



Vaulx
en
Velin



Diagnostic de santé de la ville de Vaulx-en-Verin

Février 2006



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

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

Patricia MEDINA
Sociologue

Véronique JOSEPH
Démographe

Delphine MAGNIN
Interne de santé publique

à la demande et avec le soutien
de la Ville de Vaulx-en-Velin,
de la Préfecture du Rhône
et du Fonds d'Action et de Soutien
pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations
(FASILD)

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce diagnostic sur la Ville de Vaulx-en-Velin :

- Les professionnels et les habitants rencontrés en entretien individuel et de groupe ;
 - Mesdames **Achkouk** (Relais Santé Mutualité), **Roberto** (ADSEA) et **Marcoccia** (Mission Locale) pour leur aide dans la mise en œuvre des entretiens de groupe avec les habitants ;
 - Mesdames **Laroche** et **Wurtz**, Proviseur et Infirmière du Lycée Robert Doisneau ;
 - Monsieur **Folliet** et Madame **Bousson**, Proviseur et Infirmière du Lycée « Les canuts » ;
 - Monsieur **Rozel** et Madame **Titem**, Principal et Infirmière du Collège Henri Barbusse ;
- ainsi que les enseignants de ces établissements pour avoir permis le bon déroulement de l'enquête réalisée auprès de leurs élèves.
- Madame **Vanucci** et Monsieur **Colas**, de la CPAM de Lyon, ainsi que Madame le Docteur **Christophe**, de l'Echelon Local du Service Médical de l'Assurance Maladie ;
 - Madame le Docteur **Gatel**, du Service de PMI du Conseil Général du Rhône ;
- qui ont enrichi ce diagnostic par la transmission de données ou d'indicateurs.

- Abréviations utilisées -

ALD :	Affection de Longue Durée
AME :	Aide Médicale d'Etat
API :	Allocation Parent Isolé
ASSFAM :	Association Service Social Familial Migrants
BEP :	Brevet d'Etudes Professionnelles
CADA :	Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAF :	Caisse d'Allocations Familiales
CATTP :	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDHS :	Comité Départemental d'Hygiène Sociale
CIMADE :	Comité Inter-Mouvements Auprès Des Evacués
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CMPA :	Centre Médico-Psychologique pour Adultes
CMPE :	Centre Médico-Psychologique pour Enfants
CMU :	Couverture Maladie Universelle
COTOREP :	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF :	Centre de Planification et d'Education Familiale
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CSP :	Catégorie Socio-Professionnelle
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DIV :	Délégation Inter-ministérielle à la Ville
ESPS :	Enquête Santé et Protection Sociale
GPV :	Grand Projet de Ville
HLM :	Habitation à Loyer Modéré
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ITT :	Incapacité Totale Temporaire
IVG :	Interruption Volontaire de Grossesse
LEP :	Lycée d'Enseignement Professionnel
MJC :	Maison des Jeunes et de la Culture
MDR :	Maison du Département du Rhône
MRIE :	Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion
OFPRA :	Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OPAC :	Office Public d'Aménagement et de Construction
ORSPERE :	Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion
PAIO :	Point d'Accueil, d'Information et Orientation
PLIE :	Plan Local pour l'Insertion et l'Emploi
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PMSI :	Programme de Médicalisation du Système d'Information
RASED :	Réseau d'Aide Spécialisée aux Elèves en Difficulté
RGP :	Recensement Général de la Population
RMI :	Revenu Minimum d'Insertion
SMIC :	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
SVT :	Sciences de la Vie et de la Terre
TBQRA :	Tableau de Bord des Quartiers Rhône-Alpes
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZA :	Zone d'Activités
ZI :	Zone Industrielle
ZUP :	Zone à Urbaniser en Priorité

- Sommaire -

	Pages
OBJECTIFS DE L'ETUDE	1
METHODOLOGIE DE L'ETUDE	2
LA COMMUNE DE VAULX-EN-VELIN	4
VAULX-EN-VELIN : UNE HISTOIRE OUVRIERE SUR UN TERRITOIRE PROCHE DE LYON	6
CHAPITRE I – LES DONNEES QUANTITATIVES	11
Cadrage socio-démographique	12
Offre de services sur le quartier	17
Indicateurs socio-sanitaires	18
CHAPITRE II – L'ENQUETE QUANTITATIVE AUPRES DES JEUNES SCOLARISES	33
CHAPITRE III – L'ENQUETE QUALITATIVE	43
Méthodologie	44
I. Les données utilisées pour l'enquête qualitative	44
II. Le déroulement de l'enquête qualitative	46
Les résultats de l'enquête qualitative	48
I. Les problématiques transversales à toute la population	48
II. Les femmes et les jeunes filles (célibataires, en couple avec ou sans enfants, en famille monoparentale)	62
III. Les enfants et les jeunes	72
IV. Les adultes en insertion	82
V. Les primo-arrivants	87
CHAPITRE IV – LES PISTES D' ACTIONS	91
I. Les pistes transversales	92
II. Les pistes spécifiques à chaque population cible	93

OBJECTIFS DE L'ETUDE

Dans le cadre de la préparation du **volet santé de son contrat de ville (Atelier Santé-Ville)**, la Ville de Vaulx-en-Velin a souhaité pouvoir disposer d'un diagnostic préalable. En effet la conduite de projets aux niveaux communal et infra-communal est basée sur la réalisation d'un diagnostic local partagé entre les institutions et les partenaires locaux.

Pour ce faire, la Ville de Vaulx-en-Velin et la Préfecture du Rhône ont sollicité l'Observatoire Régional de la Santé pour une mission de **diagnostic de santé** à l'échelle de la commune ciblée sur cinq populations particulières :

- les enfants de plus de 6 ans et les adolescents,
- les personnes en insertion,
- les femmes,
- les familles monoparentales,
- les primo-arrivants.

L'enjeu de la démarche était d'interroger les atouts et les faiblesses de la politique de santé conduite actuellement à Vaulx-en-Velin, au regard d'une **analyse des besoins de la population**, en accordant une attention particulière à l'accès aux soins et à la prévention ainsi qu'au rôle et à l'ampleur de certains déterminants de santé propres à la commune.

L'objectif de ce diagnostic est de permettre **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 expose, dans un **premier temps, des données quantitatives dans les domaines du social et de la santé**, puis les données issues d'une enquête par questionnaire réalisée auprès d'un échantillon des jeunes scolarisés; la troisième partie détaille les **informations qualitatives issues du ressenti des acteurs locaux et des habitants** et enfin, dans le dernier **chapitre, sont présentées les pistes d'actions identifiées**.

METHODOLOGIE DE L'ETUDE

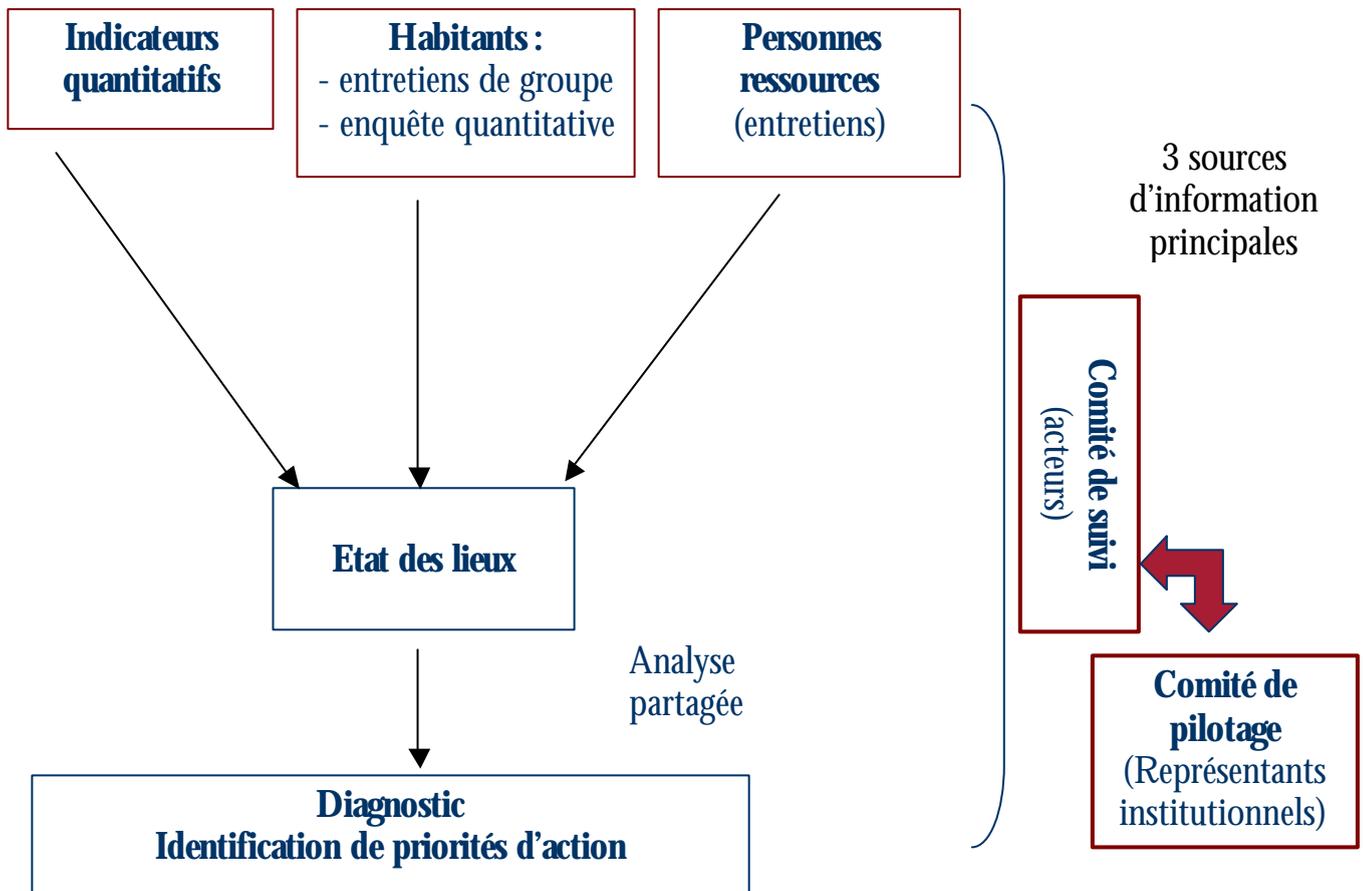
Différentes approches ont été utilisées pour réaliser ce diagnostic qui repose sur quatre sources d'informations principales :

- ▶ Des **indicateurs** quantitatifs issus des principaux systèmes d'information (données démographiques, sociales et sanitaires, en incluant des éléments d'offre et de consommation) ;
 - ▶ Les **habitants** : par le biais d'une enquête qualitative menée auprès de différents groupes de population (entretiens de groupe) et également au travers d'une enquête par questionnaire réalisée auprès d'échantillons d'élèves de collège et de lycée ;
 - ▶ Les **personnes-ressources** : avec des entretiens semi-directifs individuels approfondis réalisés auprès de personnes-ressources locales dans le domaine de la santé et du social ;
 - ▶ **L'observation participante** sur le quartier : utilisation des transports en commun, des commerces et services du quartier, repérage de l'état des façades, de la voirie, des espaces verts, etc. afin de mettre à jour tous les éléments objectifs facteurs de bien-être ou de mal-être sur le quartier.
- ▶ Par ailleurs, une analyse bibliographique de différents documents produits localement (rapports de groupes de travail, rapports d'activité, documents de projets, articles, ...) a été effectuée.

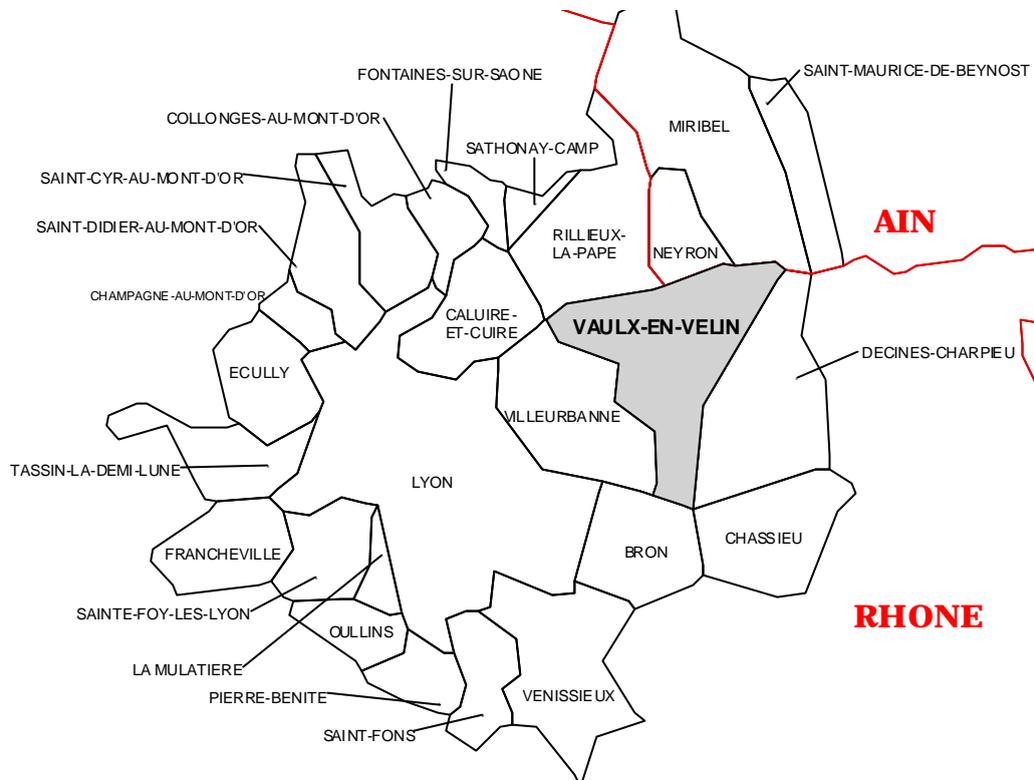
Cette étude a été réalisée sous la forme d'un **diagnostic partagé**. Un **comité de suivi** a été mis en place avec des acteurs locaux de la santé ou du social, et s'est réuni quatre fois pour valider la démarche et pour affiner et enrichir les éléments de l'étude ainsi que les pistes de réflexion ayant émergé de l'enquête de terrain.

Un **comité de pilotage** composé de représentants des institutions concernées avait pour objectif de permettre le retour d'information et de favoriser l'implication ultérieure. Cette démarche s'est déroulée sur une période s'écoulant du mois de décembre 2004 au mois de septembre 2005.

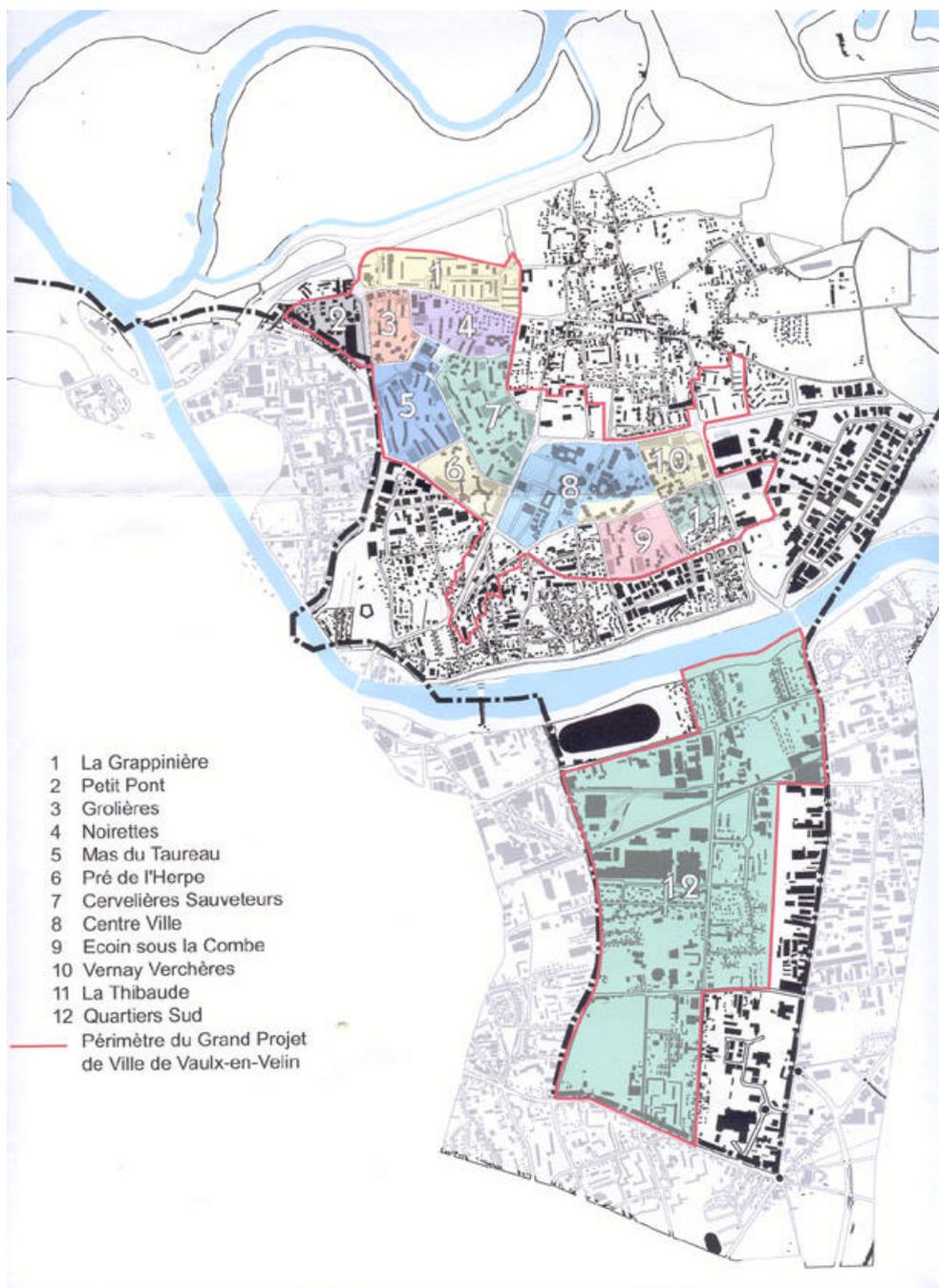
Schéma synthétique de la démarche mise en œuvre



LA COMMUNE DE VAULX-EN-VELIN



La Ville de Vaulx-en-Velin est située à l'est de l'agglomération lyonnaise, entre Rillieux-la-Pape, Villeurbanne, Bron et Décines-Charpieu. Elle est limitrophe du département de l'Ain sur sa pointe nord.



La commune est «coupée en deux » par le canal de Jonage qui sépare «Vaulx-Nord » de « Vaulx-Sud ». Le centre ville se trouve à Vaulx-Nord. Les habitants de Vaulx-Sud utilisent autant, voire davantage, les services et commerces des communes limitrophes que ceux du centre ville de Vaux-en-Velin, relativement éloignés du fait de la séparation de la commune en deux territoires.

VAULX-EN-VELIN : UNE HISTOIRE OUVRIERE SUR UN TERRITOIRE PROCHE DE LYON

Un territoire « encerclé » par l'eau, composé de différents quartiers... et bien relié au centre de Lyon

Vaulx-en-Velin n'est pas une commune directement mitoyenne de Lyon, mais elle en est néanmoins très proche, notamment grâce au métro et aux bus qui relient rapidement le centre ville de Lyon au centre ville de Vaulx-en-Velin (30 mn de trajet maximum en journée).

Cette commune, qui est en partie encerclée par la « boucle » que constituent les canaux de Jonage et de Miribel, est bordée au nord par une zone maraîchère et le grand parc de Miribel-Jonage. Au nord de Vaulx-en-Velin se trouvent la commune de Rilleux-la-Pape, à l'ouest Villeurbanne, à l'est Décines-Charpieu (et la « Rocade Est »). La partie la plus au sud (« Vaulx Sud ») est située par delà le canal de Jonage, ce qui rend la liaison avec le centre ville de la commune relativement difficile, malgré les trois ponts existants (Cusset, La Soie, La Sucrierie). Enfin, au-delà de Vaulx-Sud, on trouve les communes de Bron et de Chassieu.

Outre le découpage « naturel » qui existe entre Vaulx Nord et Vaulx Sud, différents quartiers sont identifiables sur ces deux parties.

A Vaulx Nord, on repère les quartiers de l'ancienne ZUP :

- Le Centre Ville,
- Les quartiers est (Noirettes, Grolière, Cervelières Sauveteurs, Le Mas du Taureau, le Pré de l'Herpe),
- Les quartiers Ouest (Ecoin-sous-la-Combe, La Thibaude, Vernay, Verchères),

et également :

- La Grapinière, Le Petit Pont, Le Bourg (partie la plus ancienne, également appelée « Village »), Le Pont des Planches.

A Vaulx-Sud, on distingue :

- La Balme, La Côte, les Cités Tase, Les Brosses, les Sept Chemins.

Les liaisons par route et par transports en commun entre Vaulx-en-Velin et les communes adjacentes, ainsi qu'entre Lyon (centre-ville et Part-Dieu) et Vaulx-en-Velin (centre ville) sont plutôt faciles et rapides.

A Vaulx-en-Velin même, la liaison en transports en commun du centre ville vers les différents quartiers de Vaulx-Nord est également rapide. En revanche pour rallier le centre ville de Vaulx-en-Velin depuis Vaulx-Sud, les contraintes géographiques sont fortes et il faut, dans certains cas, changer de bus ce qui ralentit les déplacements.

L'excellente liaison qui existe entre le centre de Villeurbanne, le centre ville de Lyon, le quartier de la Part-Dieu (Lyon) et le centre de Vaulx-en-Velin grâce au métro et aux bus fait que Vaulx-en-Velin ne peut-être comparée à d'autres communes de banlieues, excentrées par rapport au cœur de l'agglomération. Cette accessibilité est un élément facilitant pour les flux de population et va à l'encontre du mythe de la « banlieue-ghetto », où il serait difficile d'entrer et de sortir.

Les ressources des services publics sont relativement bien réparties sur le territoire (centre sociaux, poste, écoles, etc.), bien que Vaulx-Sud soit indubitablement et littéralement « excentré ».

En ce qui concerne les achats alimentaires, il existe plusieurs marchés sur la commune et surtout quelques grandes surfaces (Casino Grand Vire, Carrefour).

En revanche, en matière de vêtements, de mobilier et d'autres équipements domestiques, il est globalement nécessaire de sortir de la commune (l'offre de Casino et de Carrefour étant relativement limitée en la matière, et les petits commerces ne pouvant répondre à l'ensemble de ces besoins)... C'est la raison pour laquelle cette fonction est inscrite au cœur du projet de rénovation urbaine dans différents quartiers.

Des zones « d'animations » sont repérables sur la commune, à certains moments de la semaine : sur le centre ville, au Pont des Planches (Marché aux puces), au Village (« mini-centre »), ... Néanmoins, il semble que ceux qui souhaitent se distraire, qui veulent « sortir », se « promener en ville », notamment les jeunes, se rendent au centre commercial de la Part-Dieu à Lyon, ou dans le centre ville de Lyon... Les familles avec enfants semblent également se rendre facilement au parc de Miribel-Jonage.

Le fait pour les habitants de sortir de leur « quartier » est décrit comme étant parfois anxiogène (une angoisse liée au fait de quitter le territoire connu et également les codes sociaux qui y sont en vigueur. Codes que l'on maîtrise et qui ne sont pas forcément les mêmes ailleurs, au plan vestimentaire, du langage etc.). Sortir du quartier peut cependant constituer une opportunité pour les jeunes d'échapper quelque peu au contrôle social qui parfois pèse sur eux, et de rencontrer d'autres jeunes qui viennent d'autres communes...

Néanmoins, la rareté ou l'absence de certaines ressources sur la commune, notamment en matière de santé, sont apparemment durement ressenties par les personnes dont la mobilité est réduite pour différentes raisons et qui sont obligées, faute de véhicule personnel, de se déplacer à pied ou en transports en commun (mères avec jeunes enfants, personnes âgées, handicapés). Pour ces personnes, se déplacer à Villeurbanne, et plus encore dans certains quartiers de Lyon, revêt parfois l'aspect d'une expédition. Il y a dans certains cas plusieurs bus à prendre, les quartiers sont mal connus, etc. Les groupes de discussion ont d'ailleurs bien montré que le fait de disposer de certaines ressources sur la commune (« *sur place* ») était associé à une certaine qualité de vie (« *on a tout ce qu'il faut* »).

Il semble que les différents quartiers soient essentiellement fréquentés par ceux qui y habitent (nous laissons de côté les ZA et ZI), et qu'ils offrent relativement peu d'occasions de mixité sociale... En revanche, le centre ville de Vaulx-en-Velin constitue un espace public où une certaine mixité peut être observée : la proximité immédiate de l'Ecole d'Architecture¹ et de l'Ecole Nationale des Travaux Publics fait que nombre d'étudiants non vaudais traversent cet espace, prennent le métro, le bus, pour se rendre au centre-ville de Vaulx-en-Velin. Enfin certaines structures culturelles ou scientifiques (Ebulliscience, le Planétarium, le Centre Culturel Charlie Chaplin) créent également des occasions de « mélange » des populations dans le centre ville. En effet ces structures sont en partie fréquentées par des personnes qui habitent d'autres communes et qui se rendent à Vaulx-en-Velin pour voir une exposition, assister à un spectacle....

Malgré l'existence de zones pavillonnaires, on notera qu'il n'existe pas à Vaulx-en-Velin de quartier réellement « bourgeois » comme il peut en exister à Bron par exemple. Néanmoins il semble que le niveau de vie des familles qui habitent les maisons du Bourg ou du Pont des Planches soit plus élevé que celui des personnes habitant en HLM.

Un village devenu une ville ouvrière pluriethnique²

Il semble que la première mention écrite de « Vaulx-en-Velin » date de 1225... D'autres hypothèses affirment que ce nom vient de Pierre Valdo, fondateur de la secte chrétienne des Vaudois, qui y serait né vers 1140.

¹ Qui est d'ailleurs communément appelée Ecole d'Architecture « de Lyon » !

² Source : encyclopédie du Net : Wikipédia

Vaulx-en-Velin a été une commune rurale jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, luttant constamment contre les inondations du Rhône et pour l'assainissement des marais.

A la fin du XIX^{ème} siècle est fondée l'usine hydroélectrique de Cusset et, en 1925, l'usine de la soie SASE (Soie Artificielle du Sud-Est) est implantée sur la commune. Vaulx-en-Velin va ainsi peu à peu cesser d'être une commune rurale pour devenir une commune essentiellement ouvrière, à l'image des autres communes de la « ceinture ouvrière lyonnaise », où de nombreux travailleurs français, mais également immigrés, viendront s'installer tout au long du XX^{ème} siècle.

1963 marque la date de création de la ZUP, dont la construction débute en 1970 : de nouveaux équipements apparaissent ainsi que des zones d'activité industrielle et maraîchère. C'est à cette époque également qu'apparaissent des « cités de transit » et des logements HLM, dont certains avaient été construits « provisoirement », pour faire face à l'afflux de population et aux besoins de l'industrie, mais avec une perspective de « faire mieux » à moyen terme... Perspective qui n'a pu aboutir du fait de la crise économique. Ce qui explique la dégradation « naturelle » constatée aujourd'hui sur une partie du parc immobilier, les matériaux n'ayant pas été prévus « pour durer »...

Aujourd'hui, Vaulx-en-Velin est une zone franche, ce qui a permis d'y attirer certaines entreprises, mais pas suffisamment néanmoins pour absorber la demande d'emploi. Malgré le niveau important de chômage, la commune reste ancrée dans son identité ouvrière et pluriethnique qui a marqué son histoire depuis un siècle. On compte ainsi à Vaulx-en-Velin une importante communauté maghrébine, mais également des communautés en provenance d'Afrique Noire, d'Europe du Sud, et plus récemment des personnes en provenance des pays de l'Est, communautés qui ont pour la plupart donné naissance à des associations (portugaise, italienne, somalienne, etc.) qui sont décrites comme étant très actives et contribuant à soutenir le lien social.

Soulignons enfin que Vaulx-en-Velin est engagée dans un Grand Projet de Ville qui concerne différents domaines dont la réhabilitation et la diversification de l'habitat, la revalorisation des espaces publics et des espaces verts, le renforcement des services de proximité. Le GPV qui par certains aspects peut être anxiogène pour les habitants (notamment en ce qui concerne les relogements) a cependant d'ores et déjà permis la transformation réussie de plusieurs ensembles tels que ceux de la Thibaude, des Grolières et du Centre-Ville.

L'observation de terrain...

Comme souvent dans les sites dits « sensibles », l'observation de terrain montre à quel point le quotidien d'une commune comme Vaulx-en-Velin est banal et calme : collégiens et lycéens qui prennent le bus pour se rendre en cours, mères qui circulent à pied avec leurs poussettes, personnes âgées qui se promènent... , et bien sûr, quelques jeunes, le plus souvent des garçons, qui « *tiennent les murs* » au pied des immeubles. Ce constat ne signifie pas qu'il n'y a pas de grandes difficultés au sein des immeubles (conflits entre voisins, dégradations des parties communes dans certains cas, etc.) ou encore que quelques jeunes ne constituent pas un élément de stress pour certains habitants plus âgés, du fait de leurs « promenades nocturnes » en mobylettes, de leurs réunions bruyantes au pied des immeubles, etc. ... Très loin cependant de l'image que donnent souvent les médias, il n'y a pas de violence ou de tension palpable pour le « visiteur étranger » qui se rend dans cette commune. Par ailleurs, l'utilisation des commerces ou de certains services publics ne donne pas à ressentir un climat tendu... Les grandes surfaces elles-mêmes (notamment Casino et Carrefour), par leur offre, leur manière de présenter les articles, démontrent bien qu'elles considèrent les vaudais en tant que consommateurs « comme les autres », ce qui n'est pas un mauvais indicateur ... Circuler à Vaulx-en-Velin, utiliser les commerces, les services n'est certes pas vivre à Vaulx-en-Velin et connaître les difficultés quotidiennes liées aux logements trop petits qui vieillissent mal, au chômage, à la précarité etc. Mais ces difficultés ne résument

pas la réalité vaudaise et ne doivent pas masquer le dynamisme, la capacité d'initiative de nombreux habitants qui, de manière individuelle ou au sein d'associations diverses, tissent le lien social et créent des réseaux de solidarité forts.

Il est par conséquent étonnant de constater à quel point certaines images ou « étiquettes » sont incorporées par les habitants eux-mêmes qui ont ainsi parfois peur de changer d'immeuble, de territoire, au sein même de leur commune ou de leur quartier, persuadés que les « autres » sont des « voyous », une menace pour leur tranquillité, leur sécurité...

On notera qu'à l'inverse du discours récriminant et parfois désenchanté que l'on a pu recueillir sur d'autres quartiers ou communes qui ont fait l'objet d'un diagnostic de santé, les professionnels comme les habitants rencontrés à Vaulx-en-Velin attendent beaucoup des transformations qui vont concerner la ville sur le moyen terme et que, malgré les difficultés réelles, de vrais espoirs animent les vaudais.

CHAPITRE I

LES DONNEES QUANTITATIVES

Cadrage socio-démographique

Un certain nombre d'indicateurs permettent de réaliser une photographie socio-démographique de la population de la commune et de la situer par rapport à l'ensemble de l'agglomération ou du département.

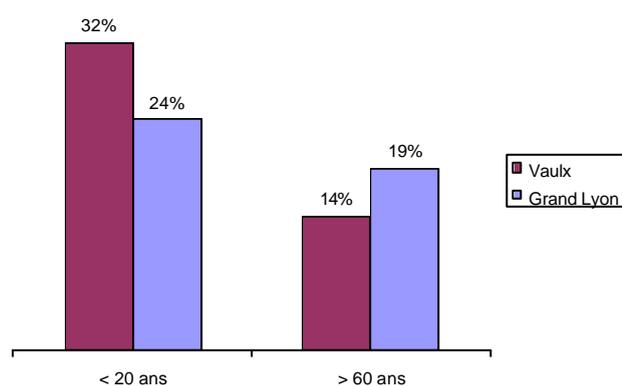
Ce rapide cadrage porte sur :

- la structure démographique (âge, composition des ménages, origine),
- l'activité (CSP, chômage),
- la précarité (bas revenus, minima sociaux),
- le logement (logements sociaux, vétusté, vacance),
- l'éducation (retard scolaire, orientation, diplôme).

Une population plus jeune que celle de l'agglomération

La commune de Vaulx-en-Velin comptait, en 1999, une population de **39 128 personnes**. Cet effectif est en baisse (-11%) par rapport au recensement précédent (1990), notamment chez les jeunes (-24% chez les 20-39 ans et -17% chez les moins de 20 ans).

Malgré cette évolution, la structure par âge fait apparaître une représentation plus forte des classes jeunes et une sous-représentation des personnes de plus de 60 ans sur Vaulx-en-Velin par rapport à l'agglomération (Grand Lyon). Un habitant de la commune sur 3 a moins de 20 ans (contre 1 sur 4).

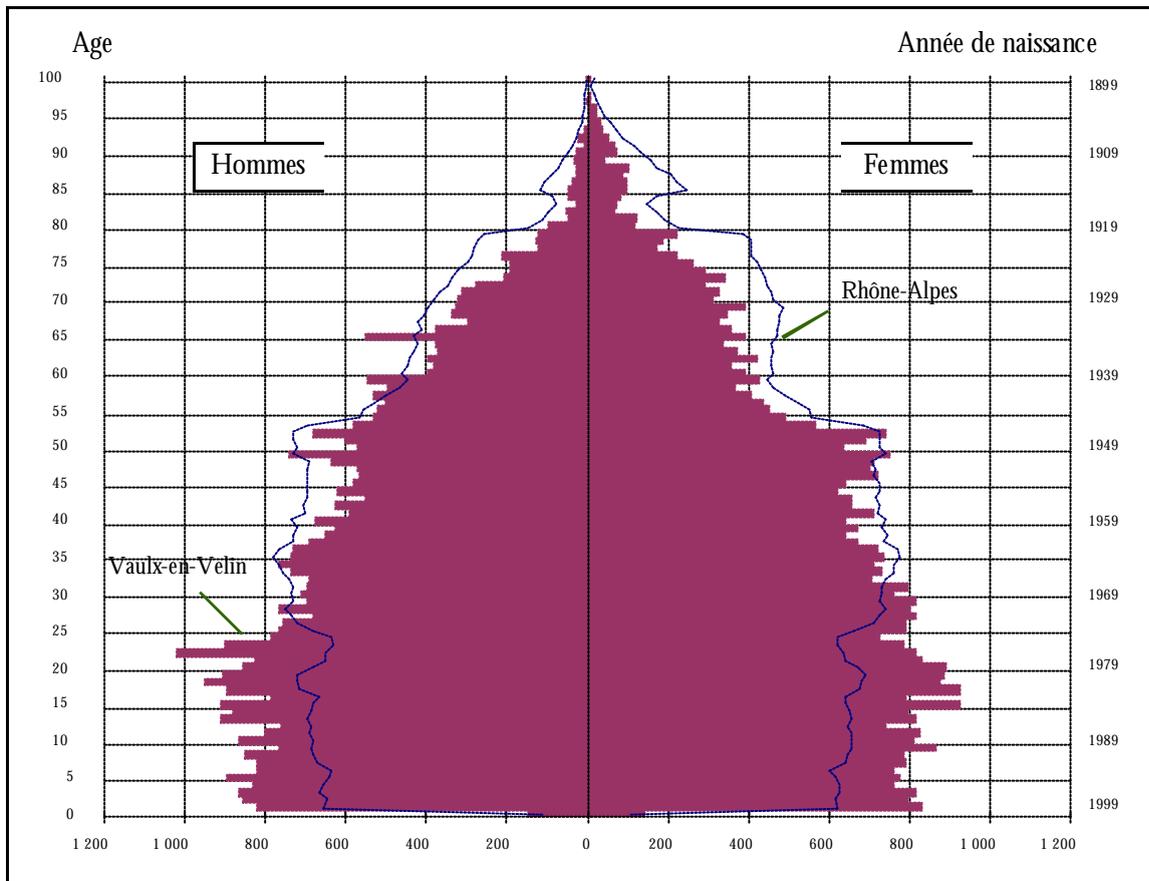


Répartition par âge de la population

Source : Insee, RGP 1999 – Traitement : ORS

La **pyramide des âges**, ci-après, confirme la jeunesse de la population de Vaulx-en-Velin par rapport à la population régionale. La pyramide de Vaulx-en-Velin présente une base large, traduction d'une natalité plus forte qu'en Rhône-Alpes. En revanche, aux âges élevés, les effectifs sont beaucoup moins fournis à Vaulx-en-Velin, en particulier chez les femmes. Plusieurs facteurs spécifiques à Vaulx-en-Velin pourraient expliquer cette différence aux âges élevés : une mortalité

plus forte, une migration plus importante aux âges élevés. Le déficit de femmes âgées pourrait être une conséquence des immigrations des années 60. En effet, en 1960, de nombreux hommes étrangers sont arrivés seuls en France pour travailler. Aujourd'hui ces hommes ont plus de 60 ans et ont un poids plus important dans la population âgée.

