur leurs déterminants mais aussi sur la définition et l'évaluation rigoureuse d'interventions et de politiques publiques visant à les réduire. En effet, la connaissance d'actions démontrées comme étant efficaces et efficientes est fragmentaire, or ces actions pourraient constituer des modèles.

Par ailleurs, des expériences de terrain conduites au Québec ou dans certaines villes européennes (Birmingham, Glasgow, Malmö), et comme celles que s'efforcent de soutenir en France, le réseau des villes santé OMS et l'INPES, confirment que ces interventions ne peuvent se contenter d'impliquer le seul système de soins mais qu'elles doivent être intersectorielles pour être efficaces⁸.

L'intersectorialité suppose que soit mené un travail d'argumentaire, de formation et de recherche qui permette à chaque acteur, dans différents domaines (santé, social, logement, urbanisme, éducation,...) de mesurer comment les enjeux de santé viennent s'intégrer dans son champ d'action et ce afin de développer un « réflexe santé » dans les politiques publiques pouvant avoir des effets sur la santé. Ceci faciliterait le développement

⁸ Potvin L., Moquet J-M, Jones C. Réduire les inégalités sociales en santé. Inpes, coll Santé en action, Saint-Denis, 2010

d'interventions adaptées aux situations économiques, sociales et culturelles particulières. Cela suppose aussi la participation des bénéficiaires à la construction et à l'évaluation d'actions. Il s'agit ainsi de développer une approche santé dans les politiques publiques ayant des effets sur la santé, en mettant à disposition des méthodes et outils visant à identifier ces impacts, les analyser et à proposer des adaptations ou ajustements de ces politiques.⁹

En ce qui concerne la petite enfance, par exemple, ce type de stratégie pourrait être développé à partir d'une réflexion et d'une coordination entre différents domaines. L'accueil du jeune enfant, aujourd'hui conçu pour répondre d'abord aux besoins des parents qui ont un emploi, exclut souvent, de fait, les enfants de milieux plus défavorisés. Pourtant, des modes d'accueil collectifs devraient être étendus en faveur de ces derniers, car ils favorisent le développement cognitif et l'éveil intellectuel, favorisant ainsi un capital santé pour l'avenir et permettant de soutenir les parents en difficulté sociale et familiale.

Par ailleurs, les experts en prévention mentionnent l'importance de la proximité et surtout de la mise en œuvre territoriale des actions de prévention. Le niveau communal ou intercommunal peut ainsi apprécier finement les besoins d'une population et les actions à mener, en faciliter l'acceptation par les personnes concernées et coordonner les interventions des différents services et professionnels mobilisés. De plus, ce niveau est le mieux à même d'assurer des interventions portant sur plusieurs déterminants de la santé à la fois. C'est bien dans cet état d'esprit qu'ont été conçus les contrats locaux de santé.

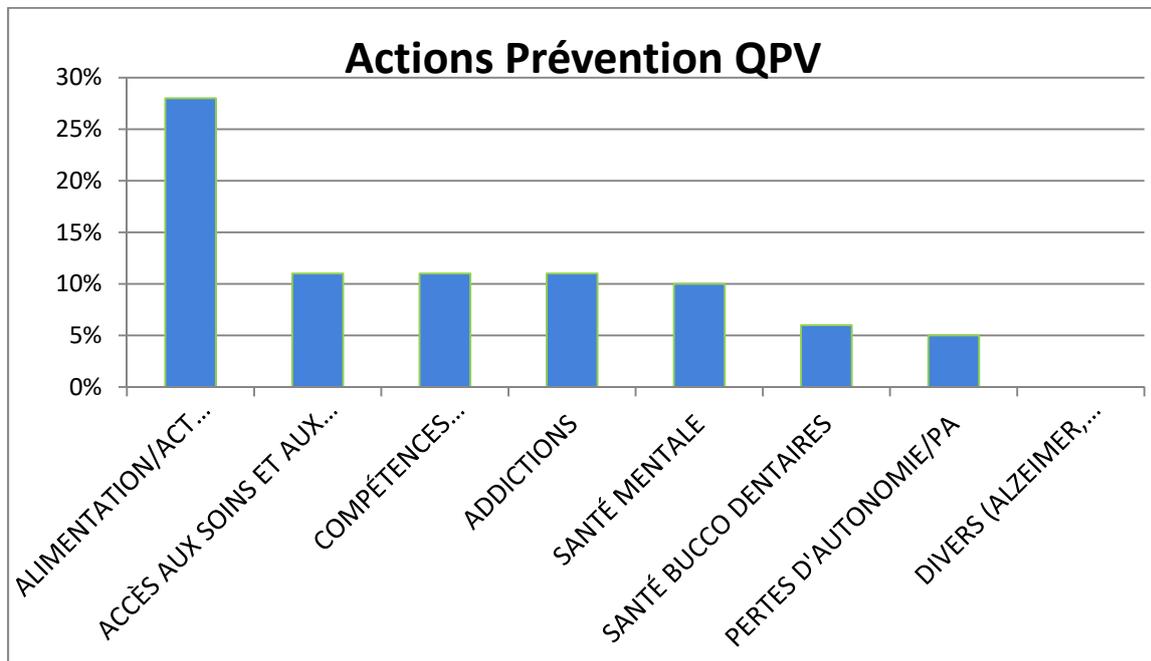
Enfin, le Comité interministériel des villes du 19 février 2013 fait de l'accès aux soins, aux droits sanitaires, à l'éducation à la santé et à la prévention, un enjeu majeur dans les quartiers populaires.

Un de ses objectifs est de réduire les inégalités territoriales de santé en agissant sur l'accès aux dispositifs de prévention et sur l'accès à l'offre de soins. Les contrats locaux de santé et ateliers santé ville sont des outils importants de cette politique.

Dans le cadre métropolitain, le contexte est favorable puisque le contrat de ville projette de « *renforcer les initiatives en termes de promotion de la santé et de prévention, notamment en matière de santé mentale, nutrition, lutte contre les addictions dans les QPV* »

⁹ Lise Alter, Interne de santé publique, B.Buguet, J.Emmanueli, M.Jeantet, A.Lopez, D.Nizri, F. Schatzel, Membres de l'IGAS « La nécessité d'un pilotage local et intersectoriel de la prévention et d'une action ciblée » ADSP

Aujourd'hui, on recense 351 actions de prévention dans les QPV de la Métropole, dont 101 concernant l'alimentation et l'activité physique.



Source: Recensement actions de prévention QPV-ORS-Ireps-Ades-Adessa-Nov 2014. Traitement ORS

Bibliographie Accès aux soins et à la prévention

(Classée par ordre chronologique, selon date de publication)

- Prévention et promotion de la santé. Jean-Louis SAN MARCO et Philippe LAMOUREUX. Synthèse de la journée organisée par l'INPES et l'UIPES. Paris, 2004
http://inpes.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/colloque_031204/Synthese.pdf
- Jeunes suivis par la Mission Locale en Alpes Sud-Isère. Etude qualitative. Medina P., Guye O. ORS Rhône-Alpes, 2008. 69p.
Disponible : <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Rapport%20jeunes%20ASI.pdf>
- Traité de prévention - Médecine-Sciences Flammarion- Sous la direction de François Bourdillon. Médecines-Sciences, Flammarion, 2009
- Réduire les inégalités sociales en santé. Potvin L., Moquet J-M, Jones C. Inpes, coll Santé en action, Saint-Denis, 2010
- Les jeunes en Rhône-Alpes : Etat des lieux sur la contraception, les IVG et l'offre en matière de soins, d'éducation et de prévention. Guye O., Fontaine D., Fontaine-Gavino K., Bolamperti P., Dreneau M. ORS Rhône-Alpes, 2011. 107p. Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/IVG_RA.pdf
- Diagnostic sur le dépistage et l'accompagnement des troubles du langage dans l'agglomération grenobloise. Medina P., Guye O. ORS Rhône-Alpes, 2011. 67p.
Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Troubles_langage.pdf
- Projet Régional de Santé Rhône-Alpes 2012-2017. Programme territorial de santé Centre. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, 2012. 143p.
- Du changement de comportement à l'action sur les conditions de vie. Breton E. Santé Publique, 2013, 25, suppl., 119-123
- Recherches sur la prévention : une priorité dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Jean Paul Moatti. Professeur d'économie de la santé- Université d'Aix-Marseille, directeur de l'Institut de Santé publique (Aviesan), ADSP, 2013, 83.
- Indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable". Haut Conseil de la Santé Publique, 2013. 31p.
- Principes et mise en œuvre de la prévention. Peretti-Watel P., Arwidson P., Jourdan D., Bourdillon F., et al. ADSP, 2013, 83. 29-45
- La nécessité d'un pilotage local et intersectoriel de la prévention et d'une action ciblée Lise Alter, Interne de santé publique, B. Buguet, J. Emmanuelli, M. Jeantet, A. Lopez, D.Nizri, F. Schaetzel, Revue ADSP, 2013, 83.
- Interventions de prévention auprès des jeunes : état des connaissances scientifiques. Ferron C., Arwidson P., Lamboy B. Santé Publique, 2013, 25,1, 74p.
- Les comportements de santé des jeunes. Analyses du baromètre santé 2010. Beck F./dir. INPES, 2013. 337p.

- Indicateurs de prévention dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche. Bolamperti P., Dreneau M., Pépin P., Sonko A. ORS Rhône-Alpes, 2014. 81p. Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/TB_Drome_Ardecche_Prevention.pdf
- Inégalités sociales de santé et nutrition : vers une politique d'universalisme proportionné ? Lang T., Soler L.G. ADSP, 2014, 87, 43-45
- Etat des lieux sur les actions de prévention menées dans les territoires en politique de la ville dans la région Rhône-Alpes. Dreneau M., Anzivino L., et al. ORS Rhône-Alpes, 2014. 81p.
- Baromètre santé 2010. Données régionales Rhône-Alpes. Marant-Micaleff C., Dreneau M., Sonko A. ORS Rhône-Alpes, 2014. 35p. Disponible : <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Barometre2010.pdf>
- Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014, Richard J.-B., Gautier A., Guignard R., Léon C., Beck F. Inpes, coll. Baromètres santé, 2015 : 20 p (voir le Questionnaire « qualité de vie »)
- La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. Guignard R., Arwidson P. BEH, 2015, 17-18, 281-288
- Précarité et santé dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche. Bolamperti P., Dreneau M. ORS Rhône-Alpes, 2015. 63p. Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante_precaire_26_07.pdf
- Diagnostic local de santé sur la santé des jeunes Burgiens de 12 à 29 ans. Medina P., Fontaine-Gavino K., Bolamperti P., Dreneau M., Martin de Champs C. ORS Rhône-Alpes, 2015. 129p. Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/DLS_Bourg_Jeunes.pdf
- Des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Chardon O., Guignon N., De Saint-Pol T. ADSP, 2015, 92. 5-8
- La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Chardon O., Guignon N., De Saint-Pol T. DREES, Etudes et résultats, 2015, 920, 6p.
- Les associations santé en Rhône-Alpes. Situation au 30 juin 2015. Dreneau M., Gonon V. ORS Rhône-Alpes, 2016. 4p. Disponible : <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/associations2015.pdf>
- La santé des enfants de 0-6 ans en Rhône-Alpes. Fontaine-Gavino K., Bolamperti P., Dreneau M. ORS Rhône-Alpes, 2016. 55p. Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante_enfants_0_6_ans_RA.pdf

L'accès aux soins et à la prévention : Constats d'observation partagée

1/ L'accès aux soins et à la prévention, pour qui ?

1.1 Etre attentif à la mixité des publics

Il faut être vigilant à ne pas stigmatiser les populations des QPV : il est important de développer des actions de prévention qui favorisent la mixité des publics. La mixité sociale est un objectif complexe à atteindre, mais il faut veiller à ne pas développer une « *prévention pour les pauvres* » qui pourrait « sur-étiqueter » certains publics. Il faut à la fois valoriser les savoirs et les compétences des habitants des QPV, et mettre en valeur le fait qu'ils partagent des problématiques communes avec les habitants d'autres parties du territoire, qu'ils ne sont pas « *estampillés* » comme précaires. Certains lieux facilitent la mixité sociale, par exemple les permanences de pesée des nourrissons dans les PMI, où l'on peut rencontrer une grande diversité sociale dans les salles d'attente, ce qui est également vrai dans les crèches et dans les lieux d'accueil parents-enfants (LAPE). Mais les outils de la mixité sociale sont quelquefois difficiles à mettre en avant, à préserver. Ainsi, dans les lycées et les collèges, les classes euro ou bilangues permettaient une certaine mixité qui va peut-être disparaître avec la suppression des classes « euros ».

Par ailleurs, il ne faut pas oublier les CSP « moyennes » qui ont également des besoins en santé. Il ne faut pas laisser de côté les quartiers qui ne sont plus classés en QPV mais dont une partie de la population continue à être concernée par des difficultés socio-économiques, des difficultés d'accès aux soins et à la prévention.

1.2 Etre attentifs aux besoins spécifiques : publics défavorisés, tranches d'âge, cultures

La proximité est une notion très importante en matière de prévention, afin d'intégrer les spécificités en lien avec les besoins spécifiques des publics, selon leurs catégories socioprofessionnelles, les cultures en présence sur les territoires.

On rappelle que les publics défavorisés sont souvent peu mobiles (pas de véhicule personnel, coût des transports en commun), plus rapidement désorientés (barrières symboliques, linguistiques) : la proximité géographique est ainsi l'un des éléments forts qui conditionnent le recours et l'accès aux soins, même s'il est loin d'être le seul (accessibilité économique, symbolique).

Le logement et les quartiers cloisonnent aussi les habitants... La question des transports, des opportunités de mobilité entre quartiers défavorisés et favorisés est très importante, et participe aux enjeux d'accès à la prévention.

Par ailleurs, en matière de recours aux soins, les publics défavorisés, vont facilement aux urgences : les raisons de cette pratique sont multiples, mais elles révèlent, entre autre, une attente de réponse immédiate face à une inquiétude forte, une attente de « proximité

temporelle ». Ces pratiques et attentes montrent peut-être également un déficit en matière d'information et de prévention sur les recours adaptés selon les situations, sur la notion d'urgence.

Enfin, certains messages ne « passent » pas auprès des populations défavorisées, notamment en ce qui concerne l'équilibre alimentaire : épiceries sociales, banque alimentaire, constatent ainsi que les bénéficiaires boudent souvent les légumes. A titre d'exemple, une partie des publics bénéficiaires de ces structures ne sait pas comment cuisiner les légumes, ou n'a plus l'habitude de manger des légumes... Les messages sur la diversité alimentaire ne sont de ce fait pas toujours entendus, pas compris ou semblent difficiles à être appropriés, compte-tenu des pratiques réelles des personnes.

Il serait souhaitable que le contenu des messages de prévention soit décliné de manière adaptée selon les spécificités des publics, les spécificités locales (notamment dans les QPV), dans une logique d'« universalisme proportionné » car toutes les populations, toutes les CSP n'ont pas les mêmes besoins et attentes. Il est donc important de s'adapter aux représentations et pratiques réelles des publics, dans leur contexte de vie, afin de rendre la prévention accessible à tous et notamment aux défavorisés, et de leur montrer qu'il est possible de changer certaines habitudes sans forcément bouleverser tout son mode de vie.

Par ailleurs, les communes ont chacune leurs spécificités (ressources locales, configuration spatiale, transports...), auxquelles il faut aussi s'adapter pour affiner au mieux les messages dans leur contenu et leur mode de diffusion.

La question des tranches d'âge ne doit pas être négligée. Les difficultés fréquemment rencontrées chez les personnes âgées (isolement, perte de mobilité, perte d'autonomie, retour à domicile après une hospitalisation, ...) constituent des facteurs de vulnérabilité accrue importants. Les besoins en accompagnement, mais aussi en veille et en réseau d'alerte sont essentiels pour prévenir les situations de crises ou de basculement vers des situations à risques chez les personnes âgées. La question des critères d'alerte doit être particulièrement travaillée entre partenaires (MDR, CCAS, médecins traitants, infirmiers libéraux, ...). Cette problématique se rencontre dans et hors des territoires en QPV... Il est cependant possible que l'isolement des personnes âgées soit moins fort dans les QPV, les populations issues de l'immigration prenant encore beaucoup en charge leurs aînés.

On notera que différents outils de prévention ont été développés, spécifiques aux personnes âgées (notamment outils CARSAT, CPAM, CCAS des communes, communes) : documents, ateliers. Mais là encore, il n'est pas certains que toutes les personnes âgées qui en ont besoin soient aujourd'hui repérées, et puissent bénéficier de ces actions, outils.

Enfin, la question de l'isolement (notamment des personnes âgées qui ont des difficultés de mobilité) reste problématique : il y a peu de bénévoles qui réalisent des visites à domiciles, et les bénévoles doivent être formés.

Les enfants doivent aussi faire l'objet d'une grande vigilance. Il faut être attentif aux inégalités sociales, et ce dès le plus jeune âge et travailler les questions de prévention très en amont, avec les jeunes enfants.

2/ L'accès aux soins et à prévention avec quels acteurs, quels outils ?

2.1 Les professionnels

2.1.1 Les ASV

Les ASV constituent des outils importants pour développer les démarches de prévention sur les territoires : de nombreuses actions de prévention sont issues du travail des ASV, mais ces derniers sont mal reconnus, manquent de moyens... Et certains ASV ont disparu. Les ASV qui perdurent font face à des demandes de plus en plus nombreuses... Et, en tout état de cause, la coordination entre professionnels ne peut palier le manque de moyens.

Dans ce contexte de demandes importantes, de moyens faibles, l'évaluation des actions réalisées dans le cadre des ASV est difficile à mener. Même si l'évaluation des actions se développe, ces démarches sont chronophages et certaines structures ont besoin d'aide pour mener des évaluations... De ce fait, ce sont surtout des petits « bilans » qui sont le plus souvent réalisés. Du côté des financeurs, il y a souvent une demande concernant le nombre de personnes « touchées » par les actions, mais il s'agit d'un indicateur insuffisant pour évaluer l'impact réel des actions, et ce même s'il faut rester attentif aux coûts de ces actions, en rapport avec les publics touchés. Par exemple, organiser un atelier pour 5 participants est peut-être utile à ces personnes, mais pose le problème de tous ceux qui ont des besoins sur un territoire et qui ne sont pas touchés.

2.1.2 Les médecins généralistes

Ils demeurent une ressource essentielle. Les médecins sont concernés par la question de l'accès aux droits et aux soins : il est possible de créer, au moins avec certains, une culture commune avec eux sur des thématiques de prévention. Il est essentiel de les informer de ce qui se fait sur les territoires, même si, in fine, tous les médecins ne participent pas à ces démarches. Il faut donc trouver les moyens d'impliquer les médecins généralistes, et aussi autres professionnels de santé, en sollicitant notamment les URPS.

Par ailleurs, si des plateformes territoriales d'appui ont été mises en place par l'ARS, la question de la participation des médecins généralistes aux dynamiques locales semble encore fragile.

Sur les QPV, *les centres sociaux* sont de plus en plus repérés comme étant des acteurs de prévention, auprès des adultes et des enfants (activités péri-scolaires).

Notons à cet égard qu'il y a des besoins d'accompagnement / de formation des acteurs de terrain en matière de promotion de la santé.

A l'inverse, les assistantes sociales des MDR ont déjà énormément de missions et ne peuvent pas ou difficilement être sollicitées sur le domaine de la santé : elles se recentrent sur leurs missions de base, ce qui réduit les opportunités de partenariat... D'où l'intérêt de pouvoir développer des partenariats au niveau métropolitain, avec de multiples acteurs.

2.2 Les habitants

2.2.1 La mobilisation, la participation des habitants est difficile à susciter

La participation des habitants dans la construction des démarches de prévention est très importante.

Mais la participation des habitants sur les questions de santé, quelle que soit leur tranche d'âge, reste une démarche complexe : la santé n'est pas un sujet de mobilisation facile. Ainsi, les questions de santé ne sont pas forcément les plus motivantes pour les habitants et certaines sont plus délicates que d'autres à aborder (par exemple : le dépistage du cancer colorectal reste un thème qui « accroche » peu les habitants, spontanément). En revanche le thème du bien-être est plus attractif.

Par ailleurs, la co-construction est difficile à réaliser et nécessite du temps, les pays nordiques, anglo-saxons parviennent apparemment mieux que les français à impliquer les habitants. La « santé communautaire » ne fonctionne pas bien en France, mais c'est peut-être parce que nos modèles culturels sont différents... On note aussi que les habitants les plus précaires ne sont pas en attentes de réponses collectives, mais de réponses individuelles.

A Lyon, les ASV ont réussi à mettre en place des petits groupes d'habitants qui réfléchissent aux questions de santé et qui parfois réussissent à avoir une autonomie, hors cadre ASV. Néanmoins mettre en place des « groupes-projets » avec des habitants représente un énorme investissement : il faut souvent beaucoup solliciter, re-solliciter les habitants pour que des groupes puissent véritablement se constituer. Quelquefois, ces groupes fonctionnent bien et il y a un effet « boule de neige » qui permet d'impliquer d'autres habitants du quartier, mais cela nécessite toujours un travail très important.

Il peut arriver que les habitants soient spontanément demandeurs d'actions collectives, de participation (exemple des groupes d'habitants sur Pierre-Bénite) mais, malgré cela, leur présence aux réunions de travail demeure aléatoire.

Au-delà de la forme, il faut réussir à trouver ce qui rejoint véritablement les préoccupations quotidiennes des habitants, et examiner comment la santé peut s'intégrer à ces préoccupations et besoins spontanés, quotidiens. Les habitants n'ont pas de demandes sur des thèmes comme le dépistage des cancers... Il faut être attentifs à leurs demandes spontanées.

Enfin travailler avec les habitants requiert une formation, des compétences spécifiques. Il faut savoir s'interroger sur la manière de mettre en place un groupe d'habitants, sur la manière de le pérenniser, et dans quel objectif. Il est en effet très important d'éclaircir, dès le départ, de que l'on attend d'une co-construction avec les habitants... Et il faut accepter que les habitants aient d'autres préoccupations et priorités, mais aussi que le travail fait en groupe n'essaime pas... Et ce, même s'il y a souvent du côté des professionnels l'espoir que ces groupes grossissent ou donnent naissance à d'autres groupes, initiatives.

Par ailleurs si un groupe d'habitants parvient à se constituer dans une démarche de « santé communautaire », et à une durée de vie longue, le risque est alors que ces personnes finissent par rester entre elles, en « circuit fermé ».

Il faut être à l'écoute des attentes des habitants, travailler avec les professionnels qui sont force de proposition et accepter de « *laisser vivre les groupes* », sans chercher à les pérenniser à tout prix.

Enfin, les habitants qui participent à ces actions de prévention/promotion de la santé ne sont que des représentants d'eux-mêmes. Ils ne constituent pas un marqueur ou indicateur de la sensibilisation aux questions de santé des autres habitants du territoire.

2.2.2 Des outils, approches, pour travailler avec les habitants

Différents outils peuvent être utilisés pour faire participer les habitants aux actions de santé, par exemple le théâtre forum, notamment utilisé avec les collégiens, qui apprécient ces formats d'action. Les évaluations menées de ce type d'action sont très positives, mais elles sont insuffisamment connues.

Le travail réalisé dans le cadre des ateliers menés par ATD Quart-Monde est très intéressant à cet égard et peut constituer un « modèle ».

Les ASV ont souvent une véritable volonté de construire « avec » les habitants, mais il faut trouver les bonnes « entrées » : les approches hédonistes, voire ludiques, conviviales, positives, en lien avec le plaisir et le bien-être (sur l'alimentation, les soins de peaux/soins de cheveux, par exemple) sont globalement attractives.

On repère dans les quartiers défavorisés beaucoup d'isolement et pas toujours de fortes envies de participer à des actions collectives, de partager avec d'autres... Ceux qui participent aux groupes viennent donc aussi pour rompre cette solitude, et sont en capacité de le faire.

Il faut être vigilant à ce que les outils de prévention utilisés sur le terrain soient bien adaptés aux publics en difficultés socio-économiques. Les personnes en difficultés avec l'écrit, ou avec la langue française, peu familiers de certains concepts ou pratiques en santé (dépistage, ...) peuvent ne pas être touchés par des outils trop sophistiqués, abstraits ou éloignés de leur vie quotidienne. Le repérage, et ensuite l'acquisition ou l'utilisation d'outils réellement adaptés au terrain pourraient être facilité par le soutien de la Métropole.

2.2.3 La mobilisation des jeunes par les jeunes ?

Les jeunes ont des modes de fonctionnement propres, notamment du fait de leur utilisation des réseaux sociaux virtuels. Les approches à mobiliser avec les jeunes peuvent être très différentes de celles mobilisées avec les adultes : ils ont peut-être davantage besoin d'adhérer à un groupe affinitaire (sentiment d'appartenance). En même temps, ils ont la capacité à créer rapidement de nouveaux réseaux : par exemple, des jeunes qui ne se connaissent pas peuvent se retrouver pour faire de l'activité physique ensemble...

Il serait souhaitable de travailler davantage avec les jeunes et de leur confier l'élaboration d'actions : ils savent souvent mieux s'appuyer sur les réseaux sociaux que les adultes.

2.3 Les supports, leviers pour mener des démarches, des actions de prévention

La Plateforme des ASV, le site des villes santé OMS peuvent constituer des ressources pour mener des actions de prévention. Le PNNS permet aussi l'accès à des outils de promotion de la santé intéressants à utiliser sur les territoires.

En matière de prévention, certains leviers apparaissent comme particulièrement importants qui constituent aussi des déterminants de la santé : l'urbanisme, le logement, les transports.

La réalisation d'Évaluations d'Impact Sanitaire, permet de sensibiliser les élus à la place de la santé sur les territoires (en lien notamment avec l'urbanisme) et de favoriser la mise en place une culture commune.

Les campagnes de prévention ne sont pas toujours adaptées aux publics des QPV, il faudrait davantage les décliner en prenant en compte les difficultés spécifiques aux populations défavorisées, en proximité...Par exemple en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, ce type de thématique requiert un accompagnement des femmes afin que les messages soient bien compris et appropriés. Il en va de même pour le dépistage du cancer du colon. Les publics ne sont pas réfractaires à la prévention et au dépistage, mais il y a un fort besoin pour améliorer les explications données, faire tomber les freins et craintes. Travailler avec les CPEF, les URPS (médecins, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, ...), en lien avec les médiateurs de santé serait souhaitable pour affiner les leviers de la prévention, et voir comment chacun peut relayer, depuis sa place, un message cohérent et adapté.

Le lien avec les laboratoires de recherche universitaire est également intéressant à développer afin de mener des recherches-actions avec la population, et plus largement afin de mieux connaître les pratiques et représentations réelles des habitants. Ce type de travaux peut faciliter la participation des habitants et la co-construction de messages de prévention adaptés.

3/ Des exemples d'actions de prévention menées sur les communes

Toutes les communes mènent déjà des actions dans le domaine de la prévention en santé. Il existe ainsi de nombreuses actions de prévention, mais qui ne sont pas évaluées. Certaines de ces actions semblent très pertinentes, mais ne sont pas forcément valorisées.

A Villeurbanne, des actions de prévention bucco-dentaire sont menées, qui semblent en lien avec la diminution du taux de caries dans les QPV (dans un contexte national de baisse de l'indice carieux). Ces actions ont été menées par les services de santé scolaire municipale en lien avec des dentistes libéraux bénévoles, afin notamment de réaliser des dépistages dans les écoles. Aujourd'hui, le taux de caries est le même dans tous les quartiers de Villeurbanne, ce qui tend à montrer que des actions de prévention peuvent rapidement impacter l'état de santé des populations, même en QPV.

A Villeurbanne sont organisés des petits-déjeuners santé pour les habitants, avec différents partenaires (CPAM, CAF), qui permettent de faire évoluer les représentations de chacun sur la santé, et de faciliter les relations avec les institutions.

La Métropole mène également de nombreuses actions de prévention, notamment auprès des enfants, via les Maisons du Rhône, où interviennent des médecins, des puéricultrices, des auxiliaires puéricultrices, qui peuvent effectuer des visites à domicile. La Métropole peut également intervenir au plus près des QPV grâce au Bus Info Santé.

A Oullins, l'Atelier Santé Ville n'existe plus, il demeure néanmoins la volonté de mener une politique de santé globale sur le territoire.

Sur Pierre-Bénite, le centre de santé est situé au cœur d'un quartier en QPV et offre une large palette de soins. Le centre permet également de réaliser des échographies et des mammographies, ce qui facilite des démarches de dépistage pour la population... Néanmoins les problèmes et besoins des habitants en matière de santé sont très importants... Les partenariats avec CCAS, MDR, centre social, éducateurs de prévention, MJC, médiateurs santé sont forts, ainsi qu'avec les habitants-relais.

Sur les 9èmes et 8èmes arrondissements de Lyon, des interventions sont menées sur le dépistage du cancer du sein avec l'ADEMAS, qui rencontrent un intérêt et des attentes d'information de la part des habitantes.

Le pôle de santé de Lyon 8^{ème} a mis en place des ateliers auxquels participent des habitants. Sur les pentes de la Croix-Rousse, des groupes d'habitants ont été constitués autour de projets de santé.

On repère aussi de nombreuses actions sur la parentalité, l'usage des écrans (chez les adultes et surtout les ados) dans différentes communes.

4/ Prévention et accès aux droits : de fortes difficultés sont pointées

4.1 La vulnérabilité économique et sociale amoindrit l'accès aux droits

La vulnérabilité, la faible estime de soi, les faibles capacités de communication sont souvent des freins dans l'accès aux soins et à la prévention.

Par ailleurs les freins économiques peuvent être également très forts, sans compter que, sur certaines communes il arrive que les médecins généralistes refusent la CMUc, invoquant les difficultés de la télétransmission avec la CPAM... Le renouvellement des droits est de plus en plus compliqué, et les périodes où certains habitants restent sans droits s'allongent. Cela est particulièrement défavorable pour les jeunes (qui manquent d'information, ne savent pas comment faire pour mettre à jour leur carte vitale, ...) et les personnes âgées. Les femmes qui n'ont pas eu d'activité professionnelle et qui divorcent autour de la cinquantaine sont aussi en grandes difficultés. On voit de plus en plus de personnes qui n'ont plus de chauffage, plus d'éclairage, qui n'ont plus les moyens de se déplacer jusqu'aux Resto du Cœur... Les effets de la crise se sont fait sentir et la précarité est en augmentation partout, qui fragilise les personnes...Ainsi, l'accumulation de difficultés multiples, au plan économique et social peut, au fil du temps, amenuiser la combattivité des personnes, qui se sentent accablées par les obstacles à franchir.

Autre public vulnérable, touché par les difficultés économiques et par la réduction des solidarités traditionnelles, les personnes handicapées, qui peuvent souffrir de précarité matérielle, mais aussi d'un isolement social important, et ce plus encore peut-être, lorsque le handicap est psychique. Les besoins d'accompagnements sont donc forts pour ces personnes, mais les ressources font souvent défaut....

Il y a ainsi de nombreux éléments à améliorer dans le suivi et l'accompagnement des personnes qui n'ont pas leurs droits ouverts, ou qui ont des difficultés économiques... Et ce dans un contexte où le renouvellement des droits devient de plus en plus compliqué.

