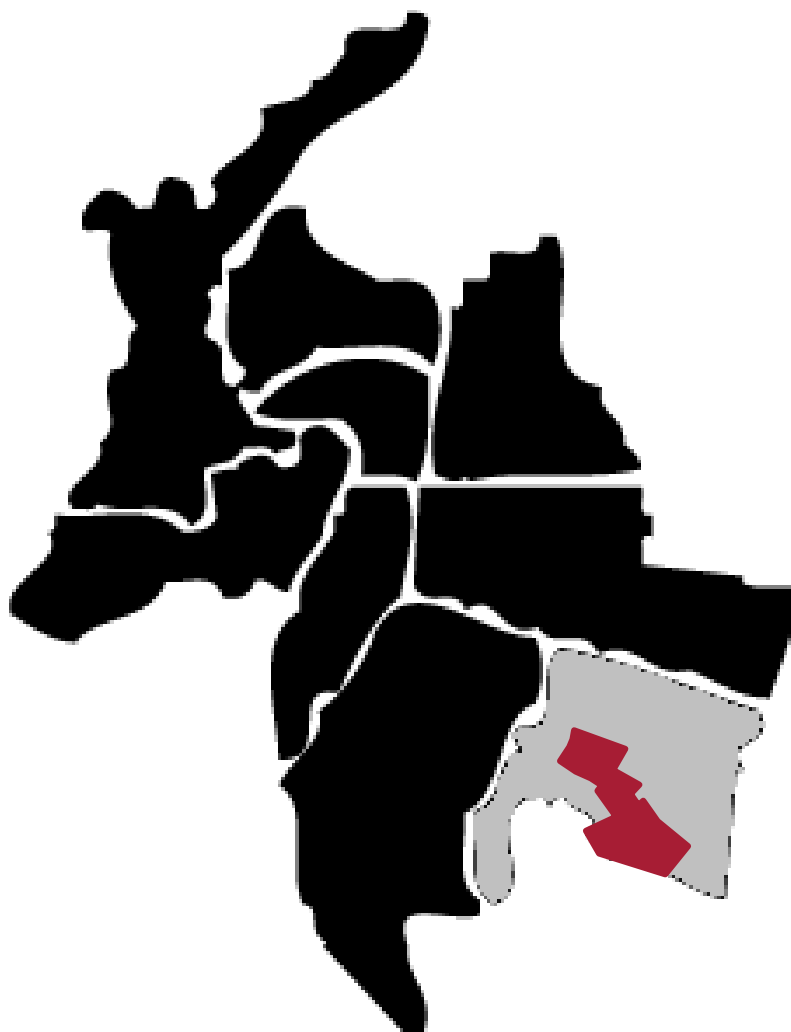




# ATELIERS SANTE VILLE Ville de Lyon

Diagnostic de santé du  
quartier des Etats-Unis  
(8<sup>ème</sup> arr<sup>t</sup>)



Janvier 2004



**Travail réalisé par**  
**L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES**

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

**Patricia MEDINA,**  
Sociologue

## **Abréviations utilisées**

**CAFAL : Caisse d'Allocations Familiales de Lyon**  
**CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel**  
**CCAS : Centre Communal d'Action Sociale**  
**CIL : Comité d'Intérêt Local**  
**CLIS : Classe d'Intégration Scolaire**  
**CMP : Centre Médico-Psychologique**  
**CMU : Couverture Maladie Universelle**  
**CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie**  
**CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale**  
**CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie**  
**CSP : Catégorie Socio-Professionnelle**  
**DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux**  
**DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales**  
**DGS : Direction Générale de la Santé**  
**DIV : Délégation Inter-ministérielle à la Ville**  
**DPSE : Direction Santé Prévention Enfants de la Ville de Lyon**  
**DSU : Développement Social Urbain**  
**HLM : Habitation à Loyer Modéré**  
**INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques**  
**IVG : Interruption Volontaire de Grossesse**  
**LEP : Lycée d'Enseignement Professionnel**  
**MJC : Maison des Jeunes et de la Culture**  
**MDR : Maison du Département du Rhône**  
**OPAC : Office Public d'Aménagement et de Construction**  
**PMI : Protection Maternelle et Infantile**  
**RASED : Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficultés**  
**REP : Réseau d'Education Prioritaire**  
**RGP : Recensement Général de la Population**  
**RMI : Revenu Minimum d'Insertion**  
**TCL : Transports en Commun Lyonnais**  
**UT : Unité Territoriale (Département du Rhône)**

# - Table des matières -

Objectifs de l'étude	p.1
Méthodologie de l'étude	p.2
Délimitation et "géographie" du quartier	p.3
Histoire et identité du quartier	p.6
<b>Chapitre I - Les données quantitatives</b>	<b>p.9</b>
Cadrage socio-démographique du quartier	p.10
Offre de service sur le quartier	p.15
Indicateurs socio-sanitaires	p.16
Enquête Ecoute-Habitants	p.21
<b>Chapitre II - Les données qualitatives</b>	<b>p.25</b>
Le déroulement de l'enquête qualitative	p.26
Les résultats de l'enquête qualitative	p.29
<b>1. La petite enfance</b>	<b>p.31</b>
1.1 L'offre de soins	p.31
1.2 La santé physique	p.35
1.3 La santé mentale	p.40
1.4 La santé des parents	p.42
<b>2. L'enfance</b>	<b>p.47</b>
2.1 L'offre de soins	p.47
2.2 La santé des enfants	p.48
<b>3. L'adolescence</b>	<b>p.55</b>
3.1 L'offre de soins	p.55
3.2 La santé des adolescents	p.56
3.3 Les projets concernant l'adolescence	p.61
<b>4. Les adultes</b>	<b>p.62</b>
4.1 L'offre de soins	p.62
4.2 Les femmes	p.64
4.3 Les hommes	p.69
4.4 Les précaires, les "exclus"	p.71
4.5 Les personnes souffrant de troubles psychologiques, psychiatriques	p.73
<b>5. Les personnes âgées</b>	<b>p.76</b>
5.1 L'offre de soins	p.76
5.2 Les besoins au plan physique	p.77
5.3 Les besoins de lien social et d'accompagnement	p.81
<b>Chapitre III - Les pistes d'action par tranche d'âge</b>	<b>p.85</b>

## Objectifs de l'étude

C'est dans le cadre de la préparation du **volet santé de sa convention d'application du contrat de ville 2000-2006** que la Ville de Lyon a souhaité entreprendre une démarche **d'Atelier Santé-Ville**. En effet, dans le cadre de la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé-ville et des lettres de la Délégation Interministérielle à la Ville de juin et d'octobre 2001 portant sur les éléments d'orientation et les modalités de financement des ateliers santé-ville, la Ville de Lyon souhaite organiser une meilleure articulation entre l'offre de soins et les besoins en termes d'accès aux droits, d'orientation et d'accompagnement, notamment au bénéfice des habitants rencontrant les difficultés sociales les plus grandes dans les quartiers prioritaires du contrat de ville 2000-2006.

La Ville de Lyon souhaite s'engager dans la démarche des ateliers santé-ville car elle permettra de mieux coordonner les professionnels de ces quartiers pour l'élaboration de diagnostics partagés, et la mise en œuvre de programmes d'actions concertés, avec notamment le concours des habitants.

Pour ce faire, l'Observatoire Régional de la Santé a proposé à la Ville de Lyon de mettre en place une mission de **diagnostic de santé** dans trois quartiers de la géographie prioritaire.

L'enjeu de la démarche pour la Ville de Lyon était d'interroger les atouts et les faiblesses de la politique de santé conduite actuellement à Lyon, au regard d'une **analyse des besoins des habitants de trois quartiers : les Pentes de la Croix-Rousse** (1<sup>er</sup> arrondissement), **les Etats-Unis** (8<sup>ème</sup> arrondissement), **la Duchère** (9<sup>ème</sup> arrondissement).

L'objectif de ce diagnostic est de permettre à la Ville de Lyon **d'affiner les orientations de l'action publique en matière de santé** dans ces quartiers et **d'envisager des pistes d'actions adaptées aux besoins identifiés**.

Le présent rapport, qui concerne le quartier des Etats-Unis, présente dans un **premier temps des données quantitatives dans les domaines du social et de la santé**, puis les **données qualitatives issues des constats effectués par les acteurs locaux** et enfin, dans un **troisième chapitre, les pistes d'actions possibles par tranche d'âge** qui serviront de base au travail **de définition et de hiérarchisation des priorités**, hiérarchisation qui doit clore cette démarche de diagnostic partagé, première étape de l'Atelier Santé-Ville.

## Méthodologie de l'étude

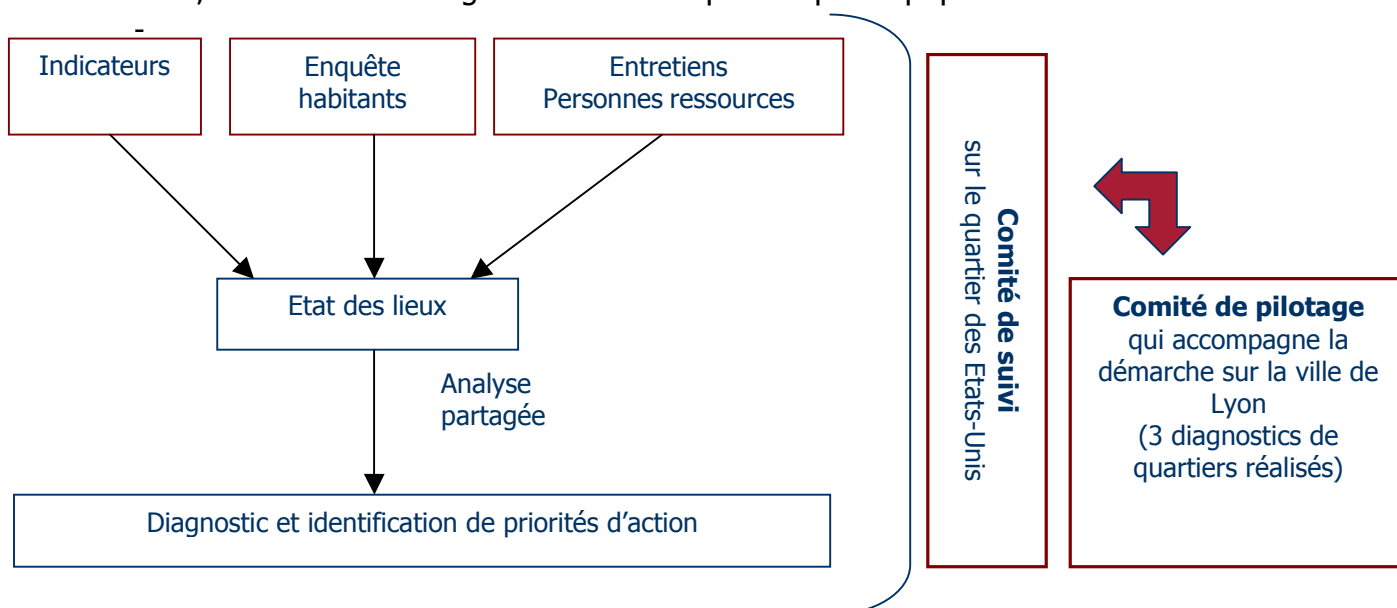
Différentes approches ont été utilisées pour réaliser ce diagnostic :

- Un cadrage socio-démographique de chaque quartier ;
- Un repérage de l'offre de santé (au sens large du terme) ;
- Un cadrage socio-sanitaire de l'état des populations (données issues de systèmes d'information sanitaire) ;
- Une courte enquête quantitative, auprès des habitants de chaque quartier, centrée sur l'accès aux soins (dans le cadre de l'enquête "Ecoute Habitants", menée chaque année par la Ville de Lyon, auprès d'un panel d'habitants) ;
- Une enquête qualitative, réalisée par entretiens semi-directifs approfondis, auprès de personnes-ressources locales dans le domaine de la santé et du social.

Cette étude a été réalisée sous la forme d'un **diagnostic partagé** : dans chaque quartier, des **comités de suivi** ont été mis en place avec des acteurs locaux de la santé ou du social, qui ont été réunis par trois fois, pour valider la démarche et pour affiner et enrichir les premières éléments de l'étude ainsi que les pistes de réflexion ayant émergé de l'enquête de terrain.

Un comité de pilotage coordonnait la démarche pour l'ensemble de la ville de Lyon.

Il est toutefois à noter que la finalisation du travail étant programmée pour le mois de janvier 2004 et les comités de suivi n'ayant été constitués qu'au début de l'automne 2003, la phase qualitative et la phase d'analyse partagée ont dû se dérouler sur une période de 3 mois. Cette limite de calendrier a eu pour conséquence de réduire la réflexion autour de la priorisation des pistes d'action dont certaines nécessitent d'être affinées, notamment au regard de leur acceptation par la population.



## Délimitation et "géographie" du quartier

Le quartier des Etats-Unis s'inscrit dans une continuité spatiale avec les quartiers limitrophes malgré les "frontières" que peuvent constituer les grandes avenues (Santy, Viviani, Pressensé)... De nombreux interviewés élargissent d'ailleurs spontanément l'étendue du territoire "Etats-Unis" (tel qu'il a été défini par le DSU) : d'après leur discours, le quartier peut s'étendre à l'ouest, jusqu'à la rue Pierre Delore, à l'est jusqu'au groupe d'immeubles Langlet-Santy et l'avenue Paul Santy, et au sud jusqu'à la rue Stéphane Coignet.

Les commerces sont dans leur grande majorité regroupés en bordure du boulevard des Etats-Unis et concentrés sur le tronçon qui s'étend du square René Picod au Square des Amériques. Cette "zone commerçante" se prolonge sur une partie de la rue du Professeur Beauvisage (vers l'avenue Pressensé), avec également la présence d'un bureau de Poste.

Il s'agit pour l'essentiel de commerces alimentaires, avec notamment un supermarché, à l'angle du boulevard des Etats-Unis et de la rue du Professeur Beauvisage... La présence d'un hypermarché à Vénissieux constitue également une ressource importante pour les habitants, dans le domaine de l'alimentaire, comme de l'habillement, etc...

La place du 8 mai 1945, récemment rénovée, où se déroule un grand marché alimentaire et forain trois fois par semaine, joue le rôle de centre, de point d'attraction du quartier. Ce marché semble être le pivot de cette centralité et attire d'ailleurs également les habitants des quartiers limitrophes. C'est également là que se déroulent certaines manifestations comme la grande fête estivale "Les Etats en fête"...

Les différents services publics sont répartis d'un bout à l'autre du "périmètre" du quartier, et du fait de la faible présence commerçante, certains se trouvent parfois dans des zones quelque peu "pauvres" en terme de passage (exemple : la crèche Weil, près de la place Mendes-France, ... )

Le quartier est bien desservi en terme de transports en commun : le boulevard des Etats-Unis s'inscrit dans le trajet des bus n° 36, 32, 34, 53 qui relie le quartier au centre ville...

Il est prévu que le tramway, dans un futur proche, passe par le boulevard des Etats-Unis (actuellement le tramway "borde" légèrement le quartier en passant par l'avenue Berthelot), permettant ainsi une liaison encore plus facile et rapide au centre ville.

... Néanmoins, certains acteurs ou habitants se sentent physiquement et symboliquement éloignés du centre-ville, et ce d'autant plus qu'ils constatent que le quartier est "étiqueté" comme "banlieue difficile" par les médias, des lyonnais d'autres quartiers, etc...

# Ville de LYON



**Quartier des  
Etats-Unis**



On note également que l'environnement du quartier n'est pas ressenti comme sécurisant ou valorisant et qu'il semble peser en terme d'image : les communes de Vénissieux (avec le quartier des "Minguettes") et de Bron qui sont également des zones sensibles, ainsi que les territoires de "Langlet-Santy" et de Mermoz semblent renforcer dans les imaginaires l'étiquetage "banlieue difficile"... Et ce, malgré "l'îlot favorisé" constitué par les maisons bourgeoises des rues Wakatsuki, Rochambeau, Combes, qui semble vivre quelque peu "en dehors" du quartier des Etats-Unis...

## Histoire et "identité" du quartier

Le quartier des Etats-Unis est essentiellement composé de groupes de logements sociaux répartis en bordure du boulevard des Etats-Unis (83% de logement HLM).

Ce quartier s'est construit en deux phases : les "Vieux Etats", conçus par l'architecte lyonnais Tony Garnier, furent bâtis sur une période qui s'étale de 1919 à 1934, puis les "Nouveaux Etats" verront le jour à la charnière des années 1950 et 1960.

Tony Garnier avait imaginé une cité industrielle moderne, en s'inspirant des idées "hygiénistes" de l'époque qui tendaient à améliorer les conditions de vie des ouvriers, tout en se situant dans une optique de production industrielle efficace.

Le projet initial combinait à la fois une approche fonctionnelle du quartier où les lieux de travail (les usines) et les lieux de vie étaient proches et bien reliés, et une vision à la fois plus "humaniste" et "rationnelle" de l'habitat, en intégrant des contraintes d'aération, d'ensoleillement qui devaient permettre de résoudre les problèmes d'insalubrité, alors très fréquents dans les habitats modestes.

Tony Garnier dut revoir l'ensemble de son projet à la baisse pour des raisons budgétaires, mais l'idée d'une organisation fonctionnelle, rationnelle de l'habitat, et d'une meilleure qualité de logement pour les ouvriers s'est maintenue dans la réalisation du bâti.

Les Habitations Bon Marché de la cité Tony Garnier vont ainsi devenir une sorte de vitrine de l'architecture moderne qui fascinera à la fois les habitants (qui tiraient une grande fierté de cette spécificité) et les personnes extérieures, à tel point que cet endroit deviendra une destination de promenade dominicale...

Néanmoins, à partir des années 70, cette image de modernité se lézarde peu à peu, et les problématiques liées au chômage, à l'exclusion transforment l'image du quartier. A la fin de la décennie suivante, l'image du quartier se dégrade fortement (le quartier est classé "banlieue 89"), et il commence à être repéré comme un territoire difficile.

Aujourd'hui, le quartier des Etats-Unis fait partie des quartiers de la géographie prioritaire (catégorie I), et il semble pris dans un double mouvement.

D'une part, le quartier connaît un ensemble de difficultés que rencontrent la plupart des territoires ayant le même profil (grande majorité de logements sociaux, importance du chômage et du recours aux aides sociales, importantes populations immigrées de la première et de la deuxième génération), avec les phénomènes de violence, de précarisation, d'exclusion... et d'autre part, une volonté de modifier l'image du quartier, l'ambiance du quartier, notamment au travers d'une action de "rénovation" de certains équipements et d'une démarche de patrimonialisation de la cité Tony Garnier.

En effet, quelques habitants, généralement installés depuis longtemps sur le quartier (trois générations d'habitants se côtoient, parfois de la même famille), dont certains animent le Comité d'Intérêt Local, ont travaillé, en collaboration avec l'OPAC du Grand Lyon, pour faire de la cité Tony Garnier un "musée urbain".

La réhabilitation des logements ainsi que les fresques murales peintes sur les pignons des immeubles (qui reproduisent des croquis et dessins de Tony Garnier) sont à la base de cette valorisation, de cette mise en scène de la cité.

Cette démarche de patrimonialisation, qui vise à mettre en valeur un type d'architecture autant qu'à améliorer l'image du quartier, mériterait d'être interrogée. Quel est l'impact réel de cette démarche auprès des habitants du quartier, auprès de quels habitants en particulier ? ... Et quel est l'impact de cette démarche hors du quartier : a-t-elle un poids face à la tentation de stigmatisation de certains lyonnais, de certains médias, etc ...?

En résumé, **une démarche comme celle du "musée urbain"** peut-elle constituer un **moyen de lutter** contre une **image négative, un mal-être**, contre le sentiment de vivre dans une "banlieue difficile" ?

Il faut encore souligner que ce quartier possède une importante population de personnes du 3<sup>ème</sup> et du 4<sup>ème</sup> âge... (26 % ont plus de 60 ans), parallèlement à une forte population de jeunes (22% ont moins de 20 ans).

Par ailleurs, le quartier compte également une importante population immigrée de la première et de la deuxième génération, d'origines diverses (Europe de l'Est, Afrique Noire, Turquie, ...) avec, d'après les personnes interviewées, une prépondérance de la population maghrébine ou d'origine maghrébine.

Ce rapport présente les difficultés, les éléments saillants et problématiques qui concernent aussi bien la santé physique que mentale (mal-être, ...) des habitants du quartier. Néanmoins, parallèlement à ces difficultés, **l'attachement au quartier des habitants est réel : l'enquête "Ecoute Habitants"**, réalisée par la Ville de Lyon montre que :

- **85 % des habitants se sentent bien dans leur quartier ;**
- **49 % considèrent que le quartier s'est amélioré ;**
- Enfin aujourd'hui, **74 % des personnes interrogées souhaitent rester dans ce quartier.**



# **CHAPITRE I**

## **LES DONNEES QUANTITATIVES**

## Cadrage socio-démographique du quartier

Un certain nombre d'indicateurs permettent de réaliser une photographie socio-démographique du quartier et de le situer par rapport à l'arrondissement et à l'ensemble de la ville de Lyon dans son ensemble.

Beaucoup de ces données sont issues d'exploitations locales du recensement de population de 1999 (INSEE). De manière générale les difficultés d'accès à des données d'échelon inférieur à l'arrondissement limitent les possibilités d'actualisation et conduisent à un certain décalage chronologique (2-3 ans) des données ci-dessous. Elles ne présentent donc pas la situation exacte du quartier au moment du diagnostic mais permettent de comparer la structure de la population du quartier par rapport à la population environnante.

Ce rapide cadrage porte sur :

- la structure démographique,
- les secteurs d'activité et le chômage,
- la précarité,
- le logement,
- l'éducation.

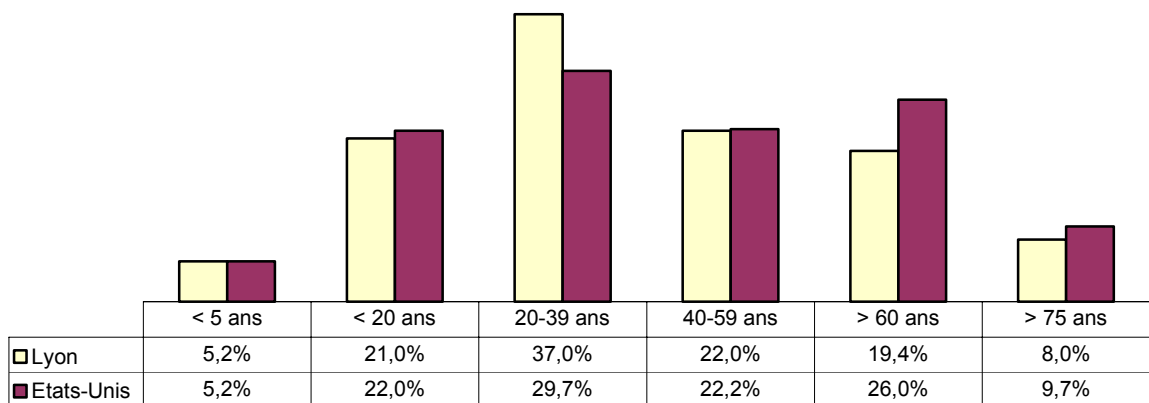
Nous rappelons que **le quartier des Etats-Unis est classé en catégorie 2** (sur une échelle de trois catégories de quartiers prioritaires) c'est-à-dire un quartier connaissant des difficultés dans l'habitat, l'insertion, le fonctionnement social et la présence de services publics. Dans la mesure où des quartiers font l'objet d'un projet social destiné à mobiliser les partenaires sur des objectifs d'amélioration et de qualité de vie et où seront prévues les conditions d'élaboration et d'animation d'un projet, des moyens en investissement et en fonctionnement leur seront affectés après mobilisation prioritaire des crédits de droit commun.