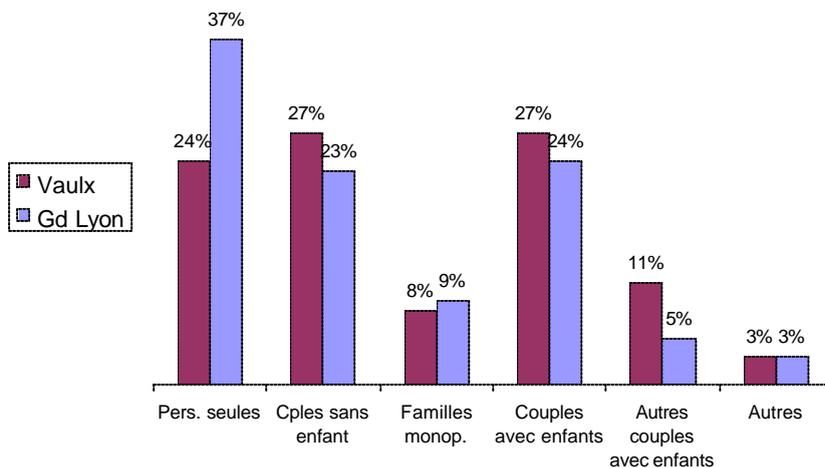


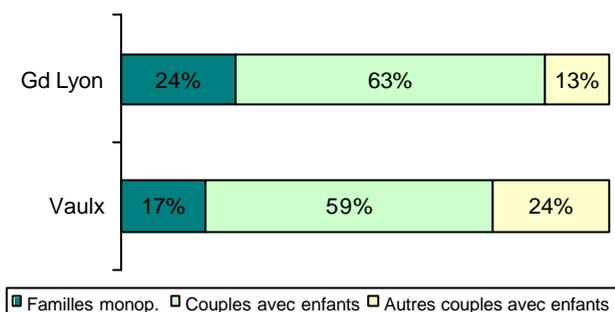
Une structure de ménages plus familiale

Les ménages sont de taille plus importante (2,8 contre 2,3) avec 1 ménage sur 10 composé d'au moins 6 personnes. La structure des ménages est ainsi plus familiale que sur l'agglomération avec moins d'1 ménage sur 4 (24%) constitué de personnes seules. La part des familles monoparentales par rapport aux ménages avec enfants est inférieure sur Vaulx par rapport à l'agglomération.

Répartition des ménages selon leur composition

Source : Insee, RGP 1999 – Traitement : ORS





Répartition des ménages avec enfants selon leur composition

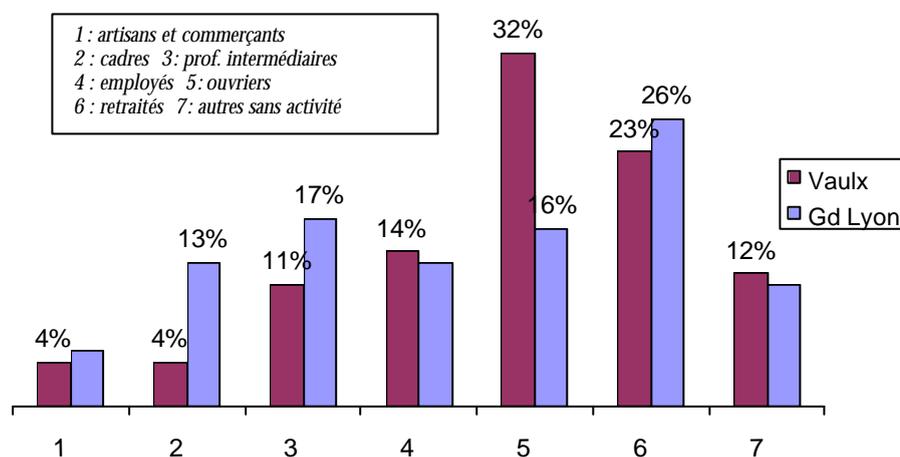
Source : Insee, RGP 1999 – Traitement : ORS

La part des personnes nées à l'étranger est deux fois plus importante sur Vaulx que sur l'agglomération (28% contre 15%).

Activité : une population majoritairement ouvrière et un chômage plus élevé

La répartition par catégorie socio-professionnelle (CSP) fait apparaître par rapport à l'agglomération une sur-représentation des ouvriers qui constituent un tiers des ménages et une sous-représentation des cadres et professions intermédiaires.

Par ailleurs, le taux de chômage sur la ville compte parmi les plus importants du département et est deux fois supérieur à celui de l'agglomération (23% contre 11% en 1999, 21% en 2003).



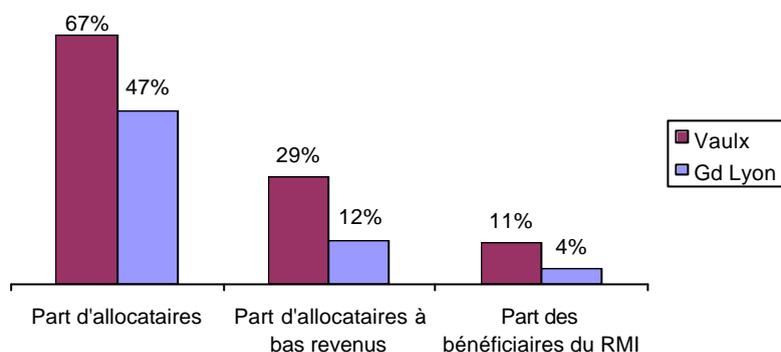
Répartition de la population selon la catégorie socio-professionnelle

Source : Insee, RGP 1999 Traitement : ORS

De nombreux ménages à bas revenus

Au 31 décembre 2001, deux tiers des ménages de Vaulx-en-Verin (67%) sont « couverts » par la CAF contre la moitié sur l'agglomération (47%). Parmi ces allocataires, 29% sont dits à bas revenus contre 12% sur l'agglomération.

A la même date, la part des bénéficiaires du RMI parmi les allocataires était de 11% (contre 4% sur l'agglomération).



Taux d'allocataires à bas revenus et de bénéficiaires de minima sociaux parmi les allocataires

Source : CAF au 31/12/01 (TBQRA) – Traitement : ORS

Au 31 décembre 2003, 1 658 personnes bénéficiaient du RMI (pour une population couverte de 3 860) sur la commune de Vaulx-en-Velin, soit un taux de 62 pour 1 000 habitants de plus de 20 ans. Ce taux est le plus élevé du département dont la moyenne est de 22 pour 1 000 (28 pour 1 000 sur Lyon).

Les taux de bénéficiaires sont également élevés mais, dans une moindre mesure, pour l'Allocation aux Adultes Handicapés (24 pour 1 000 contre 14) et l'Allocation de Parent Isolé (9 pour 1 000 contre 3).

Une part très importante de logements sociaux

La ville de Vaulx-en-Velin comprenait, au 31 décembre 2001, 13 200 logements (résidences principales) dont 68% sont des logements sociaux (taux le plus fort de l'agglomération dont le taux moyen est de 24%).

Un petit quart (22%) des résidents de la commune sont propriétaires (41% sur l'agglomération) et le taux de vacance des logements (rapport entre le nombre de logements vacants et le nombre total de logements loués ou proposés à la location) est de 10% contre 3,7% sur l'agglomération.

Parmi l'ensemble des résidences principales de la commune, la part des logements sans confort (sans WC et / ou sans salle d'eau) est de 2,2%, soit deux fois inférieure à celle de l'agglomération. Ce taux est cependant dans la fourchette haute des communes de l'est lyonnais où la part d'habitat ancien est plus faible.

En ce qui concerne le **confort et la salubrité des logements**, l'analyse des plaintes reçues par le Service Municipal d'Hygiène lors des années 2002 à 2004 (1 024 plaintes, soit 341 par an) montre les éléments suivants :

- Un tiers (31%) concernent la « salubrité » des logements (humidité, chauffage, ventilation, isolation, ...) ;
- 15% sont en lien avec des problèmes d'insectes ;
- Ces deux motifs de plaintes sont respectivement en augmentation de 25 et 70% entre 2002 et 2004 ;
- 10% des plaintes concernent des problèmes de rongeurs (rats, souris).

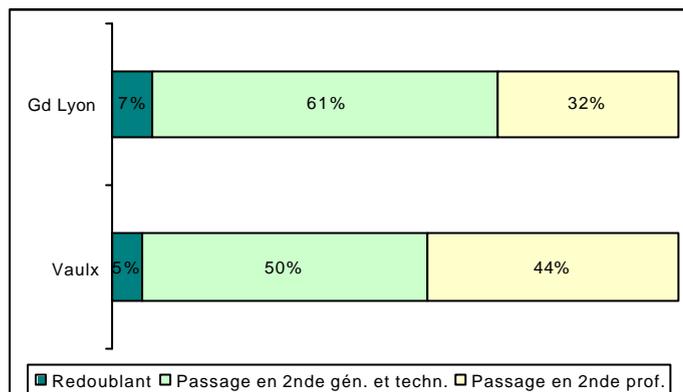
Les secteurs d'où émanent le plus grand nombre de « plaintes » sont ceux de Lamaze/Grappinière et de Mas du Taureau/Noirettes.

Filières scolaires

Illustration de la fragilité économique de la population de la commune, près de 6 collégiens vaudais sur 10 (59%) étaient boursiers en 2002 contre 3 (29%) sur le département.

La part des élèves inscrits en 6^e ayant 2 ans de retard ou plus était, à la rentrée de 2002, de 10% sur les écoles de Vaulx-en-Velin contre 5% sur l'ensemble de l'agglomération.

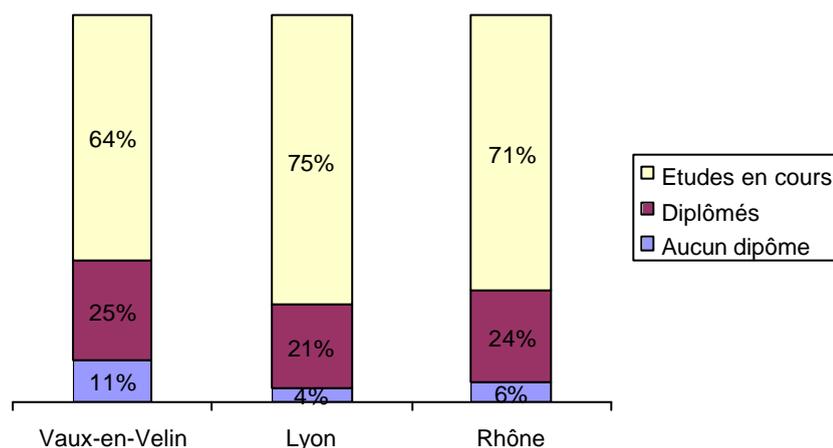
En ce qui concerne l'orientation des élèves en fin de 3^e, au mois de juin 2003, 1 élève sur 2 (50%) poursuivait sa scolarité en seconde d'enseignement général et un peu moins (44%) en seconde professionnelle. Sur l'ensemble de l'agglomération, l'orientation en filière générale est plus répandue (61% et 32%).



Orientation des élèves en classe de 3^e – juin 2003

Source : Rectorat (TBQRA) - Traitement : ORS

Parmi la population des 15-24 ans présente en 1999 (données du recensement), la part des jeunes sortis du système scolaire sans diplôme est plus importante sur la ville de Vaulx-en-Velin (11%) que sur Lyon (4%) ou le département (6%).



Situation scolaire des jeunes de 15-24 ans

Source : INSEE (RGP 1999) - Traitement : ORS

Offre de services sur le quartier

► Offre libérale

34 médecins généralistes sont recensés sur la commune.

La densité correspondante est (selon les effectifs transmis par la CPAM) de moins d'1 omnipraticien (0,9) pour 1 000 habitants contre 1,3 sur Lyon et 1,1 sur le territoire de la CPAM.

Sources : CPAM de Vaulx-en-Velin (2004) et Insee, RGP 1999 - Traitement : ORS Rhône-Alpes

La grande majorité (90%) de ces praticiens est conventionnée en secteur F³ (contre 60% sur Lyon et 70% sur le territoire de la CPAM).

19 médecins spécialistes sont présents sur la commune, soit 0,4 pour 1 000 habitants contre 2 sur Lyon et 1,4 sur le territoire de la CPAM. Les trois quarts de ces médecins sont conventionnés en secteur I contre seulement un tiers sur Lyon.

On relève, parmi les spécialistes libéraux, l'absence ou la faible présence sur la commune de Vaulx-en-Velin de certaines spécialités « de proximité » comme la gynécologie.

En ce qui concerne les autres professionnels de santé libéraux :

- Les pharmaciens, les infirmiers et les orthophonistes sont présents en densité équivalente ou supérieure par rapport à Lyon ou au territoire de la CPAM ;
- Les masseurs-kinésithérapeutes sont moins présents ;
- La densité de dentistes est deux fois moins importante.

► Autres services et structures

Parmi les autres structures ou services présents sur la ville de Vaulx-en-Velin en matière de santé, on peut citer :

- La Clinique Mutualiste de l'Union, avec un service de maternité de niveau 1 et un service de pédiatrie ;
- Le Centre de Santé Mutualiste Jean Goulard ;
- Le Relais Santé Mutualité (adultes relais) ;
- Les Centres Médico-Psychologiques adultes et enfants et un centre de jour pour adolescents ;
- L'Institut Médico-Educatif Yves Farge (IME) ;
- La Maison du Département avec les services de PMI (Conseil Général) ;
- Le Centre Départemental d'Hygiène Sociale / Centre de prévention (Conseil Général) ;
- Le Centre de Planification et d'Education Familiale (Conseil Général) ;
- Le Lieu Ecoute Ressources Adolescence.

³ Secteur à honoraires opposables. Le médecin s'engage à appliquer les tarifs conventionnels, sans dépassement.

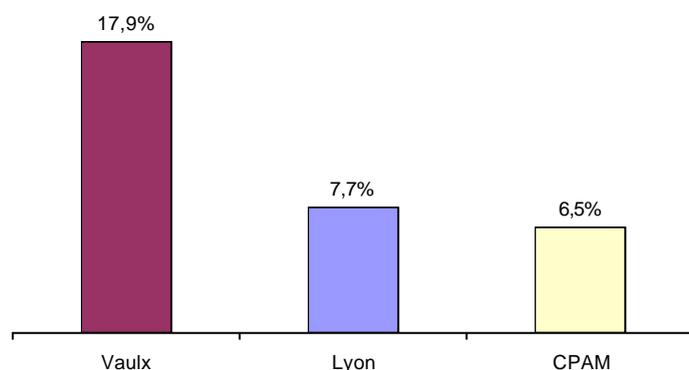
Indicateurs socio-sanitaires

Les informations qui ont pu être mobilisées pour alimenter ce diagnostic sont les suivantes :

- Bénéficiaires de la CMU (CPAM) ;
- Données de petite enfance (lieux de naissance – PMSI ; certificats de santé, bilan de santé – Conseil Général) ;
- Données de consommation de soins de ville (CPAM) ;
- Prescriptions médicamenteuses (CPAM) ;
- Trajectoires des patients hospitalisés (PMSI) ;
- Taux et motifs d'hospitalisation (PMSI) ;
- Affections de Longue Durée (CPAM) ;
- Données de mortalité (INSERM).

► Près d'une personne sur cinq est bénéficiaire de la CMU

Fin 2004, 8 653 vaudais (assurés + ayants droit) bénéficiaient de la CMU. Rapporté au nombre d'assurés du régime général, le taux de bénéficiaires est de 18% contre 8% sur la ville de Lyon et 7% pour l'ensemble de la population couverte par la Caisse Primaire de Lyon.



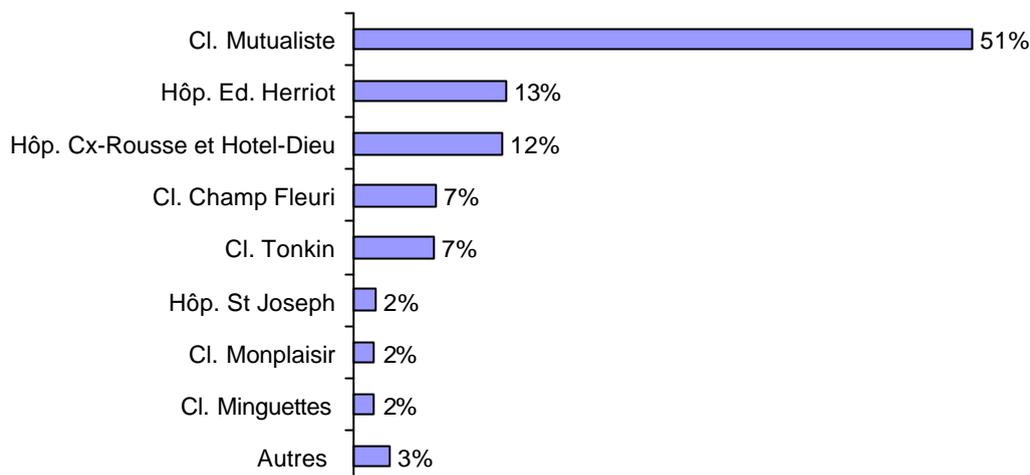
Taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire – 2004

Source : CPAM de Lyon – Traitement : ORS

► Indicateurs de périnatalité et petite enfance

Lieux de naissances

D'après les données hospitalières (PMSI), la moitié des 789 accouchements de femmes vaudaises en 2002 ont eu lieu à la Clinique Mutualiste (51,5%) située à Vaulx. Trois hôpitaux publics lyonnais (Edouard Herriot, Hôtel-Dieu, Croix-Rousse) rassemblent un troisième quart des accouchements.



Répartition des accouchements de femmes vaudaises par établissement d'accueil (année 2002)

Source : PMSI – Traitement : ORS

Données issues des certificats de santé du 8^{ème} jour (CS8)

Chaque naissance doit donner lieu à l'édition d'un certificat de santé (dit du 8^{ème} jour) faisant suite à un examen médical pratiqué lors des premiers jours de vie du nouveau-né (avant la sortie de la maternité). Ces certificats, qui contiennent des informations sur l'état de santé du nouveau-né mais également sur le suivi et le déroulement de la grossesse ainsi que sur l'accouchement, doivent être adressés aux services de PMI des Conseils Généraux qui en assurent la collecte et l'analyse.

Les données utilisées ici concernent la période 2001-2002 et 1 317 certificats pour la ville de Vaulx-en-Velin. Le taux de remplissage est estimé à 75%.

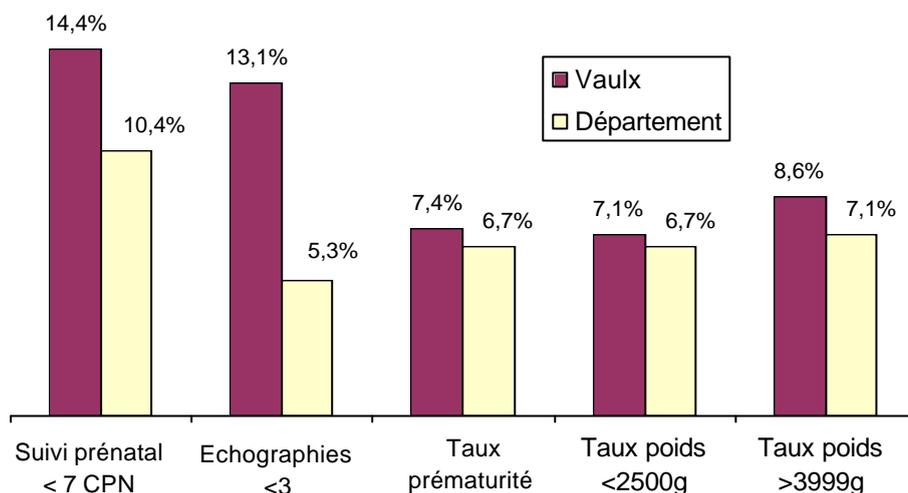
Suivi prénatal et accouchement

Les **mères sont plus jeunes** sur Vaulx-en-Velin que sur le département, avec **un quart de mères de moins de 25 ans** (26% contre 15%). Cependant seulement **2% d'entre elles ont moins de 20 ans**, pourcentage équivalent au chiffre départemental.

Une femme vadaise sur 6 est multipare (avec au moins 3 enfants avant la naissance) contre une femme sur 14 dans le département.

Le **suivi prénatal** apparaît, au regard des indicateurs quantitatifs de suivi, **moins développé** chez les femmes vadaises que sur l'ensemble du département, avec 14% des femmes qui bénéficient de moins de 7 consultations tout au long de leur grossesse (10% sur le département) et 13% qui ont moins de 3 échographies (contre 5%).

Les indicateurs périnataux d'âge et de poids de naissance évoquent une **situation légèrement moins favorable** sur Vaulx-en-Velin avec des taux de prématurité de 7,4% contre 6,7% sur le département (différence non significative statistiquement), de petit poids de naissance (<2500g) de 7,1% contre 6,7%, et de **fort poids de naissance** (\geq 4000g) de 8,6% contre 7,1% (différence significative).



Indicateurs périnataux

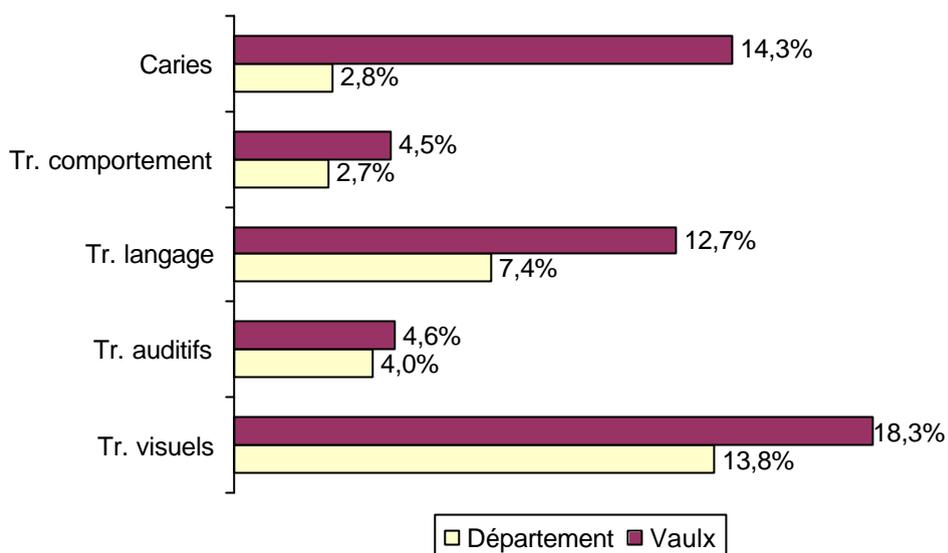
Source : Conseil Général/Certificats de santé 8^{ème} jour – Traitement : ORS

Données des bilans de santé

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

Le niveau d'exhaustivité de ces bilans (près de 95% pour les données présentées ici) rend ces indicateurs particulièrement pertinents et permet d'obtenir une photographie de la population de cet âge sur le quartier. Cependant certaines données peuvent varier en fonction des éventuelles différences de pratiques entre les professionnels, notamment en ce qui concerne les indicateurs les moins objectifs (ex : troubles du comportement).

Sur la période 2001-2003 (soit 1 865 bilans sur Vaulx et 60 000 sur le département), les **taux de dépistage positif** pouvant motiver une demande d'avis spécialisé sont significativement supérieurs sur Vaulx-en-Velin par rapport au département pour les **troubles du langage** et les **troubles visuels**. Par ailleurs, le **taux de prévalence de caries dentaires** sur la ville de Vaulx-en-Velin (au moins 1carie) est **5 fois supérieur** au taux départemental.



Taux de dépistage positif pour différents troubles (Bilans de santé de 3-4 ans – Années 2001 à 2003)

Source : Conseil Général – Traitement : ORS

► **Données de consommation de soins en médecine de ville**

Les actes réalisés par les professionnels de santé libéraux et faisant l'objet d'une demande de remboursement par la population ressortissante de la commune peuvent être dénombrés et permettre une évaluation de la consommation de soins de cette population.

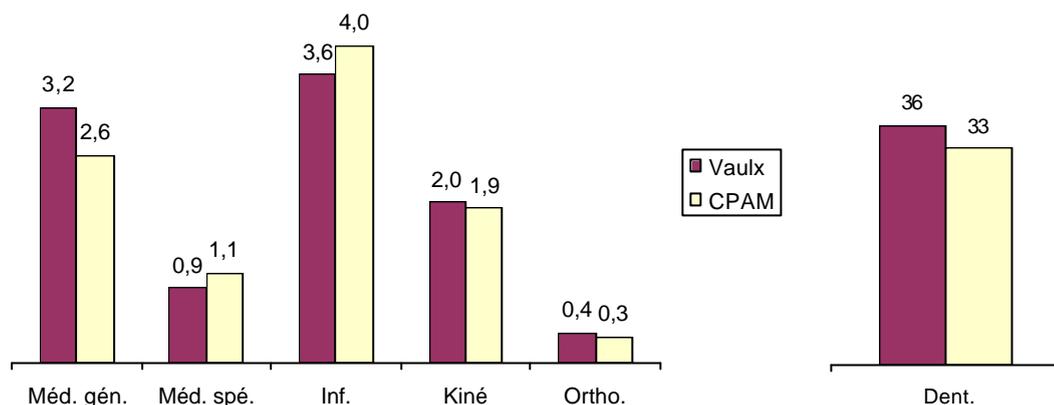
La consommation de soins est un indicateur complexe à interpréter qui dépend de l'état de santé de la population mais aussi de l'offre existante et de l'accès aux soins dans toutes ses dimensions. Cet indicateur ne concerne que l'activité libérale et ne permet pas d'approcher la consommation globale de soins (soins hospitaliers notamment).

Les données utilisées ici concernent les bénéficiaires de la CPAM de Lyon (hors sections mutualistes) pour des actes ayant fait l'objet d'un remboursement en risque maladie.

Sur l'année 2004, les données de consommation standardisées sur l'âge (*élimination de l'effet âge pour effectuer des comparaisons à structures d'âge équivalente*) mettent en évidence un recours de la population vaudaise aux soins de ville :

- **Plus important** par rapport à l'ensemble de la population de la circonscription pour les consultations et visites de **médecins généralistes** (+23%), pour les actes d'**orthophonie** (+12%) et pour les **actes dentaires** (+10%) ;
- **Moins important** pour les consultations de **médecins spécialistes** (-16%) et les **actes infirmiers** (-9%).

Le recours aux actes de **masseurs-kinésithérapeutes** est assez proche entre les deux populations, mais on peut souligner un recours nettement plus important pour les **enfants vaudais de moins de 5 ans** par rapport aux enfants de la circonscription (+60%) qui peut évoquer les actes de kinésithérapie respiratoire liés aux pathologies de type bronchiolites.



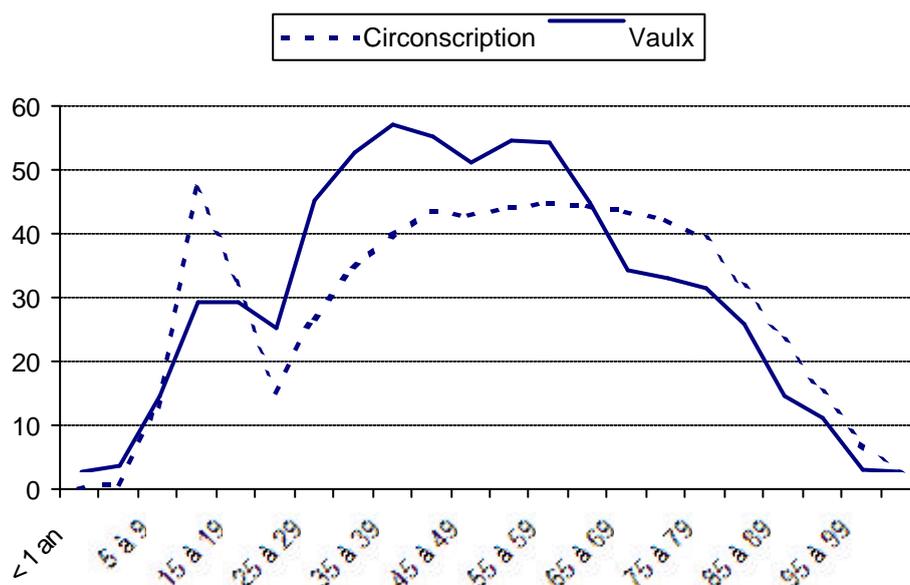
Nombre moyen standardisé par habitant d'actes de médecins généralistes (C+V), de médecins spécialistes (CS), d'actes infirmiers (AMI + AIS), d'actes de kinésithérapie (AMK+AMC+AMS), d'actes d'orthophonie (AMO) et d'actes dentaires

Source : CPAM de Lyon (année 2004) – Traitement : ORS

Ces différences de recours aux soins sont relativement constantes quelles que soient les tranches d'âge observées. Cependant on observe une situation très particulière pour les **actes dentaires**, avec une sous-consommation importante chez les adolescents (10-20 ans) et à partir de 65 ans, et une surconsommation tout aussi notable aux âges adultes.

Cette situation évoque des difficultés d'accès aux soins dentaires avec les constats suivants :

- Un recours aux soins très inférieur chez une population enfantine qui présente par ailleurs des indicateurs d'état dentaire défavorables (voir, ci-avant, données des bilans de santé) ;
- L'influence possible des niveaux de remboursement des actes sur les différences de situation entre 25 et 60 ans et au-delà de 60 ans (les types de prothèses proposées chez les adultes étant plus accessibles financièrement du fait d'une meilleure prise en charge que les prothèses proposées chez les personnes d'âge plus avancé).



Nombre moyen par habitant d'actes dentaires selon la classe d'âge

Source : CPAM de Lyon (année 2004) – Traitement : ORS

Données de prescriptions médicamenteuses

Les médicaments prescrits par des professionnels de santé (libéraux ou non) et faisant l'objet d'une demande de remboursement peuvent être déclinés par type de médicaments et donner des indications sur les pathologies dont souffre la population étudiée.

Les données utilisées ici concernent les bénéficiaires de la CPAM de Lyon (hors sections mutualistes) pour des actes ayant fait l'objet d'un remboursement en risque maladie.

Les volumes de médicaments prescrits (et remboursés) sont estimés par le biais des montants remboursés. Pour établir les comparaisons, ils sont rapportés à la population ressortissante du régime général sur Vaulx-en-Velin et sur l'ensemble du territoire de la CPAM de Lyon.

A noter que les données utilisées ne sont pas déclinées par âge et les taux de prescription ne peuvent être standardisés sur l'âge. Les différences de structure d'âge des populations étudiées peuvent de ce fait influencer sur les différences de taux de prescription observées pour certaines classes thérapeutiques.

Sur l'année 2004, les données de remboursement de prescriptions médicamenteuses mettent en évidence une « consommation » moyenne par habitant supérieure parmi la population vaudaise par rapport à celle du territoire de la Caisse Primaire de Lyon, pour la majorité des 30 classes thérapeutiques les plus remboursées.

On souligne :

- Les niveaux de prescription de médicaments contre le **diabète** (+58% pour les médicaments oraux [24 ; 29⁴] et de +55% à +75% pour les insulines les plus prescrites) ;
- Les niveaux de prescription de traitement contre l'**asthme et les pathologies allergiques** (+25 à 40% ; [5 ; 10 ; 23⁵]).

Ces différences sont d'autant plus notables que la population vaudaise est plus jeune que la population de l'ensemble du territoire de la CPAM de Lyon et devrait donc présenter, à état de santé équivalent, des niveaux de prescriptions inférieurs.

A l'inverse les taux de prescriptions d'antibiotiques plus élevés peuvent être mis en relation avec la jeunesse de la population et l'incidence plus importante des pathologies infectieuses chez les enfants.

La différence de structures d'âge des deux populations étudiées ne permet pas de tirer d'enseignement sur les thérapeutiques dont les niveaux sont équivalents tels les **traitements de pathologies cardio-vasculaires** et l'**hypertension artérielle (HTA)**, ou inférieurs comme **les médicaments psychotropes** (-18% pour les antidépresseurs, -12% pour les tranquillisants alors que les narcotiques sont plus prescrits : +36%).

² et ³ Les numéros mentionnés entre crochets renvoient au rang des médicaments dans l'ordre des classes thérapeutiques les plus prescrites sur la ville de Vaulx-en-Velin et présentées dans le tableau correspondant, ci-après.

Classes thérapeutiques (30) les plus remboursées sur la ville de Vaulx-en-Velin

Classe thérapeutique	Rang sur la ville de Vaulx	Rang sur territoire CPAM	Différence de volume moyen*
ANTALGIQUES NON NARCOTIQUES ET ANTIPYRETIQUES	1	3	+51%
INHIBITEURS DE LA POMPE A PROTONS (anti-ulcéreux)	2	2	+17%
INHIBITEURS DE LA HMG-CoA REDUCTASE (hypo-lipémiants)	3	1	-3%
ANTIDEPRESSEURS	4	4	-18%
ASSOCIATIONS BETA 2 STIMULANTS/CORTICOIDES, A INHALER (asthme)	5	6	+36%
INHIBITEURS AGREGATION PLAQUETTAIRE ANTAGONISTES RECEPTEURS ADP	6	7	+7%
INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION NON ASSOCIES (anti-HTA, mal. cardio-vasculaires)	7	8	+12%
ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES	8	9	+10%
THERAPEUTIQUE ANTIVARICOSIQUE	9	5	-14%
ANTI-HISTAMINIQUE SYSTEMIQUE	10	13	+25%
ANTIRHUMATISMAUX NON STERIDIENS NON ASSOCIES	11	12	+16%
NARCOTIQUES	12	18	+36%
ANTAGONISTES CALCICIQUES NON ASSOCIES (anti-HTA, maladies coronariennes)	13	10	+7%
ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II NON ASSOCIES (anti-HTA)	14	11	+4%
ANTIEPILEPTIQUE	15	15	+9%
ANTAGONISTES DE L'ANGIOTENSINE II EN ASSOCIATION (anti-HTA)	16	14	-2%
MACROLIDES ET APPARENTES (antibiotiques)	17	19	+10%
ANTIRHUMATISMAUX INHIBITEURS SPECIFIQUES DE LA COX-2	18	21	+17%
IMMUNOSUPPRESSEUR	19	23	+17%
MEDICAMENTS POUR LES TROUBLES PROSTATIQUES	20	17	+3%
PENICILLINES ORALES A LARGE SPECTRE (antibiotiques)	21	32	+60%
CEPHALOSPORINES ORALES (antibiotiques)	22	28	+26%
CORTICOIDES, A INHALER (asthme)	23	30	+40%
ANTIDIABETIQUES SULFAMIDES	24	35	+58%
TOUS AUTRES ANTINEOPLASIQUES	25	37	+67%
HEPARINES FRACTIONNEES (anti-coagulants injectables)	26	27	+5%
BETABLOQUANTS NON ASSOCIES (anti-HTA, maladies coronariennes)	27	22	-13%
GONADOTROPHINES, AUTRES STIMULANTS DE L'OVULATION INCLUS	28	25	-9%
ANTIDIABETIQUES BIGUANIDES	29	48	+59%
VASODILATEURS CEREBRAUX ET PERIPHERIQUES, ANTAGONISTES DU CALCIUM EXCLUS	30	20	-21%

Différence de montant moyen remboursé par rapport à l'ensemble du territoire de la Caisse de Lyon – Année 2004

Source : CPAM de Lyon – Traitement : ORS

* Différence observée pour chaque classe thérapeutique entre le volume remboursé par habitant sur la ville de Vaulx-en-Velin et le volume par habitant sur le territoire de la CPAM de Lyon.
Exemple de lecture : le montant moyen par personne de remboursement d'antalgiques est supérieur de 51% sur Vaulx-en-Velin par rapport à ce qu'il est sur l'ensemble de la population couverte par la CPAM de Lyon.

Trajectoires des patients hospitalisés

Selon les données d'activité hospitalière (PMSI), près de 10 400 séjours hospitaliers (hors séances) concernaient des habitants de Vaulx-en-Velin sur l'année 2002. 98% de ces séjours ont été effectués dans des établissements du département du Rhône, dont la moitié concernent 3 établissements : l'Hôpital Edouard Herriot (près du quart des séjours), la Clinique Mutualiste (17%) et l'Hôpital de la Croix-Rousse / Hôtel-Dieu (11%).

