

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTE

VALLEES DU GIER ET DE L'ONDAINE

NOVEMBRE 2010



Ce travail a été réalisé par l'**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes** :

Olivier GUYE

Mathilde MORADELL (IREPS Rhône-Alpes)

Patricia MEDINA

Marlène BERNARD

**Réalisé à la demande et avec le soutien de
La Communauté d'Agglomération de Saint-Etienne Métropole**

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

REMERCIEMENTS

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

Les membres du comité de suivi, placé sous la présidence de Madame Marie-Odile SASSO, élue et vice-présidente en charge de l'insertion, de l'emploi et de la politique de la ville de Saint-Etienne Métropole, ainsi que Monsieur Michel PEISEY, responsable du service Politique de la Ville au pôle des Politiques Urbaines de Saint-Etienne Métropole et Madame Martine MARAS, chargée de mission Politique de la Ville au pôle Politiques Urbaines de Saint-Etienne Métropole, pour leur implication tout au long de la démarche,

Madame Marie-Laure TARDY, coordinatrice de l'Atelier Santé Ville de Saint Etienne Métropole, pour son 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.

SOMMAIRE

Partie Quantitative	9
1. Éléments Géographiques	14
2. Éléments Sociodémographiques	15
2.1. Population	15
2.2. Logement	20
2.3. Emplois et professions	21
2.4. Revenus	23
2.5. Précarité	24
3. Offre de Soins	26
3.1. Offre libérale	26
3.2. Établissements et services socio-sanitaires	31
4. État de santé	34
4.1. Santé des enfants	34
4.2. Consommation des soins de ville	35
4.3. Prévalence de traitements	36
4.4. Motifs d'hospitalisations	37
4.5. Admissions en Affection Longue Durée	41
4.6. Dépistage organisé du cancer du sein	41
4.7. Mortalité	42
Partie Qualitative	47
Méthodologie de l'enquête qualitative	48
1. Les Vallées et la Couronne ?	52
1.1. Deux vallées... et une couronne	52
1.2. Des bassins de vie confrontés à des problématiques semblables	57
2. Les ressources en santé	62
2.1. L'appui possible sur une forte densité de ressources du social	62
2.2. Des ressources en santé accessibles	66
3. L'état de santé : problématiques et populations vulnérables	72
3.1 Des préoccupations majeures autour de l'état de santé	72
3.2 Les problématiques de santé par tranches d'âge	79
Pistes d'action	85
1. Axes de travail transversaux	86
1.1 Hygiène de vie, habitat et environnement	86
1.2 Santé mentale	87
1.3 Accès aux droits et aux ressources	89
1.4 Estime de soi et échanges	89
1.5 Violences	90
2. Axes populationnels	91
2.1 Les enfants	91
2.2 Les jeunes	91
2.3 Les adultes fragilisés	92
2.4 Les personnes âgées	93