Il faut par ailleurs souligner l'importance du premier accueil, où les professionnels sont souvent peu valorisés, alors qu'ils jouent un rôle-clef dans le déblocage de certaines situations

4.2 L'éloignement des ressources de droit commun amoindrit l'accès aux droits

La fermeture de permanences CPAM, CAF, CARSAT en certains territoires comme par exemple à Feyzin (commune « sortie » de la politique de la ville) a été durement ressentie par les habitants : ils doivent se déplacer sur d'autres communes, parfois avec difficultés,

pour résoudre leurs problèmes d'accès aux droits... Ceux qui ne sont plus à jour de leurs droits et qui ne peuvent se déplacer sont confrontés à la difficulté supplémentaire de trouver une ressource pour être aidés dans leurs démarches de réaffiliation... Or les publics sont de moins en moins accompagnés et l'accès aux droits est de plus en plus difficile pour les publics fragiles. La médiation santé demeure une ressource précieuse en la matière, mais elle n'existe pas partout... Par ailleurs, l'accompagnement physique des publics est en contradiction avec la quasi injonction à « *faire du chiffre* » : à recevoir un nombre important de personnes...

Dans certaines communes, les médiatrices santé ont remplacé les services publics ou la CPAM en matière d'aide à l'accès aux droits, et les PIMS sont sursaturés, là où ils existent... La perte des permanences (CPAM, CAF, ...) sur les territoires a des conséquences néfastes sur l'accès aux droits des publics, mais aussi sur leur accès aux soins et à la prévention. Les files d'attente se multiplient, les droits deviennent plus difficiles à ouvrir ou à maintenir pour les publics fragiles, et le recours aux soins s'en ressent.

Les habitants doivent se rendre dans les « structures-mères » à Lyon, alors que les trajets en transports en commun sont parfois longs et complexes. Il y a un phénomène de centralisation géographique des ressources en certains points de l'agglomération qui dessert les publics de certaines communes périphériques. Cependant ce phénomène n'est pas le même partout et on peut s'interroger sur les raisons qui font que certaines communes ont pu maintenir ces permanences et d'autres non.

On note également que les associations caritatives sont de plus en plus débordées du fait de l'augmentation des demandes d'aide : chômage, emplois précaires, mais aussi parfois diminution des solidarités familiales (divorces, ruptures, éloignement familial, ...). Dans ce registre, on repère des formes de solidarités qui témoignent d'une grande fragilisation des situations : ainsi les personnes âgées retraitées, modestes, voire allocataires du minimum vieillesse, qui hébergent et parfois soutiennent complètement leurs enfants, revenus au domicile après une rupture. Du fait de l'aide apportée aux descendants, ces personnes peuvent accroître leurs difficultés pour faire face à certains besoins de santé, et notamment ceux particulièrement fréquents dans cette tranche d'âge (prothèses dentaires, optique, ...)

Dans ce contexte, il est indispensable de renforcer la connaissance mutuelle, les coordinations, les habitudes de travail ensemble. Se coordonner à l'échelle des territoires est essentiel, entre communes, avec des intervenants extérieurs, même si la coordination ne peut palier au manque de moyens et qu'elle requiert elle-même du temps et des moyens humains... Moyens de plus en plus difficiles à mobiliser dans un contexte où chacun se « recentre » sur ses missions voire, sur certaines missions... Face à la pénurie on pourrait imaginer un bus itinérant ou des permanences de services « mobiles », là où sont les publics vulnérables, et où les réponses en proximité sont le plus nécessaires.

Cela est également vrai pour accéder à certaines ressources caritatives et questionne le sujet des transports en commun et de la liaison entre communes et siège des ressources.

Enfin, les outils numériques, notamment avec les « guichets uniques », suscitent de grandes inquiétudes : ces outils vont aggraver les fractures sociales, car tous les publics n'ont pas accès à Internet ou ne savent pas s'en servir pour entrer en lien avec les administrations, institutions. Pour certains publics, un accueil physique est très important. Par ailleurs, certains publics ont besoin d'un contact physique, d'un peu de temps, d'écoute : il y a besoin d'une forme de médiation parfois, en plus de la réponse aux besoins « administratifs ». Mais cette plus-value est sous-estimée, mal évaluée, mal valorisée.

5/ La prévention : aussi une affaire de conditions de vie et d'accès aux professionnels de santé

Pour les personnes les plus précaires, les premiers besoins consistent à remettre le chauffage dans leur logement lorsqu'il a été coupé, à les aider à avoir accès à une alimentation de qualité (on notera que les Restos du Cœur ont de plus en plus de demandes) : les conditions de vie sont un enjeu essentiel pour développer la prévention et la promotion de la santé.

Par ailleurs, la prévention nécessite qu'une offre de soin puisse répondre aux besoins et attentes mis à jour. L'offre de soin sur les territoires est le « préambule » de la prévention, notamment en ce qui concerne la démographie médicale (et l'accès à cette offre par les transports en commun pour ceux qui n'ont pas de véhicule). Il faut réfléchir à la façon dont l'offre se décline à l'échelle du territoire. Il faut aussi réfléchir au rôle possible des Maisons Pluridisciplinaires de Santé en matière d'actions de prévention, voire aux centres de santé, qui peuvent faciliter la diffusion de messages de prévention, mieux aider les patients grâce au dossier médical partagé... En tout état de cause il n'y a pas de réponse unique.

Même si l'état de santé ne dépend pas que de la présence de l'offre de soin, celle-ci est essentielle, en proximité, pour les publics qui ont des freins économiques, des difficultés de mobilité.

La présence des services et l'accueil des personnes est aussi un premier pas important dans l'accès à la prévention : l'accès aux droits conditionne l'accès et le sens de la prévention (quelle prévention possible lorsque les personnes n'ont pas de droits ouverts ?).

Deuxième partie

La santé mentale

- **Éléments bibliographiques**
- **Constats d'observation partagée**

La santé mentale :

Eléments bibliographiques

1/ La santé mentale: définitions

De nombreuses définitions de la santé mentale existent. Beaucoup d'entre elles précisent que la santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux. Comme la santé physique est différente de la maladie, la santé mentale se définit d'une manière plus vaste et complexe que l'absence de maladie mentale.

La définition de l'OMS de la santé mentale de 2001 est largement reprise par la plupart des études et des auteurs. Pour l'OMS, la santé mentale se conçoit comme un «*état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté*»¹⁰.

Sont couramment distingués, comme ce fut le cas en France, dans le plan gouvernemental concernant la Psychiatrie et Santé Mentale pour la période 2005-2008, trois « stades » de santé mentale : la santé mentale positive, la souffrance psychique et les troubles mentaux.

- 1) **La santé mentale positive** est proche de la notion de bien-être
- 2) **La souffrance psychique** correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles.
Introduite par le rapport Lazarus¹¹ dès 1995, la notion de « souffrance psychique » désigne un état de mal être qui se caractérise par la présence de symptômes, le plus souvent anxieux ou dépressifs, qui ne sont pas forcément révélateurs d'une pathologie ou d'un trouble mental reconnu par les psychiatres. Ne nécessitant pas systématiquement de soins particuliers, la souffrance psychique doit être repérée et accompagnée pour prévenir une éventuelle dégradation psychologique plus importante.
- 3) Enfin **les troubles mentaux** désignent l'ensemble des troubles mentaux et des troubles du comportement répertoriés dans la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, dixième Révision (CIM-10) au Chapitre V (F00-F99).
Ils comprennent les troubles entraînant une charge de morbidité élevée comme la dépression, les troubles affectifs bipolaires, la schizophrénie, les troubles anxieux, la démence, les troubles liés à l'utilisation de substances, les déficiences intellectuelles, et les troubles du développement et du comportement qui apparaissent habituellement durant l'enfance et l'adolescence, y compris l'autisme (cf. tableau ci-dessous).

¹⁰ Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale. OMS, Aide-mémoire, n° 220, nov. 2001. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/print.html>

¹¹ Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, Rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, DIV/DIRMI, 1995, Lazarus A, Disponible sur http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/954050300.pdf

Table analytique des inclusions à trois caractères des troubles mentaux et du comportement - chapitre 5 de la CIM-10

F00-F09	Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (Alzheimer, autres démences)
F10-F19	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (ce groupe comprend de nombreux troubles variés, de gravité et de symptomatologie diverses, mais qui sont tous liés à l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psycho-actives, prescrites ou non par un médecin)
F20-F29	Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
F30-F39	Troubles de l'humeur [affectifs] (trouble affectif bi-polaire, épisodes dépressifs, mélancolie, troubles de l'humeur)
F40-F48	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (troubles anxieux, trouble obsessionnel-compulsif, troubles somatoformes et autres troubles névrotiques)
F50-F59	Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et des facteurs physiques (troubles de l'alimentation, troubles du sommeil non organiques, dysfonctionnement sexuel)
F60-F69	Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (personnalité paranoïaque, schizoïde, histrionique, ...)
F70-F79	Retard mental
F80-F89	Troubles du développement psychologique (troubles de la parole, du langage, troubles des acquisitions scolaires, trouble du développement moteur, autisme, syndrome d'Asperger...)
F90-F98	Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
F99	Troubles mental, sans précision

2/ Les déterminants de la santé mentale

Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples peuvent influencer le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné :

2.1 Principaux déterminants de la santé mentale :

- Les composantes biologiques et physiologiques
- Le sexe (prévalence différente entre hommes et femmes)
- Le cadre de vie (ressource, logement, loisirs, environnement...)
- Le parcours de vie (ruptures, migrations, divorce,...)
- L'emploi et les conditions de travail
- Le réseau et le soutien social (famille, amis, accès aux services)
- L'offre et le recours aux soins (offre, délais de prise en charge)

Le milieu et les conditions de vie (tissu social et familial, milieu scolaire, insertion professionnelle, lieu de vie, etc.) impactent fortement la santé mentale des individus.

Les problèmes de santé mentale sont également associés aux éléments suivants : changement social rapide, conditions de travail éprouvantes, discrimination à l'égard des femmes, exclusion sociale, risques de violence ou de mauvaise santé physique, violations des droits de l'homme.

Par ailleurs, en fonction du contexte local, certains individus et groupes sociaux risquent parfois beaucoup plus que d'autres de souffrir de troubles mentaux. Ces groupes vulnérables peuvent être des personnes atteintes de maladies chroniques, des nourrissons et jeunes enfants délaissés et maltraités, des groupes minoritaires, les personnes âgées, les personnes victimes de discrimination, les lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres, les prisonniers et les personnes exposées à des conflits, des catastrophes naturelles ou d'autres situations d'urgence humanitaire.

Parmi ces différents facteurs, les pressions socio-économiques persistantes sont des facteurs de risque reconnus pour la santé mentale des individus. Les données factuelles qui l'attestent le mieux sont les indicateurs de précarité, comme le taux de chômage.

2.2 Santé mentale et précarité

Selon des enquêtes menées en France sur les lieux de vie des populations précaires¹² ou sans-domicile¹³, les troubles psychiques seraient surreprésentés au sein de ces populations en situation de précarité. Une enquête menée en janvier 2001 par l'INSEE¹⁴ auprès des

¹² « Santé et recours aux soins des populations vulnérables », P. Chauvin, I. Parizot, Questions en santé publique, Inserm 2005

¹³ « Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans-abri à Paris », V. Kovess , C.Mangin-Lazarus , Alcoologie et addictologie, no 22 (2), p. 121-129, 2000

¹⁴ « Hébergement et distribution de repas chauds, Qui sont les sans-domicile usagers de ces services ? » C. Brousse, B. de

personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds montre une forte prévalence des troubles dépressifs et anxieux : 23% des personnes sans-domicile déclarent des « états dépressifs », 22% des problèmes de « nervosité, tension, stress ».

Un double lien entre santé mentale et précarité est souligné dans le rapport Samenta¹⁵:

- D'une part les troubles mentaux font souvent sombrer les individus et leur famille dans la pauvreté. Les pathologies telles que les troubles de la personnalité ou les psychoses sont un facteur de précarisation des personnes : le risque de rupture sociale pour les personnes atteintes de troubles psychotiques ou de l'humeur est dix fois plus important que pour la population générale. Par ailleurs, les personnes atteintes de troubles mentaux se retrouvent beaucoup plus fréquemment sans logement que la population générale, ce qui accroît encore leur marginalisation et leur vulnérabilité.
- D'autre part, l'exclusion sociale contribue à l'apparition des troubles psychiques. Les personnes confrontées à la grande exclusion sont davantage exposées au risque de souffrance psychique.

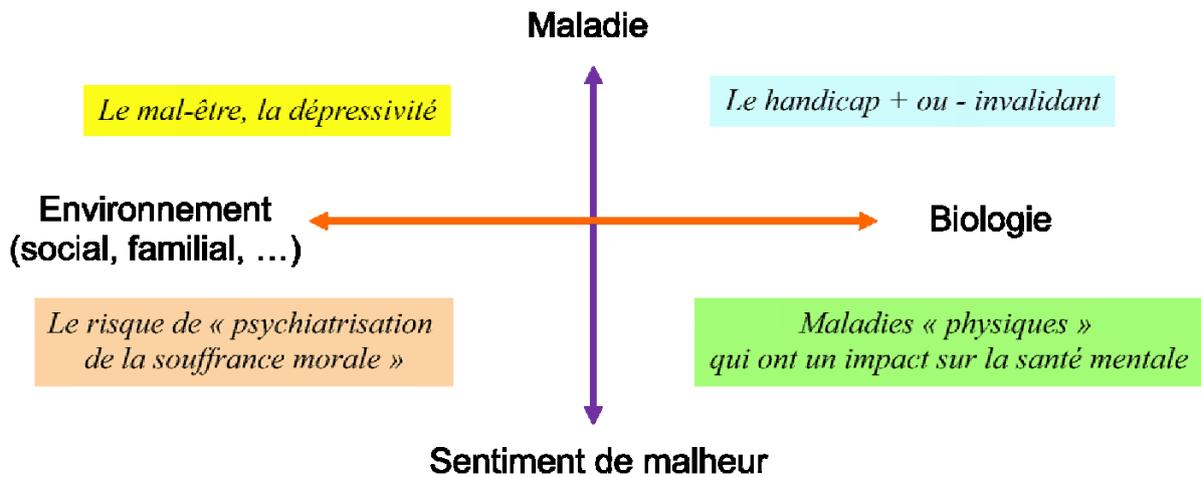
2.3 Difficultés en santé mentale : du sentiment de malheur à la maladie...

La prise en charge des difficultés de santé mentale ne peut être réduite à la prise en charge des troubles mentaux et au soin, elle mobilise au contraire de nombreux leviers qui agissent sur l'ensemble des dimensions de la santé mentale : du sentiment de malheur, au mal être à la maladie, en passant par la dépressivité, en incluant les facteurs biologiques et environnementaux. Le mal-être, le sentiment de malheur peuvent ainsi conduire à la dépression, mais le sentiment de malheur en lui-même (suite à une rupture, un deuil), n'est pas pathologique et fait partie de tout parcours de vie. L'enjeu est de repérer les formes de mal-être qui peuvent amener certains individus à basculer dans la maladie, ou du moins dans certaines conduites à risques. La prévention des difficultés de santé mentale commence donc par l'environnement des personnes. Les environnements bienveillants, soutenant, sécurisants constituant des socles importants pour prévenir l'apparition de difficultés, et pour favoriser une bonne insertion des personnes souffrant de troubles et maladies mentales.

la Rochère, E. Massé, Insee Première n° 824, janvier 2002
. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip824.pdf

15 « Samenta : la Santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France », A. Laporte, P. Chauvin, Rrapport, Samu Social de Paris et Inserm, 2010

Les différentes dimensions de la santé mentale



Source : ORS

3/ Données épidémiologiques

3.1 Contexte national et international

Selon l'OMS, les maladies mentales affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière. Des travaux plus récents menés en Europe ont réévalué à la hausse le nombre de personnes affectées par un trouble psychiatrique. Ainsi, selon une étude menée en 2010, 38 % de la population européenne a souffert d'une maladie mentale au cours des douze derniers mois.

Le pic d'apparition de ces pathologies est situé entre 15 et 25 ans, notamment du fait des pathologies du jeune adulte. L'évolution vers des pathologies chroniques a des conséquences préjudiciables sur la vie des patients : désinsertions sociale, familiale et professionnelle, émaillent le parcours de vie de nombreux malades.

Les maladies mentales sont aujourd'hui au deuxième rang des causes mondiales de handicap selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), elles pourraient occuper le premier rang à l'horizon 2020.

Les données de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) indiquent qu'en France en 2010, 7,5 % des 15-85 ans avaient vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois, avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes.

La dépression ne concerne pas que les adultes. La prévalence des troubles dépressifs est estimée à 2-3% chez l'enfant et à 14 % chez l'adolescent. Chez ces jeunes patients, le diagnostic est plus difficile à réaliser que chez l'adulte : les manifestations de la dépression varient en effet en fonction du stade de développement, qui modifie les capacités d'introspection et de communication.

D'après les données de l'INSERM en France, en 2014, la schizophrénie aurait touché 600 000 personnes en France soit environ 0,9% de la population.

Enfin, on constate chez les personnes souffrant de troubles mentaux des taux d'incapacité et de mortalité plus élevés que la moyenne.

Les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie ont 40 à 60 % plus de risques que la population générale de mourir prématurément, du fait de problèmes de santé physique non soignés et aussi par suicide.

Les personnes qui vivent avec des troubles psychiques présentent également davantage de conduites addictives (tabac, alcool, drogues licites ou non).

Souvent, les troubles mentaux ont une influence sur d'autres maladies, par exemple le cancer, les maladies cardiovasculaires et l'infection à VIH/sida, et sont influencés par elles, d'où la nécessité de services communs et d'efforts communs de mobilisation des ressources. Il est ainsi prouvé que la dépression prédispose au diabète et à l'infarctus du myocarde et, qu'inversement, ceux-ci accroissent le risque de dépression.

La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères est connue depuis les années 1930. Cette surmortalité s'aggrave de manière continue, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente.

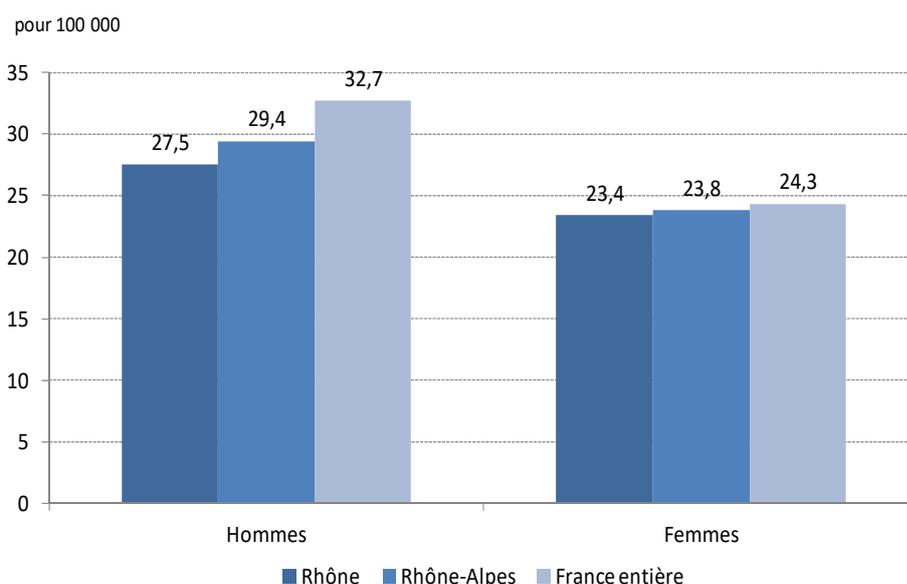
3.2 Contexte régional et métropolitain

3.2.1 Troubles mentaux et suicide

D'après les données du CépiDc de l'INSERM, environ 1 829 personnes domiciliées en Rhône-Alpes (dont 457 dans le département du Rhône) sont décédées par an sur la période 2011-2013, pour troubles mentaux et du comportement, comme défini dans la CIM-10.

Les taux standardisés de décès pour troubles mentaux sur cette même période s'élève à 29,4 pour 100 000 chez les hommes et à 23,8 pour 100 000 chez les femmes en Rhône-Alpes. Ces taux sont légèrement moins élevés dans le département du Rhône (respectivement 27,5 chez les hommes et 23,4 chez les femmes) et plus élevés en France (respectivement 32,7 pour les hommes et 24,3 pour les femmes).

Taux standardisés de décès pour troubles mentaux et du comportement - Période 2011-2013

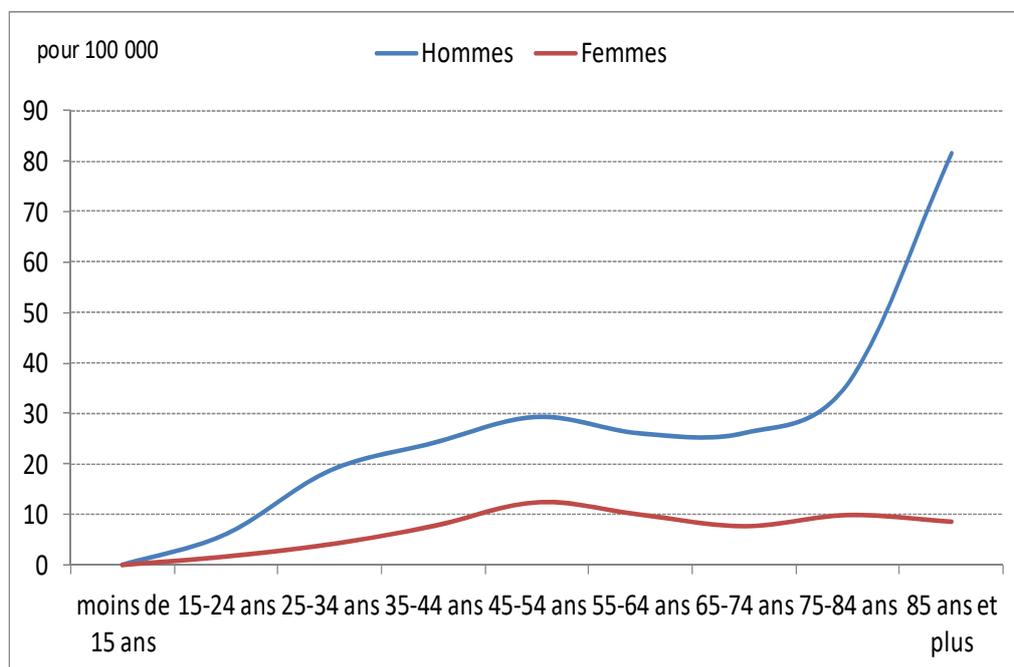


Source : CépiDc, 2011-2013, exploitation ORS

En Rhône-Alpes, le nombre de décès par suicide s'élève à environ 800 par an sur la période 2010-2012 dont 75% concernent des hommes. Dans le Rhône, on recense sur la même période 112 suicides par an.

Comme dans le reste de la France, le taux de mortalité par suicide en Rhône-Alpes augmente avec l'âge, particulièrement chez les hommes : de moins de 7 pour 100 000 hommes âgés de moins de 25 ans en Rhône-Alpes, le taux passe à environ 29 décès pour 100 000 hommes de 45-54 ans. Il baisse ensuite à 26 décès pour 100 000 hommes de 65-74 ans pour augmenter à nouveau à partir de 75 ans et atteindre 81 décès pour 100 000 hommes de 85 ans et plus.

Taux bruts de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Rhône-Alpes Période 2010-2012



Source : CépiDc, 2010-2012, exploitation ORS

3.2.2 Idées suicidaires et tentatives de suicide

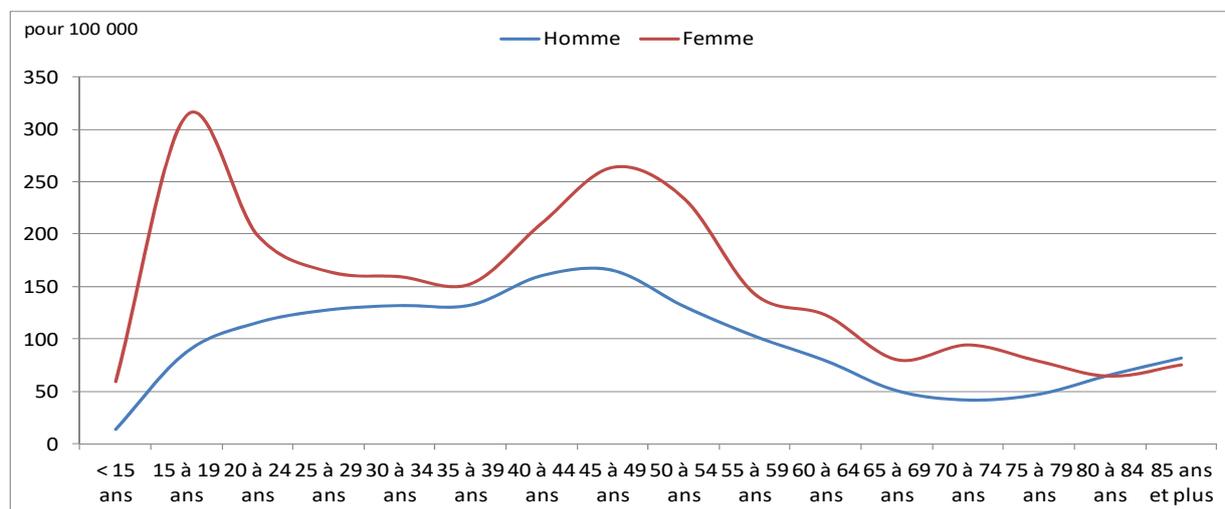
En 2014, 2 923 séjours hospitaliers pour tentative de suicide ont eu lieu chez les hommes en Rhône-Alpes et 5 280 chez les femmes. Dans la Métropole de Lyon, on recense 577 tentatives de suicide hospitalisées chez les hommes et 1 083 tentatives chez les femmes.

Les taux bruts de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide par classe d'âge présentent deux pics particulièrement élevés chez les femmes : l'un à 15-24 ans et l'autre à 45-54 ans. Le taux le plus élevé se situe chez les adolescentes de 15-19 ans et dépasse les 300 séjours pour 100 000 habitants. Ces données montrent une plus grande vulnérabilité des adolescentes et des femmes vers 45 ans. On retrouve aussi au niveau national une prévalence plus élevée des tentatives de suicide chez les femmes dans les données d'hospitalisation¹⁶.

¹⁶ Fontaine-Gavino K, Manonni C, Boucharlat A, Ynesta S, Ferroud-Plattet B, Chappert JL, *et al.* Suicide et tentatives de suicide en région Rhône-Alpes. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(2-3):27-34. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/2-3/2016_2-3_2.html

D'après plusieurs études¹⁷, les facteurs de risque mis en évidence chez les jeunes sont les événements traumatiques, tels que les violences subies récentes et les violences sexuelles au cours de la vie. L'isolement social et la précarité sont des facteurs de risque plus importants pour l'ensemble de la population que parmi les jeunes.

Taux de séjours hospitaliers en MCO pour TS par sexe et classe d'âge en Rhône-Alpes en 2014 – pour 100 000 habitants



Source : PMSI 2014, exploitation ORS

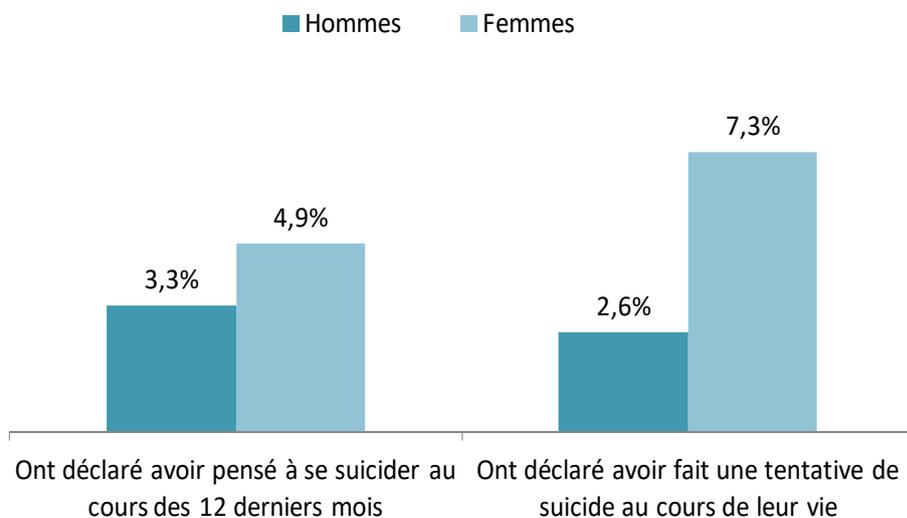
L'idéation suicidaire plus importante chez les femmes ressort également dans l'enquête déclarative de 2010 du «Baromètre santé » conduite par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

En Rhône-Alpes à la question : Au cours des douze derniers mois, avez vous pensé à vous suicider ? 3,3% des hommes et 4,9% des femmes déclarent « oui ».

A la question : Au cours de votre vie, avez vous fait une tentative de suicide ? 2,6% des hommes et 7,3% des femmes déclarent « oui ». Ces données sont proches des données nationales.

¹⁷ Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull. Epidemiol Hebd. 2011;(47-48):488-92.
http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10218

Les pensées suicidaires en Rhône-Alpes d'après le Baromètre Santé 2010



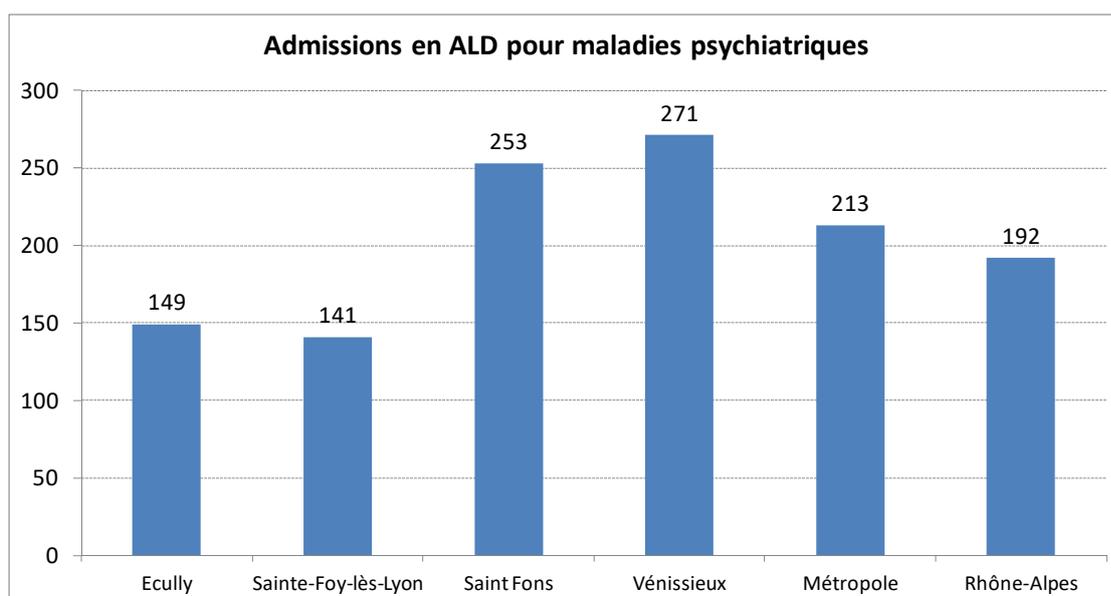
Source : Baromètre santé 2010, exploitation ORS

3.2.3 Disparités par territoire et par sexe

Un taux d'ALD pour affections psychiatriques plus élevé dans les territoires défavorisés

Le taux d'admission en ALD pour affections psychiatriques est deux fois plus élevé sur les communes les plus défavorisées (271 pour 100 000 habitants à Vénissieux) que sur les communes favorisées (141 pour 100 000 habitants à Sainte-Foy-lès-Lyon)

Taux standardisés d'admission en ALD pour affections psychiatriques pour 100 000 habitants



Sources : Cnamts, MSA, RSI, 2013

Les principaux motifs d'ALD pour affections psychiatriques différent entre les hommes et les femmes

En Rhône-Alpes, les principaux motifs d'ALD pour affections psychiatriques différent selon le sexe. Ainsi les hommes sont plus touchés par la schizophrénie (30%) et les femmes par les troubles de l'humeur (41%). La même tendance est observée en France.