### **Une population stable en effectif, avec une sur-représentation des classes d'âge élevé :**

Le quartier des Etats-Unis couvrait en 1999 une population de **11 421 personnes** représentant 16% de la population du 8<sup>ème</sup> arrondissement. Cette population est équivalente à celle présente au précédent recensement de 1990 (11 494).

Ce nombre correspond à une densité (*nombre d'habitants par hectare*) de 162 contre 106 sur l'arrondissement et 93 sur la ville, qui illustre le type d'habitat du quartier.

La structure par âge fait apparaître par rapport à la ville de Lyon une sur-représentation des classes âgées. **Les plus de 60 ans représentent plus du quart de la population** (26% contre 19,4% à Lyon) dont 9,7% de plus de 75 ans (8% à Lyon). C'est la classe des 20-39 ans qui est sous-représentée (29,7% contre 37% à Lyon).

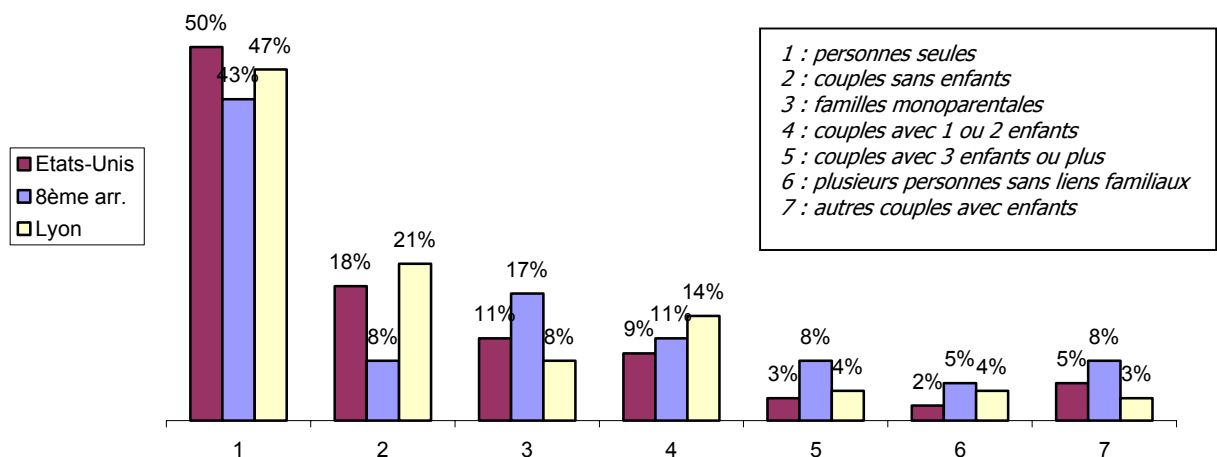


**Répartition par âge de la population** - Source : Insee, RGP 1999

**Une personne sur cinq (soit 20%) est née à l'étranger** contre 16% dans l'arrondissement et 14% à Lyon.

La taille moyenne des ménages est de 2 personnes, équivalente à celle de l'arrondissement et légèrement inférieure à celle de la ville (2,1).

**Un ménage sur deux (50%) est constitué d'une personne seule.** Un peu plus du quart des ménages (28%) comprennent des enfants et **4 ménages avec enfants sur 10 sont des familles monoparentales** (moins d'un quart sur Lyon).



**Répartition des ménages selon leur composition** - Source : Insee, RGP 1999

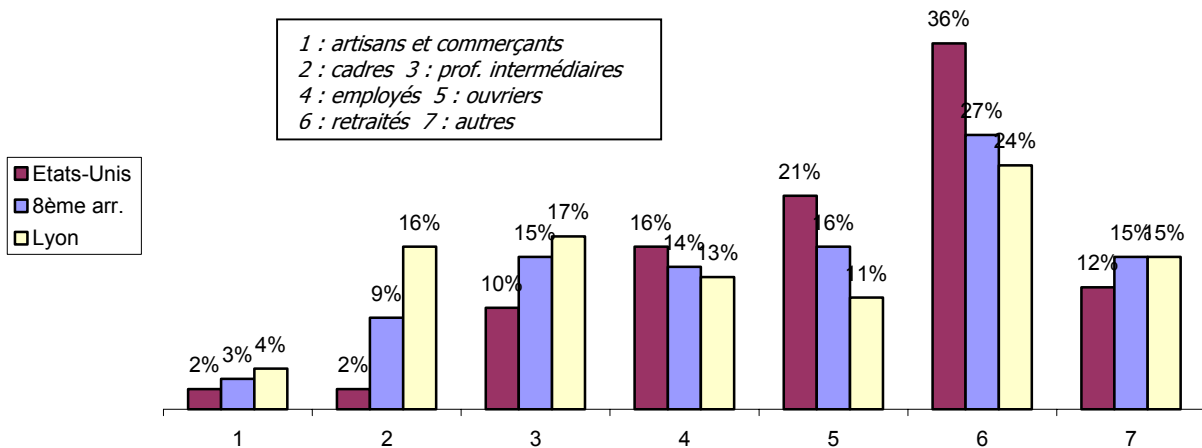
### Une population « sédentaire »

Plus de la moitié (53%) des ménages présents sur le quartier lors du recensement de 1999 étaient déjà présents dans le même logement au précédent recensement de 1990 et 23% étaient présents sur l'arrondissement dans un autre logement.

Ce taux de résidence dans le même logement est de 42% sur l'arrondissement et de 38% sur la ville.

### Activité : une population majoritairement ouvrière et retraitée et un chômage plus élevé

La répartition par Catégorie Socio-Professionnelle (CSP) fait apparaître par rapport à la population lyonnaise une sur-représentation des ouvriers et des retraités et une sous-représentation des cadres.



### Répartition des ménages selon la catégorie socio-professionnelle - Source : Insee, RGP 1999

En 1999, le taux de chômage (*nombre de chômeurs dans la population active - actifs avec emploi, chômeurs et militaires du contingent*) était de 20% sur le quartier contre 14% sur l'arrondissement et 13% sur la ville et notamment de 32% chez les moins de 25 ans (*taux parmi les actifs*) contre 23% sur l'arrondissement et 19% sur la ville (Source : Insee, RGP 1999).

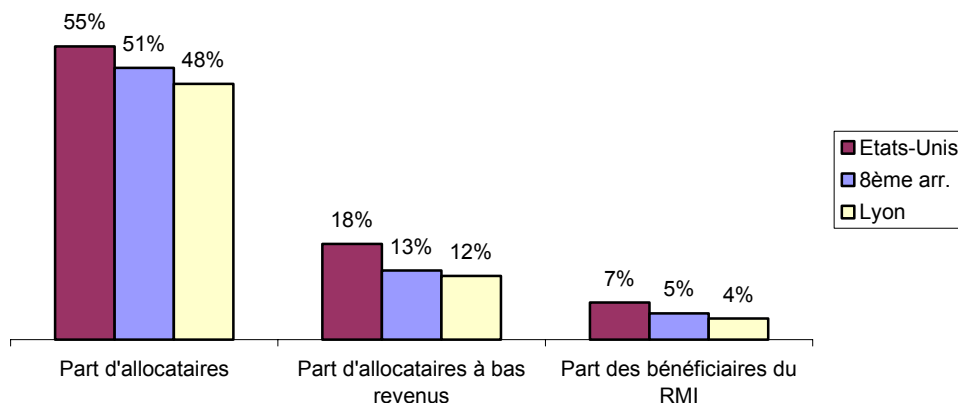
Au 31 décembre 2000, 39% des demandeurs d'emploi étaient au chômage depuis 1 an ou plus, dont 22% depuis 2 ans ou plus (Source : Insee – ANPE).

### Plus de ménages à bas revenus que sur Lyon et l'arrondissement

Au 31 décembre 2000, la part d'allocataires CAF (*% des ménages*) est de 55% contre 51% sur l'arrondissement et 48% sur Lyon, dont 18% sont des allocataires dits à bas revenus (13% sur l'arrondissement et 12% sur Lyon).

A la même date la part des bénéficiaires du RMI est de 7% (5% sur l'arrondissement et 4% sur Lyon).





Source : CAF au 31/12/00

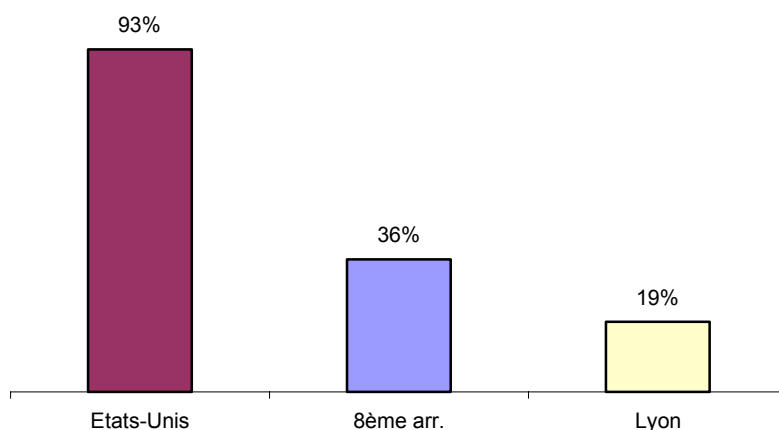
### Un parc de logement presque exclusivement constitué de logements HLM

Le quartier des Etats-Unis comprenait, en 1999, 5 754 résidences principales.

Au 31 décembre 2000, **la part des logements HLM dans les résidences principales est de 93% sur le quartier** contre 36% sur l'arrondissement et 19% sur la ville. Ce taux de 93% est le deuxième plus important de la ville après le quartier Mermoz, également situé dans le 8<sup>ème</sup> arrondissement.

Le taux de vacance de ces logements (*rapport entre le nombre de logements vacants et le nombre total de logements loués ou proposés à la location*) était, à la même date, de 1,9% (1,7% sur l'arrondissement et 2,9% sur la ville).

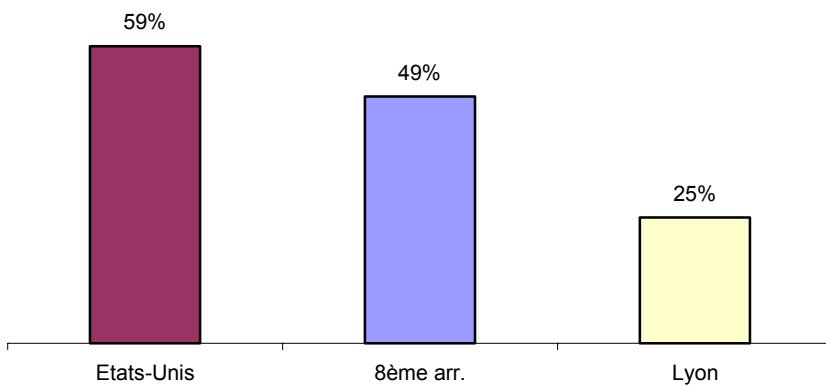
Le taux de mobilité (*rapport entre le nombre d'emménagements au cours de l'année d'enquête et le nombre total de logements loués ou proposés à la location*) était de 9,5% en 2000 (10,8% sur l'arrondissement et 11,2% sur la ville) et de 5,2% en 1998.



**Part des logements HLM dans les résidences principales** - Source : DRE - PLS au 31/12/00

### Education : 6 collégiens sur 10 bénéficient d'une bourse

A la rentrée de l'année scolaire 2001-2002, l'effectif d'élèves de collège était sur le quartier des Etats-Unis de 606, en baisse de 11% par rapport à la rentrée 1998-1999 (effectif stable sur la ville de Lyon et en baisse de 8% sur l'arrondissement). Lors de cette rentrée, le taux d'élèves boursiers était de 59% (49% sur le quartier, 25% sur la ville).



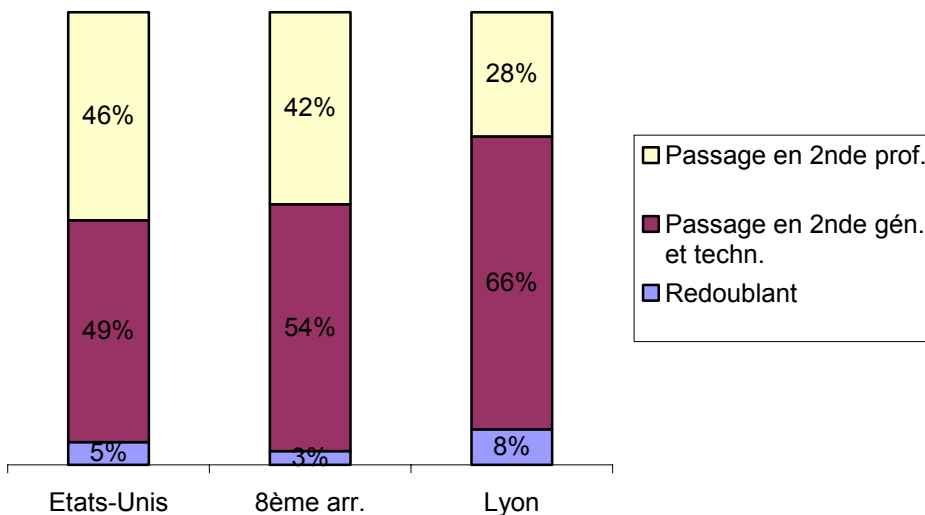
**Pourcentage d'élèves boursiers en 2001-2002** – Source : Rectorat de Lyon

### Education : plus d'enfants en difficultés scolaires

La part des élèves inscrits en 6<sup>e</sup> ayant 2 ans de retard ou plus était de 10% (idem sur l'arrondissement, 4% sur la ville).

Le taux de réussite au brevet était en juin 2001 de 58% (idem sur l'arrondissement, 77% sur la ville)

L'analyse de l'orientation des élèves en classe de 3<sup>e</sup>, au mois de juin 2001, montre que l'orientation entre classes professionnelles et classes générales ou techniques est équivalente sur le quartier (respectivement 46 et 49%) alors que, sur l'ensemble de la ville de Lyon, deux tiers (66%) des élèves poursuivent leur scolarité en enseignement général et 28% en enseignement professionnel.



**Orientation des élèves en classe de 3<sup>e</sup> – juin 2001** – Source : Rectorat de Lyon

## Offre de service sur le quartier

### Offre libérale

11 médecins généralistes ont été recensés dans les limites du quartier, soit une densité d'environ 1 médecin pour 1 000 habitants (1/1038). Cette couverture, que l'on peut qualifier de correcte, se situe entre la densité observée sur l'arrondissement (1 médecin pour 1 255 habitants) et celle du secteur de la ville de Lyon (1 médecin pour 798 habitants).

L'ensemble de ces praticiens est conventionné en secteur I<sup>1</sup> (65% sur la ville de Lyon).

*Sources : CPAM de Lyon et Insee RGP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes*

L'offre de médecins spécialistes est beaucoup plus réduite et se limite à 2 pédiatres. Il n'existe notamment pas de gynécologues-obstétriciens ni de psychiatres sur le quartier. Ces deux pédiatres sont conventionnés en honoraires libres. Les spécialistes libéraux sont par ailleurs très présents sur l'arrondissement, notamment au travers des différents établissements de soins privés.

D'autres professionnels de santé libéraux sont présents sur le quartier : pharmaciens d'officine (5), chirurgiens dentistes (3), masseurs-kinésithérapeutes (6), infirmiers.

### Autres services et structures

1 Centre Médico-Psychologique (CMP) enfants et 1 CMP adulte

1 centre dentaire de la CPAM de Lyon

1 maison du département à proximité rassemblant les services de proximité du département (PMI, service social de secteur, aide sociale à l'enfance)

1 centre d'examen de santé de la CPAM de Lyon (quartier Mermoz)

Une offre hospitalière très importante à proximité du quartier avec des établissements publics (Hôpital Edouard Herriot notamment) et privés, dont certains mutualistes (Clinique St Jean, Roseraie, Minguettes, Monplaisir,...).

Sur le plan social ou éducatif, le quartier des Etats-Unis comprend 3 écoles primaires, 1 collège et 2 lycées (dont 1 LEP), 1 établissement petite enfance.

---

<sup>1</sup> Secteur à honoraires opposables. Le médecin s'engage à appliquer les tarifs conventionnels, sans dépassement.

## Indicateurs socio-sanitaires

Le quartier infra-communal (et infra-arrondissement) constitue un échelon géographique sur lequel il est extrêmement difficile de rassembler des indicateurs pertinents et valides.

Tout d'abord peu de systèmes d'informations sanitaires ou sociaux sont en mesure de fournir des données à une échelle aussi fine (en terme de découpage administrativo-géographique). Par ailleurs, les systèmes d'informations pouvant produire des données à cette échelle ont souvent été construits dans une logique de gestion et non dans une logique épidémiologique d'observation. De fait, les informations recueillies sont souvent au moins en partie le reflet de l'activité développée et non uniquement de la situation de la population observée.

Pour la même raison la sectorisation géographique des données produites est liée à l'organisation géographique de chaque institution (carte scolaire, zones de couverture des maisons du département pour la PMI, ...) et pose des problèmes de correspondance.

Enfin, il n'existe aucune harmonisation ni aucun rapprochement entre ces différentes sources de données.

Certaines données disponibles à l'échelle de l'arrondissement ont été discutées mais n'ont pas été intégrées du fait des différences entre la population du quartier et celle de l'arrondissement. La population du quartier des Etats-Unis ne représente que 16% de la population totale d'un arrondissement à la composition hétérogène.

Pour toutes ces raisons les seules informations qui ont pu être mobilisées pour alimenter ce diagnostic sont les suivantes :

- Données du service de PMI du département du Rhône pour ce qui concerne la petite enfance ;
- Données du service de la DPSE (Direction Prévention Santé Enfants) de la Ville de Lyon en charge des actions de santé réalisées en école élémentaire (données des bilans de santé) ;
- Données de la Direction de l'Ecologie Urbaine de la Ville de Lyon sur les opérations de dératisation, désourisation et de ramassage des Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux (DASRI), essentiellement seringues.

## ➤ Indicateurs issus des données de PMI (Département du Rhône)

Le système d'information du service de PMI du département du Rhône se décline géographiquement par unités territoriales (UT) puis par zones à l'intérieur de l'UT selon la sectorisation des services (implantation des « Maisons du Rhône » notamment).

Chaque arrondissement de Lyon correspond à une unité territoriale, et les zones correspondant le mieux aux quartiers étudiés ont été retenues (le secteur « Beauvisage » pour le quartier des Etats-Unis).

Ce système d'information recueille des données sur les activités du service concernant le suivi des femmes enceintes, le suivi des nourrissons, les activités de consultation, les activités menées en école maternelle (bilan de santé des 3 - 4 ans notamment), le suivi des modes d'accueil de la petite enfance.

La plupart des indicateurs sont très liés à l'activité et aux pratiques des équipes en place, ce qui limite les possibilités de comparaison et donc leur utilisation pour évaluer la situation du quartier. Les indicateurs retenus ici sont ceux jugés comme les moins dépendants des pratiques.

Les données présentées correspondent au recueil d'une seule année (2002) ; un recueil sur plusieurs années aurait amélioré la robustesse des indicateurs, en limitant les fluctuations aléatoires. Elles sont présentées pour le quartier étudié ainsi que pour l'arrondissement (UT du 8<sup>ème</sup>) et l'ensemble de la ville de Lyon (9 UT).

### Données de néonatalogie

Les nouveaux-nés, qui font l'objet d'une hospitalisation en service de néonatalogie, sont signalés au service du secteur de résidence. Sur le quartier des Etats-Unis, ce taux est de **7,3%** contre 5,6% sur la ville de Lyon.

#### *Taux d'hospitalisation en néonatalogie*

	Taux
<b>Etats-Unis</b> sur 273 naissances	7,3%
<b>8<sup>ème</sup> arrondissement</b> sur 1172 naissances	5,6%
<b>Lyon</b> sur 4941 enfants	5,6%

*Source : service de PMI, département du Rhône – Traitement : ORS*

### Taux de couverture par les services : plus d'un enfant sur deux est en contact avec la PMI

Il est possible d'estimer le rôle joué par les services de PMI par le taux de suivi précoce (visites réalisées par les professionnels du service dans les 3 mois qui suivent la naissance d'un enfant) ainsi que le taux de couverture de la consultation (enfants de moins de 2 ans vus au moins une fois dans l'année en consultation par un médecin de PMI).

Sur le quartier des Etats-Unis, plus d'un nouveau-né sur deux (**55%**) a fait l'objet en 2002 d'une visite par un professionnel de la PMI **dans les trois mois suivant sa naissance**. Ce chiffre est le même pour le taux de couverture des consultations puisque **55% des enfants de moins de deux ans ont été vus en consultations**.

### Bilans de santé

Les services de PMI réalisent, de manière proche de l'exhaustivité, des bilans de santé auprès des enfants âgés de 3-4 ans et scolarisés en maternelle. Ces bilans sont réalisés dans une optique de dépistage (troubles sensoriels, psychomoteurs, troubles du comportement, problèmes de santé, mauvaise couverture vaccinale, ...).

Les données recueillies permettent d'obtenir une photographie de la population de cet âge sur le quartier. Nous avons retenu ici les indicateurs les moins dépendants des différences éventuelles de pratiques entre les unités territoriales.

#### ➤ Troubles sensoriels (vision)

Deux indicateurs sont retenus : le taux d'enfants porteurs de lunettes au moment du bilan de santé et le taux de test de dépistage visuel positif lors de ces bilans. Ces indicateurs se situent **dans la moyenne de résultats de la ville**.

	Taux de prévalence du port de lunettes		Taux de test de dépistage visuel positif
<b>Etats-Unis</b> sur 217 enfants vus en BS	3,7%	<b>Etats-Unis</b> sur 168 enfants dépistés	12,0%
<b>8<sup>ème</sup> arrondissement</b> sur 749 enfants	2,7%	<b>8<sup>ème</sup> arrondissement</b> sur 675 enfants	15,5%
<b>Lyon</b> sur 4 941 enfants	3,0%	<b>Lyon</b> sur 4 690 enfants	14,3%

Source : service de PMI, département du Rhône – Traitement : ORS

#### ➤ Troubles du comportement

Nous ne retenons pas ici le taux d'enfants considérés comme ayant des troubles du comportement (indicateur non codifié - subjectivité) mais uniquement le taux d'enfants faisant déjà, au moment du bilan, l'objet d'une prise en charge pour des troubles du comportement. Ce taux est de 2,3% contre 1,6% sur la ville.

### Taux d'enfants faisant l'objet d'une prise en charge pour troubles du comportement

	Taux
<b>Etats-Unis</b> sur 217 enfants vus en BS	2,3%
<b>8<sup>ème</sup> arrondissement</b> sur 749 enfants	1,5%
<b>Lyon</b> sur 4 941 enfants	1,6%

Source : service de PMI, département du Rhône – Traitement : ORS

➤ Santé bucco-dentaire (prévalence de caries)

L'état de santé bucco-dentaire d'une population constitue un excellent indicateur de son état socio-sanitaire. En 2002, 5% des enfants vus en bilan de santé présentaient au moins une dent cariée<sup>2</sup> (traitée ou non) contre 3,5% sur l'ensemble de la ville.

