

# DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ

## VILLE DE BOURG-EN-BRESSE

MARS 2010





## **Travail réalisé par**

### **L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE RHONE-ALPES**

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

Patricia MEDINA,  
Sociologue

Marlène BERNARD,  
Statisticienne

Delphine GRUAZ,  
Chargée d'études

Avec le soutien de

**LA VILLE DE BOURG-EN-BRESSE  
ET DE L'AGENCE NATIONALE POUR LA COHESION SOCIALE ET  
L'EGALITE DES CHANCES**



## REMERCIEMENTS

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

Les membres du comité de suivi, placé sous la présidence de Madame Bernadette Constans, Maire-adjointe déléguée à la santé, aux personnes handicapées et aux liens intergénérationnels, pour son implication tout au long de la démarche ;

Le docteur Claude Rosenberg, responsable de l'Action Sociale Santé et Madame Sophie Aulaz, responsable du service Hygiène et Santé Publique, de la ville de Bourg-en-Bresse, pour leur aide précieuse dans la mise en place de l'étude ;

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

Ainsi que le service Études de l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie) qui a enrichi ce diagnostic par la transmission de données.



# SOMMAIRE

Pour une lecture rapide des résultats de l'étude, vous pouvez vous reporter directement au chapitre « Synthèse et pistes d'action » page 139.

**Introduction ..... 7**

**Éléments de contexte ..... 13**

**Partie Quantitative ..... 27**

1.	Repères géographiques.....	29
2.	Éléments sociodémographiques.....	30
2.1.	Population.....	30
2.2.	Ménages et structure familiale.....	33
2.3.	Logement.....	34
2.4.	Scolarité et niveau d'études.....	34
2.5.	Emplois et professions.....	35
2.6.	Revenus.....	38
2.7.	Précarité.....	39
3.	Offre de soins.....	41
3.1.	Offre libérale.....	41
3.2.	Établissements et services socio-sanitaires.....	42
4.	État de santé.....	44
4.1.	Périnatalité.....	44
4.2.	Santé des enfants.....	44
4.3.	Consommation des soins de ville.....	45
4.4.	Consommation de médicaments.....	45
4.5.	Prévalence de traitements.....	46
4.6.	Hospitalisations en Médecine-Chirurgie-Obstétrique.....	46
4.7.	Recours aux soins spécialisés en psychiatrie.....	48
4.8.	Affections Longue Durée (ALD).....	51
4.9.	Prévention : dépistage du cancer du sein.....	52
4.10.	Mortalité.....	52
5.	Synthèse.....	55

**Partie Qualitative ..... 57**

1.	Méthodologie de l'enquête qualitative.....	58
2.	Éléments transversaux.....	63
2.1.	Les ressources de santé : nombreuses et diversifiées, mais encore des besoins.....	63
2.2.	La question de l'accès aux ressources de soins et de prévention.....	76
2.3.	Les problématiques de santé les plus récurrentes et transversales.....	82
2.4.	Le handicap : les ressources et des besoins, en matière de mobilité, d'insertion dans la cité.....	94
3.	Éléments par tranche d'âge.....	97
3.1.	Les enfants.....	97
3.2.	Les adolescents.....	105
3.3.	Les jeunes adultes en insertion.....	115
3.4.	Les adultes.....	119
3.5.	Les personnes âgées.....	129

**Synthèse et pistes d'action..... 139**





# INTRODUCTION



## CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

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

Dans ce cadre, la ville de Bourg-en-Bresse a souhaité la réalisation d'une étude qui permette de mieux connaître les besoins de la population et de faire l'état des lieux (forces et faiblesses) de l'offre de santé et de son accès, afin d'affiner les orientations des politiques de santé conduites sur la ville, notamment dans le cadre de la mise en place d'un Atelier Santé Ville, outil des Contrats Urbains de Cohésion Sociale, permettant de développer un volet santé sur les territoires concernés.

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

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

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

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

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

## 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 **personnes-ressources** : par entretiens semi-directifs individuels approfondis réalisés auprès d'acteurs de terrain, intervenant dans le domaine de la santé (soins et prévention), du social, de l'insertion, de l'éducation ;
- Les **habitants** : par le biais d'entretiens collectifs réalisés avec différents groupes de population. Les habitants ont notamment été rencontrés dans les quartiers classés en politique de la ville :
  - Croix Blanche
  - Reyssouze
  - Pont des Chèvres
  - Terre des Fleurs
  - Les Vennes
- **L'observation de terrain** sur le territoire : déambulation à pied, utilisation de commerces et de services de l'agglomération, repérage de l'état de la voirie, des espaces verts, etc. afin de mettre à jour tous les éléments objectifs facteurs de bien-être ou de mal-être. Cette observation a été conduite en parallèle des entretiens menés avec les personnes-ressources et avec les habitants.
- Par ailleurs, une **analyse bibliographique** de différents documents produits localement (rapports de groupes de travail, rapports d'activité, documents de projets, articles, ...) a été effectuée.

Le travail portait ainsi sur l'ensemble de la population de la ville de Bourg-en-Bresse, avec le souci de pointer les particularités éventuelles des quartiers relevant plus particulièrement de la politique de la ville.

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

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

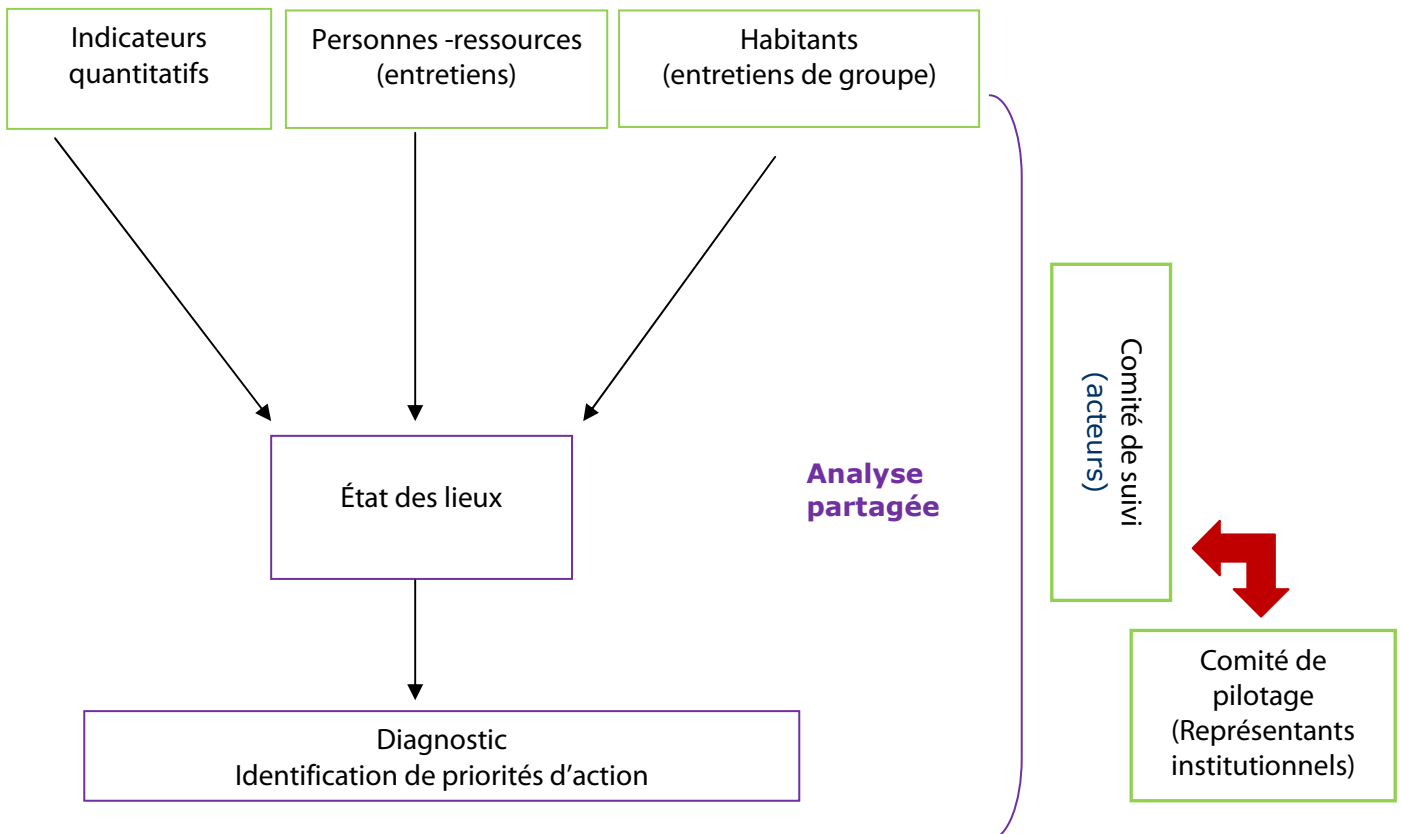
Cette démarche s'est déroulée en trois phases :

- La phase quantitative de recueil et le traitement des données quantitatives qui a été restituée en octobre 2008
- La phase qualitative de recueil de la parole des personnes-ressources qui a été restituée en mai 2009
- La phase qualitative de recueil de la parole des habitants qui a été restituée en janvier 2010

L'ensemble de la démarche s'est déroulé sur le deuxième semestre de l'année 2008 et sur l'année 2009.

# SCHEMA SYNTHETIQUE DE LA DEMARCHE MISE EN ŒUVRE

3 sources d'information principales :





# ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

# 1. BOURG-EN-BRESSE : UN POLE DE RESSOURCES A L'ECHELLE DU DEPARTEMENT

## 1.1. Capitale historique du département, entre richesses agricoles et développement industriel<sup>1</sup>

Située dans la plaine bocagère de la Bresse, Bourg-en-Bresse, commune fortement rurale, n'a véritablement pris son essor qu'à partir du XV<sup>ème</sup> siècle, où elle est choisie par les Ducs de Savoie comme capitale de la Bresse. Elle en restera la capitale jusqu'en 1601, date à laquelle la Bresse est rattachée à la France. En 1790, la ville devient chef-lieu de district et du département.

Au fil des siècles, la commune connut différentes appellations et ce n'est qu'en 1955 qu'un décret transforme « Bourg » qui devient alors « Bourg-en-Bresse ». Néanmoins, le « g » de Bourg doit continuer à se prononcer comme un « k » : c'est d'ailleurs à l'erreur de prononciation que l'on reconnaît les « étrangers » !...

La position de Bourg-en-Bresse sur des voies de circulation stratégiques est très ancienne, comme en témoigne la présence du monastère de Brou, achevé par Marguerite d'Autriche autant pour honorer son époux que pour offrir au voyageur reliant la vallée de la Saône à la Lombardie, un spectacle rappelant les liens avec la Bourgogne et mettant en évidence la richesse de la région.

Ainsi, depuis longtemps bien reliée aux grandes villes les plus proches, et notamment à Lyon et Genève, par la route et aujourd'hui par autoroute et chemin de fer, Bourg-en-Bresse constitue le cœur d'un département très largement agricole. De par sa situation de carrefour économique au niveau départemental et régional, la commune avec son maillage routier en étoile, est un lieu de rencontre incontournable entre une offre locale riche en produits agricoles et une demande finale ou intermédiaire importante (notamment du fait de l'approvisionnement de la région lyonnaise).

Cette configuration a permis à la ville de développer des activités de transformation de produits agricoles et de services associés. La fabrication de remorques ainsi que les abattoirs ont prospéré jusqu'à nos jours, tandis que la valorisation des produits agricoles s'est développée et adaptée au fil des évolutions aux besoins des consommateurs (réalisation de plats cuisinés). Aujourd'hui, un pôle de recherche-développement (Alimentec) complète la vocation agroalimentaire de la ville.

La seconde partie du XX<sup>e</sup> siècle a constitué une période de profond changement pour la ville qui a vu son activité industrielle se développer à la faveur de l'implantation de l'usine Berliet (aujourd'hui Renault Trucks) dédiée à la fabrication de poids lourds. La filière poids lourds est devenue l'activité majeure dans la ville, entraînant la création de plusieurs milliers d'emplois dans des entreprises parfois leaders dans leur domaine (tracteurs, porteurs, cellules frigorifiques, remorques pour applications diverses, véhicules utilitaires spéciaux, distribution...). Cette spécialisation industrielle s'est également accompagnée de fortes évolutions technologiques (sécurité, environnement, ferrotage, moyens de communication...). La création des liaisons autoroutières a accentué le rôle de ville logisticienne de Bourg-en-Bresse.

Derrière cette activité phare, la ville est, par ailleurs, un centre métallurgique spécialisé dans la transformation de fils métalliques (tréfilerie, traitements thermiques, assemblage ou gainage) pour des applications mécaniques et électriques (câbles de traction, transport d'énergie). Cette activité représente environ un millier d'emplois directs sur des sites appartenant à des groupes internationaux.

---

<sup>1</sup> Les informations présentées dans cette partie sont issues de l'encyclopédie en ligne Wikipedia : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Bourg-en-Bresse#Entreprises\\_de\\_l.27agglom.C3.A9ration](http://fr.wikipedia.org/wiki/Bourg-en-Bresse#Entreprises_de_l.27agglom.C3.A9ration)



Si Bourg-en-Bresse a connu plusieurs dizaines d'années de prospérité, à la croisée de l'agriculture et de ce développement industriel, la crise économique qui a éclaté en 2009 a assombri le tableau : plusieurs entreprises importantes ont gelé les embauches, voire ont dû licencier et la situation économique d'une partie des burgiens s'est ainsi dégradée.

## 1.2. Des ressources phares pour tout le département, en santé, éducation, commerces,...

Bourg-en-Bresse possède des ressources très importantes dans différents domaines, qui maintiennent sa position de « capitale » du département.

On trouve en premier lieu un centre hospitalier important et dynamique<sup>2</sup> : le centre hospitalier de Fleyriat. Outre l'activité importante de médecine-chirurgie-obstétrique, cet établissement compte également des résidences pour personnes âgées ainsi que des écoles d'infirmières, d'aides-soignantes et de sages-femmes, et un Centre d'Enseignement aux Soins d'Urgences.

En matière de santé mentale, le Centre Psychothérapique de l'Ain constitue la référence hospitalière pour tout le département. Actuellement au cœur d'une refonte des secteurs psychiatriques, il gère notamment les différents Centre Médico-Psychologiques du département qui ont en charge les soins en ambulatoire.

Bourg-en-Bresse compte plusieurs lycées d'enseignements général, technologique et professionnel ainsi que des ressources d'enseignement supérieur (antenne de l'université Lyon III, Ecole Supérieure de Commerce et d'Industrie, IUT, IUP, et centre départemental de l'IUFM de Lyon). C'est la seule ville du département de l'Ain à proposer une telle offre en matière d'enseignement supérieur<sup>3</sup>.

Enfin, le centre-ville de Bourg-en-Bresse est animé par une vie commerciale très active. Le marché qui se tient deux fois par semaine au Champ de Foire, alimentaire et forain, est probablement le plus important du département. Reflet de la riche activité agricole du département et de ses spécialités (volailles entre autres), il constitue véritablement une référence pour les professionnels de la cuisine et de la gastronomie. On trouve par ailleurs dans le centre-ville de très nombreuses enseignes aussi bien en ce qui concerne les vêtements, la bijouterie, la décoration que l'alimentation ainsi que des restaurants, des bars, mais également plusieurs équipements culturels : un théâtre de 604 places, une salle de musiques actuelles de 400 places, une salle de concert de 2 800 places et deux cinémas (13 salles au total)...

## 2. UNE IDENTITE URBAINE REELLE MALGRE LA PROXIMITE AVEC « LA CAMPAGNE »

Ville d'un peu plus de 40 000 habitants, d'une superficie d'environ 24 km<sup>2</sup>, Bourg-en-Bresse est souvent décrite comme une ville « à taille humaine ». En effet, les distances qui relient les différents quartiers au centre-ville sont relativement modestes et la marche à pied est un moyen de locomotion facile à utiliser. Et ce d'autant plus que le relief est très faible dans cette ville, parcourue par différentes grandes artères qui facilitent la circulation.

Si la ville est aujourd'hui au cœur de la Communauté d'Agglomération de Bourg-en-Bresse qui comprend 15 communes au total et représente 70 000 habitants, le fait est qu'au-delà des artères qui la ceignent

<sup>2</sup> Voir le chapitre « Éléments transversaux »

<sup>3</sup> On repère également l'Ecole Supérieure de Plasturgie, située à Bellignat (agglomération d'Oyonnax)

(boulevard Charles-De-Gaulle, boulevard Paul-Valéry, avenue Jean-Jaurès et enfin avenue de Mâcon), le « promeneur » se sent presque à « la campagne », tant la densité urbaine s'affaiblit... Ainsi, le centre hospitalier de Fleyriat comme le CPA qui sont situés en dehors des limites de la ville, tout en étant dans l'agglomération, semblent bien isolés dans un environnement qui tient de la zone industrielle pour l'un et de la zone rurale pour l'autre...

L'histoire même de la ville, son traditionnel marché du Champ de Foire etc,... constituent un ancrage rural fort. Pourtant, les entretiens menés avec les professionnels et les habitants des quartiers en politique de la ville montrent bien qu'une grande partie de la population est aujourd'hui déconnectée de toute tradition rurale, voire de réseaux sociaux ruraux... De même, si les habitants reconnaissent l'intérêt de l'environnement naturel de la ville et des richesses naturelles du département, leur vie quotidienne est fortement ancrée à l'échelle de l'agglomération, de par leur travail et de par les ressources en matière d'éducation, de commerces, de soins de la ville... Mais aussi de part leurs attentes.

### 3.LA « BELLE ENDORMIE » ?...

Les professionnels et surtout les habitants que nous avons rencontrés soulignent le côté agréable de cette ville « à *taille humaine* » : distances qui peuvent être parcourues à pied, une densité de tours et d'immeubles qui n'est jamais étouffante, un centre-ville facilement accessible et en partie piétonnier... Par ailleurs, les ressources culturelles, associatives, sportives de la ville sont appréciées. Cependant, la quasi-totalité des personnes rencontrées a souligné des points faibles qui sont défavorables à une bonne qualité de vie.

En premier lieu vient la question des transports en commun. Si les 7 lignes de bus semblent bien couvrir les différents quartiers de la ville, en revanche il y a beaucoup d'insatisfactions sur deux points : les horaires de passage qui peuvent être de plus de 30 mn, notamment en ce qui concerne les lignes qui vont jusqu'au CPA ou au centre hospitalier de Fleyriat. Pour les personnes qui doivent emprunter une correspondance, ceci pose deux problèmes : la durée du déplacement en transports en commun qui peut prendre plus d'une heure et enfin le fait que le ticket n'étant valable qu'une heure, il n'est parfois plus valable pour monter dans le second bus, le temps d'attente de la correspondance étant parfois très long... Ainsi, certaines personnes choisissent de terminer le trajet à pied pour ne pas racheter de ticket ou encore certaines renoncent à des déplacements pourtant importants pour elles. Dans le cadre des entretiens avec les habitants, nous avons ainsi rencontré plusieurs personnes qui ont diminué leur participation à des activités de soin psychiatrique du fait du « rapatriement » de l'un des CMP au CPA : le temps de parcours en bus pour aller jusqu'au CPA étant parfois de plus d'une heure pour deux heures d'activité, il arrive que les personnes concernées se découragent... Et ce, notamment en hiver où les temps d'attente aux arrêts, pour l'aller comme pour le retour, peuvent être particulièrement pénibles. Le deuxième motif d'insatisfaction fort est que les bus ne circulent pas en soirée ni le dimanche. Pour une partie de la population qui n'a pas de véhicule personnel (notamment dans les quartiers en politique de la ville), ce manque est très durement ressenti et conditionne fortement l'accès aux ressources de loisirs et de sociabilité : les personnes à mobilité réduite, les adultes avec poussettes ou enfants en bas-âge ne peuvent parcourir à pied les distances qui les séparent du Carré d'Eau ou du parc de Bouvent, à moins d'habiter à côté. De même en soirée, les retours n'étant pas possibles en transports en commun, beaucoup renoncent à sortir.

Toutes les personnes que nous avons rencontrées dans les quartiers en politique de la ville, hommes, femmes, jeunes, adultes, personnes âgées déplorent fortement cette situation et se sentent clairement pénalisés : ils ont des attentes de sociabilité et de possibilités de déplacements totalement urbaines et beaucoup n'envisagent pas du tout d'acquérir un véhicule.

Autre grand sujet d'insatisfaction des habitants, également transversal à toutes les tranches d'âge, le fait qu'il n'y ait aucun lieu convivial pour se retrouver, où « *prendre un café après le cinéma* », le dimanche. Hormis ce qui est proposé sur les quartiers mêmes par certains centres sociaux, justement pour favoriser le lien social et sortir de l'isolement des personnes parfois fragiles socio-économiquement, aucun bar ou restaurant du centre-ville n'est ouvert le dimanche.

Ceux qui le peuvent vont d'ailleurs se distraire ailleurs le dimanche :

*«Le dimanche, le centre-ville est mort... Mâcon c'est plus ouvert le dimanche...Heureusement qu'il y a des quartiers dynamiques ici.»*

*« Nous on va tout le temps à Lyon : il y a rien pour les jeunes à Bourg ! »*

Pour toutes les personnes interrogées, cette situation est incompréhensible et en décalage avec la richesse des ressources de la ville. Cet « *ennui* » des dimanches burgiens, peut-être une survivance de l'époque où la ville n'était encore qu'un gros « *bourg* », semble incongru dans le Bourg-en-Bresse d'aujourd'hui, pour des populations qui ont des attentes complètement urbaines.

## 4. LES QUARTIERS EN POLITIQUES DE LA VILLE : DES IDENTITES SPECIFIQUES, DES PROBLEMATIQUES DE SANTE COMMUNES

Les entretiens menés avec les professionnels et encore plus, ceux que nous avons réalisés avec les habitants des différents quartiers en politique de la ville montrent clairement que les problématiques de santé sont transversales et n'ont pas de lien avec le fait de résider sur tel ou tel quartier. En revanche, les niveaux de revenus, les conditions de vie, les pratiques et représentations des personnes ont un impact clairement déterminant sur les pratiques de prévention, le recours aux soins, l'état de santé.

Globalement, ce diagnostic confirme ainsi, à la suite de la littérature à la fois épidémiologique et sociologique qui existe sur les inégalités de santé, que le niveau de revenus et, plus concrètement, la précarité socio-économique déterminent le lieu de résidence et que cette dernière joue très nettement sur l'état de santé. Le fait d'habiter sur tel ou tel territoire ne constitue pas, à lui seul, un élément déterminant, et ce d'autant plus que la question des distances dans l'accès aux ressources de soin et de prévention reste très modeste à l'échelle des différents quartiers de Bourg-en-Bresse.

En revanche, les formes du bien-être ou du mal-être varient en fonction du ressenti des personnes quant à leur quartier de résidence. Sans prétendre à une description exhaustive du ressenti des différents quartiers par leurs habitants, nous présentons ici quelques caractéristiques de ces quartiers qui semblent prédominantes et pertinentes à prendre en compte.

Soulignons que l'un des quartiers classés en politique de la ville, **la rue des Sources**, n'est pas présenté ici. Il s'agit d'un quartier extrêmement spécifique, puisqu'il est uniquement constitué de maisons « adaptées » pour des gens du voyage sédentarisés. Il s'agit de terrains où l'on trouve une maisonnette « *en dur* », ainsi qu'un espace pour placer la caravane. Les problématiques de logement, de santé et surtout de stigmatisation ne se confondent pas avec les grandes thématiques que l'on trouve habituellement dans les quartiers en politique de la ville. C'est pourquoi il nous a semblé préférable de parler des problématiques et besoins des gens du voyage sédentarisés dans un point spécifique de la partie qualitative, au sein du chapitre consacré aux adultes.

### 4.3. La Croix Blanche

#### 4.3.1. Des ressources de proximité importantes et saluées

Les habitants que nous avons rencontrés sur le quartier expriment globalement un sentiment de satisfaction par rapport aux ressources auxquelles ils ont accès. En premier lieu, le pôle de services Amédée Mercier, qui inclut notamment un bureau de poste, un centre social, ainsi que des permanences de différentes institutions (CAF, CRAM, ...) semble très apprécié.

Enfin, la proximité avec une zone de grandes surfaces (alimentation, vêtements, ...) est également considérée comme un avantage : les personnes peuvent facilement s'y rendre en bus (trajet direct, à deux ou trois arrêts du quartier) ou encore à pied. D'ailleurs, certains habitants pour qui le coût des transports en commun est trop élevé font leurs courses à pied, en emportant un chariot de la grande surface s'il le faut :

*« 1 euro 50 pour une heure c'est trop cher : je fais tout à pied. On ramène les chariots de carrefour. Ici, c'est le chauffeur qui contrôle les billets, alors on peut pas frauder »*

En termes de ressources de santé, on ajoutera que 3 médecins généralistes sont repérés à proximité.

Les habitants rencontrés se sentent également plutôt proches du centre-ville de Bourg-en-Bresse : certains disent faire le trajet à pied sans difficultés. En revanche, tous se sentent très éloignés des hôpitaux de Fleyriat et du CPA (le trajet en transports en commun nécessite un changement en centre-ville)... Quant à la clinique Convert, il semble qu'elle soit difficilement accessible du quartier en transports en commun : certaines personnes préférant, dans la mesure du possible, s'y rendre à pied...

On peut donc dire que, globalement, les habitants estiment que leur quartier est plutôt bien desservi et facile à vivre en termes de ressources.

Un seul point noir a véritablement été pointé : celui de la faiblesse des terrains de jeux pour enfants. Plusieurs mères soulignent que les espaces situés au pied des immeubles, malgré quelques pelouses, sont essentiellement constitués de parkings : les enfants qui descendent jouer sont toujours à proximité des voitures, avec les risques que cela comporte. Le parc le plus proche est celui des Baudières, mais il est trop éloigné pour que les enfants puissent y aller seuls. De même, certaines mères vont jusqu'au Parc de Bouvent à pied, qui se trouve largement plus loin et les enfants ne peuvent donc s'y rendre seuls. Il y a donc une forte attente pour qu'il y ait, sur le quartier, des espaces réservés aux enfants, à proximité des immeubles, avec des jeux appropriés.

#### 4.3.2. La question des « groupes de jeunes »

Ce thème a spontanément été abordé par plusieurs personnes et il constitue l'un des points problématiques de la vie du quartier.

Ainsi, des groupes d'adolescents ou de jeunes adultes, toujours des garçons, se rassemblent en certains points du quartier, faisant du bruit tard, en soirée, ou interpellant les personnes, en journée, etc... En tout état de cause, ces groupes ne passent pas inaperçus et la relation que les adultes ont avec eux est souvent placée sous le signe de la tension.

Pour certains habitants, le bruit causé par ces jeunes (avec des motos, de la musique, ...) est très clairement une gêne et détériore la qualité de vie du quartier. Face à ces comportements marqués par un

manque de « savoir-vivre », certains essaient de se protéger, d'autres comptent sur l'intervention de la police, qui ne constitue cependant pas une solution sur le long terme semble-t-il :

*« Les motos toute la journée, toute la nuit : elles font du bruit ! On est obligé de fermer les fenêtres, même quand il fait très chaud ! »*

*« Un soir, deux policiers sont venus, ils ont emmené les jeunes je sais pas où : on a eu trois jours calmes, et ça a recommencé. Il y a des patrouilles parfois, mais les petits jeunes ils préviennent quand ils voient des policiers, alors les autres ils cachent les motos dans les buissons. »*

Certains adultes ont une position plus mitigée et empathique, si l'on peut dire. Ils comprennent l'ennui des jeunes qui ont peu de ressources de loisirs à leur portée, et qui sont forcés de se retrouver dans les espaces publics... Là encore, le manque d'espaces dédiés (au sport notamment) sur le quartier est pointé :

*« A 15-16 ans ils squattent là. Là où il y a les escaliers tout ça, ils traînent, ils ont pas d'autres endroits où aller. On a fait une demande il y a trois ans ça a été accepté : ils vont faire un terrain de foot sur le parking pour les garçons. Parce qu'il n'y a aucun terrain de jeu ici. »*

D'autres personnes insistent sur le fait que ces jeunes sont souvent ostracisés par la plupart des adultes qui en ont peur et de ce fait n'entrent pas en relation avec eux. Ainsi, le fait même « d'oser » leur parler, de nouer un contact avec eux, permet d'éviter des conflits et de rétablir un certain calme. Néanmoins, il ne s'agit pas de faire valoir fermement son « bon droit » avec ces jeunes, et il semble indispensable d'adopter une stratégie de communication « pacificatrice » :

*« Moi, les jeunes, je les connais bien mais il faut savoir leur parler. Par ma fenêtre, quand ils sont en-dessous je leur demande de baisser le son, et ils baissent. Il faut savoir y aller doucement, venir, les saluer, leur expliquer qu'il y a des enfants qui dorment... Si tu les agresses, ça marche pas : ils chopent la mort et ils montent le son encore plus. »*

Mais au-delà de la question de la gêne causée par le bruit, certains habitants évoquent clairement un sentiment d'insécurité. Un sentiment accru de par la configuration de certains endroits du quartier. Ainsi le passage souterrain situé à proximité du pôle Amédée Mercier, qui évite de traverser un carrefour important et relativement dangereux en surface (car s'il comprend des passages piétons, il n'y a pas de feux pour que les piétons soient prioritaires sur les véhicules, qui y circulent d'ailleurs souvent à des vitesses élevées). Notons qu'on ne repère pas, sur le carrefour lui-même, d'habitations ou de commerces. Or, ce souterrain, composé en réalité de plusieurs passages (correspondants aux différentes sorties) qui font chacun plusieurs mètres, peut prendre des allures de « coupe-gorge », surtout aux heures où il est le moins fréquenté... Même si dans la réalité, aucune agression ne semble y avoir été perpétrée. Ce point de passage est donc plutôt anxiogène pour les habitants, qui préféreraient pouvoir traverser en surface, de manière sécurisée :

*« Et dans les souterrains ? Il n'y a jamais eu d'agression non plus, mais on a peur. Hier soir, ma fille, je la regardais rentrer depuis ma fenêtre... Elle est rentrée dans le tunnel, et juste derrière elle il y a un groupe de garçons qui est entré dans le tunnel. Comme elle mettait du temps à ressortir je suis descendue voir ce qu'il se passait : en fait rien, elle avait attendu qu'ils passent. Le soir tard je préfère que ma fille traverse en surface... »*

#### 4.3.3. Repli identitaire pour certains groupes d'habitants et impact sur l'alimentation en collectivité

Plusieurs professionnels ont attiré notre attention sur les difficultés croissantes rencontrées par certaines structures et notamment les écoles ou les centres de loisirs sans hébergement, en ce qui concerne les repas proposés aux enfants. De plus en plus de familles de confession musulmane refusent que leurs enfants mangent de la viande qui ne soit pas « *halal* », mais parallèlement, elles souhaitent que leurs enfants aient accès à des repas complets. C'est particulièrement vrai lorsque des sorties sont organisées sur plusieurs jours, avec au programme des activités physiques et sportives. Les parents estiment qu'il est important, au plan nutritionnel, que leurs enfants puissent manger de la viande après des efforts physiques, mais que celle-ci soit « *halal* ». Par ailleurs, certaines familles refusent également que leurs enfants mangent des légumes ou des féculents qui ont été en contact, dans l'assiette, avec de la viande non « *halal* », ce qui signifie que certains enfants ne peuvent prendre que le dessert. Ces interdits semblent globalement rigoureusement respectés par les enfants et ce d'autant plus que, comme on l'a également vu sur d'autres territoires, les enfants qui se risqueraient à transgresser la règle seraient rapidement dénoncés à leurs parents par des camarades...

Ecoles et centres de loisirs ne répondent pas positivement à la demande de viande « *halal* », néanmoins les centres de l'association ADSEA souhaiteraient pouvoir proposer des repas où la viande est matériellement séparée des féculents ou légumes, afin que les enfants puissent au moins manger ces derniers, mais les repas sont préparés par la Ville, et au moment de l'étude, cette possibilité ne semblait pas pouvoir se concrétiser.

Pendant, il semble qu'il y ait des clivages entre différents groupes au sein même du quartier Croix Blanche : certaines familles sont au contraire plus souples dans leurs pratiques et estiment que leur enfant peut faire des « écarts » en ce qui concerne le déjeuner (manger de la viande non « *halal* ») : la prière rituelle effectuée le soir pourrait permettre de « laver » les croyants des comportements non-conformes aux préceptes religieux...

D'une manière générale, certains professionnels estiment que, face à cet éclatement du quartier en groupes de populations aux valeurs et attentes parfois très différentes, mais également compte-tenu des difficultés économiques croissantes d'une partie des habitants, il serait nécessaire de renforcer ou développer les actions de partenariat entre les différents acteurs qui interviennent sur le quartier, auprès des publics jeunes ou adultes.

## 4.4. La Reyssouze

### 4.4.1. Un « *petit village dans la ville* », des réseaux de solidarité

Plusieurs des habitants que nous avons rencontrés ont exprimé une opinion très positive sur leur quartier. Décrit comme étant à la fois verdoyant et proche du centre-ville, ses habitants y sont parfois très fortement attachés :

« *C'est ni trop grand, ni trop petit : c'est un petit village dans la ville, on se connaît tous !* »

« *C'est à côté du centre-ville, et il y a quelques commerçants* »

« *C'est le plus beau quartier au niveau verdure* »

On note que cet attachement va de pair avec un sentiment d'identité très fort. Le document édité par la municipalité et élaboré par différents partenaires dont des habitants du quartier «*Nos années Reyssouze*»<sup>4</sup> raconte d'ailleurs très bien l'histoire de ce territoire, dont certains des habitants que nous avons rencontrés sont témoins depuis plusieurs dizaines d'années. Des liens sociaux, affectifs ont été noués entre habitants, avec ce territoire, qui sous-tendent une partie de la vie de quartier.

En témoigne l'existence d'une association très active sur le quartier, l'AUCREY (Association des Usagers du Centre Social de la Reyssouze), née il y a dix ans, dont l'objectif est à la fois de favoriser et de renforcer les liens sociaux, de permettre les échanges, et d'aider les personnes qui ont des inquiétudes et des interrogations par rapport aux transformations du quartier.

D'une manière générale, l'action du centre social de la Reyssouze est saluée par les habitants et professionnels qui le considèrent comme un élément phare du quartier.

Néanmoins, certains professionnels et habitants ont précisé qu'il existait, comme sur les autres quartiers sensibles de Bourg-en-Bresse, un phénomène de repli identitaire chez une partie des personnes de confession musulmane, même si ce phénomène est moins marqué que sur le Pont des Chèvres ou La Croix Blanche peut-être...

#### 4.4.2. Des manques pointés en termes de ressources

Deux éléments sont pointés comme des manques par les habitants. En premier lieu, il s'agit des espaces de jeux pour enfants. Malgré la proximité du parc Jean Monnet et du square Louis Parant, plusieurs habitants et professionnels ont signalé qu'il y avait en réalité peu d'espaces véritablement sécurisés et adaptés pour les enfants. Il semblerait ainsi que les enfants aillent parfois jouer dans les cours d'écoles le week-end (notamment à l'école Saint-Exupéry) : on repère donc une attente de jardins aménagés pour les enfants et jeunes enfants.

En deuxième lieu, les habitants et les personnes âgées notamment, soulignent qu'il n'y a très peu de médecin généraliste à proximité, les plus proches étant situés avenue de l'Égalité et avenue Maginot.

#### 4.4.3. La transformation du quartier : nouveaux avantages et nouveaux coûts pour les habitants...

Plusieurs habitants nous ont parlé des réhabilitations et des démolitions qui ont lieu sur le quartier de la Reyssouze, dans le cadre d'une opération de renouvellement urbain.

Ces transformations sont vécues avec beaucoup d'inquiétude par une partie des habitants, et ce, même si elles devraient rendre les logements plus confortables et le quartier plus agréable. En premier lieu, les démolitions causent du bruit et de la poussière qui sont concrètement gênantes sur le moment. Puis, elles signifient le départ de familles vers d'autres quartiers, ce qui peut entraîner un sentiment de perte chez ceux qui restent, une sorte de nostalgie. Enfin, ces transformations ont un coût qui va se répercuter sur les locataires des immeubles concernés. Les habitants s'interrogent donc sur le surcoût que cela va impliquer pour eux et craignent de ne pouvoir faire face, compte-tenu de leurs ressources :

*« Les logements qu'ils vont rénover : de combien ça va nous augmenter les loyers ? 100 euros de plus par mois ? Alors, je peux pas rester moi ! »*

*« Ce sont pas des travaux de mise aux normes : nous, c'est des volets électriques. Mais si on peut pas payer on fait quoi ? Personne ne sait... »*

---

<sup>4</sup> *Nos années Reyssouze.*, ouvrage collectif. 1956-2006 : 50 ans de.... Edition Ville de Bourg-en-Bresse, novembre 2006, 103p.

#### 4.4.4. Un sentiment d'insécurité chez certains habitants

Certains points noirs ont été soulignés par les habitants que nous avons rencontrés. Plusieurs d'entre eux ont en premier lieu évoqué la question de la propreté des espaces publics : détritiques, déjections canines, qui sont essentiellement le fait de la négligence de certains habitants... Mais c'est la question de l'incivilité et de l'insécurité, souvent associées aux comportements problématiques de groupes de jeunes hommes, qui est au centre des préoccupations. Le risque d'agression, essentiellement la nuit, est très fort pour certains :

*« Nous il y a des coins à la Reyssouse où il ne vaut mieux pas traîner la nuit : vers le cimetière. »*

*« Moi pendant un temps je travaillais la nuit, quand les bus avaient fini leur service, j'allais à pied pendant 20 minutes, seule, ça se passait bien... Mais les dernières années, mon fils il venait avec moi, parce que je me suis fait agresser plusieurs fois. Mon fils maintenant quand il vient me voir le soir, il reste dormir à la maison, il est pas question qu'il rentre à pied la nuit. »*

*« A 20h, quand les commerces sont fermés, il y a des îlots de jeunes qui se regroupent : on évite de sortir... Avec la boisson et la drogue, on ne sait pas quelles peuvent être leurs réactions. »*

*« Au Pressoir il y a beaucoup d'alcooliques, il y a des histoires, il y a même eu un meurtre. Moi j'ai peur de rien, et j'ai mon fusil. J'ai peur pour d'autres personnes... »*

Néanmoins, plusieurs professionnels affirment que le quartier est beaucoup plus calme que dix ans auparavant : on ne repère plus de problèmes avec les toxicomanes et les seringues jetées sur la voie publique et les relations entre différents groupes se sont plutôt apaisées.

Pour certains habitants d'ailleurs, plus que l'insécurité, ce sont les incivilités qui constituent une grande gêne, doublée d'une grande frustration liée au sentiment d'inaction des adultes et des pouvoirs publics et d'impunité de ces jeunes :

*« Il y a aussi des jeunes qui boivent, fument sous la fenêtre... Il y a plein d'éclats de verre. Mais les pouvoirs publics ne font rien. »*

*« Maintenant, les adultes ont peur des adolescents : ils terrifient certains adultes. »*

La question de la responsabilité des parents fait débat. Pour certains, ces comportements incivils sont les résultats d'erreurs dans l'éducation donnée par les parents, pour d'autres, les jeunes peuvent avoir des comportements déviants malgré les efforts de leurs parents. Enfin, pour certains, il s'agit avant tout d'un problème sociétal, les adultes et les jeunes n'étant plus dans une relation d'échange ou de transmission :

*« Ce sont les parents qui sont responsables du manque d'éducation des jeunes. »*

*« Non, les jeunes sont rebelles et ils nous échappent : ils ne nous écoutent pas. »*

*« C'est le reflet de notre société : les jeunes d'un côté, les adultes et les personnes âgées de l'autre. Les générations ne se mélangent pas. »*

Il semble qu'il y a quelques années, la municipalité avait mis en place des équipes de médiateurs qui sillonnaient les quartiers sensibles de Bourg-en-Bresse, en journée et en soirée. Surnommés « les Picatchus » par les habitants, en référence au personnage habillé de jaune du dessin animé « Pokémon »,



leur mission était de prévenir ou de dénouer les tensions, conflits entre habitants. Leur disparition est vivement regrettée par certains habitants :

*« Il y a un vide de la part des adultes et des pouvoirs publics... Avant, il y avait les Picatchus, les habitants les aimaient bien : c'était intéressant par rapport aux problèmes de voisinage, aux problèmes d'incivisme. C'est dommage qu'ils n'existent plus. »*

#### 4.5. Le Pont des Chèvres

Nous avons rencontré très peu d'habitants du Pont des Chèvres, du fait des aléas inévitables dans ce genre de démarches, certainement accentués du fait de la période estivale. Néanmoins, plusieurs points saillants ont été relevés, qui nous donnent des indications sur les éléments de bien-être ou de mal-être par rapport au quartier.

##### 4.5.1. Un quartier pauvre en ressources commerçantes

Les ressources commerciales de proximité sont très faibles : une supérette est repérée près de la place A. Dupont, mais il faut aller en centre-ville ou jusqu'à la zone commerciale située au-delà de la Croix Blanche, pour les achats alimentaires notamment :

*« Il n'y a qu'une petite épicerie, mais on n'y trouve pas beaucoup de choses. Pour les courses, si on n'a pas de voiture, il faut aller de l'autre côté de la ville, alors c'est pas facile. »*

Notons cependant que l'on trouve dans ce quartier une antenne du centre social de la Reyssouze ainsi que le Centre de Planification et d'Education Familiale du Conseil général.

##### 4.5.2. Des tensions communautaires plus marquées qu'ailleurs ?

La précarité et les tensions entre différents groupes sociaux y ont été décrites comme étant plus intenses qu'ailleurs par les professionnels. Certaines associations communautaires notamment semblent hors de tout travail de réseau ou de partenariat entre elles, et avec d'autres associations intervenant sur le quartier. Cette impression est d'ailleurs confirmée par certains des habitants que nous avons rencontrés :

*« Ça manque de la mixité sociale ici. »*

##### 4.5.3. Une image d'insécurité à relativiser

On retrouve ici un sentiment d'insécurité associé à la présence de groupes de jeunes qui ont des comportements incivils... Insécurité relativisée toutefois par certains habitants qui considèrent que ces craintes prennent davantage racine dans les représentations que dans des situations ou des risques concrets d'agressions. C'est finalement plutôt un phénomène d'incivilités qui serait à déplorer, voire des manifestations d'agressivité :

*« C'est un quartier qui a la réputation d'être difficile... Mais c'est plus positif que ce qu'on veut bien en dire »*

*« Par le passé, il y a eu des halls squattés, des dégradations dans la tour, des caves et des garages abîmés... Mais maintenant ça va mieux, on se sent tranquille. »*

*« Il y a quand même des gens qui se battent, des règlements de compte sur les voitures »*

*« Moi, j'habite dans la tour : il y a des étudiants : le lycée Edgar Quinet a installé un internat dans les étages. Il n'y a pas de soucis avec eux. »*

## 4.6. Terre des Fleurs

### 4.6.1. Un enclavement géographique, des ressources éloignées

La position du quartier Terre des Fleurs est très particulière. Situé à l'est de la ville mais séparé de celle-ci par une voie ferrée, le quartier Terre des Fleurs n'est accessible que par un seul point, à pied ou en voiture : le souterrain qui passe sous la voie ferrée et qui fait la jonction entre l'avenue du Mail et l'avenue des Anciens Combattants. Un autre passage existe, rue de la Chambière, mais il se trouve bien plus au nord et nécessite un grand détour. Mais pour certains, le détour est préférable au souterrain :

*« On fait tout le tour à pied pour pas y passer, c'est long ... Mais on préfère faire le tour en surface. »*

De ce fait, le quartier est enclavé, et d'une certaine manière « hors » de Bourg-en-Bresse, la voie ferrée constituant une sorte de Frontière.

Cette situation est très mal vécue par les habitants qui, pour certains, redoutent de passer dans ce souterrain, à pied de nuit. Long d'une quinzaine de mètres, il est bien éclairé, mais comme tous les passages souterrains, il suscite la crainte d'une agression. A la croisée de ces craintes, de certaines « légendes urbaines », et probablement de certains incidents réels, c'est un point important de mal-être pour les habitants du quartier :

*« Il y a eu [dans le souterrain] une femme handicapée qui s'est fait taper, et la jeune fille, en apprentissage, qui s'est fait violer l'année dernière. »*

De ce fait, de nombreux habitants choisissent de passer en surface. Or, il n'y a aucun passage « formel » en surface : des habitants ont détruit une partie du grillage qui empêche l'accès à la voie ferrée, et traversent simplement ces mêmes voies ferrées, tout en sachant que cette pratique est extrêmement dangereuse. La ville fait inlassablement refermer le grillage, qui est, non moins inlassablement rouvert par les habitants :

*« Il en a qui passent par la voie ferrée, par le trou dans le grillage. Chaque fois, ils le referment, et chaque fois il y a des gens qui le refont. »*

*« Moi j'y suis déjà passée, mais sans les enfants sinon, c'est trop dangereux avec les enfants. »*

Signalons que le quartier n'est pas non plus très bien desservi par les transports en commun.

#### 4.6.2. Un éloignement des ressources mal vécu

Les habitants se sentent globalement éloignés des ressources. Qu'il s'agisse de ressources commerciales, administratives ou scolaires, il faut la plupart du temps sortir du quartier. On repère en effet sur le quartier une école primaire ainsi que quelques médecins généralistes, mais pas réellement de vie commerciale, et le collège est très éloigné. Le ressenti de cette situation est probablement aggravé par la situation enclavée du quartier :

*« Si on veut aller à la poste on doit aller loin : on est toujours isolés. Pour faire les courses c'est pas loin ED mais quand il faut revenir avec quatre sacs c'est très loin ! »*

*« C'est dommage qu'ils aient fermé le collège Amiot. Les enfants ont 1h30 pour manger, mais le trajet c'est 30 mn jusqu'à Ceyzériat. Alors il y a de la fatigue, du stress. Le Collège de Saint-Denis ferait moins loin »*

Au-delà même de l'aspect pratique, c'est aussi le manque d'animation que regrettent les habitants :

*« C'est bien parce qu'il y a le kebab qui a ouvert, au moins, ça fait de la présence. »*

Le territoire compte néanmoins un pôle d'animation, qui est la ressource-phare du quartier : en sus d'un centre de loisirs pour les enfants, cette structure est également ouverte aux adultes, notamment au travers de sorties familiales, mais également d'un temps de convivialité dédié aux adultes qui peuvent s'y rencontrer et venir échanger autour d'un café (« Couleur Café »). Les habitants souhaitent néanmoins que cette structure prenne de l'ampleur et élargisse son offre. De fait, ce pôle est devenu un centre social au début de l'année 2009.

Par ailleurs, on retrouve comme sur les autres quartiers cette attente d'espaces de jeux aménagés, propres et sécurisés pour les enfants, qui n'existent pas aujourd'hui :

*« Il n'y pas de jeux pour les enfants, rien. Les bacs à sable ça fait 10 ans que le sable il a pas été changé et il y a les chiens qui pissent dedans. »*

*« Ca fait six ans que je suis là, il y a jamais eu de jeux, ou alors ils les ont enlevés. Nos enfants ils jouent sur la plaque [dalle de béton près des immeubles] »*

#### 4.6.3. Un sentiment d'abandon et de relégation : de fortes attentes de déploiement des ressources de sociabilité

La grande spécificité du discours des habitants que nous avons rencontrés à Terre des Fleurs, par rapport aux autres quartiers en politique de la ville de Bourg-en-Bresse, tient dans ce sentiment très fort de relégation. Les professionnels ont souligné l'importance des publics précaires sur ce quartier et également le fait que l'on y trouve une proportion très élevée de familles monoparentales dans les logements sociaux, ainsi que des appartements de transition où sont hébergés des malades mentaux stabilisés, gérés par le CPA.

Or à cette précarité, s'ajoutent l'enclavement géographique, les faibles ressources du quartier, et enfin – peut-être surtout – une structure dédiée à la population, comme on peut en trouver à la Reyssouze, la Croix Blanches ou aux Venues :

*« On est des pauvres, on est abandonnés, délaissés, isolés, ignorés. »*

*« A Croix Blanche ils ont une belle structure, des locaux où tu peux aller parler. Ici on peut parler à qui ? »*

Notons que ces discours ont été recueillis avant que les travaux d'agrandissement du pôle d'animation (devenu centre social depuis début 2009) ne soient terminés. Néanmoins, il semble qu'il y ait de fortes attentes de la part des adultes pour développer des activités, des opportunités de sociabilité, comme on en trouve sur les autres quartiers en politique de la ville.

## 4.7. Les Vennes

### 4.7.1. Un quartier qui a évolué au fil des années

Il ressort des entretiens que le quartier des Vennes a beaucoup évolué depuis quelques années. Le discours des habitants rencontrés sur ce quartier se démarque d'ailleurs fortement des discours entendus à la Croix Blanche, La Reyssouze ou à Terre des Fleurs.

Aujourd'hui, le quartier est plutôt perçu comme résidentiel et tranquille :

*« Le quartier des Vennes est agréable : ça s'est bien amélioré. »*

Les ressources commerçantes ne sont pas très nombreuses, mais il y a un marché et on ne repère pas de plainte particulière quant à cette situation (si ce n'est une convergence avec les autres habitants sur la question des transports en commun qui ne fonctionnent pas en soirée et le dimanche). Enfin, la présence d'un centre social est très appréciée, un centre qui attire par ailleurs des personnes venant d'autres quartiers :

*« ici [centre social] il y a des femmes qui viennent de partout : de Bourg, de Péronnas »*

*« Ici, il y a un marché rue Montesquieu, tous les dimanches. »*

### 4.7.2. Mais des immeubles confrontés à des problèmes de vétusté

Néanmoins, certains locataires du parc social du quartier se plaignent beaucoup de la dégradation de leur logement. Les problèmes d'humidité sont particulièrement soulignés qui entraînent un effritement des murs, le décollement des papiers peints, l'apparition de tâches et autres moisissures.

On repère donc de fortes attentes de la part de ses habitants pour que des solutions soient trouvées afin que leur habitat retrouve un état normal, et ce de façon pérenne :

*« Les logements près de l'Hippodrome sont très humides : il y a l'eau des caves qui remonte par les murs, même quand on chauffe en hiver. Dans ma cuisine, il y a des infiltrations. »*

*« Les immeubles du côté de Jean-Jacques Rousseau, il faudrait les détruire. »*

# PARTIE QUANTITATIVE

# INFORMATIONS

## Indicateurs

La partie quantitative de ce diagnostic traite de divers thèmes, à travers la présentation d'indicateurs démographiques (évolution, densité...), sociaux (allocations, logements, précarité...), et sanitaires (offre de soins, mortalité, hospitalisations...).

## Déclinaisons géographiques

Les différents indicateurs sont tous présentés au minimum pour l'ensemble de la ville de Bourg-en-Bresse.

Certains indicateurs, notamment sociaux, peuvent être déclinés à un niveau infracommunal.

Enfin, chaque indicateur est disponible, pour comparaison, au niveau du département de l'Ain et/ou de la région Rhône-Alpes, et dans la plupart des cas pour les villes de Chambéry (Savoie) et Valence (Drôme), villes-préfectures de la région Rhône-Alpes d'envergure similaire à Bourg-en-Bresse.

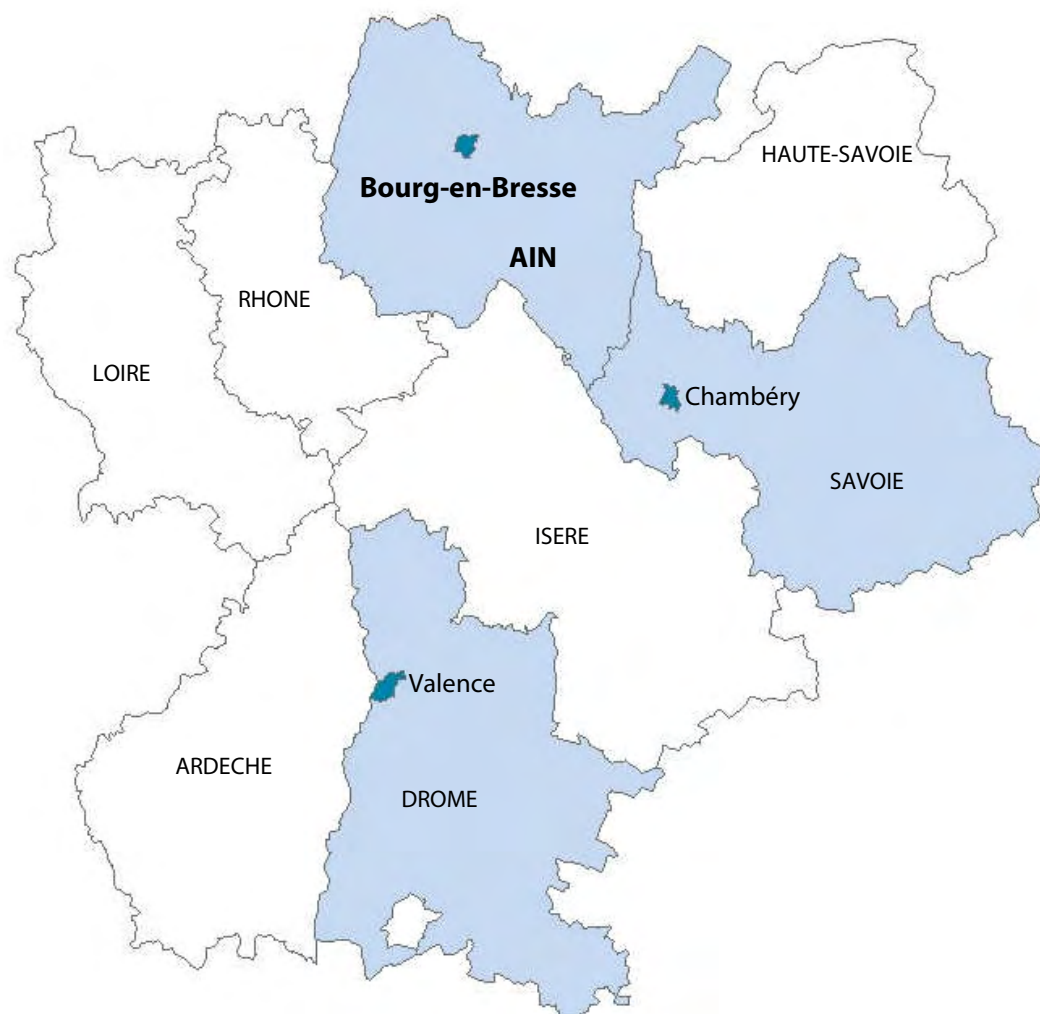
## Méthodes

Certains indicateurs appelés « taux comparatifs » ou « taux standardisés », sont construits lorsque les données sont sensibles à l'âge de la population étudiée. Ainsi, pour la consommation de médicaments, le recours à l'hospitalisation ou encore la mortalité, les taux sont systématiquement standardisés sur la structure d'âge d'une population de référence : ils permettent ainsi de comparer les villes et/ou les territoires (par exemple, la ville de Bourg-en-Bresse et les villes de Chambéry ou Valence ; la ville de Bourg-en-Bresse et le département de l'Ain ou la région Rhône-Alpes) qui ont pourtant, au départ, des structures d'âge différentes.

Dans ce travail la population de référence est la population régionale au dernier recensement général de 1999 par classe d'âge quinquennale, tous sexes confondus.

# 1. REPERES GEOGRAPHIQUES

Carte 1 : situation de Bourg-en-Bresse au sein de la région Rhône-Alpes



## 2. ÉLÉMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

### 2.1. Population

Source : INSEE [Recensements Généraux de la Population 1982, 1990, 1999 - Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2008, millésime 2006]

#### 2.1.1. Évolution et densité

Le tableau 1 présente les effectifs des populations de Bourg-en-Bresse, des deux villes de comparaison Valence et Chambéry et des deux territoires de référence, le département de l'Ain et la région Rhône-Alpes.

**Tableau 1 : effectifs de population totale selon l'année et le territoire, de 1982 à 2006**

	Population sans double compte			Population municipale
	1982	1990	1999	2006
Bourg-en-Bresse	41 109	38 757	40 666	40 156
Quartiers classés ZUS – Bourg-en-Bresse	NC	7 293	6 528	5 688
Valence	66 336	59 933	64 260	65 263
Chambéry	53 531	51 203	55 786	57 543
Ain	418 592	471 170	515 478	566 743
Rhône-Alpes	5 017 464	5 352 293	5 645 847	6 021 352

NC : Non Connu

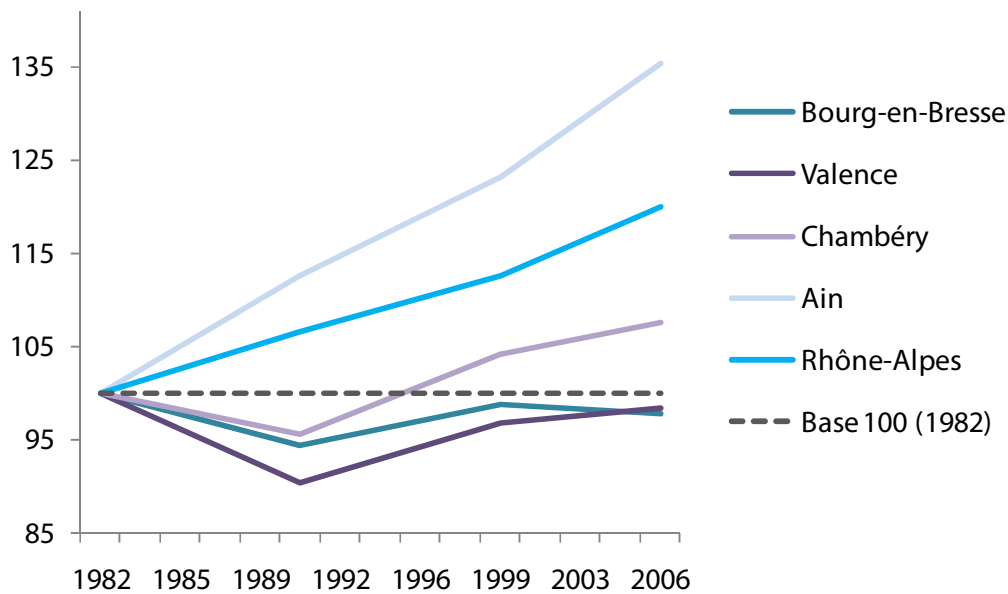
Comme Valence et Chambéry, Bourg-en-Bresse a connu une première phase de décroissance de 1982 à 1990, alors que le département de l'Ain et la région Rhône-Alpes avaient déjà commencé une phase de croissance qui s'est poursuivie jusqu'en 2006.