PARTIE QUANTITATIVE

OUTIL CARTOGRAPHIQUE

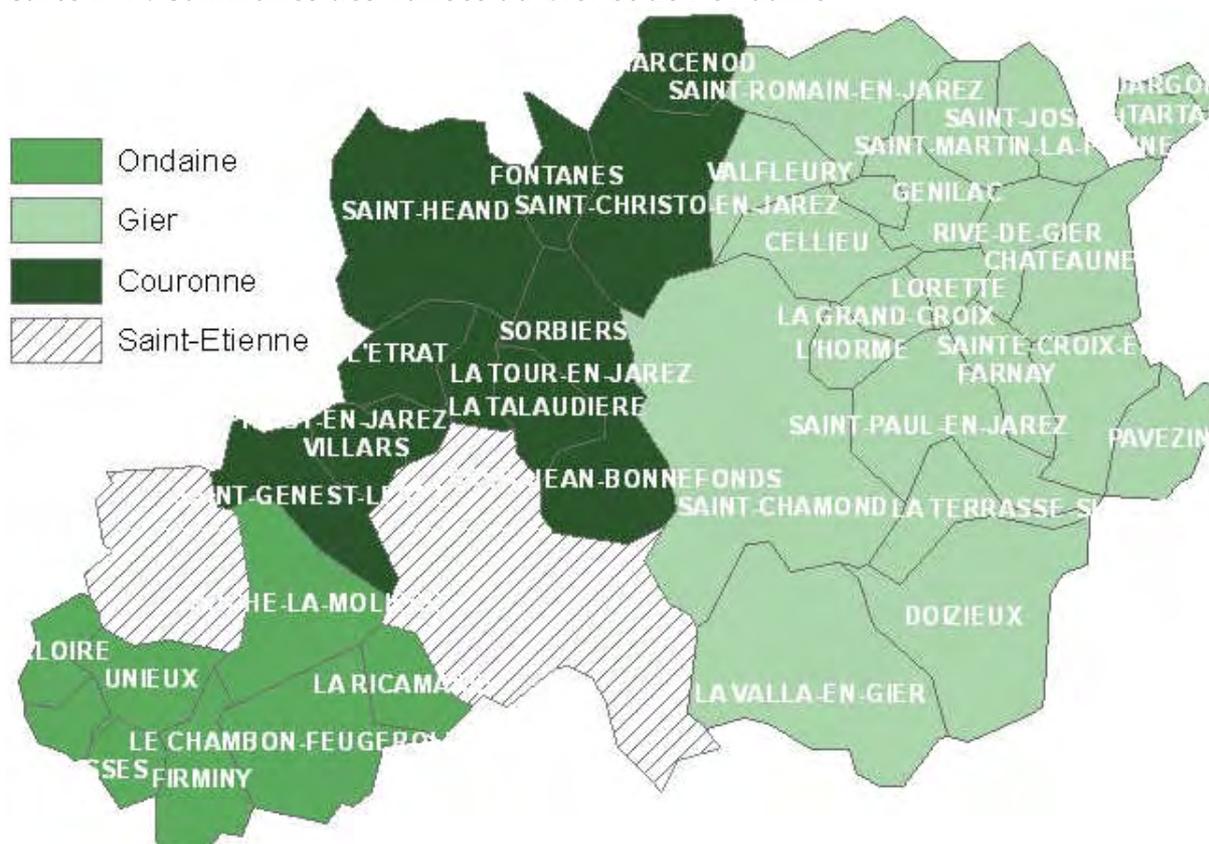
L'analyse cartographique constitue un outil privilégié pour voir et comprendre les disparités spatiales sur un territoire.

Selon la nature et la disponibilité des données, les différentes cartes ne sont pas toujours présentées au même échelon, à savoir commune ou canton.

Analyses à l'échelle communale

Les cartes représentant uniquement les **Vallées du Gier et de l'Ondaine** présentent les données sur les 42 communes du territoire, pour localiser l'offre de services et l'offre de soins notamment. Cet échelon permet d'obtenir une bonne vision de la répartition de l'offre sur le territoire :