**Taux d'enfants présentant au moins une dent cariée**

	Taux
<b>Etats-Unis</b> sur 217 enfants vus en BS	5,1%
<b>8<sup>ème</sup> arrondissement</b> sur 749 enfants	4,9%
<b>Lyon</b> sur 4 941 enfants	3,5%

Source : service de PMI, département du Rhône – Traitement : ORS

➤ Taux de vaccination

Pourcentage d'enfants correctement vaccinés pour quatre types de vaccination au moment du bilan de santé. Ces taux sont tous supérieurs à ceux de la ville.

	BCG	ROR	Haemophilus	Hépatite B
<b>Etats-Unis</b> sur 213 enfants	99%	98%	99,5%	25%
<b>Lyon</b> sur 4 173 enfants	96%	95%	96%	19%

Source : service de PMI, département du Rhône – Traitement : ORS

➤ **Indicateurs issus des données de la Direction Prévention Santé Enfants de la ville de Lyon**

La DPSE est en charge sur la ville de Lyon des actions menées en faveur de la santé des élèves des écoles primaires.

Parmi ces actions, on retrouve des bilans de santé qui sont réalisés auprès des enfants de grande section de maternelle avant leur entrée au CP (âge moyen de 6 ans). Ces bilans font l'objet d'un recueil de données qui fournit quelques informations sur l'état de santé de la population enfantine des quartiers.

Cependant, pour pouvoir disposer de données de référence sur la ville de Lyon il est nécessaire que ces indicateurs soient collectés de manière homogène sur les différentes écoles de la ville. Pour cette raison nous n'avons pu retenir que les données concernant le dépistage visuel pratiqué chez 99% des élèves. Le dépistage auditif est lui réalisé sur une sélection d'enfants (environ 1/3 : enfants en échec scolaire, suspects de baisse de l'audition ou n'ayant jamais eu d'audiométrie). Les données de surpoids et d'obésité, non interprétables, n'ont pu être présentées ici.

Les données sont collectées sur la base des groupes scolaires et nous avons retenu ici les 3 écoles situées sur le quartier des Etats-Unis. De la même manière que pour les

<sup>2</sup> En l'absence d'indices ICAO (nombre de dents cariées, absentes ou obturées) disponibles, nous avons retenu comme indicateur le nombre d'enfants présentant au moins une dent cariée.

données de PMI, les indicateurs présentés sont ceux du quartier, de l'arrondissement et de la ville de Lyon. Le taux de dépistage positif apparaît plus important sur le quartier des Etats-Unis.

**Taux d'enfants avec un dépistage visuel positif**

	Taux
<b>Etats-Unis</b> sur 721 enfants	12,1%
<b>8<sup>ème</sup> arrondissement</b> sur 4 080 enfants	11,1%
<b>Lyon</b> sur 27 528 enfants	9,9%

Source : DPSE, ville de Lyon – Traitement : ORS

➤ **Indicateurs environnementaux issus de la Direction de l'Ecologie Urbaine de la Ville de Lyon**

Les données d'activité de dératisation, désourisation et ramassage de DASRI nous ont été transmises pour les années 2002 et 2003 et pour les trois quartiers sous étude. Ne disposant pas de ces données pour l'ensemble de la ville de Lyon, nous présentons, ci-dessous, les données des trois quartiers dont les Etats-Unis où les interventions de ce type sont peu nombreuses et même nulles pour les ramassages de seringues.

Nombre annuel moyen d'intervention par quartier – Période 2002-2003

	<b>Pentes de la Croix-Rousse</b>	<b>Etats-Unis</b>	<b>La Duchère</b>
<b>Dératisation</b>	157	17	11
<b>Désourisation</b>	39	9	12
<b>DASRI</b>	327	0	0

Source : Direction de l'Ecologie Urbaine de la Ville de Lyon



## Enquête Ecoute-Habitants

La Ville de Lyon a mis en place sur des quartiers prioritaires du contrat de ville des enquêtes auprès des habitants qui s'inscrivent dans une démarche d'action publique globale. Ces enquêtes ont pour objectif d'appréhender la perception qu'ont les habitants de leur vie quotidienne dans leur quartier, ainsi que leurs appréciations des impacts du contrat de ville tel qu'il est mis en place dans le quartier.

La technique consiste à interroger chaque année par téléphone un même groupe-témoin d'habitants (panel), afin de cerner les évolutions dans le temps.

A l'occasion de la démarche de diagnostic santé sur le quartier, un court volet (10 questions) a été ajouté au questionnaire habituel lors de la dernière édition réalisée en mai 2003.

La méthodologie utilisée consiste en un tirage aléatoire d'un échantillon de 250 personnes de plus de 18 ans à partir de la liste exhaustive des abonnés de France Telecom. Dans un souci de représentativité des personnes enquêtées, deux critères sont introduits : le sexe et l'âge (constitution de l'échantillon selon la méthode des quotas).

L'enquête a été commise par *Trajectoires* et l'analyse réalisée par l'ORS.

En raison du nombre très limité de questions, ce volet santé a été centré sur la question de l'accès aux soins (accessibilité géographique, économique, accès à l'information, ...) et de la satisfaction par rapport à l'état de santé.

**Pour apporter plus d'éléments de comparaisons les résultats sont présentés pour les 3 quartiers étudiés.** Cependant il faut souligner que la structure socio-démographique différente des 3 échantillons peut influencer sur les résultats et est à prendre en compte dans l'interprétation.

### Composition de l'échantillon

Par tranche d'âge

	<25 ans	25-59 ans	60 ans et plus	Total
N	32	125	93	250
%	13%	50%	37%	100%

Par sexe

	Hommes	Femmes	Total
N	107	143	250
%	43%	57%	100%

Par activité

	Travail	Chômage	Au foyer	Etudiant	Retraité	Autres	Total
N	97	17	9	22	93	12	250
%	38,8%	6,8%	3,6%	8,8%	37,2%	4,8%	100%

### Huit personnes sur dix satisfaites de leur état de santé

Huit personnes sur dix jugent leur état de santé satisfaisant (82% dont 25% de très satisfaisant). Ce taux est de 65% pour les personnes au chômage et de 75% pour les retraités et personnes âgées.

Ce taux de satisfaction, plus faible sur les Etats-Unis que sur les autres quartiers, est à rapprocher de la structure plus âgée de la population.

Taux de personnes jugeant leur état de santé comme satisfaisant ou très satisfaisant

Pentes n=200	Etats-Unis n=250	Duchère n=450
88%	82%	89%

### Le médecin généraliste : un rôle majeur dans le suivi des patients

La quasi totalité (94%) des personnes interrogées déclarent avoir un médecin généraliste auquel elles s'adressent habituellement. On ne retient pas de différence significative de ce pourcentage selon les sous-groupes de population.

*Taux de personnes déclarant avoir un médecin généraliste auquel elles s'adressent habituellement*

Pentes n=200	Etats-Unis n=250	Duchère n=450
77%	94%	93%

### Couverture sociale (principale et complémentaire)

Trois des 250 répondants (1%) déclarent ne pas bénéficier d'une couverture sociale. Parmi ceux qui en bénéficient, 9% déclarent bénéficier de la CMU (en couverture principale).

*Taux de personnes ayant une couverture sociale et déclarant bénéficier de la CMU (en couverture principale)*

Pentes n=196	Etats-Unis n=247	Duchère n=448
6 %	9 %	9%

La CMU est plus présente chez les femmes que chez les hommes (7% contre 11%) et chez les chômeurs (plus d'un sur trois déclarent bénéficier de la CMU – 35%).

### 1 personne sur 3 mal informée sur les problèmes de santé

1 personne sur 3 (33%) déclare être mal informée (pas du tout ou plutôt pas) sur les problèmes de santé de son âge mais 95% disent savoir où aller en cas de problèmes de santé. Ce taux de personnes mal informées est plus réduit sur les deux autres quartiers.

*Taux de personnes s'estimant bien informées (tout à fait ou plutôt) des problèmes de santé de leur âge*

Pentes n=200	Etats-Unis n=250	Duchère n=450
78 %	66%	76%

Ce sont les **étudiants** qui se déclarent ici comme les moins bien informées (2 sur 3), la satisfaction par rapport à l'information croissant avec l'âge.

### Une personne sur dix juge les lieux de soins trop éloignés

Les lieux de soins sont jugés trop éloignés (tout à fait ou plutôt) par 9% des gens et notamment pas les **étudiants** (17%).

*Taux de personnes déclarant que les lieux de soins sont (tout à fait ou plutôt) trop éloignés*

Pentes n=200	Etats-Unis n=250	Duchère n=450
15%	9%	11%

Ce sont les gens de 40 à 59 ans qui forment le moins cet élément.

### **Un frein financier pour une personne sur quatre**

Près d'une personne sur quatre (24%) déclare se limiter au niveau des dépenses de soins et plus particulièrement les **personnes retraitées** (3 sur 10).

*Taux de personnes déclarant (tout à fait ou plutôt) limiter ses soins en raison des dépenses occasionnées*

Pentes n=200	Etats-Unis n=250	Duchère n=450
25%	24%	26%

### **Une personne sur dix insatisfaite des soins reçus**

Près d'une personne sur dix (9%) juge que les soins qu'elle a reçus n'étaient pas adaptés (pas du tout ou plutôt pas). Ce chiffre est supérieur aux autres quartiers.

*Taux de personnes déclarant que les soins reçus n'étaient (pas du tout ou plutôt) pas adaptés*

Pentes n=200	Etats-Unis n=250	Duchère n=450
3%	9%	5%



# **CHAPITRE II**

## **LES DONNEES QUALITATIVES**

**Le déroulement  
de l'enquête qualitative  
auprès des personnes-ressources locales**

La grande majorité des personnes rencontrées sont des **professionnels** qui portent **un regard de professionnels** sur les habitants du quartier, utilisant des **grilles d'analyse, des repères, des mots** qui ne sont **pas forcément les mêmes que ceux utilisés par l'habitant "lambda"** ...

Ainsi, même s'il se fait l'écho des difficultés et des attentes des habitants, **le discours des professionnels est tout à fait spécifique et ne constitue pas une "restitution" ou une "traduction" du discours des habitants.**

On soulignera également que les **constats** qui sont présentés dans ce rapport **ne correspondent pas mécaniquement au discours des spécialistes rencontrés pour chaque tranche d'âge** ou partie spécifique de la population. **Les différentes problématiques repérées ont donc été analysées à la lumière de plusieurs discours.**

### **21 entretiens ont été réalisés sur le quartier des Etats-Unis (soit 43 personnes) :**

- CMP adultes (Dr Galea)
- CMP enfants (Dr Titeca et Mme Jenzer, Assistante Sociale)
- Equipe DPSE (Dr Moreau et infirmières équipe DPSE, Mme Mehdoud, Assistante Sociale, et Mme Barthélémy, Coordinatrice REP)
- Unité territoriale (Mme Medgy, pôle social)
- Développement territorial (M. Alkoum)
- Centre social (Mme Cherbi)
- 1 médecin généraliste (Dr Rebeille-Borgella)
- Cabinet d'infirmières (Mmes Gelas, Thomas et Labussière)
- CPAM – Cellule de Lutte contre l'Exclusion (Mme Bimbault, Mme Gueye)
- CCAS (Mme Askew)
- Centre d'examen de santé de la CPAM, Mermoz (Mme Malvert, responsable administrative)
- Centres d'examens de santé de la CPAM (Dr Fantino, Directeur, et collaboratrice)
- Mission locale (Mme Fargier et équipe du 8<sup>ème</sup> arrondissement)
- PMI Beauvisage (Mme Feldman, Infirmière Puéricultrice)
- OPAC Grand Lyon (M. Bordet, Responsable agence Etats-Unis et son équipe)
- Crèche Weil (Mme Mussilier, responsable)
- Association AISFAS (Mme Pabengui)
- Association Pause-Amitié (Mme Corsat)
- Co-présidente du conseil de quartier (Mme Troccaz)
- Président du Comité d'Intérêt Local (M. Di Pierno)
- Equipe médicale LEP Jean Lurçat (Dr Lenoir, M. Tardy, Infirmier)

Il s'agissait d'entretiens semi-directifs approfondis (réalisés sur la base de questions dirigées, mais "ouvertes"), d'une durée moyenne de 2 heures. Les interviewés des trois quartiers concernés par l'étude ont tous fait preuve d'une excellente coopération et d'une grande disponibilité (acceptant souvent de consacrer beaucoup de leur temps pour cette interview) et ce, malgré la difficulté de l'exercice.

En effet, les questions portant sur la description de la population à laquelle les interviewés ont affaire, et sur les différentes sous-populations qu'il est possible de décrire afin de mieux cerner des problématiques spécifiques, ont souvent nécessité un vrai travail d'élaboration.

On peut faire l'hypothèse que les interviewés ont des difficultés à porter ce regard ou à construire ce discours sur les usagers qu'ils rencontrent, pour au moins deux raisons :

- Les acteurs locaux doivent répondre de manière individualisée aux attentes, aux problèmes des usagers. Or cette approche individuelle – nécessaire - est souvent renforcée par un contexte d'urgence, qui laisse concrètement peu de temps aux acteurs pour "objectiver" leur pratique et, par exemple, constituer des typologies de profils d'usagers, et ce malgré les statistiques qu'ils doivent, pour la plupart, produire.
- Les acteurs ont par ailleurs souvent, de manière latente, la crainte d'une mauvaise interprétation ou d'un détournement des catégorisations de la population qu'ils pourraient spontanément construire. Certainement échaudés par le discours stigmatisant des médias, notamment à l'encontre de certaines populations, ils sont souvent d'emblée réticents à tenter une typologie, qui pourrait se résumer selon eux à *"enfermer les gens dans des cases"*, à *"mettre des étiquettes"*, et qui finalement ne rendrait pas compte de la réalité, ou pis : pourrait renforcer ou créer des effets "d'étiquetage" négatifs.

Deux "entrées" apparaissent comme particulièrement délicates, lorsqu'il s'agit de décrire des problématiques spécifiques aux sous-populations : l'origine sociale, et plus encore l'origine nationale. Les approches par CSP sont connues mais parfois redoutées, et celles par "communauté" d'origine sont presque inexistantes, du moins officiellement... En effet, sur le terrain, même si certains acteurs prennent spontanément en compte les dimensions culturelles ou interculturelles des problématiques, il reste globalement difficile d'en parler spontanément, ouvertement.



# **Les résultats de l'enquête qualitative**

Les résultats sont présentés en suivant une logique de tranche d'âge qui est celle qui correspond le mieux à l'organisation de l'offre de services sociaux et de santé :

- 1. La petite enfance (0-6 ans)**
- 2. L'enfance (6-12 ans)**
- 3. L'adolescence (12-18 ans)**
- 4. Les adultes**
- 5. Les personnes âgées**

Il est important de souligner d'emblée que les problématiques repérées en matière de santé sont rarement spécifiques au quartier des Etats-Unis.

Ainsi, le quartier de La Duchère qui présente de fortes similitudes avec celui des Etats-Unis, en terme de population (fort taux de chômage, de recours aux aides sociales, importance du logement social et des populations immigrées) présente bien souvent les mêmes difficultés... , **difficultés que l'on retrouve globalement sur les quartiers sensibles de Lyon et d'autres villes**. Un certain nombre de réponses à ces difficultés sont également très semblables puisque les dispositifs sont souvent les mêmes d'un quartier à l'autre, d'une ville à l'autre.

Néanmoins, **la géographie des quartiers, la structure de l'offre de soins et de lien social, la présence plus ou moins importante d'associations** créent autant **de spécificités** au niveau des problématiques repérées qu'au niveau de leur traitement.

Par ailleurs, **les professionnels rencontrés**, et notamment ceux qui travaillent dans le domaine du social, sont le plus souvent **sollicités par des populations en difficultés, en situation de fragilité**. Les **résultats** présentés se **focalisent donc davantage** sur les **habitants qui sont en situation de demande ou de fragilité sociale**.

# 1. La petite enfance (0-6 ans)

## 1.1 L'Offre de soins sur le quartier / les ressources de soins utilisées par les parents

Sur le quartier, on recense :

- un service de PMI (rue du Professeur Beauvisage / rue Pierre Delore),
- deux pédiatres,
- des médecins généralistes.

A très grande proximité du quartier :

- Un CMP enfants (avec un CATTP mère-enfant) ;
- L'hôpital Edouard Herriot, avec notamment le Service des Urgences Pédiatriques.

### 1.1.1 La PMI, les pédiatres et les médecins généralistes

Il semble que globalement, en ce qui concerne les visites "obligatoires" des très jeunes enfants (moins d'un an), les parents s'adressent essentiellement à la **PMI ou aux pédiatres**.

Sur le quartier des Etats-Unis, **la PMI est plutôt utilisée par les familles aux revenus moyens ou faibles**. Par ailleurs, **plus d'un nouveau-né sur deux (55%) a fait l'objet d'une visite par un professionnel de la PMI dans les trois mois suivant sa naissance**. Les familles économiquement plus favorisées s'adressent plutôt aux pédiatres du quartier ou aux pédiatres d'autres arrondissements.

Néanmoins, même parmi les familles à revenus modestes, certaines préfèrent s'adresser au pédiatre pour les consultations "obligatoires" pendant les premiers mois de l'enfant, puis s'orientent vers la PMI... Pour ces parents, le pédiatre, le spécialiste, semble nécessaire au bon suivi de l'enfant, même si le coût en est élevé.

En ce qui concerne les consultations pour raisons de pathologie, les parents s'adressent également aux pédiatres sur le quartier ou hors quartier, mais aussi, de manière importante, aux cabinets de médecins généralistes du quartier.

Certains parents, se sentant dans une situation d'urgence par rapport aux symptômes de l'enfant, s'adressent à la PMI pour une consultation. Même si ce n'est pas là son

rôle, la PMI, qui représente un repère fort en matière de santé pour certains parents, accepte de recevoir ces enfants.

**Il semble que pour les généralistes comme pour les pédiatres du quartier il n'y ait pas de problèmes d'acceptation des patients bénéficiaires de la CMU.**

### 1.1.2 Les urgences

En ce qui concerne l'accès aux soins pendant les week-ends, les parents utilisent les services hospitaliers d'urgences pédiatriques : ils se rendent à **l'hôpital Edouard Herriot**, très proche du quartier, mais également à **l'hôpital Debrousse**, avec peut-être une préférence pour Debrousse, du fait de sa spécialisation dans le domaine des enfants.

Les parents du quartier vont facilement aux urgences, notamment lorsque l'enfant présente une **hyperthermie**. Même si les symptômes ne sont pas alarmants (un nez qui coule et de la fièvre), les parents sont **rapidement très inquiets** et redoutent une aggravation de l'état de leur enfant. Pour les parents en situation de relative fragilité sociale, il semble qu'il existe **une crainte latente mais néanmoins très forte que leur situation globale "empire"**. Il semble que, dans ce contexte, l'hôpital constitue la réponse la plus adéquate, et la plus rassurante.

### 1.1.3 Le CMP, les psychiatres en libéral (hors quartier)

En ce qui concerne les troubles psychologiques ou psychiatriques, deux circuits de soins sont utilisés par les parents :

- **Le CMP enfants**, vers lequel la PMI et les crèches orientent les parents ;
- **Les psychiatres ou psychologues**, hors du quartier. Cette solution est la plus onéreuse, mais elle peut être également choisie par les parents aux revenus modestes.

Quels que soient les revenus des parents, il apparaît que certains font d'emblée davantage confiance aux médecins spécialistes exerçant en libéral. Malgré le surcoût que cela représente, ces parents ont le sentiment que **le fait de payer est un gage de qualité, mais également de liberté**.

Ainsi, certains parents refusent de s'adresser au CMP enfants, par crainte de se retrouver enfermés dans un système (d'institutions publiques), dont ils redoutent le pouvoir de catégorisation et de décision sur les personnes. Le fait de payer un spécialiste (un psychiatre par exemple) leur donnerait à la fois un sentiment de légitimité dans leurs attentes et exigences, et un sentiment de liberté (pouvoir payer, c'est pouvoir choisir).

Par ailleurs, il semblerait qu'un certain nombre de parents aient des difficultés à entrer dans une relation de confiance avec le CMP. En effet, **des parents se sentiraient désorientés par l'approche du CMP** : longueur et rythme du soin, sentiment de ne pas comprendre "ce qui se passe", ce qui "se fait"... Il est important de souligner ici

que la verbalisation, comme étape d'un processus de mise à jour, d'analyse et de résolution de difficultés, n'est pas un procédé naturel pour tous les individus. Les personnes qui sont d'origine non-occidentale, ou plus largement les personnes qui, de par leur milieu social, n'ont **aucune "familiarité" avec les approches "psy..."** où la parole constitue un outil thérapeutique, sont déconcertées.

Ainsi, pour un certain nombre d'individus, **la parole n'a pas de légitimité, pas de crédibilité dans une logique de soins...**, ce qui rend difficile la compréhension du travail fait au CMP ...

**Frustrés dans leurs attentes**, et restant dans une grande inquiétude par rapport à leur enfant, certains parents prendraient ainsi la décision d'arrêter les rendez-vous au CMP.

D'autres gèrent cette frustration différemment : ayant le sentiment que le **fait de payer** leur permettra d'avoir une autre "qualité" ou une meilleure "maîtrise" du soin, ils vont voir **un spécialiste en ville**.

Chez les **professionnels qui sont en relation avec le CMP**, il peut également exister **un malaise** (que l'on retrouve sur d'autres quartiers) qui est lié à la **notion de secret médical**. En effet, le CMP travaille en partenariat avec d'autres institutions, mais est néanmoins limité dans ses échanges par le secret médical. En face de lui, **les institutions**, qui prennent en charge les autres temps de l'enfant et qui voudraient **avoir des éléments d'information concrets** pour savoir comment adapter leur démarche par rapport à la problématique de l'enfant, **ont parfois le sentiment de ne pas obtenir de réponse pour orienter leur action**.

Du côté des **professionnels du CMP**, on déplore un **manque de temps hors soins** pour pouvoir mieux organiser le suivi des patients, et mieux organiser les relations avec les différents partenaires (enseignants, ...).

Finalement, tous s'accordent sur l'importance de communiquer et d'établir des relations entre professionnels pour avoir une action cohérente autour de l'enfant, mais la forme et **surtout le contenu de la communication ne sont pas aisés à mettre en place**.

#### **1.1.4 Le médecin généraliste, à la fois pédiatre et psychologue**

Globalement, il apparaît que **les médecins généralistes sont très sollicités sur un registre de pédiatrie mais aussi de psychologie** : c'est à leur niveau que de nombreux problèmes des tout-petits sont pris en charge. Une relation d'évidence et de confiance existe avec le généraliste qui apparaît comme le premier recours "naturel".

Les revenus modestes d'une partie de la population peuvent également expliquer ce recours important au généraliste... Il n'en reste pas moins qu'en cas de grande inquiétude de la part des parents, la barrière financière peut "sauter" : les parents se "sacrifient" pour que leur enfant ait accès à ce qu'ils estiment être le "meilleur" soin.