Entre 1990 et 2006, Valence et Chambéry ont repris une courbe ascendante (respectivement +0,2% et +0,5%/an en moyenne) alors que l'effectif de population sur Bourg-en-Bresse après une première phase ascendante de 1990 à 1999 (+0,5%/an) a été revu à la baisse depuis 1999 (-0,2%/an en moyenne).

Enfin, les quartiers classés en ZUS de Bourg-en-Bresse ont perdu régulièrement des habitants depuis 1990 (environ 1 600 habitants), à raison d'une baisse de 1,5%/an en moyenne jusqu'en 2006.



**Graphique 1 : indice d'évolution de la population totale de 1982 à 2006 selon le territoire**  
Base 100 en 1982



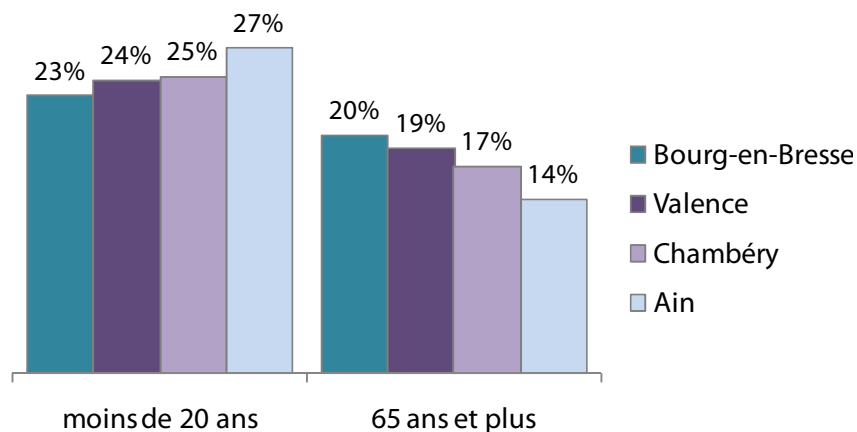
Avec une densité de population de **1 680 habitants/km<sup>2</sup>**, la ville de Bourg-en-Bresse se situe loin derrière Chambéry (2 740 habitants /km<sup>2</sup>) et juste en-dessous de Valence (1 778 habitants /km<sup>2</sup>).

### 2.1.2. Structure d'âge

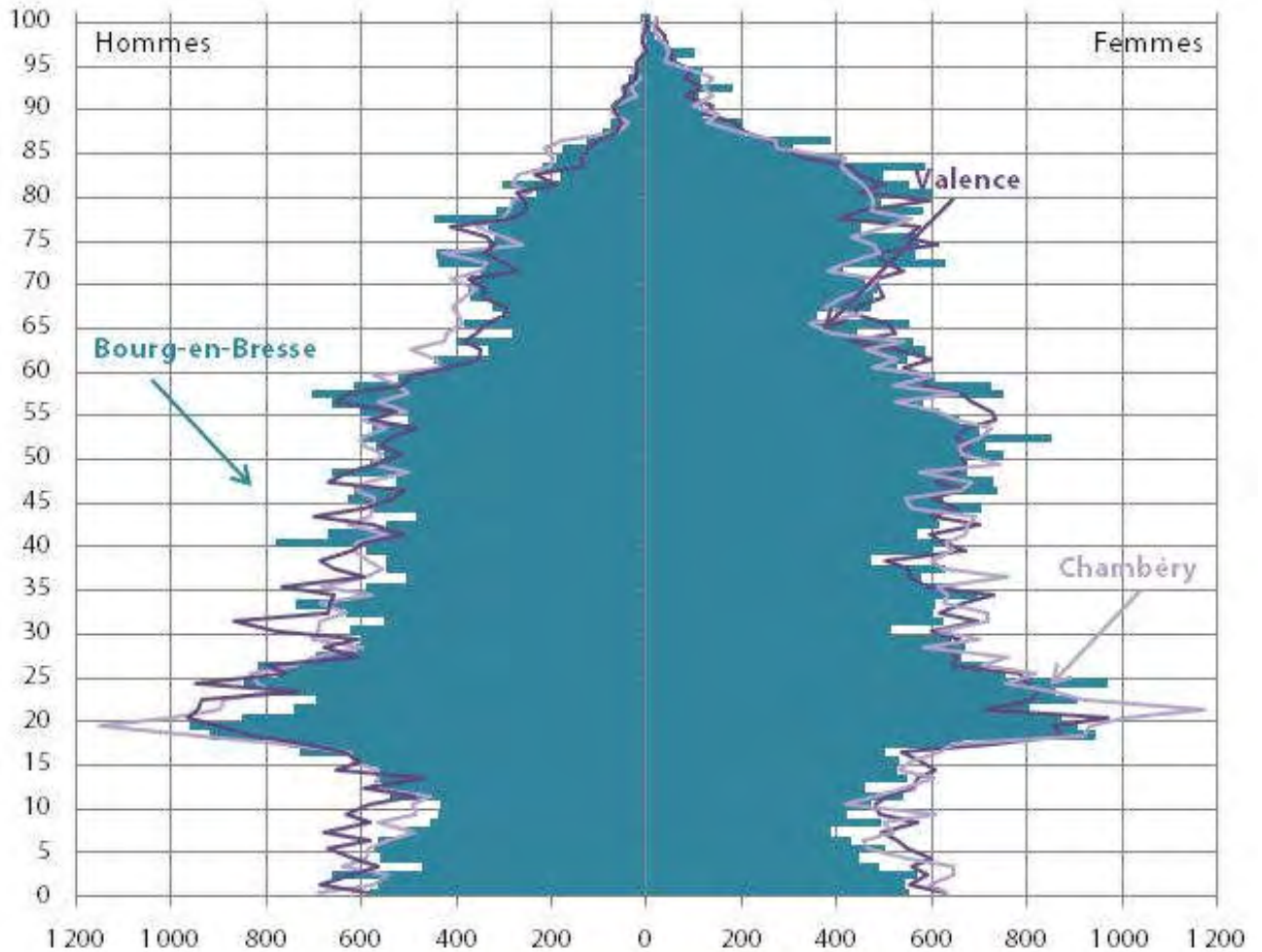
Globalement, la structure d'âge observée sur Bourg-en-Bresse correspond à une population un peu plus âgée par rapport à Chambéry et Valence, avec 23% d'habitants âgés de moins de 20 ans et 20% d'habitants âgés de 65 ans et plus (Valence présente 25% de moins de 20 ans et 17% de 65ans et plus).

Par rapport au département (graphique 2), la commune présente une structure d'âge moins jeune avec respectivement 23% et 27% d'habitants de moins de 20 ans sur la commune et le département.

**Graphique 2 : répartition de la population selon l'âge et le territoire en 2006**

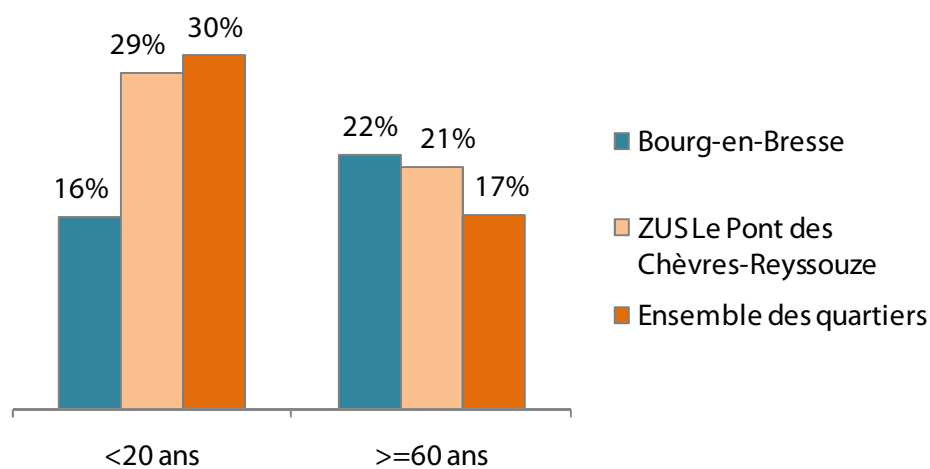


**Graphique 3 : pyramide des âges des villes de Bourg-en-Bresse, Valence et Chambéry en 2006**



Au sein même de la ville de Bourg-en-Bresse, la répartition des âges n'est pas homogène. En effet, dans les quartiers classés ZUS on observe près d'un habitant sur trois de moins de 20 ans, contre 16% sur l'ensemble de la commune en 1999.

**Graphique 4 : répartition de la population selon l'âge et la zone sur Bourg-en-Bresse en 1999**



## 2.2. Ménages et structure familiale

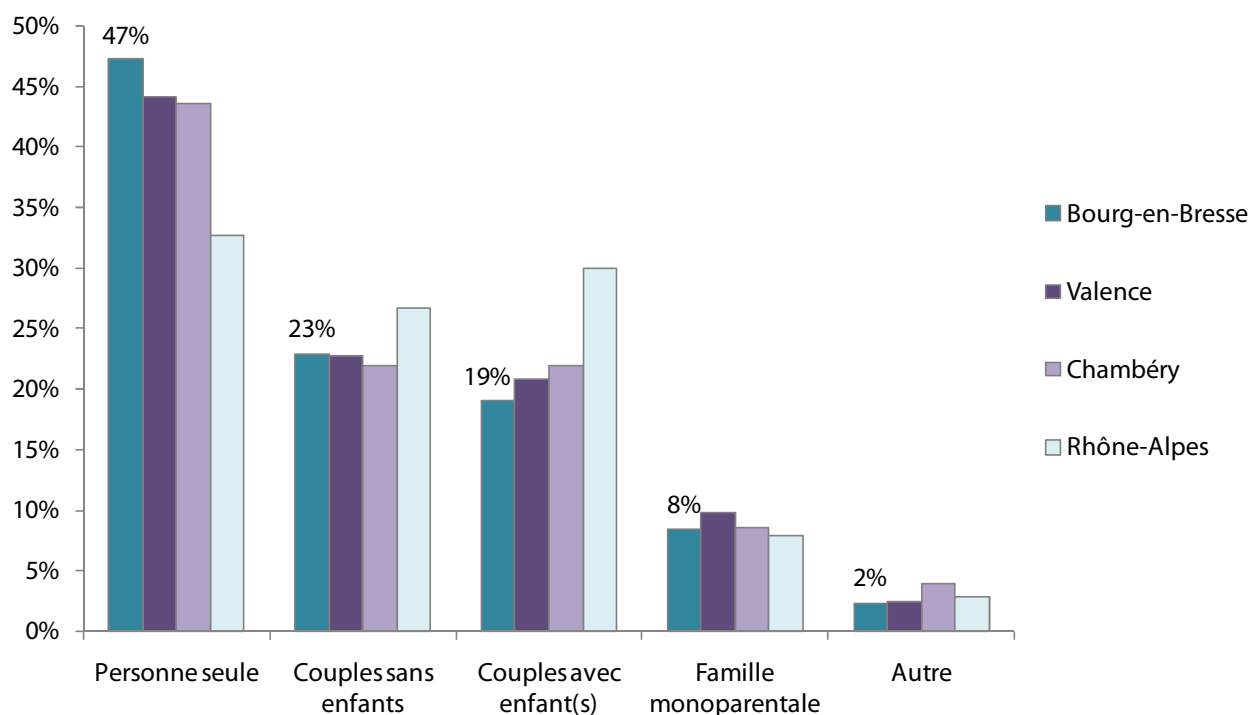
Source : INSEE [Recensement Général de la Population 1999 - Enquêtes annuelle de recensement 2004 à 2008, millésime 2006]

Globalement, la composition des ménages est semblable sur Bourg-en-Bresse et les deux villes de comparaison, avec cependant une proportion un peu plus importante de personnes seules sur Bourg-en-Bresse avec près d'un ménage sur deux concerné (47%), contre 44% sur Valence ou Chambéry.

La situation de Bourg-en-Bresse est en revanche très éloignée de la situation régionale où on compte un ménage sur trois composé d'une personne seule, et inversement une proportion beaucoup plus élevée de ménages avec enfant(s) (38% contre 27% sur Bourg-en-Bresse).

Parmi les ménages avec enfant(s), on compte une proportion de familles monoparentales plus élevée dans les trois villes de Bourg-en-Bresse, Valence et Chambéry par rapport à la région avec respectivement 31%, 32%, 28%, et 21% en région.

**Graphique 5 : répartition des ménage selon la structure familiale et le territoire en 2006**



Les quartiers prioritaires de la ville<sup>5</sup> présentent une structure plus familiale par rapport à l'ensemble de la commune avec respectivement 2,4 et 2,1 personnes/ménage en moyenne. Cette moyenne varie de 2,0 sur le quartier de Louis Parant à 2,9 au Pont des Chèvres.

<sup>5</sup> Croix Blanche, Grande Reyssouze, Terre des Fleurs, Pont des Chèvres, Les Vennes

## 2.3. Logement

### 2.3.1. Propriétaires

*Source : INSEE [Recensement Général de la Population 1999 - Enquêtes annuelle de recensement 2004 à 2008, millésime 2006]*

Entre 1999 et 2006, la part de propriétaires a légèrement augmenté sur Bourg-en-Bresse, comme sur Valence et Chambéry, pour atteindre respectivement 35%, 43% et 41% des ménages. Cependant, comme en 1999, cet indicateur reste le plus faible sur Bourg-en-Bresse.

### 2.3.2. Parc locatif social

*Source : INSEE [Enquêtes annuelle de recensement 2004 à 2008, millésime 2006]  
Enquête sur le parc Locatif Social [2005]*

En 2006, la ville de Bourg-en-Bresse compte près d'une résidence principale sur trois en HLM, ce qui est plus élevé qu'à Chambéry (28%) mais encore plus qu'à Valence (16%). Le département et la région comptent environ 15% de logements HLM.

Le taux de vacance (rapport entre le nombre de logements vacants au 1er janvier et le nombre de logements loués ou proposés à la location) de la commune (4,4%) se situe entre celui de Chambéry (1,6%) et de Valence (6,9%). Ce taux est également très variable au niveau des quartiers, de 1,3% à Baudières-Kennedy jusqu'à 22% au Pont des Chèvres.

## 2.4. Scolarité et niveau d'études

*Sources : Recensement général de population, INSEE [1999]  
Rectorat de l'Ain [Tableau de Bord des Quartiers Rhône-Alpes - 2004-05]*

Les élèves scolarisés dans les collèges de Bourg-en-Bresse<sup>6</sup> présentent le plus faible taux de retard d'un minimum de deux ans parmi les élèves inscrits en 6<sup>ème</sup> avec 1,2% ; par rapport au département (2,1%) et à Chambéry (2,4%) ou Valence (3,4%).

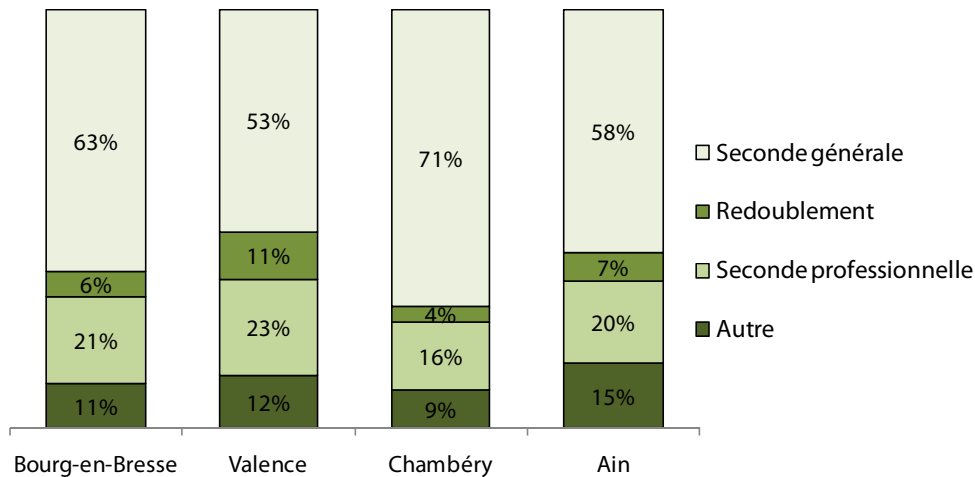
Le profil des élèves de 3<sup>ème</sup> scolarisés sur Bourg-en-Bresse se situe entre ceux des élèves des établissements de Valence et Chambéry, et se retrouve très proche du profil départemental.

Un peu plus de six élèves sur dix poursuivent leur scolarité en seconde générale (respectivement 53% et 81% sur Valence et Chambéry). Le redoublement semble moins fréquent que sur Valence (6% contre 11%) mais un peu plus que sur Chambéry (4%). Enfin les élèves de Bourg-en-Bresse sont plus souvent concernés par un passage en seconde professionnelle par rapport à ceux de Chambéry (21% contre 16%) et presque autant que sur Valence (23%).

---

<sup>6</sup> Les élèves dont il est ici question ne sont pas tous domiciliés sur la commune de Bourg-en-Bresse. Il s'agit des élèves scolarisés sur Bourg-en-Bresse et qui peuvent donc être domiciliés dans les communes environnantes.

**Graphique 6 : répartition des élèves de 3<sup>ème</sup> selon leur devenir à la sortie du collège en 2005 selon la localisation de l'établissement**



## 2.5. Emplois et professions

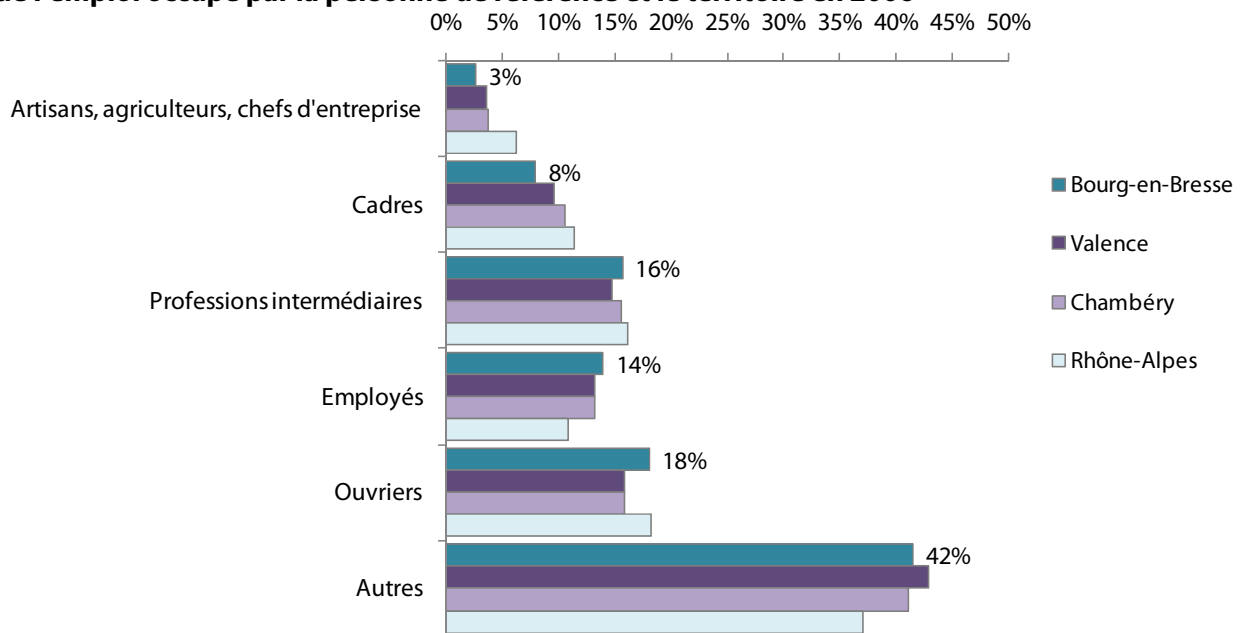
Sources : INSEE [Recensement Général de la Population – 1999 : Enquêtes annuelles de recensement 2004-07 ; estimation 2005]  
ANPE 2006

### 2.5.1. Catégories socioprofessionnelles

Parmi les différentes catégories socioprofessionnelles, la catégorie des ouvriers est celle qui permet de distinguer la population de Bourg-en-Bresse. Si la part de personnes concernées sur la ville pour ce type de poste (près d'une sur cinq) se rapproche de la part régionale, elle est par ailleurs encore supérieure à ce que l'on retrouve sur Valence ou Chambéry (16%).

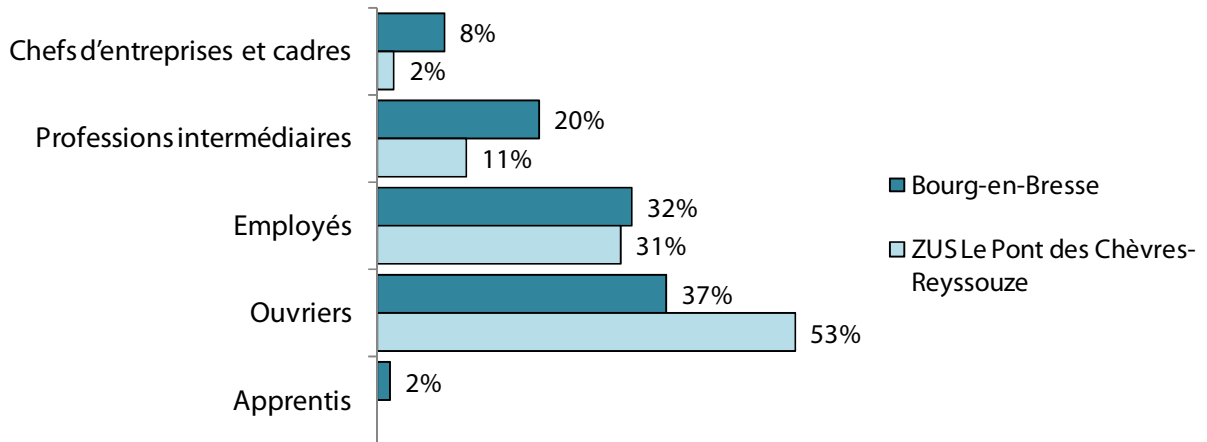
On note également une part d'employés (14%) plus importante que sur la région (11%), mais comparable aux deux autres villes (13% à Chambéry et Valence).

**Graphique 7 : répartition des ménages selon la catégorie socioprofessionnelle de l'emploi occupé par la personne de référence et le territoire en 2006**



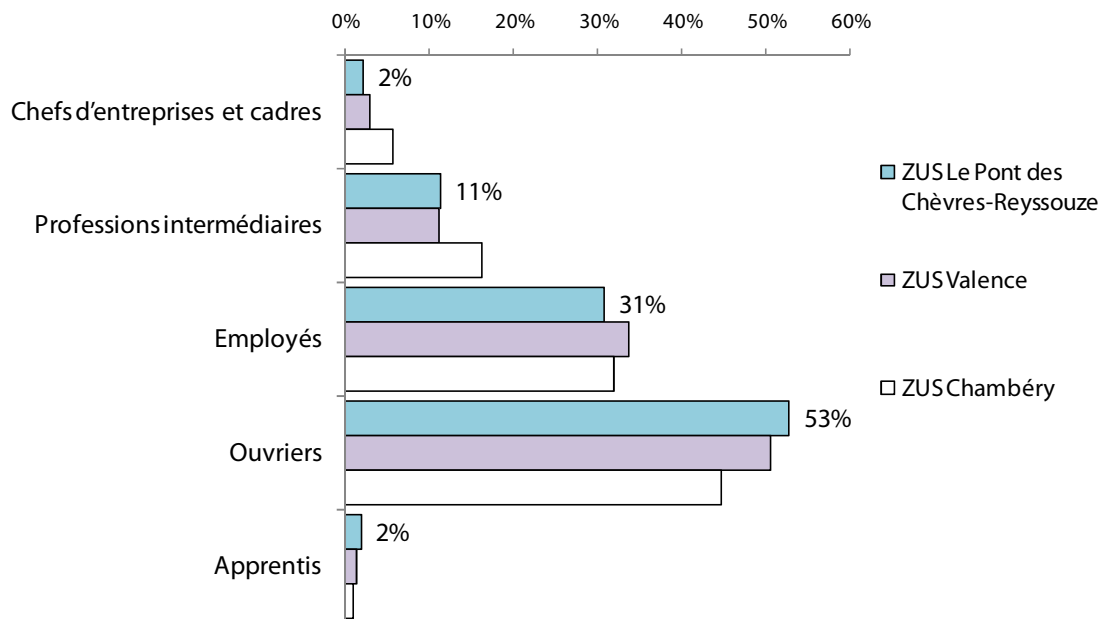
Au sein de la ville de Bourg-en-Bresse, la surreprésentation des ouvriers se retrouve encore plus marquée dans les quartiers classés en ZUS avec plus d'un salarié sur deux qui occupe un poste de ce type, contre 37% sur l'ensemble de la commune.

**Graphique 8 : répartition de la population salariée selon la catégorie socioprofessionnelle de l'emploi occupé selon le territoire en 2005**



Si on compare les quartiers classés en ZUS dans les trois villes, on retrouve une tendance, à présenter une part d'ouvriers un peu plus élevée sur Bourg-en-Bresse (53%) que sur les deux autres villes (respectivement 45% et 51% sur Chambéry et Valence).

**Graphique 9 : répartition de la population salariée selon la catégorie socioprofessionnelle de l'emploi occupé dans les ZUS selon la ville en 2005**

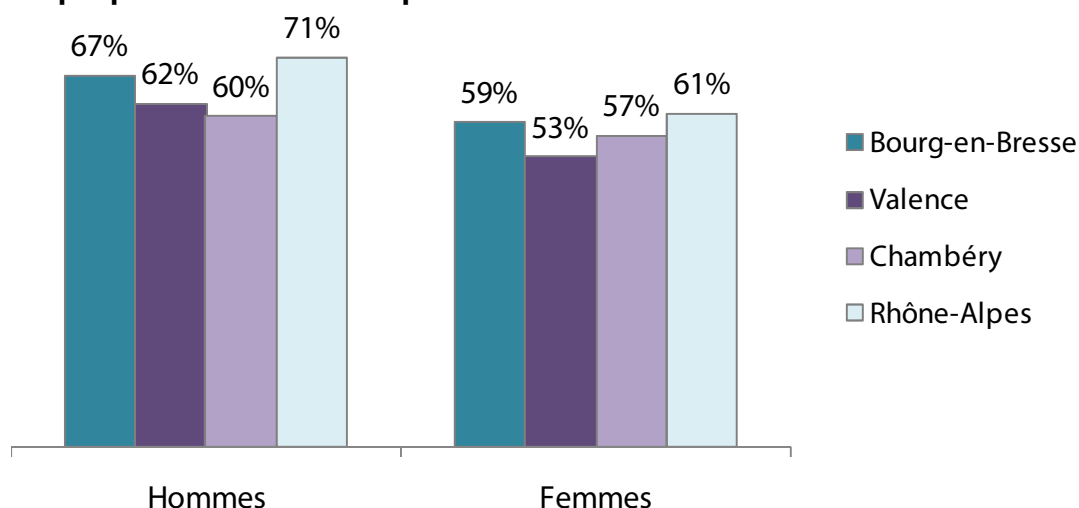


## 2.5.2. Population active : les 15-64 ans

### 2.5.2.1. Activité professionnelle

Qu'il s'agisse des hommes (67% d'hommes actifs entre 15 et 64 ans) ou des femmes (59% de femmes actives entre 15 et 64 ans), le taux d'activité est supérieur sur Bourg-en-Bresse par rapport aux deux autres villes. En revanche, pour les deux sexes, le taux reste en-dessous du niveau régional.

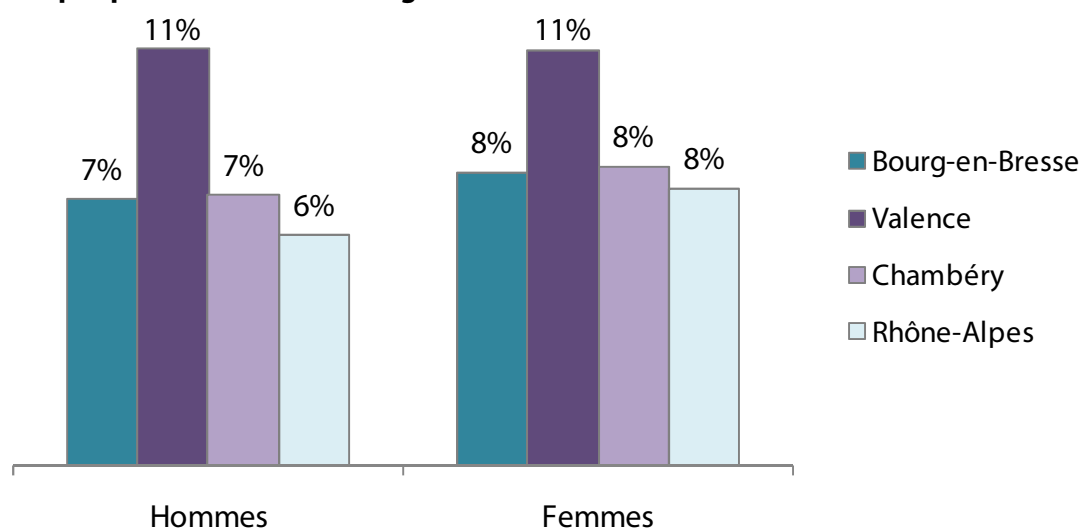
**Graphique 10 : taux d'activité professionnelle des 15-64 ans selon le sexe et le territoire en 2006**



### 2.5.2.2. Chômage

Les taux de chômage, féminin et masculin, sont équivalents sur Bourg-en-Bresse, Chambéry ou la région Rhône-Alpes, mais restent nettement inférieurs aux taux observés sur Valence.

**Graphique 11 : taux de chômage chez les 15-64 ans selon le sexe et le territoire en 2006**



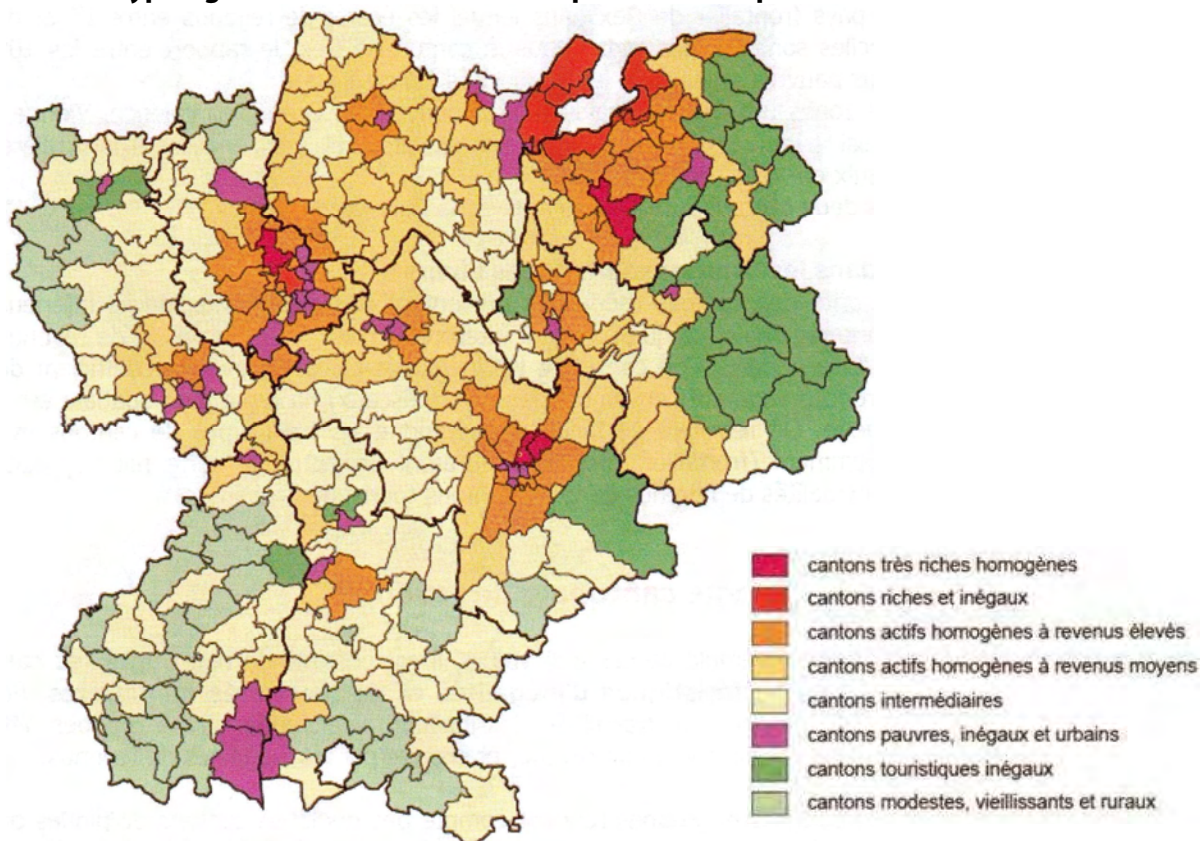
## 2.6. Revenus

Sources : *Rapport de la Mission régionale de Lutte contre l'Exclusion [2008]*  
*Ministère du budget [2006]*

Une typologie des cantons rhônalpins réalisés par la MRIE classe les cantons de Bourg-en-Bresse, Valence et Chambéry, dans le groupe des « cantons pauvres, inégaux et urbains ».

On peut noter que les cantons limitrophes de Bourg-en-Bresse montrent des profils plus favorables de « cantons actifs homogènes » avec sur la partie ouest des « revenus élevés » et sur la partie est des « revenus moyens ».

**Carte 3 : typologie des cantons en Rhône-Alpes selon la répartition des revenus en 2005**

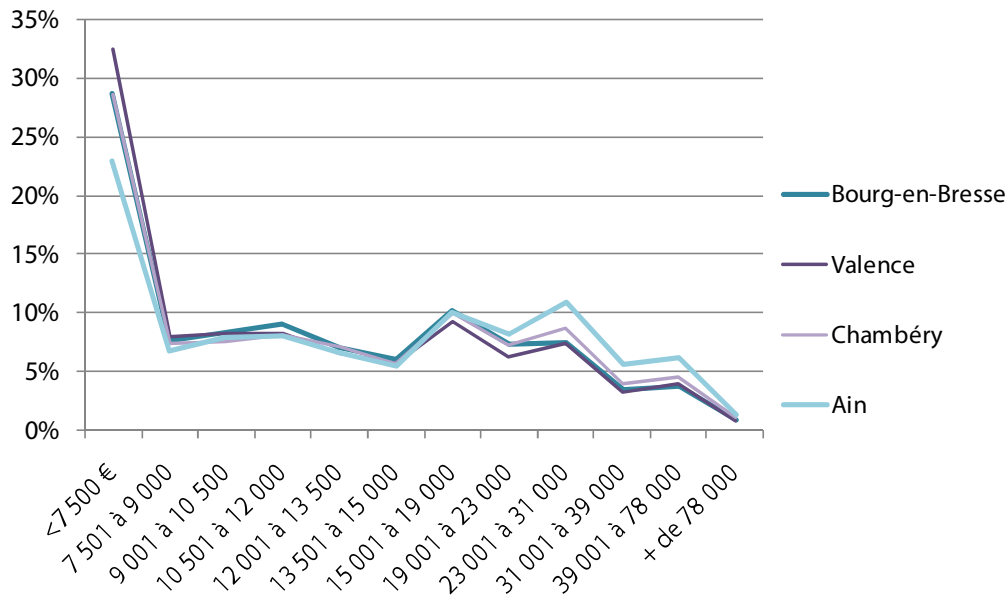


La répartition des foyers fiscaux selon la tranche en euros est similaire sur les trois villes. On peut noter toutefois pour Valence une part un peu plus importante de foyers dans la tranche la plus basse « <7 500 € » (32% contre 29% sur les deux autres villes).

La ville de Bourg-en-Bresse se différencie de l'ensemble du département de l'Ain avec une part plus importante de foyers fiscaux sur la tranche la plus faible (<7 500€), et à l'inverse une part plus importante sur les tranches les plus élevées (>20 000€).



**Graphique 12 : répartition des foyers fiscaux selon la tranche (en €) et le territoire en 2006**



Toutes tranches confondues, la ville de Bourg-en-Bresse, comme la ville de Chambéry, compte 53% de foyers fiscaux imposables. Sur Valence, la part est plus faible avec 48% de foyers fiscaux imposables.

## 2.7. Précarité

### 2.7.1. Allocations CAF

Sources : CAF [2005]

CAF [Tableau de Bord des Quartiers Rhône-Alpes – 31/12/2003]

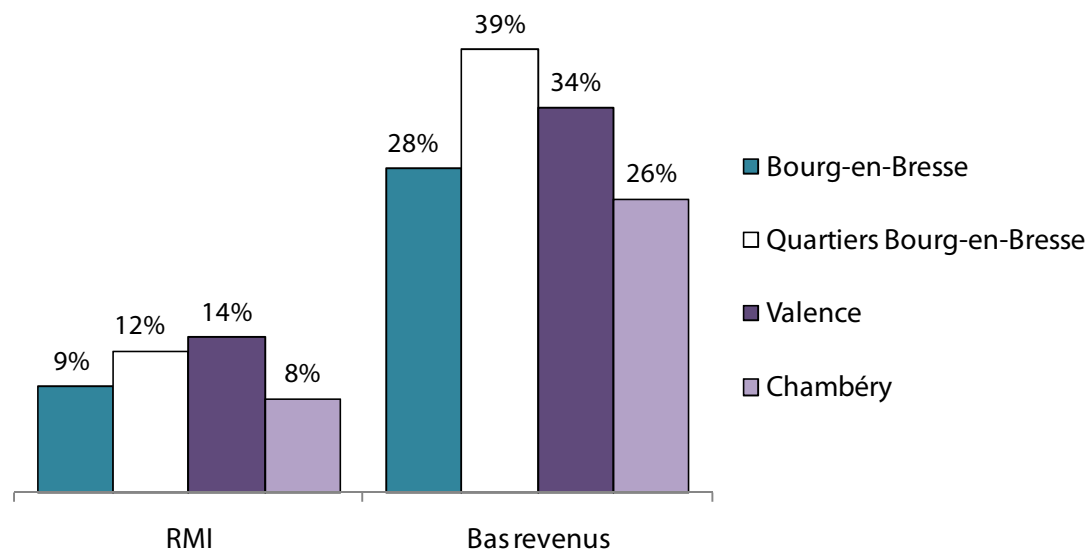
La commune de Bourg-en-Bresse compte un peu plus de 8 300 allocataires, soit un peu moins de la moitié de la population couverte. Il s'agit d'une part inférieure à ce que l'on observe sur Chambéry (53%) et Valence (54%), mais nettement supérieure à la part départementale (42%).

La répartition des allocataires sur la commune montre qu'un sur trois réside dans l'un des quartiers suivants : Baudières – Kennedy, Croix Blanche – Dimes, Louis Parant, Pont des chèvres, Reyssouze (les allocataires de l'ensemble de ces quartiers représentent 40% des allocataires de la commune), Stand, Terre des fleurs, Vennes. Si on distingue le même type de quartiers sur Valence, la part d'allocataires présents est équivalente ; sur Chambéry, elle s'élève à 38%.

Sur Bourg-en-Bresse on relève des parts de RMIstes et d'allocataires à « bas revenus » parmi l'ensemble des allocataires CAF moins élevées qu'à Valence, mais au-dessus de celles de Chambéry.

Si on se restreint aux quartiers cités précédemment de la commune, les parts de RMIstes et d'allocataires à bas revenus sont plus élevées, passant respectivement de 9 à 12% et de 28 à 39%.

**Graphique 13 : part des allocataires CAF à bas revenus ou bénéficiaires du RMI selon le territoire en 2003**



### 2.7.2. Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc)

Sources : URCAM [2007]

On compte sur Bourg-en-Bresse et Chambéry un peu moins de 70 bénéficiaires de la CMUc pour 1 000 habitants. Le taux est beaucoup plus élevé sur Valence avec 101 bénéficiaires pour 1 000 habitants de la commune.

Les taux des trois villes sont nettement supérieurs à ce que l'on observe dans l'Ain (28‰) ou même sur l'ensemble de la région (38‰).

## 3. OFFRE DE SOINS

### 3.1. Offre libérale

#### 3.1.1. Médecins

Source : URCAM [cabinets principaux de médecins conventionnés - mai 2008]

##### 3.1.1.1. Médecins généralistes

Avec 1,4 médecins généralistes pour 1 000 habitants, la ville de Bourg-en-Bresse se situe entre Valence (1,2‰) et Chambéry (1,6‰).

Un peu plus de 50 médecins généralistes sont conventionnés en secteur 1 (soit 85% de l'ensemble des médecins), la situation sur Bourg-en-Bresse se révèle plus favorable que sur les deux autres villes (79%). Il en est de même pour la démographie de ces médecins puisqu'ils sont 36% à être âgés d'au moins 55 ans sur Bourg-en-Bresse, contre 41% sur Chambéry et 56% à Valence.

Parmi les médecins généralistes recensés ici certains peuvent avoir, au moins partiellement, un exercice particulier (angiologues, échographistes, ...). Cette part peut varier d'un site à un autre.

##### 3.1.1.2. Médecins spécialistes

Pour les médecins spécialistes, on observe la même situation au niveau de la densité que pour les médecins généralistes, avec respectivement 2,1‰, 2,6‰ et 3,4‰ pour les villes de Valence, Bourg-en-Bresse et Chambéry.

En revanche, en ce qui concerne la part de médecins conventionnés en secteur 1, la ville de Bourg-en-Bresse présente la plus faible part avec seulement un médecin spécialiste sur deux concernés, contre 64% à Chambéry et même 77% à Valence.

La part de spécialistes âgés d'au moins 55 ans est de même niveau sur Bourg-en-Bresse et Valence avec 47% de médecins concernés. La ville de Chambéry est moins marquée par le vieillissement des médecins avec 38%.

#### 3.1.2. Autres professionnels de santé

Source : URCAM [mai 2008]

Comme Chambéry, la ville de Bourg-en-Bresse présente une densité d'infirmiers très faible (0,6‰), quand elle est du double sur Valence avec 1,2‰ et de 0,9‰ sur l'ensemble du département.

Pour les dentistes et les orthophonistes, les densités sur Bourg-en-Bresse sont supérieures aux densités départementales, mais restent tout de même en-dessous des densités observées sur Valence et Chambéry.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la densité est en revanche la plus élevée sur Bourg-en-Bresse (1,4‰), par rapport au département ou aux deux autres villes.

**Tableau 2 : effectifs et densité\* des professionnels de santé selon le territoire en 2008**

	Ain		Bourg-en-Bresse		Valence		Chambéry	
	Effectif	Densité*	Effectif	Densité*	Effectif	Densité*	Effectif	Densité*
Infirmiers	466	0,9	24	0,6	80	1,2	32	0,6
Dentistes	312	0,6	38	0,9	62	1,0	64	1,1
Masseurs-kinésithérapeutes	376	0,7	55	1,4	69	1,1	70	1,3
Orthophonistes	148	0,3	12	0,3	25	0,4	21	0,4

\* pour 1 000 habitants

## 3.2. Établissements et services socio-sanitaires

Source : *FINESS [2008]*

### 3.2.1. Établissements généraux

La ville de Bourg-en-Bresse compte au total 677 lits en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) répartis sur deux établissements généraux avec 3 lits sur quatre au Centre Hospitalier Fleyriat (sur la commune de Viriat) et un lit sur quatre à la Clinique Convert (sur Bourg-en-Bresse).

Seul le Centre Hospitalier Fleyriat comporte des lits en obstétrique (62 lits). Les lits de chirurgie sont également répartis sur les deux établissements avec un total de 271 lits.

#### 3.2.1.1. Établissements spécialisés

La ville de Bourg-en-Bresse compte plusieurs centres :

- le Centre Psychothérapique de l'Ain (sur la commune de Viriat),
- 1 Centre Médico-Psychologique (CMP) pour enfants,
- 2 CMP pour adultes,
- 1 CMP pour personnes âgées.

### 3.2.2. Établissements et services pour personnes handicapées

La ville de Bourg-en-Bresse compte plusieurs services et établissements dédiés à l'accueil ou à l'aide des personnes handicapées, dont une partie pour les sourds et malentendants :

- Pour les enfants et jeunes :
  - o 1 Institut Médico-Éducatif (IME),
  - o 3 Services d'Éducation Spécialisée et de Soins A Domicile (SESSAD),
  - o 1 Service d'Accompagnement Familial et d'Éducation Précoce et Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire pour sourds (SAFEP-SSEFIS),
  - o 1 Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP),
  - o 1 établissement pour sourds,
  - o 1 Centre d'Action Médicale Sociale Précoce (CAMSP),
  - o 1 Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

- Pour les adultes :
  - o 1 Service pour l'Intégration et l'Autonomie des Aveugles et Malvoyants de l'Ain (SIAAM),
  - o 2 CATTP,
  - o 2 foyers d'hébergement,
  - o 1 foyer de vie,
  - o 2 Établissements de Service d'Aide par le Travail (ESAT),
  - o 1 centre d'accueil de jour,
  - o 1 hôpital de jour.

### 3.2.3. Établissements et services pour personnes âgées

Sur la commune sont recensés 2 logements-foyers (42 places) et 5 maisons de retraite (549 places), soit 147 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Ce taux est inférieur au taux départemental (164‰), au taux observé sur Chambéry (173‰), mais reste supérieur à celui de Valence (122‰).

L'offre de soins pour les personnes âgées est complétée par une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD).

## 4. ÉTAT DE SANTE

### 4.1. Périnatalité

Sources : PMSI [2006-07]

*Protection Maternelle et Infantile [Certificats de santé du 8ème jour – Circonscription de Bourg-en-Bresse – 2007]*

La quasi-totalité (95%) des accouchements des femmes domiciliées sur Bourg-en-Bresse ont lieu au Centre Hospitalier Fleyriat. Viennent ensuite les Hospices Civils de Lyon (Hôpital Croix-Rousse, Hôpital Édouard Herriot).

Les indicateurs relevés pour l'ensemble de la circonscription de Bourg-en-Bresse en ce qui concerne l'allaitement (sept mères sur dix allaitent dans la première semaine) et l'âge des mères (0,2% ont moins de 18 ans le jour de l'accouchement) est équivalent à ce que l'on retrouve sur l'ensemble du département.

On peut noter cependant une différence entre ces deux territoires pour le poids des bébés avec une part plus importante sur la circonscription de Bourg-en-Bresse que sur l'Ain de bébés avec un poids de naissance inférieur à 2 500 g (respectivement 7,3% et 5,5%).

### 4.2. Santé des enfants

Source : *Protection Maternelle et Infantile (PMI 2007) - Circonscription de Bourg-en-Bresse – [Certificats de santé du 9ème mois (946 certificats reçus) et du 24ème mois (762 certificats reçus) - Bilans visuels en petite section de maternelle (793 bilans) - Bilans de santé en moyenne section de maternelle (304 bilans) - Rapport d'activité 2007 de la circonscription]*

Au 9ème mois, qu'il s'agisse de la circonscription de Bourg-en-Bresse ou de l'ensemble du département, on observe une bonne couverture vaccinale des enfants avec un taux de 96% (DT polio, coqueluche). Au 24ème mois, comme dans l'ensemble du département, neuf enfants sur dix ont bénéficié du vaccin « ROR » (Rougeole-Oreillons-Rubéole).

Parmi les 1 370 enfants scolarisés en petite section de maternelle sur la zone, 98% d'entre eux ont bénéficié d'un bilan visuel contre 92% dans l'Ain.

Sur la circonscription de Bourg-en-Bresse, ces bilans visuels ont été réalisés en grande majorité par un orthoptiste (89%), contre 62% sur l'ensemble du département de l'Ain. Si aucun orthoptiste n'est présent, les bilans visuels sont réalisés par une puéricultrice.

Parmi ces enfants, 22% sont revus en bilan partiel ou complet. Les moyens de la PMI étant limités sur la circonscription de Bourg-en-Bresse, les bilans complets sont réalisés en priorité vers les enfants signalés. Dans ce sous-groupe, on recense 20% de déficits auditifs, 45% des troubles du langage ou encore 11% d'enfants obèses, mais aucune comparaison n'est possible avec d'autres zones du fait de la composition biaisée de l'échantillon.

### 4.3. Consommation des soins de ville

Source : URCAM [consommations – 2008 ; Population couverte par le Régime Général - 2007]

Avec 3,4 visites chez un médecin généraliste et 1 visite chez un médecin spécialiste, en moyenne, par an et par bénéficiaire du Régime Général, les habitants de Bourg-en-Bresse ont un recours aux médecins libéraux comparable à l'ensemble des habitants du département de l'Ain.

Pour les autres professionnels de santé, le recours aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes semble un peu plus fréquent sur Bourg-en-Bresse que dans le reste du département, et le recours aux orthophonistes, au contraire, un peu moins fréquent.

### 4.4. Consommation de médicaments

Source : URCAM [consommations 2007 - Population couverte par le Régime général au 31/12/2007]

La consommation globale d'un bénéficiaire du Régime Général résidant sur Bourg-en-Bresse est plus élevée que la moyenne départementale.

Cette surconsommation se retrouve dans plusieurs catégories de médicaments et notamment les psychotropes (+71% par rapport à la moyenne départementale), les médicaments des troubles digestifs (+20%), les médicaments dermatologiques, les antalgiques.

A l'inverse on observe, pour certains types de médicaments, une sous-consommation sur Bourg-en-Bresse. Il s'agit notamment des médicaments du système cardiovasculaire, des médicaments rhumatologiques, des antidiabétiques.

**Tableau 3 : nombre standardisé de boîtes de médicaments pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général, selon la catégorie du médicament et le territoire, en 2007**

Catégorie de médicament	Bourg-en-Bresse	Ain	Différence
Antalgiques	6 150	5 731	+7%
Psychotropes	4 301	2 521	+71%
Médicaments du système cardiovasculaire	3 243	3 657	-11%
Médicaments des troubles digestifs	2 717	2 261	+20%
Anti-infectieux	1 875	2 061	-9%
Traitements hormonaux	1 145	1 309	-13%
Médicaments ORL	1 029	940	+9%
Médicaments rhumatologiques (hors AINS)	951	1 005	-5%
Médicaments dermatologiques	910	866	+5%
Médicaments antivaricosiques et anti-hémorroïdaires	742	803	-8%
Anti-inflammatoires non stéroïdiens	713	786	-9%
Antidiabétiques	662	679	-2%

## 4.5. Prévalence de traitements

Source : URCAM [consommations 2007 - Population couverte par le Régime général au 31/12/2007]

Si on considère des patients sous traitement dit « régulier », c'est-à-dire au moins trois prescriptions par an, les prévalences de certains traitements sont plus élevées sur Bourg-en-Bresse par rapport aux différentes zones de comparaison. C'est notamment le cas des traitements psychotropes et tout particulièrement des traitements neuroleptiques.

**Tableau 4 : taux comparatifs de patients sous traitement régulier\* pour différents types de médicaments selon le territoire, en 2007, pour le Régime Général**

Type de traitement	Bourg-en-Bresse	Valence	Chambéry	Ain	
	Effectif	Taux (‰)	Taux (‰)	Taux (‰)	Taux (‰)
Traitement antiasthmatique		32	29	24	30
Traitement antidiabétique		29	32	30	30
Traitement psychotrope		134	115	114	108
dont antidépresseurs		68	58	71	57
dont neuroleptiques		34	20	28	13

\* au moins trois remboursements en 2007

## 4.6. Hospitalisations en Médecine-Chirurgie-Obstétrique

Source : PMSI [séjours hospitaliers hors séances – par code postal - 2006]  
INSEE [Recensement général – 1999]

### 4.6.1. Trajectoires des séjours

La majorité des séjours (85%) ont lieu dans l'un des établissements du département de l'Ain, avec en tête le Centre Hospitalier Fleyriat (56%) et la Clinique Convert (28%).

Viennent ensuite les établissements des Hospices Civils de Lyon, avec 12% des séjours effectués dans le Rhône.

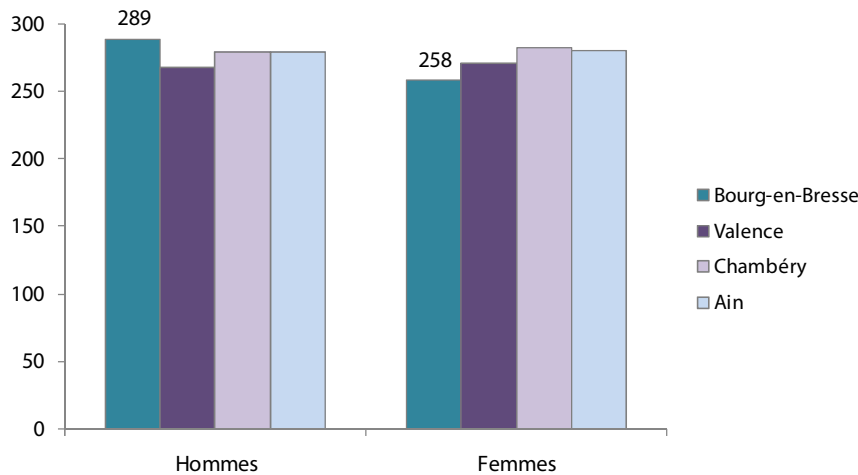
Chez les plus jeunes (0-14ans), on retrouve cette répartition, avec toutefois une prédominance encore plus marquée du Centre Hospitalier Fleyriat (73% des séjours de cette tranche d'âge) par rapport à la Clinique Convert (12%).

### 4.6.2. Recours à l'hospitalisation selon le sexe et le motif

Globalement, sans tenir compte du motif d'hospitalisation, les hommes de Bourg-en-Bresse ont un recours plus important à l'hospitalisation que ceux de l'Ain, de Valence ou de Chambéry (différence marquée principalement chez les 65 ans et plus) ; alors que les femmes ont, au contraire, un recours significativement moins fréquent (surtout chez les 15-44 ans).

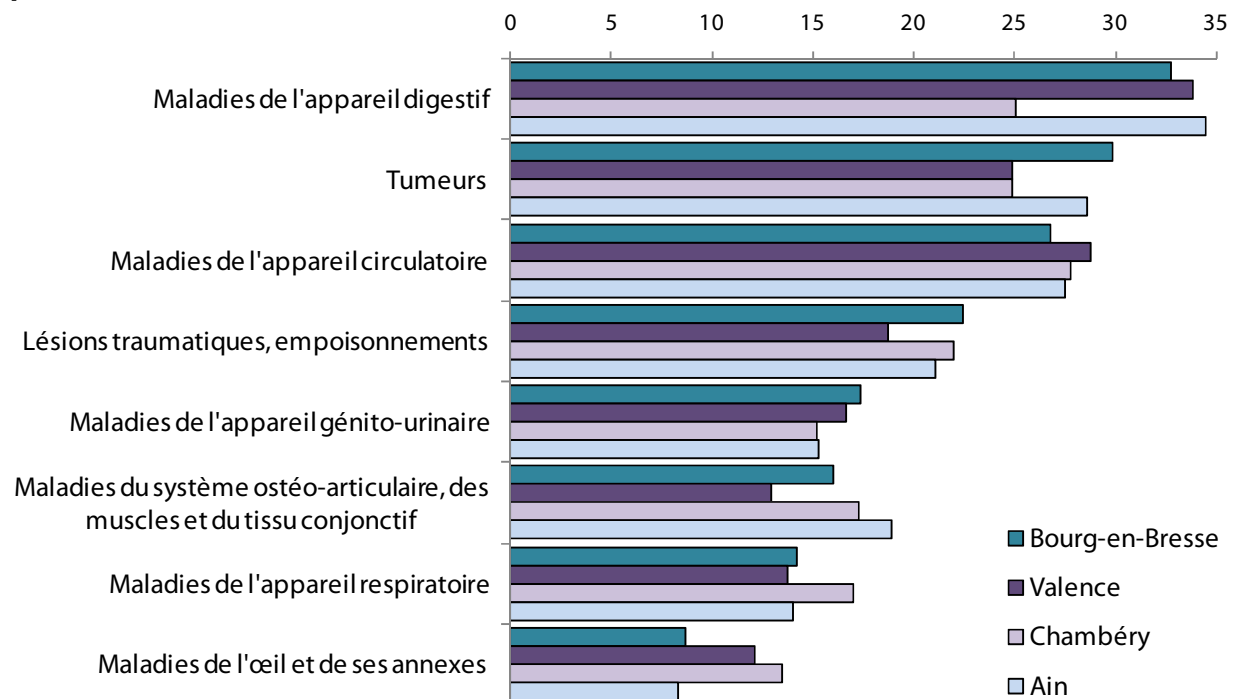


**Graphique 14 : taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour 1 000 habitants selon le sexe et le territoire en 2006**



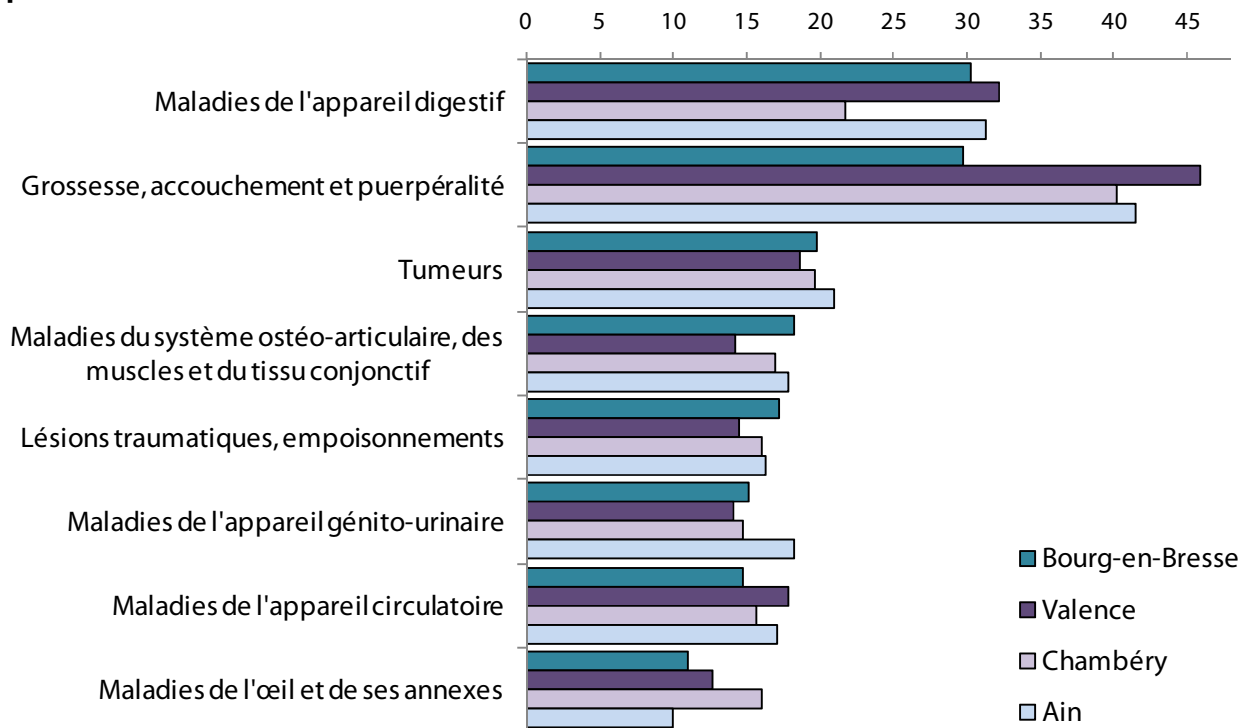
Si l'on s'intéresse aux motifs qui amènent les hommes de Bourg-en-Bresse à être hospitalisés, on remarque que les séjours pour tumeurs sont plus fréquents qu'à Valence et Chambéry. Par rapport à la seule commune de Valence, on remarque que les hospitalisations pour « lésions traumatiques » sont nettement plus fréquentes sur Bourg-en-Bresse (pas de différence avec Chambéry et le département). Globalement les taux de recours par motif sont sensiblement du même niveau sur Bourg-en-Bresse que sur l'ensemble de l'Ain.