Etablissement	Commune	Nb séjours	Part
Hôp. Ed. Herriot	Lyon 3e	2 374	23,4%
Cl. Mutualiste	Vaulx/Lyon 3e	1 726	17,0%
Hôp. Cx Rousse/Hôtel-Dieu	Lyon 4e	1 065	10,5%
Cl. Tonkin	Villeurbanne	830	8,2%
Hôp. Neurologique PW	Lyon 3e	709	7,0%
Cl. Gd Large	Décines Charpieu	562	5,6%
CH Lyon Sud	Pierre-Bénite	363	3,6%
CH St Joseph St Luc	Lyon 7e	200	2,0%
Inf. Protestante	Caluire et Cuire	198	2,0%
Hôp. Debrousse	Lyon 5e	197	1,9%
Autres établissements		1 900	18,8%
Total séjours effectués dans le Rhône		10 124	100,0%

Répartition des séjours hospitaliers de la population vaudaise par établissement

Source : PMSI 2002 – Traitement : ORS

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux enfants (de 1 an à moins de 15 ans), la moitié des 927 séjours de jeunes vaudais effectués dans le Rhône en 2002 concerne trois établissements: l'**Hôpital Edouard Herriot** (plus du quart des séjours), la **Clinique Mutualiste** (16%) et l'**Hôpital Debrousse** (14%) qui est un établissement pédiatrique.

Etablissement	Commune	Nb séjours	Part
Hôp. Ed. Herriot	Lyon 3e	249	26,9%
Cl. Mutualiste	Vaulx/Lyon 3e	151	16,3%
Hôp. Debrousse	Lyon 5e	127	13,7%
Cl. Gd Large	Décines Charpieu	94	10,1%
Hôp. Neurologique PW	Lyon 3e	52	5,6%
Cl. Val d'ouest	Ecully	41	4,4%
Inf. Protestante	Caluire et Cuire	34	3,7%
Cl. Tonkin	Villeurbanne	33	3,6%
Polycl. Ste Marie-Thérèse	Bron	31	3,3%
CH Lyon Sud	Pierre-Bénite	30	3,2%
Autres établissements		85	9,2%
Total séjours effectués dans le Rhône		927	100,0%

Répartition des séjours hospitaliers de la population vaudaise de 1 à 14 ans par établissement

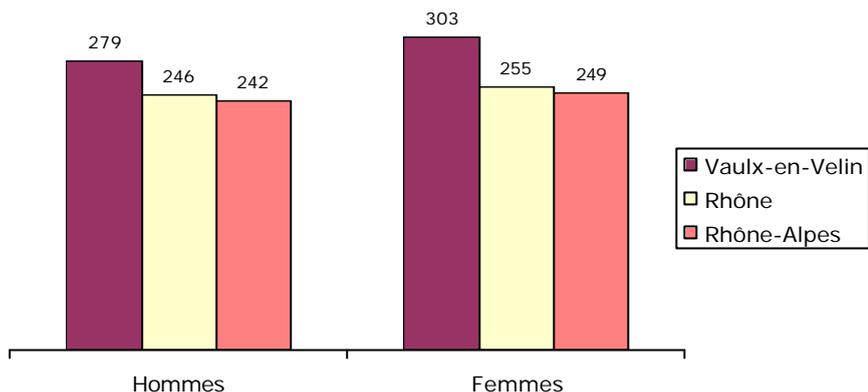
Source : PMSI 2002 – Traitement : ORS

Morbidité : les motifs d'hospitalisation

Sur l'année 2002, 4 644 séjours hospitaliers ont été effectués par la population masculine vaudaise et 5 720 par la population féminine.

L'analyse de ces données par âge met en évidence des **taux comparatifs⁶ d'hospitalisation supérieurs** pour la population vaudaise par rapport à la population du département ou de la région, chez les **hommes** (+13% par rapport au département) comme chez les **femmes** (+19%).

⁶ Il s'agit de taux recalculés en appliquant aux taux par âge observés une structure par âge fixe. Cette méthode (dite aussi de la **population type**) élimine les effets de la structure par âge et permet des comparaisons entre populations de structure d'âge différente.



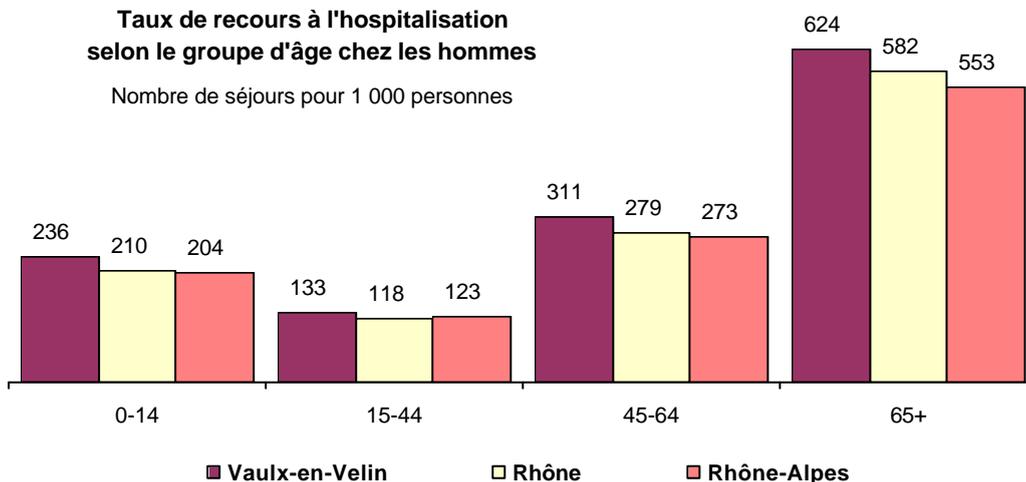
Taux comparatifs d'hospitalisation par sexe (nb de séjours pour 1 000 habitants)

Source : PMSI 2002 – Traitement : ORS

Cette différence se retrouve **sur toutes les tranches d'âge, excepté chez les jeunes adultes hommes (15-44 ans).**

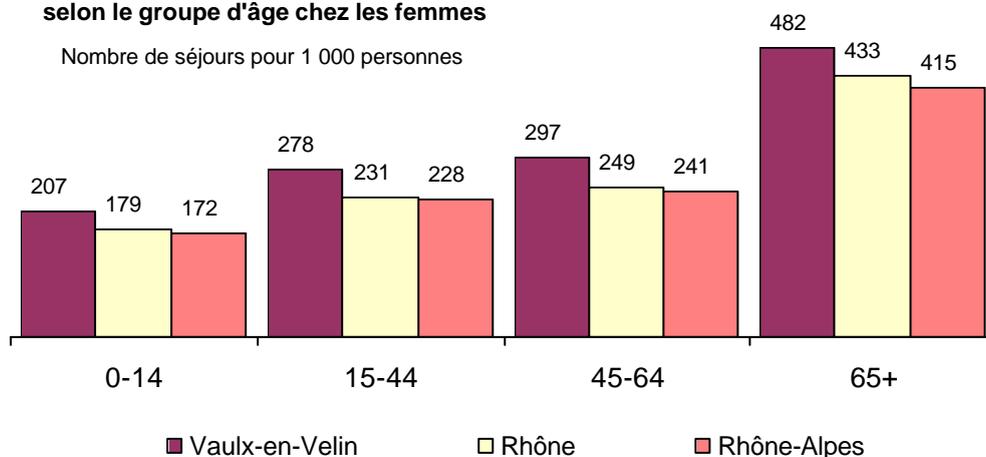
Taux de recours à l'hospitalisation selon le groupe d'âge chez les hommes

Nombre de séjours pour 1 000 personnes



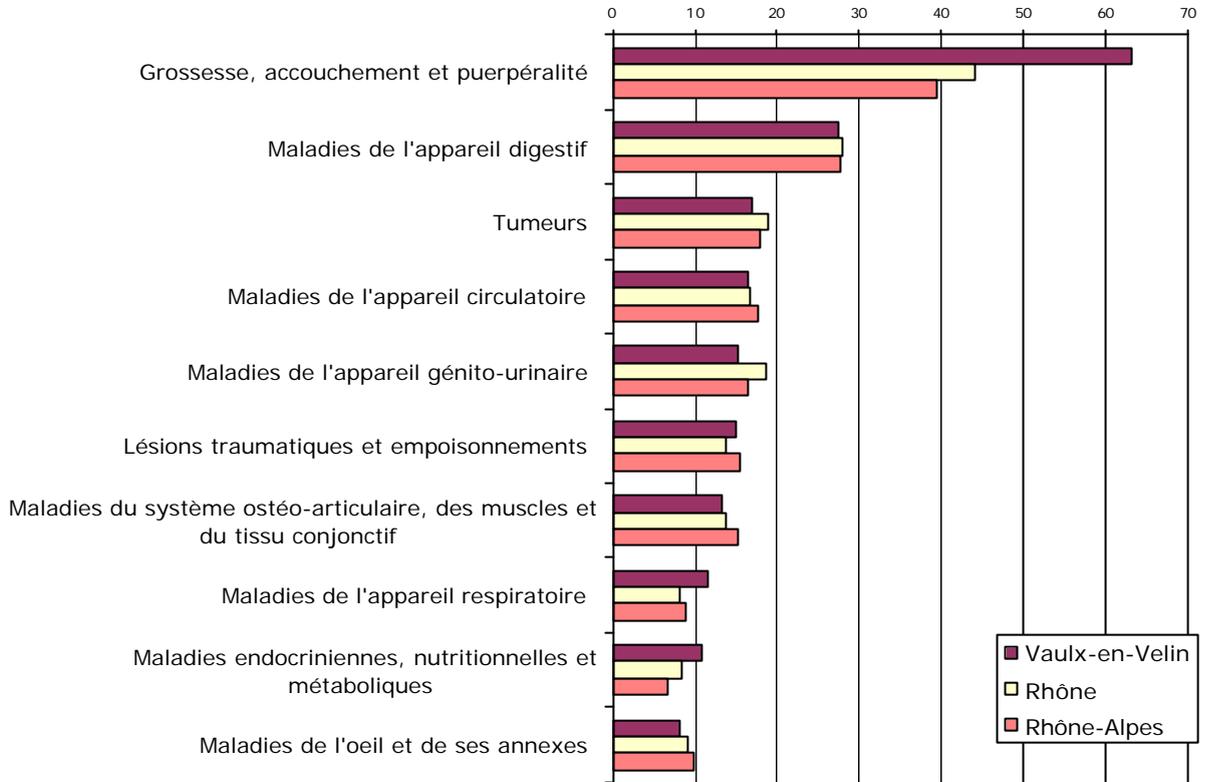
Taux de recours à l'hospitalisation selon le groupe d'âge chez les femmes

Nombre de séjours pour 1 000 personnes



Le taux d'hospitalisation supérieur observé sur cette même tranche d'âge (15-44 ans) chez les **femmes** vaudaises est en partie lié à l'activité obstétricale, effet d'une fécondité supérieure comme l'illustre l'analyse des taux d'hospitalisation par grands motifs d'hospitalisation (cf. *graphique, ci-après*).

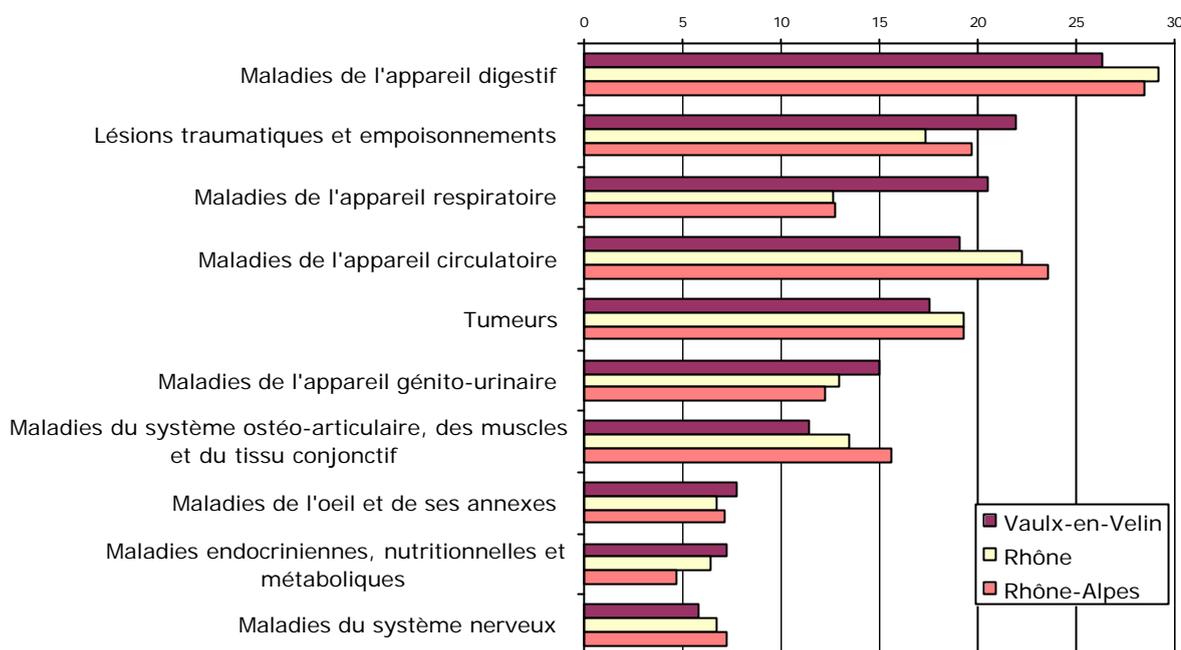
Outre l'activité obstétricale, on met en évidence des taux d'hospitalisation supérieurs chez les **femmes vaudaises** pour **les maladies de l'appareil respiratoire** et les **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** et des taux inférieurs pour les pathologies tumorales.



Taux comparatifs d'hospitalisation selon les 10 premiers motifs d'hospitalisation chez les femmes (nb de séjours pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2002 – Traitement : ORS

Pour les **hommes**, on retrouve des taux supérieurs pour les **maladies respiratoires**, les maladies de **l'appareil génito-urinaire**, les **maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques** et les **traumatismes** (par rapport au département). Les taux sont inférieurs pour les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil digestif et les pathologies tumorales.



Taux comparatifs d'hospitalisation selon les 10 premiers motifs d'hospitalisation chez les hommes (nb de séjours pour 1 000 personnes)

Source : PMSI 2002 – Traitement : ORS

Morbidité : les bénéficiaires d'une exonération au titre d'une Affection de Longue Durée

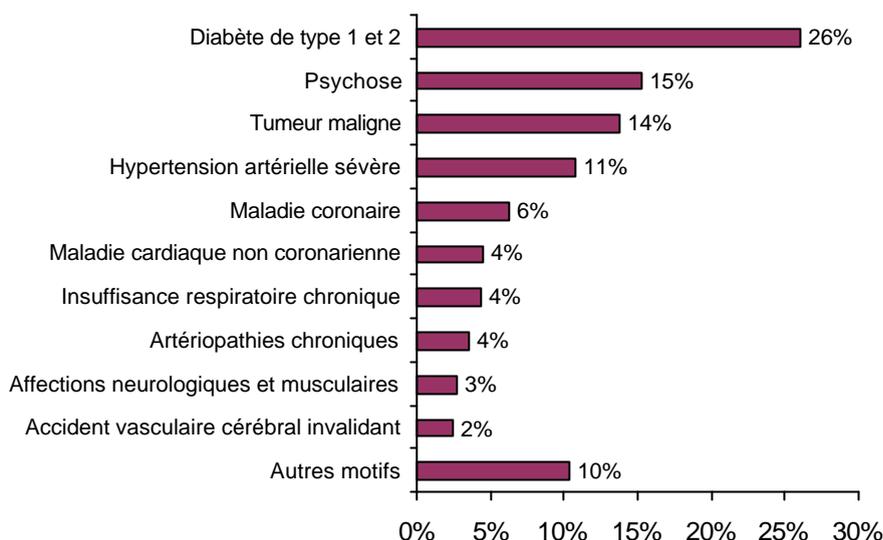
Les Affections de Longue Durée sont des pathologies qui, du fait de leur gravité ou de la lourdeur de leur prise en charge, font l'objet d'une exonération du ticket modérateur (prise en charge à 100% des soins par l'Assurance Maladie).

Le taux de bénéficiaires d'ALD reflète l'état de santé de la population mais dépend également de la situation sociale (à état de santé équivalent, le recours à une exonération est d'autant plus élevé que la situation économique est délicate) et de l'accès et du recours aux soins.

Les taux présentés ici sont standardisés pour éliminer l'effet de la structure d'âge de la population.

En 2004, **5 736 personnes** bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sur la ville de Vaulx-en-Velin, soit un taux brut de **12% de la population** ressortissante du régime général de l'Assurance Maladie proche de celui de l'ensemble de la circonscription de Lyon (11%).

Les **maladies diabétiques** représentent plus du quart des causes d'ALD sur la ville de Vaulx-en-Velin et deux tiers des ALD sont représentées par le diabète, les psychoses, les pathologies tumorales et l'hypertension artérielle.



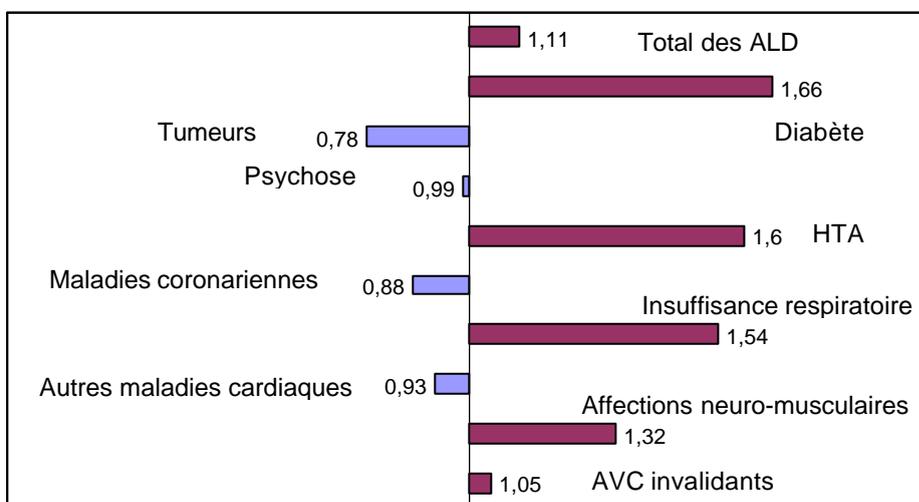
Répartition des ALD selon le motif pour la population de Vaulx-en-Velin (2004)

Source : CPAM de Lyon – Traitement : ORS.

A structure d'âge égale, le nombre de bénéficiaires est de **11% plus élevé** parmi la population de Vaulx-en-Velin (Indice comparatif de 1,11).

L'analyse selon le motif d'ALD fait apparaître des situations très diverses selon les pathologies. Ainsi, on observe :

- Une surprévalence importante de la **pathologie diabétique (+66%)**, de **l'hypertension artérielle (+60%)** et des **affections respiratoires (+54%)** ;
- Et au contraire une prévalence plus faible des **pathologies tumorales (-22%)**.



Indice comparatif de prévalence d'exonération au titre d'une ALD, selon le motif d'ALD (2004)

Source : CPAM de Lyon – Traitement : ORS.

Les motifs d'ALD dont la prévalence est plus forte à Vaulx-en-Velin sont représentés à la droite de l'axe central et les motifs de plus faible prévalence à gauche.

Données de mortalité

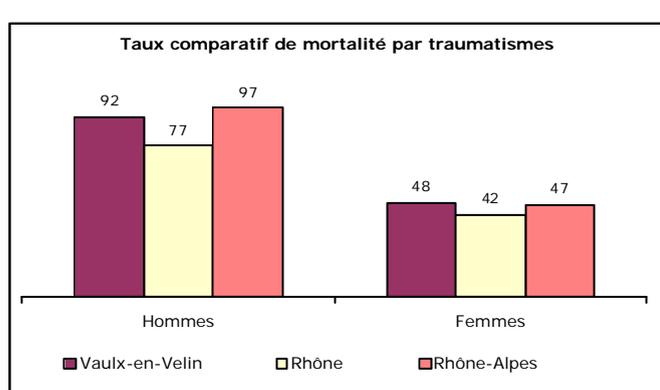
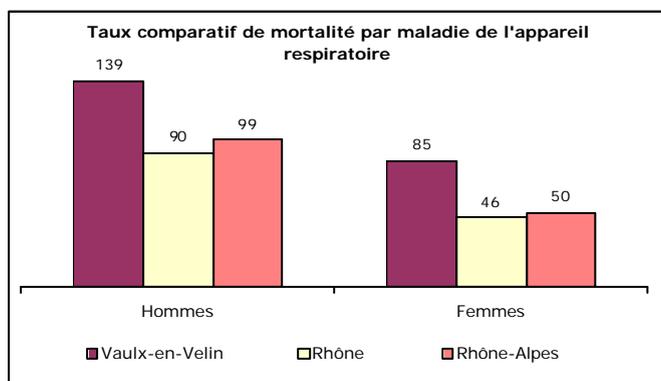
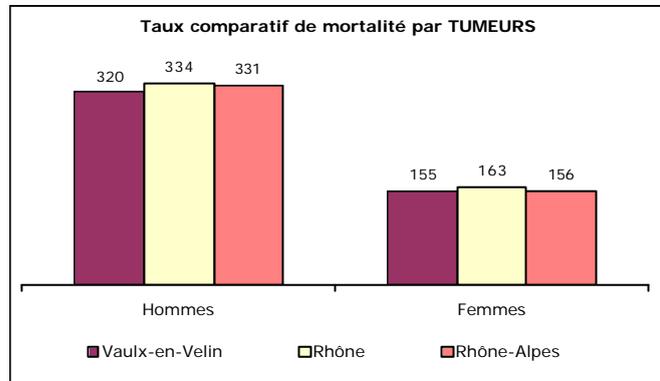
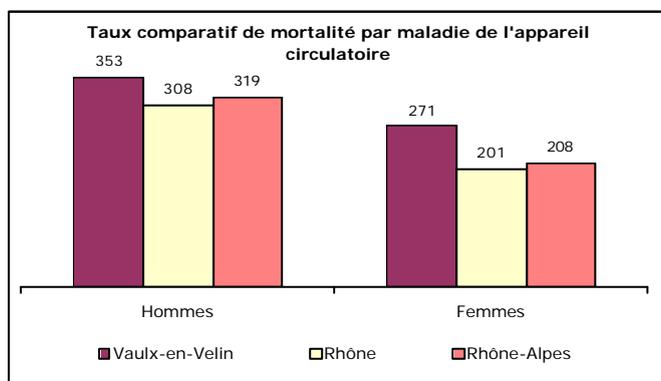
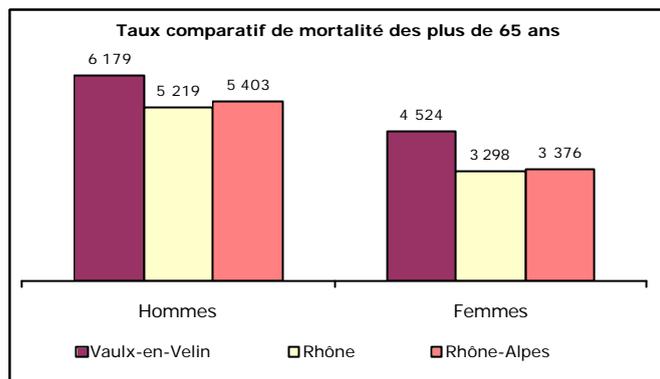
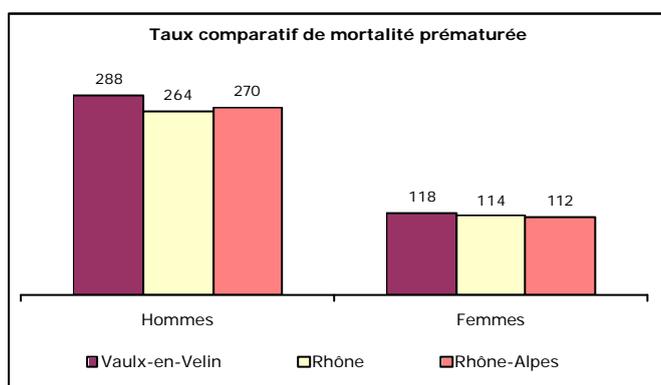
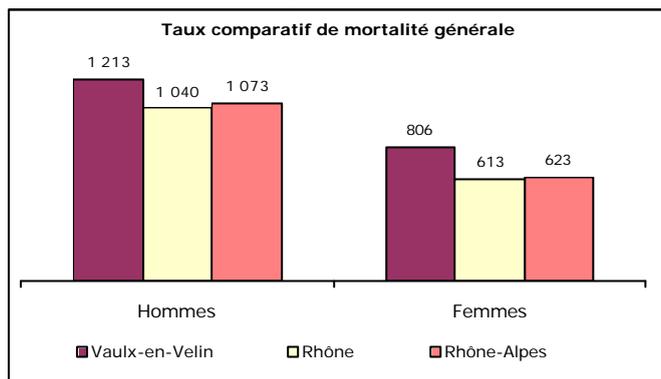
L'analyse des données de mortalité sur une période de 5 ans met en évidence une **surmortalité** parmi la population vaudaise par rapport aux populations départementales et régionales qui se retrouve :

- Pour les deux sexes, mais de manière **plus significative chez les femmes** (+31% par rapport au département contre +16% pour les hommes) ;
- Essentiellement sur la mortalité **après 65 ans** (+37% chez les femmes et +18% chez les hommes) ;
- Fortement sur les **maladies de l'appareil respiratoire** et, de manière plus modérée, sur les **maladies cardio-vasculaires**, alors qu'on observe une mortalité équivalente pour les traumatismes et une sous-mortalité pour les tumeurs.

(cf. graphique page suivante)

Taux comparatifs de mortalité générale, par âge (avant et après 65 ans), par causes de décès (1995-1999)

Source (Inserm CépiDc – Traitement : ORS)



CHAPITRE II

L'ENQUETE QUANTITATIVE

AUPRES DES JEUNES SCOLARISES

Pour recueillir des éléments d'information sur la santé des jeunes en complément des indicateurs (chap. I) et des éléments qualitatifs (chap. III), une enquête par questionnaire a été menée sur un échantillon de jeunes élèves d'établissements scolaires vaudais en mai 2005.

Methodologie

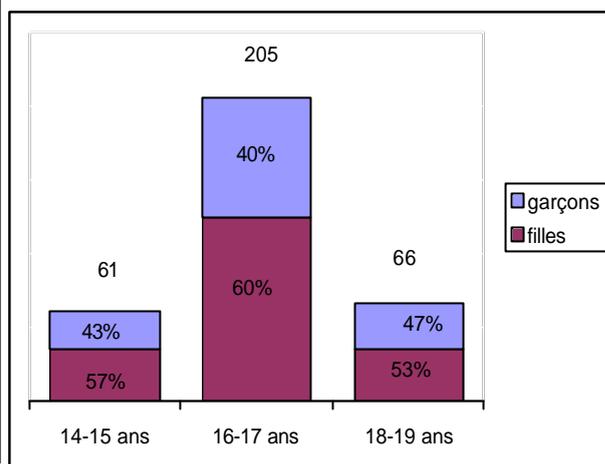
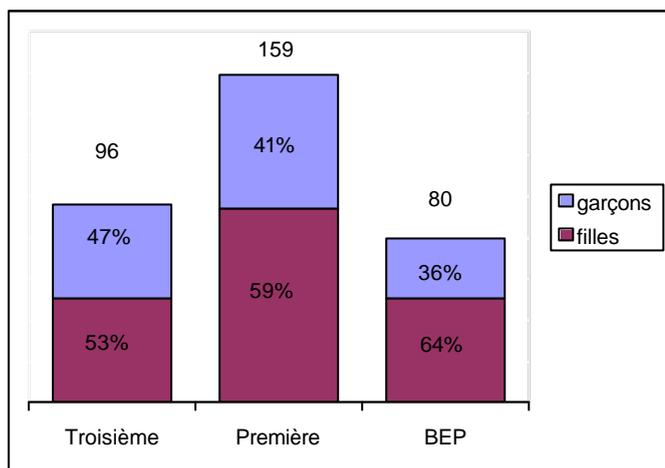
Enquête par questionnaire auto-administré auprès de 3 groupes de jeunes :

- les élèves de 3^{ème} d'un collège,
- les élèves de 1^{ère} d'un lycée d'enseignement général,
- les élèves de BEP d'un lycée professionnel.

Le questionnaire explorait les domaines de l'état de santé ressenti, de l'alimentation, du recours au système de soins, des consommations (alcool, tabac, ...) et des conduites à risques. Dans l'optique d'établir des comparaisons il a été construit à partir d'outils utilisés pour différentes enquêtes nationales référencées ci-dessous :

- Baromètre santé jeunes 97/98 (CFES). Enquête nationale par téléphone auprès d'une population de 12 à 18 ans ;
- Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans. Escapad 2001 (OFDT). Enquête nationale réalisée lors des JAPD ;
- Regard sur la fin de l'adolescence. Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000 (OFDT). Enquête nationale réalisée lors des JAPD ;
- Le surpoids et l'obésité en France. Enquête nationale Obépi 2000. INSERM, Institut Roche de l'Obésité, SOFRES ;
- Santé, soins et protection sociale en 2002, Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) France 2002 CREDES. Sous-groupe des 16-19 ans.

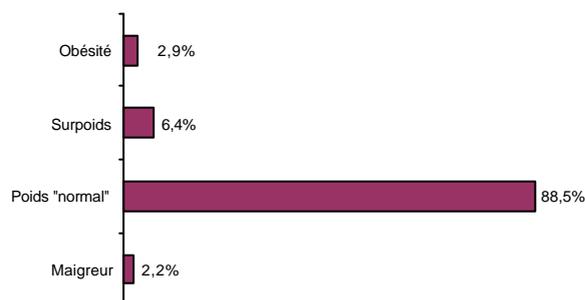
348 questionnaires ont été collectés et 335 analysés (1 non-interprétable et 12 hors critères). Une petite moitié de ces questionnaires (48%) provient des classes de 1^{ère}, 29% des 3^{èmes} et 24% des BEP. Si le sex-ratio est équilibré en 3^{ème}, on compte 6 filles sur 10 élèves en 1^{ère} et 2 sur 3 en BEP. Sur l'ensemble, on compte 42% de garçons et 58% de filles. L'âge moyen des élèves est de 15,3 ans [14-16] en 3^{ème}, 16,9 ans [15-19] en BEP, de 17,2 ans en 1^{ère} [16-19] et de 16,6 ans pour l'ensemble. Plus de 6 répondants sur 10 ont 16-17 ans.



► Alimentation – Pratique sportive

Des jeunes avec une tendance au surpoids, des filles ayant une image corporelle déformée à l'excès

Selon le statut pondéral calculé à partir de l'indice de masse corporelle (IMC = poids/taille²), **9% des élèves présentent un excès pondéral** (surpoids + obésité), 11% chez les garçons et 8% chez les filles.



Répartition des différents statuts sur l'ensemble

Les taux par **tranche d'âge** sont supérieurs (non significativement) à ceux retrouvés dans l'enquête nationale Obépi 2000. Comme dans cette étude, on retrouve la prévalence plus forte chez les garçons et l'abaissement avec l'âge.

Proportion de jeunes en excès pondéral par âge, en fonction d'Obépi 2000

	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans-19 ans
Etude Vaulx (%)	17,2	6	8,4	8,8	
Obépi 2000	10,1	8,4	4,8	6,5	

Une **petite moitié (47%) se trouve dans le bon poids** (59,6% pour le Baromètre Santé). C'est le cas pour près de 2 garçons sur 3 (62%) contre seulement 1 fille sur 3 (36%). Chez celles-ci la vision est négative dans le sens de l'excès (près d'1 sur 2 se trouve trop grosse). Ce phénomène est retrouvé dans l'étude Baromètre Santé (BS) mais est accentué à Vaulx-en-Velin.

On souligne que 77% des jeunes qui se trouvent trop gros sont de statut pondéral normal. Cette distorsion de perception avec une vision négative concerne essentiellement les filles.

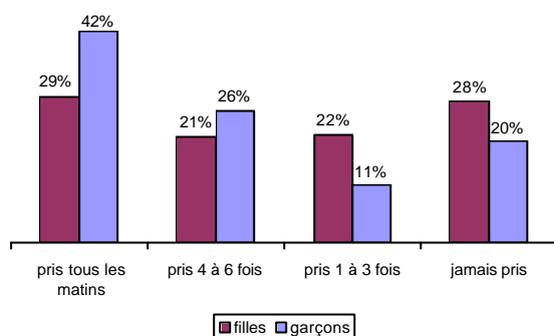
Des rythmes alimentaires perturbés

Petit déjeuner : en moyenne, les jeunes vaudais ont pris **4 petits déjeuners lors des 7 derniers jours. Un quart n'a pris aucun petit déjeuner (25%)** et un tiers (35%) tous les jours.

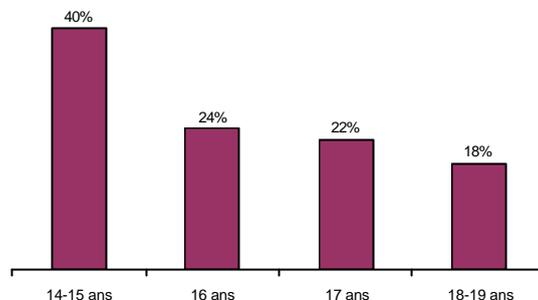
Dans l'étude nationale Baromètre Santé ces chiffres étaient respectivement de 7% et 65%.

Parmi les élèves vaudais, les filles ont plus tendance à « sauter » le petit déjeuner de même que les plus jeunes (*répartitions non observées dans le Baromètre Santé*).

Répartition selon le nombre de petits déjeuners pris sur les 7 derniers jours et le sexe



Taux d'élèves n'ayant pris aucun petit déjeuner dans les 7 derniers jours, selon l'âge



Déjeuner - Dîner : pour les autres repas, 17% des jeunes vaudais ont pris moins de 6 déjeuners lors des 7 derniers jours (6% dans le Baromètre) et 26% moins de 6 dîners.

En ce qui concerne le déjeuner, 84% des repas sont pris au domicile et seulement 10% à la cantine (alors que la répartition est proche de l'équilibre pour les élèves de l'enquête nationale : 49 et 40%).

La fréquentation des restaurants et cafés (5%) augmente avec l'âge.

Une pratique sportive importante en dehors de l'école

Sur l'ensemble, 19% disent ne pas avoir pratiqué de sport dans les sept derniers jours, ce qui est un peu plus élevé que la référence BS (14%) mais la moyenne globale de pratique est de 5h15mn tous élèves confondus, soit un quart d'heure de plus que la moyenne nationale (BS). Les garçons et les collégiens sont ceux qui pratiquent le plus.

Ce temps moyen se découpe en 3 tiers équivalents entre l'école, les clubs et les cadres informels. Dans l'enquête nationale, la pratique scolaire est plus importante et la pratique informelle deux fois plus réduite.

► Etat de santé général

Un ressenti plus maussade

Les trois quarts des élèves (74%) jugent leur santé satisfaisante, 20% moyenne et 6% médiocre. Cette vision est moins positive que celle d'une enquête nationale (ESPS, respectivement 87%, 13% et 1%).

Ce sont les **filles** qui ont un ressenti santé de moins bonne qualité. Concernant les classes, les élèves de BEP se sentent en meilleure santé que ceux du lycée général et du collège.

Troubles du sommeil, fatigue et déprime plus marqués surtout chez les filles

Deux élèves sur 3 (66%) déclarent avoir eu «un peu» (43%) ou «beaucoup» (23%) de problèmes de sommeil au cours des huit derniers jours. Ces chiffres sont très supérieurs aux données du Baromètre Santé où 37% des jeunes déclarent avoir eu des problèmes de sommeil (29% : un peu, et 8% : beaucoup).

Comme dans le Baromètre Santé, ces troubles sont plus fréquents chez les filles (72% contre 59% des garçons) et augmentent avec l'âge (59% à 14-15 ans, 71% à 18-19 ans).

Sur cette même période, 85% des élèves de Vaulx interrogés disent avoir été fatigués (68% dans le BS) et surtout, parmi ces élèves, 44% disent avoir été très fatigués (contre seulement 18%

dans le BS). Comme dans ce dernier ce sont surtout les filles qui se disent très fatiguées. On n'observe pas de variations avec l'âge ou la classe.

Près d'1 élève sur 2 (49%) déclare avoir été déprimé ou triste (57% des filles, 29% des garçons) contre 1 sur 3 dans le BS (30%).

► **Recours aux soins**

Médicaments

28% disent avoir consommé des médicaments dans les dernières 24 heures (33% des filles et 20% des garçons), chiffre supérieur aux 21% de l'étude nationale ESPS. La consommation augmente avec l'âge.