Carte n°1 : Communes des Vallées du Gier et de l'Ondaine

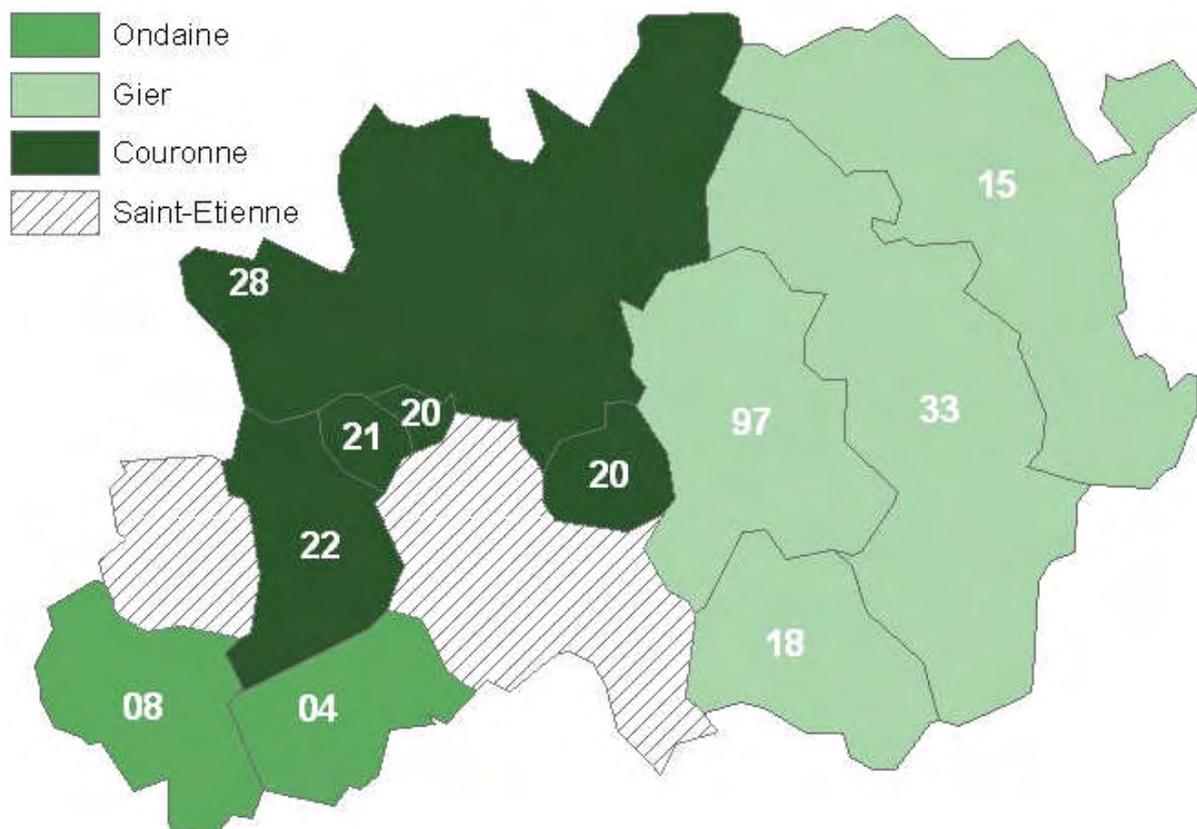


Analyse à l'échelle cantonale

Le découpage par cantons¹ du territoire est utilisé pour représenter certains indicateurs pour lesquels l'échelon communal est trop sensible aux variations d'effectifs, comme le taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (complémentaire) ou encore le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein.

¹ Liste des correspondances des numéros et des libellés cantons en annexe

Carte n°2 : cantons des Vallées du Gier et de l'Ondaine



Numéro	Nom du canton
04	LE CHAMBON FEUGEROLLES
08	FIRMINY
15	RIVE DE GIER
18	SAINT CHAMOND SUD
20	SAINT ETIENNE NORD EST 2
21	SAINT ETIENNE NORD OUEST 1
22	SAINT ETIENNE NORD OUEST 2
28*	SAINT HEAND
33	LA GRAND CROIX
97	SAINT CHAMOND

* Toutes les communes de ce canton ne sont pas situées sur le territoire d'étude.

NOTE METHODOLOGIQUE

Données des recensements de population

A la date de réalisation de ce travail, les données des enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2008 étaient disponibles par le biais des estimations « millésimées 2006 ».

Taux standardisés

Les taux standardisés (mortalité, traitements médicamenteux, recours aux professionnels de santé...) sont des taux que l'on observerait dans les populations des territoires étudiés (Ondaine, Gier, Couronne, Loire...), si elles avaient la même structure d'âge que la population de référence, soit la population totale de la région Rhône-Alpes au recensement de 2006, tous sexes confondus.

Mortalité

Les taux de mortalité sont présentés de manière générale (tous âges et toutes causes de décès), selon l'âge (moins de 65 ans, 65 ans et plus), selon certaines causes de décès (maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, tumeurs, traumatismes/accidents). Il est important de tenir compte des échelles des graphiques présentés puisque selon la catégorie étudiée, les taux ne se situent pas sur les mêmes niveaux.

Exemple : plus de 4 000 décès par an pour 100 000 hommes chez les personnes âgées de 65 ans et plus contre un peu moins de 300 décès pour 100 000 hommes chez les moins de 65 ans.

Consommation de soins

Les données de consommation de soins concernent le Régime Général *stricto-sensu*, c'est-à-dire hors sections locales mutualistes et mutuelles étudiantes. L'étude est limitée aux bénéficiaires effectifs de l'assurance maladie (variable RNIAM=E). Les données sont issues des bases de remboursement de l'assurance maladie pour l'année 2008, des comportements de la population en termes de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé.

Ces données ne concernent que l'activité libérale et ne prennent pas en compte les recours aux soins non remboursés et ceux ayant eu lieu lors d'une hospitalisation dans le secteur public. Enfin, ces indicateurs de consommation de soins dépendent de l'état de santé de la population ainsi que de l'offre existante sur les territoires concernés.

Le taux standardisé de recours à un professionnel de santé donné correspond aux taux de personnes ayant eu au moins un recours à ce professionnel de santé en 2008.