**Graphique 15 : taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour 1 000 hommes selon le motif et le territoire en 2006**



Chez les femmes, on observe que le recours global moindre à l'hospitalisation est essentiellement recensé pour les séjours qui ont trait aux grossesses et accouchements, qu'il s'agisse d'une comparaison avec les deux autres villes de Valence et Chambéry ou avec l'ensemble du département.

**Graphique 16 : taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour 1 000 femmes selon le motif et le territoire en 2006**



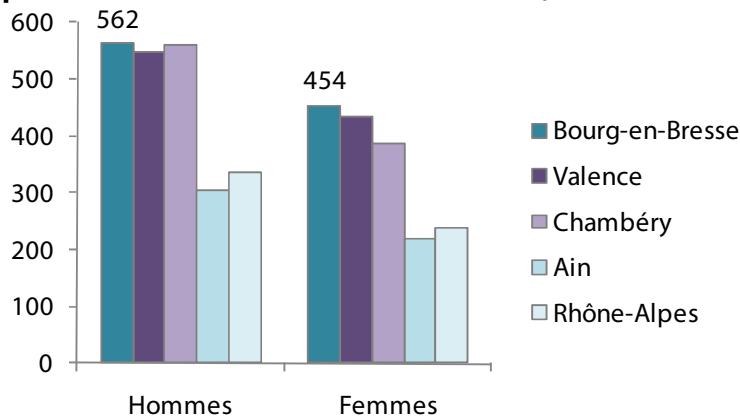
#### 4.7. Recours aux soins spécialisés en psychiatrie

Source : *Résumé d'Information Médicale en Psychiatrie RIM-P [séjours et actes ambulatoires en établissement spécialisé – par code postal - 2008]*  
 INSEE [Enquêtes annuelle de recensement 2004 à 2008 [millésime – 2006]]

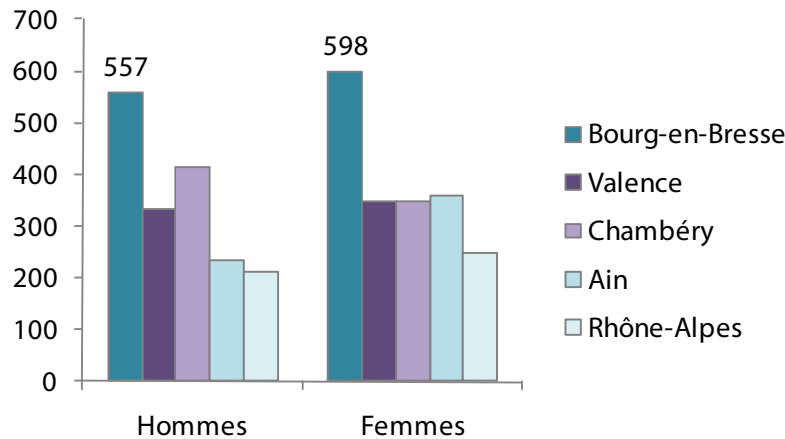
Au cours de l'année 2008, 1 147 hommes et 1 410 femmes domiciliés à Bourg-en-Bresse ont eu recours à l'hospitalisation ou aux actes ambulatoires en psychiatrie.

Le taux de recours se distingue nettement selon l'âge : chez les moins de 20 ans, les taux de recours des filles et des garçons domiciliés sur Bourg-en-Bresse sont sensiblement du même niveau que ce que l'on peut observer sur les deux villes de comparaison. En revanche, le taux de recours chez les 20 ans et plus est nettement supérieur pour les habitants de Bourg-en-Bresse, qu'il s'agisse d'une comparaison avec Valence, Chambéry, l'Ain ou la région Rhône-Alpes.

**Graphique 17 : taux standardisé de recours aux soins spécialisés en psychiatrie pour 10 000 habitants de moins de 20 ans, selon le sexe et le territoire en 2008**



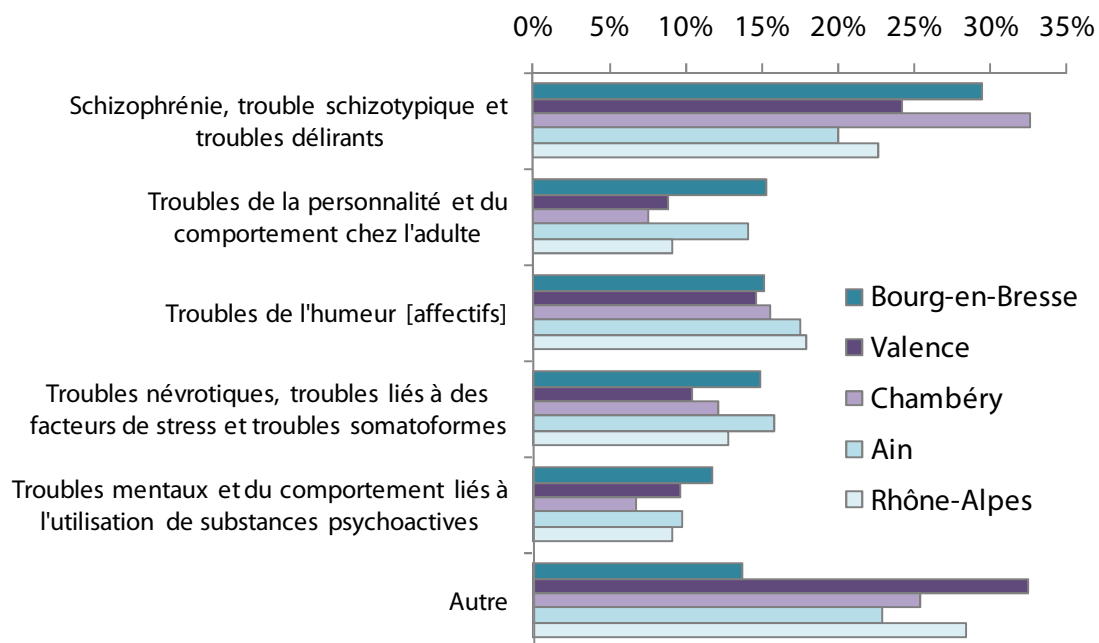
**Graphique 18 : taux standardisé de recours aux soins spécialisés en psychiatrie pour 10 000 habitants de 20 ans et plus, selon le sexe et le territoire en 2008**



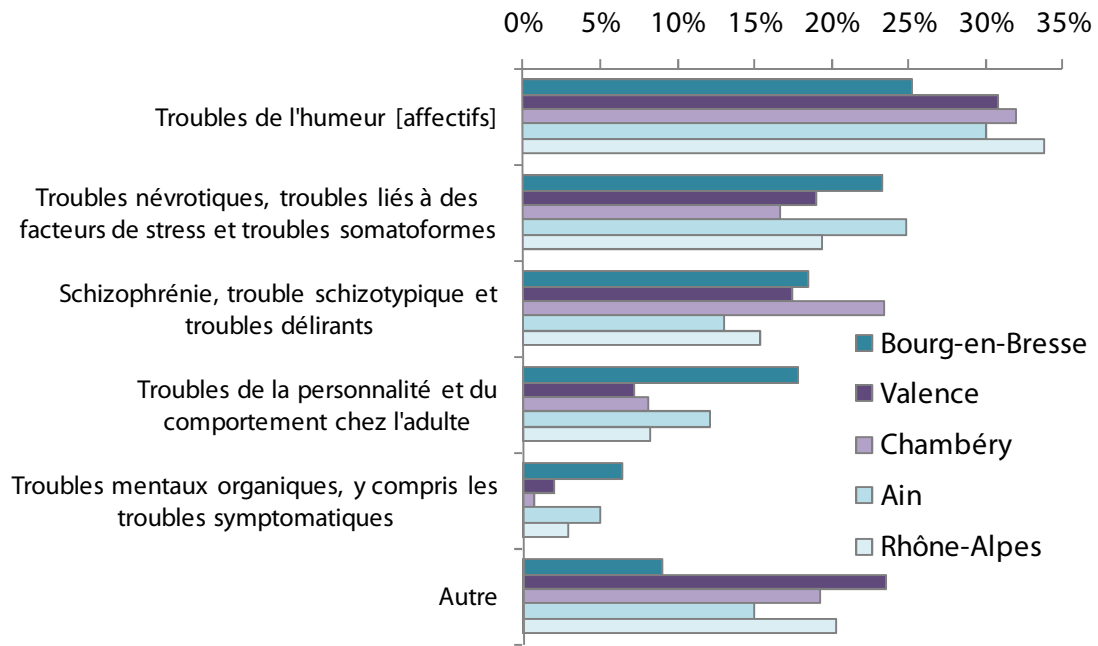
Il est important de noter que la part de personnes ayant été hospitalisées au cours de l'année 2008 parmi l'ensemble de la file active est de 26% chez les hommes et 22% chez les femmes. Ces parts sont un peu plus élevées à Chambéry (28% et 25%) et atteignent, pour les deux sexes, 34% sur Valence.

Le premier motif de recours aux soins en psychiatrie (hospitalisation et actes ambulatoires) est le même quel que soit la zone avec, sur Bourg-en-Bresse, un tiers des recours dû à la schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants chez les hommes. Il en est de même pour les femmes avec 25% des recours dû à des troubles de l'humeur (affectifs).

**Graphique 19 : répartition des motifs de recours aux soins spécialisés en psychiatrie, chez les hommes selon le territoire en 2008**

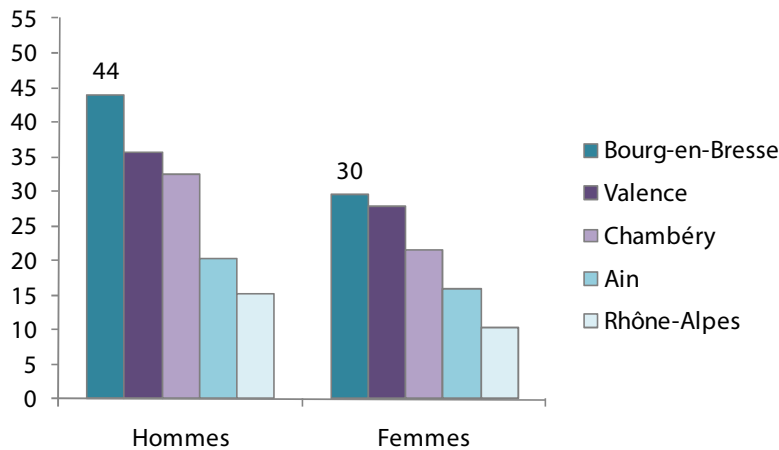


**Graphique 20 : répartition des motifs de recours aux soins spécialisés en psychiatrie, chez les femmes selon le territoire en 2008**



En 2008, les hospitalisations sous contrainte ont concerné sur Bourg-en-Bresse 91 hommes et 73 femmes. Ces effectifs correspondent à des taux comparatifs de 44 pour 10 000 hommes et 30 pour 10 000 femmes. Le taux féminin est de même niveau que sur valence, mais un peu plus élevé que le taux observé sur Chambéry. Les taux masculins départemental et régional sont d'un niveau encore plus bas. Chez les hommes, les écarts sont encore plus marqués, même avec la ville de Valence.

**Graphique 21 : taux standardisé d'hospitalisation sous contrainte Selon le sexe et le territoire en 2008**



## 4.8. Affections Longue Durée (ALD)

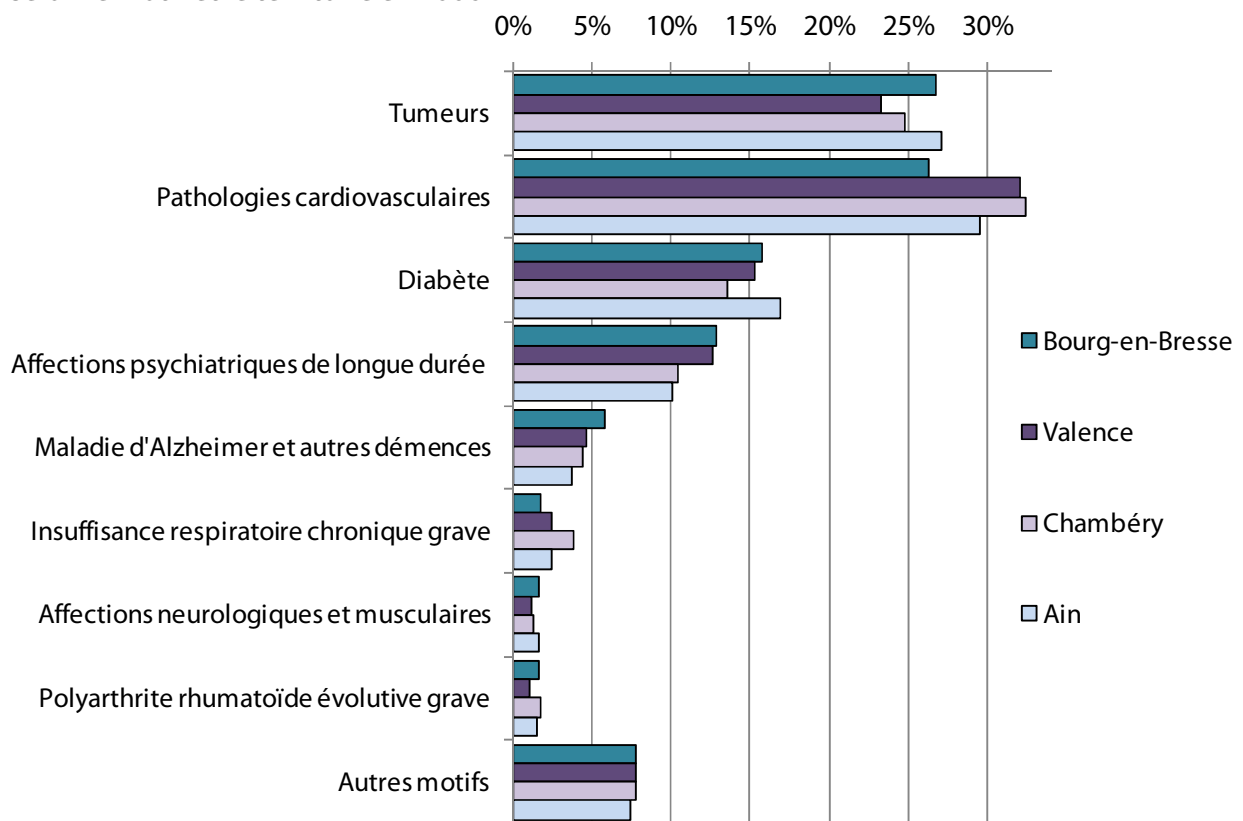
Source : Régime Général [admissions par code postal 2004-06 ; population couverte au 31/12/2007]

Le taux d'admission en Affection Longue Durée (ALD) observé sur Bourg-en-Bresse s'élève à 150 admissions par an pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général, soit un taux équivalent à ce que l'on observe sur Valence, Chambéry ou l'ensemble du département.

Parmi les 675 nouvelles ALD accordées en 2006 sur Bourg-en-Bresse, on remarque que les tumeurs et les pathologies cardiovasculaires<sup>7</sup> représentent la même part d'admissions soit un peu plus d'une admission sur quatre. Or, qu'il s'agisse des villes de Chambéry et de Valence, ou du département de l'Ain, les pathologies cardiovasculaires sont traditionnellement le premier motif d'admission en ALD.

La sous-représentation de ce type de pathologie sur Bourg-en-Bresse, en ce qui concerne les ALD, se confirme avec en moyenne 36 admissions par an pour 1 000 bénéficiaires du Régime Général contre au moins 45‰ sur l'une des deux villes ou dans l'ensemble du département.

**Graphique 22 : répartitions des Affections Longue Durée accordées selon le motif et le territoire en 2006**



<sup>7</sup> accident vasculaire cérébral invalidant, artériopathie chronique, insuffisance cardiaque grave, hypertension artérielle, maladie coronaire

## 4.9. Prévention : dépistage du cancer du sein

Source : Office Départemental de Lutte contre le Cancer [2006-07]

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50-74 ans s'élève, sur Bourg-en-Bresse, à près de 66%. Il s'agit d'un taux bien plus élevé que ce que l'on observe sur le reste du département (51%).

A noter, en 2007 : un plafond semble être atteint et la participation a ainsi tendance à stagner, voire à diminuer dans le département de l'Ain.

## 4.10. Mortalité

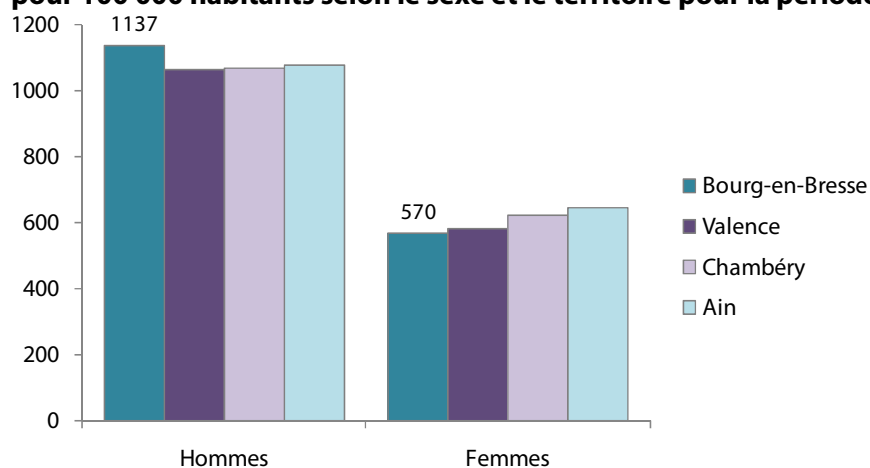
Sources : INSERM [CépiDC – 1995-2003]

INSEE [Recensement Général de Population - 1999]

Les décès observés sur la période 1995-2003 à Bourg-en-Bresse font apparaître une surmortalité masculine par rapport aux trois zones de comparaison (Valence, Chambéry, département de l'Ain), avec 1 137 décès pour 100 000 hommes, contre, pour exemple, sur Valence, 1 061 décès pour 100 000 habitants.

Au contraire les décès chez les femmes de Bourg-en-Bresse traduisent plutôt une sous-mortalité par rapport à Chambéry et au département de l'Ain avec 570 décès pour 100 000 femmes, contre 645 décès pour 100 000 sur l'ensemble du département (pas de différence avec le taux de mortalité féminin observé sur Valence).

**Graphique 23 : taux comparatif annuel moyen de mortalité générale pour 100 000 habitants selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003**

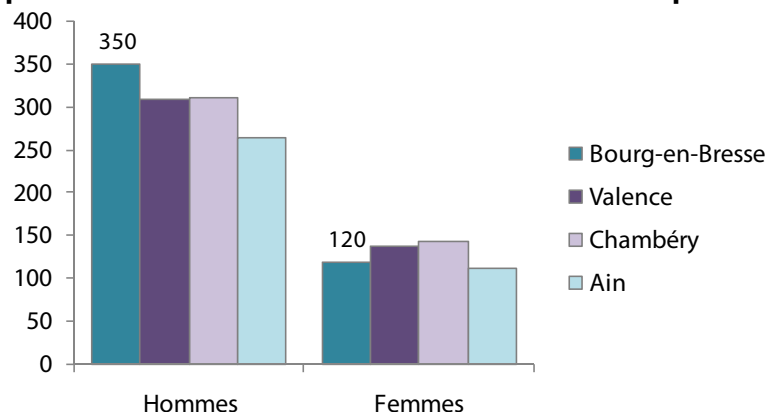


### 4.10.1. Selon l'âge

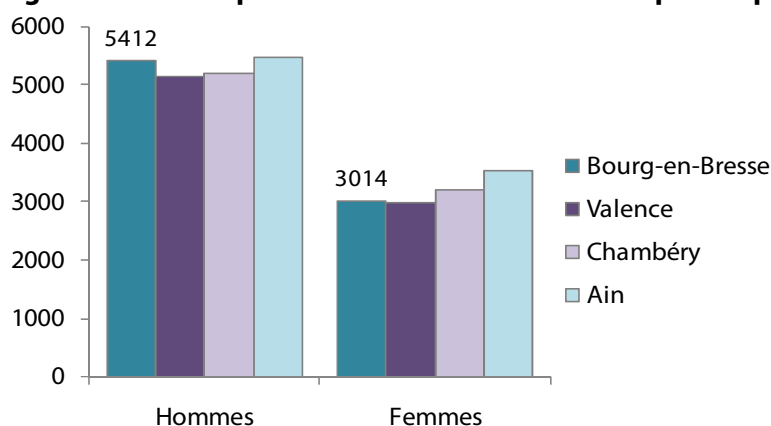
La surmortalité masculine se retrouve également quand on étudie les décès survenus avant l'âge de 65 ans (mortalité dite « prématurée »), quelle que soit la zone de comparaison (Valence, Chambéry ou le département de l'Ain), mais aucune différence significative n'est à relever pour les décès survenus chez les personnes âgées (à partir de 65 ans).

Chez les femmes, le taux de mortalité prématurée est de même niveau sur Bourg-en-Bresse que sur Valence, Chambéry, et le département. Pour les décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le taux est également comparable à ceux de Valence et Chambéry, mais en revanche significativement plus bas que le taux départemental.

**Graphique 24 : taux comparatif annuel moyen de mortalité « prématurée » (avant 65 ans) pour 100 000 habitants selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003**



**Graphique 25 : taux comparatif annuel moyen de mortalité pour 100 000 habitants âgés de 65 ans et plus selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003**



#### 4.10.1. Selon la cause

La surmortalité masculine évoquée plus haut se retrouve dans certaines causes de décès, et notamment ceux liés aux traumatismes/accidents où le taux de mortalité masculin sur Bourg-en-Bresse est significativement plus élevé que les taux de Valence, Chambéry ou du département.

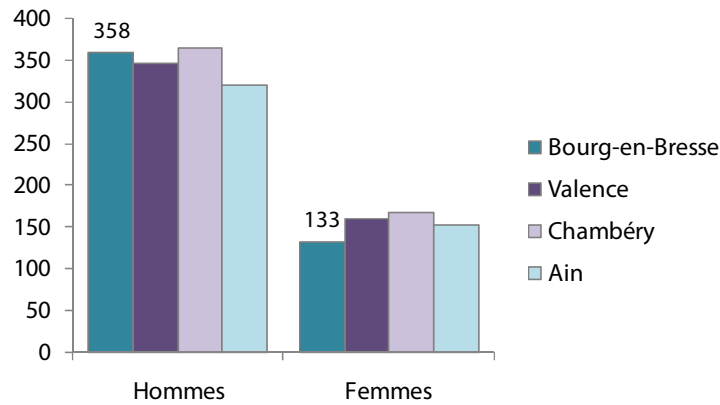
Par ailleurs, le taux de mortalité masculin pour tumeurs, s'il est de même niveau sur les trois villes de comparaison, est plus élevé que ce que l'on observe sur le département de l'Ain.

Enfin, pour les hommes, le taux de décès liés aux maladies de l'appareil respiratoire est significativement plus élevé que sur Valence.

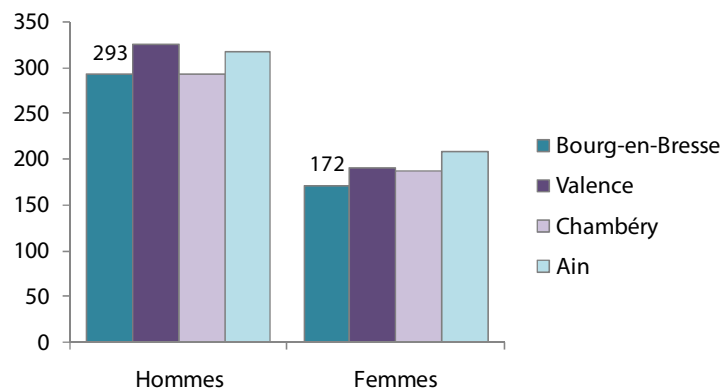
La sous-mortalité féminine se retrouve quant à elle essentiellement dans les décès liés aux tumeurs avec un taux sur Bourg-en-Bresse plus bas que les taux observés à Chambéry, Valence ou dans l'Ain.

Le taux de décès dus aux maladies de l'appareil respiratoire chez les femmes reste comparable sur les trois villes, mais avec une différence plus marquée entre Bourg-en-Bresse et l'ensemble du département de l'Ain.

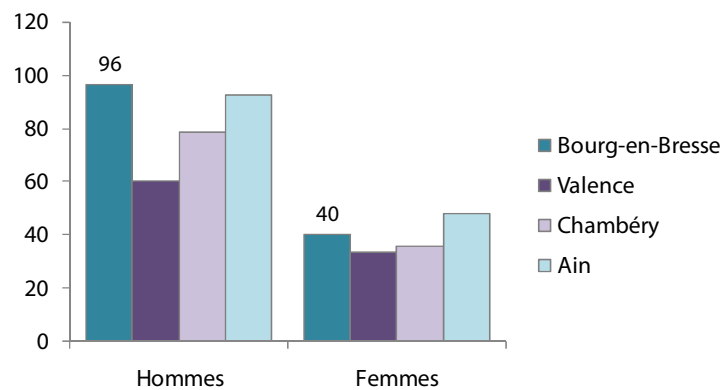
**Graphique 26 : taux comparatif annuel moyen de mortalité par tumeur pour 100 000 habitants selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003**



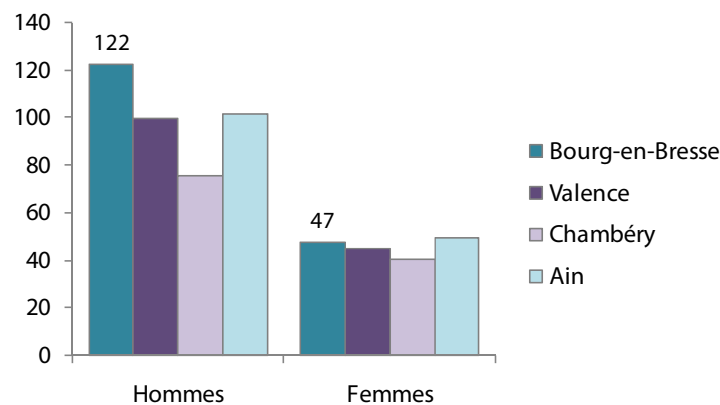
**Graphique 27 : taux comparatif annuel moyen de mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003**



**Graphique 28 : taux comparatif annuel moyen de mortalité liée aux maladies de l'appareil respiratoire pour 100 000 habitants selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003**



**Graphique 29 : taux comparatif annuel moyen de mortalité liée aux traumatismes/accidents pour 100 000 habitants selon le sexe et le territoire pour la période 1995-2003**





## 5. SYNTHÈSE

### METHODOLOGIE

La partie quantitative a porté sur la comparaison de la population de Bourg-en-Bresse avec les populations départementale et régionale, mais également avec les populations de Valence et Chambéry, villes qui se rapprochent le plus, au sein de la région Rhône-Alpes du profil de Bourg-en-Bresse.

### ÉLÉMENTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

Bourg-en-Bresse, une population, des ménages, avec des caractéristiques « urbaines », à l'image de Valence et Chambéry :

- une population peu « familiale » (près d'un ménage sur deux composé d'une personne seule),
- un profil de zone « pauvre, inégale et urbaine » en ce qui concerne la répartition des revenus,
- des bénéficiaires de la CMUc plus nombreux que sur le département ;

... avec toutefois quelques distinctions par rapport à Valence et Chambéry :

- un tiers de logements sociaux dans le parc locatif, soit une part plus importante que sur Valence ou Chambéry, et une plus faible part de propriétaires,
- des allocataires CAF moins nombreux,
- une plus forte proportion d'ouvriers, avec une part encore plus importante au sein des ZUS (plus d'un salarié sur deux).

### OFFRE DE SOINS

Une offre en établissements et services et en professionnels de santé contrastée :

- une densité de médecins (généralistes et spécialistes) entre celles de Valence (la plus faible) et Chambéry (la plus élevée),
- des densités pour les autres professionnels de santé (sauf masseurs-kinésithérapeutes) qui restent en-dessous de celles de Valence et Chambéry,
- des médecins généralistes conventionnés en secteur 1 plus nombreux que sur Valence et Chambéry, mais bien moins nombreux pour ce qui est des spécialistes,
- des médecins plus jeunes, surtout par rapport à Valence,
- une offre hospitalière très utilisée par la population avec plus de huit séjours sur dix sur le CH Fleyriat (56%) et la Clinique Convert (28%),
- une offre diversifiée pour les personnes handicapées, mais une offre en hébergement plus faible pour les personnes âgées.

### ÉTAT DE SANTÉ

Des indicateurs sanitaires assez contrastés par rapport au département :

- un bon suivi et une bonne couverture vaccinale chez les enfants,
- un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans les plus élevés du département,
- des admissions en ALD aussi fréquentes que sur le département,
- un recours aux médecins libéraux du même niveau que sur le département
- mais un recours plus élevé pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes et plus faible pour les orthophonistes,
- une consommation médicamenteuse plus élevée, notamment pour les psychotropes, dont les neuroleptiques,
- et un recours à la filière de soins en psychiatrie nettement plus élevé.

Des différences hommes/femmes très présentes avec des indicateurs plutôt défavorables pour les hommes, par rapport à Valence, Chambéry ou le département de l'Ain :

- un recours à l'hospitalisation plus élevé chez les hommes (surtout chez les 65 ans et plus) et plus faible chez les femmes (surtout chez les 15-44 ans pour les séjours liés aux grossesses/accouchements),
- une surmortalité masculine (essentiellement avant 65 ans pour les traumatismes/accidents) et une sous-mortalité féminine (plutôt chez les personnes âgées de 65 ans et plus).

Enfin, certaines pathologies remarquées :

- tumeurs : des hospitalisations chez les hommes plus fréquentes, des ALD plus représentées que sur Valence et Chambéry,
- à l'inverse des pathologies cardiovasculaires sous-représentées (admissions en ALD, consommation de médicaments).

# PARTIE QUALITATIVE

# 1. METHODOLOGIE DE L'ENQUETE QUALITATIVE

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

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

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

- Les **personnes-ressources** intervenant sur la commune qui ont été interviewées dans le cadre d'entretiens semi-directifs approfondis réalisés en face-à-face, (quelques-uns par téléphone) de manière individuelle ou en groupe. Ces entretiens ont été d'une durée variant entre une et deux heures.
- Les **habitants** ont été rencontrés en entretiens collectifs d'une durée de deux heures environ chacun. L'anonymat a été garanti aux habitants qui ont accepté de participer à ce diagnostic.

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

Tous les entretiens (à quelques exceptions près) ont été menés sur le lieu de travail des professionnels et associations rencontrés. Par ailleurs, des **observations de terrain** (déambulation, à pied, dans différents quartiers, utilisation des commerces, des transports en commun...) ont permis d'explorer plus avant le ressenti exprimé par les personnes interviewées qui vivent et/ou travaillent à Bourg-en-Bresse.

**Les entretiens réalisés avec les personnes-ressources et les habitants se répartissent comme suit :**

**En ce qui concerne les personnes-ressources (au total 97 personnes interviewées) :**

- Mme Constans Bernadette, Maire adjoint

**Santé (soins et prévention) :**

---

- Dr Lumaret Maurice, médecin généraliste
- Dr Gonzalez Christian, médecin généraliste
- Dr Pénétrat Pascal, médecin généraliste
- Dr Pénétrat Françoise, médecin généraliste
- Dr Perraud Jean-Marc, médecin généraliste

- Mme Cardot Favre Patricia, infirmière libérale

- Mère Jean-Marie et Sœur Marie, Sœurs Dominicaines

- Dr Tlili Amel, dentiste mutualiste

- Dr Zumaglini Mireille, Protection Maternelle et Infantile (PMI) Conseil général
- Dr Jacquet-Francillon Sylvie, Centre de Planification et d'Education Familiale, Conseil Général

- Dr Michel Christine, Education Thérapeutique du patient (diabète), CPAM
- Dr Garrigou-Grandchamp, Médecin-chef centre de bilans de santé, CPAM

- Dr Lauze, Comite d'Hygiène Industrielle, service de santé au travail

- M. Roche Philippe, directeur du Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)

- Mmes Fovet Juliette, et Goebel Charlotte, Association Départementale pour la Santé de l'Ain (ADESSA)

- M. Deprez, pharmacien (pharmacie du Plateau)

**Hôpital de Fleuriat :**

---

- M. Naman, Directeur de l'Hôpital
- Dr Tafaro Nathalie, médecin référent Permanence Accès aux Soins de Santé (PASS)
- Mme Picard Elodie, conseillère en économie sociale et familiale PASS
- Mme Guyard, infirmière, Centre de Santé Publique

**Centre Psychothérapique de l'Ain (CPA – hôpital psychiatrique)**

---

- Dr Bernabeu, addictologie
- Dr Jomard, CMP adultes (espace Villars)
- Dr Aries, CMP infanto-juvénile
- Dr Berbey, unité de soins pour adolescents (US Ados)
- Dr Blond Jean-Claude, Centre Médico-Psychologique pour Personnes Agées
- Dr Guyon Daniel, Centre d'Accueil Permanent (CAP)
- Mme Noncle, assistante sociale CMP adultes (L'Interligne)

## **Haltes-garderies, écoles, collèges, lycées**

---

- Mme Babin, responsable halte-garderie Carroussel (Centre Social Amédée Mercier)
- Mme Page, responsable halte-garderie Municipale des Tulipes
- Dr Baas Marie-Jo, médecin scolaire
- Dr Bon Claude, médecin scolaire
- Mme Billoud Claire, infirmière scolaire
- Mme Huttin, assistante sociale, collège de Brou
- Mme Martin-Couturier, Roselyne, infirmière scolaire, lycée professionnel Gabriel Voisin
- Mme Girerd Evelyne, assistante sociale, lycée professionnel Gabriel Voisin
- Mme Rabuel Conseillère principale d'éducation lycée professionnel Gabriel Voisin
- Mme Jamgotchian Christine, lycée professionnel Marcelle Pardé
- Mme Madignier, directrice école primaire Saint-Exupéry
- M. Leduc, Mission Générale d'Inspection
- Mmes Perrot, Fontaine et M. Demard, Réseau d'Aide Spécialisé pour les Enfants en Difficultés (RASED)
- M. Avediguian, Référent santé Education Nationale

## **Aide sociale,**

---

- Mmes Bernasconi Joëlle et Baïzid Isabelle, assistantes sociales de secteur, Conseil général (APA)
- Mme Funazzi Christine, responsable adjointe de circonscription, Conseil général
- Mmes Chevret Stéphanie, assistante sociale de secteur, Conseil général
- Mme Arbault, responsable ATMP (service de tutelle)

## **Insertion / Hébergement**

---

- Mme Alban Amandine, Référente santé ; Mission Locale Jeunes
- Mme Large Stéphanie, conseillère Mission Locale Jeunes
- Mme Morier, Psychologue CPA (suivi bénéficiaires RMI /DGAS)
- M. Février Roland, éducateur spécialisé (ADSEA), et Mme Vuillermoz Monique, assistante sociale (AAJ), Point d'Accueil Chocolat Chaud
- Mme Darrieutort Katell, éducatrice spécialisée ADSEA (Croix Blanche)
- Mme Jovic Sonia, éducatrice spécialisée ADSEA (rue des Sources)
- Mmes Gudefin et Mme, Ginel, éducatrices spécialisées, CHRS Tremplin
- M. Petit, directeur, Mme Borges, conseillère en économie sociale et familiale, Foyer Renoir
- Mmes Baldo Missette, directrice, Moreau Christelle, Vernoux Mathilde, Epicerie Solidaire
- Mmes Dumoulin Evelyne, psychologue et Challéat Caroline, animatrice, Espace Projet Insertion
- Mmes Pelut, présidente et Boyer, bénévole Maraude, Mme Soubrier, bénévole Croix-Rouge et Emmaüs, Mme Petit, infirmière psychiatrique CPA et référente régionale soutien psychologique Croix-Rouge.
- Mmes Meugnier Delphine et Rhoul Amina, responsables de résidences ADOMA, foyer les Marronniers
- Mme Thomas Anne, responsable départementale Secours Catholique
- M. Faget, directeur association Vivre en Ville 01 (service d'accompagnement pour personnes handicapées psychiques)
- Mme Isnard Florence, responsable et Mme Lepage Cécile, conseillère en économie sociale et familiale du CLLAJ L'Appart
- Mme Chafik Habiba, intervenante ATELEC
- Mme Tardy, association Lyonnaise de Promotion et d'Education Sociale

## **Addictions**

---

- M. Hyacinthe, directeur, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de l'Ain
- M. Colombani Michel, responsable du centre Accueil Aide aux Jeunes (antenne de CSAPA)

### **Sociabilité et centres de loisirs enfants**

---

- Mme Mayar Elisabeth, Directrice et Guillemaux Sylvie, animatrice, Centre Social de la Reyssouze
- M. Bouillard David, Directeur et Stéphanie Pont Conseillère en économie sociale et familiale, centre social Amédée Mercier
- M. Trichard Philippe, responsable Pôle Terre des Fleurs et Mme Assaoui Malika, responsable centre de loisirs Terre des Fleurs
- Mme Montrade Marie-Claude, responsable centres de loisirs ADSEA

### **Personnes âgées / Personnes handicapées**

---

- Mme Trichot Patricia, Responsable du SSIAD ASDOMI
- Mme Gourlier Fabienne, coordinatrice locale ATOO Bourg-en-Bresse (CRAM)
- Mme Curnillon Françoise, Centre de soins infirmiers, CPAM
- Mme Carré Bénédicte, responsable du CLIC gérontologique du Bassin Burgien, ADAG-BB
- Mme Bourdon Claudine, infirmière municipale, Service municipal des Personnes Agées et Handicapées
- Mme Guerrier Nathalie, Agent de jour au foyer-logement Jean Bollard
- M. Masson, responsable service personnes retraitées, Mme Iacovetta Martine, responsable de secteur, Mme Michelle Solange, responsable du service familles de l'association Aide Familiale Populaire, association d'aide à domicile
- M. Fonquernie Jean-Michel, président d'Ain Alzheimer
- Mme Maitrepierre, agent municipal chargée de l'insertion des personnes handicapées dans la ville, Ville de Bourg-en-Bresse
- Mme Benlakri, agent d'accueil Ville de Bourg-en-Bresse, membre de l'Association des Paralysés de France.

## **En ce qui concerne les habitants (13 groupes, soit 89 personnes rencontrées au total) :**

Les habitants ont pu être rencontrés dans le cadre d'entretiens collectifs, grâce à différentes « structures relais » (centres sociaux, ADSEA, foyer-logement, Mission Locale, Espace Projet Insertion).

Tous les quartiers en politique de la ville de Bourg-en-Bresse sont représentés au travers des différents groupes d'habitants rencontrés.

La plupart des groupes étaient déjà constitués : il s'agissait de groupes d'habitants partageant certaines activités ou du moins se rencontrant régulièrement, en tant qu'usagers de la structure ou habitants d'un même quartier. Si certains groupes étaient composés d'habitants en provenance de toute la ville (Mission Locale, Espace Projet Insertion), d'autres étaient majoritairement composés d'habitants du quartier où se situait la structure-relais. On repère que certains des habitants rencontrés utilisent des structures (et notamment des centres sociaux) qui ne se trouvent pas sur leur quartier, en fonction des activités proposées.

Quelques groupes ont été mis en place ponctuellement, expressément pour les besoins du diagnostic.

Au total 13 groupes ont été rencontrés durant l'été 2009 :

- Groupe « santé - bien-être ». Centre social Amédée Mercier, quartier Croix Blanche (4)
- Groupe « café habitants ». Centre social Amédée Mercier, quartier Croix Blanche (4)
- Groupe «santé - bien-être ». Centre social du quartier des Venues, (7)
- Groupe Epicerie Solidaire. Quartier Grande Reyssouze (6)
- Groupe AUCREY. Centre Social de la Reyssouze, (10)
- Groupe de femmes. Centre Social de la Reyssouze, Pont des Chèvres (3)
- Groupe « Amitié et partage ». Centre social de Terre des Fleurs (6)
- Groupe personnes âgées. Club du foyer-logement Jean Bollard (12)
- Groupe gens du voyage. Rue des Sources (6)
- Groupe résidents Maison-Relais. Association Tremplin (6)
- Groupe jeunes. Mission Locale Jeunes (5)
- Groupe Chantiers Cour d'eau. Association ALPES (7)
- Groupe Relais des Temps. Espace Projet Insertion (13)

### **Les données qualitatives qui vont être exposées ici se scindent en deux parties :**

- La première est consacrée aux problématiques de santé qui peuvent concerner les différentes parties de la population de manière transversale.
- La seconde s'attache plus particulièrement à examiner les questions de santé plus spécifiques à certaines tranches d'âge et à certains publics.



## 2. ÉLÉMENTS TRANSVERSAUX

### 2.1. Les ressources de santé : nombreuses et diversifiées, mais encore des besoins

Les professionnels, comme les habitants interrogés, expriment le sentiment que Bourg-en-Bresse est dotée de ressources importantes et variées en matière de santé. La présence de l'hôpital Fleyriat et de la clinique Convert notamment, pèse positivement sur cette appréciation : l'accès à des spécialistes, le fait de pouvoir choisir entre ces deux établissements est vécu comme un atout important de la ville.

La présence d'un important hôpital psychiatrique, des services du Conseil général (PMI, CPEF, ...), d'associations diverses qui interviennent dans le domaine des addictions, de l'insertion, de la prévention, ... en croisant, directement ou indirectement, le champ de la santé, renforce ce sentiment d'une ville riche de ressources.

Professionnels et habitants décrivent ainsi une offre de soins « urbaine » en ce sens qu'elle allie variété, proximité et disponibilité.

Ce n'est pas le lieu ici de réaliser un catalogue ou un annuaire exhaustif des ressources de santé (ou connexes à la santé) de Bourg-en-Bresse. Néanmoins, nous mettrons en lumière certaines de ces ressources qui peuvent concerner l'ensemble de la population ou certaines problématiques autour de ces ressources qui nous ont été signalées comme particulièrement importantes.

#### 2.1.1. Un accès de plus en plus difficile aux médecins généralistes

La perception positive des ressources évoquée précédemment, se craquelle, notamment chez certains habitants, du fait d'un certain nombre de manques repérés et soulignés.

On note ainsi que dans tous les groupes d'habitants rencontrés, il s'est trouvé des personnes pour nous dire qu'elles avaient des difficultés d'accès aux médecins généralistes. Alors que les données quantitatives montrent que le nombre de médecins généralistes n'est pas particulièrement bas (il est équivalent à celui de Chambéry et supérieur à celui de Valence), certains habitants doivent patienter plusieurs jours entre le moment où ils appellent leur médecin traitant pour obtenir un rendez-vous et le moment de la consultation effective. Certains médecins seraient ainsi saturés par leur patientèle et ne seraient plus en capacité de proposer des rendez-vous le jour-même, pour des consultations « non-planifiées », liées à des symptômes gênants (fièvre, maux de gorge, etc...) :

*« Certains médecins mettent une semaine avant de nous recevoir. Si c'est urgent, j'attends deux jours. »*

Cette situation pose la question de la gestion des « urgences » en journée et en semaine, et encore plus pendant les périodes de congés (notamment en été), où il semble que plusieurs médecins ne soient pas remplacés.

Par ailleurs, il semble qu'il soit de plus en plus difficile de changer de médecin traitant, ou d'être accepté comme « nouveau » patient auprès d'un médecin que l'on ne connaît pas.

Cette situation qui ne trouve pas d'explication immédiate dans les données de densité médicale concernant Bourg-en-Bresse, doit cependant être rapprochée de la faible densité médicale dans le département de l'Ain et du rôle de ressource-phare de la ville par rapport à son agglomération et également par rapport à l'ensemble du département. Or globalement, le département de l'Ain souffre d'une sous-densité médicale, par rapport à la région Rhône-Alpes. Les ressources de santé de Bourg-en-Bresse sont donc de fait utilisées par une population bien plus large que les burgiens *stricto sensu*, ce qui

favorise très probablement l'engorgement des cabinets de certains généralistes (et de spécialistes également).

Enfin, concernant la permanence des soins, un système de garde de nuit (20h à minuit) et de week-ends existe, réparti entre les médecins généralistes de la ville qui est géré par le médecin régulateur Centre 15. La garde de nuit pose problème à certains médecins, notamment pour les médecins femmes, lorsque leurs cabinets sont situés dans des quartiers qui peuvent être considérés comme présentant des risques en soirée ou la nuit (délinquance, agressions, ...). Certains médecins souhaiteraient ainsi la mise en place d'une Maison Médicale de Garde, mais dans un quartier central, qui présenterait plus de garanties (au moins au niveau des représentations, ...) en termes de sécurité.

Parallèlement à ces craintes, il semble que certains médecins redoutent que ce type de structure, notamment si elle est accolée à l'hôpital de Fleury, ne devienne une sorte de « porte bis » du service des urgences de l'hôpital, éventuellement très repérés par les populations marginales, toxicomanes, etc.

La sécurité des médecins constitue donc une sorte de « serpent de mer » dans la problématique de la permanence des soins et vient aggraver le phénomène de saturation des consultations.

Enfin, les habitants rencontrés se plaignent du fait que de moins en moins de médecins généralistes se déplacent à domicile. Outre la question des plannings surchargés des médecins, on peut rappeler que l'Assurance Maladie encourage fortement les médecins à privilégier les consultations en cabinet et à réserver les consultations à domicile aux patients à mobilité réduite, gravement malades, etc.

### 2.1.2. Les médecins spécialistes : Bourg-en-Bresse ne suffit pas pour tout

Concernant les spécialistes, les habitants décrivent également des difficultés en matière d'ophtalmologie et de gynécologie. Les délais entre le moment de l'appel et le rendez-vous effectif peuvent atteindre jusqu'à 6 mois ou plus. Certains habitants qui ont un véhicule personnel ont décidé de consulter à Lyon pour ces spécialités afin d'obtenir des rendez-vous plus rapidement... Stratégie quelque peu étonnante car les diagnostics locaux effectués à Lyon montrent que les délais pour ces spécialités peuvent également être très longs...

Enfin, les habitants concernés par des pathologies très spécifiques ne peuvent être suivis à Bourg-en-Bresse. Ces personnes ont donc recours aux établissements du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de l'agglomération lyonnaise et notamment l'hôpital Edouard Herriot et l'hôpital Femme-Mère-Enfant de Bron.

Pour certains habitants il semble naturel que toutes les spécialités ne puissent être représentées à Bourg-en-Bresse, en particulier à l'hôpital Fleury qui, pour disposer d'un plateau technique très important, ne peut offrir les mêmes ressources qu'un Centre Hospitalier Universitaire comme celui de l'agglomération Lyonnaise.

Néanmoins, pour d'autres habitants, qui ont des attentes très fortes en termes de disponibilité et de proximité des ressources, cette situation est vécue comme un manque « anormal » :

*« Moi je trouve qu'on devrait pouvoir tout faire à Bourg. On ne devrait pas avoir besoin d'aller à Lyon ! C'est incroyable pour une ville de cette taille ! ».*

On peut faire l'hypothèse que les habitants qui vivent dans une certaine précarité socio-économique ont plus de mal que les autres à gérer des contraintes de déplacements. Ainsi, ces habitants sont peut-être ceux qui ont les plus fortes attentes en termes de proximité : n'ayant souvent pas de véhicule personnel, ayant des difficultés à financer des trajets en transports en commun (train, ...), et étant globalement cernés par des difficultés de tous ordres, ils vivent mal l'éloignement de certaines spécialités très spécifiques, même si, *de facto*, leur territoire est déjà très riche en ressources...

Par ailleurs, on repère aussi chez certains des habitants rencontrés, des stratégies de fuite vers les ressources de soin lyonnaises, qui se fondent sur le sentiment que l'on serait « mieux soigné à Lyon ». Or cette démarche n'est pas toujours facile à mener, les professionnels lyonnais étant peut-être parfois réticents à accueillir cette patientèle :

*« Il y a plein de gens qui partent sur Lyon pour se faire soigner... Mais des fois ils nous veulent pas, ils nous disent : \*Il y a tout ce qu'il faut chez vous\* »*

On retrouve ici une idée reçue déjà repérée sur d'autres territoires : la « grande ville » fascine autant qu'elle effraie et il semble à certains qu'on y est « forcément » mieux soigné, quelle que soit la pathologie...

### 2.1.3. Les soins de nursing : de plus en plus de difficultés pour les personnes âgées

Des manques ont également fréquemment été signalés en ce qui concerne les soins de nursing (qui peuvent être effectués par des infirmières ou des aides-soignantes, selon les cas). Les ressources sont clairement en deçà des besoins semble-t-il et ce sont notamment les personnes âgées qui ont des problèmes de santé chronique mais qui peuvent vivre chez elles, qui pâtissent le plus de ce manque. Enfin, il semble également qu'étant donné la configuration de « l'offre et de la demande » en soins de nursing, certaines personnes âgées qui présentent un niveau élevé de dépendance, parfois associées à des troubles du comportement, ont de grandes difficultés à être prises en charge.

Face à cette situation de pénurie (qui a pour conséquence la mise en place de mécanismes de « sélection » informels par les professionnels des malades plus ou moins faciles à aider), l'activité des sœurs dominicaines est à la fois saluée et mise en avant par plusieurs des acteurs que nous avons rencontrés. Ces religieuses, parmi lesquelles on compte plusieurs infirmières, interviennent à domicile pour des soins de nursing (mais peuvent également recevoir des patients dans leur local réservé à cet effet) et sont souvent contactées pour des patients qui ne trouvent aucune solution d'aide aux soins de toilette. Outre les soins de nursing, on soulignera leur activité d'accompagnement et de visite de malades, et donc leur rôle de maintien des personnes âgées, isolées et fragiles dans un lien social aidant.

Enfin, certaines ressources de santé sont encore méconnues ou inconnues pour une partie des habitants, alors même que leurs difficultés de santé et leurs difficultés économiques se cumulent peu à peu, sans que des solutions soient mises en place. Ceci est particulièrement vrai pour quelques structures, notamment :

- Le centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) qui se trouve au Pont des Chèvres. Très apprécié des femmes qui l'ont utilisé, il est parfois inconnu pour certaines femmes qui ont de fait découvert son existence au cours de la discussion de groupe.
- Le centre dentaire mutualiste (Mutualité de l'Ain) situé en centre-ville. Le centre accepte la CMUC sans difficultés et pratique le tiers-payant.
- Le centre de bilans de santé de la CPAM (centre de médecine préventive).
- Les associations intervenant dans le domaine des addictions et toxicomanies.

Ceci s'explique probablement en partie du fait qu'en dehors des situations d'urgence extrême, ces personnes n'évoquent pas leurs problèmes ou besoins de santé avec leurs interlocuteurs au sein des structures qu'elles fréquentent (centres sociaux, PAS de la DGAS, ...), leur esprit étant mobilisé par d'autres types de difficultés, d'autres priorités qui n'ont pas trait à la santé. On peut donc s'interroger sur la nécessité de communiquer davantage sur ces ressources, sans forcément attendre que les personnes expriment un besoin précis, ainsi que sur les acteurs et outils d'information les plus pertinents pour toucher un public modeste voire fragile en termes socio-économiques.

#### 2.1.4. L'hôpital de Fleyriat : une ressource à l'échelle du département

Le centre hospitalier de Fleyriat est le plus important du département de l'Ain. Il compte trois établissements qui se répartissent comme suit :

- 470 lits de médecine-chirurgie-obstétrique.
- Deux établissements pour personnes âgées : l'Hôtel Dieu (Soins de Longue Durée, Soins de suite et réadaptation) de 173 lits et la Résidence Emile Pélicand (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes) de 196 lits.
- Un institut de formation en soins infirmiers, une école de sages-femmes et une école d'aides-soignants.

Cet hôpital dispose d'un plateau technique important et reconnu, organisé en différents pôles :

- Médecine (toutes les spécialités sont représentées ; notons néanmoins qu'au moment de l'étude il manquait un médecin ORL et un médecin ophtalmologue)
- Chirurgie
- Cancérologie
- Filière gériatrique
- Soins critiques et non-programmés (urgences, ...)
- Mère-enfant (maternité, néonatalogie, ...)

Ce n'est pas le lieu ici de faire un descriptif exhaustif des activités de l'hôpital, néanmoins on soulignera que cet établissement dispose d'outils particulièrement intéressants et pertinents en termes de santé publique pour les populations modestes et précaires :

- **Un Centre de Santé Publique** dont les missions sont, entre autres, le dépistage des infections sexuellement transmissibles<sup>8</sup> (dont le sida), de la tuberculose ; la vaccination « classique » gratuite des adultes et enfants de plus de 6 ans et la vaccination internationale – qui est payante - . Cette structure représente une ressource importante en matière de prévention : le centre de lutte anti-tuberculose notamment, informe sur cette pathologie et a pour mission de suivre le bon déroulement des enquêtes d'entourage de personnes atteintes ; il coordonne les dépistages nécessaires des cas secondaires en lien avec les différents intervenants (professionnels de santé, professionnels sociaux, institutionnels...), assure le dépistage gratuitement et facilite l'accès aux soins et aux traitements pour tous. Enfin, il contribue à la surveillance de la maladie dans le département.

Notons que le centre de Santé Publique réalise également la vaccination contre l'hépatite B, que certains médecins généralistes de Bourg-en-Bresse refusent de pratiquer. Les professionnels de ce centre mènent par ailleurs, des actions de prévention en collaboration avec, entre autres, le Centre de Planification et d'Education Familiale du Conseil général, l'Education Nationale, le Centre de Bilans de Santé de la CPAM, .... Ils sont également en lien avec la PASS, le CADA, le CHRS, pour des tests de dépistage ou la mise à jour vaccinale des publics en grande précarité.

Les vaccinations publiques se faisaient, il y a peu de temps encore, en ville même : au centre social de la Croix Blanche ou de la Reyssouze notamment. Le fait que ces vaccinations soient désormais effectuées à l'hôpital crée un obstacle pour les personnes qui ont des difficultés de mobilité ou encore qui peuvent difficilement se libérer une demi-journée, le temps de faire l'aller-retour à Fleyriat. Plusieurs professionnels regrettent ainsi que les séances de vaccination en ville n'existent plus et ils estiment que certains publics renoncent aujourd'hui du fait des contraintes de déplacement.

---

<sup>8</sup> Le centre inclut un CIDDIST (Consultation d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles)

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

De par sa position et son rôle de ville-phare dans le département de l'Ain, Bourg-en-Bresse compte des résidents permanents en situation de grande précarité (dont certains ont un emploi, mais un revenu très faible), qui peuvent connaître des épisodes de désinsertion sociale par rapport au logement, au système de soins, etc. (publics très précaires, SDF...) ou encore des habitants précaires d'autres territoires du département qui ne disposent d'aucune ressource de ce type à proximité. La ville, elle, compte également des personnes « de passage » (demandeurs d'asile, migrants primo-arrivants,...) qui ne sont pas affiliés ou sont désaffiliés par rapport au système de soins et de couverture sociale. Ces personnes ne relèvent pas de soins d'urgence la plupart du temps (dans ce cas, l'hôpital les soigne sans autre procédure administrative) : elles ont plutôt besoin de soins infirmiers, de soins de nursing ou de traitements médicaux, et globalement de soins importants mais pas vitaux (les soins dentaires par exemple). La PASS de l'hôpital de Fleyriat constitue donc le seul moyen possible d'accéder aux soins pour ces publics. Globalement, c'est souvent après un passage aux urgences que les personnes ayant des difficultés avec leurs droits sont orientées vers la conseillère en économie sociale et familiale de la PASS. L'absence de consultation médicale PASS est décrite comme un obstacle majeur au bon fonctionnement de la PASS.

Il est important de noter que la disparition de la permanence de la CPAM qui existait naguère à l'hôpital a entraîné un accroissement des difficultés administratives (délais, solutions, ...) dans le traitement des dossiers de personnes sans droits ouverts.