### 1.1.5 Un maillage à construire entre différents professionnels

Certains des professionnels rencontrés souhaiteraient que **des liens plus forts, un maillage plus structuré se mettent en place entre les différents professionnels** au contact du petit enfant : PMI, DPSE, crèches, mais également élus de l'arrondissement.

Il existe déjà, en Mairie du 8ème, un **Point Accueil Petite Enfance** qui s'occupe notamment des inscriptions pour la petite enfance, où **les directrices de structures tiennent une permanence à tour de rôle**, et peuvent déjà repérer un certain nombre de situations et de difficultés (parents isolés, etc...).

Par ailleurs, des collaborations existent et sont nombreuses entre les différentes structures du quartier. Néanmoins, **chaque structure fonctionne de manière relativement isolée**, ce qui, à certains moments, peut créer des problèmes **d'absence de références communes**, des **difficultés dans le suivi des enfants**. Il y a donc un souhait, de la part d'une partie des professionnels rencontrés, de **renforcer les liens, les échanges** existants pour **améliorer la cohérence des actions autour des enfants...**

Les professionnels soulignent que **l'accroissement de la charge de travail administratif** pèse sur la volonté et surtout **la possibilité** (en termes de temps et de moyens) de renforcer et de structurer ces liens...

## 1.2 La santé physique des "petits" enfants

Tous les discours des interviewés se recoupent sur ce point : les enfants vus vont plutôt bien, en ce sens qu'il n'y pas de sentiment de présence forte (ou plus forte qu'ailleurs) de pathologies particulières.

On note que 5 % des enfants de 3-4 ans scolarisés, vus en bilans de santé, présentent des caries, ce qui reste dans la "moyenne lyonnaise".

En revanche, les professionnels soulignent que **les yeux, l'audition et l'orthophonie ne sont pas vraiment prioritaires pour les parents**. Les taux de dépistage positifs - repérés par la DPSE - sont équivalents ou supérieurs à l'ensemble de la ville : 11,1% en dépistage visuel (9,9% pour la ville), et 5,1% en dépistage auditif (idem pour la ville). Outre le fait que les difficultés visuelles ou d'audition ne sont pas toujours faciles à repérer, il semble que les parents soient moins en alerte par rapport à ces phénomènes qu'ils ne le sont par rapport à la fièvre par exemple...

### 1.2.1 L'alimentation : la difficulté d'équilibrer, de diversifier

#### Pas de carence, pas - encore – de surpoids

Selon les professionnels rencontrés, dans cette tranche d'âge, les enfants ne présentent pas de carence, et ne présentent pas encore véritablement de problèmes de surpoids, mais nous ne disposons pas de données quantitatives exploitables.

Il semble néanmoins que, pour des raisons apparemment culturelles, **les bébés d'origine maghrébine présentent plus fréquemment un poids au-dessus de la "moyenne"**. Une sorte d'esthétique du beau bébé qui doit être très "rond", croisée avec des comportements de mamans pour qui le "don" de nourriture ne doit pas faire l'objet de limites, peut constituer une explication à ce poids plus important.

#### La nourriture industrielle prend le pas sur le "fait maison"

D'une manière générale, les professionnels du quartier soulignent l'importance symbolique que revêt la nourriture, notamment pour les populations à revenus modestes. Le nourrissage de l'enfant serait d'autant plus important que les parents ne peuvent pas offrir à l'enfant tout ce qu'ils souhaiteraient lui donner. **La nourriture, notamment sucrée, constituerait LE plaisir qu'ils peuvent offrir à l'enfant**, à défaut de pouvoir lui offrir certains jouets, certains loisirs, etc...

Par ailleurs, le fait d'avoir accès à certains processus de consommation permettrait de renforcer le sentiment *"d'être comme tout le monde"*. L'accès à la **nourriture industrielle jouerait ainsi le rôle de marqueur de statut social**, ou simplement de marqueur de normalité sociale.

Les professionnels soulignent donc la **nécessité d'informer / de former les parents à la "diététique", aux rudiments de l'équilibre nutritionnel**, dans un contexte d'absence de repères.

En effet, même si ce constat ne concerne pas tous les parents, il apparaît que de **nombreux parents ont massivement recours aux aliments industriels** pour les tout-petits. Très souvent cités, les "petits pots" et surtout les petits plats "*Blédichef*", relativement onéreux, seraient consommés en abondance.

Plusieurs raisons sont avancées par les professionnels :

- Les mamans qui travaillent n'ont pas le temps de cuisiner ;
- Les mamans n'aiment pas cuisiner / ne savent pas cuisiner (*pas de transmission entre elles-mêmes et leur mère dans ce domaine*) ;
- Les légumes et les fruits frais sont chers ;
- Pour les mamans, les petits pots sont "équilibrés" : le bébé a tout ce dont il a besoin.

Outre le fait qu'une alimentation basée sur des produits industriels n'est peut-être pas très équilibrée, les professionnels notent que **ce choix grève parfois lourdement les budgets des ménages**. Ainsi, les fruits et légumes frais qui sont chers sont remplacés par des "*Blédichefs*" encore plus chers...

**Face à ce phénomène, les professionnels rencontrés tentent de sensibiliser les parents à l'importance d'une alimentation équilibrée :**

- **La PMI :**

\* Elle encourage les mamans à "**faire le marché**", d'autant plus que le marché est extrêmement facile d'accès et central sur le quartier des Etats-Unis, et à repérer les fruits et les légumes les moins chers, souvent présentés en "plateaux". Les légumes et fruits des plateaux étant susceptibles de se conserver moins longtemps, on conseille aux mamans de faire des **compotes** avec les fruits, ...

\* Elle encourage les mamans à retrouver les plats que confectionnaient leurs propres mères. Cet encouragement semble particulièrement nécessaire pour les mamans d'origine étrangère et notamment maghrébine ou d'Afrique Noire, qui n'ont **pas toujours conscience de la valeur nutritionnelle des plats traditionnels**. En effet, pour certaines de ces mamans, l'alimentation industrielle serait associée à une certaine idée de modernité, de progrès et pourrait apparaître comme "forcément" meilleure que la cuisine traditionnelle (dépassée...). On incite ainsi les mamans à préparer les plats qu'elles consommaient elles-mêmes étant enfants, en leur expliquant que c'est une bonne solution pour leur enfant, en termes d'apports et d'équilibre, et que c'est également la meilleure solution pour leur porte-monnaie.



## - **La crèche municipale :**

\* Elle réalise de **petites fiches sur la diététique** qu'elle remet aux parents, afin de leur expliquer les bases de l'équilibre alimentaire, l'intérêt de donner aux enfants une nourriture faite "maison", comportant fruits et légumes... Là encore on encourage les parents à préparer eux-mêmes des soupes pour leurs bébés, avec la possibilité de congeler de petites portions pour gagner du temps au quotidien...

**Ces conseils sont globalement également donnés par les autres professionnels qui ont l'occasion de fréquenter les parents, et surtout les mamans :** l'école maternelle (pour ceux qui sont scolarisés à 3 ans), mais également les professionnels du centre social, les médecins généralistes...

## **Le lait pour les tout-petits**

Le lait donné aux tout-petits se trouve au cœur de plusieurs problématiques.

**L'allaitement maternel n'est pas évident** pour les mamans et ce pour différentes raisons, parmi lesquelles on trouve :

- Le **manque de préparation à l'allaitement** (les mamans ne savent pas vraiment comment s'y prendre, pensent que c'est compliqué, ...) ;
- **L'idée que le lait maternel n'est pas aussi nourrissant** pour l'enfant que le lait maternisé.

(Nous n'avons pas de données chiffrées sur l'allaitement à l'échelle du quartier).

A quelques exceptions près (clinique Monplaisir), il semble que l'information donnée par les hôpitaux aux mamans concernant l'allaitement (pendant les séances de préparation à la naissance) ne soit pas très cohérente ou claire.

Les professionnels de la PMI font, pour les mamans qui les sollicitent, un travail d'information, et de formation sur l'allaitement, et tentent d'encourager les mamans qui ont des doutes sur la valeur nutritive du lait maternel par rapport au lait maternisé.

Les professionnels remarquent par ailleurs que **le lait de vache** est parfois donné trop tôt (avant un an), et ce notamment pour des raisons financières, le lait de vache étant moins cher.

Par ailleurs, les professionnels notent que **certains enfants, qui refusent toutes les tentatives de diversification de leur alimentation**, se nourrissent presque exclusivement **de biberons de lait, parfois jusqu'à deux ou trois ans**, et qu'il y a là un véritable risque de carences pour l'enfant.

## 1.2.2 Le sommeil

### Les troubles de l'endormissement

Les problèmes de sommeil chez les tout-petits sont aussi fréquents que les troubles de l'alimentation, et ils semblent relever de la même difficulté. De la même manière que certains parents n'arrivent pas à "convaincre" l'enfant de manger à la cuiller ou de manger de tout, **ils n'arrivent pas "à coucher l'enfant"...**

Les professionnels reçoivent ainsi **des parents qui se plaignent de ne pas pouvoir dormir** du fait des problèmes de sommeil de leur enfant, ou qui **se plaignent de ne pas parvenir à établir un rythme de sommeil régulier** pour leur enfant... Ainsi leur **enfant ne s'endort que très tardivement, parfois devant la télévision...** D'autres parents se plaignent du fait que leur enfant dort toujours avec eux, alors que celui-ci a trois ou quatre ans...

Ces parents en manque de sommeil, fatigués, et notamment les mamans seules, sont **demandeurs de conseils, d'aide** pour parvenir à résoudre ce qui constitue une **importante difficulté pour eux.**

La PMI donne des conseils, des pistes aux parents, pour **faciliter l'endormissement, détendre le bébé :**

- Pratiquer **des massages** (pratique traditionnelle dans certaines cultures, notamment avec des huiles locales) ;
- Pratiquer **l'enmaillotage** (pratique traditionnelle, notamment dans les cultures maghrébines) ;
- Donner des **tisanes naturelles** qui soulagent les **coliques** (tisanes au cumin dans la culture maghrébine, tisanes au fenouil également, de tradition plutôt française)...

On note que certains médecins, ou maternités, recommandent aux parents le recours **à l'ostéopathie** pour trouver des solutions à ces problèmes de sommeil...

## 1.2.3 L'hygiène corporelle

Les professionnels remarquent que **certains enfants sont relativement sales, au niveau de leurs vêtements comme de leur corps.** Apparemment, ce manque d'hygiène n'implique pas de problèmes dermatologiques, de parasitoses...

Une des hypothèses avancées pour expliquer ce manque d'hygiène est que, lors de la rénovation de certains HLM, **de nouveaux systèmes de chauffage ont été installés, entièrement électriques, très onéreux à l'usage,** et que de nombreuses familles réduisent le chauffage chez elles pour des raisons financières... De ce fait, les salles de bains seraient souvent froides... , ce qui pourrait expliquer, en partie, que les enfants soient baignés peu souvent...

Néanmoins, les professionnels (médecins généralistes, DPSE) soulignent également que l'énurésie nocturne de certains enfants pose des problèmes d'hygiène. Le problème vient du fait que **certains enfants ne sont pas lavés/habillés par leurs**

**parents le matin**, et qu'ils se débrouillent à peu près seuls pour aller à l'école. Ces enfants négligés, qui arrivent à l'école avec des **vêtements sales ou malodorants**, sont repérés par **les enseignants qui vont parfois jusqu'à effectuer une "toilette" de l'enfant... , "démarche" qui crée parfois des tensions avec les parents...**

## 1.3 La santé mentale

### 1.3.1 L'enfant-roi, qui refuse toute "limite"

Globalement tous les professionnels rencontrés s'accordent à dire que l'un des problèmes récurrents est celui du **comportement des enfants et ce, quels que soient le milieu social ou l'origine culturelle.**

Il semble, qu'à partir de l'acquisition de la marche, certains problèmes émergent qui découlent de **la difficulté des parents à "dire non", "à poser des limites"**. Ce phénomène de "l'enfant-roi" se manifeste par des comportements d'enfants qui ne supportent pas les frustrations, les contrariétés, d'enfants qui "commandent"... Tous les professionnels rencontrés soulignent qu'il s'agit là d'un phénomène général, national.

Ces troubles se manifestent souvent par de **l'agressivité, de l'agitation, un certain autoritarisme, qui sont particulièrement remarquables en école maternelle.**

On note que les professionnels ont le sentiment que ce phénomène de "l'enfant-roi" est **particulièrement aigu pour les petits garçons d'origine maghrébine** qui seraient particulièrement gâtés par leurs mamans alors que les petites filles seraient responsabilisées très tôt.

Au-delà de ce problème général, les professionnels repèrent que la **difficulté à poser des limites** est d'autant plus forte que les **enfants sont issus de familles fragiles** (parents immatures, parcours d'échecs, chômage, ruptures familiales). Chez ces parents, on note :

- Une forte crainte de mal faire / d'être de mauvais parents ;
- La crainte du regard des autres (avoir l'image d'un mauvais parent pour l'environnement social) ;
- Les parents immatures / les couples fragiles ;
- Mais aussi l'absence d'objectif éducatif (le parent n'a pas de projet de transmission de savoirs, de règles de comportement... ou de projet de les faire acquérir par son enfant).

### 1.3.2 L'enfant agité... n'est pas forcément hyperactif

Les équipes éducatives relèvent des **comportements très difficiles en classe** : une **grande agitation** pour certains enfants, qui parfois pourrait confiner à l'hyperactivité.

On peut se poser la question de **l'écart qui peut exister entre les normes scolaires et les normes familiales autour de l'instabilité physique** de l'enfant. La tolérance des uns et des autres vis-à-vis d'un enfant turbulent/agité n'est pas la même, et il est possible que des modèles d'éducation complètement différents expliquent cet écart.

Il semble néanmoins que **certains enseignants soient plus prompts à parler d'hyperactivité que les professionnels du secteur médical.**

### **1.3.3 L'enfant triste, en retrait**

D'autres troubles à l'inverse se manifestent par une **attitude de retrait, une tristesse, une absence de désir de s'intégrer à d'autres groupes d'enfants, de jouer**, etc... D'après les professionnels d'école maternelle ou de crèche, ces problèmes sont plus difficiles à repérer que l'agressivité ou l'agitation, mais ils n'en sont pas moins inquiétants.

## 1.4 La santé des parents

Cette question est essentielle pour comprendre la santé des enfants, même au-delà de la petite enfance. Néanmoins, la tranche d'âge 0-6 ans est particulièrement malléable, **et l'importance du lien mère-enfant** est très souvent soulignée par les professionnels.

### 1.4.1 Les couples fragiles

Sur le quartier des Etats-Unis, **la fragilité des couples et des parents est souvent évoquée.**

On repère notamment **un profil de parents relativement jeunes** (vingtaine d'années) qui ont **des parcours individuels plutôt difficiles** (échec scolaire, difficulté à s'intégrer dans le monde du travail), et qui s'inscrivent dans **un couple fragile**, que l'enfant viendrait - dans leur idéal - soutenir. Il semble ainsi que, pour certaines jeunes mamans qui se trouvent dans un "contexte d'échec", **la maternité apparaisse comme un moyen d'accéder enfin à un statut social reconnu.** Par ailleurs la présence d'un enfant serait également envisagée comme un moyen de "cimenter" le couple.

Néanmoins, l'échec est parfois encore au rendez-vous : **le père s'éloigne de la mère** et de l'enfant, et celle-ci finit par se retrouver seule pour élever le/ou les enfants (souvent rapprochés, semble-t-il).

Ce type de parcours semble être la **genèse de nombreuses situations de monoparentalité** qui se confondent souvent avec des **situations de précarité** : les pères absents contribuent peu à l'éducation des enfants et aux dépenses d'éducation. Quant aux mères, sans formation ni qualification, elle ont souvent **davantage intérêt à ne pas travailler et à garder leurs enfants** et à bénéficier des aides sociales, étant donné le faible revenu auquel elle peuvent aspirer, et le coût élevé des différents modes de gardes d'enfants... Ce mode de vie implique néanmoins apparemment souvent un **certain isolement.**

Les difficultés financières associées à ces situations s'accompagnent manifestement souvent de **difficultés sociales et psychologiques pour les mamans.** **La présence et l'aide de grands-parents peut constituer un facteur de structuration et de soutien important.** Mais lorsque la famille de la maman est absente (suite à des ruptures) ou peu aidante, l'isolement social et la "déprime" peuvent alors s'installer... , un isolement d'autant plus grand que ces mamans ne travaillent pas.

#### **1.4.2 La difficulté des mamans à trouver des "temps de répit", à rencontrer les "autres"**

Les professionnelles de la **PMI**, de par les **animations qu'elles organisent en salle d'accueil** et les échanges qu'elles peuvent avoir avec ces femmes, tentent de créer des **occasions de lien social**. Pendant ces animations, les mamans peuvent parler avec la personne en charge de l'animation, mais aussi avec les autres mamans présentes. L'objectif de cette démarche est de pouvoir réaliser un travail de **dépistage et de prévention auprès de la mère et de l'enfant**, mais également de **lutter contre la solitude et l'enfermement** dont peuvent souffrir certaines mamans.

Les professionnelles soulignent néanmoins **la difficulté qu'ont ces mamans à sortir de cet "enfermement", à "s'occuper d'elles-mêmes"**, à prendre soin d'elles, tant au plan de la santé à proprement parler qu'au plan de leur bien-être. Malgré la grande fatigue souvent présente, ces mamans n'arrivent pas à s'accorder des temps de répit tant qu'elles jugent leurs enfants "trop petits" pour être gardés par d'autres personnes qu'elles. Fatiguées par les enfants dont elles s'occupent à plein temps (qu'elles soient seules ou en couple d'ailleurs), **elles n'arrivent cependant pas à se séparer de leur enfant pour le confier quelques heures** à une halte-garderie ou une crèche. Le fait qu'elles **ne travaillent pas renforce**, semble-t-il, ce **sentiment de non-légitimité** à faire garder son enfant.

Ces femmes ne sont **pas conscientes d'avoir simplement besoin de temps** pour "souffler" ou "récupérer", et pour  **finalement être mieux avec leur enfant...**

Les **actions organisées par la PMI**, où les mamans peuvent venir rencontrer des professionnels, d'autres mamans, et assister à des animations (avec musiciens parfois), ... et ce, **sans se séparer de leur enfant, semble constituer un "temps de répit" et d'ouverture aux autres**, bien adapté aux attentes de ces mamans. Les professionnelles de la PMI vont même jusqu'à parler **d'une sorte de "transition" pour ces mamans entre les animations et l'école** ou la halte-garderie. Le fait d'être accueilli au sein d'une structure publique, où l'enfant peut se mouvoir et jouer librement, et rencontrer d'autres enfants sans être éloigné de sa mère constituerait ainsi une **première étape dans le processus de socialisation de l'enfant**, et de séparation entre la mère et l'enfant.

On note également qu'en dehors du travail fait par la PMI et en dehors des quelques activités – payantes - proposées par le centre social, **le quartier des Etats-Unis offre peu de possibilités en matière d'associations tournées vers le lien social...**

**Cet isolement social et souvent affectif a ainsi de forts retentissements sur la relation mère-enfant.**

En ce qui concerne le tout-petit enfant (moins de 2 ou 3 ans), celui-ci est fréquemment pris dans une **relation fusionnelle qui rend toute séparation**

**d'avec sa mère particulièrement difficile** (d'où les rentrées scolaires très pénibles pour les enfants et les mères)...

Par ailleurs cette situation de fusion n'empêche pas certaines mamans d'exprimer leur lassitude face à un enfant dont elles n'arrivent pas à se séparer, mais qu'elles ont du mal à supporter...

#### **1.4.3 Ignorance du corps et de la nécessité d'un suivi**

A cette difficulté pour aménager des "temps de répit", s'ajoute une certaine ignorance du corps, qui se traduit **par l'absence d'un suivi gynécologique, l'absence d'une démarche de prévention, et un rapport aléatoire à la contraception...**

La PMI adresse les mamans **au CPEF de Vénissieux**, relativement proche et gratuit, les spécialistes en libéral étant en général inaccessibles pour cette population, pour des raisons aussi bien symboliques que financières.

On note que pour les plus jeunes des mamans, **la contraception n'est pas toujours maîtrisée** pour des raisons complexes... Par ailleurs il semble qu'il y ait **souvent un désir d'enfants rapprochés** : les professionnels s'accordent à dire que, dans un contexte de fatigue et de relatif isolement social, ces **maternités rapprochées renforcent la fatigue et les difficultés avec les enfants...**

#### **1.4.4 Les pères**

De nombreux problèmes sont associés par les professionnels à **l'absence du père ou à sa faible implication** dans l'éducation de l'enfant, les soins à l'enfant.

Il faut néanmoins souligner que, lorsque les pères sont présents, ils auraient tendance à s'impliquer davantage que les pères de la génération précédente. Le congé de paternité semble ainsi concerner de nombreux hommes sur le quartier, de même qu'il ne semble pas rare de voir des pères venir déposer ou chercher leur enfant à la crèche... Les professionnels tiennent à souligner cet élément, craignant sans doute de donner une image très négative des pères sur le quartier.

#### **1.4.5 Le rapport culturel et "interculturel" aux normes**

Deux éléments viennent parfois accentuer les difficultés dans le rapport mère-enfant, mais aussi dans le rapport qu'entretiennent les parents avec le reste de la société.

Les professionnels du CMP soulignent les dégâts causés par la non-évocation des difficultés qui peuvent se poser autour de la naissance, et parallèlement de l'imposition **d'une norme concernant la parentalité idéale, mais aussi l'enfant idéal**, une norme notamment diffusée par les médias.

Les parents sont ainsi souvent "pollués" par ces normes ou du moins par des images sur ce que doivent être une "bonne" naissance, un bon rapport avec le bébé, de bons



parents, etc... Si certains parents sont réellement abandonniques ou négligents, d'autres **développent une véritable anxiété lorsqu'ils ont le sentiment que leur enfant ou qu'eux-mêmes ne correspondent pas à cette norme**, à la normalité positive... Il faudrait parfois convaincre certains parents que, malgré leurs difficultés, ils n'en sont pas moins des parents "suffisamment bons".

D'autres difficultés se posent lorsque **les parents sont originaires d'un autre pays et ont des modèles culturels différents**.

On nous a donné l'exemple de mamans africaines qui, dans certaines régions d'Afrique, ont l'habitude, après le bain de l'enfant, de le soulever rapidement, plusieurs fois, à bout de bras, avec un objectif de stimulation de l'enfant. Cette pratique traditionnelle ancestrale, dans certaines cultures, soulève un tollé dans les maternités. Certaines puéricultrices, craignant des effets de "bébés secoués", expliquent aux mamans africaines que cette pratique est dangereuse... Alors que de leur côté, les mamans africaines rongent leur frein lorsque les puéricultrices s'occupent de leur bébé d'une manière qui leur semble saugrenue. **Des deux côtés, il y a une vraie méfiance sur la compétence de l'autre à s'occuper du bébé, mais aussi une véritable incommunicabilité.**

**Ces difficultés liées à des modèles culturels différents se posent également à l'école maternelle** : parents et enseignants n'étant pas toujours d'accord sur celui qui doit imposer une certaine autorité sur l'enfant, et sur la manière d'avoir de l'autorité sur l'enfant. ..

#### **1.4.6 La grossesse**

Les professionnels constatent que **nombre de parents du quartier ne sont pas préparés à la parentalité** : soit parce qu'ils sont dans une idéalisation totale de la naissance, de l'enfant, de leur rôle en tant que parents qui va entraîner des tensions et des angoisses très fortes lorsque l'enfant "paraîtra"... , soit parce qu'ils n'envisageaient aucune des difficultés qui se présenteront de fait à la naissance de l'enfant...