Des consultants moins nombreux mais un nombre de consultations plus important

4 élèves sur 10 ont déjà consulté auprès d'un médecin ou d'une infirmière scolaires dans les 12 derniers mois, plus les filles (45%) que les garçons (31%). Ce taux est inférieur au BS où 58% ont rencontré ces personnes. Un élève de 1^{ère} sur 4 (26%) consulte contre 1 sur 2 en collège et en BEP. Dans le BS, le nombre moyen de consultations par jeune consultant est de 2,4 ; il est de **4,3** à Vaulx-en-Velin. **Le nombre de consultants est donc inférieur mais le nombre de consultations est plus important.**

Ce même phénomène est retrouvé pour les consultations de **médecins généralistes** : 70% en ont consulté un dans les douze dernier mois contre 88% pour le BS alors que le nombre moyen de consultations est de 4,2 contre 3,7. 9 élèves sur 10 ont un médecin généraliste habituel.

4% des élèves ont consulté un **psychiatre ou psychologue** dans l'année passée (5% dans le BS).

Seules 7% des jeunes filles ont eu une consultation auprès d'un gynécologue contre 26% pour ESPS et 21% pour le BS (2% des collégiennes, 9% pour les 1^{ères} et 10% pour les BEP).

9 élèves sur 10 (**93%**) ont consulté un dentiste au cours de leur vie et 68% au cours des 12 derniers mois, chiffres équivalents au BS.

Concernant les **douleurs dentaires** et sachant qu'un grand nombre de réponses positives correspondent à des douleurs liées à un appareil dentaire ou à une opération des dents de sagesse, **une petite moitié** dit avoir souffert des dents dans les douze derniers mois. **La solution : le dentiste** pour 60% d'entre eux suivi de « rien et j'attends » pour 28% et 11% prennent des médicaments et attendent.

► **Les consommations de substances psychoactives : une consommation déclarée inférieure aux enquêtes en population générale (17-19 ans) ⁷**

Tabac

Une petite moitié de l'ensemble des élèves dit avoir déjà fumé du tabac (51% des filles et 47% des garçons). Ils sont **70%** à 18 ans (73% des garçons et 65% des filles), taux inférieur aux 80% de l'enquête ESCAPAD réalisée auprès des jeunes de 18 ans.

Les fumeurs représentent, selon les déclarations, 11% des collégiens, 14% des élèves de 1^{ère} et 25% des élèves de BEP, chiffres qui sont significativement inférieurs aux données d'enquête nationales (BS, ESCAPAD). Contrairement aux autres enquêtes les filles sont plus concernées que les garçons.

De même l'âge moyen de début est plus élevé dans notre échantillon que dans l'enquête ESCAPAD (14,4 ans contre 13,7) et est plus bas chez les filles.

⁷ Pour permettre des comparaisons avec les données de l'enquête ESCAPAD réalisée auprès des jeunes de 18 ans lors des JAPD (Journées d'Appel de Préparation à la Défense) et portant sur les consommations addictives, le groupe des 17-19 ans sera plus particulièrement étudié dans ce chapitre.

Alcool

La moitié des élèves déclare avoir déjà touché à l'alcool dans sa vie (50%), et notamment 55% des 17-19 ans, chiffre très inférieur à l'enquête ESCAPAD (92%). Parmi les 17-19 ans, un quart (24%) a consommé de l'alcool plus de 3 fois au cours du dernier mois (contre 40% dans ESCAPAD).

Sur cette même tranche d'âge, **un tiers (31%)** déclare avoir été ivre au cours des douze **derniers mois contre la moitié** dans l'étude ESCAPAD 2001.

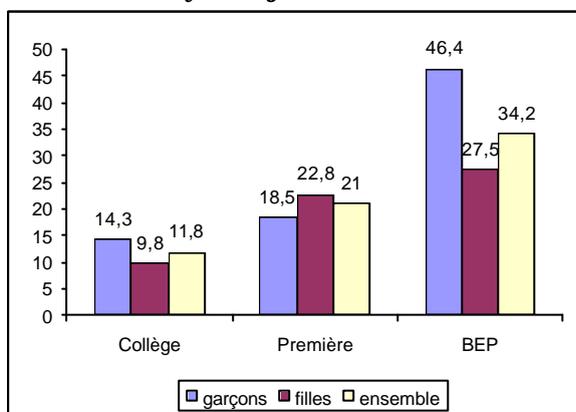
L'âge moyen de la première ivresse est de 15 ans et demi, pour les garçons et les filles, chiffres retrouvés dans l'enquête ESCAPAD.

Cannabis

Un élève de notre échantillon sur 5 (22%) dit avoir déjà consommé du cannabis et 1 élève de 18 ans sur 3 (32%).

Dans l'enquête ESCAPAD, la consommation de cannabis a déjà concerné la moitié des jeunes (45% des filles et 56% des garçons).

Part des élèves ayant déjà consommé du cannabis en fonction du sexe et de la classe (%)



Parmi l'ensemble des élèves, 11% ont consommé du cannabis de manière occasionnelle (1 seule prise ou moins de 10 par an), 8% de manière répétée (jusqu'à 10 prises par mois) et 2% en usage régulier ou intensif (plus de 10 usages au cours du dernier mois).

Pour le groupe des 17-19 ans, l'augmentation s'observe au niveau des usages occasionnels (14%) et répétés (11%). Si la prévalence de la consommation augmente avec l'âge, il semble que les consommations les plus élevées ne concernent pas préférentiellement les plus âgés de notre échantillon.

L'âge déclaré moyen de début de consommation est de 15,3 ans pour les garçons et 15,5 ans pour les filles (équivalents aux données d'ESCAPAD).

Autres produits psychoactifs

Les niveaux de consommations des autres produits psychoactifs sont équivalents à ceux observés dans l'enquête ESCAPAD.

Consommation de substances (au moins une fois) dans l'enquête Vaulx et ESCAPAD 2001

	Echantillon Vaulx (tous âges)	Echantillon Vaulx (17-19ans)	Filles ESCAPAD	Garçons ESCAPAD
Médicaments psychotropes*	21%	21%	31%	12%
Champignons hallucinogènes	<1%	<1%	2,5%	7%
Poppers	1%	2%	3%	6%
Produits à inhaler	4%	4%	4%	6%
Ecstasy	<1%	<1%	3%	5%
Amphetamines	<1%	1%	1%	2,5%
LSD	<1%	<1%	1%	2%
Crack	<1%	<1%	<1%	1%
Cocaïne	<1%	<1%	1%	2,5%
Héroïne	<1%	1%	<1%	1%

* En ce qui concerne la consommation de **médicaments psychotropes**, il existe une différence sexuelle significative puisque 12% des garçons en ont déjà consommé contre 27% des filles. Pour ces produits, 1 fille sur 6 (17%) en a consommé au cours des 30 derniers jours (7% des garçons), dont 7% de manière répétée ou régulière. Les consommations répétées d'autres produits sont exceptionnelles dans l'échantillon d'élèves vaudais.

► Prises de risques – idées suicidaires

De nombreux jeunes vaudais considèrent prendre des risques dans leur vie de tous les jours. C'est le cas de 27% des garçons de notre échantillon et de 21% des filles, chiffres significativement supérieurs à ce que l'on retrouve dans les enquêtes de type Baromètre Santé (19% pour les garçons et 11% pour les filles).

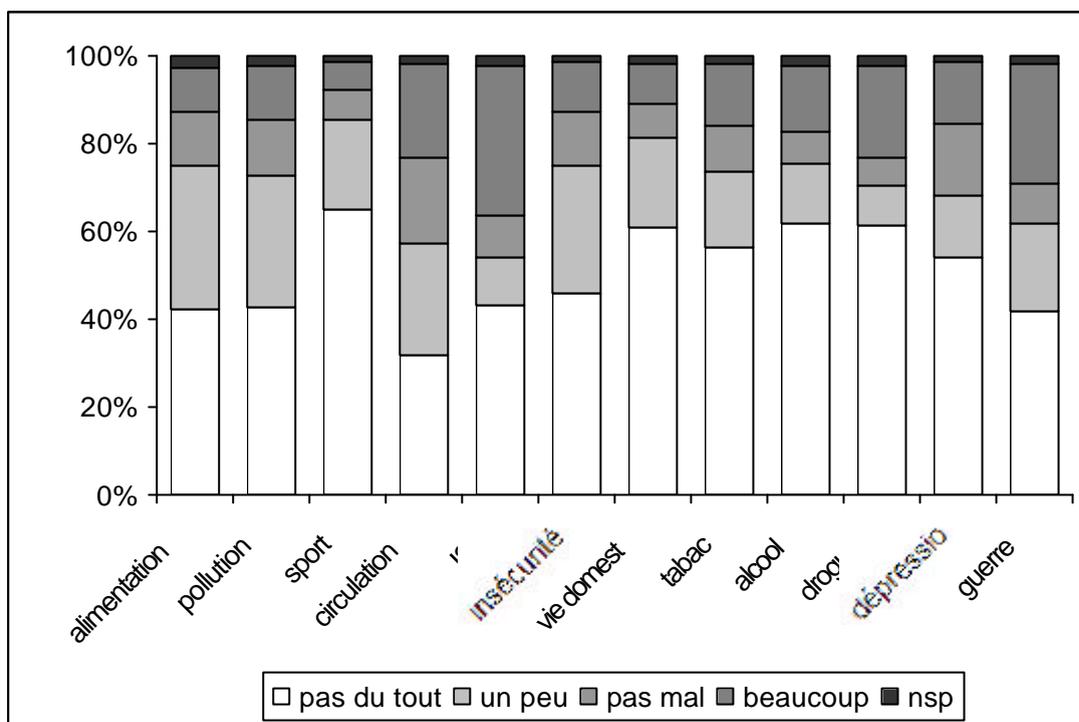
On constate que la notion de prise de risques est plus présente chez les fumeurs et augmente avec le niveau de tabagisme. Cette association est moins retrouvée avec l'alcool et très peu avec le cannabis qui semble ainsi plus banalisé en termes de risques pour la santé.

22% des garçons et 14% des filles ont subi une **hospitalisation pour cause d'accident**.

Au cours des douze derniers mois, 30% des élèves ont participé à une bagarre, 5% ont été victimes d'une agression et 11% menacés.

Motifs d'inquiétude

Les craintes les plus importantes (« beaucoup » et « pas mal ») concernent les **Infections Sexuellement Transmissibles (IST)**, les **accidents de la circulation**, **la guerre et la dépression**. On note que les drogues n'apparaissent pas comme un des principaux motifs de craintes.



Idées suicidaires

Un garçon sur 10 (10%) et 16% des filles déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (respectivement 8 et 14% dans le Baromètre Santé).

Ces idées concernent 18% des collégiens, 13% des élèves de 1^{ère} et 10% des élèves en BEP et sont plus fréquentes chez **les fumeurs de tabac, de cannabis et les consommateurs d'hypnotiques** et d'alcool. Ainsi, pour le tabac, 2 fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour sur 3 déclarent avoir pensé au suicide lors des 12 derniers mois.

Le statut pondéral, et plus encore l'image corporelle, semblent également associés à ces idées suicidaires. Elles concernent 12% de ceux qui se trouvent dans le bon poids contre 22% parmi ceux qui se trouvent franchement trop gros. **Comme dans les données du Baromètre Santé, 4 jeunes sur 10 qui ont eu** des idées suicidaires en ont parlé (1 fille sur 2 et 1 garçon sur 5) et ce, essentiellement avec des amis (90% des cas) et 5% avec l'infirmière scolaire ou un autre adulte.

7% des garçons et 8% des filles déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide, ce qui apparaît supérieur aux données du Baromètre Santé (respectivement 2% et 5%).

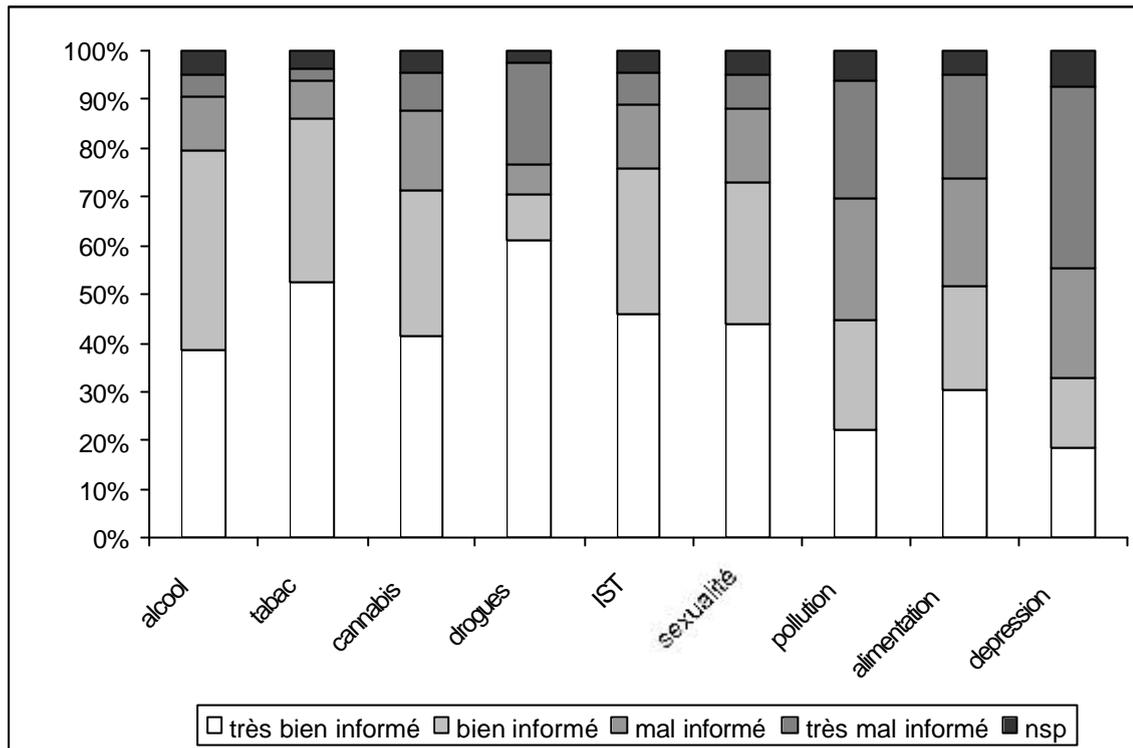
Cela concerne 5% des collégiens ou des élèves de BEP et 9% des 1^{ères}.

Les facteurs associés sont les mêmes que pour les idées suicidaires.

Des jeunes plutôt bien informés

Pour la majorité des grands thèmes, les jeunes se disent bien, voire très bien informés. Les sujets éventuels qui mériteraient plus d'informations semblent être : **la pollution, l'alimentation et surtout la dépression.**

Qualité de l'information (selon les élèves) selon différents thèmes



CONCLUSION

Si la faiblesse relative de l'échantillon (335 répondants répartis sur 3 niveaux) limite la portée de certains constats, plusieurs enseignements peuvent être mis en avant par le biais de cette enquête en comparaison avec d'autres enquêtes nationales ou régionales.

Il faut cependant souligner que ces résultats ne sont que le reflet de la population scolarisée et ne peuvent, notamment pour les tranches d'âge les plus élevées (en 1^{ère} et en BEP), être généralisés à l'ensemble de la population des jeunes vaudais. L'enquête n'inclut en effet pas les jeunes déscolarisés, dont on peut penser que les comportements et l'état de santé sont en moyenne moins favorables, et peut présenter une situation plus favorable que celle de l'ensemble de la population des jeunes vaudais.

L'enquête permet de tirer quelques enseignements

Sur l'alimentation, l'**excès pondéral semble plus prévalent** et les filles n'ont pas une très bonne **image corporelle** d'elles-mêmes en se trouvant en excès pondéral à l'excès. Les **rythmes alimentaires** semblent également plus perturbés avec une fréquence importante de repas sautés chez ces jeunes qui utilisent très peu la restauration scolaire.

A l'inverse, les jeunes vaudais ont une **pratique sportive importante**, essentiellement en dehors de l'école.

Le jugement porté sur **leur santé** est moins favorable que ce que l'on retrouve habituellement et ils présentent plus de troubles fonctionnels comme les troubles du **sommeil** ou la **fatigue**.

Le **recours aux soins auprès des professionnels de santé** est moins répandu, tout particulièrement auprès des gynécologues pour les jeunes filles, mais les suivis mis en place apparaissent plus importants.

En ce qui concerne les **consommations de tabac, d'alcool ou de cannabis**, elles semblent moins importantes que ce qui est retrouvé dans d'autres enquêtes réalisées auprès de populations de jeunes.

Cependant les jeunes vaudais considèrent prendre des **risques** dans leur vie de tous les jours. Ils ont par ailleurs **des idées suicidaires plus fréquentes** et ont fait davantage de tentatives de suicide. Une association est notée entre ces éléments et la consommation de tabac et de médicaments psychotropes.

La **dépression** est d'ailleurs une crainte bien présente dans le groupe et les informations apportées aux jeunes à ce sujet sont insuffisantes à leurs yeux. Les accidents de la circulation et les infections sexuellement transmissibles représentent les autres principaux motifs de craintes alors que l'alimentation et la pollution sont les autres thèmes sur lesquels ils jugent être mal informés. En accord avec les niveaux de consommations, les drogues ne sont pas considérées comme un motif important d'inquiétude.

CHAPITRE III

L'ENQUETE QUALITATIVE

Méthodologie

1 - LES DONNEES UTILISEES POUR L'ENQUETE QUALITATIVE

1.1 Les entretiens avec les personnes ressources et les habitants

L'étude a été réalisée selon les méthodes d'enquête qualitative, au travers d'entretiens individuels et collectifs et d'observation sur le terrain.

37 entretiens ont ainsi été réalisés auprès de **80 personnes ressources** (entretiens individuels ou collectifs), et **6 groupes d'habitants** ont été rencontrés lors de discussions de groupe, soit **42 habitants**.

Au total **plus d'une centaine de personnes** ont été rencontrées qui se répartissent comme suit :

Primo-arrivants:

- ASSFAM (Mme Reeb et collaboratrice assistante sociale),
- Forum Réfugiés (Mme Desroche et collaborateur),
- CIMADE (Mme Rabourdin),
- 1 groupe de femmes somaliennes (9 femmes).

Enfants de 6 à 16 ans:

- Lieu Ecoute Adolescents (Mme Oddou) ;
- Clinique de l'Union – Service de pédiatrie (Dr Betend) ;
- Lycée professionnel Les Canuts (M. Folliet, Proviseur, Mme Bousson, Infirmière Scolaire, Mme Missoum, Assistante Sociale) ;
- Lycée Général Doisneau (Mme Wurtz, Infirmière Scolaire) ;
- Collège Barbusse (Mme Titem, Infirmière Scolaire) ;
- CMP enfants (Dr Slama) ;
- PMI (Dr Schwander) ;
- 1 groupe d'infirmières scolaires de Vaulx-en-Velin (8 personnes).

Personnes en insertion:

- ADSEA (Mme Roberto),
- SLEA (Mme Moine et équipe d'éducateurs – 6 personnes),
- CCAS (Mme Baradat),
- Mission Locale (Mmes Faure, Marcoccia, Béraud),
- PLIE (9 personnes, dont Mme Nekaa),
- Objectif formation (M. Potier, Directeur, Mme Lacombe, Directrice Adjointe, infirmière),
- Maison Saint-Bruno (M. Doxin, Directeur, M. Poupon, Régisseur),
- Ecole Boisard (M. Bruchon, Directeur),
- CDHS (Mme Ussel),

- 1 groupe de jeunes suivis par l'ADSEA (2 personnes),
- 1 groupe de jeunes suivis par la Mission Locale (7 personnes),
- 1 groupe d'hommes en insertion au Relais Santé Mutualité (6 personnes).

Femmes, jeunes filles et familles monoparentales :

- Antenne CAF (Mmes Frumillon et Bourgeat) ;
- Centre Social Lévy (M. Lehrman et Mme Venet) ;
- Centre Social Peyri (Mme Benamar) ;
- Maison de la Justice et du Droit (M. Malettras) ;
- Canal Solidarité (Mme Madoui) ;
- Relais Santé Mutualité (Mme Achkouk) ;
- CPEF (équipe : 5 personnes) ;
- Clinique de l'Union – Service maternité (Cadre Surveillante sages-femmes : Mme Herriche) ;
- Association Femmes Solidaires (Mme Lévêque et collaboratrice) ;
- 1 groupe de femmes à Canal Solidarité (6 personnes) ;
- 1 groupe de femmes au local Relais Santé (12 personnes).

Ressources pour tous publics :

- Centre Jean Goulard (Mme Faure),
- Médecin généraliste (Dr Bollier – 2 entretiens),
- Médecin généraliste (Dr Deléaz),
- Médecin généraliste (Dr Laroque),
- Médecin généraliste (Dr Rachid),
- Dentiste (Dr Degout),
- CMP Adultes (Dr Pacaut et équipe),
- GPV (Mme Cecchini),
- OPAC de Villeurbanne (M. Chenel),
- Infirmière libérale (Mme Rezaigue).

1.2 L'observation de terrain

L'observation de terrain a été menée au travers de l'utilisation systématique des transports en commun sur Vaulx-Nord et Vaulx-Sud ainsi que par l'utilisation de différents commerces et services (boulangeries, pharmacies, Casino du Grand Vire, poste du centre ville). Ce type d'observation permet à la fois de saisir quelques éléments du « climat » qui règne dans les espaces publics (comportements des personnes dans les transports en communs, les jardins, les commerces) mais également de repérer comment les habitants sont perçus par les commerçants, les agents de services publics et comment ces derniers se positionnent face à leurs clients ou usagers.

Par ailleurs le fait de réaliser tous les déplacements à pied ou en transports en commun permet de mieux comprendre les contraintes de déplacements des habitants (qui, pour un certain nombre, n'ont pas les moyens d'avoir un véhicule personnel) et également de mieux repérer les différents espaces, les « quartiers », les distances...

Une visite spécifique des différents quartiers de Vaulx-Sud a été effectuée grâce à Mme Roberto de l'ADSEA.

Enfin nous avons pu assister à la conférence « Femmes et santé » qui a eu lieu au Centre Social du Grand Vire le 8 mars 2005 (Journée de la Femme).

2 - LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE QUALITATIVE (mars 2005 à juillet 2005)

2.1 Des personnes ressources mobilisées et intéressées par le diagnostic, qui sont déjà dans une démarche de « veille » et d'analyse

On soulignera en premier lieu l'excellente mobilisation des personnes ressources rencontrées : les entretiens ont duré de une heure à deux heures en moyenne et, dans quelques cas, plusieurs entretiens ont été réalisés avec la même personne (ce qui est exceptionnel, notamment lorsqu'il s'agit de praticiens libéraux). L'implication des personnes ressources a donc été très forte et elle est sans doute liée au fait que nombre d'entre elles ont exprimé un vif intérêt pour cette démarche de diagnostic, à la fois dans un but de connaissance et également par rapport aux perspectives d'actions qui pourraient en résulter.

On ajoutera que cette démarche de recherche d'information est déjà le fait d'un certain nombre d'acteurs (du secteur privé, public ou associatif) qui ont de fait des pratiques de veille, de recueil d'information ou de mise en place d'indicateurs concernant la population qu'ils rencontrent dans le cadre de leurs différentes missions. Ce diagnostic de santé semble ainsi venir « s'accrocher » sur une « culture locale » de recherche d'information et d'analyse.

Si l'implication des personnes ressources dans ce type de diagnostic est souvent très bonne, on remarque particulièrement à Vaulx-en-Velin l'absence globale d'attitude « récriminante » ou « désenchantée » face aux pouvoirs publics (et notamment face à la municipalité). Cette attitude plutôt positive et constructive face à cette étude et à ses retombées possibles s'est donc manifestée par des attentes fortes de « résultats ».

De même, si tous les interviewés font le constat que la population vaudaise connaît, dans son ensemble, de grandes difficultés, que les besoins s'accroissent et qu'il reste encore beaucoup à faire, la plupart des personnes rencontrées soulignent également qu'il « *existe beaucoup de choses sur Vaulx* », discours qui n'est pas présent sur tous les territoires étudiés et qui est donc relativement spécifique... On repère ainsi une certaine forme d'optimisme et l'idée que les « choses » peuvent être réellement améliorées.

2.2 Des rencontres très riches avec les habitants, rendues possible par la forte implication de certaines personnes ressources

Les rencontres avec les habitants ont été très riches en enseignements et nous devons également souligner l'implication et l'intérêt des personnes qui ont participé aux groupes de discussion dans le cadre du diagnostic.

Les habitants qui ont participé à ces discussions étaient tous volontaires et ont été contactés par différentes personnes ressources que nous avons auparavant interviewées.

Comme c'est souvent le cas dans ce type de démarche, les personnes qui acceptent de venir parler dans un groupe sont, en général, insérées dans des réseaux sociaux (il peut s'agir de simples relations de « voisinage », de relations « d'aide », etc.) et surtout il s'agit de personnes que la prise de parole dans un groupe ne rebute pas et qui croient en l'utilité d'exprimer leur point de vue.

Si les personnes qui ont participé aux groupes de discussions connaissaient, pour beaucoup, de grandes difficultés⁸ et étaient très conscientes d'être une population stigmatisée du fait de la couleur de leur peau, de leur nom à consonance étrangère, ou encore du fait même d'habiter à Vaulx-en-Velin, elles se sont néanmoins fortement affirmées lors des discussions dans leurs attentes, leurs projets pour elles-mêmes et pour leurs enfants.

⁸ Beaucoup de participants connaissaient de graves problèmes de santé, le chômage, des ruptures familiales, la précarité du logement, les difficultés scolaires des enfants, etc.

Les groupes de discussion ont duré en moyenne deux heures chacun et ont parfois nécessité une traduction réalisée par certains membres des groupes, quelques participants aux groupes maîtrisant mal le français.

Dans certains groupes les personnes se connaissaient presque toutes car elles participaient aux mêmes activités associatives. Dans ce cas, le groupe présentait une relative homogénéité et la parole a souvent été prise très facilement (les personnes se connaissant entre elles, il existe une certaine complicité).

D'autres groupes en revanche étaient composés à partir de différents réseaux sociaux où parfois aucun des participants ne se connaissait. Dans ce cas, la diversité du recrutement nous a permis d'obtenir une plus grande variété des profils et des discours.

Par ailleurs on notera que le groupe d'hommes en insertion a été mobilisé sur le thème relativement large de la « vie à Vaulx-en-Velin ». En effet le thème de la santé semble souvent rebuter les hommes « adultes »⁹, et c'est finalement en utilisant une autre « porte d'entrée » que l'on peut les amener à s'exprimer sur des sujets de santé (notamment la santé mentale, le mal-être, ...).

Ces groupes de discussion ont pu avoir lieu grâce à l'intercession de personnes ressources qui se sont chargées de recruter les habitants et d'organiser matériellement les rencontres.

Soulignons que, dans le cadre d'autres diagnostics de santé, ce type de rencontre a été infiniment plus difficile à organiser, voire impossible dans certains cas. Ceci confirme à quel point le réseau social, mais également le dynamisme et la volonté des personnes ressources, sont absolument indispensables pour rencontrer des habitants. Nous remercions donc ici très vivement Mme Achkouk (Relais Santé Mutualité) qui nous a permis de rencontrer des groupes de femmes et un groupe d'hommes en insertion ainsi que Mme Roberto (ADSEA) et Mme Marcoccia (Mission Locale) qui nous ont permis de rencontrer des groupes de jeunes.

⁹ Comme on a pu le constater dans d'autres diagnostics..., les hommes plus jeunes (18-25 ans) se mobilisent en revanche beaucoup plus facilement sur ce sujet.

Les résultats de l'enquête qualitative

1 - LES PROBLEMATIQUES TRANSVERSALES A TOUTE LA POPULATION

1.1 Des acteurs de santé proche de la population

► Les médecins généralistes: la question des médecins référents

La majorité des médecins généralistes de Vaulx-en-Velin est conventionnée sans dépassement. Par ailleurs deux médecins sur trois ont le statut de médecin-référent. Ce statut implique un certain engagement de la part des patients (consulter le généraliste « référent » avant de consulter un spécialiste...) mais il leur permet surtout de bénéficier du tiers-payant, et donc de ne pas faire l'avance des frais.

Cette sorte de contrat qui lie le « médecin-référent » à son patient est, semble-t-il, surtout proposée aux personnes ayant des revenus modestes, voire qui connaissent d'importantes difficultés matérielles. Les patients qui, pour des raisons d'effet de seuil, « perdent » la CMU se voient également proposer le système de médecin-référent.

Ainsi les patients qui laissent leur santé « de côté », ou qui supportaient la douleur jusqu'à ce qu'elle devienne intolérable afin de ne pas engager des dépenses qu'ils ne pouvaient assumer, se rendraient aujourd'hui plus facilement chez le médecin, du fait de la possibilité du tiers-payant. D'après les médecins rencontrés, ces patients seraient aujourd'hui mieux soignés car ils n'attendent plus que leur problème de santé soit aigu et que des complications apparaissent pour consulter.

Le statut de médecin-référent sera probablement supprimé prochainement (dans le cadre des réformes du système de santé)¹⁰, et la possibilité de tiers-payant également. Cette perspective est d'autant plus alarmante pour les médecins généralistes de Vaulx-en-Velin qu'elle risque de fragiliser la situation des vaudais les plus modestes et, parmi ceux-ci, une frange de patients qui nécessitent des consultations répétées (les diabétiques, les personnes en sevrage ambulatoire d'alcool et autres pathologies chroniques, ...). D'après les médecins rencontrés, la suppression des médecins-référents constituera un recul dans l'accès aux soins et pourrait se traduire par des conséquences négatives sur la santé des patients..., sans compter les conséquences « symboliques » de cette disparition sur des populations par ailleurs déjà socialement stigmatisées. En effet les patients modestes, qui grâce au système de médecin-référent et au tiers-payant, ont accès au droit commun, à « *la salle d'attente du médecin généraliste de leur quartier* », vont devoir trouver d'autres solutions pour se soigner s'ils ne « *peuvent pas faire l'avance des frais* » et peut-être s'éloigner du « droit commun » et donc d'une certaine « normalité sociale »...

► Un réseau de généralistes pour échanger sur les pratiques

Un tiers environ des médecins généralistes de Vaulx-en-Velin se réunit tous les mois, entre pairs, dans le but d'échanger sur les pratiques, à partir de cas cliniques (tirés au sort). L'existence de ce type de réseau permet à la fois de créer et de maintenir des liens entre professionnels, mais également de faire circuler informations et idées. Ces rencontres ont été mises en place depuis 3 ans et semblent satisfaire les médecins qui y participent.

¹⁰ De nouvelles dispositions visant à la convergence entre les systèmes de médecin-référent et de médecin traitant devraient entrer en vigueur fin 2005.

On soulignera que nous avons peu rencontré jusqu'ici¹¹ une telle forme de partage et de dialogue entre médecins généralistes d'un même territoire et que cela dénote sans doute une habitude de travail en partenariat qui semble particulièrement forte à Vaulx-en-Velin.

► **Le Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes et Parents (« Lieu Ecoute Ressources Adolescence ») : une réponse souple et accessible au besoin d'écoute et de soutien**

Cette structure, ouverte en 1999 à la suite d'un diagnostic local d'analyse des besoins, est animée par trois psychologues cliniciens. Elle se présente comme un lieu d'accueil, d'écoute de la souffrance psychique, de prévention des toxicomanies, du suicide et d'autres conduites à risques des adolescents, mais également comme un outil d'accompagnement / d'orientation vers l'insertion et le soin. Cette structure se présente enfin comme un outil de soutien à la parentalité et de conseil technique aux professionnels.

Globalement, depuis sa création, la fréquentation du Lieu Ecoute n'a cessé de croître et, en 2004, 1 619 personnes au total ont été en contact ou lien avec le lieu Ecoute.

Certaines personnes sont vues une fois, d'autres viennent à plusieurs reprises. Cet accompagnement n'est pas un soin. Il s'agit d'une écoute dont l'objectif est d'aider les personnes en difficultés, en « déprime », repliées sur elles-mêmes et sur leurs problèmes, à « faire le point » et parfois à entrer dans un soin, ou dans une démarche d'insertion, de resocialisation, ...

Différents groupes de population et tranches d'âge sont concernés par l'offre du Lieu Ecoute, mais il semble que les demandes d'adultes soient en augmentation et qu'elles soient de plus en plus déconnectées des questions de parentalité... Les adultes manifestent ainsi des besoins d'écoute réels et spécifiques qui peuvent avoir trait à d'autres sujets que les enfants (couple, travail, ...).

Tous les professionnels rencontrés à Vaulx-en-Velin s'accordent par ailleurs à dire que la population vaudoise, dans son ensemble, présente un énorme besoin d'écoute et de soutien (« une écoute bienveillante »), mais également de reconnaissance (ce qui n'est pas affectivement « neutre »), dans un contexte difficile au plan économique, social et parfois également familial.

Le fait que le Lieu Ecoute soit facilement accessible a également été fortement souligné par différents professionnels qui orientent vers cette structure. Les psychologues du Lieu Ecoute peuvent en effet se déplacer à domicile (pour les personnes à mobilité réduite, les personnes phobiques, désorientées), ou encore dans certaines institutions¹²... et les délais pour un premier rendez-vous sont relativement courts (semaine - quinzaine). Enfin les prestations des psychologues sont assurées de manière gratuite et anonyme, éléments non négligeables sur une commune qui compte des habitants très modestes et pour qui les spécialistes de la santé mentale installés en libéral sont difficilement accessibles financièrement.

L'accessibilité du Lieu Ecoute se décline enfin au plan géographique. Les habitants qui connaissent une certaine précarité économique et sociale éprouvent des difficultés à la fois financières et symboliques à se déplacer. Ainsi le coût des transports en commun, mais également le fait de sortir de son quartier, de « s'aventurer » dans d'autres espaces, sur des territoires perçus comme « éloignés », différents ou encore perçus comme « menaçants », constituent des entraves réelles aux déplacements... Or le Lieu Ecoute est situé au cœur du Mas du Taureau, ce qui peut être considéré comme « éloigné » par les habitants de quartiers comme « La Thibaude » par exemple, mais qui peut l'être encore plus pour les habitants de Vaulx-Sud. Ces derniers sont séparés de Vaulx-Nord par le canal de Jonage et doivent presque obligatoirement prendre le bus pour se rendre au Mas du Taureau (au moins 30 minutes de bus). Une permanence d'une demi-journée par semaine a donc été mise en place par les professionnelles du Lieu Ecoute au Centre Social Peyri (qui se trouve à Vaulx-Sud) afin de permettre aux habitants de ces quartiers de

¹¹ Dans le cadre des diagnostics Santé Ville réalisés par l'ORS

¹² Un projet de collaboration avec l'école d'apprentissage Boisard devrait se concrétiser pour l'année scolaire 2005-2006

pouvoir bénéficier des prestations du Lieu Ecoute sans avoir à effectuer de déplacements « compliqués ».

Soulignons pour terminer que la « déconnexion » du Lieu Ecoute de l'univers de la psychiatrie semble constituer un élément rassurant pour une partie des habitants. En effet le recours à la psychiatrie est loin d'être banalisé car cette dernière est encore très souvent (et pas seulement à Vaulx-en-Velin) associée à la folie. La psychologie n'est pas mieux connue que la psychiatrie mais elle semble, d'après les professionnels rencontrés, être davantage entrée dans les mœurs, être mieux acceptée comme un « outil » qui ne remet pas en cause le statut social des personnes, leur aspiration à la « normalité ». Malgré cela, certains des professionnels de Vaulx-en-Velin, qui travaillent en partenariat avec le Lieu Ecoute, ne précisent pas toujours que les écoutantes sont des psychologues : cette étiquette peut encore rebuter ou effrayer certains individus... On préfère alors parler des « dames du Lieu Ecoute »...

Ces différents éléments sont perçus par plusieurs des professionnels rencontrés comme créant une accessibilité, une souplesse et une réactivité qui semblent bien correspondre aux besoins des habitants, mais également aux attentes des professionnels. Ces derniers se sentent parfois « débordés » par certaines situations et ils trouvent dans le Lieu Ecoute un partenaire qui peut leur donner des « repères » et un relais vers qui orienter les individus.

Les professionnels rencontrés notent par ailleurs une sorte de phénomène de report des demandes adressées aux CMP enfants vers le Lieu Ecoute. Les raisons de ce qui est perçu comme un report sont complexes mais la question des délais d'attente du CMPE (qui en certaines périodes peuvent atteindre 9 mois) a cependant souvent été citée.

Même si le Lieu Ecoute ne s'inscrit pas dans une concurrence avec les CMP enfants ou adultes, il semble représenter une réelle alternative dans certaines situations de besoin d'écoute « immédiat » pour des personnes qui sont concernés par une souffrance psychique. Le Lieu Ecoute constitue une sorte d'espace « intermédiaire » entre la psychiatrie formelle, traditionnelle et l'écoute informelle de certains professionnels du secteur social. Il semble représenter par ailleurs une véritable « soupape » pour une partie des professionnels qui se trouvent parfois démunis et ne savent que faire de certaines situations.