Motifs d'admission en ADL 23 selon le motif et le sexe en Rhône-Alpes, 2012

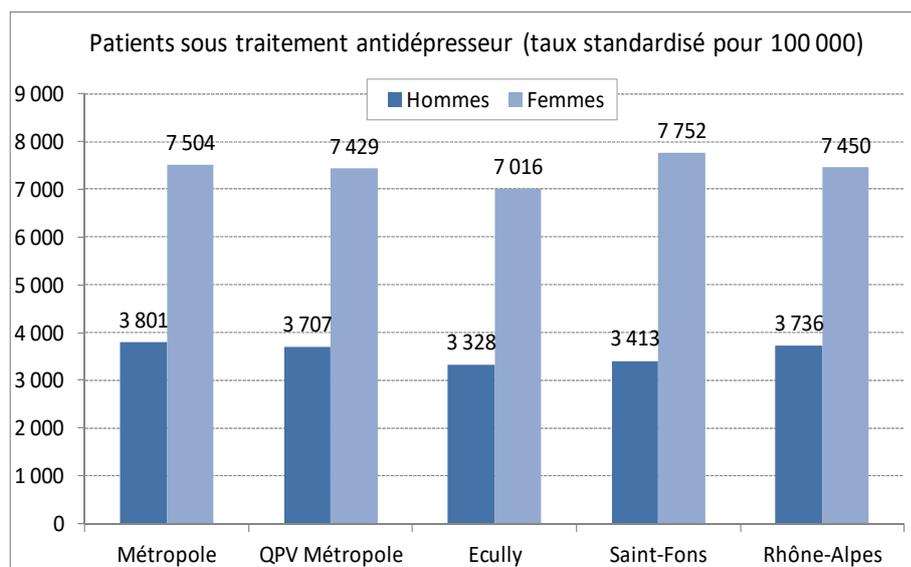
	Hommes	Femmes
Schizophrénie (<i>Schizophrénie, troubles schizothypique et troubles délirants</i>)	30,3%	19,3%
Troubles de l'humeur (<i>affectifs</i>)	23,4%	41,4%
Troubles de la personnalité et du comportement	19,5%	21,0%
Retard mental	9,0%	6,7%
Troubles mentaux et du comportement (<i>liés à la consommation de substances psycho-actives</i>)	6,8%	2,1%
Troubles du développement psychologique	6,3%	1,8%
Troubles névrotiques (<i>Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes</i>)	3,2%	5,9%
Autres	1,5%	1,8%
TOTAL	100%	100%

Sources : CNAMTS-RSI-MSA-2012

Une consommation d'antidépresseurs supérieure chez les femmes

Quel que soit le territoire, le taux de patients sous traitement antidépresseur est deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les taux varient peu d'un territoire à l'autre.

Taux standardisés de patients sous traitement régulier* d'antidépresseur pour 100 000 habitants



Source : Régime général de l'Assurance Maladie, 2013

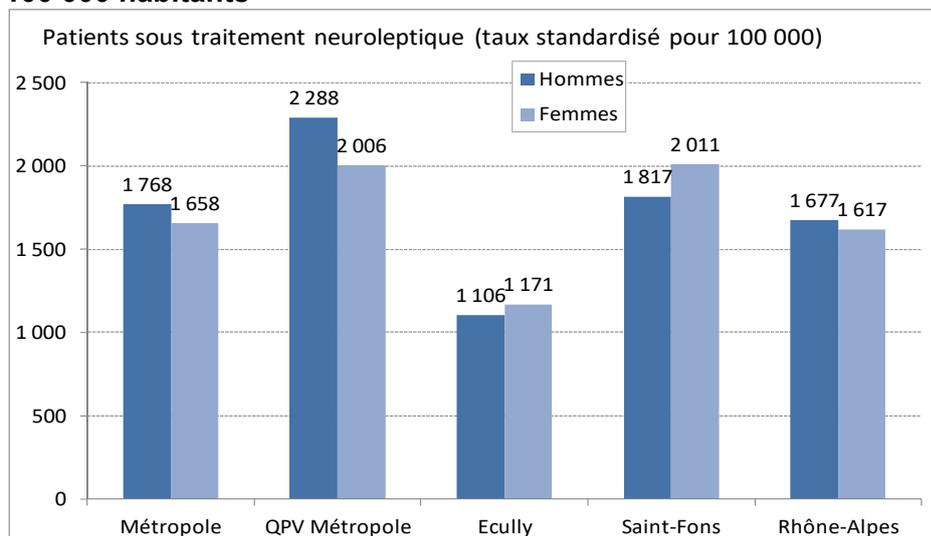
*traitement régulier = au moins trois prescriptions dans l'année

*QPV métropole = moyenne sur l'ensemble des QPV (quartier prioritaire de la ville) de la Métropole

Une consommation de neuroleptiques supérieure chez les moins favorisés

A l'inverse des antidépresseurs, la consommation de neuroleptiques, utilisés essentiellement dans le traitement des psychoses (schizophrénie, troubles bipolaires,...), est plus élevée dans les territoires défavorisés. Les taux varient peu d'un sexe à l'autre.

Taux standardisés de patients sous traitement régulier* de neuroleptiques pour 100 000 habitants



Source : Régime général de l'Assurance Maladie, 2013

*traitement régulier = au moins trois prescriptions dans l'année

*QPV métropole = moyenne sur l'ensemble des QPV (quartier prioritaire de la ville) de la Métropole

4/ Offre et recours en santé mentale

Durant les 50 dernières années, l'organisation des soins psychiatriques a beaucoup évolué, passant d'une offre exclusivement hospitalière à un ensemble de soins accessibles dans des structures ambulatoires, voire à domicile, au plus près des populations.

La psychiatrie peut s'exercer soit en service public, soit en secteur privé participant au service public, soit en secteur privé.

4.1 Les différentes ressources en santé mentale

4.1.1 La psychiatrie de service public

Environ 75 % des adultes et 97 % des enfants et adolescents soignés par les services de psychiatrie ne sont jamais hospitalisés, mais suivis en ambulatoire (sans hospitalisation).

La psychiatrie de service public est organisée en secteur et chaque secteur peut disposer de plusieurs lieux de soins : centre médico-psychologique (CMP), centre d'accueil à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, centre d'accueil et de crise (CAC), centre de postcure, appartement thérapeutique et unité d'hospitalisation.

La loi du 5 juillet 2011 a redéfini les modalités de prise en charge en établissements psychiatriques :

- Les prises en charge à temps partiel : l'hospitalisation en hôpital de jour, les CATTP, les ateliers thérapeutiques, prévoient des soins particuliers en vue de l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale. L'hospitalisation en hôpital de nuit propose une prise en charge la nuit et le week-end, moments de particulière vulnérabilité et d'angoisse.
- Les prises en charge à temps complet : l'hospitalisation à temps plein permet une coupure avec le milieu social et familial afin de prodiguer les soins intensifs nécessaires. Les centres de post-cure accueillent les patients après la phase aiguë de la maladie, les appartements thérapeutiques, par la présence importante, sinon continue, de personnel soignant, ont une mission de réinsertion sociale.

4.1.2 Les établissements de soins spécialisés privés

Ces établissements complètent le dispositif institutionnel spécialisé (besoin précis variant d'un établissement à l'autre).

4.1.3 Les psychiatres et psychologues libéraux

Ils agissent auprès d'une population ayant une certaine autonomie et facilité dans le recours aux soins. Les psychologues libéraux ne sont pas considérés comme des professionnels de santé, leurs soins ne font pas l'objet de remboursement de la part de l'Assurance Maladie.

4.1.4 Les médecins généralistes

Ils sont fréquemment les premiers soignants consultés sur les problèmes de santé mentale : ils peuvent orienter les patients vers des psychiatres, ils peuvent également suivre des patients (parfois conjointement à un suivi des patients par un psychiatre).

4.1.5 Les services d'urgence générale / psychiatrique

Ces services sont amenés à intervenir très fréquemment sur des problèmes de santé mentale.

4.1.6 Les SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale) et **SAMSAH** (Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé)

4.1.7 Les associations : familles, patients (GEM...)

Ces associations peuvent impliquer parents, familles, amis des malades mentaux, malades ou anciens malades, ainsi que des acteurs de santé mentale pour faciliter l'insertion des malades dans la société, notamment en permettant aux personnes de tisser des liens de solidarité.

4.1.8 Autres structures : Maison des Adolescents, Point écoute jeunes, cellules d'écoute...

L'hospitalisation sans consentement

Les soins psychiatriques libres demeurent la règle mais il existe 3 modalités d'hospitalisation sans consentement.

➤ **soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou péril imminent (SDT)**

Trois conditions doivent être réunies : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins, La nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Le tiers est toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient : un membre de sa famille ou de son entourage, une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil.

➤ **soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPI)**

En cas de péril imminent pour la santé de la personne et d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers à la date d'admission, le directeur peut prononcer l'admission en soins psychiatriques. Le certificat est établi par un médecin qui ne peut exercer dans l'établissement accueillant et doit indiquer les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins.

➤ **soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)**

Quatre conditions doivent être réunies : la présence de troubles mentaux ; l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins ; la nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière ; l'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

La décision est rendue par arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. **En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical**, le maire (à Paris, le commissaire de police) arrête à l'égard des personnes dont le comportement relève de troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires. Il en réfère dans les 24h au préfet, qui statue sans délai sous forme d'un arrêté.

4.2 Les Centres Médico-Psychologiques dans la Métropole de Lyon

D'après l'enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes, menée par l'ARS Rhône-Alpes en Juin 2015¹⁸, 3,6% des habitants de la Métropole de Lyon sont pris en charge **en ambulatoire** dans un établissement spécialisé en psychiatrie.

En 2012, 105 CMP ont été déclarés dans la Métropole. Ces 105 CMP sont rattachés à 3 établissements autorisés en psychiatrie qui sont tous sectorisés : le Centre Hospitalier le Vinatier, le Centre psychothérapique Saint Cyr au Mont d'Or et le centre hospitalier Saint-Jean de Dieu.

Nombre de CMP déclarés par établissement dans la Métropole de Lyon en psychiatrie générale (PG) et population infanto-juvénile (PIJ)

	Nombre de CMP déclarés (PG et PIJ)
CHS LE VINATIER	44
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE ST CYR AU MT D'OR	31
CHS ST JEAN DE DIEU	30

Source : Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques de la région Rhône-Alpes, ARS Juin 2015

En 2012, 48 095 patients ont été pris en charge en ambulatoire dont 30% ont moins de 18 ans. La moitié de ces patients sont pris en charge par un des CMP rattachés au CHS le Vinatier.

Nombre de patients de moins et de plus de 18 ans pris en charge en ambulatoire par établissement en 2012

	Patients < 18 ans	Patients > 18 ans	Total
CHS LE VINATIER	6 378	15 885	22 263
CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE ST CYR AU MT D'OR	3 313	7 926	11 239
CHS ST JEAN DE DIEU	4 740	9 853	14 593
Total	14 431	33 664	48 095

Source : Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques de la région Rhône-Alpes, ARS Juin 2015

D'après l'enquête, sur l'ensemble des CMP répondants en Rhône-Alpes, le délai moyen déclaré pour obtenir un 1er RDV dans un CMP en population infanto-juvénile (hors urgence) est 5 fois et demie plus élevé que celui des CMP de population générale.

Sur la Métropole de Lyon, au CHS le Vinatier, le délai moyen déclaré pour obtenir un 1^{er} RDV en psychiatrie générale s'élève à 27 jours. Il est de 180 jours en psychiatrie infanto-juvénile (soit 6 fois plus élevé).

¹⁸ Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques de la région Rhône-Alpes, Dr. S. YNESTA, AM DANGUIN, ARS Juin 2015

Disponible sur :

http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats_de_enquete_CMP062015.pdf

Délai moyen de 1^{er} RDV au CMP en psychiatrie générale (PG) et en population infanto-juvénile (PIJ)

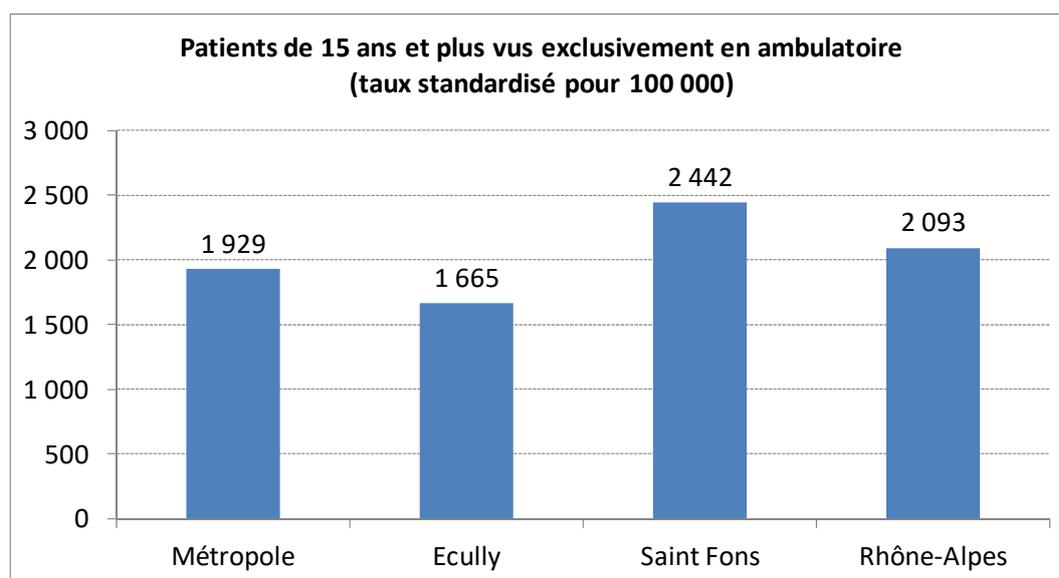
	Délai en PG	Délai en PIJ
CHS Le Vinatier	27 jours	180 jours
Centre Psychothérapique St Cyr au Mt D'or	20 jours	74 jours
CHS St Jean de Dieu	34 Jours	79 jours

Source : Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques de la région Rhône-Alpes, ARS Juin 2015

4.3 Le recours aux soins

On distingue un recours aux soins différencié en fonction des contextes socio-économiques des territoires. A titre d'exemple, le taux de patients vus exclusivement en ambulatoire est plus élevé sur la commune de Saint Fons que sur la commune d'Ecully.

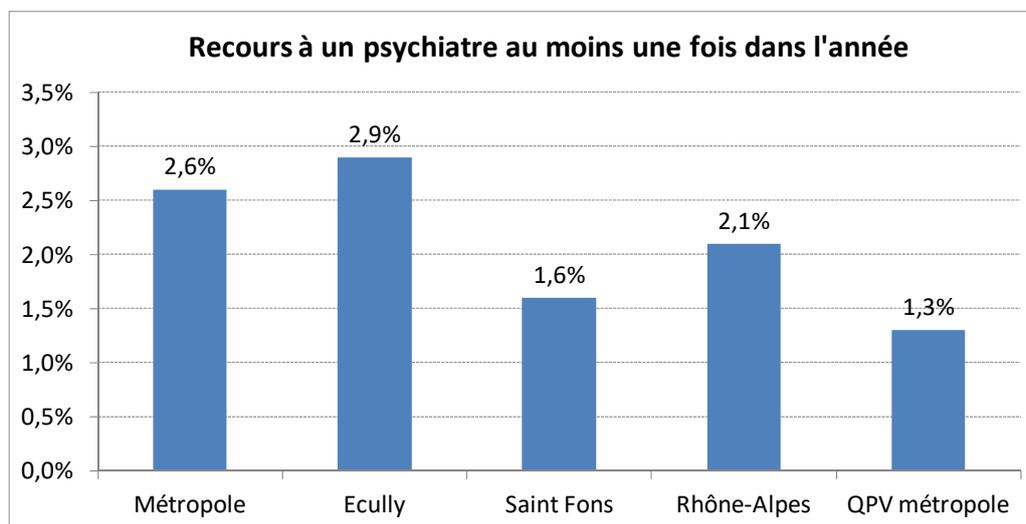
Taux de patients de 15 ans et plus vus exclusivement en ambulatoire pour 100 000 habitants de 15 ans et plus – Année 2013



Source : RIM-P 2013, exploitation ORS

A l'inverse, le recours aux psychiatres libéraux est moins élevé sur la commune de Saint Fons que sur la commune d'Ecully. Il semblerait ainsi que le recours à la psychiatrie libérale ou à la psychiatrie du service public soit en partie conditionné par la situation socio-économique des familles.

Taux de recours à un psychiatre libéral au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants, année 2013



Source : Assurance Maladie, ARS 2013, exploitation ORS

Pour les professionnels de la psychiatrie, la souffrance psychique, de même que les autres problèmes de santé mentale, n'aboutissent pas à une demande de soins manifeste de la part des personnes précarisées. De plus, la précarité sociale accroît les difficultés à concevoir et mettre en œuvre un projet thérapeutique qui puisse faciliter une ré-insertion durable en milieu ordinaire. Se pose alors notamment la question de la continuité des soins et plus largement de l'adaptation de l'offre de soin psychiatrique aux personnes précarisées (Rendez-vous très espacés, non remboursement des consultations, etc...).

4.4 Les Conseils Locaux de Santé Mentale

Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) est une instance collective de concertation, de coordination et d'élaboration de projets entre :

- les élus locaux d'un territoire
- la psychiatrie publique
- les représentants des usagers et leurs aidants
- tout autre professionnel concerné par la santé mentale : le Conseil général, le CCAS, les psychologues, psychiatres libéraux, médecins généralistes. Et, selon les besoins du territoire et des thématiques : bailleurs sociaux, associations, établissements scolaires, maison de retraite, crèches...

Le but principal des Conseils locaux en santé mentale est d'initier des réflexions multipartenariales, afin d'apporter des réponses et de susciter des projets améliorant la santé mentale sur le territoire.

Le CLSM doit permettre d'affiner le travail de réseau entre professionnels du social, du logement, de l'insertion professionnelle et les professionnels de la psychiatrie, notamment de la psychiatrie publique et ce, afin que les personnes souffrant de difficultés psychiques, les

personnes atteintes de troubles mentaux, puissent avoir un bon accès aux soins ainsi qu'une bonne insertion sociale.

Dans la Métropole, 8 CLS sont recensés à Lyon et un 9^{ème} en cours dans le 6^{ème} arrondissement de la ville, un à Villeurbanne, un à Vaulx-en-Velin, un à Caluire et Cuire - Rillieux, un à St Fons-Vénissieux, un à Givors - Grigny et un à Ecully-Oullins .

Bibliographie Santé mentale

(Classée par ordre chronologique, selon date de publication)

- Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, Rapport du groupe de travail Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, DIV/DIRMI, 1995, Lazarus A, Disponible sur http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/954050300.pdf
- Suicide et mal-être social, Bourgoin N, Nizard J.A., De Divonne G.. Population et société n° 334, avril - INED 1998 ; 4 p. , Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18722/pop_et_soc_francais_334.fr.pdf
- Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans-abri à Paris, V. Kovess, C.Mangin-Lazarus, Alcoologie et addictologie, no 22 (2), p. 121-129, 2000
- Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Aide-mémoire, n° 220, nov. 2001. Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/print.html>
- Hébergement et distribution de repas chauds, Qui sont les sans-domicile usagers de ces services ? C. Brousse, B. de la Rochère, E. Massé, Insee Première n° 824, janvier 2002 . Disponible sur http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip824.pdf
- Santé et recours aux soins des populations vulnérables, P. Chauvin, I. Parizot, Questions en santé publique, Inserm 2005
- Disparities in psychological distress across education and sex: A longitudinal analysis of their persistence within a cohort over 19 years, R.Miech, C. Power & W. Eaton, *Annals of Epidemiology*, 17(4), 289–295, 2007
- Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, N. Desjardins, G. D'Amours, J. Poissant (et al.) Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2008, 137 p. Disponible sur http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf
- Les méthodes d'observation en santé mentale ORS Rhône-Alpes, 2009.. 61p. Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante_mentale.pdf
-
- La santé mentale en France, surveillance et enjeux , Numéro thématique, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), n° 25-26, 2009-06, Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2009/25_26/beh_25_26_2009.pdf
- Indicateurs de santé mentale dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche, O. Guye M. Prevot (et al.), Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, Décembre 2009, Disponible sur <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/SanteMentale0726.pdf>
- Samenta : la Santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île de France, A. Laporte, P. Chauvin, Rapport du Samu Social de Paris et Inserm, 2010
- Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010, Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T.. Bull Epidémiol Hebd. 2011;(47-48):488-92. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10218

- La santé mentale, l'affaire de tous. V. Kovess-Masféty, La documentation française, 2010, 272 p.
- Etat des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. C. Chan Chee, C. Gourier-Fréry, R. Guignard, F. Beck. Santé Publique. 2011.
- Sociologie des troubles mentaux, L. Demailly, La Découverte, 2011, 126 p.
- La dépression en France : évolution de la prévalence, du recours au soin et du sentiment d'information de la population par rapport à 2005, F. BECK., R. GUIGNARD, La santé de l'homme, n°421, 2012, pp. 7-9, Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>
- La politique de santé mentale en France : acteurs, instruments, controverses, L. Demailly M. Autes, Armand Colin, 2012, 231 p.
- Epidemiology of psychological distress. A. Drapeau, A. Marchand & D. Beaulieu-Prevost., In L. Labate (Ed.), *Mental illnesses—understanding, prediction and control* (pp. 105–134), 2012, Disponible sur <http://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-understanding-prediction-andcontrol/epidemiology-of-psychological-distress>
- L'organisation des soins de santé mentale en France en 2013, D. Leguay, M. Coldefy , Actualité et Dossier en Santé Publique, Psychiatrie : mutations et perspectives n° 84, 2013/09, 19-23.
- Factors Influencing Report of Common Mental Health Problems Among Psychologically Distressed Adults. M. Khat, S. Legleye, C. Sermet, Community Mental Health Journal, 2012/2013, Disponible sur <http://link.springer.com/article/10.1007/s10597-013-9680-9>
- Observatoire national du Suicide. Suicide : État des lieux des connaissances et perspectives de recherche – 1er Rapport de l'ONS réalisé sous la direction de Nathalie Fourcade et Franck von Lennepe. DREES, nov. 2014. 221 p. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf
- Etat des lieux de la santé mentale à Valence, P. Medina, K. Fontaine-Gavino (et al.), Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, Décembre 2014, Disponible sur <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/SanteMentaleValence.pdf>
- Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques de la région Rhône-Alpes, Dr. S. Ynesta, AM Danguin, ARS Juin 2015, Disponible sur : [http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats de enquete CMP062015.pdf](http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats_de_enquete_CMP062015.pdf)
- Suicide et tentatives de suicide en région Rhône-Alpes Fontaine-Gavino K, Manonni C, Boucharlat A, Ynesta S, Ferroud-Plattet B, Chappert JL, et al.. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(2-3):27-34. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/2-3/2016_2-3_2.html

La santé mentale : Constats d'observation partagée

1/ Les besoins et problématiques identifiés en santé mentale

1.1 Demande ou non demande d'aide des personnes en difficultés

Des personnes, souffrantes, malades parfois, qui n'ont souvent jamais été suivies (mais qui sont notamment repérées du fait de leur comportement, de leurs difficultés dans leur logement,...), refusent de consulter, d'avoir recours au CMP... Il est dès lors difficile de mettre en place une aide, une prise en charge, car ces personnes ne sont pas demandeuses d'aide et encore moins de soins.

Néanmoins, dans d'autres cas, les habitants peuvent être en demande d'écoute, d'aide psychologique, qui ne soit pas un soin psychiatrique, mais peu d'offres leurs sont accessibles.

Enfin, la question de l'accès aux ressources en santé mentale est conditionnée par les freins économiques (notamment par rapport aux psychologues libéraux et aux psychiatres en secteur 2, voire aux psychiatres qui refusent la CMUc), par les délais d'attente avant la mise en place d'une prise en charge, mais aussi par les distances : les personnes en situation de fragilité psychique sont peu mobiles et vont peu se rendre à Lyon si elles habitent en banlieue. Même lorsque les personnes prennent conscience de leurs besoins, sont dans une demande d'aide ou de soins, les ressources ne leurs sont pas forcément accessibles.

1.2 Le soutien des aidants familiaux : encore des besoins non couverts

La question des besoins d'étayage et d'accompagnement des aidants ayant des proches concernés par des difficultés de santé mentale, vivant en QPV ou dans un territoire socio-économiquement précarisé se pose de plus en plus : comment accompagner ces aidants, et plus particulièrement comment soutenir les enfants qui vivent au sein de familles fragiles où il y a une problématique de santé mentale ? Notamment lorsqu'il s'agit de familles monoparentales où la mère qui présente grandes difficultés de santé mentale ?

1.3 Difficultés de santé mentale et vieillissement

On repère des personnes âgées qui ont des difficultés de santé mentale mais qui n'ont jamais été suivies en psychiatrie et dont les troubles s'intensifient en vieillissant (ces troubles ne sont pas liés à des dégénérescences séniles). Quelquefois, ces personnes font l'objet d'informations préoccupantes : non repérées dans leurs parcours de vie, c'est lorsqu'elles vieillissent que ces difficultés entravent leur vie quotidienne, notamment du fait qu'elles entraînent parfois des pertes de droits...

C'est lorsqu'elles sont âgées que ces personnes sont les plus difficiles à orienter. En effet même lorsqu'elles sont stabilisées, les EHPAD les acceptent difficilement, alors que leur niveau de dépendance et leurs besoins de prise en charge médicale au plan somatique sont élevés. Et ce, alors qu'elles ne relèvent pas d'une hospitalisation permanente en psychiatrie. Il semble que les personnes atteintes du syndrome de Diogène, qui décompensent au sein de leur logement, sont particulièrement difficiles à aider lorsqu'elles vieillissent et ont besoin d'une forme d'accompagnement : les foyers-logements refusent aussi de les accepter...

Au-delà des difficultés de santé mentale qui ont pu concerner certaines personnes tout au long de leur existence, la vieillesse et l'isolement peuvent, en elles-mêmes favoriser les décompensations.

La question de la santé mentale et du vieillissement est également importante par rapport à l'enjeu du développement de lieux de vie intermédiaires pour personnes âgées ayant des problèmes psychiques. Les foyers-logements notamment devraient changer prochainement d'appellation et vont s'ouvrir à ce type de public.

Au-delà, les besoins d'étayage des personnes âgées fragiles sont de mieux en mieux repérés, et une réflexion est déjà engagée à la Métropole sur ces publics.

1.4 Maintien dans le logement chez les adultes concernés par des difficultés de santé mentale

1.4.1 Santé mentale et logement : une problématique bien repérée, mais encore des besoins de formation des travailleurs sociaux

Les problématiques de santé mentale associées au logement concernent majoritairement les adultes. Les locataires des logements sociaux sont parfois concernés par ces difficultés, mais il peut aussi y avoir des besoins bien identifiés chez les copropriétaires ou propriétaires de maisons individuelles (à Meyzieu, à Bron, ...). Certains problèmes perdurent depuis des années, les solutions sont difficiles à mettre en place.

La chronicisation des situations problématiques de certains habitants (notamment en lien avec des troubles du voisinage), qui peuvent se trouver dans une marginalisation croissante, et ce sans qu'un diagnostic médical soit posé, met en échec le travail des professionnels de terrain. Les professionnels qui interviennent auprès de ces personnes ayant une problématique de santé mentale qui se traduit par une difficulté d'habiter ou de s'insérer professionnellement, sont souvent mal armés face à des comportements difficiles à interpréter, une communication difficile à établir.

D'une manière générale, il est pertinent de former les professionnels qui peuvent intervenir au domicile de personnes en souffrance psychique, voire qui sont concernées par une maladie mentale. En effet, le contact avec ces personnes, la gestion de situations de violence ne vont pas de soi, et les professionnels sont parfois en grandes difficultés face à ces personnes.

Une formation des acteurs de terrain dans le cadre du SPEL pourrait être envisageable.

1.4.2 Santé mentale et problématiques d'hygiène dans le logement

Lorsque les personnes atteintes du syndrome de Diogène ne sont pas concernées par des psychoses graves, n'ont pas l'âge et le niveau de dépendance pour entrer en EPAHD, l'enjeu est alors de les maintenir dans leur logement... Pour ce faire, il faut parfois prendre la décision de « débarrasser » l'appartement des déchets accumulés, parfois le remeubler en partie... Et, afin de limiter de nouveaux problèmes d'accumulation, il est souhaitable de

mettre en place des systèmes de veille auprès de ces personnes. Les bénévoles des Petits Frères des Pauvres peuvent, par des visites à domicile, faire en partie cette veille (comme c'est par exemple le cas à Vaulx-en-Velin).

Les services sociaux, et les services d'hygiène des villes, mais aussi les gardiens d'immeubles, peuvent aussi tisser un lien avec ces personnes, et mettre éventuellement en place certains accompagnements. Pour autant, les inspecteurs des services d'hygiène ne sont pas formés à ce travail qui va bien au-delà de leurs missions. Les inspecteurs contribuent au travail de veille et d'accompagnement, mais ils ne peuvent le faire seuls : ils doivent le faire en partenariat avec d'autres acteurs. Les assistantes sociales notamment, qui peuvent effectuer des visites à domicile, constituent des ressources précieuses.

Une question de fond se pose concernant l'accumulation de déchets à domicile : y a-t-il une norme, un seuil d'acceptabilité concernant la gestion des déchets domestiques ? Si la personne accumule des déchets, mais qu'elle est par ailleurs relativement insérée socialement, et si les voisins ne se plaignent pas des odeurs, alors il n'est pas nécessaire/possible/pertinent d'intervenir. L'accumulation de déchets chez soi n'est pas un problème de santé en tant que tel. Mais il le devient si la santé ou la sécurité des personnes est mise à mal, notamment au travers du risque incendie : la ville est alors obligée d'intervenir.

On repère également le problème des personnes atteintes du syndrome de Diogène, ou d'autres difficultés psychiatriques, et qui ont des animaux domestiques : que faire en cas de passage à l'hôpital, d'internement de la personne ? Lorsqu'elles laissent leur logement pendant plusieurs semaines ou mois, les animaux domestiques doivent être recueillis/confiés... Mais il n'y a pas toujours de solution dans l'entourage des personnes hospitalisées.

1.5 Santé mentale et insertion par l'emploi

Au-delà du logement, l'insertion sociale, l'insertion dans la vie de la cité des personnes ayant des difficultés de santé mentale, voire une pathologie mentale, interroge également leur accès et leur maintien dans un emploi. La question de la santé mentale est ainsi travaillée par les référents santé et les psychologues des Missions Locales, les travailleurs sociaux et psychologues qui interviennent auprès des bénéficiaires du RSA, les conseillers de Pôle Emploi.