La PASS est de plus en plus sollicitée : compte-tenu de l'afflux croissant d'utilisateurs ayant des problèmes d'ouverture de droit et souvent des difficultés d'accès aux soins étant donné leur précarité économique, il existe actuellement des besoins pour un temps plein infirmier et un mi-temps médical de consultation générale et de coordination avec les partenaires extérieurs à la PASS (notamment pour tout ce qui est sorti d'hôpital des personnes qui ont des difficultés d'hébergement), en sus de ce qui existe déjà (une conseillère en économie sociale et familiale à plein temps). Le médecin référent PASS actuel, urgentiste à temps plein, n'a en effet qu'un rôle de conseil auprès de la conseillère en économie sociale et familiale qui est, à ce jour, la seule personne formellement affectée à la PASS.

- **Une Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs.** Cette unité de l'hôpital Fleyriat conseille, accompagne, soutient les personnes hospitalisées en fin de vie, concernées par des soins palliatifs, ainsi que leur entourage et que les autres professionnels de santé<sup>9</sup> intervenant auprès de ces malades. L'UMASP intervient sur demande dans les trois établissements du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse ainsi qu'à domicile et dans les établissements de soins et d'hébergement ayant signé une convention avec l'hôpital Fleyriat.

Il existe également une Association de Soutien aux Soins Palliatifs (ASSP), complémentaire de l'UMASP, qui forme et encadre des bénévoles qui écoutent et soutiennent les personnes en fin de vie ainsi que leurs proches et les personnes endeuillées. Ils peuvent également intervenir en milieu hospitalier et à domicile.

---

<sup>9</sup> ASDOMI, centre de soins infirmiers, infirmières libérales...

- **Un service d'hospitalisation à domicile (HAD)** de 30 places créé en 2008. Si lors de sa mise en place, le lien avec les professionnels libéraux a pu être difficile, il semble qu'aujourd'hui l'articulation entre professionnels de ville et hôpital ait largement progressé et que l'hospitalisation à domicile ait pu se déployer comme prévu.
- **Un projet de maison médicale de garde**, attenante à l'hôpital est actuellement en cours d'élaboration. Il semble qu'une telle structure soit attendue par plusieurs médecins de la ville. Néanmoins, la question de la localisation de cette Maison Médicale reste épineuse tant la question de l'accès physique, par transports en commun notamment, à l'hôpital n'est pas optimale.

Ainsi, outre les difficultés pointées par certains habitants et qui ont été évoquées précédemment, il faut souligner que la localisation même de l'hôpital (à Viriat, dans la banlieue de Bourg-en-Bresse) pose problème aux personnes qui se déplacent en transports en commun. En effet, l'hôpital est relié à Bourg par une ligne de bus dont la fréquence de passage est insuffisante d'après les habitants rencontrés (30 à 45 minutes ou plus, selon les moments de la journée)<sup>10</sup>, et qui ne fonctionne pas du tout en soirée et le dimanche (à l'instar des autres lignes de bus de Bourg-en-Bresse). Ceci peut entraver l'utilisation de certaines ressources, notamment du centre de santé publique, mais également les visites aux patients le dimanche...

Enfin, l'hôpital va connaître à court terme de profondes transformations : l'Agence Régionale d'Hospitalisation a retenu le centre hospitalier de Bourg-en-Bresse pour le Plan Hôpital 2012. Une vaste opération de rénovation et agrandissement de l'hôpital va être entreprise :

\* Une opération de construction de 13 200 m<sup>2</sup> comprenant :

- 1 bâtiment médico-technique (urgences, bloc opératoire, traitement de l'insuffisance rénale chronique, endocrinologie, hélistation)
- 1 bâtiment logistique (cuisine, restaurant du personnel, magasins...)
- 1 bâtiment administratif (regroupement des différentes directions)
- 1 pôle énergie (chaufferie, groupes électrogènes...)

\* Une opération de réhabilitation en loi MOP classique pour le bâtiment existant de 28 700 m<sup>2</sup> (hébergements, consultations externes, imagerie médicale, ...).

#### 2.1.5. Le centre psychothérapique de l'Ain : la ressource en psychiatrie publique pour tout le département

Le Centre Psychothérapique de l'Ain (communément appelé CPA) est la ressource de psychiatrie publique pour tout le département de l'Ain : cet hôpital n'est donc pas uniquement utilisé par des burgiens, loin s'en faut, et sa position est *de facto* encore plus centrale que celle de l'hôpital de Fleyriat, puisqu'il y a d'autres établissements hospitaliers publics de médecine-chirurgie-obstétrique sur le département, alors que ce n'est pas le cas en matière de psychiatrie publique. Si des Centres Médico-Psychologiques sont présents sur tout le territoire du département, ces structures sont consacrées aux soins ambulatoires : les hospitalisations ne peuvent avoir lieu qu'au CPA.

Cet établissement gère **6 secteurs de psychiatrie générale répartis dans tout le département**. La ville de Bourg-en-Bresse était elle-même, au moment de l'enquête de terrain, à cheval sur trois secteurs<sup>11</sup> qui

<sup>10</sup> Temps d'attente effectivement constaté aux arrêts par nous, et confirmé par le guide horaire des transports en commun TUB

<sup>11</sup> Au moment de l'étude, le département de l'Ain était découpé en cinq secteurs de psychiatrie adulte, la ville de Bourg-en-Bresse était à cheval sur trois d'entre eux : secteur 1 (Bourg et Couronne), secteur 3 (Bourg et Cotière), secteur 5 (Bourg – Terre des Fleurs et Peloux – Oyonnax et Nantua). Le prochain découpage devrait se limiter à 4 secteurs.

ne suivaient pas un découpage géographique « naturel », ce qui ne facilitait pas toujours la compréhension de l'organisation des ressources pour les usagers et également pour certains professionnels (notamment du secteur social). Soulignons qu'une réorganisation de ces secteurs a été amorcée en 2009, ce processus ayant peut-être momentanément accru les difficultés de visibilité et de lisibilité de l'offre de terrain (notamment en ce qui concerne les CMP adultes) pour les non-spécialistes.

On repère donc une attente de la part des professionnels extérieurs au champ de la santé mentale, mais également de la part d'une partie des habitants, pour que l'offre en psychiatrie publique, notamment en ce qui concerne les CMP<sup>12</sup>, soit plus facilement compréhensible et appréhendable.

Ainsi au moment de l'étude de terrain, le CMP de « La Madeleine » (officiellement « L'Interligne ») avait été fermé et transféré dans les locaux de l'hôpital psychiatrique, à l'extérieur de Bourg-en-Bresse). Cette réorganisation semble avoir beaucoup perturbé les habitants que nous avons rencontrés qui fréquentaient ce CMP, et ce au moins pour deux raisons. La première est que comme l'hôpital de Fleyriat, le CPA est à l'extérieur de Bourg-en-Bresse : il est relié au centre-ville par une seule ligne de bus dont les fréquences de passages sont très espacées, ce qui crée une contrainte forte de déplacement à l'échelle de la journée. Ainsi certains patients que nous avons rencontrés nous ont dit qu'ils ne participaient plus à certaines activités car le temps passé dans les transports étaient pratiquement aussi long voire plus long que celui passé en activité :

*« Le CMP maintenant il est au CPA ; il y a un bus à 7h48, pour une activité à 9h, après j'attends une heure dehors le bus pour rentrer à 11h chez moi, ça me prend toute la matinée juste pour une activité. Ça fait qu'avant on était 20 pour une activité, maintenant on est 5 ou 6. Ils viennent plus au CMP parce que déjà faut y aller, et en plus au CMP et au CATTP il y a une baisse des activités, une baisse des moyens personnels, financiers »*

Par ailleurs, le fait d'emprunter cette ligne de bus, dont la destination n'est pas équivoque (bien que le CPA ne soit pas la destination finale de la ligne) semble engendrer des effets de stigmatisation accrus pour les malades : certains se sentent davantage « repérés » dans cette ligne de bus et seraient même parfois l'objet de quolibets ou de moqueries :

*« On a peur d'y retourner, et dans le bus en y allant on entend : « vous êtes fous, il faut rester chez les fous ». Les enfants de 6 ans se moquent de nous « c'est les dingues qui vont travailler ». Les parents expliquent pas à leurs enfants qu'il existe des gens différents. »*

Ces informations obtenues lors des discussions de groupe avec les habitants mériteraient d'être approfondies afin de vérifier si ce sentiment de contrainte et de stigmatisation renforcées sont le fait d'une minorité ou d'une part conséquente de patients.

Outre ces 6 secteurs, on note la présence de deux intersecteurs de pédopsychiatrie, ainsi que des services intersectorisés :

- **Le Centre d'Accueil Permanent (CAP)**, est globalement considéré par le grand public et les professionnels comme un service d'urgence. Le centre est ouvert 24 heures sur 24. Des consultations sans rendez-vous sont proposées, et les personnes qui arrivent au CAP, peuvent, selon leur état, faire l'objet d'une observation de 48 heures (quelques lits sont prévus à cet effet) : l'objectif est d'éviter l'hospitalisation, lorsqu'elle n'est pas absolument nécessaire et de préparer des relais éventuels avec des partenaires extérieurs. Il est également possible de contacter le CAP par téléphone.
- **Un service d'hospitalisation libre, Le Château**
- **Un département d'activités thérapeutiques**

---

<sup>12</sup> Au moment de l'étude on repérait deux CMP adultes sur Bourg : l'un rue Gabriel Vicaire et l'autre (L'interligne) au centre de la Madeleine, qui a été, depuis, transféré au sein du CPA

- **Une unité d'hospitalisation des adolescents, « US Ados »**, (dont nous reparlerons au chapitre consacré aux jeunes et aux adolescents)

On soulignera l'existence **d'un service de psychiatrie de liaison avec l'hôpital de Fleyriat**, qui semble être un outil très apprécié, tant les problématiques de santé mentale sont de plus en plus repérées chez les patients hospitalisés à l'hôpital général. Cette psychiatrie de liaison est portée par le CAP : des médecins psychiatres sont présents 11,5 demi-journées par semaine à Fleyriat (une présence psychiatrique est donc assurée 7 jours sur 7, par demi-journées) et 4 infirmiers psychiatriques sont également présents de 6 heures du matin à 22 heures à Fleyriat.

A noter également, la création récente (début 2009) d'une **Equipe Mobile Santé Mentale et Précarité, par le Carrefour Santé mentale et Précarité**, service chargé d'organiser au sein du CPA la politique d'accueil et de soins en faveur des personnes démunies, à ce titre, de favoriser l'établissement de lien entre la psychiatrie publique et les organismes d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes précaires. Cette équipe s'est formée dans la lignée des réflexions menées en France ces dernières années par les spécialistes de santé mentale<sup>13</sup> sur le lien entre certaines pathologies mentales et la précarité socio-économique, et sur les besoins spécifiques que cela peut engendrer. Cette équipe est composée d'un médecin psychiatre (Dr Tabary, également responsable du CMP l'Interligne), de deux infirmiers, une assistante sociale, une psychologue et un cadre infirmier. Elle a pour vocation de rencontrer, sur le terrain, à l'échelle du département, des professionnels qui travaillent auprès de publics précaires pour leur apporter une aide dans la compréhension de certaines situations et dans le type d'accompagnement qui peut-être proposé à ces personnes, voire si cela apparaît nécessaire, proposer une hospitalisation. Des membres de l'équipe se déplacent donc sur le terrain pour évaluer la situation. Il est trop tôt, au moment de la réalisation de ce diagnostic, pour avoir des retours sur l'impact de cette offre nouvelle, mais on peut souligner que la création de cette équipe a suscité beaucoup d'espoirs et que pour plusieurs des professionnels rencontrés, cette équipe mobile apparaissait comme la réponse possible à leurs interrogations et difficultés de terrain.

Le Carrefour Santé mentale et Précarité a également mis en place les Espaces Rencontres qui sont des temps d'échanges entre un médecin psychiatre, une infirmière du CPA et des professionnels qui travaillent avec les publics précaires. Ces temps d'échange ont lieu une fois par mois et permettent de traiter de situations concrètes, avec pour objectif final de conduire les personnes vers les ressources de droit commun, ou préparer une sortie d'hôpital psy, etc.

Il existait naguère au CPA, comme cela était également le cas à l'hôpital de Fleyriat, une permanence d'un agent de la CPAM. Cette permanence a également disparu, au grand regret des professionnels du CPA qui constatent que le traitement des dossiers s'en trouve considérablement ralenti, au détriment des patients qui ont parfois des situations sociales complexes et précaires.

Enfin, il existe à Bourg-en-Bresse un **Conseil Local de Santé Mentale**. La configuration et les objectifs de ce type de dispositif peuvent sensiblement varier d'un territoire à l'autre en Rhône-Alpes et il semble que sur Bourg-en-Bresse le choix ait été fait d'en faire un outil opérationnel, dans le but d'aider à résoudre des situations concrètes. L'idée est que cette instance permette la rencontre de professionnels de la psychiatrie de secteur et de professionnels d'autres champs, lorsque les uns ou les autres sont confrontés à des difficultés précises avec une personne donnée (accès à un logement, difficultés avec certaines administrations, etc...).

Il semble clairement que le développement de ces différents outils (Equipe Mobile Santé Mentale Précarité, Conseil Local de Santé Mentale) réponde effectivement à une forte demande d'aide concrète, notamment de la part des professionnels qui travaillent avec des publics fragiles. Reste que l'on repère encore des attentes et des besoins, dans deux domaines :

---

<sup>13</sup> Sans développer ici les tenants et aboutissants de ce courant de pensée, on peut citer le rapport Lazarus



- Encore plus d'opérationnalité dans la gestion des situations problématiques, qui impliquent des difficultés de santé mentale entravant les démarches d'insertion dans la cité, le logement, l'emploi.
- Une meilleure connaissance de ce que peut apporter la psychiatrie, ses limites, les contraintes qu'elle subit, etc. Des rencontres « plénières » organisées par le Conseil Local de Santé Mentale pourraient sans doute aller dans le sens d'une meilleure connaissance et compréhension par les partenaires institutionnels des outils et objectifs de la psychiatrie aujourd'hui.

#### 2.1.6. Les services de prévention du Conseil général

##### **Une Maison Départementale de la Solidarité et cinq Points d'Accueil Solidarité à Bourg-en-Bresse**

Parmi les missions des Conseils généraux, plusieurs relèvent de manière directe du champ de la santé et constituent des piliers de l'organisation sanitaire française. Ainsi, les services de Protection Maternelle et Infantile, les Centres de Planification et d'Education Familiale, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, les services de Protection de l'Enfance, les services d'aide aux personnes âgées dépendantes, constituent des ressources locales majeures en matière de santé.

**Les services d'Action Sociale**, qui ont un rôle prépondérant en matière d'aide aux publics en situation de fragilité, interviennent également dans le champ de la santé, au sens le plus large de cette notion, à travers différentes aides, notamment en matière d'insertion, de logement et plus globalement d'information, d'orientation, d'ouverture des droits.

Le Conseil général du département de l'Ain couvre ces différents domaines (et d'autres qui relèvent également des départements : transports, éducation, culture, sport, aménagement du territoire, ...), qui se déclinent concrètement à Bourg-en-Bresse par une présence importante et une activité reconnue.

On trouve ainsi à **Bourg-en-Bresse une Maison Départementale de la Solidarité** (rue Pavé d'Amour), ainsi que **cinq Points d'Accueil Solidarité** (notamment situés dans des quartiers de la politique de la ville).

Les Points Accueil Solidarité constituent un service de proximité, porte d'entrée de l'action sociale départementale, pour tous les publics. Ces Points Accueil Solidarité assurent l'accueil du public, l'écoute, le conseil, l'orientation, l'instruction de dossiers de demande d'aide, l'accompagnement et le suivi des familles. Ces actions sont réalisées dans le cadre de permanences, au Point Accueil Solidarité et dans d'autres lieux, au plus proche de la population, et aussi dans le cadre de visites à domicile, d'actions collectives...

Outre l'action sociale, on retrouve à Bourg-en-Bresse les différents services intervenant directement dans le champ de la santé, qui peuvent être sollicités dans les Points d'Accueil Solidarité :

##### **- La Protection Maternelle et Infantile (PMI)**

Les services de Protection Maternelle et Infantile permettent, aux femmes et aux familles qui le souhaitent, de bénéficier d'une aide pendant la grossesse et en ce qui concerne la santé de la mère et du jeune enfant. L'action de la PMI, au travers notamment des médecins, sages-femmes, puéricultrices, couvre ainsi :

- **Le suivi prénatal**

Des consultations prénatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ont lieu dans les locaux de consultation de la PMI, ou à domicile pour les femmes enceintes, éventuellement couplées à des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires.

- **Le suivi postnatal**

La PMI organise des actions médico-sociales préventives et de suivi. Celles-ci sont réalisées à la demande ou avec l'accord des parents et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période postnatale, à la maternité ou à domicile. La PMI peut

ainsi réaliser des visites à domicile qui ont pour objet de conseiller, d'orienter les parents en fonction de leurs besoins (soins de puériculture, allaitement, sécurité domestique). Cet type de visite peut s'articuler avec d'autres interventions à domicile (d'une sage-femme, d'un(e) psychologue, d'un(e) assistant(e) social(e), dans le cadre d'une mesure d'accompagnement social par exemple, d'un(e) auxiliaire de vie sociale ou d'un(e) technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale).

- **Des actions en faveur de l'enfant**

Le service de PMI a également pour mission d'organiser :

- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans, notamment scolarisés en école maternelle,
- des actions médico-sociales préventives pour les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière, qui sont assurées, à la demande ou avec l'accord des parents, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés.
- La PMI participe aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être.
- La PMI contribue, dans le cadre des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Elle oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées.
- Notons que la PMI participe au Lieu Accueil Parent Enfant (LAPE) situé au pôle Amédée Mercier, conjointement avec la Caisse d'Allocations Familiales.

- **Les modes de garde**

Information aux parents sur les divers modes de garde : assistante maternelle, crèche, employée à domicile... Agrément, formation et suivi des assistantes maternelles, agrément et suivi des structures d'accueil.

- **Le Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)**

Situé rue du Pont des Chèvres, le CPEF est ouvert à tous, quelque soit son âge et sa situation familiale ou sociale. Il constitue une ressource d'information et d'éducation pour la santé en matière de sexualité, de vie de couple, de responsabilité en tant que parent, de régulation des naissances, de santé (c'est notamment un lieu ressource en ce qui concerne la contraception, les IVG, les MST, le Sida)

Le CPEF peut accueillir les personnes de manière individuelle ou en groupe pour obtenir des informations, des conseils, une orientation et prendre un rendez-vous. Différents professionnels peuvent être rencontrés au CPEF (notamment médecin, conseillère conjugale, ...). Les entretiens individuels et consultations médicales sont gratuits et confidentiels pour tous (y compris pour les mineurs). Les médicaments ou produits contraceptifs ainsi que les examens de laboratoire peuvent être pris en charge pour les mineurs désirant garder le secret et les personnes non assurées sociales.

Des animations sont également proposées au centre ou à l'extérieur (collèges, lycées, centres sociaux). L'équipe intervient sur des thèmes comme l'adolescence, la relation amoureuse, la sexualité, la contraception, la prévention des MST et du Sida.

(Notons qu'un autre CPEF – hospitalier – existe à l'hôpital de Fleyriat)

- **Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique)**

Il s'agit d'un centre de ressources et d'information qui s'adresse à tous les retraités, personnes âgées et leur entourage (famille, amis, voisins) et à toutes les personnes concernées par le vieillissement : bénévoles, professionnels, élus... Il dispose d'une base de données actualisée des services présents sur le territoire qu'il couvre (aide ménagère, garde à domicile, accueil de jour, accueil temporaire, portage de repas, adaptation du logement, aides techniques et financières, loisirs, animations...). Le CLIC accueille, écoute, soutient, informe sur les aides et prestations existantes et oriente les personnes vers les services concernés. C'est aussi un lieu de rencontres et de concertation pour tous les partenaires du CLIC : professionnels du domicile et des établissements d'hébergement, libéraux, services sociaux, élus locaux et usagers.

### 2.1.7. Les services de la CPAM : des ressources de prévention

Bourg-en-Bresse est la seule ville de l'Ain à bénéficier de la présence d'un centre de médecine préventive de la CPAM. Cette ressource permet aux habitants du département de réaliser des bilans de santé complets et gratuits. Ouvert à toute la population, l'un de ses objectifs prioritaires est d'amener vers le dépistage et les soins, des publics qui en sont éloignés, notamment pour des raisons de difficultés socio-économiques.

Les habitants que nous avons rencontrés qui avaient réalisé un tel bilan étaient très satisfaits de cette possibilité et de cette démarche, alors qu'ils n'auraient pas pu entreprendre une démarche aussi complète avec différents spécialistes pour des raisons de contraintes financières. Néanmoins, parmi les personnes que nous avons vues certaines n'en avaient jamais entendu parler. Si certaines personnes de plus de 50 ans se souviennent bien d'avoir reçu une information par courrier, d'autres n'ont aucun souvenir d'une information écrite, et encore moins orale.

Notons que ce service est en lien avec la PASS de Fleyriat : même si aucune convention formelle ne lie ces deux services, des collaborations existent qui permettent de faciliter et d'accélérer l'accès aux soins d'individus qui sont en situation de fragilité socio-économique. Ce lien nécessiterait peut-être néanmoins d'être davantage formalisé dans un souci de pérennisation des collaborations.

Un partenariat a également été mis en place entre la médecine préventive et les médecins du travail dont l'objet est le repérage et l'aide aux travailleurs pauvres. Le centre de médecine préventive constate ainsi que de plus en plus de personnes vues en bilan de santé sont des salariés qui ont dû abandonner leur complémentaire santé pour cause de revenus trop modestes. Un projet de convention entre les deux partenaires est en cours de réflexion.

La CPAM de Bourg-en-Bresse propose également un service d'éducation thérapeutique du patient pour les personnes atteintes de diabète de type 2 (non-insulino-dépendants). Ce service est né du constat que le diabète est une pathologie complexe à gérer au quotidien car elle a à la fois une faible visibilité sociale (hormis dans le cas de complications, le diabète ne se « voit » pas) et un impact très fort sur la vie quotidienne, puisqu'il implique une certaine régulation en termes d'hygiène de vie et notamment d'alimentation. L'objectif de cette démarche est d'aider les personnes à gérer au mieux leur diabète au quotidien et à éviter les complications graves qui peuvent accompagner cette pathologie. Un cycle d'éducation est ainsi proposé au centre de la CPAM, basé sur le dialogue avec les malades et entre malades, qui comprend 5 demi-journées espacées d'une semaine. Les patients sont rencontrés en groupe et la dynamique de l'échange collectif est l'un des outils-clefs de cette démarche d'éducation. Les médecins traitants des patients sont informés et associés à cette démarche. L'objectif à court terme est d'élargir ce travail, en s'appuyant sur l'UDES<sup>14</sup>, pour travailler sur le diabète mais également sur d'autres pathologies chroniques (cardio-vasculaires, ...) et ce, à l'échelle du département de l'Ain, avec patients et des professionnels de santé, en mettant en valeur les dimensions psychologiques et sociales à prendre en compte dans l'éducation des patients. Notons qu'au moment de l'étude l'UDES avait plusieurs projets en cours autour de cette thématique de l'éducation du patient et de la formation des professionnels de santé.

On notera que tous les professionnels rencontrés ne connaissaient pas l'existence de ce service d'éducation thérapeutique du patient...

Plusieurs des professionnels et habitants rencontrés ont évoqué les permanences délocalisées de la CPAM qui existaient il y a quelques années (notamment à Fleyriat et au CPA) : ces ressources permettaient un contact direct avec des agents de la CPAM et étaient très facilitantes par rapport aux démarches des professionnels confrontés à des questions ou des difficultés administratives concernant notamment des personnes en situation de fragilité socio-économique. Or, ces permanences n'existent plus et les professionnels, les travailleurs sociaux notamment, déplorent la perte de contacts directs avec la CPAM, qui impacte négativement la résolution concrète des difficultés rencontrées par les usagers.

<sup>14</sup> UDES<sup>14</sup> : Union départementale pour l'éducation à la santé de Patients porteurs de maladies chroniques

### 2.1.8. Le collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse

Il existe à Bourg-en-Bresse un collectif de 8 médecins du travail<sup>15</sup> qui interviennent sur des entreprises établies à Bourg et dans son agglomération. Ces médecins se sont regroupés au sein d'une association de loi 1901, dont l'objectif est de sensibiliser et alerter les dirigeants d'entreprises aux problématiques de santé au travail, et plus particulièrement à la question du stress et du mal-être au travail, voire des maltraitances au travail qui favorisent la dépressivité et les troubles musculo-squelettiques, entre autres. Ces médecins soulignent que le mal-être est de plus en plus intense en entreprise, et que le fait d'habiter une ville de taille moyenne, « à dimension humaine » n'atténue pas ces difficultés.

Des difficultés accentuées par la configuration à la fois urbaine et rurale de ce bassin d'emploi. Les médecins constatent ainsi que les salariés modestes burgiens ont de plus en plus tendance à se « ruraliser » pour trouver un habitat à la fois plus adapté à leurs besoins familiaux et à leur budget. Ce phénomène a pour corollaire la croissance des mouvements « pendulaires » entre centre et périphérie de l'agglomération, et donc l'augmentation du temps de déplacements entre lieu de résidence et lieu de travail. Outre le risque accru d'accidents de la route que cela entraîne, les médecins notent une intensification de la fatigue et du stress due à la gestion de ces distances. On notera à cet égard que les données quantitatives soulignent l'importance des accidents de la route. Les distances qui s'accroissent entre le lieu de résidence et le lieu de travail impliquent des déplacements toujours plus importants, et le risque d'accident de la route est de plus en plus fort, d'autant plus que la configuration géographique et routière du département de l'Ain semble particulièrement accidentogène (longues lignes droites qui favorisent la vitesse excessive, notamment).

On ne repère pas de spécificité professionnelle forte à Bourg-en-Bresse : si Renault Trucks et l'industrie alimentaire apparaissent comme des employeurs phares, on repère de très nombreuses PMI et PME dans le domaine du travail du bois, de la métallurgie, et surtout du secteur tertiaire.

La dimension « militante » de cette association en fait une ressource à la fois spécifique à Bourg-en-Bresse (on ne repère pas ce type d'associations sur tous les territoires) et intéressante comme outil et relais possible de messages de prévention et d'information auprès des salariés.

### 2.1.9. La Cellule Technique Locale d'Insertion

La Cellule Technique Locale d'Insertion (ou CTLI) est une émanation de la Commission Locale d'Insertion (CLI) qui est portée par le Conseil général. Il existe ainsi huit CLI correspondant aux huit circonscriptions d'action sociale dans le département de l'Ain. Celles-ci sont dotées d'une Cellule Technique Locale d'Insertion et d'un Plan Local d'Insertion (PLI), outil de programmation de suivi et d'évaluation des actions sociales. Le PLI est étudié, programmé par la CLI, et proposé après acceptation par l'Assemblée Départementale.

Chaque CLI est présidée par un élu du conseil général représentant le président et est composée de partenaires locaux (mairies, associations, ANPE, etc.), ce partenariat se retrouve également au niveau des CTLI, chargées d'étudier les situations individuelles et concrètes.

La CTLI n'a donc pas pour vocation première de traiter des questions de santé. Néanmoins, les différents partenaires impliqués dans ce dispositif constatent que des problématiques de santé s'ajoutent très souvent à des difficultés d'insertion dans le tissu socio-économique, jouant défavorablement ou même « bloquant » les démarches mises en place pour aider les personnes en insertion... Les professionnels rencontrés ont plusieurs fois souligné leur appréciation positive de cette instance qui permet d'échanger sur des difficultés concrètes des personnes en insertion, en englobant les questions de santé. Cependant

---

<sup>15</sup> Notons que Bourg-en-Bresse compte douze médecins du travail

ces mêmes professionnels ont aujourd'hui des attentes d'opérationnalité accrue de cette cellule, pour pouvoir notamment mieux lever les freins à l'insertion des publics fragiles.

Soulignons que la transformation du RMI en RSA qui est intervenue au cours de l'élaboration de ce diagnostic devait impliquer des modifications dans le fonctionnement de la CTLL, qui auront peut-être un impact sur la gestion des situations où des problématiques de santé sont en jeu.

#### 2.1.1. Des habitudes de partenariat entre professionnels de différentes institutions... Mais encore des besoins d'information, de lien

Les entretiens menés avec les professionnels montrent clairement que ceux qui interviennent sur un même champ ou auprès d'un même public se connaissent bien, s'adressent mutuellement leurs publics et peuvent mener des actions en collaboration. Les exemples sont multiples, depuis les interventions du CPEF en milieu scolaire jusqu'au Conseil Local en Santé Mentale, en passant par la collaboration entre le Conseil général et la psychiatrie infanto-juvénile en ce qui concerne les consultations de prévention des 0-6 ans<sup>16</sup>, ... sans parler des liens tissés entre acteurs institutionnels et acteurs du monde associatif.

On a donc affaire à Bourg-en-Bresse à un tissu d'acteurs dense et à une forte implication de ceux-ci dans le partenariat, ce qui est probablement lié à un contexte et à une histoire particuliers, qui font que, de ce point de vue, la situation de la ville est plutôt favorable. La participation même de ces acteurs aux comités de suivi mis en place pour accompagner la démarche de diagnostic santé en est une excellente preuve.

Cependant, on note que des besoins d'information ou de collaboration renforcée se font sentir, notamment à l'interface de champs ou de statuts de professionnels, qui pour être connexes ou du moins proches, ont des fonctionnements très différents.

D'une manière générale, on constate que tous les professionnels interviewés sont confrontés à des zones d'ombres en matière de « *qui fait quoi* », et que cela peut, ponctuellement, entraver ou ralentir l'adressage des patients vers les ressources les plus pertinentes.

Ainsi, des demandes émergent de la part de certains acteurs du social, vis-à-vis du monde de la santé : demandes de plus d'information, et peut-être de plus de dialogue et d'articulation entre les interventions des uns et des autres. Par exemple, les assistantes sociales de secteur, souvent confrontées à des problématiques de santé mentale avec les publics qu'elles suivent, expriment un besoin d'approfondir les contacts et les démarches de collaboration avec la psychiatrie de secteur...

Les professionnels du secteur libéral (notamment médecins, pharmaciens, infirmières) se sentent également, pour certains, peu informés et peu en lien avec les acteurs du secteur public et quelques-uns ont clairement exprimé le souhait d'être davantage impliqués dans des actions communes autour de la santé publique... Concrètement, la question a été posée du rôle qui pourrait être joué par les pharmaciens dans la diffusion de certains messages de santé publique, dans certaines démarches de prévention auprès de la population. Une question d'autant plus pertinente que les professionnels repèrent que les messages écrits ne sont pas toujours les plus efficaces et que la communication orale, de proximité, est très souvent indispensable. Par ailleurs, certaines actions concrètes peuvent être menées par les pharmaciens : certaines officines proposent de réaliser des tests de dépistage du diabète. Si les résultats sont positifs, elles orientent alors la personne concernée vers un médecin généraliste (médecin traitant ou autre). Les pharmaciens peuvent également proposer des tests expiratoires. Enfin, différentes thématiques peuvent être abordées avec les habitants lors du contact en pharmacie, notamment en ce qui concerne certains aspects de l'hygiène de vie, la prévention en général, les médicaments. A titre d'exemple d'implications des pharmacies dans des démarches de santé publique, notons qu'en matière de toxicomanies, plusieurs pharmaciens font partie du réseau Addiction 01.

Une réflexion dans ce domaine pourrait donc peut-être être proposée aux pharmaciens de la ville.

---

<sup>16</sup> Un psychiatre du CMP enfants intervient lors de certaines consultations de PMI, afin d'aider au repérage des éventuelles difficultés psychologiques de l'enfant, de la mère, notamment au cœur de la relation mère-enfant.

## 2.2. La question de l'accès aux ressources de soins et de prévention

### 2.2.1. En amont de l'accès aux soins : les mauvaises conditions de vie entravent les démarches préventives

Les professionnels qui travaillent auprès de publics modestes ou en situation de précarité convergent sur le constat que ces personnes ont souvent des besoins importants en termes de santé physique ou mentale, mais que la santé, les pratiques de prévention et l'accès aux soins ne constituent pas une priorité dans leur existence. Le fait est que les publics fragiles sont en premier lieu confrontés à des questions de survie et notamment la question du logement. Une question d'autant plus épineuse que les personnes manifestent des difficultés en termes de santé mentale. L'organisme de tutelle ATMP souligne ainsi que les bailleurs sociaux redoutent d'accorder des logements sociaux à certains types de personnes repérées comme ayant des troubles du comportement qui risqueraient de ne pas payer leur loyer. Or, même si ces personnes sont sous tutelle ou sous curatelle, ce qui signifie que le risque d'impayé est très faible puisque c'est l'organisme de tutelle qui gère le budget de la personne, les bailleurs sociaux se montrent réticents. Ces personnes se tournent alors vers le secteur privé et finissent souvent par aboutir dans des logements aux loyers très modestes, mais très dégradés... Peu favorables à une bonne santé, et à un bon équilibre psychique. Des situations de squat sont également repérées à Bourg-en-Bresse, qui concernent des personnes encore plus éloignées du droit commun.

Une « bourse au logement » existe à Bourg-en-Bresse, qui réunit les bailleurs sociaux, la Préfecture, le Conseil général, les organismes de tutelle, entre autre, qui se réunit plusieurs fois par an pour évoquer et tenter de résoudre des situations complexes de recherche de logement. Il semble que sur une cinquantaine de situations traitées par an, seules 10 d'entre elles parviennent à être résolues.

Les professionnels soulignent qu'on n'observe pas une présence massive de SDF à Bourg. Pour autant, il y a bien des Jeunes Avec Chiens (les « JAC »), jeunes routards qui restent *a priori* peu de temps dans chaque ville où ils passent, mais qui sont concernés par la question de l'errance et de ses aléas, et enfin des « mal-logés », burgiens anciens ou récents qui vivent dans de l'habitat indigne.

Au-delà de la question du logement, l'accès à l'alimentation reste difficile pour les publics fragiles. La présence des Restos du Cœur, de l'Épicerie Solidaire et d'associations caritatives comme le Secours Catholique permettent d'aider les plus démunis, notamment en hiver. Néanmoins, certains des habitants rencontrés qui vivent de minimas sociaux nous ont bien rappelé que la gestion de leur budget, une fois les factures de loyer, d'électricité, ... payées, se résumait à un arbitrage constant au niveau de l'alimentation et entre alimentation et vêtements. Pour ces personnes, la prévention et le suivi en matière de santé ne sont pas prioritaires : seul le curatif est important lorsqu'un problème de santé surgit qui entrave la vie quotidienne. Certains professionnels ont ainsi souligné que ces contraintes de vie étaient si profondément incorporées par les individus que, même lorsque l'état économique se desserre quelque peu, les pratiques n'évoluent pas : ainsi les bénéficiaires de la CMUc qui pourraient utiliser celle-ci pour des examens préventifs et de suivi (à la clinique dentaire mutualiste, ou auprès de leur médecin généraliste, par exemple...) ne l'utilisent en fait la plupart du temps que pour des besoins de soins.

### 2.2.2. Les contraintes économiques : la CMUc ne résout pas tout

Les freins économiques auxquels sont confrontés les publics précaires et modestes sont de divers ordres. Le premier est sans doute le problème de l'avance des frais pour les patients modestes qui ne bénéficient pas de la CMUc, mais également les soins ou traitements qui sont peu remboursés par l'Assurance Maladie. Classiquement, l'orthodontie, l'orthophonie, le recours à un psychologue en secteur libéral sont très difficiles pour les personnes qui ont de faibles revenus, les bénéficiaires de la CMUc ou pour ceux qui ont une couverture complémentaire de base. Il en va de même pour les prothèses dentaires, auditives et,

dans une moindre mesure, les lunettes. Les professionnels soulignent bien que les appareils (dentaires ou auditifs) sont relativement inaccessibles aux précaires mais aussi aux publics modestes, la CMUc n'étant pas toujours acceptée et ne couvrant pas les dépassements d'honoraires :

*« Moi, je n'ose plus aller chez le dentiste car c'est trop cher... Ma fille il lui faut un appareil pour les dents. Mais quand j'ai vu le prix, j'ai pris peur et je me suis sauvée ! »*

*« Moi, j'emmène ma fille, mais mon mari et moi, on se prive, on n'y va pas... »*

*« Ma dentiste elle m'expliquait qu'avec la CMU elle pouvait pas faire tous les soins (bridges, prothèses) On vous arrache, mais on remplace pas parce que vous avez la CMU ! La mutuelle c'est mieux que la CMU ! »*

Notons qu'en matière dentaire, tous les habitants rencontrés ne connaissent pas la clinique mutualiste dentaire. Néanmoins, il faut souligner que si certains dentistes libéraux n'acceptent pas ou de manière aléatoire la CMUc, d'autres l'acceptent semble-t-il sans difficultés :

*« J'ai refait mes appareils dentaires, j'ai tout fait gratuitement. Si ça n'avait pas été remboursé avec la CMU, je n'aurais pas fait changer mes appareils dentaires ».*

L'accès aux spécialistes constitue la deuxième grande difficulté : les médecins exerçant en secteur 2 (dépassements d'honoraires autorisés) sont inaccessibles pour les petits budgets. Pour certains habitants les tarifs du secteur 2 sont totalement impossibles à assumer, ce qui fait qu'ils privilégient le recours à l'hôpital plutôt qu'à la clinique... et qu'ils renoncent ou retardent certaines consultations, faute de moyens suffisants.

Or, il se trouve que les médecins généralistes ne prennent pas forcément cet élément en considération lorsqu'ils orientent leur patient vers un confrère spécialiste, et les patients ne posent que rarement la question du secteur de conventionnement du spécialiste en question. Certains des habitants que nous avons rencontrés nous ont ainsi fait part de leur surprise et de leur difficulté à payer le spécialiste qu'ils avaient consulté, alors même qu'ils ne s'attendaient pas à un dépassement d'honoraire. Ce qui pose la question des explications données par certains professionnels aux patients sur les tarifs qu'ils pratiquent : le message n'est pas toujours parfaitement clair pour les individus.

Les habitants ont encore souligné qu'outre le problème de l'adressage par certains médecins généralistes vers les spécialistes de secteur 2, il y a la question de l'arbitrage entre la consultation particulière et privée. Ainsi, au moment de la prise de rendez-vous, il est parfois expliqué au patient que la consultation dans le cadre hospitalier implique des délais d'attente beaucoup plus longs : une incitation claire à choisir la « consultation privée » pour ceux qui ont le sentiment que leur problème de santé revêt une certaine urgence... Dans d'autres cas les patients peuvent être opérés à Fleyriat, mais avec des consultations post-opératoires à Convert, ce qui, selon le secteur de conventionnement des médecins, peut également poser problème :

*« Notre médecin nous a dit d'aller voir le Dr X à la clinique Convert. Ce docteur nous a dit qu'on pouvait avoir les mêmes soins sans soucis à l'hôpital, sans dépassements. Donc, mon fils a été opéré à Fleyriat. Mais ensuite, il a fallu revenir en consultations post-opératoires à la Clinique. C'est parce qu'il y a des spécialistes qui font les deux : l'hôpital et la clinique »*

*« Je suis bien soignée à Convert. Mais si j'ai d'autres interventions à faire j'irai pas là-bas. L'anesthésiste il prend 80 voire 160 euros de plus. Mon médecin m'a répondu qu'il avait jugé que c'était mieux que j'aille là-bas, et que si j'avais besoin d'une nouvelle intervention il ne voyait pas comment faire. Moi ou bien je mange ou bien je me soigne, je fais quoi ? »*

Enfin, certains des habitants rencontrés ont souligné que des négociations étaient parfois possibles avec certains praticiens sur le montant des honoraires à condition que le paiement soit effectué en espèces, ce qui constitue une pratique sans doute rare et non spécifique à Bourg-en-Bresse, mais qui n'améliore pas l'accès des soins aux patients modestes.

Enfin, dans certaines spécialités il n'y a pas ou plus de médecins spécialistes en secteur 1 à Bourg-en-Bresse, le secteur 2 devient le seul recours... A moins d'aller dans une autre ville, mais c'est le problème du coût du déplacement qui se pose alors.

Et en tout état de cause on repère des difficultés d'information et d'orientation des patients ayant des revenus moyens ou faibles, qui pour ne pas être spécifiquement burgienne, loin s'en faut, existe bel et bien sur ce territoire.

En matière d'acceptation de la CMUc, les habitants déclarent que tous les spécialistes ne l'acceptent pas. En la matière, on ne repère pas de règle : il n'y a pas de spécialité plus concernée qu'une autre. Il nous a également été signalé que certains médecins généralistes refusent la CMUc, un phénomène qui est décrit comme récent :

*« Avant ils la prenaient tous facilement les généralistes. Maintenant certains disent que l'attente du remboursement par la Sécu est trop grande, ils prennent plus la CMU. »*

La question du coût des déplacements hors Bourg-en-Bresse a également été évoquée par les habitants rencontrés. Certaines pathologies très spécifiques ne peuvent être traitées à Bourg même et nécessitent parfois des consultations voire, des traitements qui impliquent des déplacements à Lyon, sans pour autant être considérées comme des « Affections de Longue Durée » qui entraînent la prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie, transports compris. Certains habitants ont ainsi souligné que le coût du transport (train ou automobile) constituait une charge supplémentaire non-négligeable, en sus du coût des traitements.

En ce qui concerne les laboratoires d'analyse, il semble qu'ils pratiquent facilement le tiers-payant et acceptent la CMUc.

Reste la question des médicaments peu ou pas remboursés. Le débat est loin d'être simple en la matière, mais au-delà de la question du « service rendu insuffisant » pour certains médicaments, certains n'ont jamais été remboursés par l'Assurance Maladie (on pense à la dermatologie avec les problèmes d'intolérances solaires, les peaux atopiques, etc.), alors que les médecins les recommandent dans certains cas bien précis :

*« Un jour j'ai eu la dishydrose aux mains, j'ai été hospitalisée 3 mois, ensuite j'ai eu 2 ans des soins avec des crèmes non remboursées ; 130 euros par semaine. »*

Les habitants ont enfin souligné la grande difficulté qu'impliquait le cumul de problèmes de santé, au plan économique. Un appareil dentaire abîmé en même temps qu'une intervention chirurgicale ou une consultation chez un spécialiste peuvent faire exploser un petit budget, et il n'y a guère de solution pour les non bénéficiaires de la CMUc qui ont une complémentaire santé faible.

Certains professionnels ont d'ailleurs rappelé qu'il y a finalement peu de ressources pour les publics qui sont juste au-dessus des plafonds de la CMUc.



### 2.2.3. La méconnaissance des ressources et des droits par les publics modestes et précaires

La méconnaissance des ressources existantes mais également des droits constitue un obstacle supplémentaire à un bon accès aux soins. Ainsi, comme on l'a déjà souligné plus haut, parmi les habitants que nous avons rencontrés, une partie ne connaissait pas la clinique mutualiste dentaire, le CPEF ou encore le centre de médecine préventive de la CPAM. Certains même, ne savent pas qu'ils peuvent choisir d'être soignés, pour un même problème, à l'hôpital de Fleyriat ou à la clinique Convert... Enfin, les bénéficiaires de la CMUc ne savent pas toujours que le refus de la CMUc par un médecin, quel qu'il soit, est illégal, ou encore certains font l'avance des frais lorsqu'ils n'ont pas compris que la CMUc les dispense justement de cette avance, si difficile pour les petits budgets.

La question est aujourd'hui de savoir quels sont les professionnels de santé qui peuvent véritablement communiquer sur cette dimension de l'accès aux soins.

Mais sans doute faut-il également resserrer les liens entre professionnels de santé et professionnels du social et de l'insertion afin d'améliorer l'information des patients sur les ressources et sur leurs droits.

Par ailleurs, certains professionnels de l'insertion et du social ont souligné qu'il faut davantage de concertation et d'anticipation au sujet des personnes qui ont des problèmes de santé et qui ne peuvent continuer leur activité professionnelle : la mise en invalidité, ou du moins la sortie du salariat, même temporaire, peuvent avoir des effets désastreux sur la personne en termes de revenus mais aussi d'insertion sociale. Une concertation plus fine entre travailleurs sociaux, CPAM, et médecine du travail (reclassement, statut de travailleur handicapé, ...) pourrait permettre de mieux ajuster les solutions proposées à des individus qui, globalement, connaissent mal leurs droits et qui ne maîtrisent pas le système et ses contraintes.

Enfin, en ce qui concerne le droit des patients et notamment des plus précaires, il semble également que certains professionnels de santé libéraux, ne connaissent pas toujours l'existence de la PASS et de ses missions (notamment en ce qui concerne l'ouverture des droits pour les plus démunis). Une meilleure information sur ce sujet serait donc également nécessaire.

### 2.2.4. Barrières de communication : la langue, le langage et l'écoute

La question de la communication, quelle que soit l'appartenance sociale des individus, n'est pas anecdotique dans l'accès aux soins, ou du moins dans la représentation que l'on se fait de l'accès bon ou mauvais aux soins. Trois niveaux de difficulté peuvent ainsi être repérés.

En premier lieu, les habitants déplorent parfois une certaine incommunicabilité avec les professionnels soignants. Manque de temps, manque d'écoute et manque de compréhension – voire de bienveillance – sont dénoncés :

*« En arrivant à Bourg, j'ai eu affaire à des gens pressés, à un manque total d'écoute. C'est l'usine ! »*

*« C'est grave de ne pas se mettre à la portée des gens. Reléguer les gens à être juste des patients, des cas, c'est très dégradant. Ils ne reconnaissent pas la souffrance des gens. »*

Ce reproche n'est pas nouveau, et il n'a aucune spécificité bourgienne. Il rappelle simplement que les patients ont des attentes fortes vis-à-vis des soignants en termes d'écoute, mais aussi d'explications concernant la pathologie, le traitement, etc. Cette difficulté de communication peut éventuellement donner le sentiment aux patients qu'ils ne sont pas pris en compte dans leur « globalité », et donc qu'ils sont éventuellement mal soignés.

Le langage utilisé par les soignants est également parfois problématique pour les patients. Comme on peut le constater dans le cadre des discussions de groupe avec les habitants, certains d'entre eux semblent bien maîtriser la terminologie afférente à leur pathologie, et en tout état de cause ne sont pas déconcertés par les mots qu'utilisent les médecins. A l'inverse, pour d'autres habitants, le niveau de langage ne leur est pas adapté, parce que trop technique :

*« Quand ma fille est passée à la radio, j'ai demandé au médecin de nous expliquer plus simplement les résultats. J'ai été obligée de leur dire... Ils sont dans leur charabia médical et ils n'arrivent pas à se mettre à la portée des personnes. »*

En sus de ces problèmes de vocabulaire, les publics modestes n'osent pas toujours avouer leurs difficultés de compréhension aux professionnels du soin. Plusieurs des professionnels du champ social rencontrés ont souligné le fait que les personnes qu'ils accompagnent, qui sont dans des difficultés socio-économiques importantes, ont peu de qualifications voire, sont parfois d'origine étrangère et maîtrisent mal le français, se sentent dévalorisées et désorientées et n'arrivent pas à exprimer leurs difficultés, leurs besoins ou leurs problèmes de compréhension. Le cumul de handicaps sociaux et d'un mal-être lié à des conditions de vie et à un statut social précaires constituent une entrave forte à la confiance en soi et à la capacité à demander de l'aide. Par ailleurs, certaines de ces personnes, redoutent les travailleurs sociaux et craignent de faire l'objet d'une mesure de suivi, ce qui les conduit à des stratégies d'évitement, peu favorables à l'expression de leurs difficultés ou besoins de santé, entre autres.

Dans le cas des personnes qui ne sont pas nées en France et qui ne maîtrisent pas la langue, que ce soit à l'oral ou à l'écrit, il y a bien évidemment une difficulté spécifique, mais celle-ci ne doit pas être confondue avec les phénomènes d'autocensure des publics fragiles qui ne sentent pas légitimes à poser des questions, demander des explications.

A Bourg-en-Bresse plusieurs ressources peuvent être mobilisées sur cette question du langage et de la communication. Deux structures ont été plus particulièrement rencontrées dans le cadre de ce diagnostic le Secours Catholique et ATELEC.

Les animatrices d'ATELEC (Ateliers de Lecture et d'écriture) interviennent dans des lieux de droit commun (centres sociaux, CHRS, ...) pour proposer à des publics en difficultés un travail d'accompagnement par l'écriture. Il s'agit d'aider ces personnes à acquérir des repères socio-linguistiques qui leur permettront d'avoir une certaine autonomie dans leurs démarches, et notamment dans le domaine de la santé. Ces professionnelles constatent que les personnes accompagnées, outre des difficultés de langage et de langue, ont souvent un défaut d'estime de soi, ont une mauvaise connaissance de leur corps, sont parfois isolées socialement et souffrent d'un mal-être liée à des difficultés économiques, familiales, au déracinement lié à la migration etc. Il s'agit donc d'un accompagnement éducatif et pas de cours d'Alfabetisation.

Le Secours Catholique, qui est dans ce domaine très complémentaire d'ATELEC semble-t-il, propose des cours d'Alfabetisation (qui peuvent s'ajouter également à un accompagnement social).

Ces deux associations convergent sur le fait qu'il reste encore beaucoup à faire pour aider les publics fragiles, et notamment pour leur faciliter l'accès aux soins, au moins sur un plan symbolique. Davantage d'échanges avec les professionnels de santé sur ce sujet, des « guichets » d'information plus visibles et simples d'accès pour ces personnes (et moins stigmatisants que le recours à une assistante sociale), sont peut-être des réponses à développer pour les publics défavorisés, et pour le grand public d'une manière générale.

### 2.2.5. La resocialisation comme outil de prévention primaire et secondaire

A un certain point, l'accumulation de ruptures (professionnelle, familiale, conjugale, ...) conjuguée à la faiblesse des revenus engendre des mécanismes de désocialisation, voire de désinsertion sociale. A la question de l'accès aux soins s'ajoute alors le problème du manque de « soin de soi ». Au-delà des contraintes économiques et symboliques qui peuvent faire barrage à l'accès aux soins, des contraintes psychiques sont repérées qui entraînent mauvaise estime de soi, négligence face à sa santé, conduites à risques.

Plusieurs structures existent à Bourg-en-Bresse qui interviennent auprès de ces publics en très grande difficulté, et qui travaillent à retisser un lien entre l'individu et la société. Un lien qui passe également par un nouveau lien à soi et aux besoins de santé.

Ainsi l'association EPI (Espace Projet Insertion) réalise un travail d'accompagnement social de longue durée, auprès de personnes en difficulté (notamment des bénéficiaires du RMI), qui inclut une dimension santé. L'association a par ailleurs mis en place un dispositif pour « aller vers » les adultes en difficulté, jusque là non repérés, sur le terrain. Ainsi l'action « Cœur des quartiers » qui se déroule sur le quartier de la Reyssouze permet de connaître et de mettre en contact des personnes qui ne sont plus ou peu en lien avec d'autres acteurs sociaux, afin de les remettre en lien, à terme, avec les dispositifs existants du droit commun. Ces personnes sont décrites comme ayant souvent des problèmes avec leur logement (mal logés, ou logement « squatté » par d'autres personnes en difficultés, ...). En termes de santé, outre des problèmes somatiques récurrents (problèmes dentaires, articulaires, ...), on repère souvent des consommations problématiques d'alcool, une souffrance psychique qui s'exprime sur le mode de la dépressivité. Le manque d'estime de soi qui en découle fait que ces personnes se dévalorisent facilement et ne prennent plus la peine de prendre soin d'elles.

L'action d'EPI a pour but de remettre ces personnes dans un lien à partir duquel elles pourront se raccrocher au « *souci porté par l'autre* » pour se remobiliser et reprendre soin d'elles. Ainsi, le fait que des professionnels les écoutent, s'intéressent à leur santé, les aident par rapport à l'emploi et au logement et ce, sur la longue durée, contribue à favoriser un retour à l'estime de soi et au soin de soi.

Il existe néanmoins à Bourg-en-Bresse des publics encore plus en difficultés et beaucoup plus désocialisés et marginalisés. Outre les « JAC » (Jeunes Avec Chiens) que l'on rencontre notamment en centre-ville et qui sont dans une errance plus ou moins choisie, on repère des adultes, sans emploi, à l'état de santé physique et psychique très dégradé et qui sont confrontés à d'importants problèmes d'accès au logement. Une partie de ces personnes sont accueillies dans les CHRS<sup>17</sup> de la ville. Le CHRS de l'association Tremplin accueille plutôt des hommes, le CHRS La Parenthèse accueille des femmes (avec ou sans enfants). Outre une offre d'hébergement temporaire (6 mois renouvelables), des haltes de jour et des actions de redynamisation professionnelle diverses, ces structures ont pour objectif principal de ramener des personnes plus ou moins marginalisées vers les ressources du droit commun.

Les professionnels de Tremplin que nous avons rencontrés soulignent les très grandes difficultés de leur public au niveau somatique, mais aussi des problèmes d'addictions (essentiellement alcool et tabac) et surtout d'importants troubles du comportement avec de grandes difficultés de santé mentale.

Une partie des personnes accueillies est en rupture de soins psychiatriques ou refuse ce type de soins.

Le délabrement physique n'est pas simple à travailler avec ces personnes : néanmoins, des liens avec PASS, avec la médecine préventive de la CPAM et certains médecins généralistes qui acceptent de recevoir ce type de patients, permettent de mettre en place quelques solutions. Certains professionnels ont néanmoins souligné le manque de lits de « halte-soins-santé » pour les personnes sans logement qui peuvent à un moment donné avoir besoin de certains traitements ou de soins de nursing incompatibles avec la vie dans la rue ou dans des hébergements de fortune.

Face aux problèmes de santé mentale, les professionnels se sentent beaucoup plus démunis. Malgré des contacts avec des médecins psychiatres du CPA, les solutions sont difficiles à trouver. A la croisée d'une

---

<sup>17</sup>CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

pathologie mentale, d'actes de violence ou d'agressivité, du refus d'aller vers des soins, certaines personnes créent des situations de « crise » dont on ne sait plus de qui elles relèvent : travailleurs sociaux, psychiatrie ou éventuellement forces de police...

En tout état de cause, tous les partenaires n'ont pas la même définition par rapport aux notions de « crise » ou « d'urgence », ce qui favorise d'autant la répétition des problèmes et la difficulté à mettre en place des solutions pérennes.

Les différents professionnels insistent sur le fait que les outils de resocialisation existant à Bourg-en-Bresse permettent de mettre ou de remettre en route certaines démarches concernant la santé : ouverture des droits et soins somatiques « de base ». Néanmoins, la santé mentale constitue la difficulté majeure avec les publics en grande fragilité, plus ou moins désinsérés, et dans ce domaine, les outils de resocialisation, s'ils évitent la marginalisation totale, ne sont pas suffisants, et ce d'autant plus que ces publics sont plutôt dans une logique de fuite par rapport à la psychiatrie.

### 2.3. Les problématiques de santé les plus récurrentes et transversales

Il est important de rappeler ici que la démarche de ce diagnostic santé, dont l'objectif est d'aider à la définition des pistes de travail qui seront traitées dans le cadre d'un Atelier Santé Ville se focalise, par essence, sur les populations en situation de fragilité socio-économique. Ainsi, si les données quantitatives montrent que Bourg-en-Bresse est globalement en situation favorable en matière de ressources de santé et d'état de santé de la population, les entretiens avec les professionnels, et avec les habitants – qui habitaient pour la très grande majorité – dans des quartiers de la politique de la ville, mettent surtout en exergue les difficultés rencontrées par les populations les moins favorisées.

#### 2.3.1. Déséquilibres alimentaires : la définition, le coût et le goût de « l'équilibre »

La question des déséquilibres alimentaires, souvent en lien avec des difficultés d'hygiène de vie à souvent été abordée par les professionnels comme par les habitants. Le surpoids, l'excès de cholestérol, le diabète sont des thématiques qui préoccupent les uns et les autres, mais pour lesquelles les solutions semblent difficiles à mettre en place.

En premier lieu, la notion d'alimentation équilibrée ne va pas de soi. Pour plusieurs des personnes interrogées, il s'agit à la fois d'une question de volume et de diversité, mais dans la pratique cet équilibre semble difficile à trouver :

*« Mon médecin m'a dit : \*vous mangez mal\*, mais c'est quoi manger bien ? C'est manger de tout sans exagération... Je sais pas ce qu'il faut manger... J'évite les matières grasses car j'ai du cholestérol, mais je grossis quand même. »*

Les rythmes alimentaires sont également en question. Certains habitants soulignent ainsi qu'eux-mêmes ou leurs enfants ne petit-déjeunent pas, car ils n'ont pas faim le matin... mais vient ensuite le « creux » de 10h 30-11h :

*« Mes enfants, ils prennent pas de petit déjeuner, ils ont pas faim ils mangent juste à midi. Et on n'a pas le droit de leur donner des gâteaux pour l'école. »*

On note que l'idée de la diversité est aujourd'hui largement diffusée, néanmoins le contenu de cette « diversité » ne va pas de soi pour tous. La plupart des habitants ont tous entendu le message selon lequel il faut manger « 5 fruits et légumes par jour », mais en réalité ils tâtonnent largement quant aux

proportions de fruits et légumes qu'il est souhaitable de consommer, et quant à la proportion de fruits et légumes par rapport à d'autres aliments.

Par ailleurs, consommer des fruits et légumes revient cher. Professionnels et habitants ont bien souligné qu'une alimentation riche en fruits et légumes grève rapidement les petits budgets. A cet égard, les habitants précaires saluent l'action des Restos du Cœur et de l'Épicerie Solidaire<sup>18</sup> qui leur permet d'avoir accès à ces denrées gratuitement ou à un coût modique. D'autres associations contribuent également aux dispositifs d'aide alimentaire, notamment le Secours Catholique. Cette aide est d'autant plus appréciée que la plupart des grandes surfaces sont considérées comme chères, et que même le marché de la place du Champ de Foire est jugé comme relativement onéreux. Seules les enseignes de « discounters » sont régulièrement utilisées par les personnes ayant de faibles revenus :

*« Non, le marché c'est pas intéressant par rapport au pouvoir d'achat. Ou alors en fin de marché, vers 11h-11h30. C'est moins cher à des moments qu'ED, mais ça dépend des marchands. »*

*« Non, le marché c'est trop cher. Sur le plan financier c'est pas très avantageux, mais pour certains c'est le contact qui est important. Les fruits et légumes y sont plus chers qu'en grande surface. »*

Les habitants ont souligné que le coût de la viande est également très élevé et certains d'entre eux se livrent à des arbitrages très sévères en ce qui concerne les produits carnés.