1.2 De véritables réseaux d'habitants, qui semblent connus et reconnus par la population

Les différents entretiens que nous avons menés sur Vaulx-en-Velin nous ont permis de constater que les liens, les partenariats entre institutions, associations étaient bien réels. Qu'il s'agisse d'actions communes ou de systèmes d'orientation des uns vers les autres, les réseaux professionnels et sociaux constituent une ressource forte sur la commune.

En ce qui concerne les habitants, les portes d'entrée vers ces réseaux sont diverses, avec peut-être une prépondérance des ressources d'animation : les trois centres sociaux, les associations (communautaires ou non), le Relais Santé Mutualité, constituent des opportunités fortes de lien social, de constitution de groupes d'habitants. Notons également que diverses structures, de par les « groupes de parole » qu'elles mettent en place, contribuent également à la fois à susciter le dialogue entre habitants mais également à créer du lien social (groupes de paroles de l'antenne CAF, groupes de jeunes réunis par la Mission Locale autour de thèmes précis, « Forum des Parents » animé par le Lieu Ecoute, ...).

Ces réseaux peuvent également constituer des supports d'information, de sensibilisation en matière de santé. C'est la mission « naturelle » du Relais Santé Mutualité, mais les centres sociaux, la Mission Locale, et différentes associations abordent également le thème de la santé¹³ dans le cadre de leurs activités.

¹³ Ainsi l'Association pour la Promotion des Somaliens en France qui a fait un travail sur l'excision.

Les différents groupes d'habitants, constitués à partir de l'activité d'une institution, d'une association sont par ailleurs de véritables supports de lutte contre l'isolement, contre la « déprime ». Ils sont décrits comme une force de « veille sociale ». Manifestement ces habitants¹⁴ sont relativement bien repérés au sein de leur quartier, et c'est apparemment également¹⁵ vers eux que les autres habitants se tournent lorsqu'ils ont connaissance d'une situation qui leur paraît anormale, difficile...

Il faut néanmoins souligner que ce lien, cette « veille » semblent plutôt être le fait de groupes de femmes (comme c'est également très souvent le cas sur d'autres communes)...

Cependant, malgré la forte présence de ces réseaux, certains habitants continuent à vivre dans un réel isolement : personnes âgées, personnes qui parlent mal le français et qui n'ont pas de famille en France, femmes maghrébines récemment arrivées en France que les maris ne laissent pas sortir...

1.3 L'accès financier aux soins : un réel problème pour une partie des habitants de Vaulx-en-Velin

► L'absence de « soin de soi » n'explique pas tout...

L'absence d'une habitude de « soin de soi », d'attention aux problèmes de santé, d'attention à la fatigue, à la déprime a souvent été soulignée par les professionnels et les habitants que nous avons rencontrés.

La santé et la scolarité des enfants constituent la préoccupation majeure de la plupart des femmes et des hommes avec qui nous nous sommes entretenus. En revanche la santé des adultes semble être reléguée au second plan. La « peur de savoir » ou la peur « d'avoir mal » au moment des soins viennent, semble-t-il, renforcer cette sorte d'« oubli de soi » qui fait que l'on attend souvent une aggravation des symptômes pour consulter...

Chez certains, cette absence de « soin de soi », et en même temps la capacité à résister à de fortes souffrances physiques et morales, est transfigurée dans les discours en apparence d'invulnérabilité :

« Nous, on ne tombe jamais malade. La seule chose qui peut nous tuer ce sont les balles. »
(femme somalienne)

Mais au fil de l'entretien, il apparaît que des contraintes bien concrètes viennent expliquer, du moins en partie, cette volonté d'être « fort ». Les contraintes financières apparaissent notamment comme très importantes.

► Non-acceptation ou acceptation partielle de la CMU

Apparemment tous les médecins généralistes de Vaulx-en-Velin acceptent la CMU sans condition alors que cela ne semble pas être le cas de tous les ophtalmologues et dentistes. D'après les témoignages des habitants rencontrés et de certains des professionnels interviewés, l'acceptation de la CMU ne va pas de soi, ce qui n'est pas spécifique à Vaulx-en-Velin.

Différentes stratégies semblent ainsi être mises en œuvre par certains professionnels de santé¹⁶, à Vaulx-en-Velin ou sur l'agglomération, qui amenuisent les effets de la CMU :

- Ces professionnels refusent de prendre en compte la CMU. Ce refus peut être signifié de manière très explicite au patient lorsqu'il téléphone pour prendre un rendez-vous, ou qu'il se

¹⁴ Dont certains ont participé aux discussions de groupes

¹⁵ Ces réseaux d'habitants constituent une porte d'entrée vers différentes formes d'aide qui viennent s'ajouter aux assistantes sociales, associations diverses, etc.

¹⁶ Médecins spécialistes, ophtalmologues, dentistes, ...

trouve en salle d'attente. Certains professionnels justifient ce refus par le fait que la Sécurité Sociale prend mal en charge le coût de certains soins qui restent donc en grande partie à la charge du patient (c'est notamment le cas pour les problèmes dentaires et de vue). En ce qui concerne la dentisterie, les professionnels orientent d'ailleurs parfois les patients modestes vers les centres dentaires de la Sécurité Sociale ou encore vers l'Ecole Dentaire.

Dans d'autres cas, il semble que les professionnels aient des stratégies de sélection des patients pour accepter ou non de prendre en compte la CMU. Ainsi certains professionnels ne veulent pas accepter la CMU pour des bénéficiaires du RMI (qu'ils estiment installés dans « l'assistanat ») alors que des patients qui gagnent le SMIC n'ont pas accès à la CMU et ne peuvent donc pas avoir accès à certains soins dentaire avec leurs faibles revenus... La CMU sera alors acceptée en fonction de l'« histoire » du patient, de sa réputation. Le patient, qui est repéré comme « travailleur » et concerné de manière accidentelle et transitoire par la précarité, aura ainsi de meilleures chances que celui qui semble installé dans sa précarité et qui ne donne pas l'impression de « vouloir s'en sortir ».

- D'autres professionnels n'acceptent la CMU que pour une partie des soins, ou encore pour des soins « urgents » ou en « dépannage ». Certains patients se sont en effet vus proposer une sorte de « dépannage » en attendant d'avoir une « véritable » mutuelle, ou encore ont été encouragés à « attendre », pour faire réaliser la totalité des soins appropriés, de pouvoir faire face aux frais sans utiliser la CMU. Dans tous les cas qui nous ont été relatés, il s'agissait de soins de dentisterie (plombages et également prothèses...) :

« J'ai expliqué à mon dentiste que j'avais la CMU, mais que j'allais avoir bientôt un CDI. Alors, il m'a dit : "Mme D, on va attendre que vous ayez une vraie mutuelle pour faire le soin complet ; là je vous fais quelque chose (un soin) en attendant de faire le soin complet." »

« Le dentiste m'avait fait un plombage, mais il s'est cassé après quelques jours, alors j'ai rappelé le dentiste qui m'a dit : "On ne peut pas faire mieux avec la CMU" ! »

Ainsi il semblerait que les dentistes sur Vaulx-en-Velin ne pratiquent pas de refus systématique de la CMU mais qu'il y ait une acceptation variable selon les professionnels¹⁷ et pondérée selon les patients concernés. Les dentistes accepteraient ainsi un certain « quota » de bénéficiaires de la CMU (au-delà d'un certain seuil, l'équilibre financier de leur activité serait remis en cause) et selon des critères pouvant différer d'un professionnel à l'autre mais qui sont essentiellement basés sur la représentation que se fait le professionnel de la situation, du « mérite » du patient.

La conséquence de cette « acceptabilité » à géométrie variable de la CMU est double :

- Certains patients ne se font pas soigner du tout ou doivent se déplacer relativement loin et accepter certains délais pour être soignés (Centre de la Sécurité Sociale, Ecole dentaire) ;
- L'acceptation de la CMU selon des critères « méritocratiques » qui échappent aux patients, crée des inégalités supplémentaires dans l'accès aux soins. A difficultés économiques égales, le patient qui a une « bonne réputation », qui est « bien vu » par le professionnel, a davantage de chances de se faire soigner que celui qui, installé dans ses difficultés économiques et /ou psychosociales, sera moins bien jugé...

► Coût de certains soins

Les professionnels de santé mentale de l'agglomération, installés en libéral, sont difficiles d'accès au plan financier pour les vaudais en situation économique précaire.

¹⁷ Soulignons que certains dentistes de la commune déclarent qu'un ¼ de leur clientèle est bénéficiaire de la CMU.

Les CMP (adultes et enfants) sont ouverts à toute la population et les soins dispensés sont pris en charge par la Sécurité Sociale. Précisons que les premiers rendez-vous infirmiers proposés par le CMP adultes de Vaulx-en-Velin sont assurés dans un délai d'une semaine (les délais sont nuls en cas d'urgence) et qu'une présence médicale y est assurée du lundi matin au vendredi soir ce qui est, semble-t-il, relativement rare. L'accessibilité et la disponibilité des professionnels du CMP adulte est donc à souligner.

Il arrive cependant que par crainte de subir une forme de « stigmatisation sociale » (la psychiatrie étant encore souvent associée à la folie...), ou encore pour des questions « d'incompatibilité d'humeur » avec les soignants (qui peuvent se poser entre n'importe quel patient et n'importe quel professionnel de santé), les personnes souhaitent rencontrer un professionnel en dehors du CMP, dans le secteur libéral. Elles se trouvent alors confrontées au coût élevé des soins... En effet les prestations des psychologues installés en libéral ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale et si les soins réalisés par les psychiatres sont effectivement remboursés, le dépassement d'honoraires n'est pas rare... En matière de santé mentale, la précarité économique constitue donc un fort obstacle au choix d'un thérapeute.

Certains des habitants que nous avons rencontrés ont également souligné qu'ils n'allaient pas consulter de gynécologue ou de pédiatre pour des raisons de coût. Même si ces professionnels font l'objet de représentations positives et rassurantes auprès des habitants, leurs prestations restent trop onéreuses pour certains individus. Certains parents se dirigent ainsi vers le médecin généraliste pour soigner leurs enfants en bas-âge, avec cette notion de contrainte économique :

*« On ne peut pas aller chez le pédiatre : c'est trop cher. ...On va chez le généraliste ; mais ça va... »
(habitante)*

Professionnels et habitants rencontrés ont également signalé que le laboratoire d'analyses de Vaulx-en-Velin ne pratique pas de « tiers-payant ». Certains habitants ont ainsi déclaré repousser parfois la réalisation des analyses prescrites car ils ne pouvaient faire l'avance des frais. D'autres nous ont dit faire pratiquer ces analyses mais attendre, parfois plusieurs semaines, d'avoir rassemblé la somme nécessaire au paiement des analyses pour avoir les résultats.

On note également que le seul ostéopathe présent sur la commune (qui exerce dans le centre J. Goulard) n'est pas médecin et que ses prestations ne font donc l'objet d'aucun remboursement de la part de la Sécurité Sociale, ce qui constitue un frein important en terme d'accessibilité financière. Certaines personnes ressources soulignent qu'il y a pourtant un véritable besoin de la part des vaudais pour des soins spécifiques, notamment en ce qui concerne les douleurs de dos, qui pourraient être orientées vers l'ostéopathie.

La précarité économique limite donc fortement une partie des vaudais en matière d'accès aux soins.

1.4 Autre difficulté de l'accessibilité aux ressources de santé : le manque d'information

Lors des entretiens avec certains habitants, mais également avec certaines personnes ressources, nous avons pu constater un réel manque d'information sur différents sujets et notamment sur :

- Les niveaux de remboursement pour certains soins ou appareillages relativement communs... Par exemple sur le niveau de prise en charge en ce qui concerne la dentisterie et l'orthodontie pour les enfants (et jusqu'à quel âge ?). La question se pose également de savoir si la Sécurité Sociale prend en charge une partie des montures de lunettes, etc. ?
- L'accès aux mutuelles: un individu peut-il faire bénéficier son (sa) compagnon (compagne) de sa mutuelle d'entreprise, sans qu'ils soient mariés ?

- Comment fonctionne la CMU, la CMU complémentaire, et comment faire pour l'obtenir ?
- ...
- Quelle est la différence entre un psychiatre, un psychologue, un psychanalyste, ... ? Qu'est-ce qu'un CMP ?

Ces problèmes d'information ne sont pas spécifiques à Vaulx-en-Velin mais constituent une réelle entrave à l'accès aux soins en ce sens qu'ils peuvent provoquer des comportements d'autocensure. Ce manque d'information empêche par ailleurs les individus de repérer les différentes ressources existantes, les spécificités de chaque ressource et leur accessibilité financière.

1.5 Logement et santé

Deux difficultés ont été soulignées à la fois par les professionnels et les habitants rencontrés qui ont trait au logement et qui peuvent avoir des impacts négatifs tant sur la santé physique que mentale des vaudais.

► Insalubrité et vétusté des logements

A « Vaulx-Nord » comme à « Vaulx-Sud », un certain nombre de logements nous ont été décrits comme vétustes, qu'il s'agisse d'immeubles construits dans les années 60 ou de « petites maisons » individuelles construites dans les années 60-70, dans une certaine urgence, afin d'accueillir une population qui devait à terme être relogée dans un habitat plus classique.

Ces logements, construits pour faire face à un afflux massif de population et dont la « durée de vie » n'avait pas été prévue pour excéder deux à trois décennies, « vieillissent » mal. Aujourd'hui ces logements connaissent de nombreux problèmes, en grande partie liés, semble-t-il, à l'usure des matériaux. Absence d'isolation thermique, problèmes d'infiltrations, d'humidité, qui se traduisent par l'effritement de certaines cloisons et l'apparition de tâches (moisissures) sur les murs, problèmes d'ascenseurs font le quotidien des habitants qui logent dans ces appartements ou « petites maisons » :

« Il y a des fuites d'eau dans les murs. L'eau est stockée dans les murs et, si on appuie dessus, l'eau sort spontanément. »
(habitant chemin du Mont Cindre)

Certains habitants, excédés par ces difficultés, réclament un nouveau logement ou des travaux de réhabilitation (qu'ils soient locataires du parc social ou privé apparemment).

Outre l'inconfort provoqué par les problèmes d'eau, les conséquences de cette humidité posent d'autres difficultés. Certains des habitants rencontrés ont ainsi exprimé une grande souffrance due aux moisissures. Bien que le terme « insalubrité » puisse correspondre à des critères techniques bien précis (en matière d'urbanisme notamment) et que certains professionnels soient réticents à l'utiliser, il s'avère que les moisissures sont médicalement reconnues comme insalubres, néfastes pour la santé¹⁸. Les moisissures (comme les blattes d'ailleurs) sont des allergènes qui peuvent provoquer de fortes réactions allant jusqu'à des crises d'asthme. Certaines personnes rencontrées, allergiques à ces moisissures, ont ainsi dû être hospitalisées à plusieurs reprises pour des crises d'asthme importantes :

« On a dû partir 6 semaines en cure à cause de nos crises d'asthme. Je suis partie avec un de mes enfants asthmatiques et les autres sont restés ici avec leur père. Mais, au bout d'un mois, je suis revenue, c'est trop long pour les enfants. On a un certificat médical qui dit

¹⁸ *Pollution de l'air intérieur : Etat des connaissances concernant les effets sanitaires* – Environnement et santé, oct. 2005 - ORS Ile-de-France

que c'est à cause des moisissures qu'on a tous ces problèmes, mais on n'est toujours pas relogés et c'est urgent ! »
(habitante Mont Verger)

Enfin les habitants concernés par des problèmes de vétusté sont également agacés par l'aspect inesthétique et socialement dévalorisant des cloisons qui s'effritent, etc. Ces questions d'image de l'habitat, qui renvoient au statut social de l'individu, constituent une charge mentale supplémentaire pour des habitants qui sont parfois durement touchés par des difficultés économiques et qui se sentent encore plus « piégés » dans leur précarité du fait de leur logement :

« Chez moi, il y a le lavabo qui s'écroule, on est obligé de le tenir avec quelque chose... On m'a proposé un relogement, mais c'est dans un immeuble pire qu'ici : dans l'allée, ça pue l'urine et l'appartement qu'on nous propose est au rez-de-chaussée avec des barreaux ! Mon appartement actuel est au rez-de-chaussée sans barreaux, et il ne m'est jamais rien arrivé ! »
(habitante)

On soulignera enfin que certains bailleurs sociaux semblent particulièrement concernés par ces problèmes de vétusté et surtout d'insalubrité, et que la mise aux normes des appartements se fait parfois avec une très grande lenteur...

► **Comportement de certains locataires**

Le comportement de certains locataires constitue parfois également une véritable nuisance pour le voisinage. En effet, outre les problèmes de dégradations de parties communes (éléments abîmés, brisés, allées et montées d'escaliers souillées d'urine, de graffitis, ...) qui sont littéralement vécus comme une forte gêne et une stigmatisation sociale supplémentaire par les locataires qui les subissent, le comportement de certaines personnes, à l'intérieur même de leur appartement, crée également des nuisances. Il arrive par exemple que des locataires refusent les opérations de désinsectisation, laissant ainsi proliférer les cafards qui finissent par envahir les autres appartements...

Les situations les plus difficiles sont celles où certains locataires entassent les débris chez eux (les odeurs finissant par se répandre dans les parties communes) ou encore se montrent particulièrement bruyants, etc. Les professionnels rencontrés font le lien entre certaines de ces situations et la présence de ceux qu'ils nomment « fous », voire « grands fous ». Les comportements les plus extrêmes et les plus dérangeants pour le voisinage seraient ainsi le fait de personnes atteintes de troubles du comportement, de la personnalité, certains faisant d'ailleurs l'objet d'un suivi psychiatrique...

Reste le cas des jeunes (et parfois même des adultes) « difficiles », à la fois repérés comme délinquants par les services de police et suspectés de souffrir de troubles mentaux, mais qui ne sont pas « suivis » au plan psychologique.

La question qui est posée par les professionnels de Vaulx-en-Velin, et notamment par les bailleurs sociaux et par le CMP adultes, est de savoir comment accompagner au mieux ces personnes qui ont accès au droit commun en matière de logement. Ces personnes ne sont en effet pas dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui et ne relèvent pas de l'hôpital psychiatrique (où par ailleurs la pénurie de moyens rend toute hospitalisation de plus en plus difficile à gérer). Elles ont néanmoins besoin d'une aide pour vivre de la manière la plus autonome possible, en bonne intelligence avec leur voisinage dans leur immeuble, leur quartier.

Si la maladie mentale pourrait certainement être mieux comprise et tolérée au sein de la ville par les habitants qui sont « sains », il s'agit également de réfléchir au type d'aide dont ces personnes, plus ou moins « malades », ont exactement besoin, au type d'intervenants qui peuvent les

accompagner (éducateurs, psychologues, ... ?) et finalement aux institutions qui pourraient prendre en charge cette aide...

► **Démolitions et relogements : insatisfactions et inquiétudes**

Les habitants des quartiers et communes qui font l'objet d'un GPV (assorti de démolitions, reconstructions, réhabilitations et relogements) sont souvent inquiets quant au devenir de leurs quartier et logement. Vaulx-en-Velin n'échappe pas à ce qui semble être une règle : les hommes et les femmes rencontrés lors de groupes de discussion ont exprimé de fortes inquiétudes, et certains semblent même « militer » contre le GPV¹⁹.

Une première inquiétude concerne les critères d'attribution de logements (dans le cadre des relogements). Certains habitants seraient ainsi privilégiés par rapport à d'autres... Dans ce domaine, la rumeur joue un rôle important :

« Ceux qui travaillent à la Courly, ils obtiennent plus facilement des meilleurs logements. C'est parce qu'ils sont fonctionnaires : le salaire rentre tous les mois »

« Ils font des différences entre nationalités pour les logements »

Les conséquences des relogements ou réhabilitations en terme de hausse des loyers ont également été soulignées par les habitants. Ici le vécu des individus semble plus important que la rumeur et vient nourrir la crainte selon laquelle « ils » (la municipalité et autres institutions...) voudraient faire partir les « pauvres » hors de Vaulx-en-Velin :

« Il y a des gens qui regrettent d'avoir changé : ils voudraient revenir dans leur ancien logement et garder les tarifs d'avant. »

« Il y a des loyers qui deviennent inaccessibles et, quand ils mettent le chauffage individuel, c'est encore plus cher. »

Ces préoccupations ont été évoquées par les femmes, et encore plus par les hommes, pour qui le sujet de l'accessibilité des loyers (dans le parc privé ou public) constitue une véritable charge mentale.

1.6 Du besoin d'écoute à la pathologie mentale

► **Angoisse autour de la « normalité » et besoin de « renforcement positif »**

La plupart des professionnels rencontrés constatent une souffrance psychique importante parmi la population, qui peut prendre des formes diverses.

La manifestation la plus banale de cette souffrance est une sorte de « déprime » qui semble souvent s'enraciner dans des difficultés d'insertion sociale et économique et qui s'étend parfois à tout le cercle familial. En corollaire de ces difficultés émerge un manque d'estime de soi, de confiance en ses compétences, en « sa normalité ».

Ce thème de la « normalité » a été évoqué par plusieurs professionnels pour différentes tranches d'âge. Il renvoie au besoin de certaines franges de la population d'avoir accès aux marqueurs sociaux associés à l'inclusion sociale (par opposition à l'exclusion, à la marginalité). On perçoit, au travers des discours recueillis que les « gens normaux » sont repérés comme étant ceux qui disposent d'un certain pouvoir d'achat, ceux qui ont accès aux dispositifs de droit commun. Il semble même que l'on trouve dans cette « normalité » fantasmée une sorte d'idéal du couple et de la famille (stabilité, famille nucléaire traditionnelle...). Finalement, toutes les difficultés

¹⁹ Voir document en annexe (« *Mon toit c'est mon choix* », Collectif Droit au Logement de Vaulx-en-Velin)

économiques et sociales que connaissent certains vaudais seraient la cause d'une impossibilité à avoir accès à la normalité :

« On voudrait bien être comme tout le monde : partir en vacances, acheter des vêtements... Mais c'est pas possible : le père a déjà de la peine à faire bouffer ses enfants : il y a les agios de la banque, les amendes des enfants à cause du prix des transports... »

« Etre comme tout le monde, c'est être comme les instituteurs... »

Une partie des professionnels que nous avons rencontrés sont tout à fait conscients de représenter la « normalité » aux yeux de certains vaudais. Le fait d'avoir un emploi stable, d'avoir accès à la propriété, de pouvoir choisir de déménager semblent constituer des éléments forts de cette « normalité » à laquelle les vaudais aspirent. A contrario, avoir des difficultés économiques, devoir s'imposer des privations importantes, ne pas avoir d'emploi stable, ne pas consommer sont autant de situations qui rejettent les individus hors de la « norme ». Or les professionnels rencontrés insistent sur le fait que le sentiment de ne pas se sentir « dans la norme » aggrave le mal-être, une repli sur soi, des réflexes d'auto-dévalorisation...

Face à ce mal-être, de nombreux professionnels de santé, mais également du champs « social », de Vaulx-en-Velin semblent répondre à la fois par une « écoute bienveillante » et un discours qui vise à produire une sorte de « renforcement positif ». Qu'il s'agisse des médecins généralistes, des professionnels des CMP, des animateurs en centres sociaux, des professionnels de structures comme la CAF, le CCAS, la Mission Locale, etc., les professionnels manifestent une préoccupation d'écoute des habitants, une volonté de mettre en place un dialogue (parfois au travers de groupes de parole formalisés) et également une volonté de travailler avec les habitants sur l'image de soi, l'estime de soi, la capacité à investir son existence et les ressources de la cité, à faire des choix... , et surtout une volonté d'aider les gens à se maintenir ou à revenir dans des dispositifs de droit commun.

► **La place des adultes et la place des normes**

A Vaulx-en-Velin, comme sur d'autres communes ou quartiers sensibles, la place des adultes et celle des normes ont été plusieurs fois évoquées.

Les professionnels du secteur de la santé ou du secteur social et de l'animation soulignent combien les parents semblent parfois dépassés par leurs enfants. Qu'il s'agisse de très jeunes enfants ou au contraire d'adolescents, les parents sont décrits comme ayant souvent des difficultés à « tenir le cadre », des difficultés à poser des interdits, à définir des limites ou à avoir des exigences vis-à-vis de leurs enfants.

Ces difficultés seraient en partie dues à des différences culturelles concernant l'éducation des enfants. Il semblerait notamment que certains immigrés qui ont eux-mêmes connu dans leur enfance une éducation où la violence physique avait une place légitime dans le registre de la « correction » et de la sanction, conservent en France ce sentiment de « normalité » de la violence physique. Punir, se faire obéir, etc. peuvent impliquer l'usage d'une certaine violence physique (qui ne serait pas perçue comme illégitime dans leur pays d'origine). Il est par ailleurs probable que des effets de milieux sociaux entrent en ligne de compte : la précarité, le niveau d'éducation des parents peuvent jouer sur l'acceptabilité de la coercition physique. Or, en France, les professionnels de la PMI, les enseignants, les différents éducateurs, les assistantes sociales condamnent cette violence et expliquent aux parents qu'elle n'est pas considérée comme légitime ou normale en France, voire qu'elle est illégale. Les parents, et surtout les pères, se sentiraient alors démunis dans leur rôle éducatif. Encouragés à « parler » avec leurs enfants, alors qu'eux-mêmes n'ont pas toujours connu un tel dialogue, et par ailleurs « privés » du recours à des sanctions physiques, ils se sentiraient sans outil pour asseoir leur autorité parentale... C'est ainsi que certains parents rencontrés en discussions de groupe se sentent « bloqués » par ce qu'ils

perçoivent comme une forme de contrôle ou de réprobation sociale, dont les enfants seraient conscients et qu'ils utiliseraient contre leurs parents :

« *Les jeunes, ils n'écoutent pas les parents. Si on lui dit "non, tu ne fais pas ça", il va voir l'assistante sociale pour se plaindre des parents.* »
(homme, parent d'adolescent)

Outre cette question de la perte d'autorité des parents par rapport aux enfants, la question du manque de respect des adultes entre eux a été évoquée à la fois par les habitants eux-mêmes et par les professionnels. Dégradations des parties communes, voitures abîmées sur les parkings... sont autant de comportements qui signent une absence de repères quant à ce qui est permis et interdit. C'est ainsi que, dans le cadre de la réhabilitation de certains quartiers, il apparaît essentiel de donner de la visibilité à « la norme ». Le cas des parkings en surface en est un bon exemple : des marquages au sol clairs qui délimitent bien l'espace de chaque véhicule, ainsi que la mise en fourrière des véhicules délabrés qui restent plusieurs jours au même endroit, etc. sont des mesures qui contribuent à limiter les actes de vandalisme. Enfin certains bailleurs sociaux nous ont signalé que, lorsque surgissait une difficulté avec l'un des locataires, ils exigeaient de parler avec les personnes adultes et légalement responsables et non avec les enfants, et notamment les fils, même jeunes adultes... , l'objectif étant à la fois de reconnaître et de revaloriser le père comme responsable du logement (le bail de l'appartement étant à son nom), mais également comme responsable face aux actes de ses enfants...

Du côté des habitants, une aspiration à une certaine tranquillité a par ailleurs été soulignée : comportements agressifs ou incivils entre adultes, problèmes de voisinage sont autant de sources de stress et renforcent le sentiment de stigmatisation du quartier... Une attente « d'ordre » émerge qui n'est pas une attente de répression : les « flics » ne sont pas forcément toujours bien vus, et ils sont soupçonnés de se déplacer davantage pour « *mettre des contraventions* » que pour intervenir auprès des jeunes qui font du bruit avec leurs mobylette, en soirée...

► **L'insertion sociale des individus concernés par la pathologie mentale : les acteurs du PLIE en attente d'un soutien**

Parallèlement aux difficultés à « vivre ensemble », que l'on peut retrouver dans d'autres communes de profil similaire à Vaulx-en-Velin, les professionnels nous ont fait part de leur sentiment du nombre croissant de personnes concernées par des pathologies mentales.

Il est probable que les personnes en situation de fragilité économique et en difficultés d'insertion sociale (comme peuvent l'être les malades mentaux) aient plus facilement accès au logement dans les communes comme Vaulx-en-Velin où le parc social est important et donc économiquement plus accessible... Il reste néanmoins impossible d'évaluer le nombre de personnes concernées de manière avérée par une pathologie mentale sur la commune.

Le CMP adultes pourrait repérer de manière quantitative les personnes suivies pour des troubles graves (de type schizophrénie) sur la commune mais tous les malades ne sont pas suivis par le CMP (ou par d'autres professionnels de la santé mentale) et, dans une certaine mesure, les personnes les plus malades sont peut-être parfois celles qui sont les plus réticentes à se soigner, d'après les professionnels du CMP...

Ce constat rejoint celui des professionnels qui se rencontrent dans le cadre du PLIE (insertion et emploi). D'après eux ce sont souvent les personnes qui présentent les troubles du comportement les plus importants et celles qui ont les plus grandes difficultés à s'insérer véritablement (dans un emploi notamment) qui sont les plus réfractaires à l'idée de se soigner ou qui refusent d'avoir un statut d'adulte handicapé par crainte de s'éloigner des dispositifs de droit commun, d'une certaine « normalité »...

Les bailleurs sociaux, comme les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle, se voient de fait confier la mission d'intégrer dans la ville (logement, emploi, ...) des personnes qui ne relèvent pas

de l'hôpital psychiatrique mais qui souffrent néanmoins de sérieux problèmes de santé mentale. Or ces professionnels n'ont pas toujours, au sein de leurs institutions, les ressources nécessaires (psychiatres, psychologues, ...) pour faire face à cette problématique spécifique et doivent se « débrouiller » au quotidien avec des individus qui ont des difficultés à être autonomes, que ce soit dans un logement ou dans un emploi, et qui relèvent parfois des dispositifs pour personnes invalides, handicapées.

Les professionnels réunis au sein du PLIE ont parfois le sentiment d'être impuissants face à certaines personnes qu'il est très difficile de faire avancer sur le chemin de l'insertion sociale et professionnelle, mais qui ne veulent pourtant pas s'écarter du droit commun... Face à ces situations les acteurs du PLIE ont une attente de collaboration avec des professionnels de la santé mentale, à la fois pour mieux « gérer » les cas difficiles mais également pour réaliser régulièrement un travail d'analyse de la pratique.

Quelques expériences ont déjà été menées dans ce domaine²⁰, mais sans grand succès, semble-t-il, faute d'un véritable porteur de projet qui puisse réaliser un travail de coordination et d'impulsion... Mais la demande et les besoins subsistent, notamment au niveau des institutions présentes au sein du PLIE.

1.7 Des ressources de santé en réorganisation à Vaulx-en-Velin, et des questions pour l'avenir

► Le Centre Jean Goulard : des changements en termes de locaux ... et de prestations proposées ?

Les habitants rencontrés ont peu évoqué la disparition du Centre Lamaze. Ce sujet a davantage été abordé par les professionnels qui estiment que les services rendus par ce centre, notamment en matière de dentisterie, n'ont pas, aujourd'hui, d'équivalent sur Vaulx-en-Velin.

Le Centre Jean Goulard, ouvert depuis trois ans, qui devait compenser en partie cette disparition, a connu quelques difficultés au moment de son ouverture à trouver « son public »... , une difficulté peut-être en partie liée à la politique tarifaire du Centre Goulard qui est apparemment moins « facilitante » pour les patients que celle qui était menée au Centre Lamaze, bien que le système de tiers-payant soit appliqué avec certaines mutuelles.

Aujourd'hui le centre compte :

- Deux médecins généralistes qui se « partagent » la consultation (première et deuxième moitié de la semaine). Au moment de l'entretien, ces médecins étaient deux femmes qui pratiquaient entre autres les examens gynécologiques (dont les frottis) ;
- Un rhumatologue ;
- Un dermatologue ;
- Un ophtalmologue ;
- Un endocrinologue ;
- Un médecin ORL ;
- Un ostéopathe (non médecin).

Les différents médecins spécialistes sont présents une demi-journée par semaine et paraissent très sollicités. Soulignons que l'endocrinologue est, semble-t-il, souvent consulté pour des problèmes de diabète et d'obésité. La présence d'un nutritionniste avait d'ailleurs été prévue à l'ouverture du centre mais cette ressource n'a finalement pu se mettre en place, bien qu'il semble exister une réelle demande pour un tel spécialiste, à la fois de la part de certains habitants, mais également de la part des médecins généralistes, notamment en ce qui concerne le diabète.

²⁰ Un groupe de travail a existé qui réunissait différents professionnels (PLIE, CMP, ...) autour de la problématique de la santé mentale des publics en insertion.

La prochaine installation du Centre Goulard dans des locaux²¹ définitifs devrait, semble-t-il, s'accompagner de changements au plan organisationnel aussi bien qu'au plan des prestations de santé proposées... Des changements qui seront à réfléchir, dans la mesure du possible, à la lumière de l'offre de santé existant sur la commune, mais également à la lumière des besoins, attentes et possibilités (notamment financières) réels de la population.

► **La Clinique de l'Union : quel projet pour l'avenir ?**

L'avenir de la Clinique de l'Union pose également certaines interrogations...

Cette clinique, ouverte en 1994, se trouve au sein du « Village » de Vaulx-en-Velin et comporte un service de pédiatrie ainsi qu'une maternité de niveau 1.

Le service de pédiatrie, dirigé par le Dr Bétend, présente la particularité d'accueillir les adolescents en « crise » (manifestations diverses du mal-être, voire attitudes suicidaires, ...), en provenance de l'agglomération lyonnaise (et notamment du nord lyonnais mais peu de Vaulx-en-Velin).

Alors que les jeunes ont parfois une attitude de rejet ou de crainte face aux psychologues ou aux psychiatres, ils sont reçus à la Clinique de l'Union dans un service « pédiatrique » (à l'image moins anxigène que l'univers psychiatrique), ce qui contribuerait à apaiser leurs craintes. Les jeunes accueillis sont hospitalisés en moyenne pendant deux semaines et font l'objet d'une prise en charge multiple, l'équipe étant composée d'une éducatrice, d'un psychologue et d'un infirmier psychiatrique, sous la direction du Dr Bétend.

On notera que les différents professionnels de Vaulx-en-Velin au contact des adolescents ne connaissent pas tous cette ressource.

Néanmoins certains des professionnels rencontrés ont orienté des jeunes vers ce service et se déclarent satisfaits de l'existence de cette offre, à la fois spécifique et « alternative », qui peut correspondre à certains besoins.

La maternité est de niveau 1 (accouchements sans complications prévisibles : les grossesses à risques sont orientées vers des maternités de niveaux 2 et 3 de l'agglomération, notamment l'Hôpital Edouard Herriot) et compte 20 lits. La nuit et les week-ends, il n'y a pas de médecin de garde sur place, mais les obstétriciens sont d'astreinte.

La moitié des vaudaises accouche dans cette clinique²² qui offre l'avantage de la proximité. Ainsi, pour les nombreuses familles et femmes qui ne disposent pas de véhicule et qui effectuent tous leurs déplacements en transports en commun ou à pied, la Clinique de l'Union est, sur le plan géographique, facile d'accès. La petite taille de la clinique, l'aspect familial de l'accueil renforcent également, semble-t-il, ce sentiment de proximité chez les habitants.

Par ailleurs on sait que, pour des raisons à la fois financières, géographiques et symboliques, une partie des habitants considère le fait de sortir hors de la commune comme une forte contrainte²³ alors que la proximité des services, et de la maternité en particulier, est rassurante et fortement perçue comme un avantage... , sans parler de la dimension affective qui peut se greffer à la notion de proximité, alors que la compétence « technique » (niveaux 1, 2, 3) de la maternité est sans doute un élément moins perçu, et surtout moins connu par les habitants.

Les femmes²⁴ qui accouchent dans cette clinique sont décrites par les personnes ressources comme étant souvent concernées par des difficultés économiques et sociales²⁵, difficultés qui peuvent peser sur la grossesse et également sur le retour à domicile après l'accouchement. Ainsi la

²¹ Actuellement le centre est « hébergé » à titre gracieux par la ville de Vaulx-en-Velin dans une structure temporaire en « Algéco »

²² Cf. chapitre sur les données quantitatives

²³ Phénomène souvent observé parmi les populations « fragiles » en situation de précarité

²⁴ 50% des femmes, qui accouchent à la Clinique de l'Union, habitent sur d'autres communes que Vaulx-en-Velin.

²⁵ Les données quantitatives montrent par ailleurs que les vaudaises dans leur ensemble, où qu'elles accouchent, sont davantage concernées par des difficultés de suivi de grossesse et par des problèmes de prématurité, etc. que les femmes du reste de l'agglomération...

situation sociale, familiale de certaines femmes fait que certaines considèrent la maternité comme une sorte de « refuge » qui pourra les accueillir plusieurs semaines après leur accouchement. Pour certaines femmes en situation particulièrement fragile, l'accompagnement social devrait être renforcé, notamment en ce qui concerne le logement.

Globalement les facteurs de risques (précarité, fragilité familiale, ...) semblent bien réels pour une partie des femmes qui accouchent à la maternité de la Clinique de l'Union et la question se pose de savoir si, compte tenu de ces risques, les femmes qui accouchent dans cette clinique, et les vaudaises en particulier, ont plutôt besoin d'une maternité de niveau 1 ou d'une maternité de niveaux 2 ou 3...