Les actes pris en compte sont les suivants :

- médecin généraliste : consultations et/ou visites (C, V, CA, VU, VA) ;
- médecin spécialiste : consultations et/ou visites (CS, CSC, CNP, VS, VNP) et/ou principaux actes réalisés par les spécialistes (actes techniques médicaux (ATM), actes chirurgicaux (ADC) actes d'obstétriques (ACO), actes d'anesthésie (ADA), actes d'échographie (ADE), actes d'imagerie médicale (ADI), actes de stomatologie (DEN)) ;
- dentistes : actes de chirurgie dentaire (D, DC), soins conservateurs (SC) et prothèses dentaires (SCR) réalisés par les chirurgiens dentistes et les orthodontistes ;
- orthophonistes : actes réalisés par les orthophonistes (code CCAM : AMO) ;
- infirmiers : actes médico-infirmiers et de soins infirmiers réalisés par les infirmiers (code CCAM : AMI, AIS).
- kinésithérapeutes : actes pratiqués par le kinésithérapeute et actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques (codes CCAM : AMS, AMK).

Prévalence de patients sous traitement pharmaceutique

Certains types de traitement ont pu être identifiés par la classification des médicaments EPHMRA :

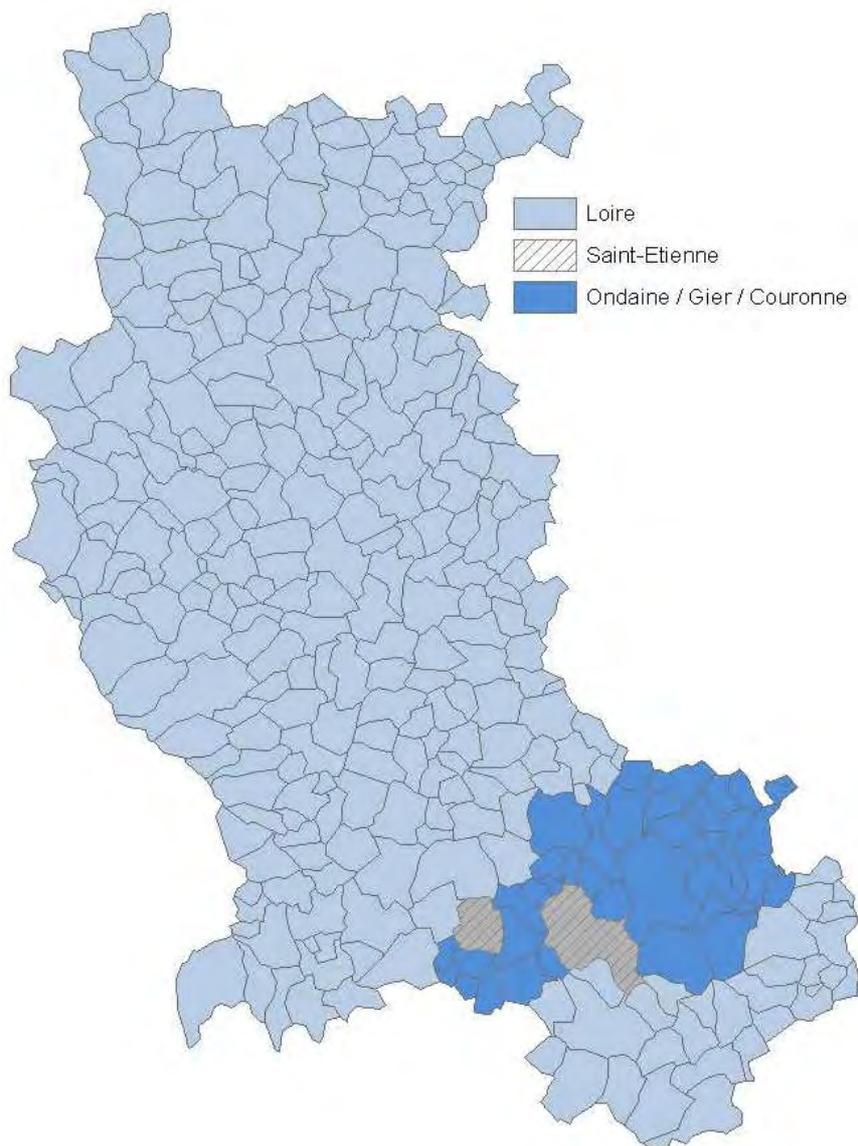
- psychotropes : antidépresseurs (N06A1-N06A5, N06A9), neuroleptiques (N05A1-N05A9), autres psychotropes (N05B1-N05B5, N05C, , N06B, N06C, N06D, N07E, N07F) ;
- antidiabétiques (A10A, A10B1-A10B8, A10C1-A10C5) ;
- antiasthmatiques (R03A3, R03A4, R03D1, R03F1, R03G3, R03G4, R03J1, R03J2).