Or, manifestement, malgré les procédures de suivi et de préparation à la naissance mises en place, **la grossesse ne constitue pas véritablement un temps d'information pour les parents et notamment pour les mères...**

Souvent **désinformées sur l'allaitement, elles le sont également sur les rythmes, les besoins et les soins du nouveau-né, sur les effets de l'enfant sur le couple**, etc... et ce même si elles ne sont pas primipares...

Ce manque d'information, ou d'information appropriable, cohérente pour les femmes, atteint parfois des **proportions dramatiques lorsque les femmes ont un problème d'accès à la langue française**.

Ainsi certaines femmes, qui ne parlent pas français et qui ne connaissent pas le "système français" (on nous a donné l'exemple de mamans d'Afrique Noire primo-arrivantes, issues de zones rurales), ont parfois **des stratégies d'évitement de ce système**. Craignant que les médecins français ne pratiquent trop facilement des césariennes, et étant **insécurisées par les "français" et par la "médicalisation"**

**du suivi de la grossesse et de l'accouchement**, certaines femmes éviteraient les visites de suivi à l'hôpital et attendraient même jusqu'à la "dernière minute" avant de se rendre à l'hôpital pour accoucher, pensant qu'ainsi elles déjoueront mieux les manœuvres des médecins, dont l'objectif serait de pratiquer une césarienne.... Cette crainte, qui peut dans une certaine mesure être partagée par des mamans françaises, est ici décuplée et elle ne disparaît que si un véritable travail d'explication, de traduction, de médiation est fait. **Cette "médiation" peut d'ailleurs se faire grâce à des personnes de communauté d'origine proche**, ce qui facilite la mise en place d'une relation de confiance.

#### **1.4.7 Les projets sur le quartier**

**- La création d'un lieu de parole et d'échange de type "Porte Ouverte" pour les parents ayant des enfants de 0 à 4 ans (voire 6 ans)**

Ce lieu serait ouvert une demi-journée par semaine et il serait animé par des professionnels, embauchés par cette structure, dans une optique d'échange autour des questions des parents... Différentes institutions devraient participer à la création de ce lieu, et notamment le CMP enfants, le Centre Social, le Conseil Général, la Ville de Lyon. Actuellement il s'agit davantage d'un pré-projet : les financements sont encore à mettre en place.

- Pour **2005**, il est prévu de créer **75 places ("berceaux") supplémentaires en crèche. Néanmoins, le problème de l'accueil des petits enfants de 2-3 ans reste entier.**

## 2. L'enfance (6-12 ans)

### 2.1 L'offre de soins

L'offre de soins sur le quartier est presque la même que pour la petite enfance, à l'exception de la PMI, et du CATTM mère-enfants :

- deux pédiatres,
- des médecins généralistes,
- des dentistes.

Et, à très grande proximité du quartier :

- Un CMP enfants ;
- L'hôpital Edouard Herriot, avec notamment le Service des Urgences Pédiatriques .
- Le Centre d'Examens Périodiques de Santé de Mermoz.

Pour cette tranche d'âge, les parents n'ont **plus accès à la PMI et il semblerait que le recours au pédiatre se réduise fortement.**

En ce qui concerne le recours aux services d'urgences des hôpitaux, les stratégies restent les mêmes mais **les craintes face à l'hyperthermie diminuent.**

## 2.2 La santé des enfants

Globalement les professionnels rencontrés estiment que les enfants sont plutôt bien suivis et qu'ils ne présentent pas de pathologies spécifiques. Néanmoins **un certain nombre de troubles, qui ont été décrits pour la petite enfance, perdurent dans cette tranche d'âge** et paraissent d'autant plus visibles que les enfants sont tous scolarisés.

Les personnels de la DPSE constatent ainsi globalement le maintien des mêmes problématiques tant aux niveaux de l'hygiène de vie que de la santé mentale.

### 2.2.1 "Santé physique", hygiène de vie

#### L'alimentation

Les professionnels du quartier constatent que nombre d'enfants ont une **alimentation mal équilibrée, dans un contexte où le repas est déritualisé** :

- Forte consommation de sodas, dont beaucoup de colas ;
- Forte consommation de biscuits, gâteaux et bonbons (notamment beaucoup de gâteaux mangés en récréation) sur le mode d'un grignotage continu, tout au long de la journée ;
- Faible présence des fruits et légumes (importance des pâtes et des frites).

Par ailleurs il semble que, dans certaines familles, les enfants s'enferment dans des goûts et des dégoûts qui font que les mamans sont parfois obligées de cuisiner un plat différent pour chaque enfant... Ces enfants refusent parfois les plats traditionnels, tels le couscous, et leurs préfèrent des plats, plus "industriels", moins équilibrés et riches au plan nutritionnel.

Les professionnels de la DPSE et les médecins généralistes tentent d'expliquer aux mamans l'intérêt de diminuer les sucreries et de favoriser une vraie diversité dans l'alimentation... Mais les enfants sont, semble-t-il, si habitués à certaines consommations (notamment les sodas) qu'il est difficile pour les parents, et les mamans notamment, de faire machine arrière.

**Ces déséquilibres alimentaires entraînent, d'après les professionnels de la DPSE, des difficultés de surcharge pondérale** (mais nous ne disposons pas de chiffres exploitables en la matière).

#### Le sommeil

Les enseignants et professionnels de la DPSE soulignent qu'un certain nombre d'enfants présentent de **vraies difficultés par rapport au sommeil, très souvent liées à la "consommation" de télévision**.

Beaucoup d'enfants refusent de se coucher tôt et exigent de regarder la télévision. Par ailleurs il semblerait que les enfants aient accès à tout type de programmes du

fait qu'ils maîtrisent l'usage de la télécommande et que les parents ont accès aux chaînes par satellite. De surcroît, de nombreux enfants auraient une télévision dans leur chambre...

Selon les professionnels, les enfants regardent donc beaucoup la télévision et ils jouent énormément aux jeux vidéos, au détriment peut-être de jeux autres ou d'activités physiques.

### **Propreté / hygiène corporelle**

La DPSE et les enseignants soulignent que **certains enfants arrivent à l'école dans un état de grande négligence** : manifestement certains enfants se lavent très peu, alors même que les problèmes d'énurésie nocturne persistent pour certains d'entre eux.

Il semble que, comme en maternelle, **certains enseignants exigent que l'enfant fasse une sorte de "toilette", à l'école même**, afin d'être admis en classe. Il est malaisé de démêler la part de bienveillance de la part d'exaspération chez ces enseignants, mais il semble que cette exigence crée des tensions avec certains parents.

## **2.2.2 Santé mentale**

### **Les difficultés des enfants à l'école**

C'est essentiellement à l'école que les difficultés touchant à la santé mentale sont repérées. Les enseignants et la DPSE décrivent les difficultés suivantes :

- **Des enfants "de plus en plus hyperactifs"** : il faut, d'après les spécialistes de la santé mentale, plutôt parler **d'enfants "agités"**, mais l'emploi massif du terme "hyperactif" est peut-être révélateur d'une certaine contamination des esprits par les approches anglo-saxonnes.. Par ailleurs, comme pour les plus petits, on peut s'interroger sur la tolérance à "l'agitation". Ainsi certains enfants très remuants sont bien acceptés dans leurs familles où les enfants ont "culturellement" toute latitude pour "remuer" sans que cela soit interprété comme pathologique. Néanmoins ces **mêmes enfants peuvent exaspérer les enseignants qui attendent une certaine discipline de la part de leurs élèves.**

Les professionnels des équipes pédagogiques et du CMP soulignent cependant qu'on repère de fait des enfants qui sont réellement en **grande difficulté au plan psychologique** et qui **devraient être orientés vers des structures spécialisées, plus adaptées pour les accueillir.**

- Des **enfants effacés**, *"qu'on ne remarque pas"* ;
- Des **enfants qui n'arrivent pas à apprendre** ;

- Des **problèmes d'agressivité entre enfants**, avec **beaucoup d'insultes verbales...**, des tensions notamment entre filles et garçons. Dans certaines écoles du quartier des Etats-Unis, certains enfants ont demandé des récréations séparées pour les filles et les garçons.
- Les enfants qui vont de manière récurrente à **l'infirmerie**, souvent en recherche d'une écoute, d'un réconfort.

### **Le dialogue difficile entre parents et enseignants**

Les membres des équipes éducatives rencontrés font également le constat d'une **mauvaise communication entre parents et enseignants**, et ce pour différentes raisons.

La première est qu'il n'y a tout simplement **pas de communication entre parents et enseignants**, en dehors des situations difficiles que peut connaître l'enfant. Dans ces cas, le dialogue est plutôt tendu, les uns reprochant globalement aux autres de ne pas assumer leur rôle.

On peut dire en schématisant que certains enseignants, malgré leurs bonnes intentions, ont un **discours plutôt culpabilisant vis-à-vis des parents** : ils déplorent un manque d'autorité, de "cadre", d'attention à l'enfant, etc... , un discours qui peut donc être très stigmatisant pour les parents qui se retrouvent dans le rôle de "**mauvais parents**".

De leur côté, **les parents reprochent aux enseignants un certain désinvestissement**, et ceci est peut-être plus vrai pour les **parents qui sont issus de cultures où traditionnellement les enseignants assoient leur autorité à partir d'une grande sévérité** vis-à-vis des enfants. Ainsi des professionnels rencontrés sur le quartier soulignent que, dans certains pays d'Afrique Noire ou d'Afrique du Nord, les instituteurs sont respectés et craints par leurs élèves, du fait qu'ils ne tolèrent aucun écart de discipline, et que, s'il y a écart, celui-ci est sanctionné, parfois avec recours à des **punitions corporelles**. Il est par ailleurs important de souligner que cette forme de discipline est acceptée dans ces sociétés et qu'elle est même parfois perçue comme indispensable.

Cette approche de l'autorité, qui était naguère acceptée en France (les punitions corporelles n'étaient pas rares dans l'école communale française, il y a 40 ou 50 ans...), **amène certains parents à demander aux enseignants de faire preuve d'autorité vis-à-vis de leurs enfants, quitte à distribuer quelques fessées**, ce qui n'est pas accepté **par les enseignants qui répondent que tel n'est pas leur rôle....**

Dans cette situation, il apparaît que **l'enseignant a le sentiment que les parents lui demandent de se charger de toute l'éducation** de l'enfant alors que le parent estime **que l'enseignant est laxiste...**

A ces différences culturelles s'ajoute le fait que le "modèle dominant" est le français : les parents qui ne sont pas de culture française se sentiraient donc d'emblée en position "d'infériorité"...

**Ces difficultés "interculturelles" ne sont pas rares ou négligeables** mais elles ne sont que rarement pensées ou abordées en tant que telles. De fait, il apparaît qu'une **véritable incompréhension** existe parfois **entre certains parents et enseignants...**, incompréhension dont les enfants font les frais, car finalement, ils se trouvent **pris entre deux modèles, sans passerelle entre les deux...**

Beaucoup de difficultés semblent ainsi liées au regard que les uns portent sur les autres, en l'absence d'un dialogue, d'une clarification sur le rôle de l'enseignant tel qu'il est entendu en France.

### **Les démarches engagées à l'école Giono**

Dans ce contexte relativement difficile, **l'école Giono** s'est, semble-t-il, engagée dans une politique innovante et volontariste de communication avec les parents.

Sous la houlette de la directrice et de l'équipe DPSE, et avec l'adhésion de l'équipe enseignante, il a été mis en place **une démarche de rencontres systématiques de TOUS les parents d'élèves, même en l'absence de problèmes particuliers.** Les parents, qui étaient au début inquiets, ont compris qu'il s'agissait de "faire le point" sur l'évolution de leur enfant, même si tout "allait bien". Il faut souligner que ces rencontres ont lieu après les heures de cours, sur un temps qui n'est pas (suffisamment ?) reconnu par l'Education Nationale.

Cette politique de dialogue avec les parents a, paraît-il, eu des effets extrêmement positifs. **La confiance des parents dans le corps enseignant s'est améliorée, l'agressivité entre parents a quasiment disparu,** et même entre enfants, les insultes verbales auraient diminué.

Une autre démarche a également été menée dans cette école par les travailleurs sociaux de la DPSE qui visait à **nouer un dialogue avec les parents.** Des rencontres et des échanges ont eu lieu qui ont **permis aux parents d'exprimer leur souffrances et leurs attentes par rapport à l'école.** Ce dialogue a également remis les parents en confiance par rapport à l'école et par rapport à leurs propres compétences et a abouti à **la création d'une association de parents d'élèves.**

**Intégrer les enfants dans un dialogue** apparaît également comme une solution aux problèmes que connaît l'école. Dans l'école primaire Giono, l'équipe enseignante organise chaque année un référendum auprès des enfants qui doivent se prononcer sur certains éléments d'organisation ou d'aménagement de l'école... **Cette prise en compte du point de vue des enfants améliore également, semble-t-il, le climat dans l'école et améliore le rapport des enfants à la règle, à la discipline.**

## Difficultés des enfants handicapés à être scolarisés sur le quartier

On notera également que les membres des équipes éducatives regrettent qu'il n'y ait pas **plus d'aménagements** (notamment physiques : ascenseurs, ...), **voire de classes spécialisées, pour les enfants porteurs de handicaps.**

Néanmoins on notera **qu'une classe "CLIS" a été ouverte à la rentrée 2003 sur l'école Kennedy**, pour les enfants en grande difficulté psychologique (sur les 3ème et 8ème arrondissements). Cette classe accueille actuellement 8 élèves.

## Les difficultés des enfants dans le quartier

Certains enfants se font également remarquer hors des murs de l'école.

Ainsi sur le quartier des Etats-Unis, plus précisément au sein **de la cité Tony Garnier**, une "bande" de jeunes (selon l'expression des interviewés), où se mêlaient apparemment **adolescents et enfants**, s'est livrée à des **dégradations relativement importantes dans les allées de certains immeubles.**

Le phénomène **des groupes de jeunes** existe sur le quartier des Etats-Unis avec un phénomène de "territorialisation" : ainsi il y aurait une / des "bandes" sur l'ensemble Langlet-Santy, d'autres "bandes" qui seraient plutôt du côté de l'ensemble Beauvisage... , le boulevard des Etats-Unis créant une sorte de frontière naturelle entre ces espaces et ces "bandes". Néanmoins la participation d'enfants à ces groupes, notamment pour commettre des dégradations, reste, semble-t-il, marginale.

## Les difficultés des parents

Les professionnels rencontrés font l'hypothèse que ces comportements difficiles sont dûs à un **cadre familial peu structurant pour l'enfant :**

- **Les familles monoparentales sont apparemment nombreuses et les mamans qui élèvent seules** parfois jusqu'à trois ou quatre enfants sont souvent **fatiguées et dépassées.** Parallèlement lorsque les pères sont physiquement absents, ils le sont souvent complètement (financièrement, ...) ;
- Même lorsque les **pères sont présents, ils sont peu structurants** (eux-mêmes ayant un parcours fait d'échecs et de difficultés qui s'accumulent, avec notamment le chômage). Les professionnels des équipes pédagogiques soulignent qu'il est toujours très difficile de rencontrer les deux parents d'un même enfant, sauf dans les cas graves, et qu'il est **très difficile de remettre les pères en avant**, en ce qui concerne **l'éducation, la scolarité des enfants ;**
- Les **parents sont parfois eux-mêmes dans des schémas relativement agressifs** : les enseignants rapportent que certains parents viennent parfois "régler leurs comptes" jusque dans les couloirs de l'école, avec quelquefois des actes de violence physique.

Pourtant, presque tous les professionnels rencontrés affirment que **l'école revêt une grande importance pour les parents, qu'elle constitue même une priorité...**



## Le travail du CMP et du RASED

Face à certains troubles du comportement décrits plus haut, les équipes éducatives font appel aux spécialistes du **RASED**, notamment aux psychologues scolaires, et aux **spécialistes du CMP**.

Le RASED (Réseau d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficultés, de l'Education Nationale) intervient dans le cadre de l'école. Le CMP ne peut être que conseillé par l'équipe éducative aux parents qui restent libre d'y emmener leur enfant ou non, ou encore de choisir un spécialiste exerçant en libéral.

D'une manière générale, il semble que **certains membres des équipes éducatives soient déconcertés par l'approche jugée "très psychanalytique" du RASED ou du CMP**. Concrètement ils regrettent de ne pas être davantage soutenus, dans leur travail d'accompagnement de l'enfant, par ces deux organismes. En effet, les équipes éducatives semblent en attente **d'éléments concrets** qui, sans trahir **le secret médical**, leur permettraient d'ajuster au mieux, au cas par cas, leur discours et leurs actes à l'enfant et à ses parents.

Là encore il semble qu'il n'y ait **pas toujours une bonne compréhension des besoins des uns et des autres, et des compétences et des possibilités des uns et des autres**.

On notera néanmoins que **les problèmes repérés par le CMP sont proches de ceux repérés par les équipes éducatives :**

- Agitation, ou à l'inverse, inhibition des enfants. Les professionnels indiquent qu'il s'agit bien plus souvent d'agitation que d'hyperactivité, et que, même parmi les enfants traités en service neurologique, seul 1 enfant sur 10 recevrait de la Ritaline ;
- Difficultés réactionnelles (suite à un deuil par exemple) ;
- Troubles de la propreté.

Mais également :

- Troubles autistiques ;
- Traumatismes de guerre (pour les enfants venant de pays étrangers qui connaissent des conflits armés).

Les professionnels du CMP expliquent que beaucoup d'enfants connaissent des difficultés minimales ou moyennes, et que la majorité des enfants ne va pas au-delà d'une ou deux années de soins. Néanmoins, les pathologies graves existent sur cette tranche d'âge, et le plus souvent, les enfants sont alors scolarisés en combinaison avec un soin.... **Les professionnels rencontrés précisent que, dans certains cas, il serait utile que les parents puissent s'adresser à un thérapeute exerçant en libéral, mais cela n'est pas toujours financièrement possible pour les parents**. Néanmoins, le choix est laissé aux parents du quartier de s'adresser au CMP Rockefeller pour qu'ils ne se sentent pas "enfermés" dans la démarche de soins, souvent conseillée par l'école, ou encore par des référents juridiques...

Outre ce **problème du choix du thérapeute**, restreint pour beaucoup de parents aux revenus modestes, le CMP a attiré notre attention sur le fait que **lorsque les deux parents travaillent, il est très difficile de mettre au point des solutions pour que l'enfant soit accompagné au CMP**. En effet, même si le CMP est ouvert entre 12 h et 14 h et que les professionnels sont souvent présents jusqu'à 18 h ou 19 h le soir, les parents ne sont pas toujours disponibles en milieu de journée ou en fin de journée pour accompagner leur enfant. Il existe **donc un besoin en matière de solution d'accompagnement au CMP pour ces enfants**, qui n'a pas encore trouvé de réponse.

## 3. L'adolescence : 12 – 16/18 ans

### 3.1 L'offre de soins

Sur le quartier :

- deux pédiatres,
- des médecins généralistes,
- des dentistes.

A très grande proximité du quartier :

- l'hôpital Edouard Herriot,
- le Centre d'Examens Périodiques de Santé de Mermoz,
- le CPEF de Vénissieux,
- le CMP adultes / CMP enfants,
- les gynécologues du 8<sup>ème</sup> arrondissement ...

Il semblerait que les adolescents aillent pour l'essentiel consulter chez le **médecin généraliste**, qui est dans certains cas, le médecin de famille. Le pédiatre n'est jamais mentionné pour cette tranche d'âge et le **médecin gynécologue semble également relativement absent**, même pour les plus âgées des jeunes filles...

Certains professionnels, dont certains **médecins et infirmiers scolaires**, informent les jeunes femmes sur l'existence **du CPEF de Vénissieux**, et plus généralement sur les moyens de contraception... Ils peuvent également guider les jeunes filles en cas de besoin d'une visite gynécologique, en cas de demande d'IVG... voire en cas de grossesse.

Il semble que les professionnels du milieu scolaire parlent plus facilement de sexualité et de contraception aux jeunes filles que les médecins généralistes... Par ailleurs tous les professionnels s'accordent à dire que le sujet est souvent tabou pour les jeunes filles, et peut-être davantage pour celles qui sont d'origine maghrébine...

Le recours au CMP (enfants ou adultes selon l'âge) se fait souvent sur recommandation, conseil d'un tiers : les équipes médico-scolaires, des organismes tels que la Mission Locale...

On note que, pour les jeunes qui sont en contact avec la Mission Locale et qui sont dans une démarche d'insertion professionnelle, il est parfois proposé, lorsque une inquiétude se fait jour ou qu'une nécessité particulière liée à un métier donné se présente, de faire un **examen de santé au Centre d'Examens Périodiques de Santé de Mermoz** (soulignons que l'examen est adapté aux individus, en fonction de leur sexe, de leur tranche d'âge, ...).

## 3.2 La santé des adolescents

### 3.2.1 Les difficultés relationnelles et de comportement, les conduites à risques

Pour cette tranche d'âge, deux lieux de vie sont essentiels : l'école, et le quartier.

#### Les jeunes scolarisés

Pour le quartier des Etats-Unis, nous avons rencontré en particulier **les professionnels du Lycée d'Enseignement Professionnel Jean Lurçat**. L'atmosphère et les enjeux associés à un LEP ne sont pas les mêmes que ceux du collège. Rappelons que, pour les élèves du collège, il y a toujours l'espoir de continuer dans la filière "noble" qu'est le lycée d'enseignement général...

Le contexte du LEP est un peu différent : les élèves y sont en moyenne plus âgés et la filière professionnelle est jugée par d'aucun comme moins "noble" que la filière générale. **L'entrée en L.E.P n'est pas anodine : pour beaucoup, elle est signe d'échec dans le parcours scolaire.** De surcroît, une partie des élèves est orientée vers des spécialités qui ne les attirent pas. Au LEP Lurçat, la majorité des formations s'adresse manifestement aux filles (couture, prêt-à-porter, ...) ; de ce fait il y a une plus forte proportion de filles que de garçons. La mixité n'est donc pas problématique puisqu'elle y est "structurellement" faible.

En revanche, les professionnels rencontrés ont souligné le fait qu'il leur semblait que **beaucoup d'adolescents ne sont pas motivés par l'enseignement qu'ils suivent**, que les demandes de changement d'orientation n'étaient pas rares, et que beaucoup se résignaient finalement à suivre une formation sans véritable implication.

#### **Outre la démotivation d'une partie des élèves, les difficultés familiales sont également citées.**

Les problèmes entre les jeunes et leur familles peuvent être de différents ordres mais les professionnels remarquent qu'ils peuvent mener jusqu'à **la rupture des liens entre parents et enfants**. Dans ces situations, les professionnels du lycée se tournent vers la **MDR** qui peut notamment mettre en place un suivi global de l'enfant, via un accompagnement par une assistante sociale.

En termes de comportements des élèves, et outre cette attitude de démotivation, les professionnels parlent **de problèmes d'agressivité** mais également, et plus largement, de **problèmes de socialisation** pour un certain nombre d'élèves. Des dispositifs existent pour contrer ces dérives (Groupes d'Aide et de Prévention, Dispositifs de Socialisation et d'Apprentissage) mais la situation de certains élèves reste très difficile.