Quels que soient les choix qui seront fait pour la maternité de la Clinique de l'Union, par rapport au type de services / de compétences²⁶ qu'elle offrira, il sera important d'expliquer à la population sur quels éléments (proximité, technicité, sécurité, ...) ce choix s'appuie. Ce type d'explication sera d'autant plus nécessaire que l'éventuelle disparition de la maternité pourrait être vécue comme une forme d'abandon et de désintérêt des pouvoirs publics par rapport aux attentes spontanées de la population.

► Ressources de santé : des manques repérés par les habitants et les professionnels

Les manques, dont on nous a fait part, concernent différentes spécialités :

- Un seul laboratoire d'analyses médicales sur la commune qui ne pratique pas le tiers-payant (certains vaudais mettent parfois des semaines avant de pouvoir rassembler la somme d'argent nécessaire au paiement des analyses, et donc avant de pouvoir avoir le résultat de celles-ci) ;
- Un seul cabinet de radiologie ;
- Un seul gynécologue-obstétricien (une faiblesse vivement soulignée par les femmes) ;
- Pas de psychiatre ou de psychologue exerçant en libéral ;
- Pas de nutritionniste (alors que le diabète et les problèmes d'obésité semblent importants à Vaulx-en-Velin) ;
- Enfin apparemment peu / pas de dentistes et d'ophtalmologues qui acceptent la CMU sans conditions ou « critères » particuliers...

Il semble que le Lieu Ecoute soit de plus en plus sollicité par des adultes qui, par-delà des difficultés touchant à la parentalité, expriment une souffrance spécifique et peuvent avoir besoin d'une écoute, d'un regard extérieur pour « remettre de l'ordre » dans leurs idées, émotions, comportements...

Ainsi une réflexion sur la pertinence d'étendre cette offre d'écoute à des adultes, dans un cadre souple, neutre et non stigmatisant, qui puisse être déconnectée de la parentalité, pourrait être envisagée.

Plus globalement, en ce qui concerne les professionnels de l'écoute, il serait peut-être également pertinent de réfléchir à leur « étiquette » face à la population... Ainsi, selon certaines personnes ressources rencontrées, le terme d'« accueillant » (ou assimilé) serait peut-être plus neutre que celui de psychologue qui reste associé à la folie, l'exclusion sociale dans certains milieux sociaux.

Enfin les médecins généralistes sont mobilisés autour d'un projet de Maison Médicale de Garde destinée aux populations de Vaulx-en-Velin, Bron, Décines et Jonage. Les médecins déjà mobilisés souhaitent que de nombreux médecins y participent et que les fonds soient publics et pérennes.

²⁶ Compétence technique pour les accouchements simples ou difficiles, préparation / accompagnement à la naissance (sophrologie, ...).

- **Le futur pôle hospitalier**

Dans ce contexte, le futur pôle hospitalier, qui se situerait à Vaulx-en-Velin, plutôt dans la zone du Pont des Planches, devrait idéalement prendre en compte l'existence et l'absence de certaines ressources sur la commune, mais également les attentes et besoins des vaudais, et enfin leurs limites financières...

2 - LES FEMMES ET LES JEUNES FILLES (CELIBATAIRES, EN COUPLE AVEC OU SANS ENFANTS, EN FAMILLE MONOPARENTALE)

Les familles monoparentales ayant été décrites comme majoritairement composées de mères célibataires avec enfants, nous avons inclus cette « cible » au sein de la catégorie « femmes et jeunes filles ».

En ce qui concerne les « jeunes filles », nous les prenons en compte ici à partir de 16 ans.

2.1 La gynécologie : peu de ressources, peu de suivi, peu de prévention et de dépistage

► Un manque ressenti en matière de gynécologie

Les femmes, que nous avons rencontrées dans le cadre de discussions de groupe, ont le sentiment d'un manque dans ce domaine et certaines nous ont déclaré consulter auprès de gynécologues de Villeurbanne ou de Lyon :

« Ici, il n'y a pas de gynécologues, il faut aller à Villeurbanne ou à Lyon si on veut aller chez le gynécologue ! »
(habitante)

Pour les femmes qui souhaitent être suivies par un gynécologue, le fait de devoir se déplacer hors de la commune est ressenti comme une gêne.

Il semble néanmoins qu'une telle pratique soit réservée aux femmes réellement sensibilisées au thème de la gynécologie et qui disposent de revenus suffisants pour faire face à la dépense qu'implique ce type de consultation. La question du coût des consultations chez les médecins spécialistes²⁷ se pose ainsi également pour les gynécologues et constitue un frein pour les femmes aux revenus modestes, frein qui peut se cumuler avec d'autres freins d'ordres culturel, psychologique, etc.

► Le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF)

Il existe sur Vaulx-en-Velin un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) qui se trouve dans un immeuble, à proximité du centre ville (il devrait prochainement déménager dans de nouveaux locaux situés près de l'Hôtel de Ville). Le CPEF est animé par une équipe de 6 personnes (dont un médecin gynécologue, une assistante sociale, une conseillère conjugale).

Le CPEF peut prendre en charge le suivi des grossesses jusqu'aux 5^{ème} - 6^{ème} mois, le suivi de contraception, les démarches d'IVG et propose également des prestations de conseil conjugal, d'information (interventions en milieu scolaire, partenariat avec la mission locale, ...).

Cette structure est ouverte à toutes les femmes de la commune ainsi qu'aux hommes, mais sa priorité, en terme de mission, est plutôt d'aider les jeunes femmes qui débutent leur sexualité, leur contraception ou mettent en place des projets de vie conjugale, de maternité, etc.

Les femmes et les jeunes filles de la commune, qui souhaitent se rendre dans un CPEF, ne font pas toujours le choix d'aller consulter celui de Vaulx-en-Velin. En effet celles qui ne veulent absolument pas risquer d'être aperçues par des personnes de leur connaissance font le choix d'aller vers les CPEF de Lyon ou Villeurbanne. La question de l'anonymat des personnes en la matière est primordiale dans un contexte de contrôle social fort pour une partie des femmes. Ainsi, dans certaines familles maghrébines²⁸, pères, mères, frères et autres membres du réseau social exercent une surveillance sur les femmes, et plus particulièrement les jeunes filles, dans le

²⁷ Il n'est pas rare de trouver des gynécologues en dépassement d'honoraires

²⁸ Cette situation n'est pas décrite comme générale.

but de préserver la pureté de ces dernières et l'honneur de la famille. Il est donc important que femmes et jeunes filles puissent consulter dans un endroit suffisamment banalisé.

► **Les médecins généralistes: des difficultés par rapport aux examens gynécologiques**

Les médecins généralistes de Vaulx-en-Velin sont parfois sollicités pour un suivi de contraception ou de grossesse (jusqu'au 4^{ème} mois en général). Pour des raisons complexes, cette compétence n'est pas mise en avant par tous les médecins généralistes et elle n'est pas non plus sollicitée par toutes les patientes... Il peut y avoir par ailleurs des demandes « tronquées » dans ce domaine : certaines femmes font appel aux généralistes pour renouveler une contraception orale en « dépannage »²⁹, sans qu'un suivi gynécologique soit réellement mis en place. Concrètement il semble que certaines femmes parviennent, de « dépannage » en « dépannage », à utiliser une contraception orale sans subir d'examens gynécologiques quelconques pendant des années...

La gêne à pratiquer ou à subir des examens gynécologiques est donc sans doute partagée entre médecins et patientes. Certaines femmes répugnent à subir des examens qu'elles jugent par trop intimes, d'autres ne veulent pas être examinées par des médecins hommes, d'autres encore ont « peur de savoir » ou au contraire ne voient pas l'utilité d'une telle démarche... Mais il arrive également, selon certains des professionnels que nous avons rencontrés, que ce soient les généralistes eux-mêmes qui, mal à l'aise avec ce type d'examens, ne les proposent pas, préférant s'en tenir au « dépannage » de leurs patientes en matière de contraception orale. Cette difficulté à pratiquer des examens gynécologiques est parfois repérée par les patientes, qui s'en étonnent

« Un jour j'ai eu comme des démangeaisons, ça me brûlait là (vulve - vagin). Je suis allée voir le médecin. Je lui ai expliqué et il m'a dit que c'était un champignon et il m'a fait une ordonnance pour avoir des ovules, mais il ne m'a même pas examinée ! Il m'a juste fait l'ordonnance... Et quand j'ai mis l'ovule ça a été pire : ça me faisait encore plus mal ! »

► **L'intérêt du dépistage et du suivi de grossesse mal connu par une partie des femmes**

Les professionnels rencontrés constatent une véritable ignorance de la part de nombreuses femmes par rapport à l'intérêt d'un suivi gynécologique.

Par ailleurs beaucoup des femmes que nous avons rencontrées ont clairement exprimé qu'elles ne savent pas à quoi sert un frottis et ont le sentiment de n'en avoir jamais fait. A l'inverse, d'autres femmes nous ont assuré faire pratiquer un frottis tous les ans, sans réellement connaître l'intérêt de cet examen :

- « Moi, je fais un frottis tous les ans. Tous les ans, c'est mieux ! »
- « Pourquoi il faut faire des frottis ? Il faut les faire quand ? »

Globalement les femmes que nous avons vues semblaient très peu informées sur l'intérêt d'un suivi et de pratiques de dépistage en matière de gynécologie : le dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus notamment sont des thèmes très mal connus, voire totalement inconnus. De ce fait de nombreuses femmes ne voient pas l'intérêt d'un suivi gynécologique en dehors des périodes de grossesse... Et même alors, certaines femmes ne saisissent pas toujours l'intérêt d'un suivi, ou ne parviennent pas à le mettre en place³⁰. Enfin il semble que de nombreuses femmes ménopausées ne pratiquent plus aucun examen gynécologique : la possibilité d'une grossesse ayant disparu et l'éventuel besoin de contraception avec, ce type de suivi perd son sens pour ces femmes.

Un véritable travail de sensibilisation des femmes sur l'intérêt et les moyens de dépistage des cancers féminins, mais également sur l'intérêt du suivi des grossesses, semble fortement nécessaire.

²⁹ Le « dépannage » étant décrit comme pouvant devenir systématique pour certaines patientes.

³⁰ Cf. chapitre sur les données quantitatives / le suivi prénatal.

► **La contraception : une situation de sous-information pour certains groupes de femmes**

Le thème de la contraception n'est pas toujours limpide pour nombre de femmes que nous avons rencontrées, et certaines représentations indiquent bien qu'il existe une réelle sous-information chez certaines.

Les différentes méthodes contraceptives ne sont pas toujours bien comprises et, pour certaines femmes, la contraception n'apparaît pas comme une solution, mais plutôt comme un risque, notamment pour les femmes qui sont récemment arrivées en France et qui connaissent mal ces possibilités dans leurs pays d'origine :

« Moi, je suis fatiguée, j'ai 6 enfants et je n'en veux plus. J'ai été à l'hôpital parce que j'avais une infection urinaire. Ils m'ont dit "Attention peut-être qu'après tu ne pourras plus avoir d'enfant". Alors j'ai répondu "Ça c'est bon : laisse-moi comme ça : je ne veux plus d'enfants !"... Mais l'infection est toujours là, j'ai toujours mal au ventre... Mais je ne veux plus d'enfant... »

« On m'a mis un stérilet, et après j'ai eu une infection, ça faisait très mal. J'ai dit au médecin de me l'enlever. Maintenant je ne veux plus rien. Je prie Allah et c'est tout. »

« La pilule, il paraît que ça peut perforer l'utérus. »

D'après les rencontres que nous avons eues avec les femmes de Vaulx-en-Velin, l'origine des femmes et l'ancienneté de leur présence en France comme leur maîtrise du français sont des éléments qui semblent jouer un rôle important dans leur appréhension de la contraception.

► **Femmes somaliennes et excision**

Il existe à Vaulx-en-Velin une petite communauté de somaliens (environ 50 familles) qui a fondé une association (Association pour la Promotion des Somaliens en France). Cette association a fait un travail d'information et de sensibilisation autour de l'excision, notamment lors d'une conférence-débat qui s'est déroulée en 2004 et à laquelle participait un médecin somalien³¹ qui exerce sur Vaulx-en-Velin.

Les femmes somaliennes, que nous avons rencontrées, nous ont expliqué que cette pratique était aujourd'hui minoritaire parmi les somaliens qui sont en France et qu'il n'y a pratiquement plus de fillettes qui sont emmenées au pays dans le but d'être excisées. En ce qui concerne la chirurgie réparatrice pour les femmes adultes, les personnes rencontrées en ont entendu parler mais semblent juger le recours à cette chirurgie peu envisageable : les difficultés de la vie quotidienne ont la priorité et les femmes se représentent cette opération comme étant très coûteuse.

2.2 Les jeunes filles: désir de virginité, désir de grossesse, désir d'enfant, désir de statut social...

► **Des jeunes filles « bien informées » sur la contraception...**

En ce qui concerne les jeunes filles, les professionnels rencontrés font le constat que nombre d'entre elles ont une activité sexuelle sans pour autant utiliser de contraception. Par ailleurs le fait de commencer à avoir une vie sexuelle semble souvent totalement déconnecté d'une idée de suivi gynécologique.

D'après les professionnels rencontrés, la non-utilisation d'une contraception ne serait pas due à un manque d'information. Au collège comme au lycée, le thème de la reproduction humaine et de la contraception est traité en cours de SVT, lors de séances d'informations organisées avec des

³¹ Dr Rachid.

infirmières scolaires ou avec le CPEF. Dans quelques établissements, des séances d'information sont réalisées par une intervenante de la société *Always*

En ce qui concerne les jeunes filles sorties du circuit scolaire, les éducatrices de prévention, les professionnelles de la Mission Locale donnent également des informations sur ces thèmes et elles orientent les jeunes vers le CPEF (de Vaulx-en-Velin, Villeurbanne, ou ailleurs). Le CPEF de Vaulx-en-Velin intervient par ailleurs régulièrement auprès des jeunes suivis par la Mission Locale, notamment lorsque ces derniers vont passer des visites médicales (proposées par la Mission Locale³² et réalisées par les médecins du Conseil Général dans les locaux du CDHS)...

Les jeunes filles sont, en ces différentes occasions, informées de la possibilité d'aller consulter au CPEF (de leur commune ou d'autres communes) de manière anonyme et gratuite, et elles y sont, dans certains cas, accompagnées par les infirmières scolaires, les éducatrices de prévention...

On notera, en ce qui concerne l'information en milieu scolaire³³, que celle-ci peut être réalisée selon des approches très différentes.

Les infirmières scolaires semblent en effet plutôt favorables à des séances d'information faites en groupes non mixtes. Cette pratique permettrait aux filles et aux garçons de s'exprimer plus librement, sans crainte de subir les moqueries, etc. Néanmoins certaines professionnelles insistent sur le fait que, même « entre elles », les jeunes filles n'osent pas toujours poser des questions sur des sujets intimes ou « tabous » par peur d'être « cataloguées » par leurs camarades et de ternir leur réputation, voire d'être dénoncées à leurs parents, si elles laissent supposer qu'elles ont une activité sexuelle ou même un certain intérêt pour la chose. Cette crainte du « qu'en dira-t-on » et de la dénonciation semble surtout concerner les jeunes filles d'origine maghrébine.

L'équipe du CPEF de Vaulx-en-Velin privilégie en revanche une approche mixte, l'idée étant que filles et garçons vivent côte à côte au quotidien (du moins au sein des établissements scolaires) et que les questions de sexualité, de relations hommes - femmes doivent être posées, débattues de façon mixte.

Comme sur d'autres communes, on constate que l'articulation entre l'action du CPEF et celle des infirmières scolaires n'est pas toujours facile, les approches et les objectifs, sur le fond, n'étant pas toujours les mêmes. Une réflexion sur les divergences ou différences dans les approches de prévention en matière de sexualité, mais également sur les complémentarités possibles, pourrait être pertinente.

Reste que, sur une commune comme Vaulx-en-Velin qui compte une importante population d'origine maghrébine de tradition musulmane, l'évocation de certains thèmes peut être un exercice délicat. Outre le fait que, pour une même classe d'âge, tous les élèves n'ont pas le même niveau de connaissances et que des élèves peuvent être choqués par certaines informations, il s'avère que certains jeunes se méfient du discours des professionnels (internes ou externes), le jugeant contraire, ou même opposé, à celui des parents et de la famille, à celui de leur groupe social de référence.

► ... Mais de grandes lacunes dans la réalité des pratiques et représentations

Si les professionnels s'accordent à dire que les jeunes filles sont « informées », ils s'accordent également à dire que l'information n'est pas toujours assimilée. Ils nous ont également fait part de leur étonnement devant les questions ou les « croyances » des jeunes filles qui dénotent que certaines choses ne sont pas comprises et qu'il existe de grandes lacunes, notamment en ce qui concerne l'anatomie.

³² Ces visites médicales ont lieu une matinée par semaine.

³³ Collèges et lycée

Ainsi, en matière de prévention des grossesses, une partie des jeunes filles n'utilise pas de contraception, pensant que d'autres méthodes sont parfaitement protectrices, ou qu'elles ne présentent pas éventuellement d'autres inconvénients :

- La sodomie (néanmoins certaines jeunes auraient des doutes sur le fait que la sodomie ne puisse pas être suivie d'une grossesse... Les professionnelles font également l'hypothèse que, dans certains cas, la sodomie est accompagnée d'autres pratiques qui pourraient effectivement entraîner un risque, mais dont les jeunes ne parlent pas...);
- La fellation (n'est pas forcément reliée à un risque de contamination en matière de VIH ou d'hépatite) ;
- La pénétration « incomplète » (qui protégerait à la fois d'une grossesse et de la rupture de l'hymen, beaucoup de jeunes filles ne sachant pas très bien « à quelle hauteur » se trouve l'hymen) ;
- Un rapport sexuel « pour la première fois » qui ne pourrait être suivi d'une grossesse .
- Un rapport sexuel juste avant ou après les règles...

Ces croyances et représentations vont, semble-t-il, de pair avec des pratiques qui parfois comportent un risque concret de grossesse. Ainsi, même si aucun jeune n'échappe aux cours de SVT et aux séances de prévention, tout n'est pas clair lors de la « mise en pratique »... Reste à savoir si certains profils de jeunes ont, plus que d'autres, des difficultés à assimiler ou à mobiliser les informations qu'ils ont reçues...

Autant de questions qui ne sont pas spécifiques à Vaulx-en-Velin mais qui interpellent fortement les professionnels.

► **La virginité toujours importante parmi certains groupes de jeunes filles**

Pour certaines jeunes filles d'origine maghrébine et pour leur famille, la virginité reste un élément important de l'honneur familial et fonde la « compétence » des jeunes filles à contracter un mariage, selon les vœux des parents et parfois également d'elles-mêmes. L'interdit est donc fort en ce qui concerne les relations sexuelles avant le mariage, la sexualité étant un « péché » hors de ce cadre.

Il arrive ainsi que certaines jeunes filles déclarent aux professionnels (notamment dans le cadre scolaire) qu'elles n'ont pas besoin de contraception / d'information sur la contraception, puisque la sexualité ne les concerne pas avant le mariage et, qu'après celui-ci, l'objectif est d'avoir un bébé. Si pour ces jeunes filles la virginité reste fortement liée à l'honneur et à la respectabilité, ce point de vue est également partagé par certains garçons, semble-t-il, qui souhaitent se marier avec une « fille vierge ».

Les demandes qui sont faites au CPEF sur ce thème confirment cette tendance. Le médecin gynécologue est parfois sollicité pour délivrer des certificats de virginité. Ces certificats sont accordés aux jeunes filles compte tenu de l'importance vitale qu'ils recouvrent pour les familles en tant que « laisser-passer » pour le mariage. Néanmoins le médecin du CPEF de Vaulx-en-Velin tente de sensibiliser les jeunes et leurs familles à l'absurdité de cette démarche en portant sur le certificat la date et l'heure exacte auxquelles l'examen de l'hymen a été fait, l'idée étant qu'un tel certificat n'a finalement qu'une valeur très relative...

Parallèlement à ce désir / nécessité de virginité, les jeunes filles semblent exprimer un idéal de vie basé sur la constitution d'un couple et également (peut-être surtout) sur la maternité. Les professionnels font par ailleurs un lien entre ce désir de maternité, dès la fin de l'adolescence, et le fait que ces jeunes filles n'ont pas réellement de projet d'étude ou de projet professionnel.

► **Du désir de grossesse au désir d'enfant**

Les données émanant du Conseil Général du Rhône mettent en lumière le fait que les vaudaises ont des enfants plutôt plus jeunes que sur le reste du département. Ainsi 25% des accouchées de

Vaulx-en-Velin ont moins de 25 ans alors que, pour le reste du département, ce chiffre est de 15 %.

Pour une partie des jeunes filles, la maternité semble jouer un rôle déterminant dans l'accession au statut d'adulte. Qu'elles soient en couple ou qu'elles soient seules et bénéficient de l'API, l'arrivée d'un enfant peut permettre à certaines jeunes filles / femmes de prendre une certaine autonomie vis-à-vis de leur famille et d'obtenir un statut social qu'elles ont le sentiment de ne pouvoir atteindre autrement (par le biais des études ou d'une activité professionnelle).

D'après les professionnels rencontrés, la maternité, le fait de devenir parent semblent à la fois un marqueur essentiel de l'entrée dans le monde adulte et le moyen le plus « évident » d'accéder à un certain épanouissement personnel.

Parallèlement à ce constat, les professionnels nous ont fait part de leur sentiment de rencontrer de très jeunes mères (20 ans ou moins) qui se trouvent parfois en grandes difficultés pour élever leur enfant.

Pour ces jeunes femmes, la question du désir d'enfant peut se poser. En effet, comme l'ont bien souligné les professionnelles du CPEF, il n'y a pas forcément continuité entre désir de grossesse et désir d'enfant : il arrive que des jeunes filles s'exposent volontairement au « risque » d'une grossesse pour différentes raisons :

- Vérifier qu'elles ne sont pas stériles (la capacité à être mère - et donc adulte - étant une préoccupation très forte) ;
- Désirer inconsciemment devenir - enfin - l'objet et le centre de certaines attentions. Pour certaines jeunes femmes, qui sont en manque de reconnaissance sociale, mais également de « portage affectif », la grossesse est ainsi recherchée pour elle-même.

Néanmoins ce désir de grossesse n'est pas toujours accompagné d'un désir d'enfant. L'IVG peut alors constituer une solution, mais pas toujours... , les plus grandes difficultés se posant pour les jeunes qui ne désirent pas d'enfants mais qui réalisent finalement tardivement qu'elles sont bien enceintes...

La question qui se pose à Vaulx-en-Velin³⁴, étant donné le jeune âge de nombreuses mères, est de savoir s'il serait pertinent de sensibiliser les jeunes à une parentalité qui risque de les concerner relativement précocement et surtout de les sensibiliser à ce que peut impliquer le fait d'être enceinte, puis mère, en termes de droits et de contraintes (le suivi de la grossesse, l'éducation et le suivi de l'enfant, le fait que l'API a une limite dans le temps, les possibilités en matière de logement, etc.).

2. 3 Les mères célibataires / les familles monoparentales : l'isolement et la déprime

D'après les professionnels rencontrés, le statut de famille monoparentale concerne aussi bien des jeunes mères qui n'ont jamais vécu avec le père de l'enfant que des femmes plus âgées qui ont plusieurs enfants et qui ont divorcé ou qui ont été abandonnées par leurs maris.

Dans tous les cas, différents problèmes ont été repérés concernant ces femmes.

► Des contraintes fortes qui renforcent une absence de « soin de soi »

Ces femmes sont décrites comme étant, plus que les autres, submergées par les contraintes du quotidien, par la faiblesse des ressources économiques et par les soins à donner aux enfants, notamment lorsqu'elles en ont plusieurs. Pour toutes ces raisons elles seraient peu disponibles pour réellement porter attention à leur santé.

³⁴ Comme dans d'autres communes de même profil

► **Isolement social et déprime**

Les femmes, dont la famille n'habite pas à proximité (voire n'habite pas en France) et qui doivent assumer la charge de leurs enfants complètement seules, sont touchées par une fatigue qui confine parfois à la déprime. La situation semble encore plus difficile pour les primo-arrivantes isolées.

Ainsi à la fatigue physique peut s'ajouter la fatigue morale face à des enfants que l'on « n'arrive pas à tenir » et qui vivent mal l'absence du père.

Par ailleurs le fait d'élever seule les enfants peut constituer une entrave à la constitution de réseaux sociaux : le manque de temps et de disponibilité ne favorisant pas la participation à des activités, des groupes, etc.

► **« Réputation » et capacité à s'insérer dans des réseaux sociaux**

Certains des professionnels rencontrés ont attiré notre attention sur l'importance de la « réputation » des femmes à l'échelle de leur quartier. Le fait pour une femme d'avoir été abandonnée par son mari peut, en terme d'image, se retourner contre elle. Les femmes laissées par leurs maris seraient ainsi parfois soupçonnées par les autres habitants du quartier d'avoir mérité ce sort, de n'avoir pas su « garder » leurs maris, d'avoir mauvais caractère, etc. Cette crainte peut amener ces mères à se replier encore un peu plus sur elles-mêmes et sur leurs enfants et à éviter d'affronter le regard et l'opinion des autres, repli qui, cumulé aux autres difficultés, peut encore aggraver l'isolement social.

2.4 L'accès aux modes de gardes des jeunes enfants : des manques repérés par les habitantes

► **La garde régulière d'enfants : des conditions encore mal adaptées aux familles les plus modestes**

La question de la garde des enfants pour les femmes qui souhaitent travailler se pose pour les mères qui sont en couple, et plus encore pour celles qui sont célibataires (familles monoparentales).

Ce constat, qui est également fait sur de nombreuses autres communes, souligne que les modes de garde restent souvent difficiles d'accès pour les femmes qui disposent de faibles revenus, notamment lorsqu'elles sont célibataires et ce, pour au moins deux raisons :

- Les horaires de garde d'enfants ne correspondent pas toujours aux horaires d'activité professionnelle (lieux de travail très éloignés du domicile qui impliquent des temps de transports très longs, ou encore horaires de garde non compatibles avec les horaires des emplois proposés) ;
- Le coût des modes de garde : lorsqu'il s'agit de garde à plein temps et qu'il y a plusieurs enfants en bas-âge à faire garder, ces coûts restent élevés pour les familles modestes et surtout pour les familles monoparentales. Par ailleurs lorsque les enfants ont plus de 6 ans, les aides de la CAF s'arrêtent, ce qui rend l'accès aux modes de garde (notamment avec les assistantes maternelles) encore plus difficile.

► **Les centres de loisirs sans hébergement : une offre inférieure à la demande**

En ce qui concerne l'accueil des enfants en centres de loisirs, notamment pendant les vacances scolaires, les habitantes que nous avons rencontrées nous ont signalé que les places n'étaient pas suffisantes par rapport aux besoins et qu'il fallait arriver très en avance à l'ouverture des inscriptions pour avoir quelque chance d'inscrire son ou ses enfants. Ce manque crée apparemment beaucoup de frustrations parmi les habitantes de Vaulx-en-Velin :

« Il n'y a pas assez de places au centre social ! Cette année, je suis arrivée deux heures à l'avance pour inscrire les enfants ! Il faut qu'il y ait plus de places ! »
(habitante)

► La cantine : un mode de « garde » pour certaines mères

Dans un registre un peu différent, nous avons également été interpellés par des femmes qui n'ont pas d'activité professionnelle mais qui ont plusieurs enfants (plus de 3) et souhaiteraient que ces derniers mangent à la cantine.

Pour ces femmes, la cantine peut représenter un vrai soulagement... Mais elle reste parfois difficile d'accès³⁵, ce qui conduit certaines femmes à adopter des stratégies de « contournement de la règle » pour parvenir à faire manger leurs enfants à la cantine :

« Mes enfants, je veux qu'ils mangent à la cantine. Avec moi, ils ne veulent pas manger. A la cantine, il y a des gens qui les surveillent et ils mangent. A la maison, j'ai déjà le petit à faire manger et je suis trop fatiguée... De toute façon, le week-end, je fais à manger comme ici : du steak haché et des frites ! Les enfants n'aiment pas la nourriture de chez nous... Mais à l'école Martin Luther King, ils refusaient de les accepter à la cantine parce que je travaillais pas. Alors je suis allée à l'ANPE, j'ai fait une formation, c'est tout, et ils ont accepté les enfants. »
(habitante, mère de six enfants)

Les infirmières scolaires³⁶ nous ont signalé que très peu d'enfants mangent à la cantine en primaire : il n'y a donc pas apparemment de phénomène de « surcharge » au niveau des cantines scolaires. Pourtant certaines mères nous ont déclaré que les écoles primaires exigent, pour que l'enfant soit accepté à la cantine, que les deux parents travaillent... Cette exigence, qui se comprend bien dans les communes où les enfants sont très nombreux à manger à la cantine (et où les deux parents travaillent fréquemment), paraît ici plus surprenante... , notamment dans un contexte de fragilité socio-économique des familles et de fatigue des mères qui ont, plus souvent qu'ailleurs, plus de trois enfants à élever et où, globalement, les familles modestes ont un accès difficile aux modes de garde...

Soulignons en effet que cette contrainte (les deux parents travaillent) n'a pas été fixée par la mairie de Vaulx-en-Velin (qui gère les cantines scolaires) ... On peut ainsi faire l'hypothèse que le message transmis par les personnels des écoles concernant les conditions d'acceptation à la cantine a été mal compris par les mères, et qu'une communication plus claire, plus accessible sur ce sujet éviterait d'éventuels malentendus...

2.5 Les violences conjugales : de la gestion de la violence à la fuite

► Des ressources en matière de conseil et de soutien qui s'étoffent

Vaulx-en-Velin dispose de différentes ressources en ce qui concerne le problème des violences conjugales.

Les médecins généralistes et le CPEF constituent des premiers recours, notamment parce qu'ils sont en mesure de conseiller, d'orienter et, pour les médecins, de délivrer des certificats d'ITT.

Au niveau des associations, le « Mas Infos Victimes », présent par le biais d'une permanence à la Maison de la Justice et du Droit, offre conseil et assistance au plan juridique.

« Femmes Solidaires », qui a une permanence d'une demi-journée par mois à l'Espace Carco, offre également conseil et soutien. Cette association déplore néanmoins le fait qu'il n'y ait pas réellement d'antenne de l'association sur Vaulx-en-Velin, faute de militantes sur place pour pouvoir assurer cette présence.

« Ni Putes, Ni Soumises » ne dispose pas de structure ou de permanence sur Vaulx-en-Velin.

³⁵ Il semble que le message diffusé par les établissements scolaires auprès des mères est que les deux parents doivent obligatoirement travailler, ce qui n'est pas souvent le cas des femmes, notamment immigrées, à Vaulx-en-Velin.

³⁶ Quelques infirmières scolaires, rencontrées lors d'une réunion de secteur.

En revanche le CIF (Centre d'Information Féminin) va prochainement mettre en place une antenne sur la commune.

La présence de ces associations semble être le reflet de violences en augmentation, mais aussi d'une augmentation croissante de la verbalisation et de la dénonciation de ces violences, d'après ce que constatent les professionnels rencontrés.

► **Des repères culturels qui varient concernant les droits des femmes et des hommes**

Les violences faites aux femmes ne sont pas toujours considérées comme anormales par ceux qui les commettent ou par celles qui les subissent. Les professionnels qui traitent de ces questions soulignent ainsi que beaucoup d'hommes et de femmes considèrent la violence conjugale comme un mode normal de gestion des conflits.

Il arrive ainsi que des femmes demandent aux professionnels si leur père, frère, cousin (voire copain du frère...) ou conjoint ont le droit de faire tel ou tel geste (bousculer, gifler, ...) à leur rencontre. Dans leurs cultures d'origine³⁷ (Maghreb, Afrique Noire, Turquie), il semble qu'un certain niveau de violence du mari contre sa femme soit parfois socialement admis³⁸. Certaines femmes vivent avec l'idée que les hommes ont des droits sur elles, une autorité qui apparaît comme normales et qui incluent la contrainte physique. C'est lorsqu'elles ont un doute concernant la réalité ou la limite de ces « droits » des hommes - en France - qu'elles commencent à poser des questions sur ce thème...

De même certains hommes, parfois jeunes et nés en France, estiment qu'en tant qu'hommes ils ont certains droits sur les femmes et interpellent également les professionnels (dont le Mas Infos Victimes, ...) pour savoir si leurs femme, sœurs, ... ont le droit de fumer, d'aller en boîte de nuit, etc. et ce, sans leur consentement. Il semble enfin que certains hommes se renseignent pour connaître les mesures coercitives légales qu'ils pourraient utiliser pour contraindre leurs femmes, leurs sœurs à faire certaines choses. Ils sont, semble-t-il, à la fois très déçus et surpris lorsqu'ils apprennent que le droit français ne comporte pas de telle mesures et que leurs épouses, sœurs, fiancées, ... ont les mêmes droits qu'eux.

Cette déception se transforme parfois même en souffrance lorsque les hommes découvrent que le droit français n'attribue pas automatiquement la garde des enfants au père en cas de séparation des parents (comme cela peut être le cas dans certains pays d'Afrique du Nord) ou qu'un mari ne peut empêcher sa femme de le quitter, etc.

Globalement il semble que l'on constate un certain déficit d'information parmi les populations étrangères ou d'origine étrangère (qu'elles soient ou non arrivées en France récemment) en ce qui concerne les droits des femmes en France. Le fait d'être né en France, d'y être parfois même allé à l'école, ne donne pas forcément de meilleurs repères en la matière et la « loi de la communauté d'origine » semble parfois plus légitime ou réelle, semble-t-il, que la loi française.

Les professionnels rencontrés évoquent des cas de jeunes filles nées en France qui connaissent relativement leurs « droits officiels » mais qui se sentent obligées, au plan moral mais aussi pour ne pas être rejetées par leur famille et leur groupe social, d'accepter certaines contraintes de la part des hommes de leur groupe. Cette loi non écrite, qui autorise la violence des hommes sur les femmes, qui oblige les femmes à l'obéissance, parfois aux mariages forcés, etc. est d'ailleurs, semble-t-il, soutenue à la fois par les mères des jeunes filles mais également par les belles-mères... Il s'agit de maintenir un certain ordre social, « malgré » l'émigration.

³⁷ La CSP, le niveau d'éducation jouent également un rôle important

³⁸ Il est néanmoins fort probable que d'autres éléments comme le niveau d'éducation, le contexte socio-économique et peut-être des difficultés d'ordre psychologique sont également à prendre en compte...

► Différents types de violence

Dans le prolongement de ce manque de repères, notamment chez les personnes étrangères ou d'origine étrangère (les « français » sont également concernés), les professionnels constatent qu'il y a un travail d'information et de sensibilisation à faire sur ce que sont les violences conjugales.

Ainsi les violences verbales sont peu abordées avec les professionnels et ce sont essentiellement les violences physiques qui peuvent provoquer une demande d'aide à une personne extérieure à la famille... Néanmoins les professionnels constatent que les femmes évaluent mal le « niveau de violence » à partir duquel elles ont légalement le droit de « se plaindre ». Un des professionnels rencontrés nous a ainsi fait part de la question d'une femme qui voulait savoir si son fiancé avait le droit de la gifler, de la secouer par les épaules. Dans l'esprit de certaines femmes, il existerait ainsi un « niveau de gravité » - et donc « d'illégalité » - de la violence physique à partir duquel elles pourraient se « rebeller », se plaindre.

Ce type de représentations peut pousser certaines femmes à ne pas parler tant qu'elles ne reçoivent pas de coups jugés « graves » par elles...

► Les certificats médicaux : outil de chantage / de négociation au sein des couples ? ...

Certains des médecins généralistes rencontrés ont signalé qu'il délivraient souvent des certificats pour coups et blessures mais que, dans la plupart des cas, ces certificats concernaient des ITT de moins de 8 jours (le Procureur de la République n'est pas alerté en deçà de 8 jours d'ITT). La plupart des femmes qui viennent pour réclamer ce type de certificat ne semblent pas vouloir porter plainte à la police et n'ont manifestement pas l'intention de quitter leurs maris... , qui sont, par ailleurs, également vus en consultations par les mêmes médecins généralistes, mais plutôt pour des rhumes et des angines! ... En fait le certificat médical établi suite à des coups de l'époux sur sa femme peut être utilisé comme un outil de négociation par la femme vis-à-vis de son mari. Ce certificat représente la menace de dénoncer le mari à la police etc. et pourrait donner un certain pouvoir aux femmes, au moins pendant quelque temps... Avant qu'une nouvelle crise de violence ne vienne changer le rapport de force.