Les bénéficiaires du Régime Général *stricto-sensu*, c'est-à-dire hors sections locales mutualistes et mutuelles étudiantes, qui ont eu au moins trois remboursements au cours de l'année 2008 dans l'une des catégories de médicaments (antidiabétiques, psychotropes, dont antidépresseurs ou neuroleptiques) ont été considérés comme patients « sous traitement régulier » pour chacune des catégories.

1. ÉLÉMENTS GÉOGRAPHIQUES

Les Vallées du Gier et de l'Ondaine sont situées au sud du département de la Loire, englobant à l'ouest et à l'est la ville de Saint-Etienne, pour former, avec cette ville, « Saint-Etienne Métropole ».

Carte n°3 : situation géographique du territoire d'étude au sein du département de la Loire



2. ÉLÉMENTS SOCIODEMOGRAPHIQUES

Sources : INSEE [Recensements 1982, 1990, 1999 ; Enquêtes annuelles 2004 à 2008, millésime 2006]

Les Vallées du Gier et de l'Ondaine comptent 42 communes qui rassemblent près de 200 000 habitants. Le territoire couvre une zone de 490 km², soit 10% du département, pour 27 % de la population départementale.

2.1. Population

Densité

La densité globale du pays s'élève à 411 habitants au km².

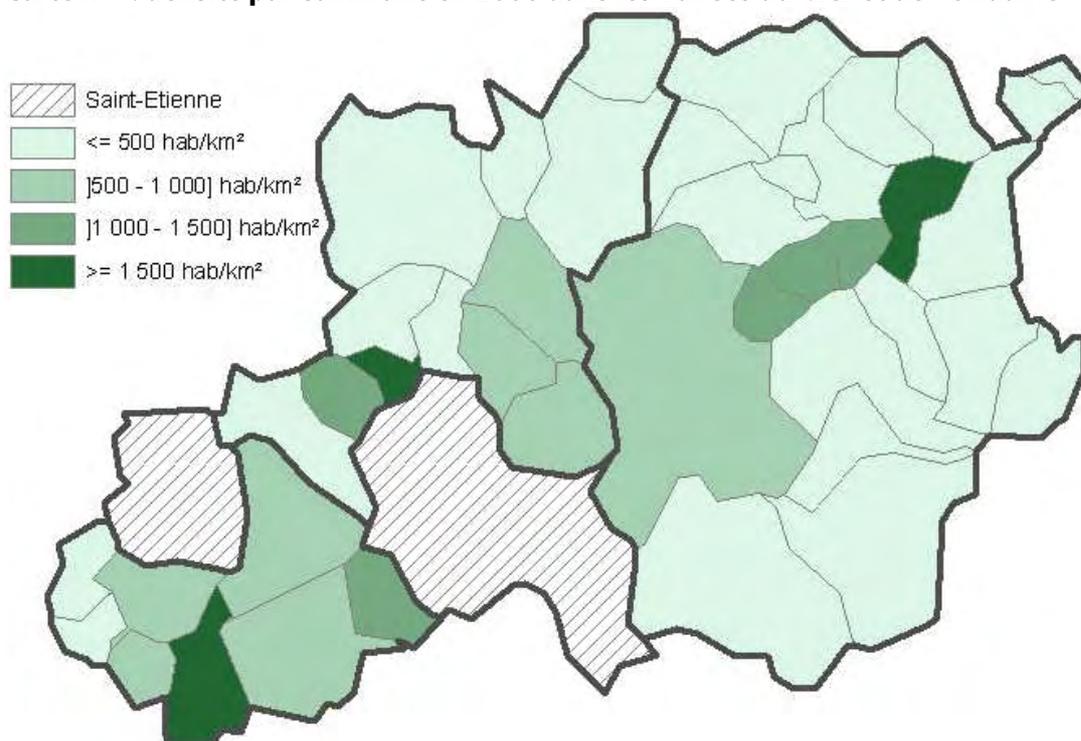
Il s'agit d'une densité qui se situe bien au-dessus des densités départementale (155 hab./km²) et régionale (138 hab./km²).