On note que la Métropole développe également des actions en matière d'insertion par l'emploi. Dans ce cadre, différents publics sont repérés :

- Ceux qui sont en recherche d'emploi depuis moins d'un an
- Ceux qui sont en recherche d'emploi depuis un à trois ans
- Ceux qui sont en recherche d'emploi depuis plus de trois ans (notion de chronicisation)
- Enfin, on repère au sein des publics particulièrement fragiles les femmes seules avec enfants, les publics qui sont en échec scolaire, les seniors qui sont en grandes difficultés pour être recrutés par des entreprises.

Certaines personnes parmi ces publics sont concernées par des difficultés de santé mentale. Par ailleurs, on note que face à des publics en grandes difficultés, il y a une souffrance des professionnels de l'insertion, qui ont besoin de sortir de leur propre isolement, de leur relation duelle avec les usagers qu'ils doivent accompagner vers le retour à l'emploi, alors que, dans la réalité, la tâche s'avère parfois impossible, du fait des difficultés psychiques/psychiatriques des personnes accompagnées..

Il faut prendre en compte la souffrance de ces professionnels (travailleurs sociaux, professionnels associatifs, professionnels des entreprises intermédiaires, conseillers d'insertion professionnelle, ...), qui ont des objectifs d'insertion par l'emploi difficilement atteignables avec certains publics.

Notons que le Centre Psychanalytique de Consultation et de Traitement reçoit une part importante de travailleurs sociaux/professionnels de l'insertion en consultation.

Ces professionnels ont eux-mêmes besoin d'écoute en la matière, de formation et aussi d'analyse de la pratique

1.6 Le besoin d'écoute concerne toutes les populations

1.6.1 Un besoin d'écoute repéré dans toutes les tranches d'âge mais davantage pris en compte chez les jeunes

Isolement, ruptures, précarité, relégation sociale, sont autant d'éléments favorisant la souffrance psychique, qui peut engendrer un réel besoin d'écoute chez les habitants. On repère aussi de la souffrance psychologique en dehors des jeunes et hors des territoires en QPV. Ainsi, les « cinquantenaires » en dépression semblent de plus en plus nombreux, qui sont notamment concernés par le stress du travail ou à l'inverse par la menace ou la réalité de licenciements... On repère ainsi sur les communes de nombreux habitants de tous âges qui ont besoin d'une écoute bienveillante, étayante, pendant quelques séances mais pas d'un soin au sens médical du terme...

L'écoute est un outil précieux de prévention (prévention du basculement dans la dépressivité, la dépression, certaines prises de risques, ...) qui n'implique pas la nécessité d'un soin psychiatrique.

Pour autant, la définition d'un soin en santé mentale n'est pas forcément claire pour tous : où commence le « soin » dans l'écoute, qu'est-ce qu'une écoute thérapeutique ? Nous n'avons pas tous la même représentation ou définition du soin, ni les mêmes attentes par rapport au soin en santé mentale (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, ...). Il n'en demeure pas moins que le besoin d'une écoute spécifique (qui dépasse le cadre d'une conversation, ou d'un entretien avec un travailleur social) est largement repéré, alors que les habitants concernés n'ont pas forcément les moyens économiques, ou ne « s'autorisent » pas à consulter un psychologue.

Il y a ainsi un besoin repéré pour un développement des ressources d'écoute ouvertes aux habitants, qu'elle que soit leur tranche d'âge et leur situation familiale. Aujourd'hui, de nombreuses ressources sont dédiées aux jeunes, parfois aux familles (PAEJ, Maisons des Adolescents, Point Ecoute Familles...), mais peu sont ouvertes aux adultes en tant que tels (en dehors d'un enjeu de parentalité) ou aux personnes âgées.

En parallèle du développement de ces ressources, il serait pertinent de développer une sensibilisation ou une formation des travailleurs sociaux afin de les aider à prendre en compte, faire face à ces besoins d'écoute, sans pour autant qu'ils se substituent aux ressources d'écoute portées par des professionnels spécialistes (psychologues).

1.6.2 Les ressorts de la souffrance psychique des jeunes

En ce qui concerne les jeunes, les difficultés les plus repérées sont en lien avec des transformations du corps, des problématiques d'identité, d'estime et de confiance en soi. On observe aussi chez certains jeunes, notamment habitant en QPV, un déficit de confiance dans les institutions, qui peut entraîner des formes de repli sur soi, éventuellement de repli

chez soi.... Certains jeunes se replient sur eux, sur leurs difficultés : ils ne vont pas jusqu'aux PAEJ.

Par ailleurs, chez les adolescents, et pas uniquement ceux vivant dans des familles modestes ou défavorisées, on observe régulièrement des problèmes de refus scolaire, avec des jeunes qui ne vont plus au collège ou au lycée... Parfois du fait d'une phobie scolaire, mais aussi quelquefois pour soutenir un parent fragile, malade... Lorsque les parents ont des difficultés de santé physique ou mentale, les adolescents ou jeunes peuvent se transformer en « aidants familiaux »...

On note ainsi que les raisons de consultations chez les jeunes sont souvent en lien avec l'échec scolaire mais aussi des situations de fragilité familiale.

Les étudiants constituent également un public très repéré sur les problématiques de santé mentale : le stress lié aux études, à l'éloignement d'avec la famille, sont souvent la source des phénomènes de mal-être, d'anxiété. L'intensité et la visibilité de ces difficultés semble aller en croissant. Par ailleurs les ressources économiques des étudiants, parfois très limitées, constituent un obstacle dans l'accès aux soins en général, en en matière de santé mentale.

1.6.3 Face à la saturation des CMP, les ressources d'écoute sont parfois « détournées » vers le soin

Les délais d'attente dans certains CMP adultes mais surtout dans les CMP infanto-juvéniles sont parfois si longs (un an et plus d'attente, en certains CMP), que les structures d'écoute locales sont alors utilisées comme des ressources de soin, ce qui n'est ni leur vocation ni leur mission. Ainsi, certains PAEJ ne sont plus seulement des lieux d'écoute : certains font, de facto, du « soin » en attendant que le CMP puisse prendre le relais ou du fait du refus du CMP de prendre en charge des patients ne présentant pas de psychoses. En certains endroits, les PAEJ deviennent ainsi des lieux de soin et « absorbent » ceux qui ne peuvent être pris en charge en CMP. Ceci est problématique pour les PAEJ concernés dont les files actives sont engorgées avec des patients qui relèvent de CMP. Cela est également problématique pour les personnes qui ont besoin d'écoute mais pour qui l'accès au PAEJ devient difficile.... Enfin cette « solution » n'est pas appropriée pour les personnes qui ont besoin d'une prise en charge en psychiatrie, même si elles ne sont pas psychotiques.

Il faut donc aussi souligner le besoin de renforcement des moyens des CMP, besoin extrêmement fort en certains endroits.

1.7 Le « malheur », la maladie, l'urgence et la « crise » : dissonances possibles entre professionnels de terrain et psychiatres

Les professionnels de terrain (notamment travailleurs sociaux) n'ont pas toujours les mêmes définitions ou représentations que les psychiatres en matière de problématiques psychiques, de besoins de soins, ce qui peut créer des difficultés dans la mise en place de solutions concrètes.

Ainsi, d'après les psychiatres, le « sentiment de malheur » ne doit pas être confondu avec la maladie, la dépression, les troubles psychologiques. Etre « malheureux » n'est pas un problème psychique, psychologique en soi : ce n'est pas une maladie. Les psychiatres alertent souvent sur le fait qu'il ne faut pas « psychiatriser toute forme de souffrance ».

De même, la notion « d'urgence », de nécessité d'une prise en charge dans des délais très brefs peut fortement varier entre les psychiatres et les travailleurs sociaux. L'urgence pour les uns n'en n'est pas forcément une pour les autres, les psychiatres soulignant qu'ils

doivent se recentrer sur les cas les plus lourds, et que toutes les difficultés ne sont pas forcément des « crises » qui elles, nécessitent des interventions très rapides.

Par ailleurs, la maladie psychiatrique est souvent déconnectée de la « vie en ville » : il n'est pas toujours facile de faire comprendre, entendre aux professionnels des CMP le poids de l'environnement social sur l'état de santé des malades.

Au-delà, les travailleurs sociaux ont parfois le sentiment que les hôpitaux psychiatriques font « sortir des malades de l'hôpital », alors que leur état de santé mentale ne s'est pas réellement stabilisé et que ces personnes sont parfois encore très fragiles, voire en situation de danger, pour elles-mêmes ou pour les autres. Les professionnels de « ville » ont parfois le sentiment que la psychiatrie publique les laisse se « débrouiller » avec les situations de crise, de violence...avec la maladie.

Reste que pour les travailleurs sociaux, il n'est pas facile de bien distinguer les différentes formes de souffrance, le besoin d'écoute et le besoin de soins.

1.8 Destigmatiser la maladie mentale, travailler en proximité des populations

Un enjeu fort est rappelé : celui du besoin de destigmatiser les malades, la maladie mentale, enjeu largement travaillé dans le cadre des Semaines d'Information sur la Santé Mentale.

Néanmoins, en matière d'actions en santé mentale, il est particulièrement pertinent de travailler à une échelle locale, en proximité avec les habitants, au quotidien, la création de liens étant souvent nécessaire à la mise en place de démarches, actions de prévention.

2/ Les ressources repérées sur les problématiques de santé mentale

2.1 Les ressources pour les publics en difficultés psychiques

2.1.1 Les médecins généralistes

Les médecins généralistes sont, naturellement, les ressources de soins de premier recours face à des difficultés mentales repérées. Ils peuvent à la fois orienter vers des spécialistes en cas de besoins, s'occuper du suivi du traitement prescrit et initié par un psychiatre, et prendre directement en charge certaines problématiques qui ne relèvent pas forcément de la psychiatrie (dépressions, ...). Reste que les médecins généralistes ne participent pas forcément aux réseaux locaux de professionnels qui traitent de situations complexes, impliquant un volet santé mentale

2.1.2 Les moyens de la psychiatrie publique face aux besoins de soins repérés

La psychiatrie publique, et notamment adulte, se recentre de plus en plus sur les cas les plus lourds, en cohérence avec ses moyens... Mais cela pose la question de la prise en charge des cas « non lourds »... De ce fait, il arrive que les personnes se démotivent, du fait de délais ou d'un refus de prise en charge, malgré le besoin, et renoncent alors aux soins... Le problème des délais de prise en charge, plus spécifiquement dans les CMP infanto-juvéniles, est particulièrement aigu sur certains territoires (notamment dans l'est lyonnais, mais pas

seulement : on observe en moyenne deux ans d'attente au CMP enfants de Rillieux et environ 200 enfants qui ne sont pas pris en charge alors que le besoin est bien identifié).

En ce qui concerne les moyens des CMP, il semble que les réalités socio-économiques des territoires soient insuffisamment prises en compte. Ainsi, faute de pouvoir se tourner vers l'offre libérale, les publics modestes ou défavorisés sollicitent les CMP. Or, on sait que la défavorisation sociale impacte négativement la santé, y compris la santé mentale. Il y a une dès lors carence de moyens en matière de psychiatrie publique, face à l'ampleur des besoins observés dans les territoires fragiles socio-économiquement.

Par ailleurs, les psychiatres préfèrent exercer en libéral : le secteur public à de ce fait des difficultés pour recruter, ce qui aggrave d'autant les problèmes d'offre de soins.

2.1.3 Psychologues et psychiatres libéraux : l'enjeu du coût des consultations

Les habitants des QPV vont peu chez les psychologues libéraux, car leurs actes ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, ou même chez les psychiatres libéraux, qui sont souvent en secteur 2 ou qui parfois n'acceptent pas la CMUc. Enfin, certaines personnes n'ont pas de médecin traitant ou encore se situent juste au-dessus des seuils de revenus permettant de bénéficier de la CMUc : l'accès aux spécialistes, ou même à une prise en charge par le généraliste peut alors être très difficile.

2.1.4 Les équipes mobiles en santé mentale : « l'aller vers »

Des équipes mobiles en santé mentale interviennent en plusieurs parties du territoire métropolitain, sur des structures demandeuses, avec des délais d'intervention rapide. Par ailleurs, ces équipes peuvent intervenir auprès des personnes en difficultés sans qu'une demande formelle, une forme d'adhésion ait été exprimée par celles-ci. Il s'agit d'un dialogue et non d'un soin formel, « classique », dans une démarche « d'aller vers ».

L'accès au domicile des professionnels des équipes mobiles reste cependant difficile. Il est souvent plus facile de rencontrer les personnes en fragilité psychique dans les lieux où elles se rendent (Maison de l'emploi, ...).

2.1.5 Les ressources d'écoute pour les jeunes

Les Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) reçoivent des adolescents et des jeunes jusqu'à 22 ans en général et peuvent souvent répondre plus rapidement aux demandes que les CMP. Ils peuvent de ce fait servir de « sas » en attente une éventuelle prise en charge par les CMP (infanto-juvénile ou adulte), lorsque celle-ci est nécessaire... Les PAEJ deviennent alors parfois des lieux de soin « informels » : le travail qui y est effectué dépasse la prévention. Etant donnés les délais d'attente dans les CMP (notamment infanto-juvéniles), on constate donc des reports de demandes de rendez-vous vers les PAEJ... Ce qui peut « saturer » les files actives des PAEJ avec des personnes qui relèvent autant ou davantage du soin que d'une écoute psychologique.

On observe une évolution depuis 10 ans : les jeunes des classes moyennes qui allaient autrefois en PAEJ vont maintenant plus facilement voir des psychologues libéraux.

Notons que tous les PAEJ n'ont pas exactement le même public : à Meyzieu, le PAEJ reçoit majoritairement des jeunes mineurs, en lien avec le PRE.

Aujourd'hui de nombreux partenariats existent entre les PAEJ et les acteurs en lien avec les jeunes en situation de défavorisation, notamment les Missions Locales.

Pour les étudiants, l'association de psychologues APSYTUDE peut constituer une ressource pertinente. Leur permanence semble bien identifiée et bien utilisée par les étudiants.

Les éducateurs de prévention peuvent les rencontrer les jeunes, dans les espaces publics, à domicile, si ces derniers sortent peu, sont peu mobiles. Leur approche en proximité est un outil fort de « l'aller vers ».

2.1.6 Les ressources d'écoute / lieux de parole pour les enfants, parents, seniors : des manques repérés

Les Lieux d'Accueil Parents Enfants (LAPE) sont des ressources de prévention primaire, qui fonctionnent plutôt bien dans les quartiers en politique de la ville : les familles les utilisent facilement.

D'autres formats peuvent aussi permettre l'écoute et le dialogue avec les parents de jeunes enfants, par exemple les « cafés » qui peuvent exister dans certaines écoles (notamment en REP) et qui sont destinés à accueillir des parents d'enfants et de jeunes enfants (par exemple à Meyzieu) pour des rencontres, des temps d'échanges plus ou moins structurés. Des groupes de parole sur la parentalité peuvent également constituer une bonne ressource pour les parents (exemples à Rillieux).

On repère très peu de dispositifs d'écoute ouverts aux adultes ou les personnes âgées. A Saint-Fons il existe l'Espace Ecoute, ouvert à tous les habitants, qui est située au sein de la Maison de l'Emploi (ce qui cible un peu le public reçu), particulièrement dédiée aux personnes en situation d'isolement, mais cette ressource semble relativement unique en son genre, sur l'agglomération.

A Meyzieu des consultations avec un psychologue ont été mises en place au Pôle Senior, pour les personnes âgées et leurs aidants.

On note que des MAIAS se développent (ainsi à Caluire), notamment en lien avec la Métropole, les HCL, l'ARS, qui peuvent en partie répondre à ces besoins d'écoute. Mais les personnes âgées, qui souffrent de dépressivité, de dépression et qui vivent à domicile, ont très peu de ressources d'écoute à leur disposition.

A Lyon, il existe le Centre Psychanalytique de Consultation et de Traitement (CPCT) où interviennent, bénévolement, des psychiatres et psychologues expérimentés. Pendant une période, le CPCT a également pu faire office de « CMP » pour certaines personnes en souffrance, qui y étaient notamment orientées par les services sociaux confrontés aux listes d'attente des CMP. La situation semble aujourd'hui rétablie et le CPCT s'est recentré sur l'écoute... En effet, de nombreux travailleurs sociaux ont été formés, sensibilisés aux missions du CPCT et ce type d'orientation s'est considérablement réduit : les personnes qui relèvent du CPCT peuvent être en grande souffrance, mais il ne s'agit pas de malades psychiatriques.

2.1.7 Les ressources face à l'urgence, les ressources de veille

De moins en moins de professionnels de santé libéraux interviennent à domicile. Ce sont surtout les infirmiers libéraux qui peuvent jouer un rôle de veille et d'alerte par rapport à des difficultés repérées de santé mentale, mais de fait ils signalent rarement les problèmes repérés aux mairies, aux services sociaux.

De plus en plus souvent, ce sont les pompiers qui interviennent en urgence et qui font les signalements, voire qui alertent les services d'hygiène lorsqu'il y a une problématique d'accumulation des déchets qui s'ajoute aux autres problèmes de comportement.

Par ailleurs, il reste difficile de trouver des médecins agréés qui acceptent d'intervenir lorsqu'il est nécessaire de procéder à une expertise concernant la santé mentale d'une personne ayant des problèmes marqués de comportement, de délabrement du logement, Il faut parfois que les services des villes contactent SOS médecins, faute de trouver des médecins de ville qui acceptent ou soient disponibles... On note que les médecins de ville redoutent quelquefois les représailles des personnes (ou l'entourage des personnes) qui peuvent avoir des difficultés mentales. Il y a un enjeu de sécurité pour les médecins qu'il est difficile de résoudre et une évaluation des situations (urgence pour la personne, gêne pour l'environnement) complexe à réaliser.

Les équipes mobiles de santé peuvent entrer plus facilement au domicile que d'autres professionnels... Même si l'accord de la personne concernée reste une condition sine qua non pour entrer dans le domicile... Les équipes mobiles sont formées spécifiquement et obtiennent plus facilement cette adhésion, même si elle n'est jamais garantie.

Les médiateurs-santé, qui sont missionnés pour travailler auprès des populations dans une approche « globale » de la santé, sont également des ressources de veille bien identifiées.

2.1.8 Peu de ressources pour les aidants familiaux/naturels

En santé mentale, peu de ressources sont repérées en ce qui concerne l'aide aux aidants (en dehors de grandes associations comme l'ADAPEI).

Par ailleurs, il y a souvent besoin de clarifier, pour les personnes concernées par des difficultés de santé mentale, comme pour leurs aidants, quelles sont les missions des différentes ressources : celles qui sont centrées sur la prévention, le soin, et ce pour éviter les confusions ou les reports.

2.2 Les partenaires, les ressources pour les professionnels

2.2.1 Les médecins généralistes, les pharmaciens, les MSP

Les médecins généralistes peuvent être une ressource pour les professionnels face à certains besoins très précis, notamment du fait qu'ils réalisent certains certificats (pour le handicap, la dépendance, dans le cadre des demandes de reconnaissance de handicap à la MDPH, de l'établissement d'un GIR pour les personnes âgées dépendantes, ...).

Suivant les communes et les médecins, le lien est plus ou moins fort entre médecins généralistes et travailleurs sociaux, et ils peuvent plus ou moins aider à dénouer les situations complexes.

Reste que le sous-effectif en médecins généralistes, sur certains territoires, limite les possibilités de partenariat : submergés par les patients, ils ne sont pas forcément disponibles pour les professionnels.

Les pharmaciens peuvent aussi avoir un rôle important à jouer, mais il peut être souhaitable de les former aux spécificités des problèmes et des besoins des personnes concernées par une difficulté ou pathologie mentale.

La communication avec les partenaires et notamment les professionnels de santé libéraux est importante. A Villeurbanne une newsletter est envoyée 4 fois par an aux professionnels de santé libéraux de la ville. Dans cet ordre d'idée, il faut s'interroger sur ce que les villes peuvent apporter aux professionnels libéraux, qui peuvent les encourager à participer aux réseaux locaux de professionnels.

Aujourd'hui, il reste difficile d'impliquer les médecins généralistes dans les dispositifs comme les ASV, même si on repère souvent des « noyaux » de 2 ou 3 médecins, qui sont régulièrement en contact avec la ville et qui participent souvent aux temps d'échange bénévolement (notons néanmoins que certains ne se déplacent que contre rémunération, ou du moins indemnisation).

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles peuvent être des ressources en matière d'éducation thérapeutique, et la dimension pluri-professionnelle peut être un atout face aux situations complexes.

2.2.2 Les Conseils Locaux en Santé Mentale, les Groupes d'Aide Technique : partenariat et interdisciplinarité

Il existe 8 Conseils Locaux de Santé Mentale à Lyon et un en projet dans le 6^{ème} arrondissement. Il en existe également à Villeurbanne, Vaulx-en-Velin, Caluire et Cuire, Givors, Grigny, Rillieux-la-Pape, Saint-Fons/Vénissieux, Oullins, Tassin-Craponne-Francheville, Ecully.

Les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) peuvent constituer des ressources très pertinentes pour faciliter les liens entre partenaires, autour des problématiques de santé mentale. Dans certains cas, il y a eu production de livrets, d'annuaires qui permettent de repérer et de solliciter plus facilement les différents partenaires qui participent au CLSM.

Il y a souvent des sous-groupes thématiques dans les CLSM qui permettent d'affiner la connaissance de certaines problématiques (mal-être des jeunes et adolescents, personnes âgées, ...). L'existence des CLSM a modifié la posture des psychiatres face aux travailleurs sociaux, et les partenariats sont plus faciles à mettre en place.

Dans certaines villes, des groupes d'aide technique (GAT) ont été mis en place (à Caluire et Oullins notamment) dont l'objectif est la résolution de problèmes impliquant la santé mentale. La psychiatrie publique participe à ces groupes.

Dans tous les cas, les approches interdisciplinaires et interinstitutionnelles permettent de débloquer plus facilement des situations complexes.

Les professionnels de terrain, travailleurs sociaux sont souvent « happés » par les besoins et difficultés des usagers problématiques, qui sont chronophages. Il faut néanmoins maintenir les temps d'échanges professionnels, interpartenariaux, autour des problématiques de santé mentale. Le travail en réseau est indispensable face aux problématiques de santé mentale.

Croiser les regards constitue toujours un réel apport même si, in fine, il faut parfois intervenir de manière « individuelle » auprès des personnes concernées.

Notons aussi que les réponses groupales ou collectives peuvent aussi être bénéfiques pour les personnes concernées par des problématiques de santé mentale.

2.2.3 Instance de résolutions de situations, formations des acteurs intervenant sur le maintien dans le logement

Dans plusieurs arrondissements de Lyon, il existe des dispositifs gérés par le SPEL (Santé Psychique et Logement) pour analyser et résoudre les situations complexes en lien avec des problématiques de santé mentale et de maintien dans le logement.

A Oullins, la Ville travaille en lien avec la Métropole pour réaliser des « études de cas », lorsqu'il y a des situations difficiles de personnes en fragilité psychique, pour qui le maintien dans un logement social peut-être remis en cause. Ces études permettent d'explorer les différentes solutions possibles pour un maintien dans le logement. De nombreuses demandes sont apportées par les travailleurs sociaux. On note que les situations sont très souvent apportées par les bailleurs sociaux eux-mêmes. Les bailleurs ont un rôle important, car ils sont en première ligne pour mettre en place des systèmes de veille. Les gardiens d'immeubles peuvent également jouer un rôle important : veille, dialogue, alerte des services publics.

La Métropole de Lyon a mis en place une formation-action, en lien avec les bailleurs sociaux, et la police, pour prévenir les expulsions et développer les solutions de maintien dans le logement des personnes qui sont en fragilité psychique.

Concernant le syndrome de Diogène, une formation a été mise en place à Lyon, réalisée en collaboration par le CNFPT et l'ORSPERE, pour les professionnels des CCAS et les travailleurs sociaux. Cette formation a notamment permis de développer une approche transversale des questions de souffrance psychique.

D'autres communes organisent également des formations de type « santé psychique et logement », mais cela n'est pas la règle. Pourtant, la formation, la sensibilisation des acteurs de terrain est importante pour parvenir à construire des réponses adaptées, notamment au sein des logements sociaux.

2.2.4 Les services sociaux

Les services sociaux peuvent faire du lien avec différents partenaires : les assistantes sociales des ESAT, ou autres structures... Ils jouent un rôle essentiel dans le repérage des situations à risques, des situations complexes, et dans le lien entre habitants et ressources adaptées : psychiatrie, bailleurs sociaux, ...

2.2.5 Accès et maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques : partenariat et intercommunalité

On repère de forts besoins en matière de logement adapté, pour les personnes concernées par une maladie mentale mais pouvant vivre en ville, à condition de bénéficier d'un accompagnement... Mais les ressources d'accompagnement dans le logement sont peu nombreuses, insuffisantes au regard des besoins identifiés. Des besoins incluent la dimension de la vulnérabilité des personnes souffrant de troubles psychiques, même lorsque leur état est stabilisé, et aussi la question des « crises » qui peuvent se produire parfois, avec la notion d'urgence face au risque de danger (passages à l'acte, ...).

Etant donné la complexité des situations, la question de l'accès et du maintien dans un logement de personnes en fragilité psychique ne peut se résoudre qu'à une échelle intercommunale. Le parcours des malades en termes de logement, leurs besoins spécifiques, nécessitent une approche forcément multipartenariale, et souvent élargie au plan territorial...

2.2.6 D'autres partenaires mobilisables régulièrement ou ponctuellement

Au-delà des partenaires cités ci-dessus, on repère des acteurs de terrain qui peuvent être mobilisés de manière régulière ou ponctuelle sur des questions de santé mentale, dans le cadre de démarches curatives ou préventives, et avec lesquels plusieurs communes de la métropole ont déjà noué des liens, partagé des actions ou temps de réflexion :

- La Maison des Adolescents
- Le Point Ecoute Accueil Familles de Vénissieux (dispositif municipal)
- Lieu Ecoute Adultes de Saint-Fons (assure trois permanences hebdomadaires à la Maison de l'Emploi)
- Métropole Insertion Emploi : 3 projets expérimentaux sont menés en lien avec la santé psychique
- Les médecins spécialisés sur le handicap adulte (MDR/Métropole), qui peuvent intervenir dans le cadre des hospitalisations sous contrainte
- La cellule de recueil d'informations préoccupantes sur les adultes vulnérables (MDR/Métropole)
- La DIRECCTE, qui a soutenus les « Ateliers du présent » qui travaillent sur la question des risques psycho-sociaux
- La prochaine Semaine d'Information sur la Santé Mentale devrait aborder la question de la santé au travail
- L4AMP : accompagnement pluridisciplinaire des publics en souffrance psychique

On note que les CMP sont plus difficiles à mobiliser sur certains territoires : par exemple à Villeurbanne, le CMP adulte se recentre sur les schizophrènes (donc problèmes pour les personnes bipolaires, en dépression, .).

Troisième partie

Le surpoids et le diabète

- **Éléments bibliographiques**
- **Constats d'observation partagée**

Le surpoids et le diabète : Éléments bibliographiques

1/ Le surpoids et l'obésité

1.1 Définition, causes et facteurs de risques

Le surpoids et l'obésité sont définis comme « une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé »¹⁹, évaluée par le taux d'Indice de Masse Corporelle (IMC) qui mesure le rapport entre le poids et la taille des individus. Ainsi, le surpoids correspond à un IMC égal ou supérieur à 25 et l'obésité, un IMC égal ou supérieur à 30.

Les risques associés au surpoids sont les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, artérite des membres inférieurs), ou le diabète de type II, mais aussi d'autres pathologies comme les apnées du sommeil, les problèmes rhumatologiques....

Tableau 1 Risques relatifs des co-morbidités associées à l'obésité-OMS

Risque relatif ≥ 3	Risque relatif entre 2 et 3	Risque relatif entre 1 et 2
Diabète de type 2	Maladies cardiovasculaires	Cancer (sein, endomètre, côlon)
Lithiase vésiculaire	Hypertension	Troubles de la fertilité
Dyslipidémie	Arthrose	Syndrome des ovaires polykystiques
Insulinorésistance	Hyperuricémie et goutte	Anomalies des hormones de la reproduction
Dyspnée		Douleurs lombaires
Syndrome d'apnées du sommeil		Risque anesthésique
		Anomalies fœtales

Le surpoids est aujourd'hui reconnu par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un problème de santé publique. Dans le monde, 1,9 milliards d'adultes seraient en surpoids parmi lesquels 600 millions seraient obèses. La cause fondamentale de l'obésité et du

¹⁹ Définition OMS

surpoids est imputée à un déséquilibre énergétique entre les calories consommées et dépensées. Au niveau mondial, on constate ainsi une augmentation de la consommation d'aliments très caloriques riches en lipides et une augmentation du manque d'activité physique en raison de la nature de plus en plus sédentaire de nombreuses formes de travail, de l'évolution des modes de transport et de l'urbanisation croissante.

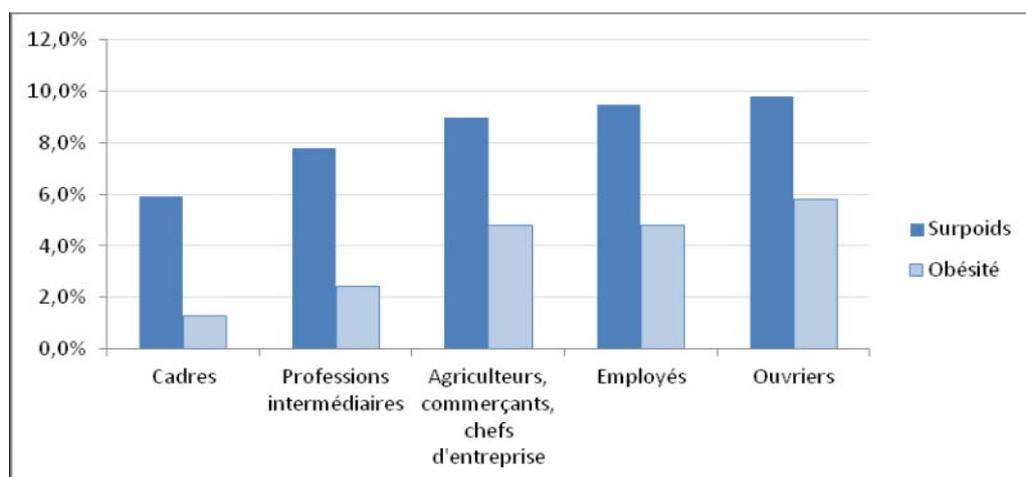
L'inactivité physique et une alimentation déséquilibrée seraient ainsi responsables de 10% de la charge mondiale de la morbidité (INSERM 2010²⁰). Dans son rapport sur les maladies chroniques, l'OMS mentionne que l'inactivité physique causerait 3,2 millions de décès chaque année dans le monde.

En France, 12% des enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2012-2013 étaient en surcharge pondérale. En région Rhône Alpes pour la même période, 10,5% des enfants scolarisés en grande section de maternelle étaient en surpoids, mais cette réalité géographique se décline différemment selon les milieux sociaux.