Ainsi, de l'avis de la plupart des professionnels qui ont été consultés sur ces questions, les violences conjugales font partie du quotidien d'une partie des vaudais et il semble que les clans familiaux fassent pression pour que cette violence soit gérée en interne et qu'elle ne donne pas lieu à des interventions externes (police, juges)... Néanmoins, même si cette violence est banalisée, il arrive parfois que les coups soient plus forts que d'habitude et aboutissent à des fractures, des traumatismes importants. Mais même alors, quand l'ITT dépasse les 8 jours, de nombreuses femmes craignent de porter plainte, de peur de représailles, mais également de peur de se retrouver « à la rue », sans emploi, avec ou sans les enfants...

► Quitter un conjoint violent : quelles solutions pour survivre ?

Les professionnelles des associations ou du Relais Santé Mutualité confirment qu'il reste toujours extrêmement difficile pour une femme de quitter le domicile conjugal. Même s'il existe des foyers d'urgence dans l'agglomération lyonnaise et que la loi permet aujourd'hui aux femmes battues de conserver leur logement (le conjoint violent étant « envoyé » temporairement dans un foyer, ou définitivement écarté du domicile), dans la réalité, les femmes battues craignent la vengeance des maris ou concubins (notamment lorsque les ex-conjoints continuent à vivre dans la même commune ou le même quartier), ou encore elles redoutent de ne pas avoir les moyens de pouvoir s'assumer seules au plan économique, notamment lorsqu'elles ont des enfants à charge.

A Vaulx-en-Velin, comme sur d'autres communes, le problème - voire le paradoxe - reste entier : on encourage les femmes à parler des violences qu'elles subissent, à porter plainte, mais il reste encore souvent difficile, lorsqu'il y a séparation effective, de les protéger et de les aider à se reconstruire et à survivre par elles-mêmes, tout en élevant leurs enfants.

3 - LES ENFANTS ET LES JEUNES

3.1 Les enfants (enfants du primaire et adolescents)

► Des difficultés à obtenir des informations auprès de certains professionnels

Les personnels des écoles primaires sollicités pour cette étude n'ont pas accepté de répondre à nos questions.

Le point de vue et les constats des directeurs d'écoles sur les problématiques de santé repérées chez les élèves de la commune manque donc ici.

► Des attentes insatisfaites en matière de santé mentale

Professionnels et habitants de la commune ont fait état d'un certain nombre de difficultés dans la prise en charge des enfants par le CMP enfants de Vaulx-en-Velin³⁹.

La question des délais a notamment été fortement soulignée : il semble qu'il arrive assez fréquemment que les délais pour un premier rendez-vous soient de 6, 8 voire 9 mois. Même si les délais ne sont pas toujours aussi longs⁴⁰ suivant les périodes de l'année et qu'il semble qu'il y ait une certaine amélioration depuis quelques temps, cette difficulté semble constatée par beaucoup et être à la source d'une grande insatisfaction : à l'échelle d'un enfant, 9 mois représentent un laps de temps extrêmement long...

Certains parents ont également affirmé que toutes les ressources qui devraient pouvoir être mobilisées au CMP enfants ne le sont pas toujours de fait. Ainsi certains professionnels du CMP ont eu des absences prolongées, semble-t-il, créant ainsi une rupture dans la prise en charge des enfants...

Du côté des professionnels une autre insatisfaction forte et spécifique est mise en avant. Elle concerne la difficulté qu'il y aurait à entrer en contact avec les personnels du CMP enfants et à avoir un « retour » sur les enfants qui y sont orientés. Les professionnels qui orientent vers le CMPE (eux-mêmes ne se sentant pas compétents face au problème repéré), souhaitent être en quelque sorte « rassurés » sur le fait que l'enfant ou le jeune a pu être pris en charge, qu'un professionnel compétent a pris le relais. Il s'agit également pour ces professionnels de mettre au point l'accompagnement le mieux adapté pour l'enfant ou le jeune compte tenu du travail qui est réalisé par le CMP.

Le Dr Slama, Chef de service à l'Hôpital du Vinatier et responsable du secteur qui inclut Vaulx-en-Velin, a bien voulu répondre à nos questions et nous exposer son point de vue. Pour le Dr Slama, le fait d'entrer dans un soin est une démarche totalement privée et libre (du moins en ce qui concerne les parents). Ainsi le CMPE n'a pas à informer une quelconque structure (même si celle-ci a orienté le jeune ou l'enfant vers le CMPE) sur le fait que l'enfant, le jeune soit ou non pris en charge et sur la nature de cette prise en charge. Le fait d'être suivi en CMP relève du domaine privé et seuls les parents ou les enfants, s'ils le souhaitent, peuvent informer tels ou tels structure ou professionnel du fait qu'ils sont suivis en CMP.

Cette « incommunicabilité », un peu classique, entre le CMP et d'autres professionnels, que nous avons pu constater sur d'autres communes, est probablement due, en partie, à des cultures différentes, voire opposées, en matière de « secret professionnel ». Pour certains, le secret

³⁹ Soulignons que le CMPE de Vaulx-en-Velin suit en moyenne 400 enfants par an, dont la moitié sont de nouveaux patients (en majorité ils ont moins de 15 ans), et pratique 4 000 actes de soin par an, ce qui en fait un des CMPE les plus importants du secteur, semble-t-il.

professionnel peut inclure tous les professionnels qui travaillent avec ou autour d'un individu (au plan sanitaire et social) alors que pour d'autres, au contraire, chaque corps de métier, chaque institution est tenu, de manière spécifique, au secret professionnel et il est impossible et non souhaitable de mettre « tout le monde dans le secret » sous prétexte que différents professionnels suivent et essaient d'aider une même personne.

Néanmoins, au-delà de cette culturelle et épineuse question du secret professionnel, il semble qu'il n'y ait pas de relation ou de partenariat concret, ni même de rencontre entre les professionnels du CMPE et une partie des professionnels⁴¹ qui travaillent sur la commune avec les enfants et les pré-adolescents, ce qui est fortement regretté et interprété comme un refus de contact. Si le Dr Slama est de fait en lien avec la municipalité de Vaulx-en-Velin⁴², en revanche, sur le terrain, les professionnels du CMPE ne semblent pas en lien avec les médecins généralistes, les professionnels du Lieu Ecoute, ...

Précisons néanmoins que le CMPE nous a signalé qu'il intervenait auprès des établissements scolaires (écoles primaires) lorsque des enfants présentaient des problèmes de scolarité (maintien dans le cursus, orientation, ...) et qu'il participait au CLSPD. Enfin, le CMPE intervient 2 heures par mois dans les PMI et 1h30 par semaine à la Maternité de la clinique de l'Union.

Peut-être serait-il pertinent de favoriser certaines rencontres et échanges⁴³ entre les professionnels du CMPE et d'autres structures et professionnels⁴⁴ (Lieu Ecoute, médecins généralistes, centres sociaux, ...). L'évocation de cas individuels serait peut-être exclue mais le fait de pouvoir, au moins ponctuellement, échanger sur les pratiques et les objectifs des uns et des autres pourrait contribuer à une meilleure orientation et prise en charge des enfants et adolescents.

► **Trois éléments majeurs repérés : problèmes dentaires et surpoids... et problèmes visuels ?**

Les médecins généralistes constatent que le nombre d'enfants en surpoids (selon l'Indice de Masse Corporelle) est en augmentation depuis plusieurs années.

Dans certains cas, l'enfant est le seul « gros » de la famille mais, dans d'autres cas, parents et fratrie sont également concernés... Même si l'alimentation n'est pas le seul facteur de surpoids, elle semble jouer un rôle important...

D'après les questionnaires remplis par les adolescents de Vaulx-en-Velin,⁴⁵ le taux de jeunes obèses ou en surpoids serait de 9,3 % alors que la moyenne en France (pour les 14-17 ans) est de 7,5% : les jeunes vaudais seraient donc un peu plus souvent « plus gros » qu'ailleurs... Cette enquête met par ailleurs en lumière le fait que les adolescents vaudais ont davantage tendance à sauter les repas qu'ailleurs, qu'il s'agisse du petit déjeuner, du déjeuner ou du dîner... Ils fréquentent par ailleurs très peu la cantine (il n'y a d'ailleurs pas de cantine au Collège Barbusse) : ils déjeunent apparemment majoritairement chez eux. Il est difficile de déterminer à quoi est dû ce phénomène de surpoids, néanmoins les médecins généralistes s'accordent à dire que le grignotage et la consommation d'aliments ou de boissons sucrées sont importants.

En ce qui concerne les dents, médecins et dentistes rencontrés confirment les éléments que nous avons pu recueillir au plan quantitatif⁴⁶. Les enfants, même très jeunes, sont souvent concernés par d'importants problèmes de caries dentaires. La carie est parfois si importante qu'il est nécessaire de pratiquer une extraction de la dent, ce qui ne va pas sans poser certains problèmes

⁴¹ Nous n'avons pas d'éléments concernant les écoles primaires.

⁴² Il existe une charte entre l'hôpital et la ville de Vaulx-en-Velin qui a été le support de partenariats entre le secteur psychiatrique, la PMI et les écoles élémentaires.

⁴³ Précisons que le CMP participe aux trois LAPE (Lieux d'Accueil Parents Enfants, pour les 0-4 ans) de Vaulx-en-Velin

⁴⁴ Nous rappelons que ne connaissons pas le point de vue et les attentes des professionnels de l'Education Nationale en la matière.

⁴⁵ Elèves du Collège Barbusse, du LP Les Canuts et du Lycée Doisneau. Cf chapitre sur les données quantitatives.

⁴⁶ Cf Chapitre sur les données quantitatives

pour les plus jeunes (3 ans) qui peuvent difficilement garder la bouche ouverte pendant ce type d'intervention. Ces très jeunes enfants sont donc orientés vers l'Hôpital Debrousse où les extractions dentaires sont réalisées sous anesthésie générale.

La cause de ces caries si importantes est imputée à l'alimentation des enfants : les professionnels dénoncent une alimentation très riche en sucres rapides, où le grignotage continu est très important et le brossage des dents quasi absent, particulièrement lorsqu'il s'agit des dents de lait. En ce qui concerne les adolescents, les infirmières scolaires notent également des problèmes importants de caries pour certains jeunes, qui ne sont pas soignées ou soignées tardivement.

Il semblerait enfin qu'une étude ait été réalisée il y a quelques années par les écoles primaires de Vaulx-en-Velin et certains ophtalmologues, et qu'elle ait montré que les enfants de la commune étaient particulièrement concernés par certains troubles visuels...

► **Difficile scolarisation et prise en charge des enfants handicapés**

Il existe sur Vaulx-en-Velin un Institut Médico-Educatif, l'IME Yves Farge, qui accueille actuellement 120 jeunes, garçons et filles de 12 à 18 ans, déficients intellectuels légers avec troubles associés, en provenance de tout le département.

Globalement, en France, l'offre est inférieure à la demande dans ce domaine pour les enfants comme pour les adolescents handicapés et il n'existe pas sur Vaulx-en-Velin de structure qui puisse prendre en charge les plus jeunes enfants handicapés.

Un centre de jour (secteur psychiatrique public) existe également sur Vaulx-en-Velin qui accueille les enfants de la commune (et des communes environnantes) ayant entre 6 et 12 ans et souffrant de troubles graves de la personnalité. Ce centre dispose également d'une unité du soir (17h à 19h) qui accueille des enfants ayant des difficultés scolaires liées à des problèmes d'ordres psychologique, psychiatrique.

Enfin certains des habitants, que nous avons rencontrés, qui ont des enfants handicapés se sont plaint du fait que les écoles⁴⁷ de leur secteur avaient refusé de scolariser les enfants en leur sein, ces dernières alléguant qu'elles n'avaient pas les ressources adéquates en terme de personnel alors que, d'après les parents, les handicaps des enfants sont relativement « légers »... Une situation douloureuse et difficile pour les parents et surtout une totale absence de prise en charge pour certains enfants qui, de surcroît, vivent parfois dans des familles nombreuses, plus ou moins concernées par une certaine précarité, où les parents ne sont pas toujours très disponibles⁴⁸...

► **Consommation de substances psychoactives**

Les chiffres de l'enquête par questionnaire réalisée auprès de jeunes scolarisés montrent que la consommation de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis) est plutôt inférieure que sur le reste de la France, pour la même tranche d'âge. Les professionnels rencontrés ont cependant le sentiment que cette consommation est importante : il est probable que les consommations ont évolué sur le temps et qu'elles soient aujourd'hui plus importantes qu'elles ne l'étaient il y a 10 ou 15 ans.

On soulignera par ailleurs que les infirmières scolaires, qui repèrent des consommations problématiques en ce qui concerne le cannabis, se sentent relativement démunies en matière d'orientation : elles se disent mal informées sur les différentes ressources qui existent dans ce domaine. Beaucoup ne savent pas (ou plus) que le Lieu Ecoute de Vaulx-en-Velin est compétent pour aborder l'addiction au cannabis. Le Lieu Ecoute peut ainsi accueillir les jeunes (seuls ou à

⁴⁷ Il existe une classe thérapeutique sur la commune.

⁴⁸ Différentes études (notamment les études du Haut Comité de Santé Publique) montrent que la situation des enfants handicapés, déficients intellectuels vivant dans des familles précaires et de faible niveau d'éducation est nettement moins favorable que lorsque les familles appartiennent à des CSP plus élevées.

deux...) pour une première étape dans une démarche de réflexion sur leur consommation, dans les mêmes conditions de rapidité et de souplesse qu'en ce qui concerne les autres problématiques adolescentes...

En ce qui concerne les autres structures qui accueillent les jeunes sur le thème du cannabis dans l'agglomération lyonnaise, les infirmières déplorent le fait que les rendez-vous qui sont proposés aux jeunes sont toujours individuels et qu'ils se font dans le cadre d'une écoute relativement « formelle », souvent perçue comme « dramatisante » par les jeunes.

Les infirmières scolaires soulignent également qu'il est très difficile d'orienter les élèves vers une démarche qui « ressemble » à un soin et que la notion même de « psychologue » effraie parfois beaucoup de jeunes... Il est donc souvent nécessaire d'expliquer longuement et de dédramatiser cette démarche avant d'orienter et d'accompagner les jeunes vers ces structures.

Reste que les infirmières scolaires et les autres professionnels, qui sont amenés à être en contact avec des adolescents, n'ont pas tous les mêmes objectifs dans ce domaine⁴⁹ ni le même niveau de connaissances en ce qui concerne cette substance psychoactive...

3.2 Les jeunes (adolescents - 18/19 ans - et jeunes adultes)

► A l'opposé d'une image « d'indifférence » les jeunes rencontrés s'occupent et se préoccupent de leur santé

Les jeunes, qui sont souvent décrits comme indifférents ou insouciants vis-à-vis de leur santé, révèlent, lorsqu'ils sont interrogés sur ce sujet, qu'ils « s'inquiètent » de leur santé et qu'ils ont également des pratiques concrètes.

Ainsi les jeunes rencontrés consultent chez les médecins généralistes (souvent les médecins de famille). Néanmoins, lorsqu'ils ont le sentiment de repérer des symptômes graves et / ou urgents, ils peuvent prendre l'initiative d'aller directement consulter à l'hôpital, éventuellement en passant par les urgences. Dans certains cas, il est probable qu'une certaine anxiété est à l'origine de ce sentiment d'urgence⁵⁰ :

« Je sentais une douleur dans le thorax depuis plusieurs jours. Alors je suis allé à Bron, à l'Hôpital Neuro-cardio. ça a été un peu long l'attente, mais ça a été. Finalement, j'avais rien »

(homme - 20 ans)

Certains jeunes ont même démontré leur capacité à « changer » de praticien, à « continuer à chercher » une solution lorsque le soin proposé ne leur semble pas satisfaisant. Au-delà de la question de la pertinence de ces changements, il est important de souligner que ces jeunes se « débrouillent » pour repérer des ressources en matière de santé et qu'ils « persévèrent » dans leur recherche aussi longtemps que leur problème n'est pas résolu, qu'ils ne sont pas rassurés :

« J'avais une bulle de pus sous l'œil et ça gonflait : je suis allée aux urgences à Edouard Herriot, ils m'ont donné du collyre, de la pommade mais ce n'est pas parti... Une amie m'a parlé de l'Hôpital Desgenettes. J'ai pris un rendez-vous directement avec l'ophtalmologue, il m'a opérée la semaine suivante et c'est parti... Mais un an après c'est revenu. »

(femme 21 ans)

⁴⁹ Arrêt de la consommation, aide pour sortir de consommations problématiques, ... ?

⁵⁰ Différentes études (Haut Comité de Santé Publique, MRE, ...) montrent que les populations en situation socio-économique précaire connaissent davantage de troubles anxieux et sont, d'une manière générale, davantage soumis à des facteurs de risque en matière de santé mentale.

«Je me suis retrouvé avec plein de boutons et je suis allé voir le médecin : il m'a dit que c'était une allergie... Mais ça ne passait pas, j'avais de la fièvre, alors j'ai téléphoné à un autre médecin et je suis allé le voir : en fait, c'était la varicelle. »
(homme)

Les jeunes, que nous avons rencontrés en groupes de discussion, même s'ils connaissent parfois de grandes difficultés économiques et sociales, prennent ainsi des initiatives en matière de consultation, sans avoir besoin d'être accompagnés ou expressément orientés, ce qui démontre bien qu'au moins une partie d'entre eux n'est pas dans une forme de « laisser-aller », peut-être trop souvent invoquée pour cette tranche d'âge.

La plupart des jeunes, que nous avons rencontrés, ont tendance à aller chez le médecin généraliste sans rendez-vous lorsqu'ils ont le sentiment que le problème est urgent⁵¹. Ce qui paraît inquiétant doit être traité immédiatement : la démarche de prendre rendez-vous implique un minimum de délai, elle paraît donc insupportable et inadaptée à l'urgence perçue de la situation... , même si finalement le fait de ne pas vouloir prendre de rendez-vous ne se traduit pas par un gain de temps :

« Avec rendez-vous c'est mieux. Mais si on a des douleurs subites, on va chez le médecin sans rendez-vous, ou alors à l'hôpital, mais des fois c'est long... ça m'est arrivé d'attendre 3 heures. »

La santé est donc un sujet qui intéresse les jeunes mais cet intérêt n'est pas très visible, de prime abord, les questions de travail, de logement et de revenus étant plus facilement abordées (et conditionnant en partie la possibilité effective de soigner).

► Une vraie conscience des enjeux de santé... Malgré des situations socio-économiques difficiles

Les jeunes, que nous avons rencontrés dans le cadre de groupes de discussion grâce à l'ADSEA et à la Mission Locale, ont des représentations très claires sur ce qu'est la bonne santé et sur ce qu'il est nécessaire de faire pour l'entretenir...

Etre en « bonne santé » est essentiellement associé à une sensation de bien-être, de dynamisme, d'absence de préoccupations :

- *« Se faire plaisir, prendre du bon temps. »*
- *« C'est avoir de la volonté, être actif, faire des projets. »*
- *« Quand il y a de la joie de vivre, que la famille va bien. On se sent léger. »*
- *« Etre bien dans sa tête, décontracté. »*

Certaines pratiques sont clairement repérées par les jeunes comme contribuant à maintenir une bonne santé. On repère d'abord les pratiques d'automédication pour ce qui est jugé « non grave », puis les consultations, puis enfin, de manière plus quotidienne, tout ce qu'il faut faire pour être en bonne forme :

- *« Quand j'ai la migraine, j'attends que ça se passe. Si je vois que ça empire, je prends un Doliprane, il ne faut pas se précipiter. »*
(homme)

- *« On peut prendre de l'Advil, quand on a mal aux dents. »*
(femme)

⁵¹ Comme les adultes rencontrés d'ailleurs

- « *Quand on a toujours mal, que la douleur persiste, on va voir un médecin, ou un spécialiste. On va d'abord voir un généraliste, puis il nous conseille.* »

(homme)

- « *Il faut faire des repas équilibrés : manger des légumes, des fruits, de la viande rouge, des féculents... Ils ont fait des expériences, les Américains : ils ont montré que les gros vont mourir dans pas longtemps.* »

(homme)

- « *Il faut faire un peu de sport pour éliminer. Mais sans faire d'excès. Et bien dormir aussi.* »

(homme)

Nombreux sont les jeunes rencontrés qui ont, durant leur enfance, consommé les préparations confectionnées par les parents ou grands-parents pour soigner les rhumes, les aphtes, les maux de ventre. Néanmoins les tisanes, mélanges d'eau de miel et de citron, et autres « potions »... font aujourd'hui partie des souvenirs et les jeunes interrogés ne les consomment plus, bien qu'ils estiment que ces remèdes étaient efficaces.

Globalement les contraintes du quotidien, la pression auxquelles sont soumis certains jeunes les rendent peu disponibles pour mettre en pratique ce qu'ils considèrent comme un idéal :

« *On n'a pas toujours le choix. On mange souvent dehors à cause du travail, alors l'hygiène alimentaire, on regarde pas.* »

« *On mange des Mc Do, des sandwiches...* »

« *Je dors peu et je dors mal, c'est à cause des soucis...* »

► **L'accès financier aux soins : la gratuité facilite le soin de soi**

L'aspect financier de l'accès aux soins a une importance déterminante pour les jeunes que nous avons rencontrés et la gratuité est très appréciée :

« *J'ai découvert qu'il y avait un planning sur Vaulx et que c'était gratuit !* »

« *Le Lieu Ecoute c'est gratuit. Il y a une psychologue. Elle écoute, elle est là pour nous aider.* »

Beaucoup de jeunes n'ont pas la CMU d'après les professionnels rencontrés, certains sont encore couverts par leurs parents mais ne veulent pas informer ces derniers de certaines de leurs démarches. Enfin certains jeunes, qui vivent en concubinage, perdent leurs droits à la CMU du fait qu'ils cohabitent avec un compagnon alors qu'ils ou elles ne sont pas forcément « aidés » / couverts par la mutuelle du compagnon...

Ces contraintes rendent finalement parfois très compliqué l'accès financier à certains soins :

« *J'ai un écart entre les jambes (différence de longueur), et il fallait mettre un talon dans la chaussure. Mais il y a beaucoup de podologues qui ne prennent pas la CMU. J'ai pris l'annuaire et j'ai cherché jusqu'à ce qu'il y en ait un qui accepte.* »

« *Avant (enfant-adolescente), j'allais régulièrement chez le dentiste, juste pour voir si tout allait bien... Mais maintenant, j'ai mal aux dents, mais je n'ai plus de CMU... Je n'ai pas assez profité de ma CMU quand je l'avais pour me soigner.* »

« Je voulais mettre un appareil pour me redresser les dents, mais financièrement, c'est inaccessible. »

► Des manques en matière d'information

Outre les difficultés financières, les groupes de discussion ont montré que les jeunes sont très mal informés sur leurs droits :

- CMU,
- allocations diverses,
- couverture mutuelle par un tiers, qu'il s'agisse des parents ou des concubins, ...
- démarches et tarifs en ce qui concerne les mutuelles.

Ils sont également parfois médiocrement informés sur les différentes possibilités qui existent en matière de ressources de santé, l'hôpital, et notamment les urgences, apparaissant alors comme la solution la plus évidente, la plus immédiate...

Il apparaît que certains professionnels manquent également d'information dans ces domaines (notamment sur le thème des mutuelles...).

► Hygiène de vie : les difficultés repérées par les professionnels

Certains des jeunes que nous avons interrogés reconnaissent avoir une hygiène de vie médiocre, mais se sentent dans des contraintes trop fortes pour trouver l'énergie de « faire mieux ».

Les professionnels confirment également ces constats, notamment en ce qui concerne les jeunes déscolarisés / en recherche d'emploi.

Certains thèmes semblent ainsi récurrents :

- **L'alimentation.** Les professionnels observent des jeunes en surpoids, ou au contraire très maigres (d'après le barème IMC), qui mangent de manière irrégulière, plutôt des aliments industriels, avec peu de fruits ou de légumes. La question de l'alimentation est particulièrement difficile pour les jeunes plus ou moins en errance, qui sont hébergés temporairement par différentes personnes... Les professionnels soulignent par ailleurs que, du fait de l'augmentation du prix des cigarettes, il semble que certains jeunes choisissent parfois de limiter les frais en matière d'achats alimentaires pour pouvoir maintenir leur consommation de tabac.

- **L'hygiène corporelle.** Qu'il s'agisse de jeunes scolarisés ou non, différents professionnels constatent que de nombreux jeunes ont des difficultés dans ce domaine et ce pour différentes raisons. Dans certains cas, il s'agit de pratiques qui n'ont pas été incorporées dans l'enfance : les professionnels sensibilisent alors ces jeunes au niveau d'hygiène qui est nécessaire pour passer un entretien d'embauche, travailler en entreprise... Mais ici encore, l'hygiène corporelle peut également être difficile à maintenir pour les jeunes qui sont hébergés, en errance, ou qui habitent avec leur famille mais dans une grande promiscuité.

- **L'absence de « soin de soi ».** Comme pour la génération des parents, les jeunes, qui sont concernés par les mêmes difficultés socio-économiques et qui se trouvent précocement pris dans des préoccupations de quasi-survie, n'arrivent pas à mettre en place des temps, des activités qui soient réellement gratifiants pour eux, qui leur apportent une véritable distraction ou défoulement par rapport à la pression du quotidien. Cette attitude se traduit parfois par un véritable repli sur soi et les professionnels observent que certains jeunes ne sortent pratiquement pas de chez eux (ou de leur cage d'escalier), qu'ils côtoient très peu de personnes, etc.

La Mission Locale, par la mise en place d'ateliers divers qui réunissent des groupes de jeunes, travaille à resocialiser des individus qui parfois n'ont plus aucun réseau social, ne savent pas ou plus comment se comporter dans un groupe etc. Par ailleurs certaines activités sont proposées par la Mission Locale afin d'amener les jeunes à reprendre conscience de leur corps, de ses

besoins, mais également à accepter l'idée qu'il est positif et utile pour eux qu'ils arrivent à se « défouler », à se faire plaisir, pour ensuite être disponibles et avoir l'énergie nécessaire pour mener à bien la recherche d'emploi.

- **La consommation de substances psychoactives.** Les professionnels, notamment les éducateurs de prévention, repèrent une consommation importante de tabac, d'alcool et surtout de cannabis. Ces professionnels soulignent le fait que les jeunes qu'ils suivent, notamment les jeunes hommes, ont une consommation très régulière et importante de cannabis.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés, certains ont reconnu en consommer, parfois de manière jugée par eux comme abusive. En toile de fond, on perçoit le sentiment que cette consommation est excessive et le désir de diminuer cette consommation... Même si le cannabis semble pourtant remplir différentes fonctions, selon les angoisses du moment :

- « *Je fume avant de dormir, sinon je dors pas... Même si je dors mal quand je fume.* »

- « *Des fois je fume pour pas avoir mal au dos... C'est peut-être psychologique.* »

- « *On boit de l'alcool pour se détendre... Mais des fois on fait des mélanges alcool-shit et on se fait des frayeurs. J'ai déjà eu des hallucinations: on reste bloqué, paniqué, on a des tremblements, ça fait peur. Quand je fume beaucoup, j'ai des hallucinations [voit des objets ou des gens qui n'existent pas réellement], ça me fait peur...* »

- « *Le jour où je veux, je m'arrête. Il faut que je diminue, mais il faut aussi trouver une occupation... Là, c'est pas le moment.* »

Les professionnels regrettent parfois que les structures repérées comme étant spécialistes du cannabis (APUS, Centre Jean Bergeret, ...) n'acceptent pas de recevoir des jeunes en groupe, ou du moins à deux. Le fait que les entretiens doivent être individuels rend la démarche très « formelle » et donc plus anxiogène pour certains jeunes qui ne veulent pas, de surcroît, entrer dans une logique de « soin ».

Le Lieu Ecoute peut offrir cette souplesse (les personnes peuvent venir accompagnées, dans des délais très courts et il n'est pas question de « soin »), mais ce lieu n'est pas toujours bien repéré pour sa compétence en matière de cannabis.

► **Les violences physiques et verbales**

La violence verbale, qui choque souvent les professionnels, est décrite comme totalement banalisée : l'agressivité est comme ritualisée et devient un mode de communication normal pour beaucoup de jeunes.

La violence physique est également présente, notamment entre garçons. Les bagarres restent un mode de résolution des conflits et, même si elles n'aboutissent pas à des accidents très graves, il n'est pas rare qu'elles entraînent quelques blessures.

► **Du mal-être à la pathologie... en passant parfois par la prison**

Le mal-être des jeunes est constaté par tous les professionnels, et surtout par ceux qui travaillent auprès des jeunes en insertion : éducateurs de prévention et Mission Locale... Pour les professionnels rencontrés, la situation du marché de l'emploi, qui s'est nettement détériorée pour l'ensemble de la population vaudoise, a largement contribué à aggraver les difficultés... Et aujourd'hui on constate que certains jeunes ont très peu d'opportunités de sortir de leur « cage d'escaliers » ou de leur « bas d'immeuble ».

Parallèlement à ces grandes difficultés pour obtenir un emploi, les différentes structures, qui accueillent les jeunes atteints de troubles de la personnalité ou de déficiences intellectuelles légères, sont saturées. Enfin certains individus qui, il y a dix ans, auraient pu trouver à être employés à des travaux simples, n'ont plus cette ressource aujourd'hui et ne sont pas non plus accueillis dans des structures spécialisées... Pour ces jeunes, outre le manque de ressources financières, se pose alors la question de leurs compétences, de leurs possibilités réelles d'insertion professionnelle et sociale.

Par ailleurs il reste toujours délicat d'orienter les jeunes qui semblent submergés par leur mal-être vers des professionnels spécialisés. Psychiatres et même psychologues effraient toujours les jeunes qui ont le sentiment, lorsqu'on leur conseille d'aller vers ces professionnels, qu'on les soupçonne d'être « fous ».

Dans un contexte de chômage et de très grande précarité qui conduit jeunes et adultes au sentiment d'être « anormaux » par rapport au reste de la société, le fait de consulter un psychiatre / psychologue peut renforcer cet effet de stigmatisation et créer des résistances fortes par rapport à la démarche de soin.

La Mission Locale bénéficie de la présence d'un psychiatre⁵² tous les jeudis après-midi, à la fois pour faire le point avec les membres de l'équipe et également pour accueillir les jeunes. Le psychiatre peut, en cas de besoin, orienter les jeunes vers les CMP ou le Lieu Ecoute et il est présenté par les conseillers comme un professionnel qui peut aider les jeunes dans leur parcours de recherche d'emploi. De ce fait, le travail du psychiatre est dédramatisé par rapport aux appréhensions des jeunes... Mais de l'avis de plusieurs des professionnels rencontrés, ce sont souvent les individus qui présentent les symptômes les plus alarmants qui sont les plus difficiles à convaincre.

Enfin il semble qu'une frange des jeunes en difficultés, qui ont déjà été repérés et parfois condamnés pour des actes de délinquance, sont également repérés pour des troubles du comportement. La question qui se pose pour ces jeunes est de savoir comment les accompagner dans la cité alors qu'ils ne relèvent pas forcément de l'hôpital psychiatrique mais qu'ils ont de réels troubles en matière de santé mentale... Quelle est l'alternative à la prison ou à l'hôpital pour ces jeunes?

► **Relations filles-garçons et sexualité : les tabous en progression ?**

Dans le prolongement de ce que l'on peut observer en milieu scolaire, les relations entre filles et garçons sont relativement délicates, notamment pour les jeunes qui vivent au sein de familles qui ont une approche « traditionaliste » de la religion musulmane.

Les idéaux de virginité et de pureté des filles au moment du mariage font que les contacts entre filles et garçons, pour certains jeunes, sont quasi ment exclus.

Les professionnels soulignent que, même lorsqu'il s'agit de jeunes adultes, il y a souvent beaucoup de choses à expliquer, à la fois sur des éléments liés à l'anatomie mais également sur des éléments de droit (l'égalité des sexes, etc.) et enfin sur des notions de dialogue, de respect de l'autre, etc.

► **Les garçons : faut-il des ressources spécifiques ?**

Certains des professionnels rencontrés ont attiré notre attention sur le fait que globalement les filles s'exprimaient plus facilement que les garçons, et également sur le fait que la plupart des structures reçoivent beaucoup plus de filles que de garçons, et enfin que beaucoup de professionnels sont des femmes. Certaines de ces femmes s'interrogent ainsi sur la pertinence

⁵² Chef de service à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu

éventuelle de mettre en place une structure qui pourrait écouter de manière un peu spécifique les garçons et répondre à leurs questions, préoccupations.

4 - LES ADULTES EN INSERTION

4.1 Mal-être et sentiment d'impuissance... Les sujets « d'angoisse »

► L'incertitude financière

Les professionnels que nous avons rencontrés ont souvent utilisé les termes de « misère » et de « grande précarité » pour définir la situation de nombreux vaudais... Si les femmes que nous avons rencontrées ont été relativement discrètes sur ce thème, les hommes en revanche ont d'emblée parlé de leurs difficultés financières et de la charge mentale que cela représentait pour eux :

« Le problème, il est psychique, moral... C'est lié au problème de l'argent. Les huissiers, les amendes TCL. Dès qu'on a un peu d'argent il s'en va tout de suite... Les transports en commun ça devrait être à moitié prix pour les gens des banlieues... Quand le père a de la peine à faire bouffer ses enfants, psychologiquement, on peut pas être bien... »
(homme en recherche d'emploi de chauffeur - 44 ans)

► L'incertitude en matière de logement

Les questions de relogements, de démolitions, de mauvaise qualité des logements concernent de nombreux vaudais. Ceux qui habitent dans le parc privé, et qui disposent de revenus modestes et / ou qui sont en CDD, sont de plus très inquiets du fait de la perspective d'une augmentation des loyers :

« J'habite à la Grapinnière, mais c'est privé. Comment rester si les loyers augmentent ? Qu'est-ce qui se passera à la fin du bail ? »
(homme agent de sécurité en CDD - 47 ans)

« Il ne faut pas détruire : il faut des loyers accessibles pour les gens. Dans le secteur de la Cervellière, les prix ont doublé en 3 ans. »
(homme handicapé à 50% - 56 ans, dispensé de recherche d'emploi)

« C'est difficile d'être logé dans le parc public, même en cas d'urgence. »
(homme, en recherche d'emploi de chauffeur - 44 ans)

Pour ces personnes, le programme du GPV n'est pas rassurant... Et il existe une crainte de devoir déménager très loin, dans un endroit encore plus stigmatisant socialement :

« Il y a des gens qui ont été relogés à Rilleux... Mais il paraît que certains sont allés jusqu'à Bellegarde ! »
(femme employée à mi-temps- 44 ans)

« Il y a des apparts qui se vendent, on démolit sans savoir où reloger les gens... Là, on dépasse le millier de personnes à reloger ! »
(homme, en recherche d'emploi de chauffeur - 44 ans)

► L'éducation et la scolarité des enfants

Le deuxième grand sujet de préoccupation est l'éducation des enfants. Les hommes rencontrés se sont abondamment exprimés sur ce sujet, en faisant état de leur sentiment d'impuissance alors que leur propre situation est fragile :

« Pour la plupart des gens, les soucis c'est l'éducation des enfants. Les enfants redoublent à l'école et les parents ne peuvent pas les aider... Les pères font un travail très pénible, les mères sont débordées et parfois elles ne parlent pas le français. »

(homme, en recherche d'emploi cariste-magasinier - 40 ans)

« A partir de 13 ans, les jeunes n'écoutent plus les parents. Ils voient l'exemple de leurs pères et ils ont la haine. Ils voient qu'il n'y a pas d'issue, et disent : "Nous, ce sera pas pareil". »

(homme, en recherche d'emploi de chauffeur - 44 ans)

Certains pères ont ainsi clairement exprimé le souhait que la municipalité fasse davantage d'efforts encore pour mettre en place des cours de soutien pour aider les enfants, notamment lorsqu'ils arrivent au collège. Pour ces pères qui vivent dans une grande incertitude économique, l'idée que leurs enfants puissent connaître la même précarité est particulièrement anxiogène.

4.2 Les stratégies d'accès aux soins: la contrainte financière pèse lourdement sur les pratiques

Si la CMU et le système de médecin-référent permettent aux plus démunis de consulter relativement facilement leur médecin généraliste, en revanche l'accès à des spécialistes avec la CMU reste très difficile. Il semble que de nombreux spécialistes refusent la CMU et les patients concernés ne savent parfois plus vers qui se tourner pour tel ou tel type de consultation spécialisée... Certains médecins généralistes adressent donc directement leurs patients à l'hôpital (afin que ceux-ci ne soient pas bloqués dans leur démarche de soin du fait d'un refus de CMU), en passant parfois eux-mêmes un coup de téléphone au service concerné afin que leur patient soit bien accueilli.