A l'intérieur du territoire, la Couronne et la vallée du Gier présentent des densités un peu inférieures (respectivement 370 et 314 hab./km²) alors que l'on observe une densité de population deux fois plus élevée dans la vallée de l'Ondaine avec 854 hab./km².

A l'intérieur des trois sous-territoires (Couronne, Gier, Ondaine), on observe également des disparités avec les plus fortes concentrations de population dans le fond de vallée du Gier (notamment Rive-de-Gier avec 2 000 hab./km²) jusqu'à Firminy dans l'Ondaine (1 720 hab./km²).

Le nord de la Couronne et les coteaux de la Vallée du Gier représentent les communes avec les plus faibles densités (Fontanes : 92 hab./km² ; Saint-Romain-en-Jarez : 64 hab./km² ; La Valla-en-Gier : 25 hab./km²).

Carte n°4 : densité par commune en 2006 dans les Vallées du Gier et de l'Ondaine



Évolution

Sur la période 1982-2006, l'évolution de la population sur le territoire a été très contrastée : on observe ainsi un gain de population de 1,2% entre 1982 et 1990, puis une perte d'un peu plus de 6% entre 1990 et 2006. La vallée du Gier, ainsi que le département de la Loire, ont suivi sensiblement ce schéma jusqu'en 1999, mais ont connu chacun une période de stabilité sur 1999-2006.

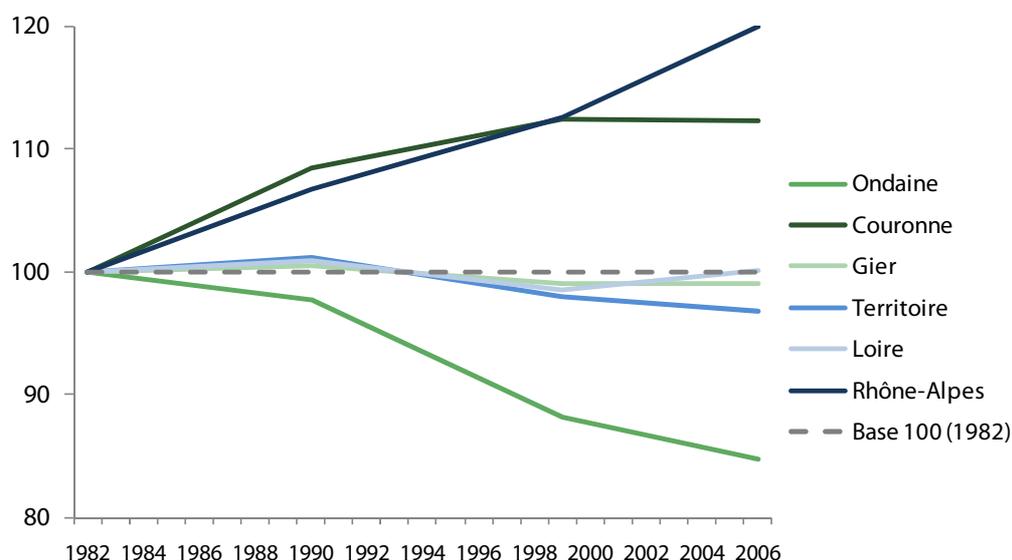
La vallée de l'Ondaine arbore une décroissance nettement plus marquée avec une perte de population continue sur toute la période 1982-2006 (-15%), marquée par une évolution encore plus rapide à partir de 1990.

La Couronne a quant à elle suivi l'évolution croissante et régulière de la région Rhône-Alpes sur la période 1982-1999 (+12%), pour arriver, entre 1999 et 2006 à une stabilisation de son effectif assez soudaine. Sur cette dernière période, la population régionale a continué de croître avec un gain de population de près de 7%.