1.2 Des inégalités sociales marquées

L'évaluation du Plan National Nutrition Santé 2 (PNNS) constate que celui-ci a rempli de manière satisfaisante les objectifs qui lui étaient assignés en termes de promotion de bons comportements alimentaires. Toutefois, elle pointe une insuffisance de mesures sur la prise en compte des populations les plus défavorisées, notamment en ce qui concerne la promotion de l'activité physique. En effet, si les résultats chiffrés montrent une diminution du surpoids chez les enfants depuis 1999-2000, ces chiffres cachent de grandes disparités en termes de situation socio-économique des parents. On peut même noter un accroissement des inégalités sociales de santé sur cette période, le taux d'enfants d'ouvriers obèses étant passé de 5,1% à 6,1% entre 2002 et 2005 alors que le taux d'enfants de cadres obèses a été divisé par 2 entre 2002 et 2005.²¹

Prévalence du surpoids et de l'obésité en classes de grande section de maternelle, selon le groupe social des parents,



France 2012-2013. Source DREES-DGESCO

²⁰ INSERM-Expertise collective- Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique-synthèse, discussion et perspectives, 2014

²¹ IDEM

L'enquête OBEPI menée en 2012 confirme le postulat sur le lien entre obésité et gradient social.

Le taux d'obésité atteindrait 17% chez les artisans/commerçants et agriculteurs contre 8% chez les cadres. 25% chez les personnes de niveau d'études primaires contre 7% chez les diplômés du troisième cycle. 26% dans les foyers à bas revenus (inférieur à 900€) contre 7% dans les foyers à haut revenus (supérieur à 5300€).

2/ Le diabète

2.1 Définitions, causes et facteurs de risques

L'un des risques liés au surpoids est le diabète, notamment celui de type II. Le diabète est une maladie chronique qui ne se guérit pas, mais que l'on peut traiter et contrôler. Il est causé par un manque ou un défaut d'utilisation d'une hormone appelée insuline.

Le diabète provient d'un mauvais fonctionnement du pancréas. Le pancréas, situé dans l'abdomen, fabrique l'insuline. L'insuline est une hormone chargée d'éviter l'excès de sucre dans le sang. Cet excès (l'hyperglycémie) est dangereux pour la santé. Lorsque le pancréas fonctionne mal, la quantité de sucre dans le sang est trop importante.

On distingue principalement deux types de diabète²² : le **diabète de type 1** et le **diabète de type 2 (d'autres types de diabète sont plus rares, comme le diabète de grossesse)**.

Le diabète de type I correspond à une élévation prolongée de la concentration de glucose dans le sang, due à la destruction des cellules du pancréas spécialisées dans la production d'insuline. Ce diabète concerne en moyenne 10% des diabétiques et se déclare généralement à l'enfance, l'adolescence ou en début d'âge adulte. Actuellement la prévalence du diabète de type 1 en France est d'environ 13,5 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. La prévalence augmente au rythme de 3 à 4% par an depuis une vingtaine d'années, et son apparition est de plus en plus précoce, avec une augmentation importante de la prévalence chez les enfants de moins de 5 ans. Les raisons de ces évolutions sont inexplicables à ce jour, mais les modifications de l'environnement et de son interaction avec le génome sont montrées du doigt : taux d'infections virales, accroissement de l'âge maternel à la première grossesse, alimentation, exposition à des toxines...²³

La survie du sujet atteint de diabète de type I dépend d'injections quotidiennes d'insuline d'où le terme d'insulino-dépendants. Malgré ces contraintes et bien que présentant des risques de complications propres à la pathologie, les personnes atteintes de cette maladie ont une espérance de vie équivalente aux autres.

Le diabète de type II correspond à une élévation prolongée de la concentration de glucose dans le sang (hyperglycémie). Ce phénomène provoqué par une perturbation du métabolisme glucidique qui apparaît progressivement et insidieusement et représente en moyenne 90% des diabètes. La maladie se manifeste généralement après 40 ans mais peut toucher des sujets plus jeunes. Il existe une prédisposition génétique au diabète de type 2. L'analyse de vastes cohortes de patients a permis d'identifier des gènes associées à un risque accru de développer la maladie. Toutefois la composante génétique ne saurait

²³ Dossier Inserm- Avril 2014- Dossier réalisé en collaboration avec le Pr Christian Boitard, directeur de recherche à l'Inserm et diabétologue à l'hôpital Cochin, Paris

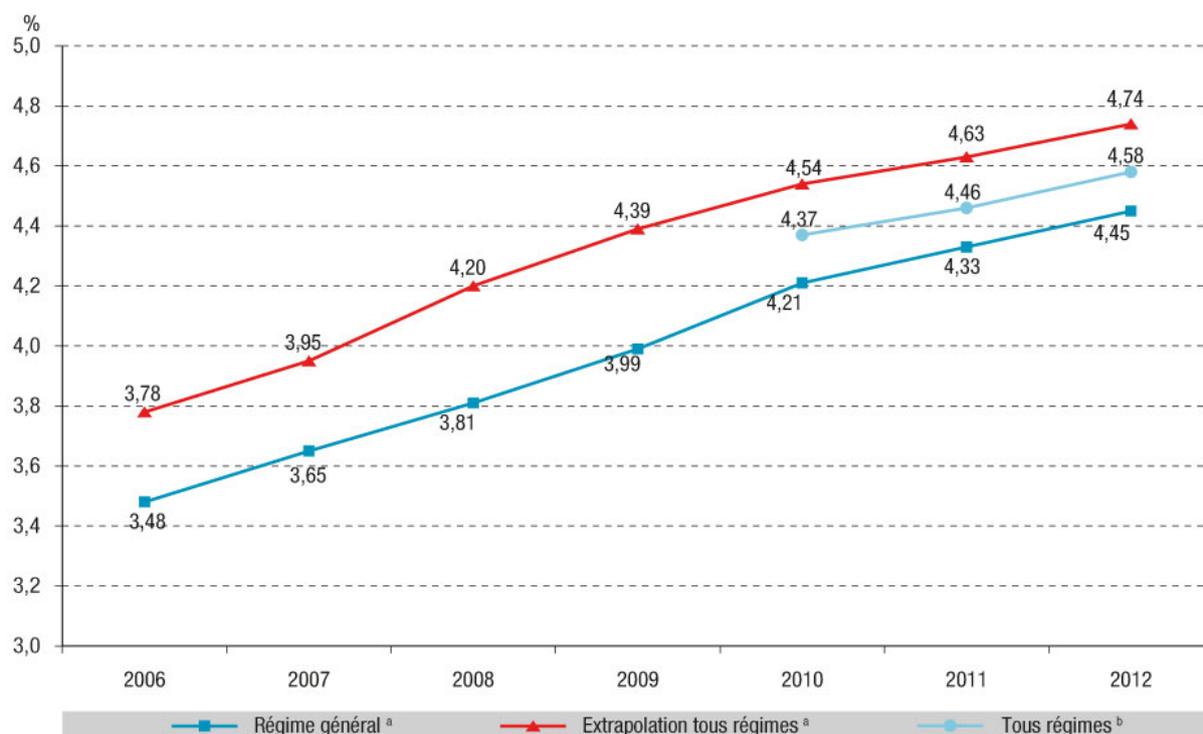
expliquer à elle seule la survenue d'un diabète de type 2. L'apparition de la maladie est aussi corrélée à l'âge, l'interaction entre le génome et les conditions de vie. La sédentarité, l'hypercholestérolémie, le surpoids, l'obésité ou encore l'hypertension augmentent le risque de développer la maladie.

En pratique, le diabète multiplie de trois à cinq fois le risque d'infarctus du myocarde. Ainsi, en 2006, en France, 12 639 personnes diabétiques ont été hospitalisées pour un infarctus du myocarde et 9% en sont décédées. La maladie augmente aussi le risque d'insuffisance rénale, d'amputation d'un membre inférieur ou encore de cécité. Toujours en 2006, en France, 2 900 personnes diabétiques ont débuté un traitement pour insuffisance rénale terminale (dialyse ou greffe) et 9 000 diabétiques ont dû subir une amputation d'un membre inférieur en 2007²⁴

Entre 2000 et 2009 le taux de prévalence du diabète a augmenté pour atteindre 3,5 millions de diabétiques en 2009 en France.

Il est établi que la prévention et le traitement du diabète de type II passe par un changement d'hygiène de vie. Une activité physique régulière et une alimentation équilibrée permettent de contrôler la glycémie.

Evolution de la prévalence du diabète traité pharmacologiquement de 2006 à 2012, France-INVS



^a Référence: Ricci P, Blotière PO, Weill A, Simon D, Tuppin P, Ricordeau R, *et al.* Diabète traité en France : quelles évolutions entre 2000 et 2009 ? Bull Epidémiol Hebd. 2010;(42-43):425-31. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=506

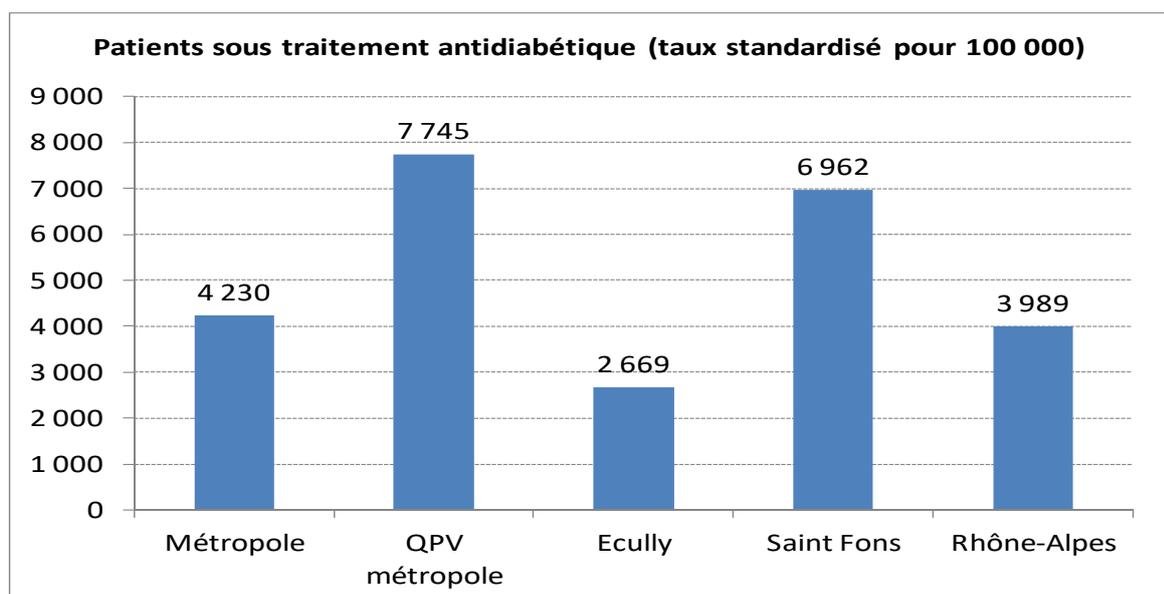
^b Référence : Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. Bull Epidémiol Hebd. 2014;(30-31):493-9. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/30-31/2014_30-31_1.html

²⁴ Idem 2

2.2 Des inégalités sociales également marquées

Comme pour le surpoids, le diabète est fortement corrélé à la catégorie socioprofessionnelle. Les résultats de l'étude Entred²⁵, publiés en 2006 dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire²⁶ à l'occasion de la Journée mondiale du diabète, axée sur les personnes défavorisées et vulnérables, montrent que 60 % des diabétiques de 45-79 ans ont un niveau d'étude inférieur ou égal au BEPC contre 39 % d'une population générale de référence²⁷ du même âge, 12 % n'ont jamais eu d'activité professionnelle contre 3 %, et 8 % bénéficient de la Couverture maladie universelle contre 5 %. De plus, concernant les diabétiques, on repère des différences d'état de santé mais aussi de qualité de prise en charge en fonction de l'appartenance socioprofessionnelles et du niveau d'éducation des individus concernés. Par exemple, chez les personnes diabétiques âgées de moins de 60 ans, les antécédents de complications macrovasculaires sont 3 fois plus fréquents chez les ouvriers et les personnes de profession intermédiaire que chez les cadres. De même, un mauvais équilibre glycémique est environ 2 fois plus fréquent chez les personnes de niveau d'études inférieur au baccalauréat et la réalisation d'un examen du fond d'œil dans l'année est presque 3 fois moins fréquente chez les ouvriers que chez les cadres. Enfin, bien qu'ils aient plus fréquemment recours à un médecin généraliste, le recours à un spécialiste du diabète est 2 fois moins fréquent chez les ouvriers que chez les cadres²⁸.

Ce constat d'inégalités se vérifie aussi dans les quartiers en politique de la ville (QPV) de la Métropole puisque, les QPV présentant des taux de consommation d'anti diabétique 2 fois supérieur à la Métropole ou à la région Rhône Alpes :



Source : Assurance Maladie, ARS 2013, Exploitation ORS

²⁵ Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred, INVS.

²⁶ « Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred ». BEH 45/2006

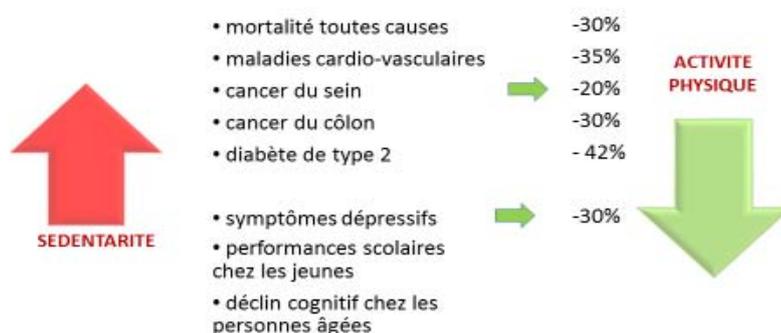
²⁷ Enquête Santé Protection Sociale (ESPS), réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en santé

²⁸ Etude Entred 2006

3/ Stratégies préconisées pour réduire le surpoids et le diabète

3.1 Prévention primaire

Comme exposé dans le tableau ci-dessous, les mobilités actives et une alimentation équilibrée ont une influence favorable sur la condition physique, le bien-être, et contribuent largement à réduire le risque de surpoids et diabète.



La prise en compte des mobilités actives comme facteur de protection et d'amélioration de l'état de santé implique une approche « socio-écologique » de la santé²⁹ qui accorde une importance aux motivations personnelles mais aussi aux variables dépendantes de l'environnement. Une étude américaine a montré que les personnes habitant dans des quartiers adaptés à la marche (par exemple, présence et proximité des commerces favorisant la marche, bon état des trottoirs, éclairage public,...) se déplacent 4 fois plus souvent à pied que celles habitant dans des quartiers adaptés aux voitures. En revanche, les personnes déclarant ne pas s'intéresser à la « marchabilité » de leur quartier ne se déplacent que rarement à pied, même si la configuration du quartier favorise les mobilités douces³⁰. Cela implique que pour augmenter le niveau des déplacements par les mobilités actives, il faut améliorer l'environnement mais également soutenir les individus. Une méta analyse de 19 études scientifiques a établi que le mauvais temps et le volume des véhicules n'ont pas d'impact significatif sur les mobilités actives. En revanche l'attractivité du quartier, l'existence et le sentiment de sécurité des trottoirs, l'accessibilité des équipements ou les zones naturelles, favorisent et encouragent la mobilité active³¹.

Dans ce contexte, l'INPES et le réseau des villes santé OMS recommandent, dans leur guide sur les mobilités actives, d'aider les français à augmenter leur pratique de l'activité

²⁹ Fayard A., Legendre M, « Développons un environnement favorable aux activités physiques », Santé de l'homme, N°387, INPES, 2007

³⁰ Franck L.D., Saelens B.E. et al « Stepping towards causation », Social Science and Medicine, 2007 (65)

³¹ Humpel N., Owen N. et al « Environmental Factors associated with adult's participation and physical activity », Am.J.Prev.Med. 2002

physique au quotidien, en travaillant sur l'ensemble de l'environnement physique ainsi que sur les déterminants individuels identifiés comme des obstacles à cette activité.³²

L'Agence Régionale de santé Rhône Alpes dans son appel à projet PACAP³³ note une très grande pauvreté de littérature sur l'évaluation des interventions en matière de réduction des inégalités sociales de santé en lien avec la nutrition.

Par ailleurs elle mentionne que la nutrition et l'activité physique impacte des phénomènes culturels, sociaux et économiques fondamentaux et complexes³⁴.

Trois principes d'intervention sont mis en avant dans cet appel à projet³⁵ :

- **Promouvoir la notion de rythmes de vie** en l'associant au bien-être, à l'activité physique et à l'alimentation. Pour cela, la valorisation du mieux manger, mieux bouger est importante. Ces notions sont à travailler au travers du temps que l'on y consacre, de la diversité et la variété des pratiques, dans un rythme régulier permettant un équilibre physiologique, psychologique et social.
- **Aider la personne à faire des choix éclairés.** Aux aspects sanitaires, hygiéniques ou symboliques soulevés par l'alimentation et l'activité physique, s'ajoutent les enjeux citoyens (politiques, écologiques, de développement).
- **Valoriser les modèles culturels traditionnels.** L'éducation nutritionnelle (alimentation et activité physique) doit réaffirmer que chaque continent s'est forgé, de façon empirique au fil du temps, une alimentation et une manière de bouger adaptées à son contexte environnemental. Les actions éducatives et de communication en nutrition doivent reprendre ces acquis en les adaptant au monde moderne et à ses nouvelles contraintes.

La prévention primaire concernant l'obésité et le surpoids cible notamment une amélioration de l'environnement extérieur, afin de favoriser l'activité physique en ville, au travail, à l'école. On peut citer à cet égard les recommandations et fiches pratiques émises à destination des collectivités par l'EHESP en partenariat avec le réseau des villes santé OMS³⁶.

Mais il paraît également essentiel d'aborder la question du mode de vie et des comportements des individus en intégrant les recommandations ci-dessus.

3.2 Prévention secondaire

Aujourd'hui de nombreuses personnes souffrent de surpoids ou de diabète, notamment dans les quartiers en politique de la ville.

Pour réduire le surpoids des enfants, des expériences de type Pass'Sport Santé, menées dans certaines communes semblent porter leur fruit et réguler des niveaux d'IMC trop élevés chez certains enfants. Dans ce cadre, les enfants repérés par la médecine scolaire comme étant en surpoids, sont orientés vers ce type de dispositif qui propose un accompagnement

³² Sentiment de ne pas avoir le temps, impression de ne pas être « sportif », craintes concernant la sécurité personnelle, opinion sur soi-même

³³ P.A.C.A.P en Rhône Alpes Petite Enfance Alimentation et Activité Physique-Cahier des charges de l'appel à Projets-Mai 2015

³⁴ INSERM expertise collective - Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique- synthèse, discussion et perspectives, 2014, 66p

³⁵ Idem 11

³⁶ Mobilités actives au quotidien, le Rôle des collectivités, Fiches pratiques, Presses de l'EHESP

et des séances d'information sur l'alimentation et l'activité physique. Ces séances, menées par des diététiciens et éducateurs sportifs, s'adressent à l'enfant mais aussi à sa famille.

Concernant plus spécifiquement le diabète et eu égard aux consommations d'antidiabétiques enregistrés par l'Assurance maladie dans les QPV, des mesures visant à améliorer l'hygiène de vie, essentiellement axées sur l'alimentation et l'activité physique, peuvent permettre de réguler un diabète de type II. Une perte de poids, quand elle est nécessaire, une activité physique régulière et une alimentation équilibrée peuvent être suffisants pour améliorer la régulation de la glycémie³⁷. En seconde intention des antidiabétiques oraux aident à contrôler la glycémie.

Dans ce contexte, le « sport sur ordonnance », inscrit dans la récente loi de santé, devrait aussi contribuer à renforcer la prévention secondaire, voire primaire. Reste à voir comment cette pratique pourra être effectivement mise en place sur les territoires.

De même, l'éducation thérapeutique du patient, qui intègre aussi bien les habitudes de vie que l'observance d'un traitement, peut aussi soulager la vie des patients atteints de diabète, si cette éducation est adaptée aux individus, à leurs contraintes réelles, et si les recommandations sont effectivement suivies..

Enfin, concernant le diabète et les pratiques alimentaires dans les QPV, la barrière linguistique peut notablement entraver à la fois la compréhension de la maladie mais aussi une bonne observance des traitements, et ce notamment chez les personnes âgées immigrées qui parlent peu ou pas le français et qui sont parfois également en grandes difficultés face à l'écrit. Pour ces publics, l'information orale joue un rôle essentiel et la traduction des informations écrites également..

Il est donc crucial d'être particulièrement attentif à ces publics, qui sont fortement concernés par le diabète et qui cumulent différentes vulnérabilités.

³⁷ Idem 4

Bibliographie surpoids et diabète

(Classée par ordre chronologique, selon date de publication)

- Environmental Factors associated with adult's participation and physical activity, Humpel N., Owen N. et al, Am.J.Prev.Med. 2002
- Enquête Santé Protection Sociale (ESPS), Institut de recherche et de documentation en santé, 2002 et 2004
- Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred . BEH 45/2006
- Développons un environnement favorable aux activités physiques, Fayard A., Legendre M, , Santé de l'homme, N°387, INPES, 2007
- Stepping towards causation, Franck L.D., Saelens B.E. et al, Social Science and Medicine, 2007 (65)
- L'obésité chez les enfants dans leur 6ème année en Haute-Savoie. Etude transversale de mesure de la prévalence et des facteurs associés. Fontaine D., Bernard M., Gruaz D., Picard T., Dreneau M. ORS Rhône-Alpes, 2008. 42p. Disponible : <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Obesite.pdf>
- Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? Ricci P, Blotière P-O, Weill A, Simon D, et al. BEH,2010, n° 42-43, 425-431
-
- Actualisation du diagnostic local de santé de Vaulx-en-Velin et évaluation des actions de l'atelier santé ville (diabète et santé mentale). Bolamperti P., Fontaine D., Guye O., Lebrat M., Medina P., Sonko A. ORS Rhône-Alpes, 2011. 83p. Disponible : <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Vaulx2.pdf>
- Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Fosse S, Dalichampt M, Fagot-Campagna .A. InVS, 2011, 78p.
- Obépi 2012. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité. INSERM, FRA, Institut Roche de l'Obésité, 2012. 59p.
- Mobilités actives au quotidien, le Rôle des collectivités, Fiches pratiques, , Ed Réseau français des villes-santé de l'Organisation Mondiale de la Santé. Presses de l'EHESP, 2013
- Impact des activités sédentaires sur la prise alimentaire des jeunes. Thivel D., Chaput J.P. RESP, 2013, 61, 4, 399-405
- La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 : une situation contrastée selon l'origine sociale. Chardon O., Guignon N., et al. DREES, Etudes et résultats, 2013, 853, 6p.
-
- Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique-synthèse, discussion et perspectives, INSERM Expertise collective-, 2014

- Associations entre niveau socioéconomique et recours aux soins des personnes diabétiques, et évolutions entre 2001 et 2007, à partir d'une approche écologique. Enquêtes Entred 2001 et 2007, France. N° thématique. Journée mondiale du diabète, 14 novembre 2014. BEH, 2014, 30-31, 500-506
- Rôle de la nutrition comme déterminant de pathologies. Julia C. ADSP, 2014, 87, 20-25
- Diabète de type 2 (DNID) Dossier réalisé en collaboration avec le Pr Christian Boitard, directeur de recherche à l'Inserm et diabétologue à l'hôpital Cochin, Paris. INSERM, Avril 2014 :
<http://www.inserm.fr/thematiques/physiopathologie-metabolisme-nutrition/dossiers-d-information/diabete-de-type-2-dnid>
- Le diabète dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche. Bolamperti P., Dreneau M., et al. ORS Rhône-Alpes, 2014. 75p.
Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Diabete_2607.pdf
- P.A.C.A.P en Rhône Alpes Petite Enfance Alimentation et Activité Physique-Cahier des charges de l'appel à Projets, Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, Mai 2015
- Indice de masse corporelle (IMC) et systèmes de classification de l'obésité infantile : une comparaison des références françaises, IOTF et OMS. Keke L.M., et al. RESP, 2015, 63, 3, 173-182
- Des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Chardon O., Guignon N., De Saint-Pol T. ADSP, 2015, 92. 5-8
- La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Chardon O., Guignon N., De Saint-Pol T. DREES, Etudes et résultats, 2015, 920, 6p.
- Numéro thématique. Journée mondiale du diabète 2015. Suivi du diabète et poids de ses complications sévères en France. BEH, 2015, 34-35, 619-625
- Évaluation d'impact sur la santé. Quartier des Buers à Villeurbanne. Impact du projet de rénovation urbaine sur la mobilité des enfants. Anzivino L., Martin de Champs C. ORS Rhône-Alpes, 2016. 87p.
Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/EIS_Villeurbanne.pdf

Le surpoids et le diabète : Constats d'observation partagée

1/ Différents éléments sont à prendre en compte dans les problématiques d'obésité, de surpoids et de diabète

1.1 La prise en charge de l'obésité / du surpoids : de la prévention à la chirurgie

1.1.1 Le poids recouvre des enjeux différents et complexes

En amont de l'obésité, le surpoids est une thématique importante à prendre en compte : il peut constituer un signal d'alerte et, s'il est important, favoriser l'apparition de certains problèmes de santé.

Un premier point essentiel à souligner est que l'amaigrissement n'est pas la solution adaptée à toutes les personnes en surpoids ou obèses : leur profil psychologique, en particulier, doit être pris en compte. La prise en charge des problèmes de surpoids ou d'obésité recouvre ainsi différents enjeux, autour de l'image de soi (et des changements de l'image de soi), du rapport à son corps et aussi, des représentations concernant la « renonciation » pour perdre du poids, souvent focalisée sur les quantités d'aliments absorbés, alors que la qualité des aliments est aussi importante à prendre en compte... La question des sensations est également essentielle à intégrer dans toute prise en charge, notamment en ce qui concerne la satiété et le plaisir. Par ailleurs, certains spécialistes parlent de « dépendance » à la nourriture... Face à cette situation, les « régimes » ne peuvent constituer une réponse satisfaisante : les changements de pratiques ne peuvent se faire uniquement à partir d'informations, de sensibilisations générales.

Enfin, les compétences psycho-sociales des personnes concernées, leur capacité et désir de « prendre soin d'elles-mêmes » sont un ressort important de la gestion du poids, des bonnes pratiques alimentaires.

Reste qu'au-delà des pratiques et représentations individuelles, la dimension économique peut conditionner en partie, l'accès à une alimentation équilibrée, variée.

1.1.2 Problèmes de poids, d'hygiène alimentaire et précarité économique et sociale

Les professionnels de terrain constatent que les bénéficiaires de l'aide alimentaire sont souvent en surpoids : certains professionnels se demandent si l'aide apportée pourrait favoriser une prise de poids excessive, en lien avec un mauvais équilibre alimentaire ? Un travail de sensibilisation pourrait être fait, avec les associations caritatives apportant une aide alimentaire, notamment sur la préparation et la consommation des fruits et légumes. En effet, on constate que les fruits et légumes sont peu choisis par les bénéficiaires (ainsi que les produits pour bébés). Il faudrait davantage travailler avec les bénéficiaires sur la préparation, le coût de repas équilibrés. Contraintes de vie et pratiques alimentaires, représentations sur les bonnes pratiques alimentaires, sont des dimensions qui doivent être travaillées en prenant en compte les difficultés concrètes, au plan économique et social, des personnes concernées par un problème de surpoids ou d'obésité.

1.1.3 Les messages actuels de prévention ne sont pas adaptés à tous les publics

La communication nationale sur les bonnes pratiques alimentaires n'est pas toujours bien adaptée aux publics en QPV : elle est souvent perçue comme complexe à comprendre, et les recommandations peuvent être perçues comme difficiles à suivre par les publics en fragilité économique et sociale. Il serait souhaitable que les supports de prévention incluent davantage d'éléments visuels, des messages plus accessibles pour les publics en difficultés avec l'écrit. Vaulx-en-Velin a réalisé des flyers d'information sur différents sujets, à destination des habitants en QPV : il serait intéressant de pouvoir partager ces outils à une plus grande échelle. La PMI développe également des supports d'information accessibles à tous avec des textes simples, des illustrations, notamment en ce qui concerne les conseils de base en puériculture : ces modèles pourraient être utilisés en matière de recommandations sur les pratiques alimentaires. Des informations pourraient par ailleurs être développées sur l'alimentation des tout-petits, mais aussi sur l'équilibre alimentaire pendant le ramadan.

Enfin, il faut construire des supports, des démarches de communication, de prévention avec les habitants : favoriser les démarches participatives, avec des groupes constitués ou non : les habitants sont parfois en demande et ont de vraies capacités à se mobiliser

1.1.4 Le dépistage des problèmes de surpoids peut se faire dès l'enfance, l'adolescence

Les pédiatres, médecins généralistes et les services de PMI constituent des ressources importantes pour repérer, dépister des problèmes de surpoids et ce, dès la petite enfance. Par ailleurs, et même s'il n'y a pas eu de problème de poids pendant la petite enfance il faut être vigilant au rebond d'adiposité précoce chez les préadolescents.

1.1.5 La chirurgie bariatrique : une nécessité de suivi

La chirurgie bariatrique s'est considérablement développée ces dernières années, comme solution aux problèmes d'obésité. Or, il faut être attentif à promouvoir la prévention (pratiques alimentaires, activité physique, ...), avant de promouvoir la chirurgie bariatrique. Ceux qui, après avoir essayé différentes démarches pour perdre du poids, optent pour la chirurgie bariatrique, doivent faire l'objet d'un suivi, tout au long de leur parcours de vie. La chirurgie peut sembler une solution facile et rapide, mais elle nécessite un changement profond des pratiques alimentaires, des représentations autour de l'alimentation et l'adaptation à un nouveau corps, ... Sans compter qu'elle a un coût économique, qui n'est pas négligeable pour les personnes ayant un budget modeste.

1.2 L'activité physique : des leviers pour encourager les habitants à « bouger »

En parallèle à une alimentation équilibrée, l'activité physique est une clé essentielle pour prévenir l'apparition de nombreux problèmes de santé, dont ceux qui peuvent être liés au poids (diabète, mais aussi maladies cardio-vasculaires), ou pour contribuer à leur prise en charge. Différents leviers peuvent être mobilisés pour favoriser l'activité physique.

Enfin, l'activité physique est une thématique fortement transversale, qui peut être liée à de nombreuses dimensions : santé mais aussi environnement et développement durable

1.2.1 « Bouger » vers et dans les espaces verts, les quartiers

La présence d'espaces verts peut favoriser l'activité physique... Ou pas, lorsqu'ils sont laissés à l'abandon, lorsqu'ils sont mal accessibles. Par ailleurs, les horaires et la desserte des parcs et espaces verts par les transports en commun ne sont pas toujours adaptés aux usages réels et aux attentes des habitants. Par exemple, il est difficile de se rendre, en été en fin de journée ou début de soirée, au Parc de Miribel-Jonage en bus, alors que c'est le moment de la journée ou de nombreuses personnes (notamment celles qui travaillent en journée, ou lorsqu'il fait très chaud) souhaiteraient profiter du parc.