Enfin, les professionnels repèrent qu'il y a de plus en plus de personnes qui ne savent pas cuisiner et de fait, cuisinent très peu, privilégiant l'achat de plats préparés peu onéreux, tels que pizzas surgelées, boîtes de conserves, ...

Les ateliers cuisine qui se déroulent dans différentes structures et notamment à l'Épicerie Solidaire semblent très appréciés par les femmes qui les fréquentent. Leur objectif est à la fois de transmettre aux femmes certaines recettes et savoirs-faires ou astuces culinaires (par l'échange entre femmes, les conseils de l'animatrice ou d'une diététicienne,...), mais également de promouvoir la diversité alimentaire et l'utilisation des fruits et légumes à moindre coût :

*« On a une diététicienne qui est passée à un groupe de parents, ça m'a bien aidé pour les menus. Franchement c'est comme ça qu'on gamberge quand on n'a pas les moyens : une boîte de haricots à 70 ct, c'est une baguette. Mais une baguette pour toute ma famille ça sert à rien ! Alors maintenant je prends les haricots, des pommes de terre, du chou-fleur surgelé, des carottes, des courgettes, des épinards, de la salade... »*

*« Les ateliers cuisine sur l'équilibre alimentaire à l'Épicerie solidaire c'est bien. C'est petit budget et convivialité. »*

Mais au-delà de la question du prix et des savoirs-faires culinaires, les habitants soulignent que manger de manière diversifiée, notamment des fruits et des légumes ne va pas de soi au plan de l'appétence. Pour certains adultes comme pour certains enfants, cela relève de l'effort :

*« Si les parents leur apprennent à manger des légumes, les enfants en mangent. »*

*« Les miens je leur demande \*tu veux pas un fruit ?\* Non. Alors je leur donne des gâteaux. »*

---

<sup>18</sup> L'accès aux Restos du Cœur et à l'Épicerie Solidaire sont soumis à condition de revenus. Par ailleurs, en ce qui concerne l'Épicerie Solidaire, l'aide apportée s'articule avec un projet précis qui doit être élaboré et porté par la personne aidée

*« J'ai suivi quelques leçons de diététique, mais j'arrive pas à les mettre en pratique. Ce qui est bon au goût, c'est pas forcément ce qui est bon pour la santé. »*

Certains des habitants rencontrés, et notamment des jeunes, déclarent ouvertement privilégier les aliments préparés :

*« Je mange des pizzas, des Mac Do, des frites, beaucoup de pâtes... Et je bois surtout du Coca en mangeant... Je bois pas l'eau du robinet : j'aime pas. Elle a un goût d'eau de javel »*

Ainsi, la gratuité ou la modestie du coût des fruits et légumes ne suffit pas à favoriser la diversité alimentaire, même si cet élément reste très important. Les professionnels qui interviennent dans les dispositifs d'aide alimentaire constatent régulièrement que certaines personnes refusent la plupart des légumes et fruits qui leur sont proposés. Méconnaissance de la façon de cuisiner certains légumes, et surtout manque d'appétence pour ces produits expliquent ces refus. Les habitants eux-mêmes expliquent très bien que les habitudes alimentaires voire culinaires sont acquises dès l'enfance et qu'il est difficile de les modifier... Les discussions avec les habitants montrent bien qu'au sein des quartiers en politique de la ville il existe une grande diversité des profils en matière de pratiques alimentaires : tous les habitants ne sont pas égaux en matière économique et encore moins au plan du goût et des valeurs, des représentations attachées à l'alimentation et aux pratiques culinaires. Reste que lorsque le goût n'est pas acquis, l'incitation économique n'est pas un levier suffisant pour favoriser la diversité alimentaire.

Si les structures de sociabilité (centres sociaux notamment) travaillent beaucoup sur cette thématique avec leurs adhérents, on repère peu de ressources spécialisées dans la prévention primaire ou secondaire des affections qui ont un lien avec les comportements alimentaires.

On repère l'existence de l'association « Pèse-Plume » qui organise des réunions d'informations sur les risques liés au surpoids, en collaboration avec des psychologues, endocrinologues, cardiologues, ... qui interviennent bénévolement. L'association organise également des activités (sportives, ludiques, culturelles)...

Enfin, on rappellera ici l'existence d'un service d'éducation thérapeutique du patient pour les personnes atteintes de diabète de type 2 au centre de médecine préventive de la CPAM.

Néanmoins, on repère peu de ressources sur Bourg spécifiquement dédiées à la nutrition : deux médecins nutritionnistes et trois diététiciennes dans le secteur libéral (qui posent la question de l'accessibilité financière pour les patients). Les médecins généralistes restent donc une ressource essentielle en la matière pour les personnes concernées par des troubles de l'alimentation.

Plusieurs des professionnels rencontrés ont ainsi insisté sur la nécessité de toucher davantage de publics sur cette question de l'alimentation, et également sur la nécessité de faciliter l'accès à des consultations de nutrition.

### 2.3.2. De la dépression à la « folie » : la santé mentale au cœur des problématiques d'insertion

#### 2.3.2.1. La situation spécifique de Bourg-en-Bresse

La forte visibilité des problématiques de santé mentale qui caractérisent les territoires urbains en politique de la ville, concerne également Bourg-en-Bresse. Tous les professionnels rencontrés qui interviennent dans le domaine social déclarent être de plus en plus confrontés à ces problématiques avec les publics qu'ils suivent.

La littérature épidémiologique montre que, globalement, les zones urbaines, notamment celles qui ont une offre de logement social et où les ressources d'accompagnement social sont importantes, semblent favoriser la présence de patients psychiatriques.

Néanmoins, au-delà de ce constat global, il faut préciser que Bourg-en-Bresse a une situation quelque peu particulière en matière de psychiatrie. En premier lieu, le Centre Psychothérapique de l'Ain est le seul hôpital psychiatrique du département ce qui a favorisé l'installation de certains patients à proximité de l'hôpital. Ensuite, dans le cadre d'anciens découpages des secteurs psychiatriques, une partie des malades de Saône-et-Loire étaient suivis au CPA. Au fil des années, et pour faciliter le suivi en ambulatoire, ces patients se sont rapprochés de Bourg, voire s'y sont installés. Ces deux éléments conjugués expliquent sans doute, au moins en partie, les données quantitatives concernant la santé mentale<sup>19</sup>, qui montrent que cette thématique est fortement présente sur Bourg-en-Bresse.

#### 2.3.2.2. Les problématiques de santé mentale : un champ difficile à définir

Il est impossible de définir ici avec exactitude la nature de ces problèmes de santé mentale : les professionnels de terrain ne parviennent pas eux-mêmes à nommer ces problèmes et les professionnels de la santé mentale sont également dans l'incertitude face à certaines manifestations. En revanche, on peut tenter d'établir une sorte de typologie, d'après les « symptômes » qui sont perçus par les acteurs de terrain, et qui ont tous pour point commun d'entraver, plus ou moins fortement, la vie et l'insertion dans la cité.

En premier lieu, on repère les personnes reconnues comme « malades mentales » par la psychiatrie à un moment donné. Ces personnes font ou ont fait l'objet d'un suivi en CMP et ont parfois connu des épisodes d'hospitalisation plus ou moins longs. Il n'y a donc pas d'hésitation en ce qui les concerne. Sans entrer ici dans la nosographie psychiatrique, on sait que les pathologies de ces personnes créent de fortes difficultés dans l'accès à l'emploi mais également au logement : si elles sont stabilisées pendant certaines périodes, il y a également des moments de « crise », de décompensation, qui vont engendrer des troubles du voisinage, des difficultés relationnelles avec les travailleurs sociaux, etc. Sans compter que, parfois, certaines de ces personnes cessent leur suivi ainsi que la prise de leur traitement, les symptômes réapparaissant alors de manière très visible et gênante.

Une deuxième catégorie, beaucoup plus floue, est constituée de personnes qui ne sont pas connues de la psychiatrie publique, mais qui ont des comportements jugés anormaux, « pathologiques », par les professionnels du social et de l'insertion qui les reçoivent ou les accompagnent. Ces comportements « anormaux » se traduisent souvent par de l'agressivité verbale et parfois physique, par des difficultés de voisinage importantes, voire par des troubles dans les espaces publics. Quelques-unes de ces personnes sont d'ailleurs parfois connues des services de police. Dans certains cas, il est très difficile de démêler ce qui relève de la pathologie, de la « simple » délinquance, etc.. Reste que c'est cette catégorie qui pose le plus de difficultés aux bailleurs sociaux, travailleurs sociaux. Nous y reviendrons plus loin.

La troisième catégorie enfin, est composée de personnes qui sont jugées « dépressives », dans un « mal-être ». Les habitants eux-mêmes reconnaissent ce type de mal-être et l'associent à une « mauvaise santé » :

*« Au niveau moral, psychologique : les soucis, ça travaille la tête. »*

*« Etre en mauvaise santé c'est quand on est déprimé, c'est la dépression. »*

*« La santé c'est un tout : c'est bien manger, bien dormir et être bien dans sa tête. »*

---

<sup>19</sup> Cf. chapitre sur les données quantitatives : données de consommation de médicaments (neuroleptiques) et taux des ALD pour affections psychiatriques, file active de patients suivis en établissement psychiatrique.

Cette dépressivité n'est pas forcément associée à un besoin de suivi psychiatrique, mais elle peut gêner les gens dans leur recherche d'emploi, leurs relations affectives, sociales (anxiété, repli sur soi, phobies, ...). C'est notamment un élément qui réapparaît souvent lorsque les professionnels évoquent les conduites à risques, mais également les difficultés de parentalité. On trouve dans cette catégorie des personnes qui ont connu différentes ruptures (familiale, conjugale, professionnelle, ...), sur fond de fragilité économique.

Une quatrième catégorie émerge, qui croise parfois la problématique de la santé mentale, sans y être complètement associée. Il s'agit de la déficience intellectuelle. Les professionnels nous disent qu'ils sont parfois confrontés à des personnes qui ont de grandes difficultés à s'insérer dans une activité sociale, un emploi, pour des raisons difficiles à élucider : pathologie, « retard intellectuel » ou simplement très faible niveau de compétences ? En tout état de cause, il apparaît que lorsque les professionnels, après avoir épuisé les différentes ressources à leur disposition, proposent à ces personnes d'entreprendre des démarches pour obtenir le statut de personne handicapée et bénéficier de l'allocation pour adultes handicapés (AAH), ils se heurtent très souvent à un refus. Etre demandeur d'emploi, passer des années dans des dispositifs d'insertion, semble être moins stigmatisant qu'être reconnu comme handicapé pour des raisons qui touchent au « mental », qu'il s'agisse d'ailleurs de pathologie ou de déficience.

### 2.3.2.3. L'urgence, la crise, l'hospitalisation et le passage par le CAP

Sur le terrain, les travailleurs sociaux sont de plus en plus confrontés à des comportements problématiques : agressivité, violence ou au contraire inertie, qui les mettent en porte-à-faux par rapport à leurs missions d'accompagnement social, d'aide à l'insertion. Tous n'ont pas reçu une formation dans ce domaine, et tous n'ont pas les moyens pour trouver des solutions adaptées à ces publics qui ont un comportement « éloigné de la norme ».

Le plus difficile pour ces professionnels reste d'affronter ces personnes lorsqu'elles sont en situation de « crise ». Que leur répondre ? Que leur proposer ? Mais aussi comment s'en protéger ? Plusieurs des personnes que nous avons interviewées nous ont signalé que dans certaines manifestations de violence il leur avait fallu appeler la police... Mais la police tendrait à décourager le dépôt de plainte dans les situations où la santé mentale leur semble en jeu. Parallèlement, demander une hospitalisation d'office (H.O.) ou à la demande d'un tiers (H.D.T.) est une solution qui n'est pas toujours jugée pertinente par les professionnels de la psychiatrie. Reste la possibilité (pour les travailleurs sociaux ou la police), notamment afin d'éviter les procédures de H.O. ou de H.D.T., d'emmener la personne au CAP (Centre d'Accueil Permanent), largement considéré par les professionnels comme le service d'urgences de l'hôpital psychiatrique. Mais là encore, cette solution ne semble pas toujours satisfaisante, ni pour les professionnels du social, ni pour les professionnels de la santé mentale.

Du côté des travailleurs sociaux, il y a une profonde interrogation sur le sens du passage au CAP ? A quoi cela sert-il, puisque la personne n'y passe que quelques heures, puis en ressort sans que quoi que ce soit ne soit mis en place en termes de suivi, de soins, et finalement, à court ou moyen terme, revient vers les travailleurs sociaux avec les mêmes manifestations problématiques, dont l'agressivité, au moins verbale, et parfois la violence physique. Parfois à la lisière de l'exaspération ou du désespoir, certains travailleurs sociaux estiment que finalement, nul ne veut gérer ces personnes problématiques au comportement « anormal », qui reviennent de manière récurrente vers le social, sans qu'aucune solution pertinente ne soit trouvée. Pour ces professionnels, le passage au CAP ne résout pas les problèmes, et n'a même pas forcément de sens pour la personne « malade » :

*« A quoi ça sert d'aller au CAP ? On a essayé de le dire mais ça n'a rien changé. »*

*« Le CAP ? Ils ressortent sans solution. Il faudrait de la veille sur les personnes passées par le CAP. »*



Par ailleurs, certains professionnels du social et habitants que nous avons rencontrés s'interrogent sur les conditions d'accueil des personnes au CAP. Il semblerait notamment que l'isolation phonique des pièces soit insuffisante et que de ce fait il soit possible d'entendre ce qui est échangé dans les bureaux entre les infirmiers ou médecins et « patients » :

*« Dans les locaux du CAP il y a pas de confidentialité dans le bureau, on entend tout ce qui se passe et ce qui se dit à côté, depuis les toilettes et depuis les bureaux. »*

Du côté de la psychiatrie, on s'interroge en revanche sur les attentes des professionnels et leur manière de catégoriser certains problèmes, peut-être en les « psychiatisant » à outrance.

Les psychiatres rencontrés convergent avec les professionnels du social sur le constat qu'il y a de plus en plus de passage à l'acte : les individus sont de plus en plus « dépassés », ils souffrent d'une baisse de la tolérance face à la frustration, au manque... Et ce, avec souvent en toile de fonds des problématiques d'addictions et notamment d'alcool. A la croisée du social, du psychiatrique et du judiciaire, ils repèrent donc également une catégorie de plus en plus importante de personnes qui cumulent des difficultés dans ces différents registres, et pour laquelle la solution ne peut être trouvée avec un seul partenaire. Ainsi, même s'il y a pathologie, il peut être indispensable de faire passer au malade un message sur la transgression des règles, du « cadre » en faisant intervenir la police, la justice. Inversement, le fait qu'une personne ait besoin de soins psychiatriques n'implique pas qu'elle relève d'une hospitalisation de longue durée : une vie dans la cité est possible à condition d'être accompagnée....

Par ailleurs, certains psychiatres soulignent que la psychiatrie devient la ressource principale face aux comportements asociaux. Ainsi, ne pas s'inscrire dans la norme, ne pas avoir un comportement socialement acceptable relèverait de la psychiatrie. Afin d'illustrer cette dérive, l'un des psychiatres rencontrés a souligné que près d'un quart des personnes qui arrivent au CAP est en état d'ivresse. Or il est impossible d'évaluer l'état d'une personne, de poser un diagnostic si elle est ivre : le seul fait d'être ivre n'impliquant pas que l'on souffre d'un trouble mental. D'autres exemples pourraient être cités en ce qui concerne les violences physiques, ou certains comportements « anormaux » liés à des consommations de substances psycho-actives : tout ne relève pas du soin psychiatrique, et le soin psychiatrique doit s'accompagner d'autres mesures dans certains cas.

De la même manière, les notions de « crise » et « d'urgence » n'ont pas le même sens pour les travailleurs sociaux et les professionnels de la psychiatrie. S'agit-il d'une situation de crise ou d'urgence pour le travailleur social ou pour la « personne problématique » elle-même ? Le pronostic vital est-il engagé ? Y a-t-il risque de passage à l'acte ? De suicide ? Un comportement insupportable ne signifie pas qu'il y a urgence psychiatrique...

Cependant, le partenariat est difficile à tisser autour de ces individus « difficiles à classer »... Lors du rendez-vous au CAP, il est parfois possible que l'accompagnateur social soit présent durant l'entretien, mais il n'y a pas de règle en la matière. Après l'entretien, une fiche est remise à la personne qui a été reçue, où sont portés l'avis et les recommandations de l'infirmier ou du médecin, à l'intention du travailleur social qui suit la personne. Mais cette fiche n'est pas souvent remise aux travailleurs sociaux : ces derniers conservent les mêmes interrogations et les mêmes difficultés à inventer une solution appropriée... Par ailleurs, même si les médecins proposent à la personne un suivi en CMP, cette dernière n'est pas obligée d'accepter. En dehors de la contrainte qu'impose une H.O. ou une H.D.T., on ne peut pas soigner une personne contre son gré. Cela peut sembler une évidence, et pourtant à Bourg-en-Bresse comme sur d'autres villes, certains professionnels sont étonnés qu'on ne puisse « obliger » les gens à se soigner... Reste que le refus de soin par ces personnes problématiques semble être très fréquent et que les travailleurs sociaux n'ont pas, non plus, de solution :

*« Quand les gens ne veulent pas aller au CMP on est démuni. »*

Bourg-en-Bresse n'échappe pas au mouvement global en ce qui concerne la visibilité croissante des problèmes de santé mentale dans les villes. On repère de plus en plus de situations, de problèmes, de comportements problématiques qu'il est difficile d'interpréter, de « classer » selon les catégories existantes actuellement dans les champs du social, du médical ou du judiciaire, et ce, dans un contexte où « l'enfermement » n'est plus considéré comme la panacée.

Par conséquent, il est malaisé de déterminer qui doit prendre en charge ces problèmes, ces personnes dont on ne sait pas vraiment de quel domaine ils relèvent.

#### 2.3.2.4. Des outils pour aider les professionnels, autour des problèmes de santé mentale

Il existe aujourd'hui plusieurs supports à Bourg-en-Bresse qui constituent des réponses, ou du moins une partie des réponses face aux problèmes et questions évoqués précédemment.

On repère ainsi au moins quatre instances qui permettent d'amorcer un travail en partenariat et en réseau sur ces questions.

Les Espaces Rencontres proposés par le Carrefour Santé Mentale Précarité, porté par le CPA, constituent une opportunité pour les professionnels qui interviennent auprès des publics en grande fragilité socio-économique, de travailler à mettre en place des solutions concrètes. L'équipe mobile Santé Mentale et Précarité, également issue du Carrefour, qui se déplace sur le terrain (à l'échelle du département) suscite beaucoup d'espoirs et d'attentes, et ce d'autant plus que la « personne problématique » peut être rencontrée par les professionnels de l'équipe qui sont ainsi mieux à même de poser un diagnostic.

Le Conseil Local de Santé Mentale, porté par la municipalité, qui a également un objectif d'opérationnalité, sans être centré sur les publics précaires, est une autre instance où professionnels de la psychiatrie et professionnels du social se rencontrent pour évoquer des cas concrets. Des rencontres plus larges, en instance plénière, pour évoquer non pas des cas précis, mais des thématiques, seront peut-être mises en place à moyen terme.

Enfin, la Commission Technique Locale d'Insertion peut aussi jouer le rôle d'un lieu d'échange entre professionnels de différents horizons, autour de cas d'individus concernés par une problématique de santé mentale (comme par exemple le « secret professionnel partagé », qui ne va pas de soi, aujourd'hui, et dont le manque semble entraver la résolution de certaines situations...).

A la croisée des attentes des professionnels du social et des professionnels de la psychiatrie, il semble qu'on repère trois axes de réflexion pour mieux gérer les situations où la santé mentale est en question, qu'il serait sans doute pertinent de développer encore :

- Pouvoir déterminer si la personne « problématique » a besoin de soins, et si c'est le cas imaginer un outil pour que cette personne, qui souvent ne veut pas aller vers les soins, puisse néanmoins bénéficier d'un contact avec des soignants.
- Maintenir un lien entre acteurs différents sur la longue durée, autour de ces personnes « fragiles », qui ne relèvent pas forcément d'une hospitalisation de longue durée, mais qui ont des difficultés à vivre en autonomie dans la cité. Un lien qui inclue les bailleurs sociaux, mais aussi les professionnels de la sociabilité et de l'animation, dans une approche « globale » de la personne.
- Redéfinir ce que recouvrent les notions « d'urgence » et de « crise » pour les professionnels du social et de l'insertion et pour les professionnels de la psychiatrie et peut-être construire une définition commune qui permette d'enclencher plus rapidement un échange multipartenarial.

Quelques dispositifs existant en Rhône-Alpes nous semblent pouvoir être source d'inspiration par rapport à ces réflexions. On citera ainsi en exemple Interface 9<sup>ème</sup> qui intervient à Lyon (9<sup>ème</sup> arrondissement), et l'Equipe Mobile Psycho-Sociale, qui intervient sur l'agglomération d'Annemasse.

### 2.3.2.5. Des outils pour aider et accompagner les malades dans la cité... Mais l'accès au logement reste problématique

Comme on l'a déjà souligné plus haut, tous les malades ne relèvent pas d'une hospitalisation de longue durée, et il est aujourd'hui admis que la vie dans la cité doit être favorisée, l'hôpital n'ayant pas vocation à être un lieu de vie, mais un lieu de soins.

Néanmoins, la vie des malades dans la cité requiert certains aménagements, puisque du fait même de leur pathologie, les personnes concernées peuvent avoir des difficultés à gérer les contraintes du quotidien (factures diverses), être victimes de stigmatisation voire, de malveillance, et enfin d'isolement social.

Si l'insertion des malades dans la cité est donc toujours délicate et quelquefois questionnée ou même remise en cause par les « non-malades », elle progresse et on repère à Bourg-en-Bresse différents outils qui la rendent possible, à défaut de résoudre tous les problèmes.

En premier lieu on signalera qu'outre le suivi des malades en ambulatoire qui est réalisé au CMP, mais également à l'hôpital de jour et au Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), il y a également possibilité de mettre en place des visites à domicile, réalisées par des infirmiers psychiatriques. Selon les besoins du malade, ces visites sont effectuées toutes les semaines ou toutes les deux ou trois semaines, ce qui permet aux soignants de se rendre compte, in situ, de la façon dont le malade parvient à gérer son quotidien, mais également son traitement, et éventuellement d'ajuster le traitement, le suivi.

Il existe également des formes de location assistée pour les malades : des « appartements de transition » qui sont loués par l'hôpital (ORSAC) à des bailleurs sociaux, puis sous-loués, avec l'accord de ces derniers aux malades (notamment dans les quartiers Reyssouze et Terre des Fleurs semble-t-il). Ces malades font l'objet de visites régulières au domicile par des infirmiers du CPA.

Une maison-relais, gérée par l'association Tremplin est également repérée. Les personnes qui y résident ont souvent eu des parcours de vie très difficiles, où ruptures, errance, consommations problématiques de substances psychotropes, et parfois pathologie mentale sont récurrents. Ayant eu l'opportunité de rencontrer quelques-uns de ces résidents, dans le cadre d'une discussion de groupe, nous avons pu constater que ces personnes avaient trouvé là, à la fois une structure « protectrice » où ils pouvaient enfin vivre en sécurité, en étant aidés par une équipe de professionnels (avec une présence de jour comme de nuit), et une forme d'autonomie (les patients ont leur chambre, ils peuvent préparer des repas dans la cuisine collective, et prendre leurs repas dans la salle à manger commune ou dans leur chambre). En outre, la Maison-relais donne accès aux activités de sociabilité mises en place par Tremplin, qui semblent très appréciées de ces résidents :

*« Tout ce qui se passe avec Tremplin, je le fais, ça m'intéresse.. ; ça me permet de faire des connaissances, il y a une bonne ambiance... On a fait des sorties, il y a eu le défilé de mode... »*

Ces personnes sont autonomes pour les actes courants de la vie quotidienne (aller chez le médecin généraliste, faire les courses, se promener, ...), mais la structure les assiste en ce qui concerne le loyer, et éventuellement certaines démarches concernant les droits, la santé (couverture sociale, RSA, accès aux bilans de santé de la CPAM,...).

Les personnes que nous avons rencontrées à la Maison-Relais de Tremplin ont déclaré être satisfaites de leur vie dans cette structure, et le seul manque mis en avant est le fait que cette maison est située dans une zone très peu habitée (près d'une zone industrielle) ce qui peut décourager les sorties le soir :

*« Ici, c'est 20-25 minutes jusqu'au centre-ville, en marchant calmement. [...], le soir c'est isolé, je sors plus pour ça. Le dernier bus c'est 19h10 et après il faut tout faire à pied... »*

Soulignons cependant, que ces personnes sont « stabilisées », tant au plan psychiatrique que des addictions : les anciens malades alcooliques ont cessé de boire, et les personnes qui sont reconnues comme ayant une pathologie mentale, sont suivies en psychiatrie.

A l'inverse, les publics accueillis au Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) Tremplin ou La Parenthèse, ou même dans les structures ADOMA ne sont pas toujours à ce niveau de stabilisation. Ces publics, qui ont souvent connu des épisodes d'errance et sont relativement marginalisés, ont souvent un problème d'addiction au tabac et aussi à l'alcool, ce qui va de pair avec leur désocialisation. Des troubles du comportement (parfois véritablement identifiés comme reliés à une pathologie psychiatrique) complètent le tableau. Ces personnes sont donc à la fois dans de très grandes difficultés et loin du droit commun. Les équipes des CHRS sont le dernier rempart contre la marginalisation totale. Néanmoins, les démarches de réinsertion sociale, de retour au droit commun sont souvent très difficiles, et il apparaît que pour certaines personnes, cette réinsertion ne sera jamais possible : un accompagnement social « rapproché » sera toujours nécessaire.

Enfin, l'accès au logement et le maintien dans le domicile des majeurs, est l'une des priorités fixées par les mesures de protection. Sans intervention dans la vie quotidienne du majeur, les tuteurs et curateurs assurent la protection de la personne et de ses biens.

L'association ATMP, très présente sur Bourg-en-Bresse, souligne que malgré la garantie que représente un organisme tuteur ou curateur, les bailleurs sociaux sont de plus en plus réticents à attribuer des logements aux personnes clairement identifiées comme « malades psychiatriques », par crainte des troubles du voisinage mais également par crainte de non-paiement des loyers (à travers son expérience, l'ATMP souligne que ce risque est très faible). De ce fait, les personnes concernées par ces troubles sont orientées vers les CHRS, ou encore se retrouvent dans le parc de logement privé, qui dans certains cas exige moins de garantie... Mais n'offre pas non plus de garantie de logements décentes : c'est ainsi qu'on trouve des malades, des personnes fragiles au plan psychique, dans ce que certains professionnels qualifient de « taudis ».

Reste que l'accès au logement social, ou du moins à un « habitat adapté » est à la fois essentiel et très problématique dans les zones urbaines, pour les malades mentaux, et Bourg-en-Bresse ne fait pas exception à la règle. C'est la première des conditions à l'insertion dans la cité, alors que l'hôpital ne peut constituer une solution pérenne.

Au-delà du logement, l'insertion dans la « vie sociale », dans la sociabilité de la cité est également indispensable, mais là encore, elle doit être aidée, accompagnée pour ces publics fragiles.

L'association Vivre en Ville 01 porte un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) pour les handicapés psychiques (personnes atteintes de schizophrénie, troubles bipolaires, psychoses, ...). Cette association a pour objectif d'aider les personnes handicapées psychiques à s'insérer dans la vie de la cité, au travers de différentes activités et d'un service d'accompagnement des malades dans différents types d'activités quotidiennes. Le SAVS accueille ainsi 19 personnes âgées de 23 à 60 ans qui ont des pathologies psychiatriques avérées et qui sont suivies par un médecin généraliste ou par le CPA (ou les deux). En complément des activités proposées aux malades par les professionnels du CPA (CATTP, Hôpital de jour), Vivre en Ville 01 propose également des activités, à travers un club d'activités de jour (qui reçoit une quinzaine de personnes chaque jour en moyenne), dont l'objectif –thérapeutique – est de mettre le malade en lien avec d'autres ressources de sociabilité dans la cité. Néanmoins victime de son succès, l'association a une liste d'attente, qui souligne le fait que des besoins importants existent, mais ne trouvent pas de réponse...

Plusieurs professionnels ont également évoqué un projet de création d'un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH). Les objectifs d'un SAMSAH sont très proches de ceux d'un SAVS : il s'agit de l'accompagnement d'adultes handicapés dans leur projet de vie, en favorisant les liens familiaux, sociaux, scolaires, professionnels...ce service apporte également une aide dans les actes essentiels de l'existence, un accompagnement social en milieu ouvert, mais aussi un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. Donc, à la différence des SAVS, les SAMSAH sont dotés, en sus,

d'une équipe médicale et paramédicale qui peut émettre des conseils, et apporter des aides. Néanmoins, cette aide ne se substitue pas au suivi médical des personnes par d'autres professionnels de santé mentale (notamment de la psychiatrie publique).

Notons que certains professionnels souhaitent également la création d'un Groupement d'entraide Mutuelle (GEM) sur Bourg-en-Bresse, à l'image de celui qui existe à Montrevel-en-Bresse. Un GEM est porté par des malades mentaux, avec l'aide de non-malades (bénévoles, coordonateurs professionnels) et a pour objectif la création de liens de sociabilité, d'échange entre malades, hors de l'hôpital. Il ne s'agit donc pas de mettre en place des activités occupationnelles, mais de travailler à l'autonomie des personnes en favorisant l'éclosion de projets, le choix des sujets de discussion, etc. La dimension collective et la place donnée aux malades, en font semble-t-il un outil thérapeutique à la fois très complémentaire de ce qui est fait dans le domaine du soin « formel » et une passerelle vers d'autres formes de sociabilité.

L'accès aux ressources de sociabilité « classique » comme les centres sociaux reste néanmoins problématique pour les personnes ayant des troubles mentaux : l'accueil de ces personnes nécessite un accompagnement très rapproché et soutenu qui lorsqu'il fait défaut peut conduire à des situations délicates. Si le malade n'est pas « encadré », ses éventuels problèmes de comportements risquent d'effrayer les autres participants des activités et de faire fuir ce public...

Dernier point : l'insertion des malades psychiques par l'emploi. Les ESAT manquent de places pour pouvoir répondre à toutes les demandes, et le travail en entreprise « classique » n'est pas facile à obtenir, notamment dans un contexte de marasme économique, où les exigences des entreprises sont toujours plus élevées. Ainsi, cette voie d'insertion est en pratique, excessivement réduite et le logement comme la sociabilité constituent aujourd'hui les axes principaux pour l'insertion des malades psychiques dans la cité.

### 2.3.3. Addictions : l'alcool reste une problématique centrale

#### 2.3.3.1. Des acteurs-clefs dans le domaine des addictions

Trois ressources sont particulièrement repérées à Bourg-en-Bresse dans le domaine des addictions : l'Association Nationale en Alcoologie et Addictologie de l'Ain (ANPAA 01), l'association Accueil Aide aux Jeunes (AAJ), qui est un centre de soins spécialisés pour toxicomanes (CSST) et le service d'addictologie de l'hôpital Fleyriat.

L'ANPAA réalise des actions de prévention, notamment dans les établissements scolaires, lors de stages de sécurité routière et propose également des consultations pour des personnes ayant des consommations problématiques. L'ANPAA va devenir prochainement un CSAPA (Centre de Soins et de Prévention et Addictologie)<sup>20</sup>, plutôt orienté sur l'alcool et le tabac.

AAJ, Centre de Soins Spécialisé pour Toxicomanes (CSST) propose une prise en charge médicale, psychologique et sociale aux toxicomanes et dispose également d'un centre de traitement de substitution (CTS) pour les personnes en sevrage et en post-cure. AAJ constituant l'une des principales ressources en matière de sevrage et de substitution dans l'Ain, les demandes sont très nombreuses et les moyens humains disponibles sont, semble-t-il, de moins en moins suffisants pour répondre aux besoins. Enfin un temps de consultation réalisé par un psychologue est dédié aux jeunes consommateurs et à leurs parents (ciblé sur cannabis et autres produits illicites), et également aux jeunes qui n'ont pas de

---

<sup>20</sup> Les CSAPA, dont les missions sont précisées dans le décret du 14 mai 2007, s'inscrivent dans le cadre des orientations du plan gouvernemental de lutte contre les drogues, le tabac et l'alcool 2004-2008 ainsi que dans le cadre du plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011. Les CSST et CCAA qui constituent déjà des établissements médico-sociaux ont donc vocation à devenir des CSAPA. Ils remplacent les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie

problèmes de consommations, mais plutôt un mal-être, un besoin d'écoute. AAJ a ainsi une connotation largement moins « psychiatrique » que le CMP (bien que travaillant en collaboration avec le CMP ados et l'unité de soins pour adolescents du CPA) et peut donc être plus rassurante pour les jeunes, néanmoins l'étiquetage « toxicomanie » peut inversement dissuader certains d'entre eux... Enfin, AAJ intervient également au sein de différentes structures pour des actions de prévention. Comme l'ANPAA, AAJ va devenir un CSAPA, mais avec une orientation spécifique en matière de produits illicites. Notons que cette association semble aujourd'hui confrontée à un problème de déficit de moyens et de locaux, puisque l'association va devoir déménager prochainement (les locaux actuels de l'ancien hôpital psychiatrique étant récupérés par le Conseil général).

Lorsqu'une personne est repérée comme polyconsommatrice, il a été convenu entre les deux associations qu'elle serait orientée vers l'une ou l'autre association en fonction du produit principalement consommé

D'autres associations (Vie Libre, Alcool Assistance, l'Association Départementale d'Education pour la Santé, AIDES,...) sont également présentes sur Bourg-en-Bresse, qui peuvent intervenir dans le domaine de la prévention primaire, secondaire ou tertiaire, auprès de toutes les tranches d'âge.

Le service d'addictologie de l'hôpital de Fleyriat propose des consultations et des hospitalisations pour sevrage. Ce service a passé une convention avec l'ANPAA : un psychologue de l'association est présent tous les jours à l'hôpital, où il passe de service en service pour rencontrer les personnes qui sont concernées par un problème d'alcool, ou de tabagisme. Le même type de convention existe entre l'hôpital de Fleyriat et l'association AAJ, notamment en ce qui concerne les personnes en substitution ou en sevrage par rapport à des substances psychoactives.

Néanmoins, on ne repère pas de ressources de post-cure sur la ville ni même dans le département de l'Ain, ce qui représente un manque important pour les patients qui sortent d'une cure de sevrage.

Depuis décembre 2008, un réseau (« Addiction 01 ») propose d'accompagner les professionnels de santé confrontés aux problèmes des conduites addictives. Son objectif est de rassembler les professionnels de la santé confrontés aux problèmes des toxicomanies (aujourd'hui les produits illicites et à terme l'alcool et le tabac), afin d'harmoniser les pratiques, notamment en proposant des outils communs aux soignants pour favoriser les échanges d'information. Il s'agit également de mettre les usagers de produits psychotropes qui sont en demande d'aide en lien avec des professionnels compétents, dans un délai très bref.

Ce réseau rassemble les acteurs sus-cités, mais également le CPA, des pharmaciens et des médecins généralistes du département. Au moment de l'étude 4 médecins et un pharmacien faisaient partie du réseau<sup>21</sup>. Cette démarche semble répondre à un réel besoin de repérage des ressources, des différentes compétences, et aussi à un besoin de mobilisation des professionnels sur cette thématique dont la visibilité est croissante.

Notons cependant qu'au moment de l'étude, il n'existait pas à Bourg-en-Bresse de programme d'échange de seringues en direction des usagers de drogues. Si la communauté d'agglomération de Bourg-en-Bresse fournit des containers de récupération des seringues aux professionnels et aux personnes qui sont en auto-traitement (notamment les diabétiques) et qui font donc une demande formelle et s'inscrivent dans un fichier de bénéficiaires, ce système ne convient guère aux toxicomanes qui sont en demande d'anonymat et de confidentialité, sans compter que les personnes plus ou moins en errance, qui n'ont pas de repères stables en termes de logement, de rythme de vie etc. ne sont pas à même d'utiliser les dispositifs qui requièrent stabilité, régularité, etc...

Certains professionnels se demandent ainsi comment sont collectées et traitées les seringues laissées par les toxicomanes dans les espaces publics, et ce que cela représente en volume... Précisons cependant qu'on ne repère pas de phénomène de demandes de riverains pour faire « évacuer » tel ou tel groupe de toxicomanes qui laisserait des seringues usagers (ou d'autres objets souillés) dans les immeubles, les jardins, etc.

---

<sup>21</sup> Au moment de la finalisation du présent rapport ces chiffres avaient considérablement évolué et le réseau comprenait alors : 20 médecins, 30 pharmaciens, 1 infirmière et 50 patients...

Enfin, il semblerait que les chefs d'entreprises soient de mieux en mieux sensibilisés à la question des consommations d'alcool et des risques professionnels et que de plus en plus, ils soient demandeurs de séances d'information de leurs salariés. Cette porte d'entrée mérite sans doute d'être explorée et exploitée plus avant, avec le concours des médecins du travail.

### 2.3.3.2. Les consommations problématiques d'alcool : un problème très repéré... Mais les ressources ne le sont pas toujours

La consommation de tabac est une problématique bien repérée par les professionnels, néanmoins, ce sont surtout les consommations abusives d'alcool qui émergent comme les plus transversales à toute la population.

Concernant toutes les tranches d'âge à partir de l'adolescence, ces consommations posent à la fois la question de la santé et celle de l'insertion sociale.

Les professionnels du social sont parmi les acteurs les plus fortement confrontés aux problèmes d'alcoolisme. Ainsi les bénéficiaires isolés du RMI sont fréquemment concernés, ce qui a amené la DGAS à mettre en place des actions élaborées avec l'ANPAA, dans le domaine de la prévention primaire et surtout secondaire.

Du côté des publics plus marginalisés, comme ceux qui peuvent être accueillis au CHRS de Tremplin, on souligne que ces consommations problématiques d'alcool sont souvent imbriquées avec des difficultés de santé mentale, ce qui multiplie les difficultés pour faire un travail de prévention et d'accompagnement avec ces publics.

Plus globalement, on note que si la consommation d'alcool associée à des pratiques familiales, traditionnelles, est encore bien présente chez les publics d'origine rurale ou ouvrière, on repère, à Bourg même, qu'il y a de plus en plus de personnes urbaines, de catégories sociales diverses (voire élevées) concernées par des consommations problématiques.

Ainsi, les consommateurs chroniques sont plus jeunes qu'autrefois (30-45 ans), et les urbains, socialement bien insérés, avec un niveau d'étude moyen ou élevé sont plus visibles, enfin la proportion de femmes augmente, même si ce sont les hommes qui sont les plus vus par les associations et structures de prises en charge. Enfin les polyconsommateurs qui consomment tabac, alcool et substances illicites (notamment cannabis) sont également de plus en plus visibles. C'est chez les consommateurs plus jeunes ou mineurs que l'on retrouve les problèmes de consommations excessives en un temps très court. Cette recherche de « défonce » entraîne de plus en plus d'hospitalisations de mineurs.

En ce qui concerne l'alcool, les pratiques familiales restent déterminantes : les effets de tradition, de transmission et de tolérance facilitent et légitiment les consommations. Parallèlement, il n'est pas certains que les débits de boisson ou même les magasins demandent effectivement et systématiquement leur pièce d'identité aux mineurs.

Certains des habitants que nous avons rencontrés, directement confrontés à ce problème par le biais de leurs proches, ont souligné leur sentiment d'isolement et de besoin d'aide, à la fois pour aider les proches en question, mais également pour s'en préserver :

*« Mon père est alcoolique. Nous, on ne sait pas à qui l'adresser. On s'est débrouillées toutes seules avec ma sœur pour gérer ça. Ça fait quatre ans qu'on essaye de le mettre sous curatelle car tout son argent part là-dedans... On va essayer de lui trouver un appart loin pour le couper de son entourage qui l'incite à boire... J'ai essayé de le garder chez moi mais c'est pas possible : on s'engueulait tout le temps... »*

On peut souligner à cet égard que les habitants, souvent, connaissent très mal les ressources spécifiquement dédiées aux problèmes d'alcoolisme, et qu'ils repèrent mal les « portes d'entrée » vers ces

ressources. On peut ainsi se demander si les professionnels de première ligne, tant dans les champs médical que social, communiquent suffisamment sur cette question et sur les ressources possibles auprès de leurs publics, et si eux-mêmes sont suffisamment informés dans ce domaine. Par ailleurs, il serait pertinent d'analyser plus finement l'aide dont ont besoin les proches de malades alcooliques et comment les outils d'accompagnement peuvent éventuellement être mieux ajustés.

Reste que la prévention primaire auprès des familles, des parents, mais également des chefs d'entreprise est difficile à mettre en place, notamment en ce qui concerne l'alcool, tant les effets de tradition banalisent les consommations problématiques.

#### 2.3.3.3. Les addictions aux substances illicites : en augmentation

Globalement, les professionnels constatent une hausse des consommations et notamment des polyconsommations. Le prix de certaines substances ayant baissé, leur consommation en est facilitée et c'est ainsi que selon les publics, la cocaïne et surtout l'héroïne sont de plus en plus consommées. Enfin les « mésusages » du Subutex sont également fortement repérés (injecté au lieu d'être ingéré, notamment, il provoque des effets qui se rapprochent davantage de l'héroïne).

Notons que très peu de médecins généralistes acceptent de prendre en charge des toxicomanes. Ceux qui le font, généralement prennent le relais d'AAJ qui au départ de la démarche de sevrage, mettent en place un dosage que le patient doit respecter. Néanmoins, il semblerait que quelques médecins ne travaillent pas en lien avec AAJ et entament seuls des démarches de substitution avec leurs patients : les dosages seraient dans certains cas, semble-t-il, plus importants et pas forcément bien ajustés à l'état du patient.

Par ailleurs, certains toxicomanes qui ont un médecin traitant préfèrent s'adresser à un autre médecin pour leur traitement de substitution (peut-être par crainte d'un certain étiquetage ou contrôle social)... Or, lorsque ces patients sont bénéficiaires de la CMUc ou acceptés en ALD, cela peut poser des problèmes aux médecins pour le règlement de la consultation : n'étant pas le « médecin traitant officiel », le remboursement de la consultation s'effectue à minima, ce qui serait la cause du refus de certains médecins d'accepter certains patients qui ne sont pas « leurs » patients.

#### 2.4. Le handicap : les ressources et des besoins, en matière de mobilité, d'insertion dans la cité

Plusieurs ressources sont présentes à Bourg-en-Bresse pour faciliter la vie en ville aux personnes handicapées.

En premier lieu, soulignons que la ville s'est dotée de différents outils pour aider les personnes handicapées. Depuis 2008, il existe une commission accessibilité qui travaille à améliorer la qualité de vie des personnes handicapées (transports en commun, voirie, accessibilité des bâtiments). Par ailleurs, un poste est dédié à la question du handicap : une employée municipale travaille en lien avec les différents services de la ville, les organismes institutionnels (Maison Départementale des Personnes Handicapées, communauté d'agglomération de la ville de Bourg-en-Bresse, ...) et un collectif d'associations (qui couvre tous les handicaps, sauf la déficience auditive) afin de faciliter l'intégration des personnes handicapées à Bourg. Plus concrètement, il s'agit de faire progresser l'aménagement de la ville (abaissement des trottoirs, développement de places de stationnement pour les Grands Invalides Civils –GIC-, etc...), la question des transports en commun adaptés (en lien avec le service « déplacements » de l'intercommunalité). On notera que ce service dédié n'a pas encore été sollicité sur la question du handicap psychique.



Enfin, la municipalité a mis en place des actions spécifiques pour promouvoir l'accueil et l'insertion des personnes handicapées, notamment en décernant chaque année le prix de l'intégration.

En ce qui concerne les transports en commun, sur 36 bus que compte l'agglomération de Bourg, 16 possèdent un plancher surbaissé muni de palette et d'un espace pour les usagers se déplaçant en fauteuil roulant ainsi que d'un dispositif d'annonce visuelle. A terme (au fur et à mesure du renouvellement des bus), tous les bus seront configurés de cette manière.

En complément du réseau de transport public Tub, la Communauté d'Agglomération met à disposition des personnes à mobilité réduite, un service de transport spécifique, Viva Tel, avec réservation préalable (48 h à l'avance, et au plus tard la veille du déplacement). Ce service leur permet de se déplacer d'une adresse à une autre, de porte à porte grâce à des véhicules adaptés (il s'agit de minibus pouvant contenir jusqu'à deux fauteuils roulants). Ce service fonctionne du lundi au samedi de 7h00 à 20h00 (hors jours fériés). Il est accessible aux personnes présentant les handicaps temporaires ou permanents suivants : taux d'invalidité minimum de 80%, usage d'un fauteuil roulant, non-voyant. Viva'Tel est à la disposition des personnes à mobilité réduite pour leurs trajets occasionnels (achats, démarches administratives, loisirs...), ou pour leurs trajets réguliers.<sup>22</sup> Ce service permet aux personnes handicapées de se déplacer à l'échelle de l'agglomération et le conducteur peut également accompagner les personnes physiquement dans leurs démarches (pour effectuer des courses, ...).

En matière de logement, les bailleurs sociaux présents à Bourg-en-Bresse adhèrent au dispositif ADALOGIE 01, qui est géré par le CAL PACT, et qui permet d'aménager les logements sociaux pour les personnes handicapées (salles de bains adaptées, largeur des portes, ...)

Enfin, on notera l'existence d'une maison de retraite (de 20 places) spécifiquement dédiée aux déficients intellectuels, gérée par l'ADAPEI.

Néanmoins, les personnes handicapées ont encore de fortes attentes sur différents points. En premier lieu, si le service Viva Tel est apprécié, les retards semblent fréquents et sont particulièrement difficiles à vivre pour des personnes extrêmement contraintes dans leurs déplacements. Par ailleurs, l'absence de transport adapté le dimanche et en soirée est très durement ressenti par les personnes à mobilité réduite qui voient de ce fait leurs possibilités de sociabilité et de loisirs réduites. Plusieurs personnes ont également signalé que le tarif du transport adapté est relativement onéreux pour des personnes handicapées qui, bien souvent, n'ont pour tout revenu que l'allocation adulte handicapé (AAH)... En sus de la question des déplacements, il existe pour une partie des personnes handicapées de forts besoins d'accompagnement physique. Ainsi se déplacer chez le médecin généraliste ou chez le dentiste pour des personnes en fauteuil roulant est pratiquement impossible sans aide : il y a le plus souvent quelques marches à monter avant de pénétrer dans l'immeuble, tous les ascenseurs ne sont pas adaptés, et enfin en ce qui concerne le dentiste, il faut être aidé pour pouvoir prendre place dans le fauteuil du praticien...

Il reste donc encore beaucoup à faire en matière d'aide et d'accompagnement des personnes handicapées, tant ce champ est à la fois vaste et les situations différentes. Quoiqu'il en soit, sans aidants naturels très actifs, la vie des personnes handicapées reste un parcours du combattant. Un parcours qui démarre pour certains avec le montage du dossier de reconnaissance du handicap par la MDPH qui est décrit comme long et complexe à remplir. C'est l'exemple même de la situation où les personnes ont besoin d'aide pour effectuer les démarches, retirer et remplir le dossier etc... Mais les ressources d'aide « concrète » (en dehors des associations spécifiques telles que l'Association des Paralysés de France), sont semble-t-il encore insuffisantes ou mal connues...

Enfin, outre la question de l'accessibilité physique de la ville il reste que l'insertion des personnes handicapées dans le monde du travail est très difficile (notamment dans le contexte économique actuel) et que la participation à des activités culturelles et sportives est également peu favorisée. Au-delà des difficultés engendrées par une mobilité réduite ou d'autres contraintes physiques, le coût des loisirs, de la pratique d'un sport en club, est très élevé pour les personnes en situation de handicap qui ne peuvent

<sup>22</sup> Source : site internet de la communauté d'agglomération de Bourg-en-Bresse : [www.agglo-bourgenbresse.fr](http://www.agglo-bourgenbresse.fr)

compter que sur leur allocation spécifique. Notons toutefois la participation financière du CCAS de la ville et d'autres organismes culturels (Maison des Jeunes et de la Culture, théâtre et Cinémateur) à la pratique d'activités.

## 3. ÉLÉMENTS PAR TRANCHE D'ÂGE

### 3.1. Les enfants

#### 3.1.1. Petite enfance et parentalité : des lieux pour parler, échanger

Plusieurs ressources spécifiquement dédiées à la petite enfance sont repérées à Bourg-en-Bresse. Outre les crèches<sup>23</sup>, différents dispositifs sont présents dans les différents quartiers de la ville.

On note ainsi l'existence sur le quartier Croix Blanche d'un Lieu d'Accueil Parents-Enfants (LAPE), « 1,2,3 Soleil » qui accueille les petits de 0 à 4 ans et leurs parents deux jeudis après-midi par mois. Par ailleurs, tous les lundis, le Centre Social de la Croix Blanche accueille la consultation de PMI (service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général), ainsi qu'une animation de salle d'attente, qui permet aux mères en attente de la consultation de PMI de discuter avec une professionnelle, dans la salle d'attente, et d'évoquer certaines difficultés ou de poser certaines questions.

La Croix Blanche compte également une halte-garderie, pour un accueil ponctuel et irrégulier par demi-journées. La structure est surtout utilisée par des mères au foyer du quartier qui ont besoin de souffler ou de se libérer un moment pour faire certaines démarches, des courses, ou encore qui souhaitent préparer ainsi l'entrée en école maternelle pour leur enfant. Un quart des enfants ont des mères qui exercent une activité professionnelle, ce qui favorise une certaine mixité sociale.

Cette halte-garderie organise tous les mois une action de parentalité (« Récréatruc ») qui permet aux mères de s'investir dans une activité ludique, éducative, auprès leur enfant (dès 20 mois), dans une dynamique collective, pendant une heure. Cette action concerne 8 mères et leurs bébés à chaque fois.

Au centre social de la Reyssouze, on repère également un autre LAPE, « Le Jardin d'Alexandre » qui organise également des actions avec les parents.

La halte-garderie de Terre des Fleurs organise deux jeudis par mois un accueil des parents, avec une professionnelle de la PMI, pour évoquer les questions, les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les adultes avec leurs enfants en bas-âge. Les professionnels soulignent que la consultation de PMI la plus proche est située dans le centre Thérèse Sommier (place des Lices), ce qui pose problèmes aux mères qui n'ont pas de véhicule personnel : il n'y a pas de transports en commun direct depuis le quartier Terre des Fleurs et à pied, le trajet prend facilement une demi-heure (voire davantage avec une poussette, de jeunes enfants à pied, etc.). Cet accueil réalisé par une puéricultrice de la PMI est donc très important étant donné l'éloignement du quartier des ressources du centre-ville mais également le fait que la population de ce territoire est à la fois souvent en situation de précarité économique mais aussi sociale, avec un taux important de familles monoparentales (à titre de comparaison, les familles monoparentales fréquentant la halte-garderie de la Croix Blanche sont très peu nombreuses).

Les professionnels soulignent le rôle important que jouent ces différentes ressources pour permettre aux parents de verbaliser, d'échanger autrement que lors des consultations médicales, notamment lorsqu'il s'agit de familles en situation de précarité, qui manquent de réseaux sociaux aidants.

Dans un registre un peu différent, on notera l'existence d'un projet de création d'une structure de type « Maison Verte » (ou Maison Dolto). Ce projet fait suite à une étude de besoins menée sur le territoire de l'agglomération, dans une démarche partenariale associant le service Petite Enfance de la ville de Bourg-en-Bresse, le Conseil général (avec deux médecins de PMI), le CPA (avec plusieurs psychologues et

---

<sup>23</sup> On repère à Bourg-en-Bresse 7 crèches et 2 haltes-garderies. Bourg a une capacité d'accueil de 150 enfants dans les crèches et de 100 enfants dans les haltes-garderies. Parmi ces derniers, 40 sont accueillis dans les haltes-garderies de la Ville

pédopsychiatres) ainsi que le CAMSP polyvalent de Bourg-en-Bresse. Au moment de l'étude, l'emplacement de cette structure n'était pas encore défini, néanmoins, il semblait important que ce lieu soit facile d'accès pour le plus grand nombre et donc plutôt central (notamment compte-tenu de l'organisation des transports en commun). Les Maisons Vertes sont le fruit de la volonté de la psychanalyste Françoise Dolto de créer des espaces alternatifs, animés par des accueillants (professionnels, mais néanmoins non « étiquetés » lors de cet accueil) pour permettre aux parents et aux enfants des rencontres, des échanges sur un registre différent du registre médical ou éducatif habituel... De ce fait, les Maisons Vertes sont fortement teintées par la culture psychanalytique et les professionnels soulignent que ce sont souvent les parents déjà sensibilisés à cette approche qui utilisent ces maisons. Il est donc important de rester vigilant sur la question de la mixité sociale et de l'utilisation de cette ressource par des publics non-déjà sensibilisés.

Plusieurs professionnels ont souligné le fait qu'il existe cependant encore d'importants besoins autour de la périnatalité et de la petite enfance.

Ainsi, on note que le CMPE participe aux consultations de PMI du centre Thérèse Sommier (pour les moins de 18 mois), une demi-journée par semaine. Ce travail a pour objectif de repérer et prévenir les troubles de la relation parent-enfant, ou du moins d'évoquer les problématiques autres que somatiques qui peuvent concerner le petit enfant et ses parents.

Enfin, en application des préconisations du dernier plan national de périnatalité, le réseau régional de périnatalité Aurore, auquel adhèrent le pôle mère-enfant de l'hôpital de Fleyriat et le Conseil général de l'Ain, a favorisé la mise en place, depuis plusieurs années, d'une liaison entre la PMI et le pôle mère-enfant, notamment avec l'une des puéricultrices de la PMI, (présente à 50% de son temps) dans le pôle mère-enfant. Cette présence facilite le repérage précoce des situations de fragilité parentale qui peuvent conduire à une alerte des services de la PMI, tout en informant la mère de cette démarche, avant sa sortie de maternité. L'objectif est de pouvoir apporter une aide à la mère, et à son enfant, lors du retour à domicile.

Cependant, il n'y a pas encore véritablement de réseau multipartenarial autour de la petite enfance à l'échelle de Bourg-en-Bresse, et ceci est interprété comme un véritable manque par différents professionnels rencontrés. Nous avons néanmoins repéré, au moment de l'étude, l'élaboration d'un projet de mise en place d'un réseau sur la question de la périnatalité qui réunissait le CMPE, le Conseil général, le CAMPS, la CAF, les travailleuses familiales : l'objectif de ce réseau étant de développer les outils de prévention de repérage et d'aide autour des troubles de la relation parent-enfant.

### 3.1.1. Enfants du primaire : des parents en difficultés d'éducation, de parentalité

La plupart des professionnels travaillant dans les quartiers en politique de la ville, au contact des enfants nous ont fait part de leur sentiment que certains parents sont en grande fragilité par rapport à leurs enfants, et que ces difficultés vont plutôt en s'intensifiant à mesure que les enfants grandissent. Aux difficultés socio-économiques associées au chômage, aux faibles revenus, s'ajoute de plus en plus souvent la problématique de la monoparentalité, sans parler des difficultés spécifiques aux trajectoires d'immigration avec ce qu'elles impliquent de déracinement des familles, d'isolement, de problèmes de langue, mais aussi parfois de repli sur la communauté d'origine et sur la religion.

Dans ce contexte, et lorsque toutes les difficultés se cumulent, de nombreux professionnels évoquent la perte de « repères des parents » : des heures de coucher aléatoires, à l'absence de repas cuisinés en passant par les difficultés à « dire non » à « poser des limites », il semble que de plus en plus de parents peinent dans leur rôle d'éducateurs. Ces difficultés ne concernent certes pas tous les parents, mais une partie d'entre eux. Et, parmi ces derniers, certains demandent de l'aide aux professionnels, mais d'autres ne visualisent pas ces difficultés (et celles de leurs enfants) et sont dans l'incompréhension voire le déni... Les professionnels décrivent ainsi des mamans souvent fatiguées, qui « ont besoin de souffler », et qui n'ont plus de ressort pour faire face au comportement difficile de leurs enfants, ou encore qui ne parviennent pas à se projeter dans l'avenir, à anticiper les besoins de leurs enfants, à avoir véritablement

des échanges avec ces derniers. Les pères, parfois très absents sont largement moins vus par les professionnels...

Dans la plupart des quartiers, des démarches sont menées pour permettre aux parents de se retrouver, de parler de leurs difficultés : les LAPE, mais aussi les groupes de paroles qui existent (« Couleur café » à Terre des Fleurs, le « Café Habitants » à la Croix Blanche, ...) sont autant de supports de verbalisation. Néanmoins, lorsqu'une approche plus spécifique des difficultés des enfants est proposée (hygiène de vie, ...), il est plus ardu d'intéresser les parents. On notera cependant que certaines expériences semblent avoir trouvé un écho positif chez les parents, c'est notamment le cas du travail qui a été mené à la Reyssouze, dans l'école Saint-Exupéry : une diététicienne est venue rencontrer les parents à plusieurs reprises. Le fait qu'elle soit présente à 8h30 dans le hall de l'école, alors que les parents venaient déposer leurs enfants a été grandement facilitateur : les parents n'avaient pas besoin de prévoir ce rendez-vous ou de se déplacer expressément pour cette raison. Accompagnant leurs enfants à l'école, il leur était facilement possible (la plupart des mères n'ayant pas d'activité professionnelle) de rester un moment avec la professionnelle et de parler avec elle de l'alimentation des enfants...

Globalement, on peut retenir qu'il est difficile d'intéresser les parents avec une entrée qui est directement centrée sur un problème : la crainte d'être stigmatisé, culpabilisé par un professionnel, la crainte du contrôle social et également la répulsion à évoquer – encore - des problèmes (alors que ces personnes sont plutôt en recherche d'une certaine « évasion ») peuvent expliquer ces difficultés. A l'inverse, les opportunités de sociabilité, de verbalisation, les approches moins centrées sur des « problèmes » sont peut-être plus attractives...