Tableau n°1 : effectifs de population totale aux différents recensements de population de 1982 à 2006 et taux de dévolution annuel moyen entre les deux derniers recensements de 1999 et 2006, selon le territoire

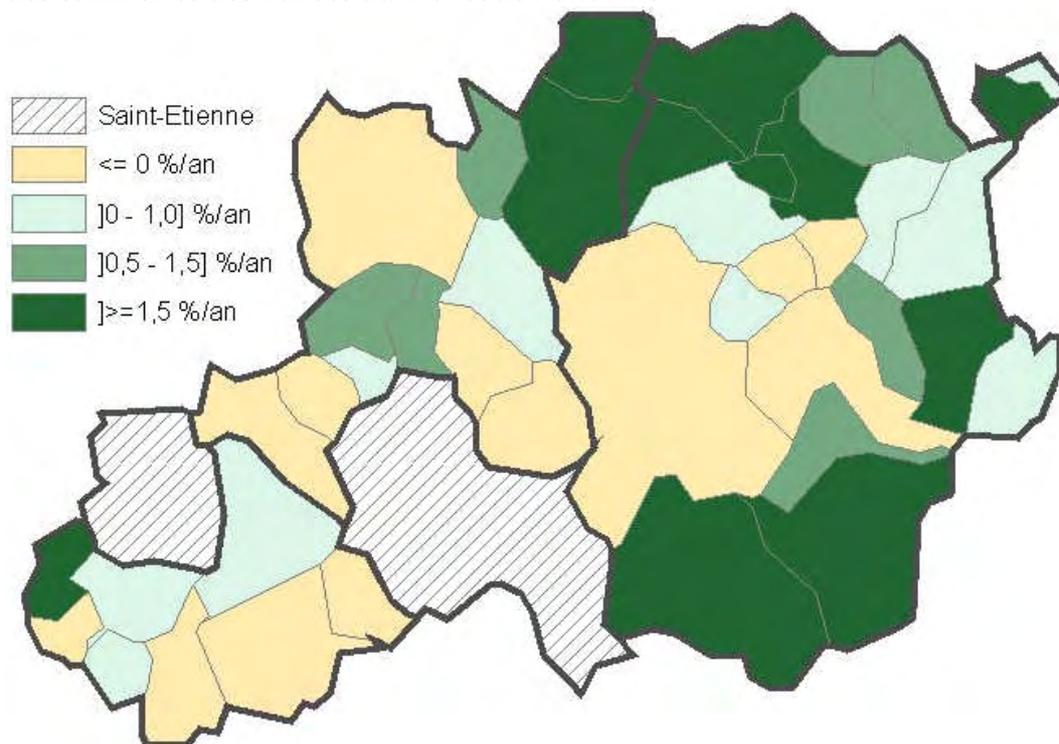
Année	Territoire	Ondaine	Couronne	Gier	Loire	Rhône-Alpes
1982	207 968	74 557	44 516	88 895	740 088	5 017 464
1990	210 448	72 849	48 288	89 311	746 229	5 352 293
1999	203 884	65 768	50 038	88 078	728 870	5 645 847
2006	197 103	63 178	50 014	83 912	741 264	6 021 352
1999/2006	-0,5%/an	-0,6%/an	=	-0,7%/an	+0,2%/an	+0,9%/an

Graphique n°1 : indice d'évolution de la population selon le territoire de 1982 à 2006



Comme pour la densité, l'évolution de la population n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. On retrouve les coteaux de la Vallée du Gier comme regroupant les communes où, entre 1999 et 2006, la population a connu la croissance la plus importante (Chagnon : +3,0%/an ; La Valla-en-Gier : 2,5%/an). Les communes à forte densité, vues précédemment, présentent en revanche des croissances quasi nulles, voire même un phénomène de décroissance (Firminy : -1,0%/an ; Saint-Chamond : -0,7%/an).