Néanmoins certains soins sont d'un accès particulièrement difficile pour les individus aux revenus instables et / ou très modestes. C'est le cas de la dentisterie : les prothèses sont un luxe que les plus démunis peuvent difficilement se permettre. Certains habitants mettent parfois en œuvre des stratégies extrêmes dans ce domaine :

« J'ai vu mon dentiste, c'est un gars très sympa avec qui je discute bien... Il a du m'arracher plusieurs dents parce qu'elles étaient trop abîmées. Il m'en restait à peu près 3 ou 4 qui tenaient encore. Mais quand il m'a dit le prix d'un appareil qui s'accroche sur les dents, c'était pas abordable pour moi ! Alors comme les prothèses complètes sont totalement remboursées, je lui ai dit de m'arracher les dernières dents et maintenant j'ai un appareil entier qui est posé sur les gencives et que je fais tenir avec de la colle : vous voyez le confort ! »

(homme - 56 ans)

Tous les habitants ne connaissent pas l'existence de l'école dentaire ou des centres dentaires de la Sécurité Sociale, où ils sont parfois orientés par les professionnels de la santé ou du social. Néanmoins certains habitants, qui connaissent ces structures, ne les utilisent pas de peur d'y être mal soignés... , sans compter que ces structures ne peuvent pas entièrement résoudre le problème du coût des prothèses, même pour les bénéficiaires de la CMU...

Plus globalement les personnes en insertion, qui ont des revenus modestes, pas d'emploi ou des emplois précaires, renoncent à certains soins ou attendent des semaines, parfois des mois, avant d'avoir l'argent pour payer le dentiste, le médecin spécialiste, les résultats d'analyse...

4.3 Insertion et souffrance psychique, pathologie mentale, déficience intellectuelle...

► **Accès aux ressources de droit commun et image de soi**

Médecins généralistes, professionnels du PLIE s'accordent à souligner la stigmatisation dont se sentent victimes les vaudais ainsi que leur sentiment, pour certains, d'être « anormaux », un sentiment encore plus fort chez le public en insertion, un public qui se compose à la fois de chercheurs d'emploi « classiques », adultes ou jeunes, qui sont à la recherche d'un emploi pour la première fois ou suite à un licenciement, mais également de personnes qui, pour des raisons de troubles de la personnalité plus ou moins importants ou de déficience intellectuelle, ont des difficultés plus complexes à s'insérer dans le monde du travail, mais également dans la vie sociale.

Les professionnels rencontrés soulignent que des individus, qui pourraient bénéficier du statut d'adulte handicapé, refusent parfois de faire une demande auprès de la COTOREP et refusent plus globalement de « bénéficier » d'un statut qui reviendrait à leurs yeux à être étiquetés comme inaptes, anormaux. Pour ces personnes, le fait d'être officiellement chercheurs d'emploi permet d'accéder à certains droits, mais surtout à certains dispositifs d'insertion qui s'adressent *a priori* à toute la population... Même si pour certains d'entre eux, la démarche d'insertion a peu de chances d'aboutir.

Reste que pour les structures d'insertion professionnelle, leur mission face à ces individus est difficile à définir. Même si les chances d'obtenir un emploi sont extrêmement minces pour certains individus, le fait même de poursuivre ces démarches a un effet socialement « insérant ». Ainsi la participation à des groupes, à des ateliers, éventuellement à des formations, sont autant d'occasions d'être avec « les autres » « comme les autres », autant de raisons de continuer à aspirer à une « vie normale »... qui maintiennent en quelque sorte ces individus « à flot ».

Plus généralement le fait d'avoir accès à des dispositifs de droit commun est également décrit comme ayant un effet « insérant » sur les individus. Les médecins généralistes l'ont souligné : le fait de pouvoir consulter facilement chez un médecin généraliste (sans être freiné par des contraintes financières importantes) fait partie des marqueurs de normalité sociale.

A l'inverse certaines personnes se perçoivent si fortement socialement exclues qu'elles n'imaginent pas avoir accès à certains droits, notamment en matière de santé. Le CCAS souligne ainsi que le premier travail à faire est parfois d'informer - de convaincre ? - les plus démunis / les plus fragiles, ceux qui ont le plus de difficultés à s'insérer, qu'ils ne sont pas sans droits en matière de santé et qu'il existe des dispositifs qui peuvent leur permettre de se soigner.

► **Les attentes des professionnels de l'insertion : un soutien face aux différentes formes de souffrance psychique**

D'après les professionnels de l'insertion rencontrés, le nombre d'individus en démarche d'insertion qui souffrent - parfois dans le déni - de pathologies mentales (légères ou non) et de déficiences intellectuelles, est en augmentation. Ce qui pose concrètement deux types de problèmes à ces professionnels :

- En termes d'objectifs mais également de résultats, la prise en charge de ces individus, qui ont de faibles probabilités d'accéder au monde du travail, ne peut être comparée à la prise en charge du public non marqué par des difficultés concernant la santé mentale. Il s'agit presque d'une autre mission qui vise davantage à maintenir ces individus dans un lien social, à les aider à conserver une certaine « place » dans la société, de par leur statut de chercheur d'emploi, qu'à les amener véritablement à l'emploi.
- En termes de pratiques, il est souvent difficile pour les professionnels de se positionner face à ces individus, voire de les aider à entrer dans un soin ou une forme de suivi qui pourrait les aider en ce qui concerne leurs difficultés psychiques, ou leur déficience intellectuelle... Par

ailleurs la souffrance psychique est si importante pour une partie des personnes en insertion, qui sont également en grande précarité, qu'elle nécessite d'être prise en compte par les professionnels qui doivent alors être à même de conseiller, d'orienter, parfois vers des structures qui effraient les gens parce qu'elles sont associées à la folie, ou du moins à une forme « d'anormalité » (CMP, Lieu Ecoute). Enfin les professionnels de l'insertion manquent souvent de ressources, d'outils pour analyser certains comportements, certaines situations...

La Mission Locale compte en son sein un psychiatre qui intervient une demi-journée par semaine, ce qui permet de repérer / analyser plus rapidement et plus facilement certaines situations délicates... Mais beaucoup d'autres professionnels (CCAS, ASSFAM, Solidarité Services, ...) ne disposent pas de cette ressource.

Les différentes structures étant donc, semble-t-il, de plus en plus confrontées à des individus en grande souffrance psychique, il est apparu pertinent de mettre sur pied un outil d'analyse de la pratique. Un groupe psychosocial (avec notamment tous les acteurs du PLIE) a ainsi fonctionné pendant quelques temps. Il se réunissait une fois par mois avec le CMP adultes et d'autres professionnels de santé... Néanmoins, et malgré la réalité des besoins, le groupe s'est arrêté, faute d'un nombre de participants suffisants, et surtout, d'après les professionnels rencontrés, faute d'un « maître d'ouvrage », d'une structure porteuse de cette démarche.

Aujourd'hui les différentes structures, associations, qui travaillent à l'insertion professionnelle (notamment tous les membres du PLIE), ressentent toujours aussi fortement ce besoin de pouvoir se référer à un professionnel de la santé mentale, suffisamment proche et facile d'accès :

- Pour analyser certains comportements jugés problématiques, voire certains cas individuels pour lesquels l'emploi n'est pas une réponse pertinente et accessible ;
- Pour effectuer un travail d'analyse de la pratique afin de mieux comprendre certaines situations, et de mieux orienter les individus.

Les professionnels de l'insertion sont satisfaits de leur partenariat actuel avec le CMP adultes et avec le Lieu Ecoute (vers lequel sont souvent envoyés les plus jeunes individus en insertion) mais ils attendent un outil qui soit mobilisable de manière régulière et qui soit véritablement porté par une institution, une structure. Un groupe de travail, à l'image de celui qui a déjà existé, paraît une possibilité pertinente, à condition que ce groupe soit formellement « porté » par une institution, des personnes qui auraient la charge de l'animer.

Outre la question de l'insertion professionnelle, l'insertion au sens le plus large « au sein de la cité » pose également question à un certain nombre de professionnels, dont les bailleurs sociaux. Confrontés aux comportements parfois aberrants de certains locataires qui souffrent manifestement de pathologies mentales mais qui ne relèvent pas pour autant de l'hôpital psychiatrique⁵³, ces professionnels s'interrogent sur les formes d'accompagnement qui pourraient être mises en place :

- Comment mieux aider les individus suivis au plan psychiatrique pour leur permettre de s'insérer dans la cité, en bonne harmonie avec les autres ?
- Comment amener les individus, qui souffrent de pathologie mentale mais qui ne sont pas suivis, à se faire aider, peut-être à entrer dans un soin ?

Le CMP adultes confirme que les individus, qui souffrent de troubles du comportement importants, rejettent parfois très fortement l'idée d'être soignés. Par ailleurs le CMP adultes arrive à saturation en terme de possibilité de suivis. Les bailleurs sociaux de leur côté constatent

⁵³ Outre le manque de « lits » en psychiatrie, certains individus, qui ne sont a priori pas dangereux pour autrui ou pour eux-mêmes, peuvent être suivis en hôpital de jour, ou encore faire réajuster leur traitement régulièrement sans avoir besoin d'être internés... Mais certains individus, également concernés par une pathologie mentale, refusent d'être suivis ou d'entrer dans un soin.

que la présence de « *grands fous* » dans les immeubles du parc social est parfois extrêmement difficile à gérer par eux, et par les autres habitants.

Le CMP adultes a ainsi suggéré que l'on puisse mettre en place des professionnels mobiles qui pourraient se rendre chez ces personnes et les aider, les accompagner sur le terrain, afin de faciliter leur insertion dans l'immeuble, dans la vie du quartier, et également afin d'aider les autres locataires à mieux vivre cette présence. Il pourrait s'agir d'éducateurs formés à cette population, ce premier niveau d'accompagnement ne nécessitant pas forcément des compétences fines en matière de santé.

Pour faire face à ces besoins, l'OPAC de Villeurbanne a mis en place certaines mesures :

- La passation d'une convention avec un CHRS, pour mettre à disposition un appartement (pour des malades mentaux, des alcooliques) ;
- Des contacts avec le CMP adultes (un lien continu, même s'il est peu formalisé) ;
- Un « agent de sécurité » qui repère les immeubles où il y a des difficultés particulières (notamment dues à ces « *fous* ») et qui peuvent soutenir les gardiens dans leur dialogue avec les locataires.

Mais il reste encore beaucoup à faire pour que ces malades soient mieux insérés dans la cité et que leur présence ne soit pas synonyme de « sur-stigmatisation » pour les autres locataires...

4.4 Adultes en difficultés d'insertion : des ressources mal repérées en matière d'addiction

Chez les adultes en insertion, les addictions les plus repérées par les professionnels concernent essentiellement le tabac et l'alcool. Le cannabis n'est pas absent mais semble surtout le fait des plus jeunes des adultes.

L'alcool est ainsi décrit comme la substance psychoactive la plus visiblement consommée et celle qui semble créer le plus de problèmes en matière de dépendance et de désocialisation, même parmi les personnes d'origine maghrébine qui semblent de moins en moins protégées par l'interdit religieux.

Les médecins généralistes constituent une première ressource : certains médecins accompagnent la démarche de sevrage de leur patient en matière d'alcool ou de tabac. Cependant, en ce qui concerne les structures / associations spécialisées en matière d'alcool, il semble qu'il y ait peu de ressources sur Vaulx-en-Velin et celles qui existent ne sont pas toujours bien repérées des professionnels. C'est le cas de l'Association Vie Libre peu présente sur la commune⁵⁴... Les besoins semblent importants dans ce domaine, aussi bien en matière de ressources que d'informations sur les ressources existantes.

Le Lieu Ecoute, qui est compétent en matière de cannabis, est plutôt tourné vers les adolescents et les jeunes. Certains des professionnels interrogés connaissent cependant la brochure « La défonce, ça enfonce » qui présente les noms et adresses des différentes structures de l'agglomération qui peuvent apporter une aide aux consommateurs « adultes » de cannabis.

Le CDHS, présent sur Villeurbanne, dispose d'une antenne sur Vaulx-en-Velin où une permanence est assurée 4 jours par semaine. Le CDHS, dont l'une des missions est la prévention des pathologies respiratoires, est spécialisé en tabacologie et notamment dans les démarches de sevrage.

Tout ce qui concerne le sevrage tabagique est plutôt réalisé sur le site de Villeurbanne et cette consultation est apparemment très utilisée.

⁵⁴ Permanence les deuxièmes lundis de chaque mois à l'Association Le Monde Réel, de 18 h à 19 h.

Globalement il semble qu'une meilleure information des différents professionnels de la commune (du champ sanitaire mais également social) sur les différentes ressources en matière d'addiction sur la commune et sur l'agglomération serait pertinente.

5 - LES PRIMO-ARRIVANTS

5.1 Les primo-arrivants en situation légale ou illégale : un accès aux soins différent

Le terme de primo-arrivant est ici utilisé au sens large : il s'agit de personnes de nationalité étrangère (hors Union Européenne et nouveaux pays de l'Union) qui arrivent sur le territoire français avec le souhait d'y rester et d'y vivre. Il peut s'agir de personnes qui entrent en France avec un statut légal (regroupement familial, étudiants, conjoint ou parent de français), ou de personnes qui sont arrivées clandestinement en France qui peuvent être des demandeurs d'asile, ou encore de personnes qui ont été déboutées du droit d'asile.

Globalement on soulignera que le fait d'être un résident légal ou illégal détermine complètement la problématique de l'accès aux soins pour les personnes concernées.

► La situation des primo-arrivants en situation régulière

Les primo-arrivants qui résident légalement en France possèdent une carte de séjour. Ils sont arrivés en France au titre du regroupement familial, de la poursuite de leurs études supérieures, en qualité de conjoint ou de parent d'enfant français, ou encore sont en demande d'asile. Ils sont couverts par la Sécurité Sociale et peuvent bénéficier de la CMU.

Les difficultés qui se posent pour ces personnes en terme d'accès aux soins peuvent être assez proches de celles qui se posent pour les publics en insertion : manque d'information sur les droits et les ressources existantes, revenus modestes et difficultés face à certains soins coûteux et mal remboursés (dentisterie, ...).

Concrètement ces personnes peuvent trouver de l'aide auprès du CCAS, des assistantes sociales municipales ou du Conseil général, des associations communautaires, ...

► Les demandeurs d'asile pris en charge par le CADA de Vaulx-en-Velin

Le CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile) de Vaulx-en-Velin est géré par l'Association Forum Réfugiés et accueille les demandeurs d'asile qui ont déposé une demande auprès de l'OFPRA. Il s'agit en général de familles avec enfants, ou de personnes atteintes de pathologies⁵⁵, ces éléments étant pris en compte par les CADA dans le processus d'acceptation de prise en charge des demandeurs d'asile. Les personnes acceptées peuvent résider dans le CADA pendant une durée qui peut varier de un à quatre ans. Les personnes hébergées en CADA⁵⁶ bénéficient d'un soutien et d'une assistance jusqu'à la fin de la procédure de traitement de leur demande d'asile. Les résidents sont donc hébergés et reçoivent également un pécule pour faire face à leurs dépenses courantes, ils bénéficient d'une aide et d'un suivi en matière de santé, de scolarisation des enfants, d'insertion sociale des adultes... et enfin, ils bénéficient de précieux conseils juridiques pour constituer ou compléter leur dossier (70 % des personnes qui sont en CADA obtiennent, en moyenne, le statut de réfugiés⁵⁷).

Les déboutés du droit d'asile peuvent demander la réouverture de leur dossier si de nouveaux éléments sont versés au dossier mais, dans la pratique, très peu de solutions légales s'offrent à eux... Cependant, leur présence sur le territoire peut, dans certains cas, être maintenue pour raisons de santé : une carte de séjour au titre de la santé (un an) peut ainsi être délivrée aux personnes atteintes de pathologies qui ne peuvent être soignées dans le pays d'origine (ce qui est vérifié par la DDASS).

⁵⁵ Etre accueilli en CADA constitue un privilège compte tenu de l'aide qui y est apportée aux personnes. De plus en plus de demandes sont donc faites pour entrer dans un CADA mais l'offre ne correspond pas à la demande. La majeure partie des demandeurs d'asile ne sont pas pris en charge par les CADA.

⁵⁶ Les CADA sont des CHRS.

⁵⁷ Le taux national de reconnaissance des demandeurs d'asile étant inférieur à 15 %.

En matière de santé, le CADA de Vaulx-en-Velin travaille en partenariat avec l'Hôpital des Charmettes qui prend en charge la visite médicale obligatoire à l'entrée en CADA, et également avec le CDHS qui s'occupe des premières radios.

Enfin le CADA dispose, en interne, d'un psychologue qui peut prendre en charge les personnes en souffrance psychique. La question se pose néanmoins de savoir si ces personnes doivent plutôt être vues dans le cadre ou hors du cadre du CADA (par le CMP adultes notamment). Une recherche-action a été menée en 2004, à laquelle ont participé Forum Réfugiés, Le Vinatier, l'ORSPERE et différents CADA, sur le thème des réponses qui peuvent être apportées aux demandeurs d'asile en matière de santé mentale, avec notamment une approche interculturelle, ... Il semble que ce travail tende à souligner les apports positifs d'un suivi effectué à l'extérieur des CADA : le soin serait ainsi mieux déconnecté à la fois de l'hébergement et de l'aide administrative apportée par le CADA (avec ce que cela implique au niveau du secret professionnel mais aussi de l'aide apportée par un « regard extérieur »). L'idée d'une prise en charge globale, faite totalement par le CADA, n'étant peut-être pas la mieux adaptée aux besoins des individus qui ne sont pas que des « demandeurs d'asile ».

Par ailleurs le CADA de Vaulx-en-Velin est en contact avec le RASED et le CMP adultes (mais regrette de ne pas avoir de contacts avec le CMP enfants).

► **Les personnes qui n'ont pas de carte de séjour ou ont été déboutées du droit d'asile et l'AME**

Les personnes de nationalité étrangère, qui résident en France et qui sont juridiquement en situation irrégulière, peuvent bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME) mais doivent pour cela résider en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois⁵⁸ sur le territoire et remplir certaines conditions de ressources (la condition de durée de résidence est récente⁵⁹).

Les personnes de nationalité étrangère, qui ne résident pas habituellement en France (qui sont sur le territoire depuis moins de trois mois) et dont l'état de santé le justifie, peuvent « de façon exceptionnelle » bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat à titre humanitaire, sur décision du Ministre de l'Action Sociale, ou en cas d'accident ou de maladie survenant lors de leur passage en France qui nécessiteraient des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital.

► **Accès au droit de séjour des personnes étrangères malades (carte de séjour temporaire)**

L'Article L 313-11 11 du Code de l'Entrée et du Séjour des Etrangers en France prévoit la délivrance d'une carte de séjour temporaire d'un an au ressortissant étranger « résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par le Préfet, après avis du médecin inspecteur de santé publique (DDASS) ».

La délivrance d'un titre de séjour en application de cet article de loi semble, dans la pratique, assez difficile à obtenir, même lorsque des soins longs et complexes sont nécessaires. L'obligation de justifier d'une résidence habituelle en France alors qu'il s'agit de personnes en situation irrégulière en est la principale raison.

Concrètement, les personnes qui se trouvent illégalement sur le territoire français ont de grandes difficultés à se faire soigner si elles ne peuvent prouver qu'elles sont sur le territoire depuis plus de trois mois et/ou si la DDASS estime que ces personnes peuvent se faire soigner dans leur

⁵⁸ Cette durée peut être justifiée par un visa expiré, un passeport, une notification de refus de demande d'asile, des factures (une déclaration sur l'honneur n'est plus valable depuis la réforme de 2003).

⁵⁹ Les conditions d'attribution de l'AME ont été réformées par l'article 97 de la Loi de Finances rectificative pour 2003 et ces nouvelles dispositions sont applicables depuis le 2 janvier 2004.

pays d'origine (ce qui est parfois vrai au plan théorique mais ne l'est pas toujours dans la réalité, selon les professionnels rencontrés). Les personnes qui sont dans cette situation et qui ont des problèmes de santé doivent alors réaliser un véritable parcours du combattant qui aboutira d'autant mieux qu'elles pourront se faire aider par des associations, des structures.

5.2 Les problèmes de santé les plus repérés

► Souffrance psychique

Les professionnels du CADA de Vaulx-en-Velin repèrent une très importante souffrance psychique qui se manifeste par de fortes dépressions et des syndromes post-traumatiques. Ces difficultés concernent aussi bien les adultes que les enfants, même si ces derniers semblent s'intégrer globalement assez bien dans le système scolaire français.

Par ailleurs les personnes accueillies au CADA de Vaulx-en-Velin viennent essentiellement de l'Afrique des Grands Lacs et d'Europe de l'Est : les problèmes de langues complexifient la prise en charge de la souffrance psychique. Il est ainsi parfois nécessaire de faire appel à des traducteurs⁶⁰ pour que le soin puisse se faire...

► Sida / Hépatites C

Les professionnels du CADA de Vaulx-en-Velin, comme ceux de la CIMADE, ont le sentiment que sida et hépatite C sont des pathologies récurrentes parmi les primo-arrivants. Outre les conséquences au niveau de la santé des individus, ces derniers se font souvent chasser de leur groupe familial / social - et de leur logement - lorsque l'infection est connue de leur entourage, ce qui provoque des phénomènes d'errance et de désinsertion sociale parfois importants.

Les professionnels du CADA souhaiteraient mettre en place une réflexion voire, des actions sur le thème du sida, notamment avec les hommes qui ont peu d'espaces pour en parler. Les femmes, du fait de leurs passages à la PMI, l'école etc. sont plus facilement en contact avec des réseaux sociaux autres que leur groupe communautaire, ou encore avec des structures, des associations et elles peuvent peut-être plus facilement demander de l'aide / être orientées. Il semble que cela soit plus difficile pour les hommes et que cette question mérite une réponse spécifique.

► Autres pathologies

D'autres pathologies sont également repérées par les professionnels... Mais étant donné que tous les primo-arrivants de Vaulx-en-Velin sont loin d'être hébergés par le CADA ou aidés par la CIMADE, qu'un certain nombre est en situation irrégulière (et donc fuit les institutions de peur d'être interpellé et reconduit dans son pays d'origine), il est très difficile d'estimer de manière chiffrée quelles sont les pathologies les plus récurrentes parmi cette population.

Néanmoins les professionnels repèrent dans certains cas des pathologies très sévères qui, pour les raisons expliquées plus haut, sont parfois difficiles à soigner en France, malgré leur gravité comme le cancer, la tuberculose, le diabète insulino-dépendant, ...

5.3 Des droits et des contraintes spécifiques mal connus des travailleurs sociaux

L'association CIMADE⁶¹, qui est spécialisée dans l'aide juridique et administrative aux primo-arrivants, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière, semble absorber toutes les demandes d'aides qui ne peuvent pas être gérées par le CADA.

⁶⁰ Traducteurs de ISM Corum

⁶¹ Association œcuménique qui a pour but d'[accueillir, orienter et défendre les étrangers confrontés à des difficultés administratives](http://www.cimade.org) (pour plus de détails voir www.cimade.org).

Les instances administratives en charge de l'aide sociale et de l'insertion sont, semble-t-il, très démunies en matière de connaissance des droits des étrangers en situation irrégulière et, faute de pouvoir répondre aux questions des personnes, renvoient ces dernières à la CIMADE.

La CIMADE arrive semble-t-il aujourd'hui à une situation de saturation. Cette association est actuellement la seule à avoir une compétence pour aider les primo-arrivants dans leurs démarches, notamment ceux en situation illégale, que ces démarches concernent la santé ou non. Or, dans une commune comme Vaulx-en-Velin (et plus largement dans l'est lyonnais), la présence de primo-arrivants en situation difficile est très importante.

Aujourd'hui ? les primo-arrivants qui ne sont pas en une situation régulière ou qui sont en attente d'une reconnaissance par l'OFPRA (mais qui ne sont pas hébergés / aidés par un CADA), ont de grandes difficultés à avoir des informations sur les possibilités existantes en matière de santé, et sur l'accès aux soins d'une manière générale.

CHAPITRE IV

LES PISTES D' ACTIONS

I - LES PISTES TRANSVERSALES

1 - Faciliter concrètement l'accès financier aux soins pour les plus modestes

- Encourager la pratique du **tiers-payant** (analyses médicales, radiologie, spécialistes, ...) ;
- Sensibiliser les professionnels spécialistes à une **meilleure acceptation de la CMU** ;
- Communiquer davantage sur l'existence de **structures plus accessibles économiquement** (établissements hospitaliers, CPEF, Centres de bilans de santé de la Sécurité Sociale, Ecole dentaire, Centres dentaires de la Sécurité Sociale, etc.) ;
- Développer encore **l'information sur les droits sociaux, l'accès à la CMU, les mutuelles, ...** auprès des habitants, mais également auprès des acteurs de l'animation, de l'insertion professionnelle et sociale.

Des **changements** vont intervenir en ce qui concerne **certaines ressources de santé** de Vaulx-en-Velin : installation du Centre J. Goulard dans de « vrais » locaux, pôle hospitalier du Pont des Planches, Clinique de l'Union, ... Il serait souhaitable que la **réalité financière des vaudais soit prise en compte** dans ces changements.

2 - Favoriser la mise en place de certaines ressources de santé (attention à l'accessibilité financière : tiers-payant, acceptation de la CMU)

Différentes spécialités apparaissent comme déficitaires et mériteraient d'être examinées dans le cadre d'une réflexion sur les prochaines évolutions de l'offre de santé à Vaulx-en-Velin. Il s'agit notamment de :

- Gynécologie-obstétrique,
- Psychiatrie, psychologie,
- Endocrinologie,
- Nutritionnisme.

3 - Développer l'accompagnement des adultes concernés par une souffrance psychique, un mal-être

- Face au besoin d'écoute, de soutien : **développer une possibilité d'écoute / d'accueil pour adultes, non reliée au soin**, non limitée aux problèmes de parentalité (cf. Lieu Ecoute), facilement accessible (délais, gratuité) ;
- Face à la solitude et à la désinsertion sociale de certains habitants, **renforcer les réseaux de veille** (habitants, associations de quartier, ...) ;
- Face au besoin de reconnaissance des adultes, **favoriser la mise en valeur de leurs compétences** (vis-à-vis de leurs enfants, dans leur immeuble, leur quartier, ...) par les professionnels (bailleurs, établissements scolaires, etc.) ;
- Face aux incertitudes et au mal-être auxquels de nombreux vaudais sont confrontés dans le cadre du GPV, **informer et rassurer encore sur le sujet des démolitions, relogements** etc.

4 - Renforcer la sensibilisation au « soin de soi », et à certains comportements de prévention qui concernent les conduites à risques

Développer les opportunités **d'information et de communication** sur certains thèmes de santé, par le biais des professionnels de santé et des professionnels de l'animation (médecins généralistes, CPEF, PMI, animateurs des centres sociaux, associations, mais également milieu scolaire...) :

- **Alimentation et surpoids / diabète ;**
- **Hygiène bucco-dentaire / suivi dentaire ;**
- **Addictions** (tabac, alcool, cannabis) : les ressources existantes (Lieu Ecoute, Vie Libre, CDHS), les possibilités de sevrage ;
- **La « déprime », la souffrance morale, psychique** : les signaux d'alerte et les ressources existantes (écoute, soin, sociabilité ;
- Les **violences physiques et verbales**

5 - Renforcer la lutte contre l'insalubrité des immeubles, des appartements

Rappelons que les **problèmes d'insalubrité** ont un **impact réel** sur la **santé des populations** (allergies, asthme, santé psychique).

- Encourager / accélérer la mise en route de **travaux d'assainissement des appartements concernés** (infiltrations d'eau, tâches d'humidité, moisissures, ...), qu'ils soient dans le parc social ou privé ;
- Faciliter le **relogement rapide** de personnes dont l'appartement ne peut être assaini, notamment **les personnes allergiques aux moisissures** (asthme, ...).

6 - Améliorer la prise en charge des pathologies fortement prévalentes (notamment diabète, surpoids, pathologies allergiques)

- **Encourager / aider les professionnels** (médecins généralistes, PMI, CDHS, CPEF, Relais Santé Mutualité) à mieux **sensibiliser et informer les habitants** à l'intérêt de la prévention / du dépistage / du suivi ;
- **Favoriser une amélioration de l'accès à une offre de santé spécifique pour ces pathologies** (spécialistes en nutrition, endocrinologie, pneumologie) ;
- **Favoriser la mise en place de programmes d'actions concrets** (information / prévention) pour ces pathologies.

II – LES PISTES SPECIFIQUES A CHAQUE POPULATION CIBLE

LES FEMMES

1 - Développer l'information / la sensibilisation sur l'intérêt du suivi gynécologique, du suivi des grossesses

- **Renforcer / développer les occasions d'information / de communication vis-à-vis des femmes** sur ces thèmes (CPEF, PMI, Relais Santé Mutualité, centres sociaux, associations diverses, ...), et sur les ressources existantes pour pratiquer ce suivi (Cf développement de l'offre libérale) ;
- **Encourager les médecins généralistes à proposer et à pratiquer un suivi gynécologique** (dépistage cancers du col de l'utérus et du sein), qu'il y ait ou non prescription d'une contraception.

2 - Renforcer l'accompagnement des mères célibataires (face au risque d'isolement social)

- Favoriser **l'insertion des mères célibataires au sein des réseaux sociaux** par une meilleure communication sur les **ressources de sociabilité existantes** (centres sociaux, Relais Santé, associations) par le biais des professionnels qui les rencontrent (CPEF, PMI, Education Nationale, antenne CAF, CCAS, médecins généralistes, CADA, ...).

3 - Prévenir la déprime / le stress des mères (en couple ou famille monoparentale)

- **Améliorer l'accessibilité aux modes de garde, même pour les femmes qui ne travaillent pas** (qu'elles vivent en couple ou non) : offre et tarifs.
Faciliter l'accès à la cantine pour les enfants dont les mères ne travaillent pas.

4 - Sensibiliser les femmes à leurs droits, leurs possibilités d'autonomie

- **Sensibiliser les femmes à leurs droits** (notamment celles qui maîtrisent mal le français) vis-à-vis de leur famille, belle-famille, époux, frères, cousins, en matière de **contraception de liberté de mouvement, de capacité à gérer les « papiers », l'argent, ...)** mais également face aux **violences / maltraitements conjugaux** ;
- **Maintenir / développer l'offre de sociabilité pour les femmes**, et accroître la visibilité des ressources en matière de sociabilité.

5 - Développer les ressources d'aide aux femmes victimes de violences conjugales

Pour les femmes victimes de violences conjugales qui souhaitent se séparer de leur conjoint mais qui ne travaillent pas, maîtrisent mal le français, etc. renforcer l'accompagnement en matière de :

- **Conseil et aide juridique** : renforcer l'information sur l'action du Mas-Infos-Victimes, de Femmes Solidaires, du CIF (et sur les ressources au niveau de l'agglomération) ;
- **Relogement / hébergement**, après séparation ;
- **Protection vis-à-vis du conjoint violent**.

LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS (COLLEGE)

1 - Développer les ressources en matière de prise en charge de la souffrance psychique / du « mal-être »

- Favoriser le **développement de ressources « alternatives » au CMP enfants** (dans un contexte de CMPE engorgé) : Lieu Ecoute et / ou autres structures non-relées à la psychiatrie ;
- Favoriser le **contact et le dialogue entre professionnels du terrain : entre les professionnels du CMPE et ceux de l'Education Nationale, les médecins généralistes, le Lieu Ecoute, les centres sociaux, ...** afin de mieux orienter et prendre en charge les enfants et les adolescents selon leurs besoins, afin également d'aider les professionnels dans leur pratique face à des comportements problématiques, des demandes d'aide complexes ;

2 - Renforcer la sensibilisation / l'information en matière d'hygiène de « soin de soi » et de conduites à risques

- **Renforcer l'information des professionnels et des adolescents sur les ressources générales et spécifiques aux jeunes** (CPEF, Lieu Ecoute, CMPE / CMPA, Points Ecoute de l'agglomération) en matière de « mal-être », de conduites à risques ;
- **Renforcer l'information des professionnels au contact d'adolescents** (Education Nationale, CPEF) sur le thème des addictions et de la consommation de **cannabis** en particulier (consommations problématiques, produits, prévention, ...).

3 - Développer une réflexion sur la question de la prise en charge des enfants handicapés

- Une question qui concerne, entre autres, le **CMPE et l'Education Nationale**.

LES JEUNES ADULTES

1 - Faciliter l'accès aux soins pour les jeunes ayant des ressources modestes (individuelles ou familiales), notamment les jeunes déscolarisés sans emploi

- **Aider les jeunes à se déplacer vers certaines structures**, dans ou hors de la commune, pour certains soins (accompagnement par un tiers si nécessaire : CPEF, CMP, ...).

2 - Développer l'information des jeunes sur les ressources de santé / la couverture santé

- **Les ressources existantes en matière de santé** (commune et agglomération), notamment celles qui s'adressent spécifiquement aux jeunes ;
- Les différentes possibilités de **couverture santé** (régime général, CMU, mutuelles, ...).

3 - Renforcer la sensibilisation / les opportunités de « prendre soin de soi » par la (re)socialisation

- **Renforcer les opportunités de lien social / de resocialisation** (Mission Locale, centres sociaux, associations : travail en groupe, ateliers, activités « hors du quartier », ...). Réfléchir **au développement d'une offre spécifique pour les jeunes hommes** ;

- Pour les jeunes souffrant de **déficiences et / ou de difficultés très importantes à s'insérer sur le marché de l'emploi** (notamment au plan psychologique) : renforcer l'accompagnement vers les ressources de socialisation / sociabilité de la commune.

4 - Renforcer l'information des jeunes sur l'anatomie : la contraception / le suivi de la grossesse

- Maintenir / développer l'information sur l'utilisation des **différents moyens de contraception et sur leurs règles d'utilisation**. Renforcer l'information en matière d'**anatomie féminine et masculine** (médecins généralistes, établissements scolaires, CPEF, Mission Locale, ...);
- Sensibiliser les jeunes femmes à l'intérêt du suivi de la grossesse.

5 - Renforcer la sensibilisation des jeunes à la parentalité

- Dans un **contexte vaudais** où les parents « jeunes » sont nombreux, sensibiliser les jeunes à la **parentalité** (relations parents-enfants, couple ou famille monoparentale), ... et les informer sur certains **aspects « matériels »** (ressources, droits et aides sociales: possibilités et limites).

6 - Développer des formes d'accueil souples pour les jeunes qui souhaitent « faire le point », sans entrer dans un soin

Pour des situations de mal-être, de consommation problématique de substances psychoactives, de conduites à risques, ...

- Possibilité de recevoir **plusieurs jeunes ensemble** ;
- Possibilité de discuter de consommation de substances licites ou illicites, **sans forcément avoir d'objectif de sevrage**.

LES ADULTES EN INSERTION

1 - Repérer et soulager la solitude des hommes ayant vécu des « ruptures »

- Développer des **outils de repérage et de veille sur la solitude / souffrance masculine** (indicateurs possibles : perte d'emploi, divorce, prison, suivi social, perte de logement / déménagement, ...);
- Développer des **ressources d'accueil / resocialisation** des hommes vivant des « ruptures » afin de mieux prévenir les phénomènes de dépression mais également de violence, **en s'appuyant sur les réseaux de professionnels et d'habitants existants** (médecins généralistes, CCAS, assistantes sociales, PLIE, Relais Santé Mutualité, associations diverses, ...).

2 - Adultes en difficultés d'insertion professionnelle et sociale (du fait de déficiences, troubles du comportement, pathologies mentales, ...)

- **Aider les professionnels à accueillir / orienter / resocialiser les adultes** qui sont dans une **démarche d'insertion professionnelle** mais qui **présentent des difficultés psychologiques importantes** ou **des déficiences intellectuelles** :

- . Mettre en place des **outils pour aider les professionnels face à ces demandes** (analyse de la pratique avec un psychologue, analyses de cas, groupes de concertation face à certains cas problématiques, ...) ;
- . Développer des **outils d'insertion sociale pour ces personnes qui puissent compléter** (remplacer ?) **les outils de l'insertion professionnelle** (alors que celle-ci est très difficilement accessible).

LES PRIMO-ARRIVANTS

1 - Améliorer l'accès aux soins pour les primo-arrivants (notamment ceux qui sont en attente d'un statut mais ne sont pas pris en charge par le CADA)

- Développer des **ressources en matière d'information et d'accompagnement** pour les primo-arrivants qui ne connaissent pas les ressources de santé, les moyens d'y avoir accès.

2 - Mettre en place / accompagner une réflexion sur la prise en charge des problèmes de santé mentale des primo-arrivants

- Une démarche de **réflexion sur les spécificités de la souffrance mentale / des pathologies mentales des primo-arrivants**, quel que soit leur statut (réfugié politique, regroupement familial, séjour temporaire pour études ou raisons de santé, en attente d'un statut, ...), spécificités qui sont liées à la culture d'origine, aux raisons de la migration, au fait de mal ou pas maîtriser le français... (Cf ethno-psychiatrie, approches interculturelles, ...) ;
- Une **réflexion sur les moyens d'affiner la prise en charge de la santé mentale des primo-arrivants**, avec les CMP enfants et adultes (rôle des interprètes, meilleure prise en compte des modèles culturels des individus, présentation de la démarche de soins aux personnes peu familières de cet aspect de la santé, ...).