Par ailleurs, et d'une manière générale, certains professionnels se posent la question de **l'exemplarité des enseignants et de l'influence de leur comportement sur l'attitude des jeunes...**

### **Les adolescents et le quartier**

Les professionnels du quartier, et notamment ceux de la Mission Locale, font état de **différentes manifestations de mal-être ou du moins de troubles du comportement.**

Le premier constat, qui est fait pour le **quartier des Etats-Unis, est qu'il est relativement pauvre en lieux de rencontres et d'activités pour les jeunes.** Le Centre social propose certaines activités et il existe également des clubs sportifs, relativement onéreux, semble-t-il, mais cela serait insuffisant ou inadapté par rapport aux attentes des jeunes.

Aujourd'hui, **les adolescents** (et d'autres moins jeunes, puisqu'on nous parle aussi de personnes ayant plus de 20 ans) **"squattent en bas des immeubles"**, à l'intérieur, ou à l'extérieur des bâtiments, en fumant des cigarettes ou du cannabis et en consommant parfois de la bière. **Ces attroupements, et le bruit qui en découle, sont une source importante de mal-être pour les personnes âgées** (qui se plaignent de ne pouvoir dormir le soir), mais également **pour les personnes qui doivent "enjamber" les jeunes pour pouvoir sortir ou entrer chez elles...** Certains des professionnels ont ainsi souligné que les jeunes avaient **besoin de pouvoir se retrouver dans un lieu ouvert, mais couvert**, loin du contrôle parental ou du voisinage... Pour d'autres, cette sorte de **lieu est difficile à mettre en place** car les **jeunes ont tendance à refuser un contrôle par les adultes** et les rivalités entre groupes de jeunes ont souvent mis fin à certaines expériences de ce type (à Santy...). Les jeunes ont à la fois besoin d'un espace qu'ils puissent investir, et d'une totale liberté, mais ils n'ont pas toujours la capacité à se **"gérer entre soi"...**

Les filles ne semblent pas concernées par ce phénomène de "bandes en bas des allées". Même si les professionnels tendent à constater que **beaucoup de filles se "masculinisent" tant au niveau de leur apparence que de leur vocabulaire** et qu'elles font parfois montre d'une grande agressivité au niveau verbal, elles ont d'autres modes de sociabilité, qui sont moins "visibles" et manifestement non dérangeants pour le voisinage...

De fait, **il semble qu'une grande partie des filles cherchent à se rendre le moins visibles possible sur le quartier, pour échapper à la fois à la surveillance parentale et à la surveillance des grands frères** et des garçons en général.

Les professionnels de la Mission Locale notent ainsi que l'éducateur ne peut rencontrer les filles sur le quartier, dans la rue, car elles pourraient alors être vues et faire l'objet d'accusations diverses. Elles préfèrent donc se rendre dans les locaux de la Mission, qui se trouvent à l'extérieur du périmètre du quartier, et où elles ne seront pas "surveillées".

Il apparaît donc clairement **que les filles du quartier ont nettement moins de liberté de mouvement que les garçons, et cela est peut-être encore plus vrai pour les jeunes femmes d'origine maghrébine ou d'Afrique Noire.**

### **3.2.2 L'hygiène de vie**

Tous les professionnels rencontrés constatent des problèmes en matière d'hygiène de vie, problèmes qui sont souvent dans la succession des difficultés que l'on peut constater aux étapes de la petite enfance et de l'enfance.

#### **Le sommeil**

Que les jeunes "squattent en bas des immeubles" ou qu'ils regardent la télévision, il apparaît **qu'ils se couchent tard**, alors même qu'ils doivent se rendre à l'école ou sur leur lieu de formation le lendemain. Il en découle un manque de sommeil des jeunes qui est peut-être **handicapant dans le cadre des apprentissages.**

#### **L'alimentation**

L'alimentation reste également problématique pour beaucoup. **Les professionnels constatent quelques cas d'obésité ou de surpoids** (pas de données chiffrées) et des filles qui veulent maigrir...

Reste qu'une partie des jeunes aurait tendance à se nourrir de manière déséquilibrée : forte **consommation de sodas, de sucreries, absence de petit-déjeuner, déjeuners bâclés...** Les jeunes filles du LEP préfèrent ainsi pour certaines manger systématiquement des pizzas, des sandwichs plutôt que de manger à la cantine.

On note que le **LEP Lurçat a mis en place différentes actions, en collaboration avec une diététicienne**, pour sensibiliser les jeunes à l'importance d'une alimentation équilibrée : opération petit déjeuner, semaine du goût... Les filles sont, semble-t-il, en demande d'information sur les moyens de maigrir... Mais elles sont **mal informées des enjeux de l'alimentation par rapport à leur santé.** Ces actions de sensibilisation tentent de donner de nouveaux repères, de nouvelles échelles aux filles.

#### **Les conduites à risques**

Les professionnels décrivent tous une banalisation de certaines conduites à risque :

- **Consommation de tabac ;**
- **Consommation de cannabis ("très importante" apparemment pour certains qui sont par ailleurs scolarisés) ;**

- **Consommation d'alcools (bière, whisky, etc...)** ;
- **Conduite sans permis/ vitesse au volant.**

### 3.2.3 La sexualité

Malgré les informations qui sont données dans les collèges, les interventions du CPEF de Vénissieux au LEP, **la sexualité reste tabou pour beaucoup de jeunes**, et manifestement beaucoup de jeunes filles n'osent pas demander une contraception orale aux professionnels qu'elles rencontrent... **De fait, certaines d'entre elles se retrouvent enceintes sans que cela soit vraiment un choix.**

On peut faire l'hypothèse qu'une partie de ces jeunes filles, qui vont au LEP ou qui sont suivies par la Mission Locale, interrompent de ce fait leur parcours et se retrouvent parmi les **"mamans fatiguées-déprimées" qui sont décrites par les professionnels de la petite enfance, et de l'enfance...**

**Les professionnels du LEP constituent une ressource d'information pour les jeunes filles** et ils les informent également sur la possibilité de se rendre au **CPEF de Vénissieux, au Planning de l'Hôtel-Dieu ou à celui de Villeurbanne**, ou encore à **l'Espace Santé Jeunes** qui se trouve dans le deuxième arrondissement de Lyon.

L'équipe médicale du LEP est parfois amenée à donner du Norlevo et quelques jeunes filles ont des demandes concernant des IVG. Mais ce qui frappe les professionnels est que, **malgré les nombreuses informations auxquelles sont exposées les jeunes concernant la contraception, ces informations semblent dans un certain nombre de cas** (comme souvent pour cette tranche d'âge) **mal assimilées.** L'information doit donc être répétée chaque année, en précisant à chaque fois les modes de contamination pour les MST et le SIDA...

Dans ce domaine, les inégalités entre filles et garçons sont très criantes. Les professionnels soulignent particulièrement les difficultés que rencontrent certaines jeunes filles maghrébines qui **sont soumises au contrôle et à la volonté des "grands frères", avec le soutien ou l'indifférence des parents.** Un cas de figure a souvent été décrit : le père a perdu l'autorité au sein de la cellule familiale (situation de chômage, parfois dévalorisation de son rôle par la mère, désinvestissement par rapport à la vie de famille...) et c'est **le fils aîné qui se sent investi de l'autorité "masculine-paternelle"**. Cette situation, parfois/souvent (?) cautionnée par la mère, place la **jeune fille au sein d'un système où elle doit se soumettre à la loi du garçon.**

Même lorsque les filles réussissent à l'école ou dans leur formation professionnelle, il semble que cette réussite ne soit pas aussi valorisée que si elle était le fait d'un garçon : *"les filles sont l'appui de la famille, mais elles ne font pas partie du schéma d'attentes"*. Ce n'est pas à la fille de porter la réussite sociale... Or dans un contexte où les garçons sont parfois-souvent (?) pris dans des problématiques d'échec scolaire, d'échec professionnel et de délinquance, **la réussite des filles, bien qu'appréciée par les parents, a un effet dévalorisant pour le garçon** dont l'image sociale est alors en décalage avec le statut "d'enfant-roi" qu'il a à la maison.

Face aux "garçons enfants-rois", aux "grands-frères" (parfois peut-être trop valorisés par la société française elle-même qui a tenté d'en faire des interlocuteurs, des repères...), ces jeunes filles ont une obligation de virginité, de "respect" qu'elles se doivent de remplir sous peine d'être "*matées*" par ces grands-frères... ou par les parents qui peuvent, dans certains cas, **envoyer ces jeunes filles "au pays" pour les y marier avec un garçon de leur choix.**

Il semble par ailleurs que certaines jeunes filles, prises entre différentes contraintes, acceptent des pratiques de sodomie pour à la fois préserver leur virginité (statut de la femme "pure") tout en répondant aux attentes de leur partenaire. Outre le fait que cette pratique ne protège pas des MST, elle reflète peut-être **un déséquilibre dans la relation fille-garçon.**

### 3.2.4 La santé mentale

Les professionnels, et notamment ceux de la Mission Locale et du LEP Lurçat, constatent un certain nombre de difficultés qui vont de **la déprime jusqu'aux pathologies plus sévères** (mutisme, ...). Les professionnels déplorent qu'il n'existe aucune structure de proximité capable de gérer les cas difficiles (sans toutefois parler d'urgence) dans des délais relativement brefs.

Parmi les ressources de santé mentale qui semblent le mieux correspondre aux besoins des adolescents, on nous a  **cité le Centre de Thérapie Brève de Vénissieux** (qui dépend de l'hôpital St Jean de Dieu) qui **peut réaliser un premier diagnostic rapidement pour ensuite organiser ou proposer un soin si besoin est...** Quelques jeunes lycéens sont également suivis par des thérapeutes exerçant en libéral...

L'équipe médicale du LEP adresse également les **jeunes aux CMP du quartier ou aux CMP qui se trouvent à proximité des lieux de résidence des élèves...** Le CMP constitue une véritable ressource, mais les professionnels ont clairement dit que **les délais de prise en charge (et même de première visite) étaient beaucoup trop longs par rapport aux besoins des jeunes...** Ainsi certaines demandes ne sont-elles toujours pas prises en charge après deux mois de délais...

Les professionnels soulignent par ailleurs que **le découpage CMP enfants / CMP adultes ne convient pas à cette tranche d'âge.** Même si des soins spécifiques sont mis en place dans les CMP enfants, il s'avère que les jeunes de 17 ans sont souvent réorientés vers les CMP adultes qui ne sont pas adaptés à leur demande, à leur souffrance.



### 3.3 Les projets concernant l'adolescence

- Un projet "**INTERFACE**" en direction des **12-25 ans** doit voir le jour, qui doit également concerner l'aide aux aidants.
- Le **collège Longchambon** va réaliser un travail "la caravane des femmes" à partir de la symbolique du 8 mars, sur le sujet de la place des femmes dans la société, de la mixité.

## 4. Les adultes

### 4.1 L'offre de soins

Sur le quartier :

- des médecins généralistes,
- des dentistes (dont Clinique dentaire de la CPAM).

A très grande proximité du quartier :

- l'Hôpital Edouard Herriot,
- le Centre d'examens de santé de Mermoz (examens périodiques de santé),
- le CPEF de Vénissieux,
- le CMP adultes.

D'après les professionnels que nous avons rencontrés sur le quartier, il apparaît clairement que la ressource essentielle pour les habitants est **LE médecin généraliste** (comme cela apparaît dans l'enquête "Ecoute Habitants").

Qu'il s'agisse **de pathologies bénignes, de problèmes psychologiques, gynécologiques, gériatriques, pédiatriques, les habitants vont chez les médecins généralistes du quartier** et y emmènent leurs parents ascendants ou descendants...

Alors que les urgences pédiatriques des hôpitaux sont largement utilisées, il semble que les adultes **recourent beaucoup plus rarement à l'hôpital**, à moins qu'il n'y ait une prescription du médecin généraliste.

On peut émettre deux hypothèses pour expliquer cette relation :

- L'avantage du médecin généraliste sur le spécialiste et l'hôpital est qu'il est dans le quartier : pour des habitants qui redoutent parfois de sortir du quartier, de prendre les transports en commun, **la proximité géographique du médecin est un facteur déterminant ;**
- **Les médecins généralistes du quartier acceptent apparemment tous les patients bénéficiaires de la CMU**, ce qui est manifestement loin d'être le cas des spécialistes. Les médecins généralistes doivent d'ailleurs se constituer **un petit répertoire des spécialistes acceptant une "clientèle CMU" avant d'adresser l'un de leur patients vers tel ou tel confrère.**

On soulignera également, qu'outre l'acceptation d'une clientèle CMU, certains médecins généralistes utilisent le système du médecin "réfèrent" : le patient ne paye que 6 euros, ou rien s'il a une mutuelle...

En ce qui **concerne les dentistes, l'offre est variée puisque les habitants peuvent s'adresser aux dentistes exerçant en libéral ou au cabinet dentaire de la CPAM.** Néanmoins certaines des personnes interviewées ont souligné la très grande différence entre l'une et l'autre ressource. Il est impossible de parler de la pertinence ou de la qualité des soins **mais la qualité de l'accueil semble laisser à désirer en ce qui concerne le cabinet de la CPAM...**

Enfin, le 8ème arrondissement possède un **Conseil Local de Santé Mentale**, qui a été mis en place à l'initiative des Docteurs Galéa (psychiatrie adulte) et Boudart (psychiatrie enfants).

Cette instance permet aux **différents professionnels de l'éducation, de l'insertion professionnelle, de l'aide sociale, ...** travaillant sur l'arrondissement de **se réunir, d'échanger entre eux et de questionner les professionnels de la santé mentale** sur les thèmes, les problèmes qui les concernent dans leur pratique. Le fait que ces rencontres se déroulent dans un cadre et un lieu qui ne soient pas rattachés à tel ou tel corps professionnel (la mairie du 8ème) est également important, la **neutralité du lieu favorisant une parole libre.**

Des **commissions thématiques** ont été ainsi mises en place sur les questions suivantes :

- **L'intégration scolaire** (alors que les professionnels de la DPSE, les assistantes sociales sont bien représentés dans cette commission, il semble que les enseignants soient peu présents, même s'ils sont, semble-t-il, très demandeurs d'informations dans ce domaine. Afin de leur permettre d'assister à ces échanges, deux après-midi de sensibilisation à la psychiatrie ont été mis en place à leur intention) ;
- **L'hébergement** (les bailleurs sociaux, les foyers, ...) ;
- **Les personnes âgées ;**
- **Les adolescents ;**
- **La violence ;**
- **L'emploi.**

**Il a été nécessaire de diviser la population en sous-groupes** tant les problématiques sont différentes, en faisant le point, pour chaque sous-population, sur la santé physique et mentale.

Nous allons ainsi aborder séparément les femmes, les hommes, les exclus, et enfin nous terminerons par les malades mentaux.

Néanmoins, même à l'intérieur de ces sous-groupes, il est essentiel de souligner que **les populations immigrées ou d'origine immigrée semblent être celles qui connaissent le plus de difficultés.** A la barrière de la langue, aux différences culturelles s'ajoutent souvent des problèmes économiques et sociaux... Sans parler de la stigmatisation ou du rejet dont elles sont – à des degrés variables – victimes...

## 4.2 Les femmes

### 4.2.1 La gynécologie

**Les gynécologues sont très peu cités par les professionnels** que nous avons rencontrés. Il semblerait que seules les femmes ayant un certain degré d'autonomie et de formation, mais également certains moyens économiques, aient accès aux gynécologues... qui sont d'ailleurs hors du quartier.

**Pour les autres femmes, la gynécologie n'existe pas ou est prise en charge par le médecin généraliste.**

**Bien qu'il y ait un CPEF à proximité du quartier (Vénissieux), celui-ci semble peu connu par les femmes,** ou en tout état de cause, il ne représente pas une ressource évidente.

**Il apparaît que, pour une bonne partie des femmes immigrées plus ou moins récemment en France, le suivi gynécologique est une notion qu'elles ne connaissent pas.** En dehors du suivi de la grossesse et de l'accouchement qui font l'objet d'une prise en charge spécifique, ces femmes ne sont pas dans une logique de suivi et encore moins de prévention...

**La contraception même n'est pas un sujet facile à aborder** pour les femmes immigrées, tant la pression des tabous, du groupe social, du mari est forte...

On note par ailleurs que cette difficulté à mettre en place une contraception stable concerne également les femmes jeunes qu'elles soient d'origine immigrée ou qu'elles soient françaises, mais qui toutes connaissent des difficultés sociales...

Pour les femmes qui ne sont suivies au plan gynécologique ni par un gynécologue, ni par un généraliste ni par le CPEF, se posent alors trois problèmes :

- **Le contrôle de la fécondité**

**Un certain nombre de ces femmes se trouvent en grandes difficultés pour maîtriser leurs grossesses et leurs maternités...** Même si dans certaines cultures la "maternité abondante" est un facteur de reconnaissance sociale et d'épanouissement personnel, en France il n'en va pas toujours de même.

Ainsi différents professionnels rencontrés ont expliqué que ces femmes immigrées (du Maghreb ou d'Afrique Noire) peuvent jouir d'une relative autonomie dans leur pays d'origine du fait qu'elles sont soutenues par leur famille (notamment par les femmes de leur famille) et qu'elles pouvaient avoir quelques petits revenus en propre (grâce à de petites activités de commerce).

**En France, l'autonomie de ces femmes disparaît.**

**Ces femmes ne sont souvent plus entourées par leur famille, et par ailleurs elles n'ont plus la possibilité de faire du "petit commerce".** Il

ne leur reste plus que **les allocations familiales qui sont très souvent captées par les maris qui sont détenteurs d'un compte en banque** (contrairement aux femmes). On nous a d'ailleurs rapporté une expression pour décrire le jour de versement des allocations familiales dans certains milieux : *"la fête des pères"...*

**De fait, ces femmes se retrouvent parfois dans un certain isolement social, entièrement dépendantes de leurs maris au plan économique** (maris qui sont peu aidants par rapport aux enfants)...

Pour ces femmes lorsque la contraception cesse d'être un tabou, toutes les difficultés ne sont pas pour autant levées. **Il semble qu'une partie des maris soient opposés à toute contraception** et qu'ils refusent donc en bloc contraception orale, préservatifs (qui sont de plus perçus comme diminuant le plaisir), stérilets.... Certaines femmes n'oseraient pas prendre de contraception de crainte des réactions du mari et il est très difficile pour certaines de mettre en place une contraception sans que leur mari ne s'en aperçoive : surveillance des cachets pris par les femmes, des affaires personnelles, etc... Ainsi **certaines femmes sont aujourd'hui dans un souhait de maîtrise de la maternité difficile à réaliser.**

#### - **La prévention des cancers**

**Il n'y a aucune action de dépistage, de prévention** (notamment de certains cancers : col de l'utérus) **qui est faite pour une partie des femmes, notamment immigrées.** Il ne semble pas qu'en ce domaine l'opposition des époux soit en cause. Il s'agirait plutôt d'une **méconnaissance des femmes...** et d'un **défaut de sensibilisation à l'utilité d'un suivi lorsqu'elles sont vues à l'hôpital à l'occasion de maternités.**

#### - **La prévention, le dépistage des MST et du VIH**

**Ce manque de suivi gynécologique ne favorise pas une prévention ou un dépistage en matière de VIH, SIDA.** C'est sans doute le problème vital le plus concret et le plus immédiat auquel sont confrontées certaines femmes. Néanmoins sur ce sujet **l'ignorance semble malheureusement toucher tous les milieux et toutes les origines culturelles ou sociales.**

Dans certaines communautés d'Afrique Noire, les époux prennent facilement l'habitude de se rendre à leur "deuxième bureau", c'est-à-dire chez une maîtresse. Outre le fait que cette pratique n'est pas appréciée par l'épouse officielle, il s'avère qu'elle comporte des risques considérables. En effet les hommes n'utilisent pas de préservatifs. D'après une partie d'entre eux, les préservatifs ne seraient nécessaires qu'avec certaines femmes qui "ont l'air" de n'être pas bien portantes... Les maîtresses rubicondes et joviales ne pouvant être porteuses de la maladie, il n'est nul besoin de se protéger...

**De ce fait, certains époux "infidèles" se trouvent ainsi infectés et infectent à leur tour leurs épouses officielles.... Il est important, par ailleurs, de rappeler que cette ignorance face au SIDA concerne tous**

**les milieux. Sur les trois quartiers sous étude, les mêmes difficultés ont été repérées.**

Il semble que de nombreux individus imaginent que le risque d'infection se repère sur le visage des gens, ou plus simplement que le fait de demander ou d'utiliser un préservatif tue la confiance et l'estime réciproque (il n'y aurait que les gens "volages" qui auraient besoin de préservatifs...).

#### **4.2.2 La dépression, la "déprime"...**

**C'est le problème de santé le plus évoqué par les professionnels du quartier.** Cette dépression ou déprime dont souffrent les femmes est plus ou moins intense, mais elle est, semble-t-il, plus souvent **soignée par des méthodes médicamenteuses que par des thérapies.**

Il faut par ailleurs souligner que manifestement peu de femmes ont recours à des psychologues ou à des psychiatres pour traiter leur mal-être... **C'est souvent le médecin généraliste qui gère les insomnies, les problèmes d'angoisse et finalement la dépression...**

Les raisons invoquées pour expliquer ce mal-être sont de divers ordres :

- **Les difficultés économiques**

**Les problèmes de chômage, de faibles ressources économiques sont sans doute la première cause d'inquiétude** mais aussi de "déprime" des habitants concernés. Les femmes comme les hommes sont à la fois limités dans leurs aspirations par les difficultés économiques importantes auxquelles ils peuvent être soumis, et ils sont limités dans leur objectif de reconnaissance et de valorisation sociale.

- **La distension du lien familial, l'isolement**

**Les femmes jeunes et moins jeunes se trouvent parfois dans des systèmes familiaux très éclatés** : en rupture avec leurs parents ou géographiquement très loin de leurs parents, elles ne peuvent s'appuyer sur eux, affectivement, moralement, ou même concrètement (aide avec les enfants, etc...). Certaines élèvent leurs enfants seules avec une aide extrêmement minime de la part de leur ex-conjoint ou concubin... Pour celles qui sont en couple, les relations avec le mari se résument parfois à l'absence de dialogue ou aux violences conjugales dans le pire des cas...

**Ces femmes se trouvent donc souvent seules face à leurs difficultés, et ceci est peut-être encore plus dur pour les femmes qui ont la barrière de la langue et / ou une grande inquiétude, méfiance vis-à-vis des "européens-français"** et de leur mœurs, et qui se trouvent dans l'impossibilité de demander de l'aide.

On souligne que, **sur le quartier, l'offre de lien social est plutôt faible.** Le Centre social semble représenter la plus grosse part de cette offre. Les

habitants, qui sont parfaitement autonomes au niveau de la langue et qui disposent de ressources, peuvent aller chercher en périphérie du quartier (MJC Monplaisir) ou sur le reste de l'agglomération, des occasions de loisirs et de lien social. Mais les habitants, qui ne disposent pas de ces deux atouts, restent bloqués sur un quartier qui a peu à leur offrir.

On notera cependant que **le Centre social, via les liens qui se tissent au cours des ateliers d'alphabétisation**, parvient à toucher une **population de femmes immigrées qui ne sortiraient pas de chez elles si cette offre n'existait pas**. Ne maîtrisant pas le français, sans activité professionnelle et disposant de peu de ressources économiques, parfois divorcées ou mères de grands enfants, elles se retrouvent parfois dans des situations de grand isolement. Les ateliers du Centre social, mais également les fêtes qui y sont organisées, parfois à l'intention expresse de ces femmes, **notamment maghrébines**, qui sont restées pendant des années confinées chez elles, dans les tâches domestiques, **constituent la seule occasion de lutter contre la solitude et l'isolement**.