Reste que dans certains cas, ces difficultés se muent en problématique de négligence parentale, voire en maltraitance... Ces parents qui n'arrivent plus à « faire face » ont peur des assistantes sociales mais aussi des convocations du médecin scolaire, et globalement fuient les professionnels du social et de la santé. Pour autant, ils ne parviennent pas toujours à réagir ou même à finalement demander de l'aide...

On soulignera l'existence à Bourg-en-Bresse d'un DRE (Dispositif de Réussite Educative) - nommé PRE- sur d'autres territoires, qui permet de rassembler plusieurs professionnels d'institutions différentes autour d'un enfant étant en situation problématique, avec l'accord et la participation de sa famille. L'objectif de ce dispositif est de mettre en place un programme d'accompagnement et d'aide individualisé pour que l'enfant puisse retrouver des repères, à l'école mais aussi d'une manière plus générale dans ses rapports aux autres, par rapport à son avenir, à ses aspirations etc. Au moment de l'étude ce dispositif était encore récent et il ne sera possible d'en évaluer le travail qu'après quelques mois – au moins – d'existence

### 3.1.2. Au plan physique : des éléments favorables mais encore des « points noirs »

Au plan somatique, on soulignera que les équipes médicales de PMI ne peuvent voir tous les enfants de moyenne section de maternelle, dans le cadre des bilans de santé, faute de moyens humains suffisants. Néanmoins, les différents professionnels rencontrés convergent sur certains constats essentiels.

En premier lieu, l'état dentaire des enfants s'est plutôt amélioré sur la longue durée : globalement, les professionnels repèrent moins de bouches très abîmées. Les messages de prévention, les consultations des dentistes de l'UFSBD dans les écoles, etc. ont semble-t-il relativement porté leurs fruits. Néanmoins, on repère encore des problèmes importants chez les enfants de familles socio-économiquement défavorisées : défaut d'hygiène bucco-dentaire, défaut de consultations de suivi et de soins, insouciance par rapport aux dents de laits (que certains parents ne font pas soigner, pensant que puisqu'elles ne sont pas définitives, les soins sont inutiles)... Enfin, les pratiques alimentaires sont également incriminées, et notamment le fait de grignoter en permanence ou d'avoir toute la journée accès à un biberon de lait pour les plus jeunes.

Des pratiques alimentaires qui ont également des répercussions sur le poids des enfants. Plusieurs professionnels soulignent ainsi que chez les enfants de milieux socio-économiquement défavorisés, les problèmes de surpoids sont de plus en plus fréquemment rencontrés. Du « rebond » d'adiposité des enfants autour de 5-6 ans, à l'embonpoint qui s'installe peu à peu, les problèmes de surpoids sont de plus en plus visibles en primaire et il semble que le problème s'intensifie lorsque les enfants arrivent au collège.

Les professionnels soulignent qu'il reste délicat d'aborder cette question avec les parents : pour certains, cet embonpoint est plutôt le signe d'une certaine robustesse et ils ne comprennent pas que cela puisse être associé à des problèmes de santé dans le futur. Globalement, il semble que plus la famille est en difficulté, plus il est ardu d'attirer l'attention des parents sur ce problème... Les écoles et les centres de loisirs tentent de sensibiliser les familles en évitant les goûters industriels et en privilégiant les fruits ou produits lactés, mais le sujet reste épineux....

Et ce d'autant plus que ce travail de sensibilisation autour de l'équilibre alimentaire est perturbé d'une certaine manière par l'exigence de viande « hallal » qu'ont de plus en plus de familles de confession musulmane. Ainsi, les professionnels prônent la diversité alimentaire, mais cette diversité est impossible dans les structures collectives pour les enfants qui ne peuvent manger de la viande non-hallal, voir des aliments qui ont été en contact avec la viande non-hallal. Les centres de loisirs de l'association Alfa 3A souhaitent ainsi que les féculents ou légumes servis aux enfants le soient séparément de la viande, afin que les enfants puissent – a minima – manger ces féculents ou légumes.

Dans les quartiers en politique de la ville de Bourg-en-Bresse on repère donc cette double thématique, qui est aujourd'hui devenue un « classique » dans ces territoires, le surpoids et les problèmes de santé associés chez les personnes défavorisées et, parallèlement, la volonté d'une partie des familles que leurs enfants aient accès à des repas « complets » lorsqu'ils sont en collectivité, alors que ces derniers ont interdiction de consommer de viande non-hallal. Cette interdiction est édictée par les parents et son respect est assuré par le contrôle social que les enfants exercent les uns sur les autres : celui qui oserait manger de la viande non-hallal serait dénoncé à ses parents et risquerait de surcroît d'être ostracisé par ses camarades.

Les préoccupations des uns ne rencontrent pas forcément les préoccupations des autres, même si chez les professionnels et les familles on retrouve ce souci d'une alimentation complète...

Reste que les ressources médicales, spécialisées pour traiter des problématiques de surpoids font défaut à Bourg-en-Bresse. Il semble qu'il y ait eu il y a quelques années un projet de création d'un REPOP (REseau de Prévention de l'Obésité Pédiatrique), mais trop peu de médecins généralistes et de pédiatres étaient impliqués pour qu'un tel réseau fonctionne. De fait aujourd'hui, il n'est pratiquement pas possible d'orienter les enfants vers des professionnels spécialisés : on ne repère pas de consultation de référence en la matière à Bourg et les médecins nutritionnistes ou encore les diététiciens sont souvent hors de portée financière des familles modestes. Enfin, il n'y a pas de consultation spécialisée pour les enfants dans les établissements hospitaliers de la commune. Certains professionnels orientent les familles vers les médecins nutritionnistes de la CPAM, qui interviennent notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques. Mais cette ressource reste méconnue, et n'est apparemment pas spécialisée dans les enfants.

Pour les enfants souffrant d'une obésité avérée, on repère la possibilité d'un séjour au centre de Chanay, près de Hauteville, mais ce service est réservé aux enfants qui ont un grave problème de poids et il implique une adhésion et une implication totale de l'enfant et de sa famille.

Cette question du surpoids et des déséquilibres alimentaires est aussi le reflet de déséquilibres plus globaux dans la vie des enfants : de nombreux professionnels insistent sur le fait que parallèlement aux comportements de grignotage, de consommation de produits très riches, on trouve des « désordres » plus généraux dans les rythmes de vie des enfants : horaires de coucher irréguliers et tardifs, télévision dans les chambres, horaires des repas à géométrie variable... Une certaine « déritualisation » du quotidien s'est installée, qui renvoie à ce que les professionnels nomment parfois la « perte des repères » des parents qui imposent leurs rythmes et leurs soucis d'adultes aux enfants.

### 3.1.3. La santé mentale, les difficultés comportementales et éducatives

Comme dans la population générale, on retrouve chez les enfants des difficultés autour du comportement, de la santé mentale, repérés le plus souvent à l'école ou dans les centres de loisirs. Agitation (voire, hyperactivité ?), troubles du comportement divers sont de plus en plus visibles par les professionnels, à la croisée de carences éducatives et d'une certaine souffrance psychique liée à une situation familiale et sociale défavorable.

Différentes ressources peuvent être mobilisées face à ces troubles et en premier lieu le Réseau d'Aide Spécialisé aux Elèves en Difficultés (RASED). Ces professionnels de l'Education Nationale parmi lesquels on compte des psychologues et des maîtres spécialisés, interviennent dans les écoles, de manière individualisée, auprès d'enfants ayant des difficultés scolaires spécifiques, qui ne peuvent être résolues par l'instituteur. Plus de la moitié des enfants suivis par le RASED est vue deux fois par semaine, ce qui est plutôt mieux que sur d'autres territoires de la région. Néanmoins, peu d'écoles bénéficient dans les faits de la présence du RASED et toutes les demandes ne peuvent être prises en charge faute de moyens.

Lorsque les difficultés sont clairement étiquetées comme « psychologiques », les enfants sont orientés vers le « Centre de Guidance », c'est-à-dire le Centre Médico-Psychologique pour Enfants (CMPE), ou encore vers des psychiatres ou psychologues en libéral. Néanmoins, les prestations des psychologues en libéral ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie et globalement l'agglomération compte peu de professionnels de santé mentale en libéral. Certaines familles font ainsi parfois des kilomètres pour trouver un professionnel qui puisse prendre leur enfant en charge. Les contraintes financières et géographiques font que cette solution n'est accessible qu'aux familles mobiles et qui ont certains moyens financiers.

Par ailleurs, au-delà de ces obstacles matériels, certains parents ne comprennent pas l'utilité ou la spécificité des soins en santé mentale et après quelques séances, ils abandonnent, jugeant que la démarche est inutile.

Plusieurs professionnels ont insisté sur le fait qu'il n'y a pas à Bourg-en-Bresse de Centre Médico Psycho-Pédagogique (CMPP). Ces centres ont une approche à la fois psychologique et éducative spécifique et différente du travail qui est réalisé dans les CMP qui relève du soin. En tout état de cause, les professionnels regrettent ce manque, étant donné l'importance et la diversité des besoins repérés à Bourg.

Une véritable spécificité burgienne doit être également être soulignée en matière d'orientation en santé mentale pour les enfants.

Ainsi, il existe à Bourg un Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) polyvalent qui suit des enfants de 0 à 6 ans. Ce type de structure a pour vocation l'aide et l'accompagnement d'enfants présentant des troubles du comportement, voire des déficits ou des pathologies, parallèlement à la scolarisation ou sans qu'il y ait scolarisation. Or, il semble que très souvent, les professionnels (éducation, médecine, ...) qui suspectent un problème d'ordre psychologique chez les enfants orientent ces derniers vers le CAMSP, plutôt que de les orienter vers le CMPE dont c'est la vocation naturelle, pour réaliser un bilan et déterminer s'il y a lieu ou non de mettre en place un soin/un suivi. Suite au bilan réalisé par le CAMSP, l'enfant sera suivi ou non dans cette institution, ou il pourra être orienté, si besoin, vers le CMPE. L'explication qui nous a été donnée par les professionnels rencontrés est que le CAMSP semble moins stigmatisant et effrayant pour les parents que le CMPE (l'étiquette psychiatrique étant encore rédhibitoire pour certains) c'est pourquoi les enfants y sont orientés en première instance, plutôt que d'être directement dirigés vers le CMPE. Il s'agit là d'un mode de fonctionnement que nous n'avons repéré sur aucun autre territoire et qui interroge l'image qu'ont certains professionnels de terrain sur les missions de la pédopsychiatrie mais aussi des CAMSP...

En ce qui concerne le CAMSP, on note que 36% des enfants suivis vivent à Bourg-en-Bresse, et que parmi ces enfants on trouve très souvent des problématiques familiales très lourdes : ainsi, 15% à 20% des enfants accueillis ont une mesure de suivi social.

Globalement, le CAMSP déplore un manque de moyens de santé mentale à Bourg pour que les enfants aient la prise en charge dont ils ont besoin : les ressources en libéral sont peu nombreuses, les délais du CMPE pour un premier rendez-vous (un à deux mois) peuvent être considérés comme trop longs par les familles et enfin il semble qu'il soit difficile pour les enfants du CAMSP d'avoir accès au Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) de la pédo-psychiatrie publique. Les liens existants entre le CAMSP et le CMPE mériteraient sans doute d'être développés ou renforcés.

Enfin, d'une manière générale, plusieurs professionnels constatent qu'il est parfois difficile de mettre en place différents suivis en parallèle pour un même enfant : les différentes structures fonctionnant à « flux tendus » il arrive qu'un enfant qui est déjà suivi par telle institution ne soit plus considéré comme prioritaire par telle autre institution qui privilégiera alors les enfants qui ne sont pas pris en charge par ailleurs. Un enfant qui a déjà un suivi est considéré comme moins prioritaire qu'un enfant qui n'en n'a aucun, et ce dans un contexte de demande supérieure à l'offre.

Au bilan, il semble que face à des problématiques de souffrance psychique de plus en plus prégnantes et visibles, le maillage entre professionnels doit être encore renforcé, même si des partenariats existent déjà, notamment dans un contexte où certaines ressources manquent ou n'ont pas suffisamment de moyens humains pour faire face à la demande.

#### 3.1.4. Les troubles du langage et de la motricité de plus en plus repérés

Autre thème qui est de plus en plus rencontré dans le cadre des diagnostics de santé en milieu urbain : les troubles du langage et les troubles de la motricité.

En ce qui concerne le langage, différentes difficultés sont repérées. En premier lieu, les professionnels de l'éducation sont aujourd'hui mieux informés et sensibilisés à la dyslexie qu'autrefois. Le problème étant plus facilement repéré en amont, cela engendre davantage d'orientation des enfants vers des spécialistes et notamment des orthophonistes. Mais au-delà de la dyslexie (et autres « dys » liées au langage), les professionnels soulignent également l'existence de difficultés langagières chez certains enfants qui semblent liées à la précarité du milieu social : faibles interactions entre parents et enfants, verbalisation réduite ou encore bilinguisme fragile dans certaines familles où les parents ne parlent pas ou très peu le français, mais qui ne maîtrisent pas pour autant très bien leur propre langue...

Or, face à ces différents troubles du langage, il n'est pas toujours facile de mettre des solutions en place. En premier lieu, les orthophonistes sont en nombre insuffisant sur l'agglomération par rapport aux besoins (données quanti) et les délais d'attente pour obtenir un premier rendez-vous peuvent donc se chiffrer en mois parfois. Par ailleurs, quand une prise en charge devient possible d'autres freins peuvent encore être rencontrés : les rendez-vous en journée sont très difficiles à honorer pour les enfants dont les deux parents travaillent et qui ne trouvent personne pour emmener leur enfant chez l'orthophoniste. Enfin, l'orthophonie n'est que partiellement prise en charge par l'Assurance Maladie, et le coût financier de ce type de suivi peut donc être exorbitant pour les familles aux revenus modestes, qui arrêtent les suivis, faute de pouvoir faire face.

Ce problème de l'accès à l'orthophonie peut donc poser d'importants problèmes pour les enfants de milieux modestes ou précaires, qui retentissent négativement à la fois sur les résultats scolaires, mais également sur le bien-être de l'enfant, son « estime de soi », ses relations aux autres, ...

La question des problèmes de psychomotricité est également évoquée par différents professionnels. Mais tous les avis ne convergent pas dans ce domaine : les uns ont le sentiment qu'à l'image de ce qui se passe avec les troubles du langage, certains enfants de milieux très précaires souffrent d'un déficit en stimulation qui entraîne des retards psychomoteurs, mais d'autres considèrent que certains problèmes se règlent d'eux-mêmes avec le temps et la maturation de l'enfant, et qu'il faut se garder de sur-étiqueter ou de sur-orienter des enfants dans les premières années de leur vie. Reste que si le problème est finalement avéré il est difficile pour les familles d'avoir accès à des psychomotriciens : d'une manière générale ces



professionnels sont très peu nombreux (ce qui est particulièrement vrai dans l'Ain) et ils ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie ce qui constitue un frein financier pour les familles précaires. Là encore la question qui se pose est celle de l'égalité d'accès aux ressources d'aide entre enfants de milieux socio-économiquement différents, et des possibilités qu'ont ces enfants de voir diminuer ou augmenter leurs problèmes, en fonction de la compréhension qu'ont leurs parents de ces problèmes mais également en fonction de leurs moyens financiers.

### 3.1.5. Les enfants porteurs de handicap : modes de garde et scolarisation encore complexe

La question du handicap chez les enfants recouvre des réalités bien spécifiques par rapport à ce que vivent les adultes, notamment du fait de l'accès possible ou non à une scolarisation « normale ».

En premier lieu, les professionnels confirment que c'est encore très majoritairement l'école qui se charge de l'annonce du handicap aux familles : ce sont les difficultés scolaires de l'enfant, ses difficultés de comportement, d'insertion qui amènent les professionnels de l'éducation à évoquer cette question avec les parents.

Une fois le handicap reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées se pose la question de l'accès à l'école de ces enfants. Pour ceux qui peuvent poursuivre une scolarité, on repère en premier lieu la possibilité d'être aidés par un Auxiliaire de Vie Scolaire (AVS). Il s'agit de personnes formées sur les problématiques du handicap, très souvent salariées d'associations, qui ont pour vocation d'aider l'enfant à suivre les cours et à faire son travail pendant les heures de classe. Il semble que sur Bourg-en-Bresse il y ait une faible attente pour l'obtention d'AVS (contrairement à ce qui se passe dans d'autres aires urbaines). Il faut néanmoins préciser que certains handicaps ne sont pas jugés comme étant prioritaires, notamment toutes les « dys » (dyslexie, dysphasie, dyspraxie, ...).

En revanche, il semble qu'en ce qui concerne la garde (à plein temps ou en péri-scolaire) d'enfants porteurs de handicap, les besoins soient très loin d'être couverts. Les assistantes maternelles ont encore souvent beaucoup de craintes par rapport à ces enfants ce qui aboutit concrètement, lorsque les deux parents travaillent, à d'importantes difficultés pour parvenir à trouver une solution de garde pour l'enfant (notamment lorsqu'il n'y a pas de places en crèches, ou que l'enfant n'a plus l'âge d'aller en crèche).

Pour les enfants scolarisés, et au-delà de la question de l'accès aux AVS, on notera qu'il existe plusieurs SESSAD (Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile) sur l'agglomération de Bourg-en-Bresse qui peuvent intervenir auprès d'enfants porteurs de handicap, dans les écoles de la ville (le fait est que les SESSAD interviennent très majoritairement à l'école et non à domicile, comme leur nom ne l'indique pas). Les professionnels ont ainsi évoqué l'existence de sept SESSAD sur Bourg, chacun étant spécialisé sur un handicap :

- Handicapés moteur (pour les 0-20 ans), porté par l'APF
- Déficients auditifs
- Déficients visuels
- Déficients intellectuels (pour les 6-16 ans), porté par l'APAJH (listes d'attentes particulièrement longues semble-t-il)
- Troubles du comportement porté par l'ITEP et le CPA
- Et enfin l'association Delta 01 qui intervient quelquefois pour les « dys »

Globalement cependant, il ressort des entretiens que l'accès à ces SESSAD est très difficile, la demande étant très supérieure à l'offre. Ainsi, de nombreux enfants qui ont reçu leur notification de la MDPH (reconnaissance du handicap) en cours d'année scolaire, doivent attendre l'année scolaire suivante pour être pris en charge. Les places existantes sont donc largement insuffisantes par rapport aux besoins, notamment pour tout ce qui concerne la déficience intellectuelle.

### 3.1.6. Les espaces de jeux dédiés aux enfants jugés insuffisamment nombreux

Les parents que nous avons rencontrés en groupes de discussion dans les différents quartiers en politique de la ville sont unanimes sur le fait qu'il manque des jardins ou du moins des espaces de jeux de proximité (dans les quartiers), dédiés aux enfants et protégés des voitures. Quel que soit le quartier, le constat est le même : même si on voit souvent des pelouses, en réalité il y a peu de lieux consacrés aux enfants, sécurisés, avec des jeux adaptés :

*« Vers Jean-Jacques Rousseau, il y a peu d'espaces pour que les enfants jouent. Il y a des jeunes avec des voitures qui se garent dans l'herbe... Donc c'est pas sécurisé. Et les bacs à sable, les chiens viennent faire leurs besoins dedans. »*

*« Ici [Croix Blanche], les enfants jouent au milieu des voitures, il n'y a pas d'espace pour eux. Ou alors, il faut les emmener au jardin des Baudières, mais ça fait loin. »*

*« Il y a rien pour les enfants ici [Terre des Fleurs]. »*

Les lieux de loisirs cités pour les enfants sont essentiellement la piscine (« Le Carré d'Eau ») et le parc de Bouvent. Mais dans les deux cas, l'entrée est payante et la plupart des parents que nous avons rencontrés (qui décrivaient souvent une situation personnelle fragile au plan économique) estiment que les tarifs sont élevés, ou du moins trop élevés pour les familles modestes. L'accès à la piscine et au parc de Bouvent est donc limité par des considérations économiques mais également par le fait que les distances à parcourir sont parfois importantes (selon le quartier habité) et qu'il est donc difficile de se déplacer (notamment avec de jeunes enfants) lorsque l'on ne possède pas de véhicule personnel (sans compter qu'il n'y a pas de transports en commun le dimanche).

De même, parents et professionnels convergent sur le fait qu'il y a de nombreuses possibilités de loisirs autour de l'agglomération ou sur le département, mais que leur accès est totalement conditionné au fait d'avoir un véhicule et un minimum de moyens financiers.

Les parents rencontrés ont donc de fortes attentes en termes d'espaces de jeux pour les enfants mais aussi d'accès à des loisirs accessibles géographiquement et financièrement, notamment le dimanche.

## 3.2. Les adolescents

### 3.2.1. La médecine scolaire : des contraintes de moyens croissantes

Tous les élèves de 6<sup>ème</sup> sont vus par une infirmière scolaire pour un bilan biométrique. Par ailleurs, les infirmières scolaires présentes à plein temps ou à temps partiel dans les établissements scolaires constituent également une ressource importante à la fois au plan de la prévention et de l'écoute pour les adolescents. Néanmoins, il faut souligner que les médecins scolaires n'ont guère le temps de mettre en place des actions de prévention : si tous les postes sont pourvus dans les établissements de Bourg-en-Bresse, les territoires d'intervention des médecins scolaires sont de plus en plus vastes (et de plus en plus ruraux) et ces distances et les déplacements qu'ils impliquent réduisent le temps disponible pour rencontrer les élèves. Rappelons enfin que le taux de bilans de santé réalisés en milieu scolaire dans le département de l'Ain est le plus faible de la région Rhône-Alpes, faute de moyens humains suffisants.

### 3.2.2. Des difficultés qui perdurent autour du langage

Comme au primaire, les professionnels soulignent que beaucoup de jeunes sont concernés par des troubles du langage. Dans certains cas les problèmes d'orthophonie n'ont pas vraiment été pris en compte par les parents et la prise en charge n'a pas été réalisée. Dans d'autres cas, ce sont les enfants qui décident d'arrêter ce suivi en entrant au collège, dans une sorte de sentiment de « saturation »...

Soulignons que les enseignants de 6<sup>ème</sup> effectuent généralement le test Repérage Orthographique Collectif (R.O.C) afin de dépister d'éventuels problèmes de dyslexie, ce qui permet de repérer certains élèves en difficultés, mais qui peut également conduire parfois à des sur orientations.

Reste qu'une partie des élèves souffrant de troubles du langage conservent ce problème au collège, sans qu'une véritable réponse ne soit mise en place, ce qui compromet très fortement leurs chances de réussite scolaire.

Plus largement, certains professionnels déplorent qu'il n'y ait pas à Bourg-en-Bresse de centre de référence comme il en existe à Lyon, qui permette de réaliser des bilans cognitifs complets des enfants et ainsi de mieux ajuster les réponses qui peuvent être apportées (notons que pour ceux qui vont faire ces bilans à Lyon, le temps d'attente peut aller jusqu'à un an).

### 3.2.3. Encore des zones d'ombre en matière de sexualité, de relations garçons-filles

#### ➤ **Le CPEF : une ressource importante**

Une autre ressource dédiée aux adolescents et aux jeunes, le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) du Conseil général est saluée par les différents professionnels que nous avons rencontrés. Les horaires d'ouverture du centre qui couvrent trois grandes demi-journées (incluant le temps du déjeuner ou la fin d'après-midi) semblent bien convenir aux jeunes, qui peuvent y rencontrer un médecin, une infirmière ou encore une conseillère conjugale, selon leurs besoins. En revanche, même si le CPEF est situé au sein d'une tour d'habitation de plusieurs étages qui est sensé protéger l'anonymat des personnes qui s'y rendent, certains jugent que la structure est beaucoup trop proche de la cité HLM du Pont des Chèvres : même s'il est difficile de savoir avec certitude où se rendent les jeunes filles qui pénètrent dans la tour, certains estiment que le contrôle social est à la fois très fort et très facile dans le quartier, et que les jeunes filles qui vont au CPEF peuvent finalement être assez facilement repérées...

Notons encore que les professionnelles du CPEF se déplacent dans les établissements scolaires de la ville pour réaliser des actions de prévention qui sont très appréciées des professionnels et des jeunes semble-t-il. Néanmoins, plusieurs professionnels regrettent qu'il ne soit plus possible (souvent pour des contraintes de temps au niveau des collèges) d'emmener les élèves au CPEF dans le cadre de visites collectives. Le fait d'aller sur place donne de meilleurs repères aux jeunes, dédramatise le recours à cette ressource et permet de mieux fixer à la fois les conditions d'accès et les problématiques qui peuvent y être traitées.

Parmi les jeunes que nous avons rencontrés qui avaient quitté le collège récemment, certains étaient bien capables de situer géographiquement le CPEF et avaient surtout retenu que c'était un lieu où l'on peut traiter de certaines questions qui concernent la sexualité : contraception, mais aussi IVG... D'autres cependant n'avaient que des notions très vagues sur les missions du CPEF et n'étaient plus capables de le situer : il semble qu'après les « années collège » les souvenirs s'estompent rapidement s'ils ne sont pas réactivés régulièrement par d'autres canaux d'information que les établissements scolaires.

➤ **Des thématiques encore floues pour les jeunes : du préservatif au Norlévo, des méconnaissances prégnantes**

Les professionnels convergent sur le fait que les adolescents ont encore beaucoup d'idées préconçues voire fausses en matière de sexualité.

Si l'idée qu'il existe des moyens pour se protéger d'une éventuelle grossesse ou d'IST est bien présente, les professionnels repèrent encore quelques difficultés d'utilisation des contraceptions orales. L'utilisation de la « pilule du lendemain » semble particulièrement poser question. Pour certaines jeunes filles, il semble que le Norlévo soit utilisé comme une contraception « normale » et non comme une contraception d'urgence. L'anticipation du rapport sexuel et l'utilisation du préservatif ou d'une contraception orale ne vont pas de soi pour toutes les jeunes filles : de ce fait le Norlévo apporte une solution dans un contexte où l'immédiateté et l'urgence priment sur la projection dans l'avenir même à court terme. Une difficulté supplémentaire concernant le Norlévo vient ajouter à la confusion des jeunes : à Bourg-en-Bresse comme sur d'autres territoires, il apparaît que les pharmaciens (qui doivent délivrer ce produit gratuitement aux mineures qui en font la demande) ont un discours sur les dangers du Norlévo qui n'est pas du tout celui que l'on peut entendre au CPEF ou en milieu hospitalier (voire, certains refuseraient même de le délivrer)... L'inocuité, les éventuels effets indésirables au plan hormonal du Norlévo sont au cœur de cette controverse. Finalement, les jeunes entendent deux discours différents sur les dangers du Norlévo, même si dans les deux cas, les jeunes filles sont encouragées à prévoir et à privilégier une contraception « classique ».

Par ailleurs les représentations des jeunes autour de la reproduction ou de la manière dont on contracte certaines maladies sexuellement transmissibles sont également parfois approximatives. Les groupes de discussion menés avec des garçons confirment le ressenti des professionnels et on voit bien que certains jeunes ont à la fois des connaissances bien établies mais également des certitudes qui laissent peu de place à un dialogue avec leur partenaire et finalement à l'anticipation de certains risques :

*« Le préservatif ça sert à rien : on a moins de plaisir. »*

*« Le préservatif, si tu fais sans, il faut savoir ce que tu fais. Si ta partenaire a pas le sida c'est bon. »*

*« Oui, mais tu peux pas forcément savoir si a elle le sida ou pas... »*

*« Le risque c'est qu'elle tombe enceinte. Mais elle peut avorter et puis voilà. »*

### ➤ Des relations garçons-filles où l'agressivité affleure

Sur les quartiers sensibles de Bourg-en-Bresse comme sur d'autres aires urbaines, la mixité et les rapports filles-garçons semblent souvent placés sous le signe d'une certaine méfiance, voire d'une certaine violence au moins verbale.

Si les filles sont globalement décrites comme restant davantage chez elles et les garçons comme étant souvent dehors et faisant plus facilement des bêtises, on repère que certaines filles se livrent également à des violences physiques entre elles, et que certaines n'hésitent pas à utiliser un langage très agressif à l'encontre des garçons, comme s'il s'agissait de « parler comme eux »... ce qui étonne ces derniers, parfois choqués par ces comportements :

*« Il y a des meufs qui parlent comme des mecs... Et il y en a qui se tapent aussi ! Ça fait bizarre ! »*

Si certains garçons trouvent qu'il est plus facile de se confier à une fille, de parler avec elle de préoccupations très personnelles, pour d'autres au contraire, ce type de rapport est inenvisageable.

#### 3.2.4. Pas de lieu d'écoute dédié aux jeunes : un manque fortement souligné

Les difficultés de santé mentale sont encore fortement pointées en ce qui concerne les adolescents et les jeunes. De la souffrance psychique à la dépression en passant par les tentatives de suicide ou les phobies scolaires, les professionnels sont de plus en plus alertés par ces difficultés, et beaucoup ont le sentiment d'un manque de ressources appropriées, du moins lorsqu'il s'agit d'une souffrance qui n'est pas étiquetée comme « pathologique ». Plusieurs professionnels convergent ainsi sur le fait qu'il manque sur Bourg-en-Bresse un lieu d'écoute dédié aux jeunes, qui ne soit pas étiqueté comme « lieu de soin », où les jeunes pourraient venir s'exprimer de manière individuelle, être écoutés, dans un cadre plus proche de la conversation que de la thérapie. Il existe de fait officiellement un PAEJ (Point Accueil Ecoute Jeunes) à Bourg-en-Bresse, « Chocolat Chaud », mais il est de fait très majoritairement, si ce n'est exclusivement, utilisé par des jeunes en errance, comme une sorte d'accueil de jour (collation, possibilité de prendre une douche, de laver son linge, etc.). Les professionnels évoquent également l'existence, il y a quelques années de la « Boutique Santé de la CPAM, place de la Vizirette<sup>24</sup> », ce lieu situé en fait place Edgar Quinet permettait semble-t-il aux jeunes de rencontrer des professionnels de santé et d'échanger sur différents sujets ou préoccupations, de manière à la fois informelle et adaptée aux besoins d'écoute des jeunes. Cette structure a néanmoins disparu dans un mouvement de contraction des moyens développés par la CPAM sur le territoire, et ce au grand regret de plusieurs professionnels qui travaillent avec les jeunes.

Une tentative de mise en place d'un lieu d'écoute à destination des adolescents et pré-adolescents a eu lieu il y a quelques mois à Bourg-en-Bresse, avec différents partenaires (Educateurs de l'ADSEA, CPEF, AAJ, Education Nationale). Après quelques tentatives, l'expérience a finalement été abandonnée, car des ajustements étaient encore nécessaires pour répondre véritablement aux attentes des jeunes. Par ailleurs ce projet s'est en quelque sorte « téléscoché » avec le projet de montage d'une Maison des Adolescents<sup>25</sup>. Néanmoins, les différents professionnels impliqués convergent sur le fait que l'idée générale d'un espace d'écoute, individuel, anonyme et gratuit, déconnecté du soin est un cadre qu'il faut développer et affiner pour répondre aux besoins et au mal-être de certains adolescents et jeunes.

L'association Accueil Aide aux Jeunes (AAJ) qui porte un Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) dispose également d'une consultation cannabis particulièrement dédiée aux jeunes, qui peut également être utilisée de manière plus large, pour toutes les problématiques adolescentes. Néanmoins,

<sup>24</sup> Place de « La Vizirette » : nom donné par les burgiens à la place Edgar Quinet du fait de la forme de la fontaine qui se trouve en son centre, qui rappellerait un produit lessiviel...

<sup>25</sup> Le projet de Maison des Adolescents était en cours d'élaboration au moment de l'étude.

AAJ étant très fortement étiqueté comme intervenant dans le champ de la toxicomanie, cette consultation n'est pas considérée, globalement, comme constituant un « point écoute généraliste ».

La plupart des professionnels rencontrés convergent ainsi sur le fait qu'une structure d'écoute, ouverte, non connectée au soin ou à la toxicomanie, qui puisse recevoir les jeunes de manière à la fois individuelle et informelle, serait nécessaire... L'idée est que les jeunes puissent parler en toute liberté et confiance à un adulte, sans forcément avoir étiqueté le ou les problèmes ou questions qui les préoccupent : la non-stigmatisation des jeunes – et de leurs problèmes - apparaît comme un élément essentiel à prendre en compte.

### 3.2.5. L'unité de soins pour adolescents du CPA : « US ados », une ressource psychiatrique spécifique

Dans le domaine du soin en santé mentale, on repère l'existence d'une unité de soins dédiée aux adolescents au sein du CPA : « US Ados », pour tous les adolescents du département. Cette unité existe depuis une dizaine d'années et comprend 7 lits d'hospitalisation, pour des courts et moyens séjours. L'unité propose également entre autres des consultations d'évaluation et des séquences de soins (qui peuvent durer entre 3 et 4 mois) et qui se distinguent donc du travail en ambulatoire qui est effectué dans les CMP. L'âge moyen des jeunes qui y sont accueillis est de 16 ans, mais les jeunes ont accès à ce dispositif de 11 à 22 ans. Une majorité des usagers sont des jeunes filles.

Les jeunes orientés vers cette unité peuvent rencontrer des difficultés étiquetées comme « pathologiques » par les éducateurs ou autres professionnels en contact avec le jeune, mais cette unité peut également être utilisée par des jeunes de zones rurales éloignés de leur CMP de secteur ou encore qui ne souhaitent pas être repérés localement comme consultant au CMP, par crainte du « quand dira-t-on », des risques de stigmatisation sociale, etc...

Néanmoins, en principe, les jeunes qui n'ont pas consulté en première instance en CMP, sont orientés vers le CMP de leur secteur.

Les difficultés rencontrées par les jeunes qui viennent à US ados sont diverses, mais on notera qu'il existe des phénomènes de violence relativement typiques des « quartiers sensibles » qui s'entrecroisent avec des problématiques plus rurales. Enfin, certains publics sont dans des difficultés particulièrement intenses, c'est notamment le cas des jeunes qui ont été placés dans les foyers : outre la problématique familiale, la violence au moins relationnelle qui existe dans ces établissements est un facteur pathogène puissant.

C'est le médecin responsable de cette unité qui est en charge d'élaborer le projet de Maison des Adolescents. Un projet qui intègre le fait que les jeunes ont à la fois besoin d'une écoute, d'immédiateté, mais aussi qui prend en compte le fait qu'il est important aussi de pas écarter les parents, de ne pas les disqualifier vis-à-vis de leurs enfants. Enfin, il apparaît plus que jamais nécessaire de se garder de la tentation de « psychiatriser » tous les problèmes et d'accoler l'étiquette « urgente » à toutes les situations. On peut faire l'hypothèse qu'il sera nécessaire de préciser avec les différents partenaires les missions de la psychiatrie, ce qui relève de la pathologie, de l'urgence, ...

Ce projet qui devrait aboutir en 2010, associera dans sa réalisation différents acteurs institutionnels. Au moment de l'étude différents partenariats possibles étaient à l'étude, sachant que certains dispositifs déjà existants doivent également pouvoir être connectés d'une manière ou d'une autre à la démarche de la Maison des Adolescents, comme le CLSPD (Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance) notamment... Plus globalement, le succès de cette entreprise passe aussi, mais pas seulement, par une meilleure connaissance mutuelle des différents professionnels qui travaillent avec les adolescents et les jeunes... Dans cette optique, il semble qu'il soit envisagé d'élargir le Conseil Local de Santé Mentale à la pédopsychiatrie.

### 3.2.6. Un manque de réponses éducatives adaptées pour les jeunes psychotiques

Des professionnels ont attiré notre attention sur le fait qu'au-delà de la question du soin psychiatrique, les adolescents ayant entre 12 et 16 ans qui sont concernés par de grandes difficultés psychiques n'ont pas accès à des structures éducatives adaptées. En effet, L'Institut Médico-Educatif (IME) n'accueille pas les jeunes psychotiques (il est dédié aux déficients intellectuels) et par ailleurs, certaines familles en grandes difficultés sociales ne peuvent ou ne souhaitent pas garder ces jeunes « à plein temps » chez eux. Or, il n'y a pas d'établissement adapté qui puisse les accueillir dans une optique éducative, et certains se trouvent ainsi ballottés d'institutions en foyer jusqu'à 16 ans ou leur majorité sans qu'aucun projet éducatif et d'insertion sociale ne soit véritablement mis en place. Ce problème n'est pas spécifique à Bourg-en-Bresse, mais il souligne le fait que si la déficience intellectuelle est bien reconnue comme un handicap psychique qui nécessite un accueil adapté, c'est beaucoup moins le cas pour les jeunes handicapés psychiques psychotiques, qui en dehors du soin trouvent difficilement des structures éducatives pour faciliter leurs chances d'insertion sociale.

### 3.2.7. Alcool et cannabis : les adolescents sont peu demandeurs d'aide

La question des consommations problématiques d'alcool et de cannabis par les adolescents a souvent été évoquée par les professionnels : alcoolisations rapides et excessives lors de situations festives, augmentation des consommations quotidiennes, banalisation du cannabis sont les thèmes récurrents. Néanmoins, les professionnels convergent sur le fait que les adolescents concernés par ces pratiques à risques sont très rarement demandeurs d'aide. Une faible conscience des risques réels, ou au contraire la volonté de frôler les « limites » dans une démarche ordalique expliquent en partie une attitude d'ignorance ou de déni du problème. Mais une partie des professionnels fait également l'hypothèse que certains jeunes craignent de reconnaître qu'ils ont un « problème » avec l'alcool ou le cannabis, voire qu'ils redoutent de s'adresser à des centres spécialisés (alcool ou substances illicites) qui leur sembleraient réservés aux « alcooliques » ou toxicomanes avérés, avec lesquels ils ne se trouvent guère de points communs. Ce risque de l'étiquetage social, de l'acquisition d'une certaine image de « déchéance » ou du moins d'un sentiment de perte de contrôle sur leur consommation, serait suffisamment anxiogène pour annihiler chez les jeunes toute demande d'aide. Là encore, les « portes d'entrées » informelles (et non clairement associées à un « problème » précis) seraient peut-être plus rassurantes pour les jeunes... D'où cette confirmation du besoin d'un PAEJ à Bourg, très largement ouvert et déconnecté du soin en santé mentale, des toxicomanies, ...

Seul le tabac semble échapper à cette angoisse : on peut faire l'hypothèse que les valeurs de la société autour du tabac ont réellement changé ces dernières années et que de plus, l'augmentation du coût des cigarettes peut justifier de vouloir diminuer ou arrêter de fumer, sans se projeter d'emblée dans le risque d'un problème de santé.

Enfin, les professionnels ont globalement le sentiment que les consommations augmentent chez les jeunes, et notamment les polyconsommations. Certains pointent le fait que la baisse du coût de l'héroïne a notamment entraîné une augmentation de la consommation de ce produit, sans pour autant que ces usagers diminuent leurs autres consommations.

Des actions de prévention sont réalisées dans les collèges notamment, mais les besoins en informations et en compréhension des jeunes sont d'autant plus importants qu'ils ont souvent spontanément le sentiment de « maîtriser » leurs consommations, les risques et de bien connaître compositions et effets des produits.

### 3.2.8. La question du mal-être, difficultés scolaires et de la déficience intellectuelle...

Plusieurs professionnels ont insisté sur le fait que si les situations familiales et la précarité socio-économique sont très souvent à l'origine du fort mal-être de certains jeunes, la question de l'échec scolaire est également très prégnante. L'échec scolaire est une entrave majeure à une bonne estime de soi, à la capacité de se projeter de manière positive dans l'avenir : à une bonne santé psychique ou du moins « morale ».

Certains professionnels ont par ailleurs attiré notre attention sur l'existence de déficiences intellectuelles, pas toujours bien repérées ni prises en charge, qui expliquent certains échecs scolaires.

Ainsi, la Mission Générale d'Insertion de l'Education Familiale, dont la vocation est d'aider les jeunes de plus de 16 ans qui sont en échec scolaire et sans diplôme à réintégrer un parcours de formation, souvent professionnelle, constate qu'il n'est pas exceptionnel que des jeunes en grandes difficultés soient concernés par une problématique de déficience. Contrairement aux jeunes psychotiques qui n'ont pas ou peu accès à des ressources éducatives appropriées, les jeunes déficients peuvent être formés dans les ITEP (Instituts Thérapeutiques d'Education Professionnelle). Néanmoins les ITEP manquent de place pour répondre à tous les besoins et certains adolescents se retrouvent ainsi « coincés » dans le système scolaire classique, dans une logique d'échec et sans perspective de formation adaptée. La Mission Générale d'Insertion est en lien avec les éducateurs de prévention et notamment avec l'« unité éducative d'accueil » pour les pré-adolescents, portée par la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse), pour les jeunes qui peuvent avoir, entre autres, un problème de déficience.

Au-delà de la spécificité des difficultés induites par la déficience intellectuelle, et dans une optique de prévention plus large, adressée à tous les collégiens, on soulignera que les éducateurs de prévention de l'ADSEA sont présents à la sortie de certains collèges et lycées de la ville de Bourg-en-Bresse, avec l'accord des directeurs d'établissements. L'objectif des éducateurs est de se présenter aux jeunes et de leur expliquer en quoi ils peuvent être une ressource d'aide pour eux (face à des problématiques familiales, une situation de conflit avec l'établissement, un problème de délinquance, ou tout simplement un besoin d'écoute, ...).

Enfin, on soulignera qu'à Bourg-en-Bresse, le Dispositif de Réussite Educative (DRE) ne prend pas en charge les enfants de plus de 16 ans, ce qui est regretté par certains professionnels qui considèrent que certaines difficultés pourraient être mieux prises en charge et ajustées dans le cadre d'une coopération plus élargie entre différents partenaires, autour de l'enfant, et avec l'accord de sa famille. Notons que dans plusieurs villes de la région, les PRE (Programmes de Réussite Educative) peuvent être mobilisés pour des jeunes de 16 ou 17 ans... En tout état de cause, plusieurs professionnels souhaitent que les partenariats et le travail en réseau se renforcent autour des jeunes qui sont en souffrance psychique.

### 3.2.9. Peu de loisirs adaptés pour les adolescents à Bourg-en-Bresse ?

La plupart des jeunes que nous avons rencontrés qui n'étaient pas encore autonomes financièrement et qui n'avaient pas leur permis de conduire se sont montrés très critique vis-à-vis de Bourg-en-Bresse. D'après eux, les possibilités de loisirs sont à la fois faibles et onéreuses. Les jeunes de milieux précaires ont ainsi très fortement le sentiment d'être « bloqués » à Bourg... Sans compter que l'atmosphère entre bandes de jeunes des différents quartiers est parfois électrique, et que les relations avec les forces de l'ordre sont décrites de manière très négative :

*« Ici, c'est calme. Mais nous, on veut pas être tranquilles ! ... Ici, on reste assis sur un banc ou on est sur le terrain de foot. Y a pas d'attraction, alors c'est normal de faire des bêtises ! »*

*« C'est nul l'été. Le Carré d'eau c'est bien mais c'est cher... Alors on passe en dessous du grillage. »*



*« Le dimanche il y a pas de bus, il y a rien. On est enfermés dans le quartier. Alors on prend le train pour aller à Lyon. Moi, je vais tout le temps à Lyon : à la Part-Dieu, à la Tête d'Or. »*

*« Les jeunes, ils se tapent entre quartiers... Les bagarres entre quartiers c'est souvent ! »*

La question des violences physiques comme mode de distraction voire, comme rite initiatique entre jeunes a été également soulignée par plusieurs professionnels. Il ne s'agit pas là des rixes de fin de bal, comme on peut en trouver dans les zones rurales, mais bien d'une forme de violence à la fois urbaine et adolescente, qui n'est pas très éloignée des « jeux dangereux » dont la presse parle beaucoup depuis quelques temps...

Néanmoins, plus généralement, les jeunes rencontrés tiennent le même discours que les adultes et les personnes âgées : pas de transports en commun en soirée et le dimanche et très peu de loisirs accessibles en dehors du cinéma du centre-ville dont les tarifs sont élevés.

Par ailleurs, il semble que peu de jeunes fréquentent la MJC ou les centres sociaux de quartiers. Jusqu'à une date récente, les centres sociaux avaient une offre très réduite pour les 12-16 ans, qui est actuellement en train de se déployer. Néanmoins, comme sur d'autres territoires, il reste difficile de repérer quelles sont les activités qui pourraient être attractives pour les adolescents qui s'ennuient dans leurs quartiers... En sachant qu'à cet âge, ils ne sont pas forcément demandeurs d'un cadre très formel... Une réflexion est ainsi menée au centre social de la Reyssouze pour proposer un lieu d'accueil, avec des horaires libres, pour les jeunes mais aussi pour les adultes, à la fois pour répondre à une attente des jeunes de pouvoir se retrouver dans un local, et également pour favoriser le dialogue entre jeunes et adultes. Il ne s'agit pas néanmoins de proposer un lieu complètement « ouvert » : les expériences menées dans toutes les régions finissent souvent par se heurter à un problème de responsabilité par rapport au comportement des uns et des autres, à la bonne tenue des locaux etc. Ce lieu d'accueil serait ainsi placé sous la responsabilité d'un animateur qui puisse entre autres, éviter les débordements...

### 3.2.10. Les adolescents en lycées professionnels : des difficultés accrues.

Comme on l'a évoqué plus haut, l'échec scolaire est très souvent l'une des composantes fortes du mal-être des jeunes. Or il s'agit là d'un élément que l'on retrouve fréquemment dans le parcours des jeunes qui sont orientés vers la filière professionnelle. Par ailleurs, le fait que les orientations vers tel ou tel type de filière se fassent encore beaucoup par défaut<sup>26</sup>, aggrave chez certains à la fois la mauvaise estime de soi mais également l'ennui d'une scolarité subie.

Les entretiens réalisés avec les professionnels des lycées Gabriel Voisin et Marcelle Pardé de Bourg-en-Bresse ont bien mis en lumière la spécificité et l'intensité des difficultés rencontrées par les adolescents qui fréquentent ces établissements. Sans minimiser les problèmes qui peuvent être rencontrés par les élèves de la filière générale, la littérature<sup>27</sup> sur le sujet montre bien que les élèves des établissements professionnels sont plus fortement exposés à toutes sortes de risques.

<sup>26</sup> En fonction des places disponibles, mais également des possibilités financières des parents, toutes les filières n'existent pas à Bourg-en-Bresse et il faut parfois changer de ville pour suivre certains cursus.

<sup>27</sup> Notamment tous les travaux de l'épidémiologiste Marie Choquet concernant les adolescents et les jeunes.

### ➤ **La précarité économique subie par certains élèves de lycée professionnel**

En premier lieu, les professionnels interviewés dans les deux établissements ont souligné qu'un certain nombre d'élèves, issus de milieux modestes, étaient eux-mêmes très entravés par cette précarité. Bien qu'une partie d'entre eux aient des bourses, celles-ci ne suffisent pas pour couvrir les frais de logement... Par ailleurs, il se trouve également des familles qui méconnaissent le système de bourses et qui ne font pas de demandes. Il arrive également que certains parents, pris dans un cumul de difficultés se désinvestissent par rapport aux frais de scolarité de leurs enfants. Enfin, il semble que les aides financières du Conseil général en ce qui concerne les jeunes majeurs en formation aient diminué depuis quelques années.

Ces difficultés économiques pèsent sur la question du logement des lycéens (lorsqu'ils n'habitent pas à Bourg), mais également sur leur alimentation et enfin sur leur accès aux soins. Ainsi, lorsque certains d'entre eux doivent consulter un médecin généraliste en semaine (lorsqu'ils ne peuvent attendre de rentrer chez leurs parents pour le week-end), l'avance des frais peut-être très problématique. De surcroît, les jeunes ont souvent une grande méconnaissance de leur couverture santé. Une méconnaissance et une confusion qui s'aggravent lorsqu'il y a séparation des parents. Concrètement, ces différents obstacles peuvent entraîner des retards de recours aux soins, ou encore des ruptures de soins, comme c'est notamment le cas pour l'orthodontie, qui est très peu prise en charge par l'Assurance Maladie.

Il faut cependant rappeler que du fait même qu'il s'agit de filières professionnelles, les élèves sont tous vus par le médecin scolaire et que, par ailleurs, la présence dans ces établissements scolaires d'une infirmière et d'une assistante sociale permet de mettre en place certaines solutions, du moins lorsque les élèves viennent faire part de leurs difficultés à ces professionnelles.

### ➤ **Mal-être et addictions : des besoins, mais pas de réponse vraiment appropriée aujourd'hui ?**

Outre la question du mal-être, on retrouve très fortement chez ces lycéens des consommations problématiques de substances psychoactives.

En ce qui concerne le tabac, on notera que certains élèves commencent à demander de l'aide, peut-être davantage mus par le souci de réduire ce poste de dépense que par des considérations véritablement sanitaires. Il en va tout autrement en matière de cannabis et d'alcool. Les demandes d'aide pour arrêter ou diminuer la consommation de cannabis restent encore très rares, et lorsqu'il y a des demandes très construites, ce sont en général les parents qui en sont les instigateurs... Ces derniers, souvent plus effrayés par le cannabis que par l'alcool, craignent que leur enfant ne devienne un « drogué », avec tout ce que cela implique au niveau de la consommation d'autres substances illicites, mais aussi ce que cela peut induire comme désocialisation, etc.

Les jeunes, eux, sont le plus souvent dans une grande banalisation de cette consommation, même si celle-ci est quotidienne et qu'ils n'arrivent plus à s'en passer... Cette banalisation se fonde en partie sur l'idée que le cannabis n'est pas plus dangereux que l'alcool – qui est lui légal – et qu'en outre, il s'agit d'un produit naturel. On voit bien que les jeunes ont à la fois une analyse à la fois très rationnelle de la situation, avec cependant de réelles zones d'ombre sur ce que peut contenir, dans la réalité, la résine de cannabis :

*« Ici, tout le monde a déjà goûté à ça. Mais c'est pas dangereux, c'est pas une drogue dure. »*

*« Le shit c'est déstressant. C'est le pollen d'une fleur qu'on sèche. C'est naturel, c'est une plante, c'est dans la terre. C'est pas comme la cocaïne qui est chimique... »*

*« Pourquoi c'est interdit le cannabis ? L'alcool c'est plus dangereux que le cannabis. Avec le cannabis on est plus conscient. On n'est pas dans le même état avec l'alcool : ça c'est plus fort. »*

L'alcool, en revanche bénéficie encore d'une grande tolérance parmi les adultes, dans certains milieux : élément traditionnel des temps festifs, d'une certaine transmission intergénérationnelle, consommé également parfois de manière excessive par les adultes de la famille, il semble moins inquiétant pour les parents. Les parents semblent d'ailleurs globalement moins inquiets de voir leurs enfants avoir des problèmes d'ivresse avec l'alcool qu'avec le cannabis.

Néanmoins, les pratiques de « binge drinking », ou même certaines consommations habituelles sont de plus en plus repérées par les professionnels socio-sanitaires des établissements, qui soulignent le fait que tous les commerçants de la ville sont loin de demander leur carte d'identité aux jeunes avant de leur vendre de l'alcool : les outils de la prévention ne sont pas toujours en fonctionnement.

Les professionnels des établissements repèrent bien l'ANPAA et AAJ, associations vers lesquelles ils peuvent orienter les jeunes... Néanmoins, bien souvent, une problématique de mal-être est très prégnante derrière ces consommations abusives de substances psychoactives, et l'entrée par le « produit » ne convient pas toujours. Outre une attitude de « déni », la crainte d'être stigmatisé et de constituer la consommation du produit en « problème » peut-être rédhibitoire...

Mais d'autres conduites à risques commencent à être repérées, pour lesquelles les professionnels de ces établissements ne repèrent pas non plus clairement de ressources appropriées : il s'agit des jeux vidéos, et également des formes de communication sur internet qui peuvent engendrer des difficultés : rencontres, échanges de photos intimes, ... Autant de situations qui peuvent devenir addictives ou dangereuses pour les jeunes lorsqu'elles sont mal maîtrisées.

Les professionnels de santé mentale du secteur libéral sont financièrement inaccessibles pour une partie des jeunes, et l'unité pour adolescents « US Ados » du CPA a vocation à faire du soin et pas une écoute informelle. Le CMP peut recevoir les jeunes, mais il faut souvent un délai de deux ou trois mois avant un premier rendez-vous ce qui peut-être décourageant pour les jeunes, sans compter que l'étiquette « psychiatrique » fait encore peur à beaucoup. Enfin, que pour certains d'entre eux, le fait même de parler « formellement » de ses problèmes à un professionnel semble incongru :

*« Jamais j'irai ! Les gens qui y sont allés, ils sont toujours aussi tarés... On raconte pas ses problèmes à quelqu'un qu'on connaît pas. »*

Les professionnels des établissements constituent eux-mêmes une ressource d'écoute : l'infirmière scolaire, l'assistante sociale ou la Conseillère d'éducation peuvent être aidante pour les jeunes qui ont besoin d'écoute... A Gabriel Voisin des groupes de paroles sont parfois proposés à des demi-classes lorsqu'il y a de fortes difficultés repérées et des actions de prévention sur différents sujets sont réalisées dans les classes, qui peuvent également déclencher un questionnement et une verbalisation chez les jeunes.

Mais finalement, peu de ressources semblent exister face à ce mal-être. A Gabriel Voisin comme à Marcelle Pardé le constat est le même : dans un contexte où beaucoup de jeunes ont peu d'échanges avec leurs parents, il y a un besoin fort de structure d'écoute, non attachée au milieu scolaire ou à la psychiatrie, qui puisse recevoir les jeunes de manière anonyme, gratuite, et non-stigmatisante.

*« On parle avec ses amis. Surtout pas avec les parents : ils vont s'inquiéter !... Les parents on peut rien leur dire. On leur dit que tout va bien. »*

Quels seraient les adultes à la fois disponibles et non stigmatisants, non « institutionnels » pour entendre que tout ne « va pas bien » ?

➤ **Des spécificités propres aux filles et aux garçons**

Du côté des garçons, les conduites à risques semblent plus marquées en matière de consommations de substances psychoactives : les consommations quotidiennes, habituelles, semblent davantage repérées.

Chez les filles, c'est autour de la sexualité et de la maternité qu'on note les besoins les plus spécifiques. Des problèmes de compréhension et de connaissance sont encore repérés par les professionnels (reproduction, contraception, ...), ainsi que des représentations autour de la maternité qui peuvent être déconnectées des contraintes réelles. Enfin, en sus des histoires familiales difficiles et faites de rupture, se posent dans quelques cas des problématiques d'abus sexuels, plus fréquentes ou plus verbalisées que chez les garçons peut-être.

### 3.3. Les jeunes adultes en insertion

#### 3.3.1. Des conditions de vie difficiles, un état de santé médiocre

Une partie des jeunes en difficultés d'insertion qui sont inscrits à la Mission Locale ou qui sont suivis par l'ADSEA, présente un état de santé global médiocre.

Alors que sur l'ensemble de la population les jeunes constituent le groupe qui est le moins concerné par la maladie, lorsqu'il s'agit de jeunes de milieux précaires en difficultés d'insertion ce constat n'est plus valable.

Les difficultés financières des familles, et aussi parfois un certain désinvestissement des parents, qui semble se transmettre aux jeunes, expliquent des pratiques de recours aux soins tardifs (médecins, dentistes) qui provoquent notamment un certain délabrement dentaire et l'abandon de certains suivis (psychologue, orthophoniste, ...) qui aggravent les difficultés repérées dans l'enfance.

Enfin, l'idée même d'un « suivi » en matière de santé ou de consultations de prévention est très éloignée de leurs représentations et pratiques. Comme chez les adultes installés dans la précarité, ces jeunes ont très peu de pratiques de prévention et se limitent à des consultations curatives, plutôt dans l'urgence. Cela est notamment vrai dans le domaine dentaire, et pour les filles dans le domaine de la gynécologie : les questions de suivi, de dépistage ne sont souvent pas accolées à la problématique de la contraception/maternité qui reste centrale pour elles, bien qu'avec de larges zones d'ombre parfois. Chez ceux qui se sont formés en alternance ou qui trouvent occasionnellement des « petits boulots » manuels, on note par ailleurs souvent des problèmes de dos et aux articulations : le port de charges lourdes, certaines positions maintenues très longtemps, sont souvent pointés du doigt par les professionnels.

Plus globalement l'hygiène de vie est très problématique : heures de sommeil très décalées pour ceux qui n'ont pas d'activité professionnelle, pratiques alimentaires déséquilibrées... Les jeunes rencontrés ont souvent une connaissance théorique assez juste de l'importance du bien manger et de l'équilibre alimentaire :

*« Il faut manger équilibré »*

*« Il faut manger des fruits et des légumes »*

Néanmoins, dans la réalité, leurs goûts, habitudes alimentaires ne tendent pas vers cet idéal et les pratiques familiales ne permettent pas toujours non plus d'atteindre cet équilibre, qui finalement ne les préoccupe pas au plus haut point...

*« Moi, je bois de tout sauf de l'eau. »*

*« Nous, on se la fait à l'orientale : quand on cuisine, on vide toute la bouteille d'huile ! »*

Ces difficultés tiennent autant à la période du cycle de vie (où les tâtonnements de l'adolescence perdurent) qu'à la précarité des conditions de vie et aux habitudes alimentaires des parents.

Soulignons également qu'une partie de ces jeunes ont des conditions de logement problématiques : trop précaires pour songer à prendre leur autonomie, les relations avec leurs parents les amènent pourtant parfois à quitter le toit familial plus tôt que leurs moyens réels le leur permettent...

Les institutions qui interviennent auprès de ces jeunes en difficultés d'insertion peuvent apporter une aide à la fois dans le domaine de l'information et de la prévention, mais aussi de manière concrète parfois en matière de logement. Ainsi, la Mission Locale organise des petit-déjeuners santé, en partenariat avec la Mutualité française et donne également des bons alimentaires. En ce qui concerne les jeunes qui n'habitent plus avec leurs parents et qui n'ont pas le RMI, la Mission Locale a un partenariat avec l'association Tremplin et le CLAJ<sup>28</sup> L'Appart (pour les 18-26 ans)... Malgré cela, certains des jeunes suivis par la Mission Locale ou l'ADSEA vivent dans des camions et d'autres sont hébergés par des connaissances, de manière aléatoire...