La « marchabilité » des quartiers est également un élément-clé qui peut favoriser ou non l'activité physique des habitants. Ainsi, la taille et la surface des trottoirs, la présence de bancs et de toilettes publiques peuvent encourager les déplacements, les parcours au sein d'une ville, d'un quartier... Autant d'éléments d'aménagement urbain qui peuvent faciliter et encourager la marche. On note que les habitants des QPV se déplacent beaucoup en bus (peu ont une voiture, du fait de la modestie de leurs revenus), et ce même sur de petits trajets. Il semble donc important de promouvoir la marche sur les petites distances auprès des publics des QPV (et autres territoires en fragilité économique et sociale).

On constate qu'au sein d'une même ville, il peut exister des frontières invisibles entre les quartiers, qui peuvent être défavorables à des parcours de marche : se déplacer à pied d'un quartier à l'autre ne va pas de soi et certains habitants peuvent éprouver une certaine appréhension à l'idée de sortir de leur quartier, de pénétrer dans un quartier différent. Sur ces problématiques, il est important de ne pas oublier les QVA : les populations en fragilité se trouvent aussi hors des QPV, même si elles sont moins concentrées.

Dans le prolongement de la valorisation de l'activité physique par les déplacements (mobilités actives), il serait souhaitable de mieux mettre en valeur les parcs et parcours sportifs existants, mais aussi les trajets de « pédibus ». Ainsi à Feyzin, un parcours de santé a été créé sur les Grandes Terres. A Vénissieux des habitants des QPV participent à des activités de marche nordique dans les environs.

1.2.2 Les clubs sportifs : des ressources d'activité physique pour tous ?

L'accès à des clubs sportifs n'est pas toujours aisé pour les habitants, ou même recherché par eux. Même si les tarifs d'inscription des clubs subventionnés (par les mairies notamment) sont abordables, la logique de compétition ne convient pas à tous les habitants qui ont des attentes de « sport santé », mais sans vouloir s'impliquer en compétition. La compétition est ainsi un élément répulsif pour toute une partie de la population... A noter, les clubs sportifs ne sont pas uniquement subventionnés par les villes sur des critères de victoires obtenues en compétition : les subventions valorisent aussi les activités orientées vers les « non compétiteurs », vers le « sport santé ».

Il est constaté qu'il peut être très difficile d'inscrire les enfants en club de sport en cours d'année, par manque de places : que faire pour ceux qui ont raté les inscriptions de « rentrée » ? Par ailleurs, les enfants en surpoids se sentent parfois rejetés des clubs sportifs. D'autre part, on note aussi qu'il existe peu d'offres adaptées aux personnes âgées non « sportives » pour les aider à pratiquer une activité physique au sein d'un club.

Le « sport sur ordonnance » devrait se développer dans les années à venir, afin de faciliter les démarches vers une activité physique, dans le cadre d'un suivi médical, hors compétition. Néanmoins, cette possibilité semble encore lointaine dans les faits.

Les encadrants sportifs des clubs, des associations manquent parfois de formation sur les questions nutritionnelles/diététiques qui pourraient utilement compléter les conseils sur l'activité physique : des formations pourraient être pertinentes pour certains. Il serait aussi

souhaitable de former les clubs sportifs à la thématique de l'activité physique adaptée : les besoins pressentis semblent importants.

D'une manière générale, il est important de sensibiliser les personnes-relais qui travaillent sur les quartiers, sur la question de l'activité physique, afin de toucher les publics modestes ou défavorisés socio-économiquement. Et de manière plus globale, il serait pertinent de créer des liens entre les actions locales et le Plan Régional Sport Santé Bien-être.

Il pourrait enfin, être intéressant de s'appuyer sur certains évènements festifs, collectifs pour promouvoir certaines formes d'activité physique, sur le modèle de ce qui se fait à Lille (« Tout le monde se bouge »), avec par exemple, l'évènement estival lyonnais « Tout le monde dehors ». A Villeurbanne, la « Caravane des sports » au cœur des animations sportives d'été, réunit les acteurs locaux du monde sportif, qui diffusent des informations sur les sports, mais aussi sur les bienfaits de l'activité physique.

L'activité physique doit également être pensée au regard de l'impact des nouvelles technologies sur les individus, technologies qui peuvent favoriser une grande sédentarité (ordinateurs, tablettes, Smartphones), notamment en ce qui concerne les jeunes.

Différentes actions sont d'ores et déjà menées par les communes de l'agglomération, afin de faciliter et favoriser l'activité physique. Quelques exemples peuvent être cités:

- A Vénissieux des actions sont montées au croisement des thématiques nutrition et activité physique avec une diététicienne et une professionnelle de l'Activité Physique Adaptée : travail sur des parcours santé avec les 6-11 ans notamment, et ce avec l'aide d'un éducateur spécialisé.
- Villeurbanne travaille également sur cette question avec les clubs sportifs de la ville et de nombreuses actions ont été développées en lien avec le sport, qui sont bien utilisées par la population (ex : caravane des sports).
- Saint-Fons a développé plusieurs actions concernant l'activité physique sur toute la ville.
- Pierre-Bénite travaille également avec un groupe d'adultes initiés à la pratique du vélo. Par ailleurs les habitants des QPV de la ville ont été invités à un « défi familles » en partenariat avec le Bus Info santé, les gagnants ont obtenu des places pour l'Euro 2016, Egalement sur Pierre-Bénite une activité est soulignée qui fonctionne bien, avec club du 3^{ème} âge de la MJC : « *Allez, on bouge* ». Cette activité a permis un rapprochement avec d'autres groupes de personnes âgées dans la ville : au-delà de l'activité physique, des liens sociaux se sont créés.
- A Meyzieu, le « Majopass » permet aux enfants (familles bénéficiaires du quotient familial) de découvrir 3 activités sportives : cette opportunité à été bien investie par les enfants des QPV.

1.3 L'alimentation : chez soi, et hors de chez soi (restauration scolaire, ...)

On note qu'il y a un intérêt fort pour les structures et intervenants présents sur les quartiers à s'ouvrir à la cuisine des différentes communautés en présence, et à en valoriser les points forts, les apports en termes d'équilibre et de diversité nutritionnelle.

Au-delà, l'offre de ressources et de commerces alimentaires en présence dans les quartiers à un impact sur les représentations et les pratiques. Le type de commerce, de marchés, la présence de lieux de restauration rapide peut susciter, conforter des pratiques d'achats et de consommation alimentaires, bénéfiques ou non pour la santé.

La restauration scolaire est également un enjeu pour diffuser des informations, encourager certaines pratiques, et ce même si cette ressource est globalement moins utilisée en QPV que sur les autres quartiers. Ainsi, des enquêtes du Conseil départemental sur la restauration scolaire au collège montrent qu'en moyenne, 73% des collégiens déjeunent à la cantine, mais que ce taux tombe à 36 % dans les QPV, et jusqu'à 20% dans certains établissements en QPV. Dans ce cas, il est difficile de toucher les jeunes d'un quartier sur la thématique de l'alimentation via la « cantine ».

1.4 Des dimensions psychologiques, sociales, culturelles, à prendre en compte dans les démarches de prévention

Les représentations des individus autour de l'alimentation sont souvent reliées à des dimensions psychologiques et sociologiques complexes, pas toujours bien prises en compte dans les campagnes de prévention, que sont :

- L'estime de soi
- Les affects, l'affection
- Le plaisir
- Les enjeux d'ascension sociale ou l'inquiétude du déclassement social
- La culture

Dans le cadre des problèmes de surpoids ou d'obésité, les approches des professionnels de santé sont souvent très individualisées, mais il y a des dimensions collectives en jeu, parfois communautaires ou culturelles qu'il faut prendre en compte, aussi bien dans la prévention que dans les prises en charge. Il peut ainsi être pertinent de s'appuyer sur certains événements communautaires pour mener des actions sur le sujet de l'alimentation, comme le contrôle du diabète pendant le Ramadan, peut-être en faisant appel à certaines personnalités locales, comme les imams ? La démarche est délicate et complexe et nécessite d'être bien réfléchie... Dans ce registre, des expériences positives ont été menées à Villeurbanne avec Radio Salam et l'Ademas (cancer du sein)....

Il semble que certaines informations se diffusent mieux et sont mieux appropriées par les personnes lorsque tous les membres de la famille sont impliqués. Cela semble particulièrement vrai en matière d'hygiène de vie et d'alimentation.

Par ailleurs, le fait de se sentir « seul » notamment pour pratiquer une activité physique, est décourageant pour beaucoup. Le lien social facilite les changements de pratiques, l'accompagnement vers de nouvelles pratiques, aussi bien en termes d'activité physique que d'alimentation

Les dynamiques de co-construction collectives avec les habitants, les démarches participatives, notamment avec les jeunes, semblent positives et facilitent l'appropriation et la diffusion de messages de santé. Les centres sociaux, les Missions Locales, notamment, peuvent être des relais vers les habitants, vers les jeunes, pour mettre en place des démarches qui peuvent aboutir à des « micro-actions locales ». Il est important de former les acteurs de proximité, de terrain à ces démarches.

Les problèmes de poids et plus encore le diabète ont un impact défavorable sur la santé mentale et peuvent parfois entraîner des formes de dépressivité : la dégradation de l'estime de soi, de son image, les contraintes alimentaires pour maigrir ou stabiliser son diabète sont parfois très difficiles à supporter.

1.5 Nécessité d'actions articulées, de discours cohérents et convergents

Il faut développer des approches globales et multidisciplinaires à l'échelle du territoire, quel qu'il soit, et les planifier sur la durée : les actions ponctuelles ou « saupoudrées » sont insuffisantes pour toucher la population.

Il faut, par ailleurs, être vigilant à la « banalisation » du surpoids, voire du diabète, parmi certains groupes d'habitants, dans certains quartiers, une banalisation qui rend plus difficile la prévention. L'importance et la fréquence des problèmes de surpoids, d'obésité et de diabète dans certains territoires crée une sorte de banalisation, qui semble s'imposer à tous et qui peut donner le sentiment qu'il y a une sorte de normalité ou de fatalité à être concerné par le surpoids, l'obésité, le diabète...

Dans ce contexte, les éléments de langage des différents professionnels intervenant sur ces questions, ceux utilisés dans les supports de communication, sont importants à affiner, à ajuster, afin que les messages soient bien accessibles aux populations qui sont les plus concernées par les problèmes de surpoids, le diabète. Il s'agit de sensibiliser sans banaliser ni créer d'anxiété par rapport aux risques et problèmes de santé en lien avec le surpoids, le diabète.

En outre, la coordination, à une échelle territoriale et au-delà, entre les professionnels de santé, du sport, du social, de l'éducation, sont souhaitables pour produire un discours cohérent et audible par la population. Il est en effet indispensable de développer un discours commun, convergent en matière de promotion de la santé, sur le surpoids, l'obésité le diabète, entre les professionnels, en y associant les habitants.

2/ Différents acteurs sont repérés pour agir dans la prévention et la prise en charge du surpoids, de l'obésité, du diabète

2.1 Les médecins : une ressource incontournable, mais des difficultés à les impliquer dans des actions collectives, multipartenariales

Peu de médecins généralistes adhèrent au REPPPO 69, et dans certaines communes aucun médecin n'est adhérent au REPPPO. Mais, même en cas d'adhésion des médecins traitants, les avis des professionnels de terrain sont partagés sur l'efficacité des prises en charge. Les endocrinologues, les diététiciennes sont aussi des ressources bien repérées, mais pas toujours facilement accessibles partout (notamment en ce qui concerne les diététiciennes, car non remboursées par Assurance Maladie).

Si les médecins généralistes constituent une ressource précieuse face à ces problématiques, il est constaté que certains médecins, notamment les plus âgés, « dédramatisent » parfois peut-être trop les phénomènes de surpoids chez les enfants... Ce qui n'aide pas les familles à développer une attention plus forte à l'équilibre alimentaire, à l'activité physique des enfants, notamment dans des contextes où il existe déjà une forme de banalisation du surpoids, du diabète.

Les médecins généralistes sont par ailleurs souvent difficiles à mobiliser dans le cadre d'activités collectives de prévention. Plusieurs éléments peuvent contribuer à expliquer ce phénomène : en premier lieu, la question de la prévention, de la promotion de la santé est peu présente dans les études de médecine. La rémunération des médecins généralistes et la durée des consultations complexifient aussi l'enjeu de l'investissement de ces derniers dans des activités de prévention primaire, certains médecins estimant qu'ils ne peuvent pas

passer plus de temps avec leurs patients, étant donné la cotation actuelle des actes... Et ce d'autant plus que les files actives des médecins généralistes sont souvent saturées, tout comme leur emploi du temps, ce qui ne facilite pas le dialogue autour de l'hygiène de vie avec les patients.

Sur le terrain, on constate que les médecins salariés semblent plus faciles à mobiliser que les libéraux, sûrement du fait de leur mode de rémunération... Si les médecins libéraux sont difficiles à impliquer, des exemples de travail partenarial avec eux sont repérés :

- Meyzieu est ville-pilote du programme VIF (Vivons en Forme), néanmoins les médecins généralistes y participent très peu... Au début de nombreux médecins étaient impliqués, mais beaucoup se sont essouffés.
- A Pierre-Bénite, il existe un travail partenarial très développé, au centre de santé Benoit Frachon, avec des médecins salariés du centre, qui implique également des habitants et des habitants-relais. Des « rencontres santé » ont lieu tous les deux ans avec tous les partenaires. Les médecins généralistes salariés, semblent plus faciles à mobiliser que les libéraux.
- A Vaulx-en-Velin, des rencontres « midi-santé » sont organisées par la ville qui impliquent des « noyaux » de professionnels de santé libéraux et notamment médecins généralistes : certains, de profil plutôt « militant » participent très régulièrement à ces déjeuners.

Les Maisons Pluridisciplinaires de Santé / les « Pôles de santé » développent des projets en matière de prévention primaire ou d'éducation thérapeutique qui impliquent des professionnels de santé libéraux. Ainsi le Pôle de santé du 8^{ème} arrondissement de Lyon. Ces projets seraient facilités par les nouveaux modes de rémunération... Les projets de santé qui peuvent être développés dans le cadre des MPS peuvent ainsi constituer une ressource pour le développement d'actions de prévention sur le diabète ou l'obésité.

En tout état de cause, impliquer les médecins généralistes dans des actions de prévention reste un enjeu majeur.

Les endocrinologues constituent une ressource incontournable. Certains sont déjà impliqués dans des partenariats : au sein du réseau DIALOGS, dans les hôpitaux, dans les cliniques privées (Médipôle), au sein des Centres de référence de l'obésité (Lyon Sud, clinique de la Sauvegarde). Mais il faut développer les passerelles entre ces spécialistes et les acteurs sur les territoires.

De manière plus générale, il sera aidant de créer des passerelles entre professionnels locaux et des médecins hospitaliers.

Le G.R.O.S. est groupe de réflexion sur l'obésité et le surpoids, association de loi 1901 qui regroupe des professionnels de toutes écoles prenant en charge des personnes en difficulté avec leur poids et leur comportement alimentaire. L'association a vocation d'être un lieu de réflexion, d'échanges et de formation. Elle regroupe des soignants en charge de patients en difficulté avec leur poids et leur comportement alimentaire : médecins généralistes et spécialistes, diététiciens-nutritionnistes, psychologues, psychomotriciens, infirmiers, ... Le G.R.O.S. permet à des professionnels de santé de divers horizons, de mettre en commun leur expérience, leurs compétences et leur imagination

2.2 Les pharmaciens : des acteurs de proximité plus faciles à mobiliser

Les pharmaciens semblent participer plus facilement, ou plus volontiers aux actions sur le diabète, que ne le font les médecins généralistes. Ils sont des acteurs de proximité importants à mobiliser dans les QPV

Les pharmaciens sont souvent confrontés au problème des ordonnances que les patients ne comprennent pas toujours. Les pharmaciens doivent « traduire » l'ordonnance pour les patients : cette activité est rémunérée, mais chronophage.

Une expérience est menée en Ardèche (La Voulte sur Rhône) concernant une ordonnance visuelle, qui fait actuellement l'objet d'une évaluation par le CCAS de la Voulte. Il sera pertinent d'examiner les résultats de cette évaluation et de réfléchir à la diffusion de tels outils sur les territoires (pour les patients diabétiques par exemple).

2.3 Les infirmiers libéraux : les visites à domicile auprès de patients âgés

Même s'ils sont peu présents et peu repérés dans les actions multipartenariales de prévention sur les territoires, ils interviennent à domicile, au plus près de la population, notamment dans les QPV auprès des patients diabétiques âgés qui ont besoin d'injections d'insuline. De ce fait, ils peuvent constituer des ressources précieuses à solliciter dans le cadre d'actions de prévention locales

2.4 Les professionnels de santé des services publics : le suivi des nourrissons et des enfants

Les médecins et infirmières scolaires, la PMI constituent des ressources de premier ordre en matière d'état de santé des enfants. La question de la surveillance du poids des jeunes enfants et enfants est notamment réalisée par les services de santé scolaire (Education Nationale ou villes), mais aussi par les services de PMI pour les plus jeunes enfants (consultations en PMI, visites en crèches...). Notons que certaines PMI ont des temps de permanence dédiés à l'obésité.

2.5 Réseau SOFIA, actions CPAM : le lien avec les population QPV

On note l'existence d'un service de coaching téléphonique, SOFIA (dispositif gratuit d'accompagnement téléphonique de patients diabétiques) qui semble peu ou pas utilisé dans de nombreux territoires de la métropole, et notamment dans les QPV.

Des actions de prévention sont menées dans les villes, sur certains quartiers par la CPAM, en proximité des publics de QPV : il est important de repérer ces actions et de travailler en articulation avec la CPAM sur la thématique du diabète et du surpoids

2.6 Les centres spécialisés en chirurgie bariatrique :

Deux établissements sont particulièrement repérés sur la Métropole qui réalisent des opérations de chirurgie bariatrique :

- Lyon Sud
- La clinique de la Sauvegarde (un partenariat avec la ville de Lyon/9^{ème} arrondissement, au niveau du groupe de travail sur l'éducation thérapeutique).

Ces établissements ne sont pas sollicités pour le moment dans le cadre des actions de prévention de l'obésité et du surpoids

2.7 Les « acteurs cachés » de la prévention

Une multiplicité d'autres acteurs, non professionnels de santé, est repérée qui peuvent être utilement mobilisés dans des démarches de prévention :

- Les centres sociaux. La santé peut être travaillée et mentionnée explicitement, dans le cadre de leurs contrats d'objectifs, notamment en lien avec la Caisse d'Allocations Familiales. Les centres sociaux voient toutes les tranches d'âge et peuvent travailler la thématique de l'alimentation / du diabète, de manière intergénérationnelle.

- Les assistantes sociales (MDR notamment) peuvent jouer un grand rôle en matière de santé, de prévention, mais elles sont aujourd'hui recentrées sur le cœur de leurs missions.

- Les associations présentes sur le terrain (habitants, caritatif, ..) peuvent être des acteurs-relais en matière de santé très pertinents et en proximité.

- Les habitants-relais (notamment en lien avec les centres sociaux) présents sur certaines communes peuvent également être très aidants en matière de promotion de la santé, voire de prise en charge de ces pathologies, par exemple en traduisant parfois les ordonnances.

- Enfin, les bailleurs sociaux, les crèches, les RAM, l'Education nationale, les urbanistes dans les communes (qui travaillent notamment sur les espaces verts), sont autant d'acteurs et de partenaires qui, chacun depuis sa place et ses missions, peuvent contribuer de manière directe ou indirecte à développer ou soutenir des démarches de prévention sur les questions d'équilibre alimentaire ou d'activité physique.

Reste que les financements alloués aux actions de prévention et de leur pérennité questionne souvent la cohérence des démarches de prévention, sur la moyenne durée, mais la cohérence d'actions menées simultanément sur un même territoire et, parfois, le risque de « saupoudrage » et de confusion pour les habitants.

2.8 Et les habitants, premiers acteurs de leur santé

Il semble particulièrement important et pertinent de favoriser les dynamiques de co-construction d'actions de prévention avec les habitants, selon des approches de « *santé communautaire* », « *d'éducation par les pairs* »,

3/ Toucher / sensibiliser les publics les plus concernés par le surpoids, l'obésité, le diabète, sans les stigmatiser

Le surpoids, l'obésité et le diabète concernent de manière très marquée (en France comme dans le reste du monde) les personnes défavorisées. En France les habitants des quartiers en politique de la ville, notamment issus de l'immigration, sont largement plus concernés que les habitants des autres territoires urbains ou ruraux. Les besoins de cette population sont bien identifiés, mais il faut rester vigilants à ne pas stigmatiser cette population.

Les habitants concernés n'expriment pas toujours d'attentes en matière d'information ou même de prise en charge de l'obésité, du diabète, et certains publics sont plus difficiles à toucher que d'autres.

Néanmoins, on observe que des publics, réputés éloignés des soins, peuvent être rencontrés : ainsi certaines communautés de gens du voyage parmi lesquels les femmes sont nombreuses à avoir recours à la chirurgie bariatrique, et qui peuvent exprimer un besoin d'accompagnement.

Malgré les difficultés observées, les habitants montent en compétence sur les questions de santé, d'hygiène de vie : ils sont de mieux en mieux informés, voire, sollicitent davantage les services santé des villes, notamment sur les questions de surpoids et diabète (comme par exemple à Villeurbanne).

Travailler en proximité avec les habitants semble, en tout état de cause, indispensable, dans la souplesse, par rapport à leurs attentes, mais aussi à leurs pratiques concrètes actuelles (activité physique, alimentation).

On note que certains contextes sont particulièrement favorables à la rencontre avec les habitants. Ainsi les activités périscolaires peuvent constituer une opportunité intéressante pour entrer en contact avec les parents, sur le thème de l'alimentation, de l'activité physique, et ce afin de réaliser, avec parents et enfants, des actions de prévention.

Quatrième partie

La santé environnement

- **Éléments bibliographiques**
- **Constats d'observation partagée**

La santé environnement : Éléments bibliographiques

1/ Introduction

Les problématiques de santé environnementale sont très diverses, de ce fait, la prise de conscience relative aux liens entre santé, pollution et environnement doit être à la fois individuelle et collective.

En amont de cette prise de conscience, une meilleure connaissance des facteurs et des enjeux de l'environnement à l'origine des impacts sur la santé et des maladies s'avère nécessaire.

L'environnement est tout ce qui nous entoure. Il agit de manière directe sur l'organisme humain. La qualité de l'air que nous respirons, de l'eau que nous buvons et des aliments que nous mangeons, ainsi que les objets que nous utilisons, le bruit que nous subissons sont autant de facteurs qui influencent notre santé de manière positive ou négative. Ils agissent sur le corps humain à travers les voies respiratoires, le système digestif, la peau et les organes des sens (olfactif, visuel et auditif).

En juin 2004, un premier Plan national santé-environnement (PNSE) était adopté pour cinq ans. En 2007, les ateliers du Grenelle de l'Environnement ont appelé au développement du domaine santé-environnement. Un deuxième Plan national santé-environnement (PNSE 2) a été finalisé en juin 2009, décliné ensuite en plans régionaux (PRSE). Aujourd'hui, le 3^{ème} PNSE est en cours et doit être décliné à l'échelle des nouvelles régions. Dans ce contexte, les études sur la santé et l'environnement se multiplient, avec une préoccupation grandissante à l'égard des interconnexions entre pollutions environnementales et maladies.

2/ Le concept de « santé environnementale »

« La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures »³⁸.

Plus communément, la «santé environnementale» désigne l'ensemble des interactions entre l'homme et son environnement et les effets sur la santé liés aux conditions de vie et à la contamination des différents milieux (eau, air et sol). Ainsi, l'environnement constitue l'un des déterminants majeurs de santé.

Cependant, la plupart des maladies les plus courantes (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires...) ont de multiples causes qui sont souvent interdépendantes. Même si l'influence de l'environnement sur le développement, le déclenchement ou l'aggravation d'un grand nombre de maladies n'est plus mise en question aujourd'hui, il reste très difficile, dans de nombreux cas, de déterminer avec certitude à quel degré d'importance un polluant particulier présent dans l'air, le sol, l'eau ou l'alimentation a une influence sur une maladie donnée.

³⁸ Définition de l'OMS, 1994.

Plusieurs facteurs interviennent en effet dans cette problématique complexe :

L'exposition à de faibles doses : dans la majorité des cas, nous ne sommes exposés qu'à de très faibles doses de polluants, mais pendant une très longue durée.

Le temps de latence très long : les effets sur la santé de certains polluants ne se manifestent souvent qu'après de nombreuses années. C'est, par exemple, le cas pour les pathologies liées à l'exposition aux fibres d'amiante qui se développent généralement après 15 à 20 ans d'exposition, voire davantage.

Les effets de synergie : nous sommes exposés en permanence à de multiples polluants. On estime que l'action simultanée de plusieurs polluants amplifie leur effet. Il est donc très difficile d'isoler l'impact de l'exposition à un polluant particulier.

Les effets se ressemblent : de nombreux facteurs environnementaux créent des effets non spécifiques, c'est-à-dire communs à de nombreuses pathologies (comme nausées, maux de tête, etc.).

L'état des connaissances scientifiques et les controverses : l'état de nos connaissances ne nous permet pas toujours d'établir clairement un lien de cause à effet.

À cela s'ajoute le fait que nous ne sommes pas tous exposés de manière égale aux différents facteurs de l'environnement. Les différences de niveaux d'exposition (qui varient en fonction du cadre de vie, des habitudes de vie et de l'activité professionnelle) et les facteurs individuels (sexe, âge, facteurs génétiques, état nutritionnel, niveau socio-économique, état de santé psychique) créent des situations individuelles très diverses.

L'environnement n'agit donc pas de la même manière sur chaque individu. Une personne en bonne santé peut s'adapter plus facilement aux contraintes extérieures. Chez une personne malade, mal nourrie, soumise au stress, etc., la capacité d'adaptation est plus réduite et son état se dégradera plus rapidement que chez une autre personne.

Certains groupes de personnes sont également plus sensibles aux pollutions environnementales : il s'agit des enfants, des femmes enceintes, des personnes déjà malades et des personnes âgées. À même dose d'exposition, leur organisme se défend moins bien.

3/ Part de l'environnement sur l'état de santé

La quantification des impacts de l'environnement sur la santé correspond à la détermination de la charge de morbidité imputable à des facteurs environnementaux.

Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé estime que les problèmes liés à l'environnement sont la cause de 24 % des maladies dans le monde et 23 % du nombre total de décès sont attribuables à des facteurs environnementaux, ce qui représenterait « 12,6 millions décès en 2012 du fait d'avoir vécu ou travaillé dans un environnement insalubre »³⁹. La grande majorité de ces maladies se manifestent dans les pays en développement et la part qui revient aux causes environnementales est plus importante dans les régions les plus pauvres du monde.

³⁹ OMS, 2016. *Preventing disease through healthy environments : A global assessment of the burden of disease from environmental risks* : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/fr/>

Les effets sur la santé qui sont les mieux connus concernent la pollution de l'air ambiant, la mauvaise qualité de l'eau et l'hygiène publique insuffisante. On connaît beaucoup moins les effets sur la santé des produits chimiques dangereux. Le bruit est un problème émergent d'environnement et de santé. Le changement climatique, l'appauvrissement de la couche d'ozone, la perte de biodiversité et la dégradation des sols peuvent également affecter la santé humaine.

3.1 Facteurs de cause et effets sur la santé

Dans le monde, les plus grands problèmes sanitaires liés à l'environnement sont dus à la mauvaise qualité de l'eau et à un manque d'hygiène publique. En Europe, c'est surtout la pollution de l'air extérieur et intérieur et l'exposition à des produits chimiques dangereux qui sont les plus fréquents.

3.1.1 Les eaux

Même si d'énormes progrès ont été réalisés, 11 % de la population mondiale, soit 768 millions d'individus, n'avaient pas accès à l'eau potable en 2011 selon le rapport sur les progrès en matière d'assainissement et d'alimentation en eau de l'Organisation mondiale de la santé⁴⁰. En France, la qualité de l'eau est contrôlée pour préserver notre santé. De nombreux paramètres peuvent influencer sur la qualité de l'environnement aquatique : la gestion des eaux usées domestiques, industrielles ou agricoles, la nature des eaux de pluie, la vétusté des réseaux de canalisation, etc. De ce fait, même si en France 100 % de la population a accès à l'eau potable, seuls 97,1 % de la population est alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité microbiologiques. Aujourd'hui, aucun dépassement ne peut être toléré en matière de contamination microbiologique compte-tenu des risques induits, alors qu'en matière de contamination chimique (nitrates, pesticides, métaux lourds,...), il existe des tolérances ponctuelles, encadrées réglementairement, si elles sont sans danger sur la santé conformément aux réglementations. De nombreuses actions pour améliorer la qualité des eaux en général, avec une action renforcée en amont des captages d'eau potable, pour limiter à terme les besoins en traitement, ont été engagées (mise en conformité de l'assainissement, plan Ecophyto, protection de captages, réduction des pollutions chimiques, micropolluants rejetés dans les milieux aquatiques et résidus médicamenteux).

3.1.2 L'air extérieur

L'air constitue pour l'homme un environnement imposé et vital. Un humain respire en moyenne 15 m³ d'air par jour et s'expose à la pollution atmosphérique par ses voies aériennes. La prise de conscience des effets de la pollution atmosphérique sur la santé débute dans les années 1950 et tout particulièrement en décembre 1952 avec l'événement du Great Smog de Londres : 4 jours de brouillard en absence de vent ont conduit à près de 12 000 décès prématurés parfaitement corrélés avec les pics de pollution par le dioxyde de soufre et les fumées noires émises par industries et le chauffage au charbon et au fioul - la source principale de chauffage à l'époque étant le charbon. Les preuves des effets nocifs de la pollution atmosphérique sur la santé se sont multipliées ces dix dernières années⁴¹. Si ces pics entraînent un afflux de consultations aux urgences, c'est la pollution « de fond », c'est-à-

⁴⁰ OMS, 2013a. Progress on sanitation and drinking-water. 2013 update: Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation

⁴¹ BEH, 2013. Épidémiologie et pollution atmosphérique urbaine : l'observation au service de l'action. n°1-2, numéro thématique.

dire la pollution constante, qui provoque les effets les plus durablement néfastes pour la santé. Les trois types de maladies causées par la pollution de l'air les plus communes sont les maladies respiratoires, au premier rang desquelles la broncho-pneumopathie obstructive (BPCO), les pathologies cardiaques, dont les infarctus, et les cancers du poumon. Par ailleurs, le rôle de la pollution de l'air dans de nombreuses autres pathologies fait l'objet d'études et permet d'affirmer qu'il existe un lien, notamment, entre la pollution et certains problèmes de développement du fœtus, et des pathologies certes multifactorielles mais de plus en plus prévalentes comme la maladie d'Alzheimer et l'obésité.

Selon l'OMS, en 2012, les accidents vasculaires cérébraux représenteraient la 1^{ère} cause de décès dus à l'environnement dans le monde avec 2.5 millions de morts. Viendraient ensuite les cardiopathies ischémiques (2,3 millions de décès), les traumatismes non intentionnels (1,7 millions), les cancers (1,7 millions) et les pneumopathies chroniques (1,4 millions). Les infections respiratoires engendreraient quant à elles, 567 000 décès⁴².

La revue de l'OMS de 2013 conclut à un lien de causalité renforcé entre l'exposition aux particules, surtout les plus fines, et la mortalité et morbidité cardiovasculaire et respiratoire, un lien entre une exposition à long terme à ces particules et des effets comme des athéroscléroses, des issues indésirables de la grossesse (faible poids de naissances, prématurés, etc.) et des pathologies respiratoires chez l'enfant (asthme notamment) et enfin un lien possible entre cette exposition à long terme et une atteinte du neuro-développement, des fonctions cognitives et du diabète⁴³.