#### - **Les difficultés, échecs des enfants**

Ces difficultés peuvent concerner les familles françaises ou immigrées... Pour les femmes immigrées, même si elles n'ont pas été à l'origine de la décision de quitter leur pays d'origine, la migration s'est néanmoins accompagnée d'un **espoir de réussite des enfants, d'une vie meilleure pour eux**. Or lorsque ces derniers ne réussissent pas à l'école, qu'ils ne parviennent pas à s'intégrer professionnellement, ou encore qu'ils deviennent délinquants, la migration perd tout son sens pour n'être plus **qu'une accumulation de difficultés et de sacrifices...**

#### - **La qualité de vie dans l'immeuble**

Les professionnels que nous avons rencontrés n'ont pas évoqué le quartier en lui-même comme facteur de déprime, et les résultats de l'enquête "Ecoute-Habitants" tendent à montrer que **les habitants du quartier sont satisfaits de la qualité de vie dans leur quartier**. En revanche nous avons recueilli de nombreux discours qui évoquent **les difficultés qu'ont certains habitants à supporter leurs voisins :**

- \* Incivilités des enfants et des adolescents ;
- \* Bruit, tapages nocturne et diurne des adolescents et des adultes ;
- \* Tapage des personnes atteintes de troubles psychiatriques ;
- \* Faible réactivité des bailleurs sociaux (lenteurs dans les réparations, mauvaises installations - notamment dans certains cas chauffages électriques très coûteux - ...) ;
- \* Dégradation dans les halls d'immeubles...

**Ces différents problèmes, auxquels les habitants ont le sentiment de ne pouvoir échapper** (ils n'auraient pas les moyens économiques de partir du

quartier), **aggraverait les sentiments de stigmatisation associés à leur situation de chômage, à leurs origines, au fait qu'ils habitent dans des cités HLM.**



## 4.3 Les hommes

Les raisons de la **"déprime" des hommes** rejoignent souvent celles des femmes. Néanmoins leur rôle social et leurs contraintes n'étant pas les mêmes, cette déprime présente des caractéristiques spécifiques.

### 4.3.1 Le chômage et les difficultés économiques

Les hommes sont dans la même **frustration** que les femmes vis-à-vis des **contraintes économiques** dans lesquelles ils peuvent se trouver. Néanmoins, il apparaît que dans bon nombre de familles du quartier, et notamment dans les familles d'origine immigrée, ce soit clairement le rôle du père que d'avoir une activité rémunérée et de faire vivre la famille à partir de ce salaire. Dans ces familles aux schémas plutôt traditionnels, ce n'est pas au père de s'occuper des enfants, de la sphère domestique... **Or lorsqu'il ne "rapporte plus d'argent à la maison", le père n'a plus de rôle et donc plus de reconnaissance...** Cette situation est aggravée, d'après certains des professionnels rencontrés, par **les mères qui entrent alors dans une logique de dénigrement du père qui ne remplit plus son rôle.** Sans statut social, et avec une **image de père dévalorisée**, la déprime s'installe...

### 4.3.2 L'échec des enfants, l'échec des garçons

Que les pères soient au chômage ou non, l'échec des enfants est toujours durement vécu, et d'autant plus que la réussite sociale des enfants faisait partie du projet migratoire.

Par ailleurs, dans ces familles qui vivent sur un modèle patriarcal traditionnel, **l'identification du fils au père est parfois très problématique si le père ne correspond pas aux idéaux de réussite du fils... Les fils alors s'éloignent ou prennent le "pouvoir".** Devenus "grands-frères" au sein de la famille, ils deviennent décideurs, au détriment du père.

### 4.3.3 La solitude

On nous a peu parlé de la solitude des hommes au sein des cités HLM... Lorsqu'elle existe, elle s'exprime manifestement moins que la solitude des femmes...

**En terme d'offre de lien social, le quartier est aussi pauvre pour les hommes que pour les femmes**, notamment pour ceux qui parlent mal le français et qui ont peu de moyens. **L'absence de MJC, d'associations sur le quartier est patente.**

**Le Centre social** propose des activités, mais qui s'adressent peut-être davantage aux **retraités**, et notamment aux **catégories sociales ayant bénéficié d'une certaine "instruction"** (jeux d'échecs, etc...).

**L'A.L.B.E.U. (Avenir Laïc Bachut Etats-Unis), club de boulistes, constitue la principale ressource des CSP moins favorisées et des populations essentiellement françaises ou européennes.** On nous a signalé à plusieurs reprises que le lien social et la convivialité qui existaient à l'A.L.B.E.U sont fortement liés à la consommation d'alcool.

A proximité immédiate du quartier des Etats-Unis, on trouve **trois foyers de travailleurs qui sont, semble-t-il, essentiellement occupés par des hommes immigrés.**

Outre le fait qu'une partie de ces hommes est proche de la retraite ou déjà en retraite, beaucoup sont coupés de leur famille, restée au pays depuis des années, et n'ont pas de projet de retour. Dans ce contexte de faibles ressources économiques et de liens familiaux inexistantes, **l'isolement s'installe parfois avec une grande intensité, dans certains cas, précédé ou accompagné de troubles mentaux...**

#### **4.3.4 Les difficultés d'acceptation ou de compréhension des problématiques de contraception, de prévention par rapport au sida**

En "miroir" des difficultés des femmes face à ces problèmes, force est de constater que les hommes sont parfois très éloignés des pratiques de prévention, tant au niveau des grossesses de leurs épouses dans un objectif de stabilisation de la cellule familiale, qu'au niveau des pathologies qu'eux-mêmes peuvent contracter.

**Dans ce domaine le manque d'information, mais également de formation des hommes, notamment lorsqu'ils sont primo-arrivants, semble important.**

## 4.4 Les précaires, les "exclus"...

### 4.4.1 Aux Etats-Unis : véritable précarité pour certains, mais peu de SDF

Sur le quartier des Etats-Unis, quelques populations apparaissent comme clairement précaires :

- **Les personnes immigrées hébergées** : parfois en couple et / ou avec enfants, qui sont accueillies par des parents ou des amis, mais qui peuvent se retrouver sans abri en cas de conflit avec les personnes hébergeantes ;
- **Les hommes vivant dans les foyers de travailleurs ;**
- **Les familles ayant de graves difficultés économiques et sociales qui souvent s'accumulent** : chômage, enfants à charge, surendettement, problèmes psychologiques, ...

**Cependant on nous a peu parlé de SDF sur le quartier, et il ne semble pas qu'il existe des "squatts".**

La Cellule de Lutte contre l'Exclusion de la CPAM, qui dispose de 9 lieux d'accueils sur Lyon, travaille, en collaboration notamment avec des associations et des hôpitaux (Forum Réfugiés, H.E.H, le Vinatier, le Pimm's, le CCAS, les foyers SONACOTRA et ARALIS) afin de rencontrer les personnes les plus démunies, notamment les SDF, et leur permettre d'avoir accès à un certain nombre de prestations et de services (CMU, bilans de santé, orientation en matière de santé ou de droits...). Les professionnelles rencontrées ont le sentiment qu'il **existe une forte solidarité entre les habitants du quartier des Etats-Unis et que les situations de très grande précarité y sont peut-être moins importantes qu'ailleurs.**

Néanmoins comme certains médecins généralistes, ces professionnelles estiment que des **centres de Santé Publique**, qui constitueraient **un lieu d'écoute, d'information et de consultation pour tous les problèmes de santé courants, seraient nécessaires pour les personnes en situation de précarité qui repèrent mal leurs besoins mais aussi les ressources en matière de santé** tant elles sont absorbées par les problématiques de revenus, de logements... notamment dans un contexte où nombre de médecins spécialistes refusent de recevoir les patients utilisant la CMU.

Par ailleurs, il est important de souligner que les professionnels de cette cellule qui sont "sur le terrain", au contact direct de la population, **déplorent les grandes difficultés qu'ils ont à travailler avec certains organismes comme la CAFAL, la CRAM. Aucun lien formel n'existe, aucun contact privilégié n'a été mis en place** : chaque acteur doit développer, au gré des hasards, des contacts, des relations qui lui permettront ensuite de faire avancer les dossiers, d'obtenir certaines

informations, etc... Bien souvent ces professionnels doivent d'ailleurs utiliser les entrées "grand public" (numéros de téléphone pour l'accueil du public, etc...).

**Le CCAS**, qui instruit des dossiers de RMI, mais qui gère également l'urgence des personnes en graves difficultés financières, fait le constat que, malgré la CMU, les personnes qui connaissent de **graves difficultés financières n'ont pas accès à certains soins ou produits :**

- L'orthodontie complexe ;
- Les appareillages lourds (fauteuils roulants, ...) ;
- Les médicaments dits de "confort" ;
- Mais également les laits maternisés pour les bébés (le lait de vache est donc donné très tôt à certains enfants : avant un an)...

Enfin le même constat est **fait d'absence de liens et d'informations faciles d'accès concernant les partenaires qui peuvent être mobilisés pour mettre en place des solutions précises...**

## 4.5 Les personnes souffrant de troubles psychologiques, psychiatriques

### 4.5.1. Le CMP adultes

La population, qui fréquente le CMP adultes, est plutôt **composée d'individus au-dessus de 25 ans, avec une forte proportion de personnes maghrébines ou d'origine maghrébine**, et une **forte proportion de gens sans activité...** Beaucoup de ces **personnes sont adressées au CMP par les travailleurs sociaux**.

Viennent également au CMP des **cadres moyens**, mais apparemment ils **préfèreraient consulter des psychiatres exerçant en libéral et hors du quartier** (notamment dans une stratégie d'évitement de la stigmatisation sociale que peut entraîner la fréquentation du CMP).

Par ailleurs, un certain nombre de personnes (dont les personnes âgées) s'adressent à leur médecin généraliste pour ce qui relève de la dépression, de la "déprime"...

Différents types de demandes sont portées par les individus qui s'adressent au CMP. On note que certains viennent sans troubles particuliers, avec **plutôt une demande d'écoute par rapport à un quotidien douloureux** (le chômage, une vie conjugale difficile, ...).

**D'autres en revanche relèvent d'une véritable pathologie au sens psychiatrique** qui nécessite une véritable prise en charge médicale.

En ce qui concerne **les pathologies graves, les jeunes hommes sont également plus nombreux que les jeunes femmes** : ils présentent davantage de troubles graves de la personnalité, de psychoses, et sont davantage concernés par les problèmes de toxicomanie, d'addictions. **Pour ces jeunes hommes du quartier, souvent issus de l'immigration, les problèmes d'ordre culturel sont souvent présents**. Pris entre des parents (et notamment la mère) qui tentent de recréer le système culturel d'origine dans le pays d'accueil et les normes sociales de ce pays, ces jeunes vivent dans un rapport à leur communauté d'origine qui est faussé, avec un véritable problème de reconnaissance et de valorisation par la communauté d'accueil. Les rôles traditionnels des pères et des mères sont souvent bouleversés en France : le père ne s'occupe pas de sa famille, mais surtout il peut être au chômage et ne plus rapporter d'argent à la maison. "Déconnecté" de sa fonction symbolique, le père se trouve dénigré par la mère... **Le jeune homme est alors pris dans un contexte "communautaire" pervers, où il peine à s'identifier à un modèle valorisé-valorisant...**

Par ailleurs, les professionnels soulignent que **les drogues circulent très facilement sur le quartier, qu'il s'agisse de haschisch ou de drogues "dures"...**

Le CMP fait **également un travail de suivi auprès des personnes atteintes de pathologies mentales**, mais qui ne nécessitent pas d'hospitalisation permanente, et **qui habitent dans des HLM du quartier Etats-Unis**.

Soulignons enfin l'existence d'un **Conseil Local en Santé Mentale sur le 8ème arrondissement**, auquel participent différents professionnels.

#### **4.5.2. Les malades mentaux dans le quartier des Etats-Unis**

La proximité de l'hôpital St Jean de Dieu, et surtout de l'hôpital du Vinatier, crée "naturellement" une demande de logements sur le quartier des Etats-Unis pour des malades dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation permanente et qui peuvent mener une existence relativement autonome.

**Les hôpitaux, via notamment les assistantes sociales, contactent ainsi les bailleurs sociaux (l'OPAC du Grand Lyon en particulier pour le quartier des Etats-Unis) afin de poser une demande de logement.**

Cette possibilité offerte à certains malades reconnus comme tels ou à certaines personnes qui ont des troubles psychologiques importants **concerne beaucoup plus, semble-t-il, le quartier des Etats-Unis que les autres quartiers sous étude, pour des raisons de proximité géographique** avec les hôpitaux psychiatriques, et d'offre en terme de logement social.

Généralement, ces malades sont suivis par un référent social qui joue le rôle d'intermédiaire entre l'OPAC et le malade et qui soutient le malade dans sa démarche d'autonomie, notamment en l'aidant à gérer les différentes contraintes administratives, économiques qui se présentent aux locataires. Cette aide est variable selon les difficultés du malade. Ces référents peuvent être les assistantes sociales attachées aux hôpitaux psychiatriques, ou encore des membres d'associations comme "Orloges", ou le centre "Feydel".

Il est important de souligner que de **nombreux malades mentaux vivent apparemment sur le quartier, sans que cela pose de problèmes particuliers**. Néanmoins, **dans certains cas**, cette présence de malades mentaux dans les immeubles HLM n'est **pas toujours facile à vivre pour le reste des locataires**. D'après les différents professionnels que nous avons rencontrés sur le quartier, cette présence peut poser des difficultés de divers ordres.

En premier lieu, **les locataires sont parfois dérangés par le tapage et les odeurs de putréfaction**. Le tapage (diurne ou nocturne) vient essentiellement du fait que **certains malades ont tendance à crier**, et les odeurs proviennent souvent **d'une non-élimination des ordures ménagères**. Il est ainsi déjà arrivé sur le quartier que certaines personnes malades ne jettent pas leurs ordures ménagères, mais les conservent et les "empilent" chez elles...

Outre la gêne immédiate et concrète que ces troubles occasionnent pour le voisinage, la présence de ces malades, dont la pathologie "déborde" parfois les limites de l'appartement, crée **un effet de stress pour l'entourage**.

Ainsi les "familles-qui-vont-bien" développent un malaise face à ces malades, comme d'ailleurs c'est le cas lorsque dans l'immeuble se trouve une famille, qui sans être concernée par la maladie mentale, fait partie des "cas sociaux", avec ce que cela peut impliquer comme difficultés : délinquance des jeunes, incivilités dans et autour de l'immeuble, violences conjugales à manifestation bruyante, saleté, etc...

Les locataires, qui n'ont pas de problèmes particuliers, **qui ont une existence plutôt stable, redoutent, semble-t-il, une sorte d'effet de contamination.** Une contamination qui peut se produire à deux niveaux :

- **Pour certains : finir par ressembler aux malades ou aux "cas sociaux" à force de les côtoyer,** de les supporter. Les mères, qui élèvent leurs enfants seules, peuvent ainsi craindre que leurs propres enfants ne se mettent à fréquenter les jeunes "à problèmes" et ne se mettent eux-mêmes à commettre des incivilités, à plonger dans la délinquance... Mais ces voisinages problématiques peuvent aussi constituer des facteurs aggravants pour les personnes "fragiles" qui ont tendance à déprimer, à se sentir "dépassées" par la situation...
- **D'autres, moins "fragiles" psychologiquement et socialement, craignent surtout une contamination en terme d'image sociale.** En effet, travaillant eux-mêmes à réussir socialement, ou du moins à avoir une réelle place dans la société, ils ont le sentiment d'avoir à lutter contre un certain effet stigmatisant lié à l'image de "quartier HLM". Cette stigmatisation est, semble-t-il, moins forte aux Etats-Unis qu'à Vénissieux ou dans d'autres banlieues et le fait d'habiter à Lyon intra-muros constitue un élément facilitant pour se présenter devant un employeur, présenter un CV, etc... Néanmoins, il leur faut encore souvent lutter contre la mauvaise image des cités HLM. Or, lorsque s'ajoutent à cette image globale du quartier, des problèmes concrets et évidents de voisinage, le risque de stigmatisation est doublé, et certains habitants craignent ainsi une sorte d'aspiration – sociale - par le bas, du fait d'un voisinage problématique au plan psychiatrique ou social (ou les deux dans certains cas...).

Concrètement l'OPAC reçoit quelques plaintes de la part de locataires des HLM... Mais tous les locataires ne se plaignent pas par écrit et il semble **que les locataires, eux-mêmes fragiles, se plaignent peu mais subissent ces situations dans un grand malaise.**

Par ailleurs, les professionnels évoquent le problème du **vieillessement des personnes malades mentales.** Ces personnes auront alors de **nouveaux besoins,** tant au plan psychiatrique qu'au plan physique (logement, aides, ...), auxquels il faudrait dès à présent réfléchir.

## 5. Les personnes âgées

### 5.1 L'offre de soins

#### Sur le quartier :

- des médecins généralistes,
- des dentistes (dont Clinique dentaire de la CPAM),
- des cabinets infirmiers.

#### A très grande proximité du quartier :

- l'hôpital Edouard Herriot,
- le Centre d'examens de santé de Mermoz (examens périodiques de santé),
- le CMP adultes.

La ressource essentielle pour les personnes âgées, encore plus que pour les "adultes", reste **le médecin généraliste**.

A proximité géographique, et donc facilement accessible pour des personnes à mobilité réduite, il prend en charge les **problèmes physiques** (le diabète, l'arthrose, les rhumatismes) mais également les **problèmes de déprime** et, dans une certaine mesure, les **problèmes d'Alzheimer**.

Le CMP adultes prend également en charge un certain nombre de personnes âgées : l'un des médecins s'occupe plus particulièrement des personnes âgées, avec la collaboration d'infirmiers.

La présence de **grands hôpitaux à proximité du quartier n'est pas forcément une ressource rassurante pour les personnes âgées**. Certaines personnes âgées craignent en effet de ne plus revenir chez elles après un séjour à l'hôpital. Qu'il s'agisse d'un problème de santé mentale (Alzheimer, démence sénile, ...) ou d'un problème d'autonomie physique, **ces personnes craignent l'hospitalisation définitive, ou le départ en institution** (qui dans certains cas peut se trouver très loin de leur quartier, hors de Lyon...). Certaines craignent, semble-t-il, davantage une **très longue attente dans les salles ou couloirs des hôpitaux** avant qu'une consultation ne soit possible.

Dans tous les cas, et en dehors d'une nécessité absolue, **le médecin généraliste est plus près, plus proche "affectivement", et plus accessible**.



## 5.2 Les besoins au plan physique

### 5.2.1 Le quartier et les appartements

**La géographie du quartier des Etats-Unis présente quelques difficultés pour les personnes âgées. Bordé et traversé par de grandes artères où les véhicules circulent à des allures élevées,** le boulevard des Etats-Unis constitue une sorte de barrière naturelle que les personnes âgées ont parfois du mal à franchir : il est très large et il faut le traverser en deux temps, après une pause sur le terre-plein central, ce qui serait **source de stress** pour certaines personnes âgées... A tel point qu'il semblerait que certaines personnes développent des **stratégies d'évitement de ce boulevard, vivant et se déplaçant d'un côté ou de l'autre du boulevard,** sans le traverser...

En ce qui concerne les **appartements**, un grand nombre d'entre eux ont fait l'objet d'une **réhabilitation**, et certains, à la demande des locataires âgées, ont été équipés d'installations spéciales : les baignoires ou bacs à laver le linge ont été remplacés par des douches, les douches ont été équipées de barres de maintien...

Le plus difficile pour les personnes âgées reste les étages qu'il faut éventuellement monter. **Tous les immeubles HLM du quartier ne sont pas équipés d'ascenseurs** et, lorsqu'ils le sont, il reste parfois des demi-étages à monter... Or nombre de personnes âgées ne souhaitent pas pour autant habiter en rez-de-chaussée.

En effet, **les appartements en rez-de-chaussée ne sont pas forcément plus faciles à habiter** par les personnes âgées : **crainte des cambriolages, crainte du vol du linge qui sèche à l'extérieur...** mais également **crainte du bruit que font les jeunes** qui s'attroupent au bas des immeubles...

Les locataires âgés et certaines associations comme le **Comité d'Intérêt Local** continuent à poser des demandes d'aménagement des appartements auprès de l'OPAC du Grand Lyon concernant les douches, la position des prises électriques, ... afin de réduire les mouvements qui sont devenus difficiles pour les personnes âgées à mobilité réduite.

### 5.2.2 Les services de maintien à domicile : les aides et les pièges

Sur le quartier des Etats-Unis, il existe un **service d'aide au maintien à domicile, "Présence du 8ème"** qui peut assurer **différentes prestations** : ménage, entretien du linge, préparation des repas, courses, et accompagnement de la personne âgée dans ses déplacements... Ces différentes prestations **peuvent être prises en charge par les organismes de retraite selon les revenus** dont dispose la personne âgée. Ainsi, une heure de ménage pourra, par exemple, coûter 14.95 euros de l'heure pour une personne dont les revenus dépassent 1 230 euros, ou coûter 1.60 euro de l'heure pour les personnes disposant des plus bas revenus.

**La résidence Laennec**, qui se trouve à proximité du quartier, assure par ailleurs un service **de portage de repas à domicile**.

Les professionnels du quartier nous ont cependant fait remarquer que le **portage des repas à domicile** pouvait entraîner certains **effets pervers**. Les personnes âgées seules ont tendance à mal se nourrir : la solitude dans laquelle elles prennent leurs repas ne favorise guère l'appétit. Lorsque les repas sont portés à domicile, ce moment peut devenir **un moment encore plus impersonnel** : les plats sont présentés en barquettes et peuvent **déritualiser encore plus** le temps du repas, en le transformant en simple nécessité. La résidence Laennec possède également un **restaurant pour personnes âgées** mais il est loin du quartier des Etats-Unis.

En termes de services à domicile, il semble qu'il y ait une **forte attente d'intervention d'urgence en cas de problème de santé**. Ainsi les professionnels du quartier soulignent que de **nombreuses personnes âgées cherchent à avoir des informations sur les "bippers"** qui, accrochés autour du cou, permettent, grâce à une simple pression des doigts, d'alerter des personnes qui peuvent se déplacer chez la personne âgée et l'aider. Cette attente ne correspond pas uniquement à un problème de perte d'autonomie physique : **de nombreuses personnes âgées sont très angoissées par la solitude dans laquelle elles vivent et cette angoisse s'accroît la nuit**.

Les professionnels rencontrés soulignent que **le seul fait de pouvoir contacter une personne, à n'importe quel moment du jour ou de la nuit** (avec cette possibilité d'intervention à domicile en cas de besoin), **pourrait désamorcer ou calmer cette angoisse**.

Les **toilettes de personnes âgées** sont également effectuées, semble-t-il, par des **infirmières**.

Certaines infirmières rencontrées sur le quartier remarquent que la toilette des personnes âgées, absolument indispensable pour des personnes à mobilité réduite ou complètement handicapées, **pourrait tout aussi bien être effectuée par des professionnels de l'aide à domicile**.