### 3.3.2. Un réseau affectif et social parfois peu aidant : une forte souffrance psychique

La précarité, les difficultés d'insertion professionnelle, les relations tendues ou au contraire distendues avec les parents affectent largement le psychisme de ces jeunes, qui se retrouvent parfois sans réseau affectif ou social aidant. Notons que les professionnels ont souligné l'importance des violences intra-familiales dans certains parcours de jeunes.

Inversement, le fait que les parents aient « le souci de leurs enfants » n'est pas forcément suffisant pour « porter » ces jeunes. Ces derniers ont parfois une conscience si aiguë des difficultés de leurs parents qu'ils ne souhaitent pas ajouter leur « pierre » à ces préoccupations, en exprimant leurs inquiétudes ou leurs problèmes (même si parallèlement à cette non-communication, ils ont des conduites à risques) :

*« Nos parents ils s'inquiètent trop des fois... Ils ont peur qu'on aille en prison ou qu'on termine à l'hôpital... Ils ont peur qu'on ait un accident de voiture. »*

*« Les parents sont pas au courant de ce qu'on fait... Ils ont déjà trop de soucis avec le loyer et tout ça... »*

Les difficultés scolaires, familiales, sociales de ces jeunes sont bien souvent à la source d'une réelle souffrance psychique.

Les conduites à risques et notamment les consommations de substances psychoactives en sont l'un des symptômes majeurs. Certains professionnels ont d'ailleurs le sentiment que les consommations de substances psychoactives sont de plus en plus importantes et suivent le durcissement de l'accès au monde du travail, l'impossibilité à communiquer avec des adultes étayants aussi bien que la baisse du coût de certains produits (cocaïne notamment).

La question de la santé mentale chez ces jeunes, de la dépressivité à la pathologie en passant par la question de la déficience intellectuelle est donc autant si ce n'est plus importante que la thématique de la santé somatique...

Face à ces difficultés, certaines ressources sont repérées. La Mission Locale possède une psychologue, qui intervient une journée et demie par semaine à Bourg-en-Bresse. Cette ressource est bien utilisée par les jeunes semble-t-il mais les besoins sont encore très importants. Et ce d'autant plus que certains jeunes ont besoin de soins psychiatriques, mais qu'ils refusent d'aller vers un CMP ou un professionnel libéral, et d'autres pourraient « bénéficier » du statut de personne handicapée... Mais accepter ce statut semble beaucoup plus difficile que d'accepter le chômage et le statut de chercheur d'emploi, pour une bonne partie des jeunes concernés. La souffrance engendrée par l'étiquette de « déficient intellectuel » semble plus insupportable que celle de l'échec en matière de recherche d'emploi... Et là encore, les familles ne sont pas toujours en capacité d'aider leur enfant.

---

<sup>28</sup> CLAJ : Comité Local Pour le Logement Autonome des Jeunes

### 3.3.3. Une couverture santé souvent méconnue par les jeunes en difficultés

En matière de couverture santé, les professionnels soulignent que plus les jeunes ont des relations faibles avec leurs parents, plus ils sont socialement isolés, moins ils savent comment ils sont couverts, et moins ils s'en soucient... jusqu'à ce que parfois, un problème de santé sérieux ne mette à jour le problème.

Ces questions sont néanmoins systématiquement abordées avec les professionnels de l'insertion : la Mission Locale (qui possède une référente-santé qui a pour mission d'aider spécifiquement les jeunes dans ce domaine), l'ADSEA, mais aussi le CPEF ou encore l'AVEMA (aide aux victimes) : c'est souvent dans le cadre de ces suivis que la couverture santé est rétablie et que certaines démarches de soins peuvent commencer à être parlées, envisagées.

La Mission Locale et l'ADSEA notamment, sont en lien avec le centre de bilans de santé de la CPAM et avec la PASS de l'hôpital Fleyriat. Néanmoins la réduction des moyens de la CPAM à Bourg-en-Bresse a entraîné une distension des liens entre CPAM et partenaires très dommageable semble-t-il au traitement rapide des ouvertures de droits ou à certaines difficultés d'affiliation ou de remboursement des jeunes (des difficultés que rencontre également la PASS de l'hôpital). Reste que si les jeunes suivis doivent subir une intervention chirurgicale, il est possible pour l'hôpital de « geler » les factures ou de délivrer des médicaments gratuitement en attendant que les droits du jeune soient rétablis.

### 3.3.4. Les jeunes en errance

Une population de jeunes bien particulière nécessite un point spécifique : les jeunes errants, sans domicile fixe, dont certains voyagent de ville en ville, avec leurs chiens (que les professionnels repèrent d'ailleurs comme « Jeunes Avec Chiens » ou JAC).

Tous les jeunes errants n'ont cependant pas de chiens : certains sont hébergés par des connaissances de manière plus ou moins provisoire, d'autres dorment dans des camions... Ces jeunes sont plutôt dans une perspective de recherche d'emploi et de logement.

A l'inverse les JAC vont souvent de ville en ville, en petits groupes le plus souvent, et presque toujours avec leurs chiens. Leur objectif est plutôt de circuler, de « voyager » et pas forcément d'obtenir un emploi ou un logement stable : ils ont choisi d'une certaine manière la marginalité sociale et ne cherchent pas forcément à « s'installer » dans telle ou telle ville. Néanmoins, ils ne correspondent pas non plus à la figure traditionnelle du « clochard » qui a ses habitudes dans tel ou tel quartier, etc.

Ces jeunes ont souvent connu un parcours fait de ruptures et de rejet, notamment avec leurs parents et leur famille : ils sont souvent consommateurs de substances psychoactives variées et ont plutôt des conduites à risques dans ce domaine, l'ensemble entraînant une certaine dégradation de l'état de santé.

Des associations comme Espace Projet Insertion entrent au contact de ces jeunes pour les aider à revenir vers des formes d'insertion par le travail. Le PAEJ « Chocolat Chaud » constitue également une ressource importante pour ce public. Ces jeunes, du fait de leur errance, ayant souvent des difficultés alimentaires, d'hygiène etc... Chocolat Chaud leur permet d'avoir accès à une collation, de prendre une douche et de laver leur linge... Dans les deux cas, ces structures offrent une opportunité aux personnes en voie de désinsertion de rompre leur isolement, de réinvestir un lien social, de reprendre des démarches administratives.

Reste qu'en ce qui concerne les addictions et notamment l'usage de substances illicites injectables, on repère peu de ressources à Bourg hormis le CSST porté par l'association Accueil Aide aux jeunes. Très peu de médecins généralistes reçoivent les toxicomanes et il n'y a pas de programme d'échange de seringues pour le moment à Bourg. Le nouveau réseau sur les addictions qui vient de se constituer dans l'Ain, avec plusieurs professionnels de Bourg-en-Bresse va peut-être pouvoir améliorer la réponse sanitaire aux jeunes errants, dans ce domaine.

Les professionnels interviewés constatent tous que le nombre de jeunes errants, JAC ou non, n'est pas en diminution, et que de par sa position phare dans le département de l'Ain, et sur la route qui mène vers la Suisse et Genève (grande destination pour les jeunes errants), Bourg-en-Bresse va continuer à être très attractive pour ces jeunes, qui sont en très grande fragilité.

### 3.3.5. Des professionnels qui souhaitent un développement et un renforcement du travail en réseau

Certains des professionnels rencontrés souhaiteraient que les partenariats existant entre différentes institutions soient encore renforcés et étendus. Il n'existe pas de PLI (Plan Local d'Insertion) à Bourg-en-Bresse et c'est peut-être ce type d'instance qui permettrait de réunir autour de la table des professionnels de l'insertion professionnelle, mais également des professionnels du logement, de la santé, voire de la santé mentale, puisque là encore cette problématique est très forte.

En effet, si tous les jeunes en insertion ne sont pas dans des situations dramatiques, beaucoup sont néanmoins en grande fragilité sociale et économique, à l'image de leur famille, qui ne peut donc pas toujours être un soutien très efficace ou du moins suffisant.



## 3.4. Les adultes

### 3.4.1. Les femmes

Pour les femmes se pose la question spécifique du suivi gynécologique et du dépistage des cancers féminins.

Parmi les femmes que nous avons rencontrées en discussion de groupe, certaines ont clairement exprimé qu'elles n'avaient pas de suivi gynécologique, alors qu'elles ont une contraception orale.

Les diagnostics de santé territoriaux montrent qu'il est très malaisé de comprendre pourquoi certaines femmes se font suivre et d'autres non, à niveau socio-économique et à niveau de formation égal. La précarité socio-économique joue incontestablement défavorablement (en matière de sensibilisation, de difficultés de langue pour certaines, mais aussi d'accès financier), mais ce n'est pas le seul élément explicatif : des facteurs psychologiques sont également à l'œuvre, qui contribuent à mettre ce thème « de côté » dans l'esprit des femmes. Certaines femmes nous ont d'ailleurs très bien exprimé cet ensemble de difficultés : le coût prohibitif pour elles des gynécologues libéraux et l'ignorance de l'existence d'un CPEF ou d'autres ressources, le silence du médecin généraliste dans ce domaine, et enfin une absence d'initiative individuelle... Malgré des questionnements et des soucis de santé, des consultations de suivi et de prévention ne font pas partie du schéma « normal » de certaines femmes :

*« Ça fait 15 ans que j'ai pas vu de gynéco : j'ai pas les moyens [...] mon médecin traitant m'a pas proposé de faire des frottis... [...] J'ai fait 3 fausses couches mais je sais pas d'où ça vient. A l'hôpital, ils m'ont dit qu'il fallait que je voie un gynéco... »*

Le manque d'informations sur les différentes ressources disponibles pour avoir une consultation gynécologique n'explique donc pas tout. Néanmoins, chez des personnes par ailleurs submergées de difficultés, on peut imaginer que l'information ne doit pas être uniquement écrite, sous forme d'une affiche ou d'un feuillet : il est probablement indispensable que différents professionnels (par forcément directement connectés à l'univers de la gynécologie) abordent cette question, et puissent susciter et répondre aux questions des femmes qui peuvent être réticentes.

Reste que certaines femmes demandent une contraception orale à leur médecin généraliste et sont d'accord pour faire réaliser les analyses de sang nécessaires, mais refusent de faire réaliser un frottis... Outre les problèmes de manque d'information, il y a également pour certaines femmes un déficit de sensibilisation... Sans parler des femmes qui invoquant des motifs culturels ou religieux ne souhaitent pas faire réaliser des examens qui mettent en jeu l'intimité...

Le Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) confirme que, régulièrement, des femmes entre 30 et 50 ans arrivent en consultation, qui ne sont pas du tout suivies au plan gynécologique : qu'il s'agisse de contraception, de dépistage des cancers ou de prévention ou traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) elles sont dans une profonde méconnaissance... Après une première consultation les professionnelles du CPEF orientent ces femmes vers l'offre libérale... Mais à Bourg-en-Bresse les gynécologues ne sont pas nombreux et tous sont en secteur 2 (cependant il semble qu'ils acceptent sans difficultés la CMUc). Par ailleurs, les médecins généralistes n'évoquent pas toujours cette question avec les femmes, notamment lorsqu'il s'agit de médecins hommes... Alors même que certains laboratoires d'analyse médicale peuvent réaliser des frottis si les patientes en font la demande munies d'une ordonnance établie par leur médecin...

Notons enfin qu'au moment de l'étude c'est essentiellement le CPEF du Conseil général (situé au Pont des Chèvres) qui était repéré et utilisé et que celui de l'hôpital Fleyriat était en cours de redéveloppement ce qui pourra peut-être permettre, à terme, de créer ou renforcer des partenariats entre l'hôpital et d'autres acteurs (CPEF du Conseil général, médecins libéraux) dans certains domaines, et notamment dans celui des IVG médicamenteuses.

Au-delà de la question de la contraception et du dépistage des cancers, il semble qu'il soit très difficile pour les femmes d'être reçues par les médecins de ville en cas « d'urgence » (ou ressentie comme telle par les femmes). Les gynécologues de ville prennent très peu de nouvelles patientes, et les médecins généralistes affichent peu ou pas la possibilité de traiter ces problèmes...

Par ailleurs, certaines femmes ne veulent être suivies que par des médecins femmes, et n'osent pas ou ne souhaitent pas évoquer leurs soucis gynécologiques avec des médecins traitants hommes... Pourtant, certaines des femmes qui ne pratiquent pas de frottis disent être sous contraception orale avec leur médecin généraliste... Outre la non-pratique du frottis se pose donc la question de la réalisation des analyses de sang qui doivent accompagner régulièrement toute contraception orale. Là encore, il est dommageable pour les femmes que ces examens soient peut-être insuffisamment pratiqués... Ainsi, c'est parfois au cours d'une consultation au CPEF et après une prise de sang que sont mis à jour des niveaux de triglycérides alarmants... Découverte qui peut donc amener les soignants à faire des recommandations en termes de pratiques alimentaires et d'hygiène de vie.

Enfin, dernier point noir souligné par les professionnels : il semble que, globalement l'accès à l'IVG soit de plus en plus difficile dans le département de l'Ain, faute de médecins qui la pratiquent. De ce point de vue Bourg-en-Bresse se trouve dans une position privilégiée : l'hôpital de Fleyriat pratique les IVG sans difficultés... Mais ceci pourrait poser, à terme, le problème de la « saturation » de l'hôpital en termes de possibilités de réponse face à la demande...

En tout état de cause, si les données quantitatives montrent que le taux de dépistage organisé du cancer du sein est plutôt meilleur à Bourg-en-Bresse que sur le reste du département (lui-même meilleur que sur la région), l'enquête qualitative montre que certaines femmes sont sous-suivies et sous-dépistées au niveau individuel. Une meilleure information écrite et orale des femmes, la multiplication des canaux d'information et surtout des partenariats entre différents professionnels autour de cette question apparaissent comme nécessaires.

### 3.4.2. Les gens du voyage

Au cours de l'enquête qualitative, un focus spécifique a été réalisé auprès de la population des « gens du voyage » qui sont en réalité sédentarisés dans le quartier d'habitat adapté, construit il y a une vingtaine d'années, rue des Sources.

#### ➤ **Le quartier de la rue des Sources ; un habitat adapté... qui s'est considérablement dégradé au fil du temps**

Il y a une vingtaine d'années, la municipalité d'alors a entrepris la mise en place d'un quartier d'habitat adapté pour les gens du voyage sédentarisés. Il s'agit d'un habitat mixte où chacun dispose à la fois d'une petite habitation de plain pied et d'un terrain attenant pour y mettre la caravane familiale. On compte au total 30 logements, de type T2 à T4. Ce type d'habitat qui existe un peu partout en France a pour objectif d'améliorer les conditions de vie des gens du voyage sédentarisés (accès à un habitat « en dur », comprenant chauffage et eau courante), mais aussi à préparer une transition (à plus ou moins long terme) vers un habitat plus classique et l'abandon de la caravane. A Bourg-en-Bresse, ces habitations sont gérées par Bourg Habitat.

Or il se trouve qu'au fil des années, ces habitations et ces terrains se sont fortement dégradés. D'après les habitantes que nous avons rencontrées, les matériaux peu qualitatifs utilisés pour la construction des habitations ont très mal vieillis et ce d'autant plus que l'entretien du bâti a semble-t-il été inexistant durant toutes ces années. Ceci s'est accompagné d'une sorte « d'oubli » des pouvoirs publics semble-t-il :

au fil des ans, de moins en moins de travailleurs sociaux se sont déplacés sur ce quartier, qui est devenu un territoire de relégation...

Enfin, au fil de ces trente années, les familles ont grandi, mais peu d'enfants sont partis vivre ailleurs. Les familles ont tendance à rester ensemble, ce qui entraîne, à terme, une suroccupation des logements.

Aujourd'hui, les habitantes se plaignent du délabrement de cet habitat, la situation étant confirmée par la professionnelle de l'ADSEA qui aide et accompagne ces populations : affaissement des toits, fissures dans les murs et autour des fenêtres, déformation du dallage posé au sol, problèmes de chauffage, humidité constante qui fait apparaître des moisissures sur les murs sont les principales dégradations :

*« Bientôt, ça va s'effondrer ! Les toits, les murs : tout se fissure. Autour des fenêtres, tu peux passer deux doigts dans les fissures, c'est pareil entre les murs et le plafond en Placoplatre ! »*

Outre l'inconfort et l'inquiétude que cela engendre pour ces habitants qui se sentent complètement délaissés par les pouvoirs publics et le bailleur social, cette situation est également défavorable pour la santé somatique. Problèmes respiratoires et dermatologiques favorisés ou aggravés par l'humidité et les moisissures en sont un bon exemple :

*« Ma sœur elle prend des cloques, de l'eczéma à cause des champignons sur les murs »*

Au-delà des problèmes de ces habitations, certaines caravanes ont également vieilli et les personnes n'ont pas forcément les moyens d'en avoir une nouvelle, ou de faire effectuer les réparations nécessaires.

Les terrains autour des maisons sont également une source de risques pour la santé. En effet, ces terrains servent souvent de lieu de stockage pour les hommes qui y entreposent la « ferraille », afin de la trier et de la revendre ensuite. Or, l'activité de ferrailage peut être extrêmement dangereuse car elle amène les personnes à manipuler des métaux lourds, mercure et plomb notamment, qui peuvent être contenus dans les batteries de véhicules ou autres pièces métalliques. Le contact répété avec ces métaux peut favoriser l'apparition de certaines pathologies et notamment de cancers. Outre les hommes qui pratiquent cette activité de ferrailage, les enfants qui jouent sur les terrains peuvent également être en contact avec ces métaux... Il faut souligner que le ferrailage est une source de revenus majeure pour les familles : bien souvent les hommes n'ont pas le niveau de qualification qui leur permettrait une reconversion dans d'autres métiers et par ailleurs, ils sont très souvent installés à leur compte (entreprise uni-individuelle), ce qui crée une souplesse bien adaptée à leur mode de vie, même s'ils voyagent beaucoup moins que les générations précédentes. Quant aux femmes, le plus souvent elles n'ont pas d'activité professionnelle et elles gardent et s'occupent de leurs enfants. Enfin, par temps de marasme économique, il est encore plus difficile de proposer à ces personnes de changer d'activité professionnelle, l'offre de travail s'amenuisant.

Soulignons néanmoins que la municipalité actuelle tente de trouver une aire de ferrailage, hors de la zone d'habitation, qui serait équipée de machines permettant le tri des matériaux afin de limiter les manipulations des métaux par les personnes, ce qui constituerait peut-être la meilleure solution, au moins à moyen terme.

Les dangers pour la santé ne s'arrêtent cependant pas au terrain des familles : le quartier a été construit au bord d'une rivière, La Reyssouze, et de ce fait il a connu des problèmes d'inondations et de canalisations abîmées... Par ailleurs il semble que le quartier soit infesté de rats... Et également de chats errants, qui se nourrissent des rats, mais peuvent être agressifs pour les humains...

Au bilan, les habitants expriment un désespoir profond par rapport à leur situation. Si les solidarités familiales et de voisinage permettent une certaine entraide et contribuent fortement à maintenir une communauté et une identité étayante au plan psychique, le vécu de toutes ces contraintes reste très pénible. D'autant plus pénible que ces personnes se sentent sans ressources pour alerter les pouvoirs publics, faire valoir leurs droits. ...

Dernier point noir, la voirie. Il semble que l'entrée du quartier soit très mal signalée, et surtout que les voies de circulation à l'intérieur du quartier soient en très mauvais état : nids de poules, absence de ralentisseurs, virages dangereux non signalés, éclairage public insuffisant et parfois, en hiver, salage aléatoire des rues viennent compléter un tableau somme toute assez sombre...

Reste que lorsque le bailleur social propose à ces personnes de déménager et d'intégrer un logement social « classique » à Bourg-en-Bresse, les réponses sont bien souvent négatives. Si au fil des années, certaines familles ont quitté le mode de vie du voyage pour s'installer en HLM, pour d'autres, cette « révolution » n'est pas du tout à l'ordre du jour :

*« Les gens qui vivent en HLM ils ont l'habitude, mais nous on s'y fait pas... Avant on était avec des charrettes et des chevaux... Dès que vient le soleil, je suis énervée, je veux partir : nous, on vit dehors madame... »*

*« Moi, je suis en caravane, hébergée par mon beau-père... Mais quand il sera plus là, je veux pas de la maison [rue des Sources], je veux autre chose, ailleurs. Un terrain [pour la caravane], peut-être avec une salle en dur pour l'hiver, pour mes enfants... Je veux un endroit au chaud pour l'hiver et que mon mari fasse son activité [ferraillage] »*

Enfin, certaines « stratégies d'adaptation », comme les branchements sauvages sur le réseau d'électricité entre autres, contribuent à créer des situations dangereuses pour les habitants (un enfant est mort il y a quelques années, électrocuté). Si des solutions doivent être trouvées d'urgence pour ces personnes, tant le bâti et l'environnement sont dégradés, il sera peut-être également nécessaire de faire un travail de sensibilisation aux pratiques d'utilisation de l'habitat qui peuvent contribuer à le dégrader, voire à le rendre dangereux.

### ➤ **Globalement une méconnaissance des droits et peu de démarches pour les faire valoir**

Face à un habitat aussi délabré, on s'interroge sur la question des droits de ces personnes et sur les raisons pour lesquelles elles vivent dans ce délabrement depuis tant d'années.

Les explications sont sans doute nombreuses, et plusieurs nous échappent certainement. Néanmoins, la discussion avec les habitantes a bien montré que ces personnes méconnaissent souvent leurs droits (ce qui est une constante des populations précaires, qui sont en habitat social), ainsi que les moyens de faire valoir ces droits.

En premier lieu, tous ne sont pas convaincus d'avoir des droits : l'histoire et la stigmatisation sociale dont ont souffert ces populations depuis des siècles pèsent toujours fortement sur les représentations que ces personnes ont d'elles-mêmes et surtout sur l'image qu'elles pensent donner :

*« On a déjà la réputation de voleurs de poules, mais on a évolué. Il y a peut-être encore des jeunes qui font des conneries, mais on est tous mis dans le même sac. »*

Dans les faits, une partie vit de minimas sociaux ce qui ne les incite peut-être pas à être « revendicatifs »... Mais certains vivent de leur activité de ferraillage, et bien qu'ils aient accès à une allocation logement (APL), ils payent une partie du loyer. Ces personnes se rendent compte qu'elles continuent à payer alors que le service d'entretien de l'habitat, de la voirie est peu ou pas rendu... On repère également des problèmes avec la télévision : le service n'est pas réalisé, mais les factures continuent d'arriver, qui sont payées semble-t-il...

*« On a l'APL, mais si on travaille, on paye pour une maison qui est toute cassée. »*

*« On paye 34 euros le câble mais on l'a pas. 165 euros de redevance télé alors que depuis deux ans on n'a pas d'antenne, mais ils ne veulent rien savoir et ils nous envoient les factures quand même. »*

Finalement, ces habitantes ont un discours ambivalent : elles veulent se faire entendre, alerter les décideurs, améliorer leur situation... Mais ne font pas réellement de tentatives pour concrétiser cette plainte... Parfois, parce qu'elles sont convaincues que les « gens du voyage » ne sont, de toutes façons, pas entendus par les pouvoirs publics, la police :

*« Chez nous on se laisse pas faire ! »*

*« Chez nous on porte pas plainte... Et nous, si on porte plainte : il y a pas de plainte ! »*

Néanmoins, la présence régulière d'une éducatrice de l'ADSEA qui aide ces personnes dans leurs démarches administratives, qui les informe et les accompagne vers certaines ressources (soins, aide sociale, ...), qui aide également les enfants par rapport à leur scolarité, semble avoir changé beaucoup de choses à la fois dans les représentations et les pratiques. C'est d'ailleurs parce que cet accompagnement par l'éducatrice de l'ADSEA a été mis en place que la réalisation d'un groupe de discussion a été possible : un lien de confiance s'est créé qui permet de faire régresser certaines craintes et envisager de nouvelles possibilités.

Enfin, il faut également rappeler que cette population craint toujours beaucoup le « contrôle » des institutions (et la répression qui peut éventuellement suivre) avec notamment la crainte des travailleurs sociaux qui pourraient « enlever » les enfants à leurs familles... Cette image ne favorise sans doute pas les démarches de demande d'aide, à l'extérieur du quartier, à des professionnels du social, ...

### ➤ **De nombreuses problématiques de santé**

Au-delà des problèmes somatiques et psychiques qui peuvent être induits par le délabrement de leur habitat et la pratique du ferrailage, les gens du voyage sont concernés par de nombreuses problématiques de santé, liées souvent à leur mode et hygiène de vie.

Globalement, on retrouve comme dans d'autres populations précaires, des consommations problématiques (notamment chroniques) de substances psychoactives. Le tabac arrive en tête des pratiques : les hommes aussi bien que les femmes sont de gros consommateurs de cigarette, et il y a peu d'arrêt ou de diminution de consommation semble-t-il. L'alcool est également pointé du doigt et chez les plus jeunes, le cannabis est probablement autant consommé que dans d'autres milieux en difficultés socio-économiques.

Le diabète et le surpoids semble également fréquemment rencontrés. Le régime alimentaire et l'hygiène de vie globale sont probablement en partie responsable de cela...

Enfin, on repère dans cette population un rapport aux soins essentiellement curatif (comme c'est souvent le cas pour les populations modestes) : il y a très peu de consultations de suivi, et les personnes attendent souvent que les symptômes deviennent insupportables pour consulter (surtout lorsqu'il s'agit des adultes). Les dents semblent particulièrement pâtir de ces pratiques.

On soulignera néanmoins que les femmes que nous avons rencontrées ont déclaré avoir un suivi gynécologique (frottis régulier et mammographies pour les plus de 50 ans) : le sujet n'était pas tabou, et ce type de prévention semblait aller de soi pour les femmes rencontrées.

De fait, si les pratiques de prévention ne sont pas optimales, ces personnes ont néanmoins facilement recours au médecin généraliste, avec qui elles entretiennent apparemment une relation de confiance.

L'hôpital et la clinique (suivant les personnes) sont également des références que ces personnes n'hésitent pas à utiliser.

Les besoins de sensibilisation, de prévention semblent être les mêmes que ceux des autres populations modestes que l'on rencontre dans les territoires en CUCS. Globalement, si les pratiques restent difficiles à modifier, on repère cependant que les représentations ont fortement évolué et sont largement ouvertes à une meilleure attention à la santé.

### ➤ **Des changements profonds sont à l'œuvre**

La question de l'éducation et de la prévention des jeunes sur les questions de sexualité, contraception, prévention des IST en constitue le meilleur exemple. Les femmes rencontrées ont souligné à quel point leur propre adolescence était différente de l'adolescence de leurs enfants.

En premier lieu, les adolescents vont de plus en plus souvent au collège « physiquement ». Jusqu'à une période récente, ils allaient à l'école primaire puis, à partir de la sixième, suivaient – tant bien que mal – les cours par correspondance du CNED. Aujourd'hui, ces pratiques sont en régression : les enfants vont au collège, malgré toutes les craintes des parents, et les situations de rejet ou d'ostracisme que peuvent subir ces enfants :

*« Nos gamins, ils sont la première génération à aller au collège : ils le vivent très, très mal... »*

Au-delà du rejet par les « *gadjs* », les parents craignent que leurs enfants ne se fassent agresser, qu'ils subissent de mauvaises influences : consommation de drogues et libertinage sexuel sont les risques les plus redoutés.

Le sens de cette souffrance n'est pas toujours évident à trouver pour les parents... Pour certaines mères, le fait d'aller au collège est inutile puisque de toute façon leurs enfants feront peu ou prou la même activité que leurs parents : manuelle, indépendante (pas de salariat), et compatible avec le fait de voyager... Pour d'autres, l'avenir est peut-être un peu plus ouvert. Le fait que les enfants aient un niveau de formation supérieur leur ouvrira peut-être des portes :

*« Ça sert à rien d'aller au collège... Mais ils feront peut-être autre chose que nous. »*

Mais on repère que certains enfants eux-mêmes souhaitent des changements de perspective. Si l'école n'apparaît pas forcément comme le levier pour ces changements, le fait même d'envisager de changer de vie, et d'abandonner, au moins en partie, la culture des gens du voyage émerge chez certains... Ce qui n'est pas forcément mal vu par les parents mais crée tout de même une certaine perplexité et des regrets :

*« Ma fille, elle veut pas se marier avec un gens du voyage : elle dit qu'ils sont trop machos... Elle dit qu'elle sera sédentaire, avec une maison et une piscine... La tradition du voyage se perd... C'est triste parce qu'il y a des cultures quand même... »*

### 3.4.3. Les publics en grande précarité, marginalité : problématiques et ressources spécifiques

#### ➤ **Isolement social et affectif, grande précarité, toxicomanies et problématiques de santé mentale**

Au-delà des populations modestes que l'on trouve notamment dans les quartiers d'habitat social, Bourg-en-Bresse compte des publics en très grande fragilité, dont certains qui sont SDF voire, n'ont aucune autre forme d'hébergement que la rue.

On repère dans cette situation des personnes de tous âges : des jeunes errants avec leurs chiens (JAC) qui ont plutôt une démarche de « routards », aux jeunes errants qui sont en recherche d'un emploi ; jusqu'aux adultes plus ou moins désinsérés. Beaucoup sont dans des consommations problématiques de substances psychoactives, et beaucoup ont des difficultés comportementales, relationnelles, cognitives qui semblent associées à des pathologies mentales, plus ou moins sévères. Si certains ont déjà été suivis en psychiatrie mais sont en rupture de soins, d'autres en revanche n'ont jamais été soignés, sans doute du fait d'un éloignement très important du droit commun et d'une désinsertion précoce...

Par ailleurs, globalement, ces publics vont très difficilement se soigner en ville et sont davantage utilisateurs des services d'urgence des hôpitaux. Néanmoins, tous les médecins de ville ne souhaitent pas les avoir parmi leur patientèle... et il semble qu'il soit parfois très difficile de parvenir à trouver un médecin qui accepte ce profil de personne comme patient « régulier ».

Les parcours de vie de ces personnes désinsérées sont très souvent marqués par des conflits familiaux importants, des ruptures affectives (notamment avec les parents), la précarité socio-économique de la famille, des difficultés professionnelles et/ou des difficultés d'accès à l'emploi. Si les hommes sont plus souvent concernés, on repère de plus en plus de femmes « à la rue », comme sur d'autres zones urbaines, qui se trouvent en situation de fragilité accrue, par rapport à différents risques sanitaires, et par rapport à la violence de cet univers de la rue.

En ce qui concerne les femmes, quelques professionnels ont évoqué l'existence d'un phénomène de prostitution « itinérante », essentiellement en camionnettes et camping-cars, notamment en périphérie de Bourg-en-Bresse. Cette population semble néanmoins peu nombreuse, peu demandeuse d'aide et finalement mal connue du tissu associatif local.

Notons que lorsque ces personnes sont à la fois toxicomanes et concernées par un problème de santé mentale, la prise en charge par le CPA n'est pas toujours possible. Il semble ainsi qu'il soit difficile d'amener vers le soin des personnes qui sont encore essentiellement centrées sur les moyens de se procurer des substances psychoactives et sur le fait même de consommer... Reste que les structures qui hébergent et accompagnent ces personnes se trouvent souvent bien démunies, notamment face aux comportements agressifs, aux moments de « crise », et souhaiteraient davantage d'aide de la part de la psychiatrie.

Une autre difficulté largement soulignée par les professionnels rencontrés est qu'au sein d'une même structure d'hébergement, les personnes concernées par des problèmes de santé mentale sont source de mal-être pour les autres. En effet, les personnes qui se trouvent en foyer ou en CHRS suite à des ruptures, à une situation de grande précarité peuvent montrer des signes de dépressivité, qui n'entravent pas toutefois leurs relations avec les autres résidents, les professionnels de la structure, et globalement leur rapport à « la réalité »... Or le fait de côtoyer, pendant parfois plusieurs mois, des personnes atteintes de troubles du comportement marqués (agressivité, violence, négligence de l'hygiène personnelle, etc.) peut dégrader l'état moral des autres résidents et au final devenir « pathogène », provoquer une aggravation de leur dépressivité ou déclencher également des troubles. Les responsables de ces structures décrivent ainsi une sorte d'effet de « halo » : de manière caricaturale on peut dire que le comportement des personnes « malades » finit par déteindre sur les « non-malades » et par détériorer la santé mentale de ces derniers. Les professionnels insistent donc à la fois sur leur besoin d'aide de la part des soignants pour « gérer » les personnes malades au sein des résidences, et la nécessité d'être vigilants

sur les équilibres à maintenir au sein des résidences pour ne pas fragiliser davantage ceux qui vont le moins mal...

La plupart de ces structures travaillent déjà en partenariat avec le CPA, à la fois pour trouver des solutions d'hébergement pour des malades qui n'ont pas vocation à être hospitalisés en longue durée, mais aussi pour que les malades hébergés puissent être accompagnés et suivis dans leur traitement psychiatrique. Néanmoins certains malades sont décrits comme très problématiques et très difficiles à accueillir : mais il n'existe pas aujourd'hui de ressources spécifiques pour eux, et on les retrouve invariablement dans les systèmes d'aide aux marginaux... La mise en place de l'Equipe Mobile Santé Mentale et Précarité suscite beaucoup d'attentes chez ces professionnels.

### ➤ **Le SAMU social à Bourg-en-Bresse : la Maraude**

La Maraude, équipe de bénévoles de la Croix-Rouge, assure un service de SAMU social à Bourg-en-Bresse, en intervenant dans les rues de la ville, la nuit, trois fois par semaine du 1<sup>er</sup> novembre au 31 mars, et ce, auprès de toutes les personnes qui vivent dans la rue ou dans des squats. Ces bénévoles apportent un soutien alimentaire et vestimentaire aux SDF et essayent également de les amener vers des ressources d'aide ou de soins du droit commun. Grâce à un travail de tissage de lien avec des acteurs de terrain qui sont en position de rencontrer des SDF (tels que les personnels SNCF dans les gares, les vigiles de grands magasins, etc.), la Maraude est bien repérée et alertée lorsque des personnes sont repérées comme étant à « la rue », sans domicile fixe.

### ➤ **L'Hébergement d'urgence et de longue durée**

Il existe à Bourg-en-Bresse plusieurs ressources d'hébergement pour les publics marginalisés : un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) plutôt dédié aux hommes (association Tremplin), un autre qui accueille des femmes célibataires, avec ou sans enfants, La Parenthèse, géré par l'ADSEA, et enfin un troisième géré par le Comité Local pour le Logement Autonome des Jeunes (CLLAJ) « l'Appart ». Les trois CHRS proposent quelques places d'urgences.

Le foyer Renoir, résidence sociale de l'association Alfa 3A possède également des places d'urgences, dans le cadre d'une convention avec le CHRS de Tremplin. Alfa 3A gère également une autre résidence sociale sur Bourg : le foyer Paul Barberot.

Enfin, en hiver, l'hôpital Fleyriat met à disposition un bungalow de 4 places sur le site de l'hôpital (néanmoins, il ne comprend pas de sanitaires et pas de chauffage). Les personnes ne peuvent y rester que la nuit.

En ce qui concerne l'hébergement de longue durée (en moyenne jusqu'à deux ans, qui dans la réalité sont parfois dépassés par certains locataires...), l'accompagnement à la réinsertion passe par des propositions de participation à différentes activités<sup>29</sup>... Mais les professionnels convergent sur le fait que la mobilisation, la « redynamisation » sont parfois très difficiles avec des personnes qui ont peu de portage affectif, sont dans une grande solitude et n'arrivent plus à se projeter dans l'avenir.

Par ailleurs, de la même façon que ces ressources d'hébergement ne sont pas réellement outillées pour accueillir des malades mentaux, plus ou moins stabilisés, il leur est souvent difficile également d'accueillir les personnes ayant un problème sévère de toxicomanie, qu'il s'agisse d'alcool ou de substances illicites. La règle est que les personnes hébergées ne consomment pas au sein de la résidence et ne posent pas de problèmes dus à des états d'ivresse, de manque etc... Concrètement, cela signifie que certaines personnes n'ont pas de solution d'hébergement tant qu'elles consomment de manière problématique.

Enfin, les animaux n'étant pas accueillis, les « JAC » n'ont pas accès à ces hébergements tant qu'ils refusent de se séparer de leurs chiens...

---

<sup>29</sup> L'association Tremplin propose ainsi aux hébergés de participer à l'un des trois espaces de traitement et de vente de vêtements et de meubles d'occasion. Tremplin propose également un restaurant social



Au bilan, à Bourg-en-Bresse comme sur d'autres aires urbaines se pose la question des solutions d'hébergement qui manquent pour les « marginaux parmi les marginaux »...

L'hébergement d'urgence pose lui la question de la durée de l'urgence : pour certains professionnels, 5 ou 7 nuits d'hébergement ne suffisent pas à sortir de l'urgence, alors que pour d'autres on ne peut guère proposer mieux, afin de laisser notamment la place à d'autres personnes...Le débat est loin d'être clos, dans un contexte où les demandes ne cessent de croître.

### ➤ **Les accueils de jour : Chocolat Chaud et Tremplin**

Il existe à Bourg-en-Bresse un PAEJ (Point Accueil Ecoute Jeunes) créé à l'initiative de l'ADSEA et de AAJ, qui est néanmoins devenu, au fil du temps, une structure essentiellement fréquentée par les jeunes en errance. Il s'agit de jeunes burgiens, ou de jeunes venant d'autres communes ou départements, qui s'arrêtent plus ou moins longtemps à Bourg. La plupart n'ont pas de logement stable et sont concernés par des problèmes de toxicomanie. Cette structure est ouverte quatre matinées par semaine et le mercredi après-midi : il y est proposé des jeux et différents ateliers qui ont pour objectif de remettre ces jeunes en liens avec d'autres, avec des professionnels, etc.

Le PAEJ dispose en outre d'un lave-linge, d'un sèche-linge, d'une consigne, d'une douche et accepte les jeunes avec leurs chiens. Le médecin généraliste qui travaille avec AAJ intervient deux fois par mois auprès des jeunes errants, au sein du PAEJ, afin de les sensibiliser à la prise en compte de leurs santé et de les ramener vers les soins de droit commun. Si besoin, lorsque le dialogue avec le jeune est enclenché, s'il en est d'accord, il peut être orienté vers le psychologue d'AAJ.

L'association Tremplin propose un accueil de jour qui ouvre ses portes du lundi au vendredi de 8 heures 30 à 17 heures 30. Deux éducateurs et une équipe de bénévoles assurent les accueils dans un espace convivial. Diverses prestations sont proposées : se mettre à l'abri, prendre une douche, laver ou changer ses vêtements, récupérer son courrier, discuter avec les bénévoles autour d'un café, d'une partie de cartes ou encore engager une démarche d'insertion avec l'aide des professionnels comme par exemple une ouverture de droit RMI.

Des activités sportives et culturelles sont également accessibles à tous sur simple inscription. Comme pour Chocolat Chaud, cet accueil de jour s'inscrit dans une démarche de maintien ou de restauration du lien social.

#### 3.4.1. Des ressources spécifiques pour les publics très précaires non marginalisés

Plusieurs structures sont présentes à Bourg-en-Bresse qui viennent en aide aux personnes en situation de précarité, en plus de l'action du pôle social du Conseil général et du CCAS.

Sans en faire ici la liste exhaustive ni entrer dans le détail de leurs activités, on signalera notamment l'action du Secours Catholique qui intervient dans différents domaines : aide alimentaire et vestimentaire, aide administrative, aide à l'accès aux loisirs et aux vacances, aide aux devoirs pour les enfants, ...

On repère également la présence du Secours Populaire, des Restaurants du Cœur qui outre l'aide alimentaire accompagnent également les familles dans l'accès aux vacances, l'aide aux devoirs, ...

Certaines structures impliquent le montage d'un « projet » de la part des aidés. C'est le cas de l'Epicierie Solidaire, association qui s'adresse à des personnes très fragilisées socio-économiquement mais qui ne sont pas marginalisées (en général, il ne s'agit pas de SDF, ou de personnes très éloignées du droit commun). Son objectif est d'aider concrètement des personnes démunies à faire aboutir un projet (vacances, remboursement d'une dette, facture, frais de soins, ...) L'Epicierie Solidaire va aider ces personnes en leur donnant accès pendant 6 mois à des produits alimentaires à des prix globalement inférieurs de 30% à ceux du marché, qui leur permettront de réaliser les économies nécessaires à la réalisation de leur projet. Par ailleurs, l'association leur permet de participer à des activités diverses,

comme les ateliers cuisine (où il s'agit d'apprendre à réaliser certaines recettes à moindre coût), ateliers santé bien-être, ... qui semblent très appréciés des participants.

Certains des habitants que nous avons rencontrés insistent néanmoins sur le fait que les différents services et structures (notamment Conseil général, ville, ...) ne sont pas suffisamment articulés dans l'aide apportée aux personnes en grande fragilité (notamment dans les situations d'urgence, lorsqu'il y a perte de logement, etc.). Quelques uns se sont notamment plaint du fait qu'il faut souvent frapper à plusieurs portes avant de pouvoir mettre en place un début de solution, et ce, alors même que la situation de précarité et le sentiment d'urgence, cumulés à une méconnaissance des ressources possibles complexifient encore ces démarches. Certaines personnes souhaiteraient ainsi qu'il existe une sorte de « guichet unique » pour les situations de précarité et d'urgence qui éviterait ces « parcours du combattant, et permettrait aux personnes de connaître d'emblée les ressources pertinentes, remplir les bons formulaires, etc.

#### 3.4.2. Les détenus de la maison d'arrêt de Bourg-en-Bresse

La population de la Maison d'arrêt de Bourg-en-Bresse présente de nombreuses difficultés en matière de santé, et notamment en ce qui concerne la toxicomanie et la santé mentale. L'Unité de Consultation et de Soins en Ambulatoire (UCSA) de la maison d'arrêt traite directement les toxicomanes. Néanmoins une psychologue du CSST AAJ intervient afin notamment de préparer les prises en charge pour ceux qui terminent leur peine et vont sortir.

Une psychologue de l'ANPAA 01 anime par ailleurs un groupe de parole avec les détenus une fois par mois, autour de la thématique des addictions, et propose des consultations ciblées sur l'alcool.

Le nouveau centre pénitentiaire qui doit ouvrir ses portes sous peu (fin 2009) suscite néanmoins de grandes inquiétudes : cet établissement, neuf, devrait proposer de meilleures conditions de vie. Mais sa grande capacité d'accueil (690 places contre 130 actuellement) laisse penser qu'il y aura une forte croissance des besoins et des demandes aussi bien en matière de santé mentale que de toxicomanies. Or, au moment de l'étude aucun moyen supplémentaire n'était prévu pour prendre en charge cet afflux de demande.

## 3.5. Les personnes âgées

### 3.5.1. De nombreuses ressources locales d'aide et de soins

#### ➤ **Le Service des Aînés et Personnes Handicapées (SAPH) de la Ville**

Le Service des Aînés et des Personnes Handicapées (SAPH) de la Ville propose un accompagnement médico-social des personnes âgées seules et isolées et participe à la mise en place des différents partenaires qui interviennent à domicile.

Le SAPH travaille ainsi en lien étroit avec les assistantes sociales du Conseil général<sup>30</sup> en ce qui concerne le repérage des personnes âgées qui deviennent dépendantes, la mise en place des plans d'aide et de l'APA<sup>31</sup> (évaluation du niveau de dépendance de la personne âgée et des ressources de son environnement), l'aide au remplissage de dossier de demande d'APA, ainsi que sur la réévaluation des plans d'aides devenus inadaptés. Le SAPH est également porteur du suivi canicule auprès des personnes âgées. L'action de ce service est saluée par les professionnels rencontrés.

Le SAPH œuvre néanmoins principalement auprès des personnes âgées autonomes et propose différentes animations à des tarifs qui tiennent compte des ressources : sorties pédestres accompagnées par une infirmière deux fois par an (printemps et automne), des sorties diverses et un accueil hebdomadaire, sur le mois d'août uniquement (dans une salle climatisée), ce qui est particulièrement apprécié des personnes âgées qui restent seules, en ville, l'été, alors que toutes les autres structures sont fermées.

#### ➤ **Le CLIC gérontologique (Cellule Locale d'Information et de Coordination) du Conseil général**

Créé en 2001 et porté par l'ADAG BB (Association D'Action Gérontologique du Bassin Burgien), le CLIC matérialise le réseau gérontologique sur l'agglomération. Il accueille, écoute, informe et oriente les personnes âgées et leurs familles. Il intervient sur toute la circonscription d'action sociale de Bourg-en-Bresse. Le CLIC n'a pas vocation à accompagner directement les personnes mais à coordonner les interventions des différents partenaires autour des personnes âgées.

Ces structures paraissent cependant insuffisamment repérées par les usagers : les familles semblent avoir du mal à frapper à la "bonne porte" pour obtenir des renseignements concernant différentes démarches administratives ou pour avoir les coordonnées de structures ou services d'aide aux personnes âgées. Ainsi, au moment où se pose un problème de dépendance (souvent avec une certaine notion d'urgence), les familles se trouvent démunies pour trouver des solutions à court terme, faute d'avoir pu anticiper, préparer ce moment. Les professionnels libéraux (et notamment les infirmières, spontanément sollicitées par les familles semble-t-il) ne connaissent pas non plus toujours clairement ces ressources que sont le CLIC ou le SAPH et ne renvoient pas forcément non plus les familles vers le Conseil général...

Certains professionnels estiment donc que l'information à destination des professionnels mais aussi du grand public, en matière de ressources d'aide aux personnes âgées, devrait être plus développée.

---

<sup>30</sup> Ce sont les Conseils généraux qui ont la charge de la mise en place de l'aide aux personnes âgées non-autonomes

<sup>31</sup> APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie, gérée par le Conseil général

### ➤ **Les associations d'aide et de soins à domicile**

Plusieurs structures d'aide à domicile existent à Bourg-en-Bresse : Aide Familiale Populaire (AFP), Ain Aide Services (AAS), Confédération Syndicale des Familles (CSF), ADAPA, ....

AFP et AAS proposent les services d'auxiliaires de vie aux personnes âgées, pour effectuer diverses tâches (ménage, entretien de logement, préparation des repas, aide à la personne, accompagnement dans les transports en commun, transfert lit-fauteuil, aide à la toilette,...). Il semble néanmoins que certaines personnes âgées regrettent les changements trop fréquents d'auxiliaires de vie, qui les déstabilisent et les insécurisent.

Le portage quotidien des repas à domicile est géré par la CSF. Ce service fournit également des repas pour le week-end. Certaines personnes regrettent néanmoins l'absence d'un lieu de convivialité comme un foyer-restaurant où les personnes âgées de Bourg-en-Bresse pourraient se retrouver, pour briser un moment la solitude du quotidien.

Pour des toilettes et des soins de nursing, on repère le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), ASDOMI, qui comprend 102 places. La mission du SSIAD auprès des personnes âgées recouvre l'évaluation des besoins en soins, par l'infirmière coordinatrice, au moyen de visites à domicile, afin d'élaborer et de mettre en œuvre les projets individualisés de soins, la coordination avec les différents professionnels médicaux, le travail en lien avec les services et établissements de santé, médico-sociaux,... Les aides-soignantes réalisent les soins de base (toilettes, habillage, lever, coucher...) et le SSIAD a passé des conventions avec les infirmières libérales et le Centre de Soins Infirmiers (CPAM de Bourg-en-Bresse) pour les actes infirmiers techniques.

Le nombre de places du SSIAD a augmenté ces dernières années mais il y a encore des demandes qui ne peuvent être satisfaites : le manque d'aides soignantes à Bourg-en-Bresse a été largement pointé par les professionnels rencontrés.

Dans ce domaine, les Sœurs Dominicaines apparaissent également comme une ressource importante pour les personnes âgées : plusieurs religieuses qui sont également infirmières font des soins de nursing, notamment auprès de personnes à l'état de santé très dégradé.

### ➤ **L'équipe départementale mobile de psychogériatrie**

Des professionnels du Centre Psychothérapique de l'Ain (médecins gériatres et psychiatres, ainsi qu'infirmiers) peuvent se rendre à domicile ou en établissement, pour rencontrer des personnes âgées en situation de crise (en ce qui concerne le suivi, ce sont les professionnels du CMP Personnes Agées qui se déplacent). Ces professionnels peuvent notamment intervenir sur interpellation des médecins du Conseil général ou d'autres partenaires en lien avec le CLIC gérontologique.

### ➤ **La cellule de prévention pour personnes âgées en situation de détresse, portée par l'ADAG BB et le CPA (CMP personne âgées)**

Cette cellule a pour but de sensibiliser les professionnels et les bénévoles du champ gérontologique sur les facteurs de risques de suicide chez les personnes âgées. C'est également un lieu d'écoute pour les professionnels confrontés aux personnes âgées en souffrance. Cette cellule peut intervenir sur demande des professionnels pour évaluer une situation problématique, conseiller les différents intervenants et, si besoin, mettre en place une aide. Elle peut également intervenir dans des situations post-traumatiques (auprès des résidents et du personnel des maisons de retraite par exemple, lorsque le suicide n'a pas pu être évité).

➤ **ATOO, La dynamique sénior : un programme de prévention primaire pour bien vieillir de la CRAM Rhône-Alpes**

ATOO est un programme de prévention primaire pour bien vieillir qui a été mis en place par la CRAM Rhône-Alpes. Il concerne les départements du Rhône, de la Drome, de l'Ardèche et de l'Ain, où il a été mis en place dès 2003. Dans l'Ain, environ 20% des participants au programme sont des résidents de Bourg-en-Bresse<sup>32</sup>. Ce programme s'adresse à toute personne à partir de 55 ans et offre, gratuitement, une évaluation globale de la personne et un accompagnement individualisé, réalisés par une équipe de professionnels pluridisciplinaire (médecin gériatologue, conseillère en prévention santé, assistante sociale, psychologue...). Cette équipe a ainsi pour mission d'organiser les rencontres avec les participants, de réaliser les bilans, d'élaborer les programmes et d'en assurer les suivis

L'objectif de ce programme est de permettre à chacun de réussir son vieillissement et de reculer le plus tardivement possible l'entrée dans des formes de dépendance, quelles qu'elles soient.

Concrètement, il s'agit de favoriser une détection anticipée des risques pouvant concerner la personne vieillissante, de développer une valorisation de ses atouts personnels pour prendre soin de sa santé, de sa mémoire, de son équilibre, et de son bien-être.

3.5.2. ... Mais encore des besoins qui ne sont pas couverts

➤ **La question de la disponibilité des médecins généralistes**

Comme on l'a vu plus haut, de grandes difficultés sont pointées par les professionnels et habitants dans l'accès aux médecins généralistes. Les personnes âgées se heurtent aux mêmes difficultés pour trouver un médecin traitant qui accepte de les prendre en charge et par ailleurs, très peu de médecins généralistes se déplacent aujourd'hui à domicile.

Des difficultés apparaissent également pour les personnes âgées lorsque leur médecin traitant est absent et qu'il n'a pas de remplaçant, notamment en été. Les médecins « restants » n'acceptent pas toujours de prendre en charge ces patients âgés qui sont alors orientés vers le Centre 15.

➤ **Des demandes de soins à domicile qui ne trouvent pas de réponse**

Il semble que les personnes âgées aient de plus en plus de difficultés pour trouver des réponses à leurs besoins en matière de soins à domicile, soins techniques ou soins de nursing, toilettes.

L'ASDOMI, service de soins à domicile, a une liste d'attente importante et ne peut pas toujours répondre à toutes les demandes. Il arrive ainsi que les patients soient orientés (par des professionnels de santé ou travailleurs sociaux) vers les Sœurs Dominicaines ou encore vers les infirmières libérales. Cependant, ces dernières sont également dans l'impossibilité de répondre à toutes les demandes, et par ailleurs certaines ne font plus ou peu de soins de nursing.

Les patients qui ne parviennent pas à trouver de structure pour effectuer des soins à domicile doivent en conséquence parfois rester hospitalisés plus longtemps que prévu.

Il semble que certaines familles qui se sont retrouvées sans solution pour effectuer des soins de nursing auprès de leur parent âgé ont cherché à savoir s'il existait des cours pour apprendre à réaliser ces soins elles-mêmes (transfert lit-fauteuil, toilettes...), mais apparemment il n'y a pas de ressource repérée dans ce domaine.

Pour certains des professionnels rencontrés, il y a surtout un manque de réponses en soins sur la ville qui relève d'une prise en charge par un service de soins infirmiers, en l'occurrence le SSIAD ASDOMI, notamment pour la maladie d'Alzheimer, les pathologies dégénératives, les cancers, les soins palliatifs, les accidents vasculaires cérébraux, ... Une prise en charge qui devrait se faire avec une évaluation infirmière quotidienne et l'intervention d'aides-soignantes selon un plan d'action et un projet de soins élaborés par

<sup>32</sup> Le site d'ATOO de l'Ain est situé à Bourg-en-Bresse.

le service et coordonnés avec les partenaires médicaux, sociaux... La question qui se pose donc est de savoir comment développer la réponse en soins : faut-il augmenter la capacité du SSIAD et pour quels publics ?

➤ **Sorties d'hôpital et organisation de l'aide à domicile : le problème de l'avance des frais et des délais de mise en place de l'APA**

La mise en place d'un plan d'aide avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) peut prendre plusieurs semaines (demande du médecin traitant, évaluation de l'équipe médico-sociale, etc.). Ces délais peuvent poser des difficultés aux personnes ayant de faibles revenus lorsqu'elles sortent de l'hôpital et qu'elles ont besoin rapidement d'une aide à domicile ou qu'elles doivent s'installer en résidence médicalisée (EHPAD) : toutes les personnes âgées n'ont pas les moyens de faire l'avance des frais impliqués par ces démarches, et se retrouvent donc sans solution en attendant de bénéficier de l'APA.

En attendant la mise en place d'un plan d'aide, certaines mutuelles financent des heures d'aide à domicile à condition d'en avoir fait la demande dans les cinq jours qui suivent la sortie d'hôpital, mais il semblerait que peu de familles soient informées de cette possibilité.

➤ **Sorties d'hôpital et organisation du retour à domicile difficile pour les personnes qui font un court séjour**

Lorsque des patients sont hospitalisés en moyen séjour à l'hôpital, les assistantes sociales de l'hôpital ont généralement le temps d'organiser leur retour à domicile, avec les différents partenaires qui peuvent intervenir à domicile. Par ailleurs, l'équipe mobile de gériatrie de l'hôpital intervient également dans les différents services de l'hôpital pour préparer la sortie des patients âgés.

En revanche, il semblerait que les assistantes sociales de l'hôpital manquent souvent de temps pour préparer le retour à domicile des patients hospitalisés en court séjour. Il n'est donc pas rare que les patients hospitalisés dans ses services rentrent chez eux sans qu'aucune aide n'ait pu être mise en place. Les personnes âgées et leurs familles, souvent prises de court, ne savent pas vers qui se tourner pour être informées et orientées et ne connaissent généralement pas du tout les différents acteurs de l'aide à domicile.

Les hospitalisations en court séjour, par leur durée limitée et souvent aussi leur soudaineté, laissent peu de temps pour préparer, anticiper le retour à domicile des personnes âgées. Or, il n'existe pas de ressource, aujourd'hui, qui puisse mettre en place une information et des solutions pour les familles sur un temps court... La plupart des familles n'ayant pas anticipé ce type de situation, le problème reste entier pour elles...

➤ **Des besoins d'aide pour les démarches courantes des personnes âgées**

Les personnes âgées ont parfois des difficultés pour faire des démarches courantes comme prendre des rendez-vous pour des soins, une ambulance ou un taxi, ou encore remplir des dossiers administratifs (obtention d'aide, ...). Elles sollicitent donc le plus souvent les infirmières ou les médecins qui interviennent à domicile, car elles ne connaissent pas les ressources appropriées pour obtenir cette aide (le CCAS, le SAPH, les assistantes sociales du Conseil Général, le CLIC).

Outre la méconnaissance des ressources, il apparaît que les personnes âgées et leurs familles méconnaissent également leurs droits et les aides spécifiques auxquelles elles peuvent prétendre, que les personnes âgées soient autonomes ou en perte d'autonomie. Là encore le manque d'information sur ce sujet empêche toute anticipation des familles.

### 3.5.3. La précarité économique des personnes âgées a un impact négatif sur leur santé

Certains professionnels repèrent de plus en plus de personnes âgées en situation de surendettement, ainsi que des personnes dont les faibles revenus rendent difficile le coût des charges quotidiennes (en sus du loyer, l'alimentation, les soins, ...). En cas de perte d'autonomie, la situation devient encore plus problématique, et ce malgré l'APA proposée par le Conseil général. Il semblerait ainsi que certaines personnes choisissent de ne pas prendre d'aide à domicile car le montant restant à leur charge est trop élevé par rapport à leur niveau de revenus. Si certaines personnes âgées doivent effectuer cet arbitrage compte-tenu de leurs contraintes économiques, il faut également rappeler que plus le revenu des personnes âgées est élevé, plus elles peuvent faire appel à différentes sortes d'aide à domicile : inversement, lorsque les personnes ne peuvent compter que sur l'APA, leur qualité de vie n'est pas la même car un certain nombre de besoins restent sans réponse (ne serait-ce qu'en matière d'accès aux ressources de loisirs et de sociabilité, pour rompre l'isolement, rester inséré dans un lien social, etc.)

Des difficultés se posent également très fortement lorsque la dépendance s'accroît et que les personnes âgées doivent envisager un hébergement en institution.

Ces éléments ne sont pas spécifiques à Bourg-en-Bresse, mais ils ont un impact majeur sur les conditions de vie des personnes âgées, et par voie de conséquence sur leur état de santé, au moins psychique.

Par ailleurs, les professionnels notent que les « conjugopathies » dans les couples âgés se rencontrent de plus en plus fréquemment et sont sources de souffrance psychique mais aussi de difficultés administratives et financières importantes. En cas de séparation ou divorce, il est coûteux et difficile pour les personnes âgées de retrouver un logement (les CHRS n'accueillent pas de personnes de plus de 60 ans).