D'après l'Agence internationale de l'énergie (IEA), chaque année la pollution atmosphérique provoque près de 6,5 millions de décès prématurés ; soit près de 18 000 décès chaque jour⁴⁴. En France, une nouvelle étude de Santé Publique France indique que la pollution de l'air due aux particules fines est responsable de 48 000 décès chaque année, dont plus de 34 000 seraient évitables⁴⁵. La première étude épidémiologique sur les effets d'une exposition à long terme aux PM2.5 sur la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson a été menée par une équipe de chercheurs de Harvard⁴⁶. Les chercheurs ont constaté que chaque augmentation de la concentration aérienne en PM2.5 de 1 microgramme par mètre cube d'air est associée de manière statistiquement significative à une élévation du risque d'être hospitalisé dans l'année. L'augmentation est de 8 % pour une démence ou une maladie de Parkinson et de 15 % pour une maladie d'Alzheimer. Depuis quelques années, les liens entre pollution de l'air et diabète sont étudiés. Une méta-analyse de la littérature indique que plusieurs études ont montré des associations positives qui confirment que l'exposition à la pollution de l'air peut augmenter le risque de développer un diabète⁴⁷. Des chercheurs de l'Université de Southern California ont également montré que l'exposition à la pollution atmosphérique contribue au développement de l'obésité infantile⁴⁸.

⁴² OMS, 2016. Preventing disease through healthy environments : A global assessment of the burden of disease from environmental risks : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/fr/>

⁴³ OMS, 2013b. Review of Evidence on Health Aspects of Air pollution « Revihaap »

⁴⁴ IEA, 2016. World Energy Outlook Special Report 2016: Energy and Air Pollution : <https://www.iea.org/publications/freepublications/publication/weo-2016-special-report-energy-and-air-pollution---executive-summary---french-version.html>

⁴⁵ Santé Publique France, 2016. Impacts-sanitaires-de-la-pollution-de-l-air-en-France-nouvelles-donnees-et-perspectives. Communiqué de presse : <http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/Impacts-sanitaires-de-la-pollution-de-l-air-en-France-nouvelles-donnees-et-perspectives>

⁴⁶ Kioumourtzoglou MA et al., 2016. Long-term PM2.5 exposure and neurological hospital admissions in the northeastern United States. *Environ Health Perspect* 124:23–29

⁴⁷ Eze IC, et al., 2015. Association between ambient air pollution and diabetes mellitus in Europe and North America: systematic review and meta-analysis. *Environ Health Perspect* 123(5):381–389.

⁴⁸ McConnell R, Shen E et al., 2015. A Longitudinal Cohort Study of Body Mass Index and Childhood Exposure to Secondhand Tobacco Smoke and Air Pollution: The Southern California Children's Health Study. *Environ Health Perspect*; volume 123 (4).

3.1.3 L'air intérieur

La prise de conscience de l'importance de la qualité de l'air intérieur et de son impact sur la santé est relativement récente. La population passe plus de 80 % de son temps dans les espaces clos (logements, bureaux, crèches, écoles,...). Ce pourcentage augmente avec l'évolution plus sédentaire de notre mode de vie et avec le vieillissement de la population. La qualité de l'air intérieur (QAI) résulte d'interactions entre le taux de renouvellement de l'air, les matériaux de construction et d'ameublement, les activités des habitants, la localisation géographique de l'espace clos considéré et les paramètres de confort tels que la température et l'humidité.

On constate par ailleurs que les espaces clos peuvent exposer les occupants à de nombreux polluants, de nature chimique ou biologique, d'origine variée et pour lesquels les connaissances actuelles sont encore insuffisantes. Elle peut être considérablement dégradée par l'utilisation d'appareils de combustion à l'origine de pollutions intérieures (chaudières, chauffages, appareils de cuisson et l'évacuation de leurs fumées). Le tabagisme sans aération, l'humidité et les moisissures liées aux fuites et infiltrations, à la performance des moyens de ventilation. Enfin, les précautions prises et la nature des matériaux utilisés pendant la construction ou le bricolage, la bonne utilisation des produits ménagers ou d'entretien ou la présence d'animaux domestiques jouent également un rôle sur la qualité de l'air intérieur d'une habitation.

De façon générale, on distingue des effets aigus liés à de courtes expositions souvent à des concentrations élevées de polluants (symptômes d'irritations de la peau, des muqueuses ou du tractus respiratoire, des nausées ou des céphalées, pouvant aller jusqu'à la mort dans certains cas d'intoxication au monoxyde de carbone) et des effets chroniques consécutifs à des expositions de longue durée plutôt à de faibles doses (pathologies respiratoires, neurologiques ou cardio-vasculaires, voire certains cancers comme le cancer du poumon lié à une exposition au radon).

En France, de septembre 2015 à mars 2016, 746 signalements ont été effectués auprès du système de surveillance, impliquant 3 255 personnes dont 1 845 ont été prises en charge par un service d'urgence hospitalier et 359 dirigées vers un service hospitalier de médecine hyperbare, enfin 10 décès par intoxication accidentelle ont été déclarés depuis le 1^{er} septembre 2015⁴⁹. En Auvergne Rhône-Alpes, entre 2007 et 2014, 989 épisodes d'intoxication au monoxyde de carbone survenus dans l'habitat et intoxiquant 2 331 personnes ont été signalés. Ces épisodes ont été responsables de 28 décès. Le radon provoque chaque année entre 1 200 et 2 900 décès par cancer du poumon. En règle générale, les sous-sols granitiques libèrent plus de radon que les terrains sédimentaires en raison de leurs grandes concentrations en uranium naturel.

3.1.4 Le bruit

Le bruit généré par les infrastructures routières est un enjeu de santé publique majeur. Dans l'Union Européenne environ de 40% de la population est exposée au bruit du trafic routier ce qui équivaut à un niveau de pression acoustique excédant 55 dB(A) pendant la journée, et 20% sont exposés à des niveaux excédant 65 dB(A)⁵⁰. En France, on dénombre environ 9 millions de personnes fortement exposées à cette source de pollution. Sur ces 9 millions de

⁴⁹ Santé publique France : [Intoxications-au-monoxyde-de-carbone/](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Bulletin-de-surveillance-des-intoxications-au-CO/2015-2016/Surveillance-des-intoxications-au-monoxyde-de-carbone.-Bulletin-au-8-mars-2016)
[http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/ Bulletin-de-surveillance-des-intoxications-au-CO/2015-2016/Surveillance-des-intoxications-au-monoxyde-de-carbone.-Bulletin-au-8-mars-2016](http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Bulletin-de-surveillance-des-intoxications-au-CO/2015-2016/Surveillance-des-intoxications-au-monoxyde-de-carbone.-Bulletin-au-8-mars-2016)

⁵⁰ OMS, 2009. Organisation Mondiale de la Santé. [Directives relatives au bruit dans l'environnement](http://www.who.int/docstore/peh/noise/bruit.htm#Top)
<http://www.who.int/docstore/peh/noise/bruit.htm#Top>

personnes exposées, au moins 1 million sont exposées à des niveaux sonores supérieurs à 55 dB⁵¹.

De nombreuses études ont montré que le bruit a des effets néfastes sur la santé. Le premier impact étant évidemment la gêne^{52,53}, particulièrement durant le sommeil. Dernièrement, une étude menée sur 5 075 personnes habitant dans des zones périurbaines de Stockholm révèle que toute hausse de 5 dB du trafic routier accroît le tour de taille de 0,21 centimètre – contre 0,46 cm pour le trafic ferroviaire, 0,99 cm pour le trafic aérien. Le risque serait même cumulatif, avec un risque d'obésité accru de 95% chez les personnes subissant les trois nuisances, contre 25% en présence d'une seule⁵⁴. Le bruit, et particulièrement le bruit issu du trafic routier est reconnu comme un facteur perturbant le sommeil⁵⁵. Or, le manque de sommeil, notamment chez l'enfant, a été associé à un risque accru de surpoids et d'obésité^{56,57}.

3.1.5 Les substances chimiques et physiques

On connaît beaucoup moins les effets sur la santé des produits chimiques. Néanmoins, les chercheurs sont de plus en plus préoccupés par les effets de l'exposition à des mélanges de produits chimiques à faible dose et pendant de longues périodes de la vie, en particulier durant la petite enfance et la grossesse. Les substances chimiques ayant des effets à long terme, comme les polychlorobiphényles (PCB) et les chlorofluorocarbones (CFC), et celles utilisées dans les structures de longue durée – par exemple dans les matériaux de construction – peuvent présenter des risques, même lorsque leur production a été arrêtée. De nombreux polluants réputés affecter la santé humaine sont progressivement placés sous contrôle réglementaire.

La qualité des produits issus de l'agriculture est en partie liée à la qualité de l'eau utilisée dans le processus de production. Bien souvent, les conditions de production sont influencées par une utilisation de substances chimiques nocives pour l'environnement et pour la santé humaine à long terme (engrais, pesticides, hormones, traitements antibiotiques pour les animaux...). Les produits manufacturés et industriels peuvent, comme ceux de l'agriculture, s'avérer nocifs pour la santé. Leur processus de fabrication peut engendrer des pollutions environnementales (sur l'eau ou l'air). Ils peuvent avoir des effets sur la santé au moment de leur utilisation en raison des substances qu'ils contiennent (perturbateurs endocriniens, nanomatériaux, résidus médicamenteux dans l'eau...). On parle dans ce domaine de risques émergents car les connaissances sont insuffisantes et l'incertitude scientifique persistante. Certaines études tendraient à prouver qu'en dessous des seuils aujourd'hui existants pour protéger les populations, ces substances seraient inoffensives pour l'homme. D'autres analyses préconisent au contraire d'abaisser substantiellement les normes pour préserver la santé humaine⁵⁸.

⁵¹ EEA, 2014. European Environment Agency, Noise in Europe :

http://www.eea.europa.eu/publications/noise-in-europe-2014/at_download/file

⁵² Van Kempen E et al., 2005. Selection and evaluation of exposure-effect-relationships for health impact assessment in the field of noise and health. RIVM report 630400001/2005, RIVM, Bilthoven.

⁵³ OMS, 2011. Burden of Disease from Environmental Noise: quantification of healthy Life Years Lost in Europe. Copenhagen: World health Organization (who) Regional Office for Europe, 2011.

⁵⁴ Pyko A. et al. 2015. Exposure to traffic noise and markers of obesity. *Occup Environ Med* Vol 72, issue 8.

⁵⁵ Demian Halperin, 2014. Environmental noise and sleep disturbances: A threat to health? *Demian Halperin; Sleep Science* 7; 209–212.

⁵⁶ Cappuccio FP et al., 2008. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep* 2008; 31: 619–626.

⁵⁷ Chen X, Beydoun MA, Wang Y, 2008. Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity* 2008; 16: 265–274.

⁵⁸ Perturbateurs endocriniens et maladies métaboliques : un défi majeur en santé publique. Nalbone G., Cicoella A., Labot-Cabon S. *Santé Publique*, 2013, 25, 1, 45-49

Enfin, il existe des cas nouveaux où les effets sur l'environnement et sur la santé sont encore insuffisamment connus (par exemple champs électromagnétiques).

3.1.6 Les milieux naturels

L'environnement inclus aussi les milieux naturels. Ainsi, la santé humaine a toujours été menacée par des risques naturels tels que les orages, inondations, incendies, glissements de terrain et sécheresse. Les conséquences liées à ces risques naturels se trouvent aggravées par un manque de préparation des populations et par des actions humaines telles que la déforestation, ou encore le changement climatique qui peut influencer l'émergence de certaines maladies infectieuses (Chikungunya, Dengue, Zika) et la prolifération de plantes invasives comme l'ambrosie. Rhône-Alpes est d'ailleurs la région de France la plus touchée par la prolifération de plantes d'ambrosie qui ont pollen particulièrement allergisant. Les dernières recherches indiquent que les concentrations en pollen d'ambrosie pourraient quadrupler en Europe d'ici 2050, du fait du réchauffement climatique. La prévalence individuelle de l'allergie à l'ambrosie atteint 13 % en 2014 (contre 9,2 % en 2004) voire 21 % dans la zone fortement exposée⁵⁹.

Au niveau des sols, l'impact des contaminants chimiques naturellement présents ou émis par les activités humaines, est devenu une question majeure. Véritables réceptacles, les sols peuvent devenir des réservoirs de pollution auxquels les populations peuvent être exposées par contacts directs (ingestion ou inhalation de particules de terre) ou indirects (via la chaîne alimentaire).

3.1.7 Les expositions professionnelles

Les travailleurs encourent des risques du fait d'expositions à des agents environnementaux présents sur les lieux de travail. Ces agents environnementaux sont très nombreux et présents dans tous les secteurs professionnels. L'exposition des travailleurs à ces agents est souvent très complexe et peut résulter de la combinaison de plusieurs risques, différenciés selon qu'ils sont de nature biologique, chimique ou physique. Les conséquences d'expositions à ces facteurs peuvent aller de la simple allergie ou affection dermatologique à des troubles neuropsychiques ou des cancers, en passant par des pathologies respiratoires et des troubles de la reproduction.

Ces risques restent cependant très dépendants de la nature des agents environnementaux et par conséquent des corps de métiers. Les secteurs d'activité qui exposent le plus leurs salariés aux produits chimiques sont les services à la personne, la métallurgie et la transformation des métaux, la construction, l'industrie des produits minéraux, le commerce et la réparation automobile, la chimie, la plasturgie. Certaines associations entre un agent environnemental en milieu professionnel et un effet sanitaire ont été clairement démontrées : l'amiante est responsable de mésothéliome de la plèvre, les poussières minérales de pneumoconioses ou fibroses, la silice de silicose, les particules de troubles respiratoires, les fibres minérales artificielles de syndromes irritatifs. La silice et l'amiante sont reconnus comme des cancérigènes pulmonaires. De nombreux solvants sont aussi connus pour être irritants pour la peau, les muqueuses et ils se caractérisent par des effets sur le système nerveux. Certains comme le trichloréthylène sont classés comme cancérogène probable (cancer du rein). Selon l'Institut de veille sanitaire, la part des cancers imputables à l'activité professionnelle varie de 4 à 8,5%⁶⁰.

⁵⁹ ORS Rhône-Alpes, 2014, Etude de la prévalence de l'allergie à l'ambrosie en Rhône-Alpes. http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Prevalence_allergie_ambrosie_RA.pdf

⁶⁰ Imbernon E. 2003, Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels. InVS.

3.1.8 L'urbanisme

Il est aujourd'hui largement reconnu, que les choix de planification et d'aménagement du territoire influencent aussi la santé, la qualité de vie et le bien-être des populations. Les problématiques de santé telles que les inégalités de santé, mais aussi les pathologies comme l'obésité, l'asthme, les troubles de la santé mentale (stress, dépression...), l'exposition à des substances nocives, au bruit,..., constituent autant d'enjeux contemporains de santé publique étroitement conditionnés par la qualité de l'environnement urbain. De nombreuses études apportent aujourd'hui des éléments de preuve de l'impact de ces choix sur certains déterminants de santé^{61,62,63,64}.

Ainsi, les aménagements urbains (mobilier urbain, végétation, chemins piétonniers et cyclables) peuvent favoriser les contacts sociaux, le sentiment de sécurité et aussi les déplacements actifs^{65,66,57}. La présence de parcs et autres espaces verts urbains contribue aussi à améliorer la santé et la qualité de vie des citoyens de différentes manières. Sur le plan environnemental, les parcs et espaces verts permettent d'améliorer la qualité de l'air en produisant de l'oxygène, en séquestrant les particules, les poussières, les métaux lourds et l'ozone. Ils permettent de lutter contre les changements climatiques et les îlots de chaleur urbains en absorbant du dioxyde de carbone et en réduisant la température de l'air. La présence de parcs est également associée à un meilleur état de santé physique et mentale. Une association a également été établie entre la présence de parcs et une diminution de la prévalence des troubles anxieux, de la dépression et du stress⁶⁷.

Enfin, en termes de sociabilité, les parcs et espaces verts urbains constituent des lieux de rencontres propices aux relations et à l'émergence de liens sociaux⁶⁸. En effet, les personnes vivant à proximité d'espaces verts ressentent moins de solitude et souffrent généralement moins de l'absence de soutien social⁶⁹.

L'individu subit ainsi des expositions multiples à des agresseurs environnementaux de nature très variée, agents physiques, chimiques, (micro)biologiques, susceptibles d'interagir, non seulement entre eux mais aussi avec des déterminants socio-économiques. Il en résulte une grande diversité d'effets (toxiques, infectants, allergisants...), effets souvent différés (à moyen ou à long terme) et qui plus est, rarement spécifiques. En effet, la plupart des pathologies s'avèrent multifactorielles et finalement peu nombreuses sont celles que l'on peut imputer à un facteur environnemental précis. En outre, l'individu peut être exposé à un même polluant par différentes voies (inhalation, ingestion, contact cutanéomuqueux) et à

⁶¹ OMS, 2010. *Urban Planning, Environment and Health – From Evidence to Policy Action*, WHO Europe, Copenhagen : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/114448/E93987.pdf

⁶² Barton, H., 2009a, *Land use planning and health and well-being*. *Land Use Policy* 26S, S115–S123.

⁶³ Barton H., Grant M., Mitcham C. and Tsourou C., 2009b, *Healthy urban planning in European cities*. *Health Promotion International*, 24 (S1), i91-i99.

⁶⁴ Giles-Corti, B., Broomhall, M. H., Knuijan, M., Collins, C., Douglas, K., Ng, K., Donovan, R. J., 2005. *Increasing walking : how important is distance to, attractiveness, and size of public open space?* *American Journal of Preventive Medicine* 28(2S2), 169–176.

⁶⁵ Dannenberg, A. L., Frumkin, H. et Jackson, R. J., 2011. *Making healthy places : Designing and building for health, wellbeing, and sustainability*. Washington D.C: Island Press.

⁶⁶ Burney, D., Farley, T., Sadik-Khan, J. et Burden, A. (2010). *Active design guidelines. Promoting physical activity and healthy design* : http://www.nyc.gov/html/ddc/html/design/active_design.shtml

⁶⁷ Maas, J., Verheij, R. A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F. G. et Groenewegen, P. P. 2009a. *Morbidity is related to a green living environment*. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(12), 967-973.

⁶⁸ Abraham, A., Sommerhalder, K. et Abel, T., 2010. *Landscape and well-being: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments*. *International Journal of Public Health*, 55(1), 59-69.

⁶⁹ Maas, J., van Dillen, S. M. E., Verheij, R. A. et Groenewegen, P. P. 2009b. *Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health*. *Health & Place*, 15(2), 586-595.

partir de plusieurs sources (air, eau, aliments, produits de consommation). Par ailleurs, sauf situation accidentelle, l'individu est soumis, dans l'environnement général, à de faibles niveaux d'exposition, mais de façon répétée et parfois à des périodes critiques de sa vie... autant d'éléments qui compliquent l'estimation des expositions et, par là-même, la mise en évidence et la quantification des liens entre facteurs environnementaux et santé.

3.2 Coûts de santé engendrés par les facteurs environnementaux

S'agissant du coût pour le système de santé français du traitement des pathologies associées à la pollution de l'air, les différents travaux conduits, en particulier ceux de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et du Commissariat général au développement durable (CGDD), se corroborent pour l'évaluer entre 1 et 2 milliards d'euros par an, ce qui représente entre 15 % et 30 % du déficit de la branche « maladie » de la sécurité sociale. Le coût sanitaire global (traitements des maladies, mortalité prématurée, absentéisme, etc.) représente « entre 68 et 97 milliards d'euros », dont 3 milliards pour le seul impact sur la Sécurité sociale, tandis que le coût non sanitaire (baisse des rendements agricoles dégradation des bâtiments, dépenses de prévention,...) atteint 4,3 milliards d'euros⁷⁰.

En France, 2,2 millions de personnes sont traitées en affection de longue durée pour des maladies cardio-vasculaires, pour un coût évalué pour le régime général à 17,9 Md€ en 2007⁷¹.

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mené une mission d'évaluation transversale de la politique de santé publique relative à la prise en charge du diabète, devenue en 2010 la première des maladies chroniques en France (3 millions de personnes atteintes). La mission observe que le coût du diabète progresse ces dernières années à raison d'un milliard d'euros par an, et ce en dépit des actions volontaristes des pouvoirs publics et de l'assurance maladie, mises en place depuis plus de dix ans.

En 2007, les remboursements des soins aux patients diabétiques ont atteint 12,9 milliards € et représentaient 9 % des dépenses de soins de l'assurance maladie⁷². Environ 1 euro sur 10 est consacré en France aux remboursements des personnes traitées pour diabète contre 1 euro sur 5 aux Etats-Unis⁷³.

Dix-huit chercheurs européens et américains de diverses disciplines se sont attelés à évaluer le coût économique, pour l'Europe, des méfaits liés aux perturbateurs endocriniens : 157 milliards d'euros par an, soit 1,23 % du PIB de l'Union européenne⁷⁴.

Les coûts annuels de santé liés à l'allergie à l'ambrosie sont estimés à plus de 15 millions d'euros pour la région Rhône-Alpes chaque année⁷⁵.

⁷⁰ Aïchi Leila, 2015. Rapport du Sénat sur le coût de la pollution atmosphérique

⁷¹ CNAMTS, Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2010.

⁷² IGAS (Inspection générale des affaires sociales), 2012. Jourdain-Menninger D, Dr.Lecocq G, Morel A. Evaluation de la prise en charge du diabète. France.

⁷³ American Diabetes association, 2008. Economic costs of diabetes in the US en 2007, Diabetes care.

⁷⁴ Bellanger M, Demeneix B, Grandjean P, Zoeller RT, Trasande L, 2015. Neurobehavioral Deficits, Diseases, and Associated Costs of Exposure to Endocrine-Disrupting Chemicals in the European Union. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. Volume: 100 Issue: 4.

⁷⁵ ARS Rhône-Alpes, 2015. Rapport sur l'ambrosie en Rhône-Alpes : analyse des données environnementales et médico économiques en 2013 et 2014.

4/ Inégalités territoriales, environnementales, et sociales de santé

4.1 L'environnement n'impacte pas tous les groupes de la même façon, et tous les environnements ne sont pas équivalents

En matière de santé, tout individu doit pouvoir avoir les mêmes droits d'accès aux services de soins. En matière d'environnement, chacun peut revendiquer de bénéficier d'un cadre de vie agréable, d'une qualité des milieux et des ressources ou de ne pas avoir à subir les dégradations et pollutions. Dans la réalité, nous ne sommes pas tous égaux d'environnement. Les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées de plus de 50 ans sont les plus affectés par les expositions environnementales. Les hommes sont légèrement plus touchés du fait de risques professionnels. A titre d'exemple, à 35 ans, un homme cadre peut espérer vivre jusqu'à 84 ans, contre 77,6 ans pour un ouvrier, selon l'Insee (donnée moyenne entre 2009 et 2013), soit plus de six ans d'écart. L'espérance de vie à 35 ans d'une femme cadre est de 53 ans (elle peut espérer vivre jusqu'à 88 ans) contre 49,8 ans pour une ouvrière (qui peut espérer vivre jusqu'à 84,8 années), soit trois années de différence.

Toutes les populations ne sont donc pas à égalité face aux changements climatiques, aux pollutions, à la destruction des écosystèmes, ni en termes d'accès à l'énergie ou à l'eau potable. Certains territoires cumulent en effet des nuisances, risques et pollutions. Ce cumul de problèmes environnementaux est d'autant plus problématique, que dans la plupart des cas, ces territoires accueillent des populations vulnérables sur le plan socio-économique ou sensibles d'un point de vue sanitaire. Ces mêmes populations peuvent, par ailleurs, faire face à un accès insuffisant ou limité à l'offre de soins. Le récent rapport de l'OMS indique que les groupes socio-économiquement défavorisés sont souvent à la fois potentiellement surexposés aux nuisances et pollutions environnementales et plus vulnérables aux effets sanitaires qui en résultent⁷⁶. On parle alors d'inégalités sociales face à l'environnement ou d'inégalités environnementales pour désigner cette correspondance forte entre les caractéristiques environnementales et sociales des territoires.

Néanmoins, la caractérisation des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé pose un certain nombre de problèmes. Le premier concerne leur évaluation qui implique de caractériser les phénomènes dans leur ensemble à partir de données statistiques existantes à l'échelle des territoires pertinents. Or, les actions de surveillance sanitaire des populations, de recensement de la population ou de surveillance de la qualité de l'environnement sont conduites indépendamment les unes des autres et restent lacunaires pour la caractérisation fine de facteurs de risque et de leurs effets sur la santé.

Depuis quelques années, des études sur les inégalités territoriales environnementales et sociales de santé sont menées. Elles visent à confronter statistiquement une description de l'état sanitaire d'une population à différents indicateurs environnementaux ou sociodémographiques. Des recherches sont effectuées pour construire les variables à introduire dans les modèles statistiques et permettre le croisement de données. Ces opérations consistent principalement à homogénéiser, agréger ou désagréger les données afin d'obtenir des valeurs assignées aux unités géographiques. Mais l'évaluation des inégalités sociales et environnementales de santé nécessite un grand nombre de données très variables dont l'utilisation va dépendre avant tout des objectifs fixés et dont les critères essentiels sont la disponibilité de données harmonisées et leur représentativité géographique et temporelle. De nombreuses tentatives pour synthétiser divers indicateurs sanitaires, sociaux et environnementaux à une échelle fine ont déjà été faites, et ces indicateurs diffèrent quant à leur mode de construction. Or, l'accessibilité effective aux

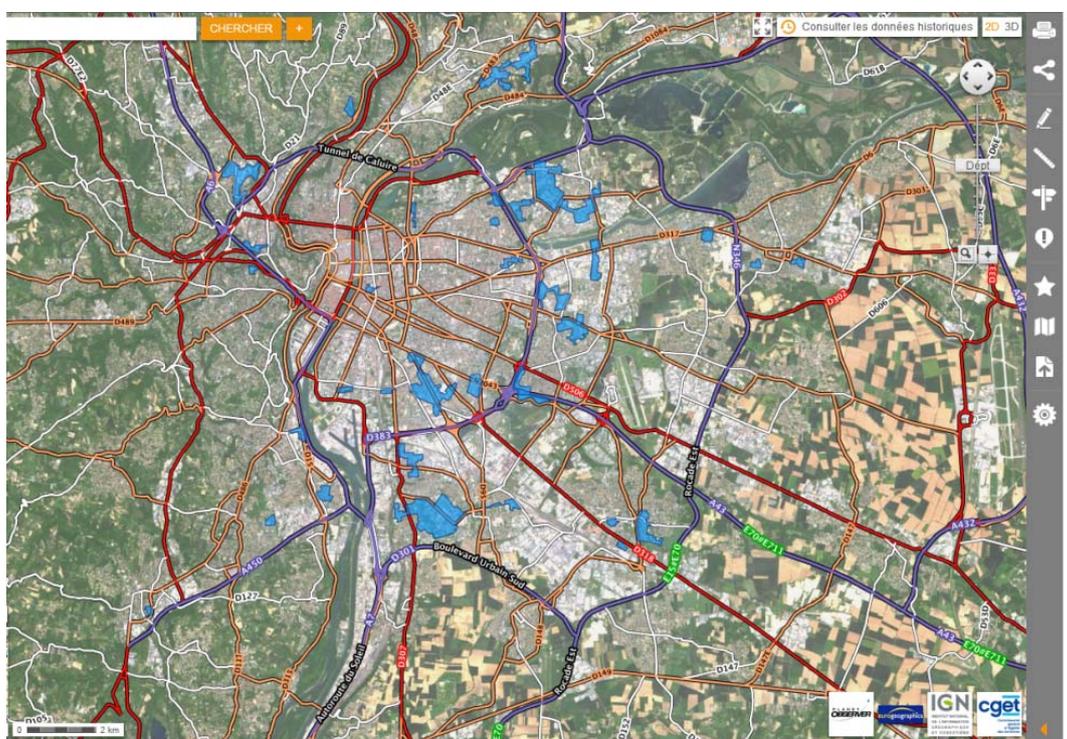
⁷⁶ OMS, 2012. *Environmental health inequalities in Europe*. Copenhagen, OMS Europe, 2012.

données reste aujourd'hui un problème majeur, qu'il s'agisse d'identifier les bases de données existantes, d'extraire les données ou encore de mettre les données en forme pour les analyses⁷⁷. Il n'existe pas à ce jour de données spatialisées pour l'ensemble des risques et de méthodologie opérationnelle pour les additionner. De plus, les expositions professionnelles ne sont, la plupart du temps, pas prises en compte.

4.2 Le cumul « inégalités sociales et environnementales » à l'échelle de la Métropole.

Sur les 59 communes qui constituent la métropole de Lyon, on compte 36 quartiers en politique de la ville. Ces quartiers sont principalement regroupés dans l'Est lyonnais, aux abords de grandes infrastructures routières et industrielles (zones en bleu sur la carte). Ces quartiers sont au cœur d'un cumul de facteurs environnementaux dégradés concernant la qualité de l'air (extérieur et intérieur), les logements et le cadre de vie.

Carte de localisation des QPV autour de Lyon (Source : Géoportail)

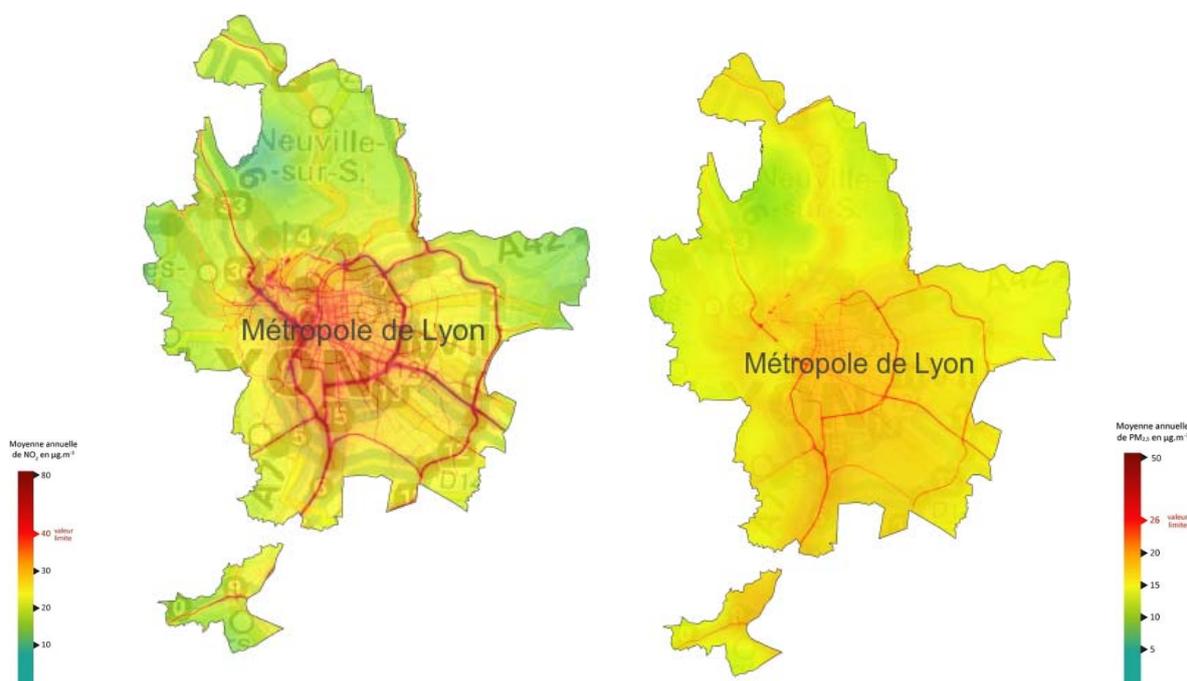


⁷⁷ ORS Rhône-Alpes, Air Rhône-Alpes, 2016. Etude exploratoire sur les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé-Rhône-Alpes : http://www.ors-rhonealpes.org/pdf/Etude_exploratoire_ITESS_Rh%C3%B4ne_Alpes.pdf.