Elles soulignent par ailleurs que **certaines communautés ne font presque jamais appel à leurs services pour des toilettes de personnes âgées**. Ainsi les **familles maghrébines** semblent prendre complètement en charge cet aspect de l'aide aux personnes âgées.

### 5.2.3 Les transports en commun

Les professionnels du quartier ont signalé que les personnes âgées du quartier **se déplaçaient difficilement hors du quartier**, et ce d'autant plus que les **transports en commun leur devenaient d'un accès plus difficile**. En effet, depuis qu'il est **obligatoire de composer sa carte d'abonnement TCL**, les personnes âgées se sentent en plus **grande fragilité dans le bus** car elles ne peuvent s'asseoir immédiatement ou prendre appui sur une barre. **Elles doivent composer leur abonnement** et pour cela elles doivent souvent **rester debout, parfois alors même que le bus a déjà démarré...**

Par ailleurs **tous les bus ne sont pas à plancher bas**, ce qui crée un obstacle pour les personnes qui ne peuvent pas monter de marches...

Enfin il semble que **des demandes de transports adaptés** aient été faites par la **Mairie** afin que les personnes âgées à mobilité réduite puissent aller dans **les foyers pour déjeuner et partager leur repas avec d'autres, dans une optique de lutte contre le confinement.**

#### 5.2.4 Les spécificités en termes de santé

Le niveau de **revenu et la CSP** des personnes âgées semblent **influencer grandement les pathologies physiques** dont elles peuvent être atteintes.

Ainsi les personnes vivant dans une **certaine précarité matérielle** (et souvent mentale) semblent présenter plus souvent que les autres des problèmes **d'ulcères aux jambes**. Ulcères qui sont régulièrement soignés par les infirmières du quartier, mais qui ont tendance **à se reproduire facilement**. Les infirmières rencontrées signalent à propos de ce genre de soins, et de tous les soins qui nécessitent notamment des bandages que les **médecins, mais encore plus les hôpitaux, prescrivent très souvent des sets de pansements extrêmement onéreux** qui ne sont **pas pris en charge par la Sécurité Sociale** et dont, la plupart du temps, elles **n'utilisent qu'une petite partie**. Ces pansements, achetés en grands nombre, sont très souvent jetés car ils ne sont d'aucune utilité pour les plaies dont souffrent couramment les personnes âgées.

Les infirmières signalent par ailleurs que, lors de ces nombreux soins liés à des pansements, elles constatent **un très grand manque d'hygiène chez certaines personnes âgées du quartier**.

Appartements très sales, mais également saleté corporelle, avec incapacité à maintenir un bandage propre sont le fait de certaines personnes âgées qui vivent seules ou en couple (mais les moins de 60 ans sont également concernés par ces problèmes de saleté)... **Ces problèmes d'hygiène semblent parfois être liés à des pathologies mentales plus ou moins avérées...**

Les professionnels du quartier signalent également que **le diabète est très important parmi les personnes âgées du quartier** et qu'il est souvent **très mal contrôlé**. Les personnes, qui sont atteintes de diabète à l'orée du troisième âge, **deviennent rapidement insulino-dépendantes**. Globalement, les personnes âgées du quartier semblent avoir de **grandes difficultés à respecter un régime alimentaire et les complications dues au diabète ne sont pas rares...** Il est malaisé de savoir pourquoi ces personnes se soignent mal : plutôt suivies par un médecin généraliste, il est difficile de savoir s'il s'agit d'un problème d'information ou d'absence de formation concernant l'équilibre alimentaire.

Au plan de la santé mentale, **les professionnels pointent les démences séniles et la maladie d'Alzheimer**. Pour ces personnes la problématique du **maintien à domicile** se pose avec encore plus de difficultés, et ce d'autant plus que certaines de ces personnes vivent seules.

D'autres semblent plutôt atteintes de **psychoses** mais ne semblent pas pour autant suivies. Lorsque ces personnes sont repérées par des acteurs du lien social (Pause-Amitiés, service de maintien à domicile, OPAC du Grand Lyon, ...) elles peuvent être adressées ou signalées au CMP adultes, mais ce mécanisme semble rester marginal, et aucune procédure ou partenariat bien défini ne paraît exister en la matière.

## 5.3 Les besoins de lien social et d'accompagnement

### 5.3.1 Le risque réel de grand isolement et de confinement

Les professionnels du quartier soulignent tous **la grande solitude d'une partie des personnes âgées du quartier**. Qu'il s'agisse de veufs, de célibataires ou encore de personnes dont les enfants habitent à distance, une partie des personnes âgées a **très peu d'occasions de lien social**. Ces personnes n'ont plus de raisons de sortir de chez elles car elles n'ont personne à rencontrer. Même si elles peuvent encore marcher avec facilité, elles se retrouvent dans un grand isolement.

**Les handicaps physiques viennent aggraver cette solitude** : malgré la présence d'ascenseurs dans les immeubles, la faiblesse du réseau social ajoutée aux difficultés de mouvement engendrent **le confinement**... Dans certains cas, c'est le passage bi-hebdomadaire de l'infirmière pour la toilette ou la venue de la personne en charge du ménage qui constituent les uniques occasions de lien social.

**L'OPAC** incite ses employés, et notamment **les gardiens d'immeubles**, à faire un minimum de **"veille sociale"** afin de s'assurer que les personnes âgées ne restent pas sans donner de nouvelles trop longtemps... **Même si une certaine solidarité existe dans les immeubles, elle ne suffit pas toujours à produire du lien social.**

### 5.3.2 Des besoins qui varient en fonction de l'âge, de la CSP et de la culture d'origine

**Le quartier des Etats-Unis semble assez pauvre en matière d'offre associative et en particulier en matière de lien social**, et notamment de lien social à direction **des personnes âgées**, alors que le maintien de ce lien est décrit par tous comme retardant la perte d'autonomie et l'"institutionnalisation".

Cette offre sur le quartier se résume pour l'essentiel à trois acteurs : **la Mairie du 8ème** (qui propose des activités), **"Pause-Amitiés"** et **le Centre social**.

**Pause-Amitiés**, situé rue des Serpollières depuis 1997 (Pause-Amitié a démarré au début des années 90), peut accueillir 49 personnes par jour dans un local qui se trouve dans un immeuble HLM où trois "T2" ont été rassemblés. Ouvert trois jours par semaine de 9h30 à 16h30, **Pause-amitiés accueille des personnes âgées du quartier qui peuvent venir toute la journée ou en demi-journée** et partager un **repas pris collectivement**.

**Les après-midi, des jeux de société sont organisés** (loto...), mais ce sont essentiellement les conversations entre membres qui font tout l'intérêt de ces rencontres. En effet, **les personnes âgées du quartier** (ou plutôt du "sous-quartier" : elles viennent toutes du même côté du boulevard des Etats-Unis !) viennent à la fois pour **parler et trouver une écoute**, voire un soutien

psychologique auprès des autres participants, mais également auprès des personnes qui animent cette structure.

Les personnes âgées qui fréquentent Pause-Amitiés ont **en moyenne 80 ans** et sont très **majoritairement des femmes**. Ces personnes sont toutes **d'origine française ou du moins d'Europe de l'Ouest, et plutôt d'un milieu social ouvrier**.

**Les hommes de cette tranche d'âge et appartenant au milieu ouvrier semblent davantage fréquenter l'ALBEU** (club de boulistes du quartier).

Les personnes âgées d'origine sociale se situant plutôt parmi **les employés ou les cadres moyens se tournent plus volontiers vers les activités proposées par le Centre social**. Apparemment la moyenne d'âge y est la même, mais les activités proposées ont un **caractère plus "intellectuel"** (sorties culturelles, jeux d'échecs...). Ici encore les personnes sont **très majoritairement françaises ou ouest-européennes**.

**Les personnes âgées d'origine maghrébine, qui ne sont pas toutes entourées par leur famille** (les enfants ont pu changer de quartier et les femmes sont parfois veuves ou divorcées), **ne fréquentent pas ces lieux et activités**. Seuls les **cours d'alphabétisation et les fêtes organisées tous les trimestres par le Centre social**, notamment pour les femmes maghrébines, constituent des **occasions de sorties et de rencontres** avec d'autres personnes.

Globalement, il semble qu'il y ait de **grands besoins et de vraies attentes de la part des populations âgées pour participer à des rencontres, des activités créatrices de lien social**, et il semble que les structures existantes connaissent un grand succès alors qu'aucune publicité ou presque n'est faite autour de leur action.

#### **5.3.4 Un attachement au quartier, mais des tensions avec les "jeunes" du quartier...**

Les personnes âgées qui vivent sur le quartier des Etats-Unis sont **très fortement attachées à leur quartier**, et ce d'autant plus que certaines y **résident depuis plusieurs dizaines d'années**.

Néanmoins, outre la crainte de traverser certaines artères où les automobiles circulent à grande vitesse, **beaucoup de personnes âgées se plaignent, semble-t-il, des "jeunes"**.

Ces "jeunes" sont essentiellement **les adolescents ou jeunes adultes qui se rassemblent dans les halls d'immeubles ou devant les entrées d'immeubles** et qui y **passent leurs soirées, en parlant trop fort au goût des personnes âgées**.

Les professionnels soulignent qu'il n'est pas rare que ces jeunes se couchent régulièrement autour de minuit alors que **de nombreuses personnes âgées se couchent très tôt, parfois dès 19 h 30**. Un véritable décalage dans le temps existe entre ces deux populations et les personnes âgées sont d'autant plus agacées qu'elles

n'osent pas porter plainte ou qu'elles ont **le sentiment que la police n'intervient jamais...**

En tout état de cause, ce mal-être se transforme en **plaintes régulièrement portées devant les responsables d'associations, les médecins généralistes, etc...**

#### **5.4 Projets concernant les personnes âgées**

Le projet **de Conseil de Gériatrie**, qui impliquerait les différentes structures concernées par le 3ème et le 4ème âge, devrait prochainement voir le jour. Il devrait, entre autre, permettre de mettre en place une réflexion sur les moyens à adopter pour que la personne âgée puisse être prise en charge dans sa globalité.





**CHAPITRE III**

**LES PISTES D'ACTION  
PAR TRANCHE D'AGE**

L'état des lieux quantitatif et qualitatif a permis d'identifier et de décrire des problèmes et de formuler, en regard, des pistes d'action pour chaque tranche d'âge de population étudiée. Ces pistes d'action, ont fait l'objet d'une démarche d'analyse partagée avec les membres du comité de suivi pour les affiner en termes de pertinence et de faisabilité.

Les pistes d'action, détaillées ci-après, sont celles qui, après avoir été évaluées en fonction de certains critères, apparaissent comme prioritaires et qui pourraient faire l'objet d'une programmation ultérieure.

Ces critères sont liés:

- D'une part à l'importance objective et ressentie du problème :
  - L'ampleur du problème (prévalence, incidence, évolution) ;
  - Ses conséquences en termes de morbidité, de perte de qualité de vie, de conséquences sociales et en termes économiques.
  
- Et d'autre part aux possibilités d'action permettant d'en diminuer l'importance :
  - Reconnaissance du problème comme tel par la population ;
  - Existence d'actions locales envisageables ;
  - Possibilité de mise en œuvre de ces actions, faisabilité notamment en termes de ressources ;
  - Cohérence avec les politiques ou dispositifs nationaux ou régionaux ;
  - Acceptabilité par la population des actions mises en œuvre.

Enfin, les problèmes plus spécifiques au quartier et mettant en jeu des actions locales ont été mis en avant.

Parmi ces pistes d'action, certaines sont apparues clairement prioritaires pour la majorité des partenaires au regard de l'importance du problème et des possibilités d'action, d'autres semblent pertinentes mais restent à affiner soit dans le sens d'une meilleure documentation ou objectivation du problème soit par rapport à la faisabilité des actions envisagées.

A ce niveau il est important de souligner deux éléments à intégrer dans la planification ultérieure :

- **L'avis de la population**

Dans la démarche proposée, la parole des habitants a été recueillie par le biais de l'enquête écoute-habitant (sur le thème de l'accès aux soins), par le biais de certains de leurs représentants (association de quartier, comité d'intérêt local,...) ou au travers de professionnels en contact quotidien et direct avec la population. Cependant, **il apparaît nécessaire, dans un second temps, de recueillir de manière plus approfondie les opinions et les attentes des habitants pour corriger ou valider les options retenues.**

- **Les indicateurs quantitatifs**

Comme cela a été exposé dans le chapitre sur les indicateurs socio-sanitaires, la production d'information à l'échelle infra-communale n'est pas une démarche habituelle et son recueil n'est pas aisé. Mais cela a particulièrement été le cas dans le présent travail et cette difficulté a limité les possibilités de quantification de certains problèmes identifiés de manière subjective par les différents acteurs rencontrés. Pour contourner cela, nous avons multiplié les sources d'information et les entretiens mais des données quantitatives plus accessibles et de meilleure qualité donneraient plus de pertinence au diagnostic réalisé, et constitueraient un outil important pour prioriser les actions, les planifier et les évaluer.

Cette double remarque conduit à deux recommandations transversales qui peuvent représenter les deux premières pistes d'action qui impacteront toutes les autres :

- **Favoriser l'expression des attentes de la population et sa prise en compte dans la mise en place des actions ;**
- **Développer les systèmes d'information sanitaire et sociale au niveau infra-communal pour disposer de données locales plus valides et plus accessibles.**

Bien que plusieurs propositions d'actions soient transversales, elles sont présentées par groupe d'âge afin d'en faciliter la lecture.

## **PISTES D'ACTION POUR LA PETITE ENFANCE**

### **1. Socialisation de l'enfant et relation mère enfant**

- **Développer les possibilités de garde ponctuelle ou à temps partiel des tout-petits** (crèches, halte-garderies, ...) afin de permettre aux mères d'avoir un "temps de répit", de repos, d'attention à elles, et de permettre à l'enfant de se socialiser en "douceur". Cette séparation "structurante" pour l'un et l'autre doit être rendue possible par **vrai processus d'adaptation dans le temps** qui respecte le rythme de la mère et de l'enfant.
- **Renforcer l'aide aux mamans**, les aider à **établir une bonne relation avec leur enfant** à travers la préparation à la naissance, la préparation à l'allaitement, la compréhension des besoins et compétences du bébé...
- **Développer les possibilités de loisirs pour les jeunes enfants**. Malgré les clubs sportifs et le Centre de loisirs, l'offre actuelle est décrite comme insuffisante pour les petits enfants du quartier des Etats-Unis.

### **2. Education pour la santé**

- **Développer l'éducation pour la santé auprès des parents et des enfants** (maternelle) **sur l'hygiène de vie des enfants** (alimentation et prévention du surpoids, sommeil, loisirs – accès à la télévision -).

### **3. Soutien à la parentalité**

- **Remettre en place des groupes de parole, tels qu'ils ont eu lieu au Centre social en 2002-2003**. Les parents pouvaient s'exprimer et questionner une professionnelle sur le thème de la parentalité et leurs enfants étaient accueillis et pouvaient jouer dans une salle voisine pendant ces réunions. Ces groupes de parole étaient animés par une professionnelle (extérieure au Conseil Général) qui intervenait également dans le cadre des accueils de la PMI.  
Ces groupes n'existent plus pour des raisons de restrictions budgétaires mais il semble qu'une réelle demande existe par rapport à cette approche. Un projet (de type "Porte Ouverte") est actuellement en cours.

#### **4. Repérage et compréhension des écarts culturels**

- **Prendre en compte, notamment dans les écoles, les différences culturelles, les difficultés liées au choc des différents modèles de société** afin d'instaurer une meilleure communication avec les parents qui eux-mêmes maîtrisent mal la langue, les spécificités culturelles françaises, et le modèle d'éducation français.

#### **5. Développer le temps de "suivi" et de dialogue des professionnels entre eux et avec les parents**

- **Développer et aménager le temps hors soin** pour les **professionnels du CMP** afin qu'ils puissent mieux travailler au suivi des enfants et aux relations avec les partenaires autour de l'enfant. Aujourd'hui, ce temps qui est pris, en plus du temps de soin, n'est pas reconnu, pas comptabilisé dans le temps de travail effectué alors qu'il s'avère indispensable.
- **Développer et aménager le temps hors enseignement et travail administratif des enseignants et directeurs dans les écoles.**  
Au sein des équipes éducatives des écoles maternelles, certains réclament la reconnaissance du temps hors enseignement et hors travail administratif afin de favoriser le dialogue avec les parents, afin d'expliquer à ces derniers le travail des enseignants, les objectifs de l'école, etc... Là encore, ce temps qui est parfois pris dans certaines écoles, mais pas officiellement reconnu, apparaît comme indispensable pour favoriser l'adhésion des parents à l'approche et au travail de l'école, et donc indispensable pour mieux structurer les enfants.

## PISTES D'ACTION POUR L'ENFANCE

- **Développer / favoriser les temps de dialogue entre parents d'élèves et enseignants pour améliorer le rapport des élèves à l'école et créer une continuité famille-école.**

- **Développer le temps hors soin pour les professionnels du CMP** afin de mieux travailler au suivi de l'enfant et aux relations avec les partenaires impliqués autour de l'enfant.

- **Mettre en place des solutions d'accompagnement pour les enfants qui doivent momentanément s'absenter de l'école pour se rendre au CMP** (lorsque les deux parents travaillent).

- **Développer / améliorer le partenariat entre enseignants, RASED et CMP.**  
Bien que le partenariat existe déjà, il n'est pas facile, semble-t-il, d'ajuster les approches, les "cultures" des uns et des autres. **Les équipes éducatives ont des attentes fortes d'éléments concrets pouvant leur permettre de mieux aborder les cas particuliers** d'enfants en difficultés qui ne sont pas encore satisfaites.

- **Développer le soutien à la parentalité** chez de nombreux parents, et notamment de mamans seules, une parentalité qui bute sur les problèmes d'autorité, d'hygiène de vie, de besoins de l'enfant en termes de cadres, d'attention.

- **Sensibiliser / développer la prise en compte des différences culturelles / interculturelles** qui font que certains parents ont à la fois un problème de confiance et de repères par rapport au modèle français.

- **Accompagner, expliquer davantage le soin psychologique aux parents, quelquefois déstabilisés** ou méfiants par rapport à cette démarche à la fois nouvelle et bien souvent douloureuse pour eux.

- **Sensibiliser / éduquer les parents à la nécessité d'une bonne hygiène de vie pour leurs enfants :**

- \* alimentation régulière et diversifiée,
- \* sommeil suffisant et régulier,
- \* hygiène corporelle.

## **PISTES D'ACTION POUR L'ADOLESCENCE**

- **Ouvrir lieu de sociabilité / de convivialité pour les jeunes, afin d'éviter "l'occupation" des halls d'immeuble et permettre aux jeunes de se retrouver entre eux, à l'abri des intempéries.**

- **Développer une offre plus large de soins et d'écoute au CMP qui s'adresse spécifiquement aux adolescents.**

- **Renforcer les actions d'information sur la sexualité et la contraception, mais également les modes de transmission du VIH et les MST.**

Nombre de ces informations ne sont pas toujours faciles à communiquer aux **jeunes filles maghrébines qui se déclarent non encore concernées par les problèmes de sexualité**, de contraception du fait de l'obligation qui leur est faite d'être vierges jusqu'au mariage... Il semble donc nécessaire **"d'insister" encore pour faire passer le message.**

- **Sensibiliser les adolescents au thème de la parentalité**, sur ce que représentent comme investissement la vie de couple, la grossesse et surtout l'éducation d'un enfant. Certains des professionnels rencontrés abordent déjà ces thèmes et estiment effectivement qu'un certain nombre de jeunes lycéens ou même collégiens seront rapidement confrontés à ces réalités, et **qu'il faut d'ores et déjà faire un travail d'information et de prévention en ayant à l'esprit les difficultés rencontrées au niveau de la petite enfance.**

- **Sensibiliser les adolescents au thème de l'égalité des sexes, au sens de la mixité.**

## PISTES D'ACTION POUR LES ADULTES

### Les femmes

- **Développer, encourager, favoriser davantage le suivi gynécologique des femmes.**

- **Renforcer l'information / l'éducation des femmes dans le domaine de la sexualité et de la contraception, notamment auprès des populations défavorisées et les populations immigrées.** Dans ce domaine, les difficultés culturelles et symboliques ne sont pas moindres et sont à prendre en compte.

- **Renforcer, développer l'offre de lien social pour lutter contre la solitude et le confinement. Une offre dans ce domaine ne peut se faire sans un examen attentif de la problématique culturelle, interculturelle** qui existe sur ce quartier sensible, notamment par rapport aux besoins particulièrement spécifiques des femmes immigrées.

- **Améliorer la qualité de vie dans / et à proximité des immeubles (dégradations, bruit, "crises" des personnes souffrant de troubles psychiatriques).**



## Les hommes

- **Lutter contre l'isolement des hommes qui sont notamment concernés par le chômage ou l'absence de réseau familial / développer l'offre de lien social** (un travail qui est aussi celui de la prévention de l'alcoolisme et des pathologies mentales).
- **Sensibiliser les hommes à la nécessité de protéger leurs familles et eux-mêmes des MST et VIH.**
- **Sensibiliser les hommes, notamment immigrés récents, à la contraception,** au fait que leurs épouses ne se projettent pas forcément dans une "maternité abondante", rapprochée, ou immédiate...
- **Améliorer la qualité de vie dans / et à proximité des immeubles (dégradations, bruit, "crises" des personnes souffrant de troubles psychiatriques).**

## Les "précaires", les exclus

- Mettre en place **des centres de santé publique pour faciliter le repérage et l'accès aux ressources de santé.**
- **Développer une meilleure prise en charge de certains soins ou produits particulièrement onéreux mais nécessaires à la santé des personnes précaires.**
- **Développer la formalisation de liens entre les divers organismes qui peuvent être concernés par les populations précaires pour faciliter l'action des professionnels et créer un annuaire** indiquant les personnes ressources à contacter dans les différentes administrations ou associations qui sont concernées par les problématiques de précarité (logement, emploi, santé, ...).

## Les personnes souffrant de troubles psychologiques, psychiatriques

- **Mieux soutenir concrètement les bailleurs sociaux dans leur relation avec ces malades.**

Ainsi les professionnels de l'OPAC expriment essentiellement un **besoin d'aide concrète, notamment de la part du CMP adultes, des hôpitaux psychiatriques** par rapport à des situations précises qui les dépassent.

Ils ressentent un besoin d'aide pour savoir **comment agir face à un malade qui gêne le voisinage** de manière récurrente. Dans ces situations, **les hospitalisations temporaires ne constituent pas, semble-t-il, une solution** puisqu'au retour de la personne les problèmes reprennent.

## **PISTES D'ACTIONS POUR LES PERSONNES AGEES**

- **Renforcer l'accompagnement des personnes âgées dans leur vie quotidienne, le jour et la nuit** : à côté des aides matérielles concrètes, les angoisses de maladie ou de mort sont parfois très fortes, notamment la nuit, et il existe un énorme besoin d'écoute et de soutien dans ce domaine.
- **Développer les aides et visites à domicile pour les personnes qui ne peuvent plus sortir de chez elles et qui n'ont plus d'occasion de lien social** : malgré les toilettes, les portages de repas ou les heures de ménages, certaines personnes se trouvent au bord du confinement.
- **Développer une offre de lien social accru et diversifié**. On soulignera **l'importance de l'action des professionnels qui, de par leur bilinguisme et biculturalité**, peuvent s'adresser à une population, notamment maghrébine, qui se trouve bloquée par une non-maîtrise du français.