Enfin, les professionnels repèrent de nombreuses personnes âgées qui ont des problèmes d'audition mais qui, faute de revenus suffisants, ne sont pas appareillées. Or, les problèmes de surdité ont un impact très négatif sur les possibilités de maintien dans un lien social...

Le même problème se pose également pour les prothèses dentaires : là encore les personnes âgées ayant de faibles revenus et bénéficiant souvent d'une complémentaire santé minimale ne peuvent avoir accès à l'appareillage dont elles auraient besoin. Ceci joue défavorablement sur l'alimentation des personnes âgées : faute de pouvoir mastiquer convenablement, elles se privent de toutes sortes d'aliments.

Par ailleurs, les personnes âgées regrettent que les établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui sont situés hors de Bourg-en-Bresse n'aient pas toujours de places disponibles, ce qui contraint les familles à des déplacements parfois importants et coûteux pour rendre visite à leur parent âgé.

### 3.5.4. Maladies neuro-dégénératives : des besoins en augmentation...A l'image du territoire national

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer semblent globalement plutôt bien repérées et le rôle joué par les médecins généralistes dans ce dépistage est souligné par les professionnels rencontrés. Il semblerait cependant que certains médecins généralistes hésitent à réaliser un diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : ils s'interrogent sur la pertinence de ce diagnostic et ont le sentiment que cela peut induire plus de désavantages (angoisse, dépression, ...) que de bénéfices. Notons que ces réserves semblent totalement injustifiées à l'association Ain Alzheimer qui estime, pour sa part, que le diagnostic précoce est important dans la mesure où il permet :

- La mise en œuvre de traitements médicamenteux dont l'effet est de ralentir l'évolution de la maladie, surtout en son début.
- D'engager le processus d'accompagnement médico-social et de soutien psychologique du malade et de sa famille

Il est en effet avéré que les personnes concernées par des pathologies neuro-dégénératives, peuvent, du fait de leur troubles, se trouver en situation de danger (errance, accidents,...) et que les familles se sentent souvent totalement démunies tant qu'un diagnostic clair n'est pas posé. Le diagnostic permet ainsi à la fois une prise en charge médicale appropriée des patients et une orientation des familles vers différentes ressources d'aide : CLIC gérontologique et autres structures médico-sociales, associations de familles qui peuvent aider et soutenir les personnes concernées. Autant de ressources qui peuvent permettre aux aidants naturels d'adapter leur comportement par rapport à l'évolution de la maladie chez leur proche, et de prévenir les situations de conflit, voire de maltraitance.

Les personnes repérées comme pouvant être atteintes par la maladie d'Alzheimer ou une autre maladie neuro-dégénérative, sont ainsi en principe, orientées vers une consultation mémoire, afin d'établir le diagnostic, puis définir la meilleure prise en charge. Il existe trois consultations mémoire à Bourg-en-Bresse : une au CMP-Personnes Âgées, et deux dans les services de neurologie et de gériatrie de l'hôpital Fleyriat.

Néanmoins, la plupart de ces patients vivent à domicile et au fil du temps, l'épuisement s'installe pour les aidants naturels (conjoint ou enfants). Il est donc important de développer des solutions pour soulager ponctuellement les familles, notamment en créant des accueils de jour et des possibilités d'hébergement temporaire. Des accueils de jour existent à l'EHPAD les Ancolies (Péronnas) ainsi qu'à la Maison Saint-Joseph (Jasseron), qui sont inclus dans des CANTOUS<sup>33</sup>. Les familles regrettent cependant la faiblesse des transports en commun pour se rendre vers ces lieux-ressources et certaines déplorent également que ces accueils de jour soient ouverts aux personnes résidant dans les EHPAD : leur état physique et cognitif est parfois très dégradé, ce qui ne constitue pas forcément une solution adaptée pour les personnes accueillies en journée, qui ont besoin de stimulation. Certaines familles souhaiteraient ainsi la création d'un accueil de jour proche du centre ville de Bourg-en-Bresse (et donc bien desservi par les transports en commun), spécifiquement dédié aux malades Alzheimer (au moment de l'étude, un projet était en cours d'élaboration semble-t-il).

Les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui sont devenues très dépendantes, peuvent être hébergées dans des structures adaptées à Bourg-en-Bresse ou à proximité : à l'EHPAD Emile Pélicand et la résidence de l'Hôtel Dieu (hôpital Fleyriat), dans l'EHPAD Les Ancolies à Péronnas, ou encore à la Maison Saint-Joseph à Jasseron.

Se pose cependant toujours le problème du manque de places et du coût élevé (malgré l'APA) de ces hébergements.

Par ailleurs, Bourg-en-Bresse compte une MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer), dispositif expérimental porté par l'ADAG-BB. Cette structure est une sorte de guichet unique, un lieu d'information et d'orientation pour tout ce qui concerne la maladie d'Alzheimer. Elle a pour but d'accompagner les patients et de coordonner l'ensemble des acteurs qui interviennent dans leur prise en charge.

Notons qu'il existe également à Bourg-en-Bresse l'association Ain Alzheimer qui intervient sur tout le département et informe, oriente les malades et leurs familles vers les différents professionnels appropriés. L'association propose également un soutien psychologique gratuit aux aidants grâce à des rencontres animées par une psychologue du CPA.

---

<sup>33</sup> CANTOU : Centre d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles. Il s'agit d'une petite unité qui prend en charge des personnes âgées présentant des symptômes de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Le cantou comprend un espace sécurisé et adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il existe deux types de Cantou : ceux qui sont intégrés à un établissement d'accueil de type maison de retraite, ceux qui ont une existence et un fonctionnement autonome.



### 3.5.5. Les travailleurs migrants vieillissants

On repère un public spécifique composé de travailleurs migrants retraités ou proches de la retraite, notamment dans certains foyers ainsi que la résidence ADOMA. La plupart de ces personnes effectuent régulièrement des allers-retours entre la France et leur pays d'origine où vit souvent la plus grande partie de leur famille. Ce sont donc des personnes insérées socialement, mais qui, en France, sont éloignées de leur réseau familial et donc parfois relativement isolées.

En termes d'état de santé, les professionnels soulignent que ces résidents sont souvent atteints de diabète et que beaucoup sont insulino-dépendants (mais pas en auto-traitement : la plupart font appel à des infirmières). Par ailleurs, ces personnes sont plutôt globalement sous-dépistées, même si elles ont facilement recours aux médecins généralistes et leur grande méconnaissance de leurs droits est encore accentuées par les problèmes de langue. Ces problèmes de langue, voire pour certains l'illettrisme, rendent difficile également la prise en charge de leur santé : la mauvaise compréhension des diagnostics, des traitements, des conseils d'hygiène de vie (en cas de diabète notamment) constituent un élément très défavorable.

Enfin, pour ces personnes qui ont des revenus très modestes et qui n'ont pas d'aidants naturels à proximité, l'accès aux établissements de soins de suite et réadaptation, après une hospitalisation, est souvent très problématique financièrement. Ils ne peuvent rester dans la résidence ou retourner au pays compte-tenu de leur état de santé, mais n'ont pas les moyens économiques pour aller en établissement de SSR...

Enfin, pour ce public bien spécifique, en termes de mode de vie et de problématiques de santé, se pose la question du vieillissement et de la perte d'autonomie. Une réflexion est probablement nécessaire à mener quant aux solutions qui pourront être mises en place pour ces personnes, si elles deviennent dépendantes, alors que leur famille se trouve à l'étranger, et que les questions de barrière de la langue, de différences culturelles, d'isolement relationnel peuvent se poser de manière accrue.

### 3.5.6. La question du logement face à la perte de mobilité et d'autonomie

#### ➤ **Des problèmes d'accessibilité pour les personnes âgées**

Certaines personnes âgées en perte de mobilité n'ont plus la possibilité de sortir de chez elles parce qu'elles habitent dans des immeubles sans ascenseurs, ou encore parce qu'il y a des marches pour accéder à l'ascenseur ou des demi-étages... Le problème des fréquentes pannes d'ascenseurs est également mentionné par les personnes âgées notamment dans le quartier de la Reyssouze et dans certains immeubles du centre ville. Ce type de contrainte peut avoir un impact très négatif sur le maintien des personnes âgées dans un lien social.

Dans l'habitat social, on repère également des difficultés d'accès dans les salles de bains : les personnes âgées ne peuvent pas toujours enjamber le bord de la baignoire et les portes sont parfois trop étroites pour passer en fauteuil...

Lorsque les logements sont vieux ou inadaptés, les personnes âgées peuvent demander une aide au CAL PACT (Centre d'amélioration du logement) pour adapter leur habitation. Mais ces aides sont très mal connues des personnes âgées et de leurs familles et beaucoup ne les sollicitent pas faute de connaître leur existence.

### ➤ **L'accès aux EHPAD très difficile, notamment pour les personnes à petits revenus**

Concernant les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, on recense plusieurs structures :

- l'EHPAD Le Bon Repos à Bourg-en-Bresse, l'EHPAD Seillon Repos et l'EHPAD les Ancolies à Péronnas qui sont privés et habilités à l'aide sociale
- l'EHPAD Emile Pélicand, qui dépend de l'hôpital Fleury, qui comprend des lits de résidence, des lits de soins de longue durée, ainsi que des lits dédiés à la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres pathologies neurodégénératives.
- l'Hôtel Dieu, qui dépend également de l'hôpital Fleury, avec des lits de soins de longue durée et des lits de soins de suite et de réadaptation.

On recense également trois EHPAD privés à Bourg-en-Bresse, mais non habilités à l'aide sociale : la Résidence les Peupliers, la Pergola et Les Doyennes de Brou. Ces établissements privés ont généralement plus de disponibilités, mais leur coût est élevé pour les petits revenus.

Globalement, les professionnels soulignent le manque de places et les délais d'attente longs pour avoir accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées à Bourg-en-Bresse ou à proximité, en particulier ceux habilités à l'aide sociale. Par ailleurs, le coût d'un hébergement en institution, que ce soit dans le privé ou dans le public, apparaît comme un frein pour certaines personnes âgées qui, malgré leurs retraites et l'APA, ont des difficultés pour y accéder.

Autre difficulté pour les personnes âgées et leurs familles : les procédures pour entrer en établissement d'hébergement. Ces procédures ne sont pas standardisées : les critères d'accueil varient selon les établissements ce qui alourdit encore les démarches administratives à effectuer par les familles, mais aussi pour les médecins (qui établissent) des certificats médicaux pour chaque établissement. L'idée d'un dossier unique pour "alléger" ces démarches a été suggérée par certains professionnels et habitants rencontrés...

### ➤ **Foyers-logements et Petites Unités de Vie semblent très appréciés**

Il existe deux foyers-logements pour personnes âgées valides à Bourg-en-Bresse : l'un à la Reyssoze et l'autre dans le quartier des Vennes. Ce type de résidence non-médicalisée permet aux personnes âgées autonomes, mais qui vivent seules, de rompre leur isolement en participant aux activités organisées par le foyer-logement et améliore également leur sentiment de sécurité (alarmes, personnel de garde la nuit, ...). De plus en plus recherchés, ces foyers-logements ont des listes d'attente importantes semble-t-il.

Par ailleurs, plusieurs Petites Unités de Vie (PUV) ont été créées récemment à Saint-Denis-les-Bourg, Viriat, Saint-Etienne-du-Bois et Péronnas. Ces structures sont plébiscitées par plusieurs professionnels interrogés qui estiment qu'elles sont une bonne alternative au "*tout domicile*" comme au "*tout établissement*" pour les personnes âgées. Ces PUV sont fondées sur un projet de vie visant à encourager l'autonomie des personnes, même dépendantes. Elles accueillent généralement moins de 25 résidents par établissement, dans des logements de type individuels, organisés autour d'un pôle de services : restauration collective, services ménagers, animations... Elles sont sécurisées par la présence d'un personnel de jour comme de nuit. Elles donnent également la possibilité aux résidents d'être accompagnés dans les actes de la vie quotidienne en cas de besoin.

Ces Petites Unités de Vie ont pour vocation de répondre aux besoins d'hébergement en milieu péri-urbain des personnes âgées valides ou en perte d'autonomie, contrairement au foyers-logements qui n'acceptent en principe que des personnes âgées valides.

### 3.5.7. La question de la maltraitance des personnes âgées

Des situations de maltraitance (physique et psychique) de la part de l'entourage des personnes âgées sont parfois repérées par les personnes qui interviennent à domicile. Ces professionnels s'interrogent sur les moyens de venir en aide aux personnes âgées tout en préservant leurs liens familiaux. Ceci pose la question de l'intérêt de l'hébergement temporaire pour alléger ces situations, qui peuvent être en partie liées à l'épuisement des aidants naturels. Mais il s'agit également de mieux prendre en compte les besoins d'aide et d'accompagnement des aidants naturels, chez qui les phénomènes d'usure face à la dépendance du conjoint ou de l'ascendant, peuvent engendrer des comportements maltraitants.

### 3.5.8. Les déplacements urbains : différentes ressources pour les personnes âgées

#### ➤ **Les transports en commun**

La couverture du réseau de bus semble adaptée aux besoins des personnes âgées valides et les tarifs proposés semble également ajustés puisqu'ils prennent en compte les revenus des personnes (soulignons que la Ville prend en charge une partie des abonnements) : la carte d'abonnement annuel "atout bus" coûte environ 13 euros par an et la carte "âge d'or" coûte environ 71 euros par an pour les personnes âgées. Certains des habitants rencontrés, victimes d'effets de seuil en termes de revenus, déplorent néanmoins la rigidité de la grille ou les seuils jugés trop bas...

Les transports en commun ne sont cependant pas facilement utilisables par les personnes en perte de mobilité. Tous les bus ne sont pas à plancher bas, et les arrêts imposent des contraintes de trajets à effectuer à pied parfois trop importants pour les personnes qui ont des difficultés à marcher.

Enfin, l'accès aux structures médicales ou hospitalières par les transports en commun peut être très compliqué pour les personnes âgées qui n'ont pas de véhicule personnel, ne peuvent plus conduire ou ont des difficultés avec la marche ou la station debout.

#### ➤ **Les chèques-taxis "club" (lieux de sociabilité et loisirs) et les chèques transport seraient insuffisamment connus**

Les personnes âgées peuvent se rendre en taxi, gratuitement, dans les clubs pour personnes âgées municipaux deux fois par semaine, grâce à des chèques-taxis "club" que la Ville met à leur disposition. Pour les autres déplacements (courses, consultations médicales...), il existe un système de chèque transport attribués par le SAPH selon l'état de santé de la personne et ses revenus. Ces chèques transports d'une valeur de deux euros peuvent être utilisés par les personnes âgées pour prendre un des taxis qui ont conventionné avec la Ville.

Il semblerait que certaines personnes âgées n'aient pas connaissance de ces possibilités de transport mis à disposition par la Ville, c'est pourquoi il semble indispensable de communiquer davantage sur ces aides.

Par ailleurs, le problème de la différence entre les ressources formelles et les ressources réelles a été plusieurs fois soulevé en ce qui concerne l'attribution des chèques transport : les personnes âgées dont les revenus dépassent le plafond mais qui ont par ailleurs des dépenses importantes (loyer d'un établissement d'hébergement pour le conjoint, hébergement de grands enfants...) ne peuvent pas bénéficier de ces chèques taxis.

### 3.5.9. Un cadre de vie agréable, des ressources de loisirs, mais trop peu d'animation le dimanche

Des animations sont proposées dans les sept clubs et groupes composant l'Amicale des Rétines, association dédiée aux personnes âgées, en complément des actions menées par le pôle animation du SAPH, par les centres sociaux, ou par d'autres associations.

L'accès à ces animations est facilité par le fait qu'elles sont souvent situées à proximité des lieux de vie des personnes âgées (foyers logements, ...) mais aussi grâce aux chèques-taxi "club"..

Malgré l'offre plutôt fournie d'activités de loisirs, certaines personnes âgées restent en marge, faute de connaître les autres participants ou par crainte ne pas s'y sentir à l'aise (le fait qu'il n'y ait que des personnes âgées peut être anxiogène), enfin certaines personnes sont très peu ou mal informées sur ces ressources et ne voient pas, de prime abord, l'intérêt qu'elles pourraient représenter pour elles. Les professionnels s'interrogent sur les moyens de toucher ces publics, parfois de plus en plus isolés.

Reste que l'offre de loisirs et de sociabilité est pauvre pour les personnes dépendantes et celles qui peuvent difficilement quitter leur domicile. A Bourg-en-Bresse comme sur d'autres territoires les professionnels repèrent des besoins importants de lien social parmi certaines personnes âgées dépendantes et isolées, mais peu de ressources semblent exister actuellement.

# SYNTHESE ET PISTES D'ACTION

## SYNTHESE

A l'issue des trois phases de ce diagnostic, respectivement consacrées aux données quantitatives, puis aux données qualitatives, avec dans un premier temps le recueil de la parole des personnes ressources, puis, dans un second temps, le recueil de la parole des habitants, un certain nombre de grandes tendances se dessinent que l'on peut résumer comme suit.

Il nous faut de prime abord rappeler que la situation de Bourg-en-Bresse, tant au plan des ressources de santé que de l'état de santé de la population est globalement favorable : les données quantitatives montrent que la ville ne présente pas de difficultés notables en termes de santé.

Cependant, ce diagnostic santé, qui a pour objectif nourrir la réflexion et l'action du futur Atelier Santé Ville, dispositif de la politique de la ville qui doit permettre de développer un volet santé au niveau local, se focalise, par essence, sur les publics en situation de fragilité socio-économique. C'est pourquoi les entretiens avec les habitants ont été réalisés auprès des résidents des quartiers en politique de la ville (Croix Blanche, Reyssouze, Pont des Chèvres, Terre des Fleurs, Les Vennes) et de publics précaires suivis par des structures d'insertion.

L'accent est donc mis, tant dans la synthèse que dans les pistes sur les besoins des publics les moins favorisés.

### **1/ Bourg-en-Bresse : un pôle de ressources à l'échelle du département, une identité de plus en plus urbaine... et une qualité de vie reconnue.**

Bourg-en-Bresse présente plusieurs spécificités fortes : c'est une ville qui gère de véritables enjeux urbains et notamment celui du développement des quartiers de la géographie prioritaire, et qui joue, en même temps, le rôle de capitale d'un département fortement rural, l'Ain.

Au-delà de sa position historique de ville-phare au sein du département, Bourg-en-Bresse continue aujourd'hui à être le pôle majeur de ressources de l'Ain, en termes d'administrations diverses, d'éducation et aussi de structures de soins et de prévention, sans parler des équipements culturels (Théâtre, cinémas, bibliothèque, ...) et des commerces. Parallèlement, professionnels et habitants apprécient la qualité de vie dans cette ville « *à taille humaine* », encore proche de la campagne, où les déplacements à pied sont faciles...

En matière de soins, l'hôpital général de Fleuriat, la clinique Convert ainsi que le Centre Psychothérapique de l'Ain constituent des ressources majeures qui couvrent un très large spectre de spécialités. A cela s'ajoute la présence de plusieurs associations qui interviennent dans le domaine de la prévention ou de certains soins spécialisés (notamment en matière de toxicomanie), ainsi que la présence des services de prévention de la CPAM et du Conseil général. L'offre publique de soins et de prévention est donc très riche et complète. Les données quantitatives montrent également que l'offre de soins en libéral est d'un niveau comparable ou légèrement inférieur à celui qu'on peut trouver dans des villes de même taille (Chambéry et Valence), éléments qu'il faut cependant pondérer par la faible densité médicale du département de l'Ain, qui fait de Bourg-en-Bresse une ville-phare dont les ressources sont utilisées à l'échelle du département, et pas uniquement par les burgiens.

Néanmoins, tous soulignent que Lyon demeure la ressource incontournable pour certains soins très spécifiques.

Le dynamisme de cette offre de santé répond par ailleurs à une identité et des attentes d'habitants de plus en plus urbaines. Si les réalités et les enjeux du monde rural sont très proches de Bourg-en-Bresse, la présence importante de quartiers en politique de la ville et d'une population ouvrière, parfois issue de l'immigration, se juxtapose à l'ancienne identité fortement ancrée dans la ruralité. Ainsi, les habitants que

nous avons rencontrés dans le cadre de discussions de groupes n'ont pas ou plus de liens avec ce monde rural, et leurs attentes et modes de vie sont très fortement urbains.

Les attentes les plus fortement exprimées par les habitants concernent ainsi le renforcement des transports en communs, en soirée et le dimanche, mais aussi le développement des ressources de loisirs et de sociabilité le dimanche. Le temps où les bourgiens retournaient, en fin de semaine, dans leurs familles demeurées à la campagne n'est plus, et même si beaucoup profitent des week-ends pour sortir et jouir des richesses naturelles du département, toute une partie des habitants de la ville veulent au contraire ou aussi, « profiter » de la ville le week-end. Notons que ces attentes sont transversales à toutes les tranches d'âge.

## **2/ Les quartiers en politique de la ville : pas de différence repérée dans l'état de santé, mais des ressentis spécifiques à chaque territoires**

Les entretiens menés avec les professionnels et avec les groupes d'habitants montrent que les problématiques de santé sont transversales à certains profils de publics ou tranches d'âges, mais qu'elles ne sont pas conditionnées par le fait de vivre sur tel ou tel quartier en politique de la ville de Bourg-en-Bresse.

Si on ne repère pas de différence en matière d'état de santé ou de pratiques de recours aux soins entre quartiers dits « sensibles », on en repère bien, en revanche, des différences entre personnes appartenant à des milieux sociaux différents, qui ont des niveaux de formation et de revenus différents : les effets des inégalités sociales sont également repérés en matière de santé à Bourg-en-Bresse.

Ainsi, à précarité égale, on retrouve les mêmes problématiques de santé. Néanmoins, on repère des différences en termes de ressenti, de bien-être, de qualité de vie, de représentations positives ou négatives concernant son lieu de vie, entre les différents quartiers en politique de la ville.

Ainsi, les habitants de **la Croix Blanche** se sentent proches de multiples ressources : le pôle de services Amédée Mercier, les grandes surfaces de la périphérie de Bourg, mais aussi les ressources du centre-ville. Un point noir est cependant fortement souligné : les troubles du voisinage engendrés par les groupes de jeunes hommes qui se rassemblent dans les espaces publics, au pied des immeubles. Certains groupes d'habitants sont également décrits comme étant dans une logique de repli identitaire, qui se manifeste notamment par une problématique autour de la restauration collective et de la nourriture « halal »...

**La Reyssouze**, « *petit village dans la ville* » est appréciée pour son aspect verdoyant et par le fait d'être traversée par la rivière du même nom. Des réseaux d'habitants y sont repérés qui semblent très actifs. Néanmoins, la question des incivilités et troubles du voisinage est également pointée de manière négative, avec en corollaire un sentiment d'insécurité. Enfin, les démolitions et réhabilitations dont le quartier fait l'objet perturbent un peu certains habitants et surtout, font craindre à ceux qui sont concernés, de fortes hausses des loyers à court terme.

**Le Pont des Chèvres** semble être le théâtre de tensions communautaires peut-être plus fortes qu'ailleurs et qui auraient un impact négatif sur l'atmosphère du quartier. Par ailleurs, les ressources commerçantes y sont très faibles ce qui crée une forte contrainte pour les habitants qui n'ont pas de véhicules personnels. Néanmoins, comme pour les autres quartiers en politique de la ville, l'image d'insécurité qui est souvent évoquée pour ce territoire ne correspond pas au vécu des habitants.

**Terre des Fleurs** est sans doute le quartier le plus spécifique de tous les territoires en politique de la ville de Bourg, du fait de sa configuration géographique. Relativement pauvre en ressources et donc extrêmement dépendant du centre-ville, il est par ailleurs séparé du reste de la ville par une voie ferrée. Le passage qui permet de franchir cette « frontière naturelle » est un souterrain, lieu souvent redouté de nuit, par les habitants, bien qu'il ne semble pas particulièrement « criminogène » dans la réalité... Reste que toutes ces contraintes sont très mal vécues par les habitants qui se sentent à la fois « *pauvres et abandonnés* » : le sentiment de relégation y semble plus fort que sur les autres quartiers en politique de la ville.

**Les Vennes**, enfin, est le territoire de la politique de la ville où l'on trouve la plus grande mixité sociale semble-t-il. Ce quartier qui a beaucoup changé au cours des dernières années est décrit comme plutôt agréable et facile à vivre... Néanmoins certains immeubles du parc social semblent se dégrader du fait d'une grande vétusté, altérant ainsi fortement la qualité de vie des locataires.

### **3/ L'accès aux ressources de soin et de prévention**

Si Bourg-en-Bresse apparaît comme une ville riche en ressources de santé, notamment du fait des deux importantes structures hospitalières que sont Fleyriat et le centre Psychothérapique de l'Ain, des manques sont néanmoins soulignés.

En premier lieu, il apparaît que malgré une densité de médecins généralistes relativement confortable, en pratique, il s'avère de plus en plus difficile de trouver un médecin traitant qui accepte de nouveaux patients, et il est également parfois très difficile d'obtenir un rendez-vous dans la journée ou le lendemain. Professionnels et habitants sont ainsi de plus en plus confrontés à une difficulté d'accès aux médecins généralistes, malgré les données chiffrées qui n'indiquent pas de déficit.

En ce qui concerne les médecins spécialistes, la présence de l'hôpital et d'une clinique privée permettent de répondre à la plus grosse partie des besoins. Néanmoins certaines spécialités très spécifiques ne sont pas présentes sur la ville et les patients doivent se rendre à Lyon. Reste que l'hôpital de Fleyriat comme le Centre Psychothérapique de l'Ain se trouvent tous deux hors de Bourg-en-Bresse, dans des communes limitrophes, et que la question de la distance et des déplacements, notamment en transports en communs est particulièrement épineuse pour les burgiens qui n'ont pas de véhicule personnel..

En matière de soins de nursing, on repère également que les besoins dépassent les possibilités de l'offre (notamment en matière d'infirmiers). Ainsi, il devient de plus en plus difficile de mettre en place des soins de nursing et il n'est pas rare que des patients attendent plusieurs jours ou semaines avant de pouvoir être pris en charge.

Outre la présence d'associations diverses qui interviennent dans le domaine de la prévention, notamment dans le champ des addictions (Accueil aide aux jeunes, ANPAA, ADESSA, ...), on repère d'autres ressources relativement transversales : en premier lieu, le Centre de médecine Préventive de la CPAM, qui propose entre autre, des bilans de santé complets et gratuits et également un accueil et une éducation thérapeutique des patients diabétiques. L'association des médecins du travail de Bourg-en-Bresse, très active, constitue également un outil à la fois de prévention et de vigilance par rapport aux risques du travail. Enfin, plusieurs professionnels ont évoqué le rôle joué par la Commission Locale Technique d'Insertion (CTLI), qui n'a pas la santé comme champ naturel, mais qui constitue néanmoins une instance partenariale qui permet aux professionnels, dans le cadre d'une analyse globale de la situation des personnes, d'évoquer et de traiter des problématiques de santé ou connexes à la santé.

Globalement, on repère l'existence d'un bon partenariat entre professionnels de Bourg-en-Bresse. Néanmoins, les entretiens montrent qu'il y a encore des zones d'ombres sur « *qui fait quoi* », notamment entre professionnels de champs différents : médico-social, médical, santé mentale, secteur libéral, etc...

Outre la question de l'offre de santé, on repère des difficultés d'accès aux soins, notamment chez les publics modestes ou précaires. En premier lieu, les mauvaises conditions de vie constituent un facteur défavorable à des comportements de prévention et de soin de soi. La pauvreté et les ruptures (divorce, chômage, etc...) aggravent par ailleurs les effets de la précarité économique en réduisant ou affaiblissant les liens sociaux. A ce titre, on peut souligner que les structures dont l'objectif premier ou secondaire, est la création ou le maintien des personnes dans un lien social, jouent un rôle important dans la prévention de l'isolement social, de la dépressivité et dans l'incitation à prendre « soin de soi ».

La méconnaissance des ressources et des droits peut également freiner l'accès aux soins : fautes d'être bien informées certaines personnes socio-économiquement fragiles ne consultent pas... La question de la barrière des mots pour des patients qui ne sont pas spécialistes de la terminologie médicale, ou encore de la barrière de la langue pour ceux qui parlent peu ou pas français entravent le processus de diagnostic, mais également la compréhension et l'observation de la prescription...



Enfin, à Bourg-en-Bresse la question des freins économiques se pose également : les refus ou acceptation aléatoire de la CMUc par les médecins (généralistes ou spécialistes) sont repérés par les habitants : refus sec ou dissimulé, ou encore soins différenciés pour les détenteurs de la CMUc (notamment en matière de dentisterie) ont été soulignés. Au-delà de la CMUc, les dépassements d'honoraires, pas toujours très bien expliqués en amont aux patients, sont extrêmement problématiques pour les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé ou encore une couverture complémentaire minimale...

#### **4/ Les problématiques de santé repérées**

##### **4.1/ Problématiques transversales**

Sans surprise, on retrouve sur Bourg-en-Bresse des préoccupations autour des déséquilibres alimentaires et des pathologies qui peuvent y être associées (surpoids, diabète, ...). La définition, le coût et le goût de l'équilibre alimentaire sont trois données qui varient extrêmement d'un individu à l'autre : des facteurs économiques, sociaux, psychologiques, culturels sont en jeu qui produisent, au final, des pratiques plus ou moins favorables à une bonne santé. Plusieurs structures travaillent déjà sur cette thématique (centres sociaux, Epicerie Solidaire, ...), qui permettent aux habitants de s'approprier certaines « bonnes pratiques ».

La question de la santé mentale est également très visible au plan des données quantitatives (ALD, consommation de neuroleptiques, file active de patients, ...) et est au cœur des préoccupations de plusieurs professionnels. Comme sur de nombreux territoires urbains, les professionnels de Bourg-en-Bresse sont à la fois confrontés à la dépressivité des précaires qui souffrent de leurs mauvaises conditions de vie, mais également aux comportements problématiques de personnes suivies ou non en psychiatrie, dont l'insertion dans la cité est problématique et nécessite un accompagnement rapproché. Il faut souligner que Bourg-en-Bresse présente une spécificité forte sur ce plan : la présence du Centre Psychothérapique de l'Ain favorise et facilite la présence de personnes qui ont besoin d'un suivi psychiatrique. Reste que l'insertion dans la cité des personnes ayant des troubles mentaux est parfois difficile et que les liens qui existent entre professionnels du social et de la santé mentale doivent être maintenus et sans doute renforcés.

En matière d'addictions, les professionnels ont le sentiment d'une augmentation de la consommation des substances psychoactives illicites, ce qui correspond aux tendances globalement observées en France. Néanmoins, le produit qui semble le plus facilement et largement consommé reste l'alcool. Des ressources dans ce domaine existent à Bourg-en-Bresse, qui nécessiteraient sans doute d'être mieux connues du grand public.

Le handicap est également une question transversale qui pose, de manière centrale dans un territoire urbain, la question de la mobilité et de l'accès physique aux ressources des personnes concernées. Là aussi des attentes fortes d'amélioration des transports en commun ont été exprimées, notamment en ce qui concerne les horaires.

##### **4.2/ Problématiques de santé par tranches d'âge**

###### **Les enfants**

Au plan physique, les professionnels font globalement le constat d'un état de santé favorable, avec néanmoins quelques points noirs qui demeurent, notamment en matière de déséquilibres alimentaires et d'hygiène bucco-dentaire... C'est néanmoins davantage dans le domaine du comportement et de la santé psychique que sont pointés des éléments défavorables, parallèlement aux difficultés éducatives qui sont constatées chez les parents. Difficultés à poser un cadre structurant pour l'enfant, parentalité fragile, qui aboutissent chez l'enfant à des difficultés de vie en collectivité, à une faible acceptation des règles de vie communes etc... Enfin, les troubles du langage sont à la fois de mieux en mieux dépistés et les professionnels de plus en plus sensibilisés à ces problèmes, mais le suivi des soins ou de la rééducation orthophonique n'est pas toujours assuré sur la longue durée, et ces difficultés persistent souvent au collège.

Pour les enfants porteurs de handicap la scolarisation reste parfois malaisée, même si l'accès à des Auxiliaires de Vie Scolaire semble convenable sur Bourg-en-Bresse. Reste qu'on repère encore beaucoup de réticences chez les assistantes maternelles pour garder ces enfants aux besoins spécifiques, alors même que les structures collectives ne peuvent répondre à toutes les demandes.

### **Les adolescents**

Les difficultés langagières repérées en primaire perdurent encore souvent au collège. Par ailleurs d'autres problématiques émergent, principalement sur deux axes. Celui de la sexualité et des relations garçons-filles, où les besoins de dialogue autour de la notion de couple, des projets de vie et de parentalité sont au moins aussi importants que les besoins en informations, et celui du mal-être de certains adolescents qui se traduit parfois en conduites à risques (avec notamment des consommations abusives de substances psychoactives). S'il existe déjà à Bourg-en-Bresse des ressources spécifiquement dédiées aux jeunes qui sont bien repérées, notamment le CPEF (pour tout ce qui touche à la sexualité) et l'unité de soins « US Ados » du CPA, de nombreux professionnels soulignent néanmoins le manque d'un espace spécifiquement dédié à l'écoute des jeunes, de manière gratuite et anonyme, qui soit déconnecté de la psychiatrie et du soin, et plus généralement de toute problématique spécifique (addictions, sexualité, orientation scolaire, ...). Les professionnels constatent que certains jeunes ont peu d'occasions d'échanger avec des adultes (y compris avec leurs parents) alors qu'ils ont des questions à poser, des préoccupations, des craintes dont ils ne peuvent pas vraiment discuter avec leurs proches (difficultés familiales, de couple, échec scolaire, ...). Une souffrance psychique peut s'installer qui pourrait être réduite ou apaisée dans le cadre d'une écoute, un dialogue avec un professionnel neutre. Un cadre qui pourrait, par ailleurs, faciliter une orientation vers le soin si cela s'avérait nécessaire.

Reste que spontanément, les adolescents sont peu demandeurs d'aide en ce qui concerne les consommations problématiques d'alcool ou de cannabis : l'accroche du dialogue et de l'écoute doit sans doute se faire à partir d'autres sujets, même si ces problèmes sont abordés et traités ultérieurement. Notons que les élèves de lycée professionnel sont probablement plus exposés au mal-être (notamment du fait d'un déficit de valorisation par le milieu scolaire)... La Maison des Adolescents dont le projet était en cours d'élaboration au moment de l'étude constituera sans doute également une réponse à ces différents besoins spécifiques aux adolescents et aux jeunes.

Certains professionnels ont également souligné le manque de places en structures adaptées pour les jeunes psychotiques : il en résulte une lacune en matière de réponse éducative, qui affaiblit les possibilités d'insertion de ces jeunes dans la cité.

Enfin, toutes catégories de jeunes confondues, il semble qu'il y ait une certaine insatisfaction face aux possibilités de loisirs à Bourg-en-Bresse. On y repère en réalité de nombreuses associations culturelles ou sportives, mais les attentes des jeunes – encore une fois, très « urbaines » - concernent plutôt les lieux de rencontres, la vie nocturne, etc... Nombreux sont ceux qui vont passer le samedi à Lyon, à la Part-Dieu pour satisfaire ce besoin de « convivialité urbaine »...

### **Les jeunes adultes en insertion**

Il s'agit des jeunes qui sortent du système scolaire sans diplômes ou faiblement qualifiés et qui peinent à s'insérer dans le monde professionnel ou à reprendre une formation. Beaucoup sont suivis par la Mission Locale, ou par des associations d'insertion (chantiers d'insertion ALPES) certains sont parfois accompagnés par des éducateurs de prévention... Souvent issus de milieux modestes, une partie de ces jeunes cumule à la fois des difficultés liées à la précarité économique et des difficultés relationnelles ou affectives avec leur entourage (notamment avec leurs parents). Ces conditions de vie parfois difficiles au plan matériel et affectif sont globalement défavorables à une bonne santé : manque de « soin de soi », difficultés financières d'accès aux soins, et surtout mal-être sont fréquemment repérés. Par ailleurs, du fait même de leur jeunesse et de la fragilité de leur situation, ces jeunes ont souvent peu de repères en ce qui concerne leur couverture santé... Les professionnels qui interviennent auprès de ces jeunes souhaiteraient encore renforcer ou développer les liens de partenariat (par exemple avec les professionnels de la santé mentale), afin d'améliorer encore l'aide apportée à ces jeunes dans une approche globale de la personne.

A Bourg-en-Bresse on rencontre une population de jeunes très en difficultés, les JAC (Jeunes avec chiens), qui ne sont pas originaires de la ville. Se déplaçant de villes en villes, à plusieurs et souvent avec leurs

chiens, ces jeunes n'ont pas de domicile fixe et vivent dans des conditions très précaires, souvent sur fond de ruptures familiales. De par ses différentes ressources, Bourg-en-Bresse constitue une possibilité de « halte » attractive pour ce public. Le point Ecoute Chocolat Chaud notamment constitue une ressource importante pour ces jeunes qui peuvent venir y prendre une collation, une douche, etc... Dialoguer avec les professionnels de la structure (accès aux droits, ...) et parfois faire un premier pas vers les soins de droit commun, lorsque les problèmes de santé, somatiques notamment, deviennent trop importants.

### **Les adultes**

Au-delà des problématiques transversales, on constate que certaines parties de la population ont des besoins spécifiques en matière de santé, qui doivent être traités de manière ciblée.

**Les femmes** en premier lieu sont parfois en difficultés face au suivi gynécologique. Pour des raisons difficiles à élucider, où s'entremêlent les contraintes financières, certains tabous la peur de consulter, la faible habitude de soin de soi et de prévention, certaines femmes ne sont pas aussi bien suivies qu'elles pourraient l'être, voire ne sont pas suivies du tout dans ce domaine, avec une totale absence de dépistage des cancers féminins. L'information et la sensibilisation des femmes à cet aspect de leur santé relève de différents acteurs possibles : gynécologues, CPEF, mais aussi médecins généralistes et sans doute PMI. En tout état de cause, la communication dans ce domaine doit être renforcée et être à la fois écrite et orale.

Les **gens du voyage** sédentarisés dans les « maisonnettes » construites rue des Sources sont confrontés à de grandes difficultés en matière de logement. L'habitat « adapté » construit pour faciliter leur insertion ultérieure dans un logement de droit commun, tout en ayant la possibilité de conserver une caravane, s'est fortement dégradé au fil du temps : affaissement des plafonds, fissures dans les murs, humidité et moisissures sont repérés dans la plupart de ces maisons. Quant aux espaces extérieurs, rats et chats y pullulent semble-t-il, et les enfants qui y jouent sont peu protégés de la circulation automobile. Enfin, le ferrailage est souvent la principale activité professionnelle des hommes, qui implique parfois des contacts avec des métaux lourds, et qui se pratique sur les terrains attenants aux maisons... Outre le fait que ces conditions de vie présentent des dangers tangibles pour la santé, l'exaspération et le sentiment de relégation des gens du voyage sont aujourd'hui très forts, qui confinent parfois à une certaine désespérance. Parallèlement, les comportements de prévention en matière de santé semblent globalement faibles, ce qui alourdit encore les facteurs défavorables à une bonne santé. L'intervention d'une professionnelle de l'ADSEA auprès des gens du voyage de ce quartier a permis de faire progresser l'accès aux droits et aux soins, mais il reste encore beaucoup à faire, l'amélioration des conditions de logement constituant un préalable.

Enfin, on repère à Bourg-en-Bresse des **publics très précarisés**, qui ont un logement, mais qui sont à la limite de la marginalisation. Ces personnes qui cumulent souvent différents problèmes de santé physiques et somatiques, exacerbés par un certain isolement social et de mauvaises conditions de vie, ont souvent pour seul recours en matière de santé leur médecin traitant, voire la PASS de l'hôpital Fleyriat. L'accès aux spécialistes est très difficile pour cette population qui ne peut assumer les dépassements d'honoraires, et qui de fait développe des stratégies d'attentes ou d'évitement des soins, faute de pouvoir faire l'avance des frais : la CMUc ne résout pas tout, notamment en matière dentaire ou d'ophtalmologie...

Une population très spécifique doit également être mentionnée : **les détenus de la maison d'arrêt de Bourg-en-Bresse qui vient d'ouvrir ses portes**. Plusieurs professionnels ont exprimés des inquiétudes face aux possibilités de prise en charge des besoins de santé de ces personnes qui peuvent être très importants notamment dans le domaine des addictions et de certaines pathologies (hépatites, VIH, ...). Il semble en effet nécessaire de réfléchir aux possibilités réelles qu'aura cette population d'avoir accès aux ressources de prévention primaire, mais aussi secondaire et tertiaire.

## **Les personnes âgées**

Bourg-en-Bresse dispose de nombreuses ressources en matière de santé et d'aide à domicile, on soulignera que le Service des Aînés et Personnes Handicapées (SAPH) de la Ville est bien repéré par les habitants et que le CLIC gérontologique (Cellule Locale d'Information et de Coordination) du Conseil général joue vraiment son rôle de facilitateur d'interfaces entre différents partenaires.

Néanmoins, il faut rappeler que l'accès aux médecins généralistes semble de plus en plus difficile à Bourg-en-Bresse, et que les médecins se déplacent de moins en moins à domicile. Par ailleurs, il y a à Bourg-en-Bresse beaucoup d'attente pour les soins de nursing à domicile, ce qui peut aggraver les difficultés « traditionnelles » d'organisation des sorties d'hôpital des personnes âgées.

Parallèlement à cette difficulté, on retrouve à Bourg-en-Bresse des problématiques de territoires urbains qui touchent particulièrement les personnes âgées : le manque d'accessibilité de certains immeubles qui n'ont pas d'ascenseurs (même dans le parc social), les transports en commun qui ne sont pas suffisamment adaptés et des transports adaptés (taxis, ...) qui ne sont pas toujours suffisamment connus. D'une manière globale, il semble que beaucoup de personnes âgées (ainsi que leurs familles) soient encore en difficultés pour comprendre et connaître les possibilités d'aide à domicile (mise en place de l'APA, soins et aide à domicile, repérage des EPAHD, etc...)

Par ailleurs, les professionnels soulignent qu'au-delà de l'accès aux ressources de soins, les conditions de vie des personnes âgées sont de plus en plus marquées par une dégradation de leur situation économique, ce qui les amène à réduire au maximum leurs dépenses, et que les situations de maltraitance des personnes âgées impactent très négativement leur santé, même si elles sont de mieux en mieux repérées. Les anciens travailleurs migrants qui habitent dans certains foyers ou dans la résidence ADOMA sont également souvent dans une situation de faiblesse économique, qui se double souvent d'un éloignement – au moins géographique – de la famille, et de difficultés de communications en français.

Si les personnes âgées que nous avons rencontrées, qui ne sortent guère de Bourg-en-Bresse apprécient plutôt positivement leur cadre de vie, on retrouve cependant ce sentiment que les loisirs et opportunités de sociabilité sont faibles le dimanche.

## PISTES D'ACTION

Au regard des constats établis à la croisée des données quantitatives, des entretiens avec les professionnels et avec les habitants, plusieurs pistes d'action peuvent être proposées.

Ces pistes ont été élaborées en tenant compte des ressources et actions qui existent déjà à Bourg-en-Bresse. Par ailleurs, elles relèvent de différents acteurs, selon les champs concernés, et souvent dans une dimension multipartenaire.

Ces pistes seront à valider et à hiérarchiser en fonction des priorités et ressources de la Ville de Bourg-en-Bresse et de chaque partenaire du futur Atelier Santé Ville.

### Les pistes transversales

---

#### **1/ Faciliter l'accès aux médecins généralistes**

Bien que les données quantitatives montrent que Bourg-en-Bresse possède une densité de médecins comparable à celle que l'on peut trouver sur d'autres villes de même taille, ceci dans un contexte général de faible densité médicale sur le département. Ainsi, les habitants et professionnels soulignent que l'accès aux médecins généralistes est de plus en plus difficile : acceptation aléatoire de nouveaux patients, délais de plus en plus long pour un rendez-vous etc.

Les médecins généralistes constituant les ressources de première ligne en matière de santé, il semble indispensable de réfléchir aux moyens de favoriser l'installation de nouveaux médecins à Bourg-en-Bresse, ou du moins d'en améliorer l'accès pour les burgiens. L'organisation de la permanence des soins, les Maisons Médicales de Garde, les Maisons de Santé sont sans doute des éléments à intégrer à cette réflexion.

#### **2/ Favoriser l'installation de professionnels pratiquant des soins de nursing**

La densité d'infirmières est très faible sur Bourg-en-Bresse, et parallèlement les besoins en soins de nursing ne font que croître : ces besoins sont donc de moins en moins bien couverts. Il est donc relativement urgent de favoriser l'installation d'infirmières libérales ou d'autres professionnels (notamment des aides soignantes) qui pratiquent des soins de nursing à domicile. Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes en dépend grandement, ainsi que la qualité de vie des personnes qui sortent d'hôpital.

Là encore, l'attractivité du territoire peut être améliorée par une facilitation des conditions d'installation.

#### **3/ Améliorer l'accessibilité des ressources de santé et notamment des structures hospitalières**

L'hôpital de Fleyriat et le Centre Psychothérapique de l'Ain étant situés hors de Bourg-en-Bresse, ils sont relativement peu commodes d'accès pour les burgiens qui n'ont pas de véhicule personnel, (le lien par transport en commun étant jugé insuffisant par les habitants et professionnels). Il s'agit donc de réfléchir à la possibilité de renforcer les transports en commun vers ces ressources (voir piste n°11) et également de réfléchir à la possibilité de créer des « antennes » ou de délocaliser certains services sur Bourg-en-Bresse, notamment en centre-ville (service de vaccinations publiques, par exemple, ...).

#### **4/ Améliorer l'accès économique aux soins**

Même si cet aspect des choses relève essentiellement de l'Assurance Maladie et de l'Ordre des Médecins, il peut être pertinent, à l'échelle de la ville, de renforcer la sensibilisation des médecins généralistes et spécialistes à l'acceptation de la CMUC. La CPAM semble donc un acteur particulièrement approprié en la matière.

Par ailleurs, il serait également souhaitable d'encourager plus de transparence de la part des professionnels de santé en ce qui concerne les dépassements d'honoraires, et en matière d'information des patients sur les différentes ressources et possibilités qui existent. Il s'agit de limiter les « mauvaises surprises » : que les patients puissent anticiper et éventuellement financièrement se préparer à des dépassements d'honoraires, ou qu'ils soient en mesure de s'orienter vers des professionnels qui ne pratiquent pas de tels dépassements.

A cet égard, le rôle de la PASS de l'hôpital de Fleyriat doit être soutenu : les demandes en constante augmentation concernent de plus en plus des individus qui se précarisent et perdent le lien (et parfois les moyens économiques) d'aller vers le droit commun.

#### **5/ Améliorer l'accès « symbolique » et langagier au système de santé**

Les barrières de vocabulaire et de langue sont accrues pour les publics fragiles, notamment s'il s'agit de migrants. Il est donc important de soutenir voire de renforcer le travail fait par tous les professionnels qui travaillent dans le domaine du langage (ATELEC), ou encore qui peuvent aider, voire accompagner les patients dans le système de soins (compréhension écrite, orale, traduction, etc...) : assistantes sociales, secours Catholique, centres sociaux, ...

On sait que la compréhension des patients, et la compréhension par ces derniers des diagnostics, des prescriptions sont indispensables à une bonne efficacité des soins

#### **6/ Développer encore l'activité des ressources de sociabilité associatives, notamment le dimanche**

Les opportunités de maintien dans un lien social, ou de développement et de diversification des liens sociaux sont essentiels pour prévenir les phénomènes d'isolement, de repli sur soi et de dépressivité, notamment pour des publics économiquement fragiles, qui ont connu des ruptures (divorce, déménagement, chômage, ...) et qui ont peu de possibilités dans ce domaine.

Il serait ainsi souhaitable de renforcer l'existant, notamment avec les centres sociaux et autres associations de la ville, et particulièrement d'améliorer l'offre en ce qui concerne les dimanches (parallèlement sans doute à un développement de l'offre commerciale : ouverture des restaurants, cafés, le dimanche...)

Par ailleurs, ces structures peuvent également constituer d'excellents supports pour mener des actions régulières ou ponctuelles de prévention (information / sensibilisation) sur des thématiques directement ou indirectement liées à la santé.

#### **7/ Soutenir et développer les actions de prévention en matière d'hygiène de vie, de «soin de soi »**

Plusieurs thèmes sont apparus qui méritent d'être encore traités avec les habitants, et notamment ceux qui sont les plus fragiles. Globalement, tout ce qui a trait à l'hygiène de vie, et notamment à l'hygiène alimentaire mérite de faire l'objet d'un focus. Comme on peut le constater sur d'autres territoires, on repère à Bourg qu'il est parfois difficile pour les publics socio-économiquement défavorisés de s'approprier les bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie : il est donc essentiel de favoriser les actions de sensibilisation, qui prennent à la fois en compte les contraintes des personnes (économiques, notamment), leurs habitudes de vie, leurs représentations, afin de proposer des pratiques qui s'adaptent à la réalité des personnes. Les centres sociaux, l'Epicierie Solidaire, le secours Catholique entre autres traitent de ces questions et doivent être soutenus dans leurs actions (actions avec intervenants extérieurs, ...). Les médecins généralistes et aussi les pharmaciens pourraient être associés à ce type d'action à la fois pour renforcer leur travail de sensibilisation de leurs patients à ces thèmes et pour les

aider à les orienter si besoin vers des spécialistes ou des professionnels de la prévention dans tel ou tel domaine (nutrition, addiction, sexualité, ...)

### **8/ Renforcer/développer les instances partenariales autour de l'insertion des malades mentaux dans la cité**

Bourg-en-Bresse est particulièrement concernée par une présence importante de personnes suivies en psychiatrie, et donc par l'enjeu de l'insertion de ces personnes dans la cité. L'existence d'un Conseil Local de Santé Mentale à Bourg-en-Bresse, qui a des objectifs opérationnels constitue une ressource précieuse qui pourrait sans doute encore se développer dans le sens d'un accompagnement renforcé des patients dans la cité (visites à domicile, aide des professionnels, ...), et d'une facilitation de leur maintien/accès à un logement, en bonne harmonie avec les autres locataires, à des associations de sociabilité etc. La question de l'accompagnement des malades avérés dans la cité relève du CPA, mais également des bailleurs sociaux, du SAMSAH et des travailleurs sociaux.

Reste que certaines personnes au comportement très problématique, mais qui sont dans le déni de leur difficulté ou en refus de soins, posent aujourd'hui des problèmes insolubles à tous les professionnels et parfois au voisinage, qui ont affaire à elles. L'équipe mobile précarité santé mentale du CPA va sans doute pouvoir apporter des réponses pour aider ces personnes « hors soins » à aller vers les soins, ou du moins à rétablir leurs possibilités d'insertion en ville, mais là encore un travail de veille, avec les bailleurs sociaux, les travailleurs sociaux, en dehors des situations de « crise » devrait être renforcé.

### **9/ Développer l'information auprès du grand public sur les ressources qui existent en matière d'addiction.**

L'alcool est le produit le plus transversal, mais le tabac et le cannabis sont également concernés. Il peut s'agir d'aider les médecins généralistes ainsi que les pharmaciens dans leur investissement sur ces sujets, mais également de favoriser la diffusion de ces informations dans les structures de quartiers (centres sociaux, ...)

### **10/ Poursuivre les efforts d'amélioration de l'accessibilité de la vie en ville aux personnes handicapées**

Deux axes majeurs de développement des ressources doivent être retenus :

- une amélioration de l'accessibilité des ressources de la ville : circulation en ville et transports en commun (adaptés en termes de place et d'horaires)
- un renforcement des possibilités de modes de garde pour enfants handicapés, notamment par des assistantes maternelles (en menant notamment une réflexion sur l'impact que cela peut représenter en terme de charge de travail supplémentaire pour les assistantes maternelles).

### **11/ Développer les transports en commun**

Pour toutes populations confondues, on repère des attentes fortes pour :

- Renforcer les possibilités de circulation en soirée : les personnes qui n'ont pas de véhicule personnel hésitent à sortir le soir, sachant qu'elles devront rentrer à pied
- Développer les transports le dimanche : notamment vers le centre-ville et le parc de Bouvent
- Renforcer / développer les lignes qui desservent les hôpitaux (Fleyriat et CPA), notamment le dimanche

Le développement des transports en commun est un enjeu fort pour les habitants des quartiers en politique de la ville qui souvent n'ont pas de véhicule, et sont donc enclavés dans leur quartier en soirée

ou les dimanches, notamment en été, lorsque les beaux jours permettraient des sorties à la Piscine, à Bouvent...

### **12/Renforcer les possibilités de loisirs et de sociabilité à Bourg-en-Bresse, le dimanche notamment**

Là encore tous les habitants rencontrés, qui ont des attentes très urbaines, souhaitent que les possibilités de loisirs, de convivialité soient développées le dimanche : ouverture des cafés, des restaurants et meilleure accessibilité des tarifs de cinéma font partie de ces attentes.

## **Les pistes par tranches d'âge**

---

### **13/ Les enfants**

Les difficultés éducatives des parents apparaissent comme centrales, et il semble nécessaire de renforcer et développer les actions qui permettent de manière directe ou indirecte d'aborder ces questions avec les parents. Rencontres dans les écoles, dans les centres sociaux, ... à des horaires qui permettent aux mères de se libérer facilement (pendant que les enfants sont à l'école, notamment). Il ne s'agit pas de stigmatiser les parents ou de leur apprendre à « bien éduquer » leurs enfants, mais de leur permettre de s'approprier leur position de parent face à leurs enfants, qui ont des besoins de cadre, d'étayage, de réassurance etc. L'école reste une ressource phare en la matière car c'est là que le comportement des enfants est le plus visible, avec tous les centres de loisirs.

La sensibilisation des parents et professionnels aux troubles du langage doit également être renforcée, avec pour objectif de faire en sorte que les enfants soient aidés et suivis de telle sorte que le problème ne soit plus un handicap au collège.

### **14/ Les adolescents**

La principale piste est de développer une ressource d'écoute pour les adolescents et les jeunes. Cette structure serait non étiquetée sur un domaine précis (sexualité, addictions, psychiatrie, ...) et garantirait l'anonymat et la confidentialité, avec un accès gratuit, dans des délais inférieurs à une semaine.

La Maison des Adolescents pourra sans doute apporter des réponses aux besoins d'écoute des jeunes, mais la connexion avec la psychiatrie, si elle est très visible, peut dissuader certains jeunes qui ont des craintes par rapport au soin en santé mentale, à la folie, etc...

En tout état de cause, il s'agit de favoriser l'émergence d'une ressource qui permette aux adolescents et aux jeunes, de soulager un mal-être, dans un cadre non-stigmatisant.

La sensibilisation des jeunes en matière de dangers liés aux substances psycho-actives doit également être maintenue, dans une approche globale, qui inclue la question du mal-être, les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les jeunes (ruptures familiales, échec scolaire, ...). Là encore, l'information des jeunes sur les ressources spécifiques doit être renforcée.

### **15/ Les jeunes adultes en insertion**

Dans le prolongement des pistes d'action pour les adolescents, il serait souhaitable de renforcer encore le travail de partenariat entre les professionnels de l'insertion et de l'accompagnement des jeunes et les professionnels de santé mentale, à la fois pour mieux repérer et comprendre certains comportements (ou symptômes), et mieux aider et orienter les jeunes vers les soins si besoin.

Le cas des Jeunes Avec Chiens (JAC), qui sont dans un parcours d'errance, on ne peut que continuer à soutenir le travail fait par les structures comme Chocolat Chaud, et EPI.



## 16/ Les adultes

Quatre axes prioritaires peuvent être dégagés :

- Renforcer la sensibilisation des femmes à l'intérêt du suivi gynécologique. Beaucoup de femmes ont encore des craintes face à l'examen gynécologique ou encore ne comprennent pas l'objectif d'un tel suivi. Il est donc très important de favoriser une prise de conscience de l'intérêt du suivi gynécologique chez ces femmes, par des explications écrites mais également orales. Outre le rôle majeur joué en ce domaine par les gynécologues libéraux ainsi que par le Centre de Planification et d'Education Familiale, il semble indispensable d'associer à cette démarche les médecins généralistes, les pharmaciens, peut-être la PMI (qui a une forte légitimité auprès des femmes), et également les structures de sociabilité des quartiers.
- Améliorer les conditions de logement ainsi que les espaces extérieurs des gens du voyage qui habitent rue des Sources. Il est difficile dans le cadre de ce diagnostic d'évaluer l'ampleur des travaux qu'il serait nécessaire d'effectuer, mais il apparaît clairement que ces conditions de vie et de logement sont défavorables à une bonne santé, voire fortement insalubres. Par ailleurs, il semble également souhaitable de soutenir voire de renforcer le travail effectué par l'ADSEA, auprès des familles de la rue des Sources, pour faciliter l'accès de ces personnes au droit commun en terme de santé, de scolarisation des enfants, d'insertion professionnelle et tout simplement d'insertion dans la vie de la cité.
- Les publics très précarisés / qui se précarisent ont de plus en plus de difficultés à se soigner : l'accès à la PASS de l'hôpital de Fleyriat doit encore être développé, pour ces personnes dont les ressources économiques ne suffisent pas à faire face aux différentes contraintes du quotidien, et encore moins à faire face au coût des soins de santé.
- Evaluer les besoins des détenus de la nouvelle Maison d'arrêt de Bourg-en-Bresse (addictions, IST, mais aussi santé mentale), pour permettre un lien le plus optimal possible avec les ressources de droit commun de la ville.

## 17/ Les personnes âgées

Trois pistes spécifiques peuvent être retenues pour cette partie de la population :

- Renforcer les possibilités de soins à domicile. La question est complexe et il s'agit de réfléchir précisément au type de besoins pour lesquels il faut renforcer les réponses (soins de nursing, soins techniques), et avec quels professionnels. Ce qui renvoie notamment à la question du développement de la capacité d'accueil du SSIAD de Bourg-en-Bresse.
- Renforcer l'information sur les possibilités de transport adapté pour les personnes âgées de la ville (Chèques-taxis, ...)
- Renforcer l'information des personnes âgées – avant même qu'elles ne soient en situation de dépendance- sur les possibilités d'aide à domicile ainsi que sur l'APA.
- Améliorer la prise en charge des personnes âgées qui sortent de l'hôpital après un court ou moyen séjour.