La pollution par les NO₂ en 2014

La pollution par les PM_{2.5} en 2014

(Source : Air Rhône- Alpes)



4.3 Les actions mises en œuvre

Grâce au premier Plan Santé Environnement lancé en 2004 par le Gouvernement, la thématique santé environnement a émergé au cœur de la société. Puis conformément aux engagements du Grenelle de l'Environnement et à la loi de santé publique du 9 août 2004, le gouvernement a élaboré un deuxième Plan national santé environnement pour la période 2009-2013.

Déclinaison du Plan National Santé Environnement 2, le Plan Régional Santé Environnement 2 (PRSE 2) répond aux enjeux locaux et vise à mettre en œuvre des actions concrètes pour améliorer la santé des rhônalpins en réduisant leurs expositions environnementales. Réunissant près de 150 personnes volontaires, dont de nombreux représentants de la société civile, le PRSE2 Rhône-Alpes a été approuvé par le préfet de région le 18 octobre 2011. Fort de 13 fiches actions et de 74 mesures, son élaboration a été globalement riche, mais a toutefois pâti de l'absence d'un diagnostic initial du territoire régional.

Concernant le PRSE 3 (2017-2023), un tel diagnostic est en cours de réalisation, qui permettra la mise en avant d'enjeux prioritaires et de grandes directions stratégiques pour que la réduction des inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé soient au cœur du troisième plan.

A l'échelle locale, des diagnostics locaux de santé prenant en compte les conditions de vie et la qualité de l'environnement des habitants peuvent également être réalisés. Certaines collectivités ont d'ores et déjà établi des contrats locaux de santé avec un volet « santé-environnement », allant jusqu'à l'élaboration de plans locaux de santé environnementale.

Bibliographie santé environnement

(Classée par ordre chronologique, selon date de publication)

- Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels. Imbernon E. 2003, InVS.
- Increasing walking : how important is distance to, attractiveness, and size of public open space? Giles-Corti, B., Broomhall, M. H., Knuiiman, M., Collins, C., Douglas, K., Ng, K., Donovan, R. J., 2005. *American Journal of Preventive Medicine* 28(2S2), 169–176.
- Selection and evaluation of exposure-effect-relationships for health impact assessment in the field of noise and health Van Kempen E et al., 2005.. RIVM report 630400001/2005, RIVM, Bilthoven.
- The impact of urban form on public health Giles Corti, B., 2006., paper prepared for the 2006 Australian State of the Environment Committee, Department of the Environment and Heritage, Canberra <http://www.environment.gov.au/system/files/pages/4bec898d-d2eb-487b-bf06-103489e46c3c/files/public-health.pdf>
- Economic costs of diabetes in the US en 2007American Diabetes association, 2008., Diabetes care.
- Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults Cappuccio FP et al., 2008. . *Sleep* 2008; 31: 619–626.
- Is sleep duration associated with childhood obesity? Chen X, Beydoun MA, Wang Y, 2008. A systematic review and meta-analysis. *Obesity* 2008; 16: 265–274.
- Land use planning and health and well-being Barton, H., 2009a,. *Land Use Policy* 26S, S115–S123.
- Healthy urban planning in European cities. *Health Promotion International*, Barton H., Grant M., Mitcham C. and Tsourou C., 2009b, 24 (S1), i91-i99.
- Morbidity is related to a green living environment Maas, J., Verheij, R. A., de Vries, S., Spreeuwenberg, P., Schellevis, F. G. et Groenewegen, P. P. 2009a.. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(12), 967-973.
- Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. Maas, J., van Dillen, S. M. E., Verheij, R. A. et Groenewegen, P. P., 2009b. *Health & Place*, 15(2), 586-595.
- Directives relatives au bruit dans l'environnement. OMS, 2009. Organisation Mondiale de la Santé <http://www.who.int/docstore/peh/noise/bruit.htm#Top>
- Landscape and well-being: a scoping study on the health-promoting impact of outdoor environments. Abraham, A., Sommerhalder, K. et Abel, T., 2010. *International Journal of Public Health*, 55(1), 59-69.
- Active design guidelines. Promoting physical activity and healthy design Burney, D., Farley, T., Sadik-Khan, J. et Burden, A. (2010). http://www.nyc.gov/html/ddc/html/design/active_design.shtml
- Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale CNAMTS, , juin 2010.
- Urban Planning, Environment and Health OMS, 2010.– From Evidence to Policy Action, WHO Europe, Copenhagen http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/114448/E93987.pdf
- Making healthy places : Designing and building for health, wellbeing, and sustainability. Dannenberg, A. L., Frumkin, H. et Jackson, R. J., 2011 Washington D.C: Island Press.
- Burden of Disease from Environmental Noise: quantification of healthy Life Years Lost in Europe. OMS, 2011. Copenhagen: World health Organization (who) Regional Office for Europe, 2011.
- Evaluation de la prise en charge du diabète. IGAS (Inspection générale des affaires sociales), 2012. Jourdain-Menninger D, Dr.Lecocq G, Morel A. France.
- Environmental health inequalities in Europe. OMS, 2012. Copenhagen, OMS Europe, 2012.

- Épidémiologie et pollution atmosphérique urbaine : l'observation au service de l'action. BEH, 2013. n°1-2, numéro thématique.
- Progress on sanitation and drinking-water. OMS, 2013 update: Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation
- Review of Evidence on Health Aspects of Air pollution OMS, 2013 « Revihaap »
- Perturbateurs endocriniens et maladies métaboliques : un défi majeur en santé publique. Nalbone G., Cicoletta A., Labot-Cabon S. Santé Publique, 2013, 25, 1, 45-49
- Environmental noise and sleep disturbances: A threat to health? Demian Halperin, 2014. Sleep Science 7; 209–212.
- Noise in Europe EEA, 2014. European Environment Agency, http://www.eea.europa.eu/publications/noise-in-europe-2014/at_download/file
- Etude de la prévalence de l'allergie à l'ambrosie en Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes, 2014, http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Prevalence_allergie_ambrosie_RA.pdf
- Rapport du Sénat sur le coût de la pollution atmosphérique Aïchi Leila, 2015.
- Rapport sur l'ambrosie en Rhône-Alpes : analyse des données environnementales et médico économiques en 2013 et 2014. ARS Rhône-Alpes, 2015.
- Neurobehavioral Deficits, Diseases, and Associated Costs of Exposure to Endocrine-Disrupting Chemicals in the European Union. Bellanger M, Demeneix B, Grandjean P, Zoeller RT, Trasande L, 2015 The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. Volume: 100 Issue: 4.
- Association between ambient air pollution and diabetes mellitus in Europe and North America: systematic review and meta-analysis. Eze IC, et al., 2015. Environ Health Perspect 123(5):381–389.
- A Longitudinal Cohort Study of Body Mass Index and Childhood Exposure to Secondhand Tobacco Smoke and Air Pollution McConnell R, Shen E et al., 2015.: The Southern California Children's Health Study. Environ Health Perspect; volume 123 (4).
- Exposure to traffic noise and markers of obesity Pyko A. et al. 2015.. Occup Environ Med Vol 72, issue 8.
- Energy and Air Pollution. IEA, 2016. World Energy Outlook Special Report 2016: <https://www.iea.org/publications/freepublications/publication/weo-2016-special-report-energy-and-air-pollution---executive-summary---french-version.html>
- Long-term PM2.5 exposure and neurological hospital admissions in the northeastern United States Kioumourtzoglou MA et al., 2016.. Environ Health Perspect 124:23–29
- Preventing disease through healthy environments : A global assessment of the burden of disease from environmental risks OMS, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/deaths-attributable-to-unhealthy-environments/fr/>
- Etude exploratoire sur les inégalités territoriales, environnementales et sociales de santé-Rhône-Alpes. ORS Rhône-Alpes, Air Rhône-Alpes, 2016. http://www.ors-rhonealpes.org/pdf/Etude_exploratoire_ITESS_Rh%C3%B4ne_Alpes.pdf.
- Impacts-sanitaires-de-la-pollution-de-l-air-en-France-nouvelles-donnees-et-perspectives. Santé Publique France, 2016. Communiqué de presse <http://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presse/Tous-les-communiqués/Impacts-sanitaires-de-la-pollution-de-l-air-en-France-nouvelles-donnees-et-perspectives>
- Intoxications-au-monoxyle-de-carbone. Santé publique France <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Bulletin-de-surveillance-des-intoxications-au-CO/2015-2016/Surveillance-des-intoxications-au-monoxyle-de-carbone.-Bulletin-au-8-mars-2016>

La santé environnement : Constats d'observation partagée

1/ La santé et l'environnement : un sujet vaste et complexe

1.1 La santé environnement : un sujet vaste, complexe... qui intéresse de plus en plus les habitants

L'environnement est à la fois un sujet très large et complexe du fait de la variété des expositions, mais aussi des multiexpositions (concomitantes), cette dernière question étant peut-être plus rarement traitée. En tout état de cause, les différents déterminants environnementaux jouent un rôle important dans la santé humaine...

Par ailleurs, l'interaction des personnes avec leur environnement doit aussi être analysée sous l'angle des rythmes de vie, de la qualité de vie, du cadre de vie.

L'environnement a un impact sur la santé physique mais aussi psychique, et la façon dont les habitants « utilisent » leur environnement a également un impact sur leur santé

Certains habitants sont déjà très conscientisés sur les liens entre santé et environnement et interpellent déjà les municipalités (par exemple sur la question de la présence de plomb dans l'eau)... D'autres le sont très peu ou pas du tout.

La santé environnementale est travaillée depuis longtemps par les municipalités. Ce thème fait partie des agendas politiques, mais il y a aussi des saisines de la part des habitants.

1.2 Une thématique déjà travaillée par les communes, avec des approches, des outils différents

Différents exemples ont été cités d'actions menées à l'échelle communale :

A Villeurbanne un plan local environnemental a été mis en place avec la participation des habitants. 18 actions ont été prévues qui abordent différents thèmes : la qualité de l'air, les déchets, le bruit, l'habitat, l'information et la sensibilisation des habitants, les îlots de chaleur, ... Il y a aussi une démarche pour allier urbanisme et santé, notamment avec la démarche d'Evaluation d'Impact Sanitaire (EIS). La santé environnementale permet de toucher l'ensemble de la population, avec des actions pour tous les publics et des actions pour des publics plus ciblés. Ainsi, une information sur les cancers liés à l'environnement a été mise en place avec le Centre Léon Bérard, sur le marché des Gratte-ciels, qui abordait notamment la question des pesticides domestiques, de l'alimentation. Cette action s'adressait potentiellement à tous les habitants. Par ailleurs, le volet santé du Plan d'adaptation au changement climatique aborde les questions de l'eau et de la santé en période estivale : ainsi, lorsqu'il fait chaud, les habitants se tournent vers les plans d'eau artificiels, mais cela peut avoir des répercussions négatives parfois au plan sanitaire...

Des fiches sur la santé environnementale sont enfin réalisées avec des conseils pour la vie quotidienne, concernant les ondes électromagnétiques, l'adaptation aux changements climatiques.

A Lyon, le Contrat Local de Santé comprend un volet environnemental, notamment avec les thèmes de la qualité des sols urbains, de l'ambrosie, mais aussi des moustiques Aedes.

La ville de Lyon a par ailleurs piloté Trois fiches du PRS3, en ce qui concerne l'urbanisme et la santé. Cette thématique constitue un levier d'action très important : il y a des logiques « emboîtées » à construire, entre santé et environnement.

A Feyzin, un groupe d'habitants participe à la conférence riveraine, avec des élus et l'entreprise Total. Les habitants sont très sensibles aux enjeux environnementaux et très investis. Par ailleurs, dans le cadre de l'ASV, un important travail de sensibilisation est réalisé sur le cancer : de nombreux habitants pensaient qu'il y avait davantage de cancers à Feyzin qu'ailleurs, ce qui est faux. Par ailleurs, la ville de Feyzin n'est pas plus concernée par la mortalité prématurée que d'autres communes de l'est lyonnais.

Avec les services techniques de la ville un travail a été fait auprès des jardiniers pour valoriser les espaces verts. Par ailleurs, un travail a été fait pour valoriser les territoires naturels (« Grandes terres »), afin que les familles investissent davantage ces espaces. Pour autant, l'agriculture du territoire reste un sujet qui touche peu les habitants.

A Meyzieu, les habitants sollicitent de plus en plus les services techniques sur des questions comme les matériaux à utiliser lors de travaux à effectuer dans leur habitation (notamment lorsqu'il s'agit de réhabilitation de logements anciens). Par ailleurs, Meyzieu, a mis en place de nouvelles pistes cyclables, fait un travail de mise en évidence des habitats naturels en impliquant de plus en plus les habitants pour la préservation de ces espaces et habitats et la responsabilisation des habitants en matière de respect de la nature.

La Métropole travaille à mettre en place une stratégie concernant l'environnement, qui s'inspire du PRS 3.

2/ Plusieurs problématiques récurrentes au sein des communes

2.1 La problématique des déchets dans les espaces publics en lien avec la prolifération des nuisibles

A Vaulx-en-Velin, une semaine d'information est réalisée annuellement sur des questions d'environnement qui s'intitule : « *Bien dans ma ville, bien dans ma vie.* » Il s'agit de mettre ou remettre les habitants au cœur de leur cadre de vie.

Plusieurs thèmes sont abordés lors de cette semaine, par exemple celui de la propreté dans les espaces publics : « *Ma fenêtre n'est pas une poubelle* », « *Mon allée n'est pas une décharge* ». Au-delà des supports écrits, Vaulx-en-Velin met en place une démarche de théâtre forum qui permet aux habitants de s'exprimer, avec parfois la participation des élus.

Est également abordée avec les habitants la question du développement des animaux nuisibles (rats, ..) du fait qu'ils se nourrissent des déchets abandonnés à l'air libre voire, qu'ils sont nourris par certains habitants (comme c'est surtout le cas pour les pigeons, les chats). Un travail a été fait avec les habitants, les bailleurs, la Métropole, sur la question des rats qui prolifèrent et circulent en plein jour, qui entrent parfois même dans les cours d'école... Ce problème est particulièrement en lien avec la présence de déchets au pied des immeubles, qui est aussi parfois une conséquence du fait que les ouvertures des bacs à ordures sont placées très haut, ce qui les rend difficiles à ouvrir par une partie des habitants... Il y a des habitudes à changer, mais aussi des solutions techniques à réajuster.

Par ailleurs, les bailleurs sociaux font fermer les caves pour des raisons de sécurité, ce qui engendre d'autres problèmes : certains habitants ne savent plus où entreposer leurs encombrants et les abandonnent dans l'espace public, n'ayant pas le réflexe d'aller dans une

déchetterie (ou pas de véhicule, de moyens de transports adaptés, etc...). C'est l'une des raisons qui peuvent expliquer les décharges sauvages.

On observe que certains habitants ne veulent pas jeter leurs restes, leurs aliments et notamment le pain dur, qu'ils préfèrent donner aux pigeons. Pourquoi ne pas mettre en place des bacs de récupération du « pain dur » ? Cela pourrait « soulager » les habitants qui ne veulent pas jeter / veulent « donner » tout en évitant que les pigeons ne soient nourris avec ce pain dur... Cela se fait déjà dans certaines communes où des agriculteurs récupèrent ce pain pour les lapins... Mais cette solution ne permet pas d'absorber tous les « surplus » de pain dur...

La question de la prolifération des chats errants est également un problème. A Vaulx-en-Velin, un groupe scolaire a été envahi par les chats errants... A Vénissieux il y a eu des campagnes de stérilisation des chats, soutenus par la ville et par la SPA... Cela est rendu nécessaire par la prolifération des chats, favorisée par le fait que des habitants nourrissent ces chats... Mais il y a des habitants qui défendent ces animaux.

Vénissieux a organisé la « Semaine de la propreté et de l'environnement », avec notamment des sensibilisations au problème des dépôts sauvages, des visites de centres de tri, la visite de « scènes de crime » (dépôts d'ordures sauvages) Il peut aussi y avoir un compost mal géré en pied d'immeuble, ce qui favorise aussi la prolifération des nuisibles. Enfin les jardins urbains peuvent aussi être infestés par les rats... Reste que les habitants qui participent à ces manifestations sont souvent déjà les plus sensibilisés.

Certains habitants font ainsi le lien entre leurs pratiques et le développement des nuisibles, mais Il est difficile de sensibiliser les publics les plus concernés... Ceux qui notamment jettent leurs déchets par la fenêtre, ne sont pas intéressés ou pas conscients du problème. Certaines de ces personnes, arrivées il y a peu en France, viennent de zones rurales où les déchets sont jetés à l'extérieur des habitations : l'intérieur des habitations est très propre, mais il n'y a pas de sensibilisation à la gestion des déchets dans les espaces extérieurs au domicile.

Enfin, le recyclage urbain, qui touche à la question de la gestion des déchets domestiques, ne doit pas se faire au détriment des habitants, de leur qualité de vie.

Rappelons enfin que le maire a des pouvoirs de police : il peut intervenir dans les logements s'il y a un signalement, une plainte (notamment dans les cas de « syndrome de Diogène »). Les maires ont par ailleurs toujours eu des compétences sur les questions environnementales, peut-être souvent sous l'angle de l'hygiène.

La question des dépôts sauvages de déchets pourrait être du ressort de la Métropole

Rappelons que la question des nuisibles est bien un problème de santé environnementale, les nuisibles présentant de facto des risques pour la santé humaine : infections, allergies, ...

2.2 D'autres nuisibles, sans liens avec la question des déchets

La multiplication des corbeaux est aussi observée. Certaines communes se « renvoient » les corbeaux, alors que la problématique est fortement liée aux arbres non taillés où nichent ces oiseaux.

Dans certaines communes, on a aussi observé l'apparition des punaises qui infestent notamment les literies. Cette question est travaillée avec les bailleurs sociaux, parfois... Mais les traitements sont coûteux et le problème complexe à résoudre lorsque les meubles sont infestés. Les locataires doivent en effet réaliser les traitements eux-mêmes. Par ailleurs les

punaises engendrent des problèmes dermatologiques qui sont du ressort des médecins généralistes.

Les villes sont de plus en plus confrontées au problème des chenilles processionnaires, fortement allergisantes.

En ce qui concerne les oiseaux, la question de la surveillance de la grippe aviaire est du ressort de la Métropole.

La question des animaux « nuisibles » n'est pas traitée de la même manière dans les territoires, avec des contradictions à gérer (défenseurs des animaux, coût de la lutte contre les nuisibles). Ce pourrait être une problématique gérée par la Métropole car si chaque commune agit « dans son coin », les actions sont peu efficaces, les nuisibles se déplaçant d'un territoire à l'autre....

2.3 La qualité de l'air intérieur

La problématique de l'air intérieur est fréquemment rencontrée, notamment du fait des modes d'habiter : suroccupation des logements, activités de cuisine en continu (production de chaleur, de vapeur, ...), aérations bouchées car les locataires ont froid, balcons complètement calfeutrés avec des canisses ou avec des rideaux... Ces pratiques entravent une bonne aération et ventilation des logements et favorisent notamment l'apparition de moisissures. Dans plusieurs communes, certains immeubles se dégradent pour ces raisons, du fait de ponts thermiques, liés aux usages des habitants (vapeur/chaleur/manque d'aération, ...).

Par ailleurs on trouve encore des logements insalubres, très mal chauffés, où les locataires installent des chauffages de fortune, ce qui provoque parfois des accidents de type intoxications.

En ce qui concerne la qualité de l'air intérieur en lien avec une mauvaise aération, les actions sont davantage ciblées sur les publics des QPV, par le biais des centres sociaux, des associations, par exemple avec des actions de sensibilisation menées auprès des publics qui apprennent le français : « Ma maison, ma santé. »...

Il pourrait être pertinent de travailler avec les bailleurs sociaux sur des formations concernant l'air intérieur, à l'adresse des habitants (pour les encourager à ventiler, à ne pas boucher les aérations...). Cela commence déjà à se faire sur Villeurbanne.

On peut aussi se poser la question de la complexité de certains logements récents : faut-il être « formé » pour habiter certains logements ? Certains logements ne sont-ils pas trop complexes à utiliser ? Les logements sont-ils adaptés aux divers modes « réels » d'habiter ? Il y a aussi parfois des problèmes qui sont liés à la construction des bâtiments, qui ne dépendent pas des pratiques des habitants.

Il y a des leviers d'intervention pertinents comme les ERP, car leur nombre est conséquent avec mise en place de diagnostics de qualité de l'air intérieur jusqu'au développement d'aires de jeux sans tabac...

Notons que la Métropole peut apporter une aide aux ménages qui utilisent des poêles, afin que ces derniers soient plus performants... Mais cela risque de créer un « appel d'air » et de favoriser le développement du chauffage au bois, très polluant... Il faut donc être vigilant aux aides qui sont données pour améliorer certaines pratiques, pour ne pas risquer de créer ou de renforcer un autre problème environnemental.

Il faudrait par ailleurs réfléchir aux moyens de développer le chauffage par la biomasse en ville.

En matière d'air intérieur, les bâtiments accueillant des enfants doivent être particulièrement ciblés : crèches, écoles, ... Mais il est parfois difficile de travailler avec l'Education Nationale et de connaître leurs actions sur ces sujets. Pourtant, on repère régulièrement de mauvaises pratiques d'aération dans certaines écoles. Il y a peut-être des formations à faire pour les agents d'entretien des écoles, les institutrices, les directeurs, surtout focalisés sur l'hygiène, mais peu sur l'air intérieur... (A noter, le CNFPT ne fait pas de formation sur ces sujets : c'est un manque).

A Meyzieu les habitants ont de plus en plus de questions concernant la qualité de l'air intérieur. Ils veulent savoir quels sont les produits ménagers les moins nocifs, quels sont les produits toxiques... Ces questions ne concernent pas que le public en QPV : Meyzieu met en place des actions de sensibilisation, des ateliers, notamment dans les centres sociaux (par exemple sur l'utilisation de l'Eau de Javel).

2.4 La qualité de l'air extérieur

La pollution atmosphérique ne peut se traiter à l'échelle d'une seule ville : il faut que les communes travaillent ensemble sur la limitation de vitesse sur le périphérique, mais aussi sur la réalisation de murs anti-bruit.... Il faut travailler en transversalité sur cette thématique. Il faut aussi travailler avec le Sytral sur la question des transports en commun.

2.5 L'ambroisie

De nombreuses communes sont confrontées au problème de l'ambroisie, qui est complexe. L'est de la métropole est plus impacté que l'ouest par cette plante fortement allergisante (allergies respiratoires).

Ainsi, en ce qui concerne les propriétaires qui ont un jardin où l'ambroisie se développe, il y a relativement peu de moyens pour obliger ces propriétaires à agir... Il existe l'arrêté municipal, avec une première visite et une explication des bonnes pratiques aux propriétaires, puis une deuxième visite, 8 jours après... Si rien n'a été fait, le propriétaire peut voir une amende.

La question de l'ambroisie est également compliquée lorsqu'il s'agit d'une friche, d'une zone où il y a des travaux... Ou encore lorsqu'il y a des terres agricoles à proximité : il faut alors intervenir auprès des agriculteurs.

Il est aujourd'hui possible de signaler, par téléphone, à la Métropole des lieux où pousse l'ambroisie... Néanmoins il n'est pas rare que les habitants confondent ambroisie et armoise...

La gestion de l'ambroisie pourrait être du ressort de la Métropole, ainsi que le problème des chenilles processionnaires...

2.6 Les espaces verts

Les espaces verts pourraient être gérés à l'échelle de la Métropole, en lien avec leur accès par transports en commun. Il faudrait une cartographie de tous ces espaces. Toutes les communes ne sont pas dotées des mêmes ressources en la matière, et l'accès aux espaces verts n'est pas toujours optimal pour les personnes qui n'ont pas de véhicule, ainsi le parc de

Miribel-Jonage... On note aussi que les communes de banlieues sont pas ou peu dotées de stations Vélov'.

Dans ce domaine, rappelons le lien fort existant entre espaces verts / santé somatique / santé psychique.

2.7 Le bruit

La question du bruit est importante. Il peut être lié à,

- La présence d'industries
- La présence de certains commerces/restaurants/bars
- Le voisinage
- Les voies de circulation

Il y a déjà des « points noirs » en matière de bruit qui sont repérés à l'échelle métropolitaine : en proximité du périphérique, des voies ferrées, de certaines routes. Il y a une carte du bruit, et le code de l'urbanisme qui peuvent permettre de réfléchir à cette problématique à grande échelle.

La perte d'audition en lien avec l'écoute de musiques amplifiées chez les jeunes devient un problème de santé public. Meyzieu a mis en place des actions avec la CPAM sur cette thématique auprès des collégiens et des 18-25 ans, qui se sont montrés assez intéressés.

Le Conseil départemental et la Protection de l'enfance sont également sensibilisés à ces questions. Dans les collèges, des actions de sensibilisations ont été menées sur les comportements des jeunes et de l'écoute de musique amplifiée. Rappelons que la métropole gère tous les collèges.

2.8 La qualité des sols, qualité de l'eau

Les « jardins urbains » posent la question de la qualité des sols.

3/ L'échelle intercommunale pertinente en matière de santé environnementale

3.1 Ne pas se limiter à de petits espaces, des micro-projets

Au sein des municipalités, il n'est pas toujours facile de travailler les thématiques de santé environnement de manière transversale du fait du découpage des missions des différents services et directions. L'échelle métropolitaine peut peut-être faciliter cette transversalité, nécessaire, mais complexe à mettre en œuvre à l'échelle communale.

Il serait ainsi pertinent de travailler à une échelle intercommunale sur,

- Les polluants atmosphériques :
 - o L'automobile
 - o Le chauffage
 - o Les industries

- L'urbanisme
 - o Les toits végétalisés
 - o Les déplacements en modes doux
 - o L'entretien des espaces verts et la lutte contre l'ambrosie
 - o Les toits et terrasses qui forment des réserves d'eau et qui peuvent favoriser l'expansion du chikungunya
 - o Les îlots de chaleur urbaine et les populations vulnérables / les densités de population trop importantes / l'évitement de mise en place d'ERP dans des zones d'îlots de chaleur
 - o Les espèces végétales allergisantes

Il serait dommage de se limiter à des « micro-projets » en matière de santé environnement, qui ne toucheraient que certaines communes, des périmètres réduits...

3.2 Produire des messages cohérents, convergents

De même, il est important qu'il y ait une cohérence de discours entre les communes, les bailleurs sociaux : cela contribue à faciliter l'appropriation de certaines informations par les habitants, et à éviter les dissonances réelles ou apparentes. Par exemple :

- Fermer les fenêtres pour faire des économies de chauffage
- Ouvrez les fenêtres pour aérer votre logement

Ou encore : récupérez l'eau de pluie / faites attention à ne pas créer des « réserves » d'eau sur les toits, les terrasses

Il faut être très vigilants à ne pas dire de choses contradictoires ou qui peuvent sembler contradictoires.

Il y a d'autres contradictions à l'échelle urbaine : ainsi les bancs publics. Supprimés pour éviter les points de rassemblements bruyants ou gênants, leur absence limite la mobilité des personnes âgées qui ont besoin de faire des pauses assises lors de promenades. La suppression des bancs décourage les personnes à mobilité réduite de se promener en ville.

Il faut également être attentif aux actions qui pourraient avoir des effets contre-productifs (approche systémique des problèmes). De même, il faut veiller à ne pas creuser encore plus les inégalités environnementales et sanitaires, à oublier les publics les plus vulnérables.

Enfin, il faut être à l'écoute des habitants et prendre en compte leurs pratiques réelles, leurs modes de circuler, d'habiter...

3.3 Améliorer les données, l'accès aux données environnementales

Globalement, il y a un manque de données spatialisées sur ces différents sujets. Il serait pertinent de développer un SIG de santé environnementale. Par exemple, une carte de l'ambrosie et des principaux polluants à l'échelle de la Métropole, avec un accès facile pour les communes.

Il serait également pertinent de réaliser un inventaire/historique urbain sur les sites pollués de la Métropole, et vérifier l'utilisation qui est faite de ces sites, afin de ne pas « recycler » des friches urbaines au détriment de la santé des habitants et éviter de construire des ERP sur des sols dont l'historique ferait état de présence de produits toxiques.

Idéalement, il faudrait partager les bases de données entre la Préfecture, la DREAL, les communes, ... Analyser les activités classées qui ont eu lieu sur ces sites et être vigilants

aux « micro-projets » qui s'installent parfois sur ces sites : cela entraîne des surcoûts pour cause de recherche initiales insuffisantes sur les polluants.

Les quartiers étant très différents, il pourrait aussi être pertinent de réaliser des « diagnostics en marchant », avec les habitants, afin de repérer les éléments de cadre de vie / d'environnement qui impactent négativement la vie des habitants.

Annexes

Participants aux ateliers

NOM	COMMUNE	FONCTION
Antoinette Bosa	Feyzin	
Pascale Colom	Villeurbanne	
Hélène Serot	Villeurbanne	
Delphine Zeni	Villeurbanne	
Alain Ballesta	Villeurbanne	
Géraldine Ollivier	Villeurbanne	
Sylvie De Paulis	Meyzieu	
Martin Dentant	Meyzieu	
Yvette Lupter	Meyzieu	
Garance Mansouri	Bron	
Karine Revol	Bron	
E. Martin	Oullins	
Christelle Daval	Oullins	
Sylvie Sanchez	Vaulx-en-Velin	
Mélissa Ginet	Vaulx-en-Velin	
Nahel Charib	Rilleux-la-Pape	
Carène Labry	Lyon	
Myriam Buffet	Lyon	
Florence Pradier	Lyon	
Maryse Arthaud	Lyon	
Juliette Toyi	Saint-Fons	
Nathalie Sibiril	Pierre-Bénite	
Marc Michel	Pierre-Bénite	
Véronique Hugol	Pierre-Bénite	
Anne Lemasson	Pierre-Bénite	
Carole Charles	Saint-Priest	
Marie-Laure Comard	Saint-Priest	
Laurence Charondière	Saint-Priest	
Franck Guibert	Vénissieux	
Ambre Gestin	Vénissieux	
Cédric Chapit	Ecully	
Isabelle Gired-Genessay	Métropole	
Marie-Sophie Barthet-Derrien	Métropole	
Marie-Pierre Poux	Métropole	
Anne Fournier-Portal	Métropole	

Dylan Medeiros	Métropole	
Anne-Marie Colangeli	Métropole	
Anne-Cécile Dile	Métropole	
Olivier Rouvière	Métropole	
Danièle Couchoud	Métropole	
Sandra Frey	Métropole	
Myriam Talon	Métropole	
Amandine Schmidt	Métropole	