**Carte n°5 : taux de croissance annuel moyen entre 1999 et 2006
des communes des Vallées du Gier et de l'Ondaine**

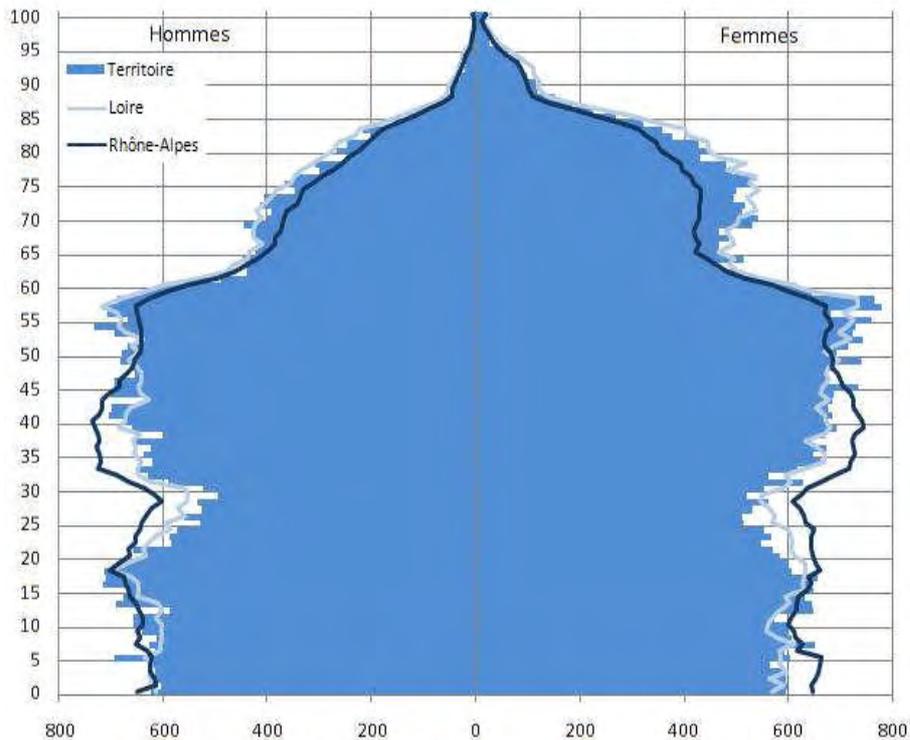


Structure par âge

La structure d'âge du territoire se rapproche fortement de la pyramide du département de la Loire, mais avec tout de même un déficit chez les 20-30 ans.

Si l'on compare le territoire à la structure d'âge de la population régionale, on observe des écarts beaucoup plus importants avec un déficit encore plus marqué chez les 20-30 ans, mais également chez les 30-40 ans ; et une part plus importante des personnes âgées de 65 ans et plus, essentiellement chez les femmes.

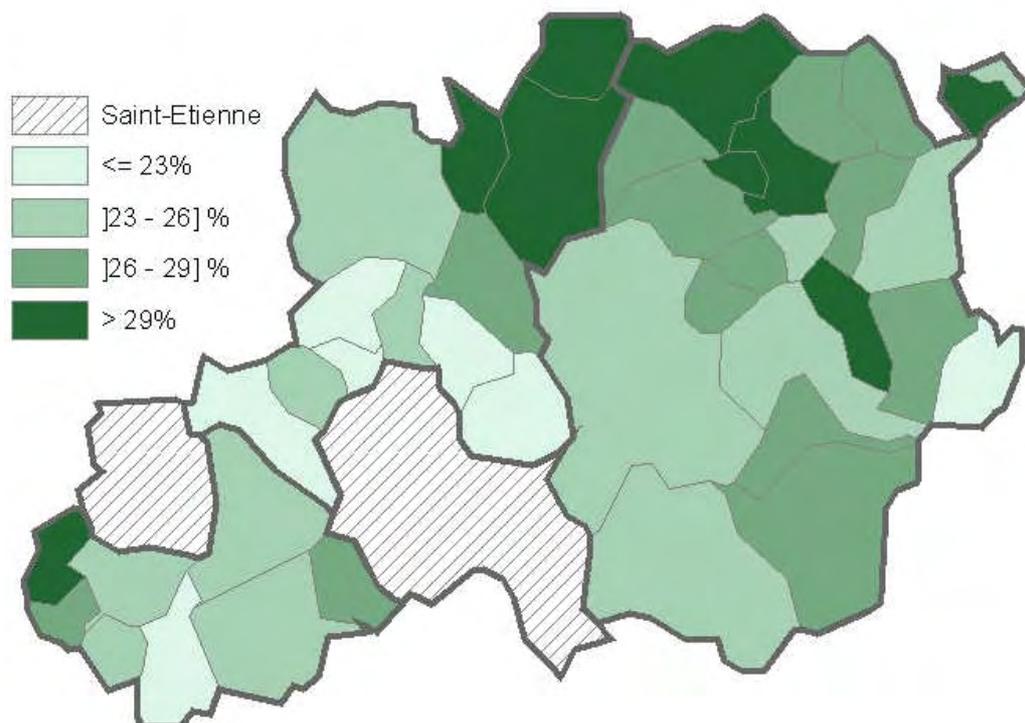
Graphique n°2 : pyramides âges selon le territoire en 2006



Globalement, un habitant sur quatre sur le territoire a moins de 20 ans, et près d'un sur quatre au moins 65 ans. Mais cette situation n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire.

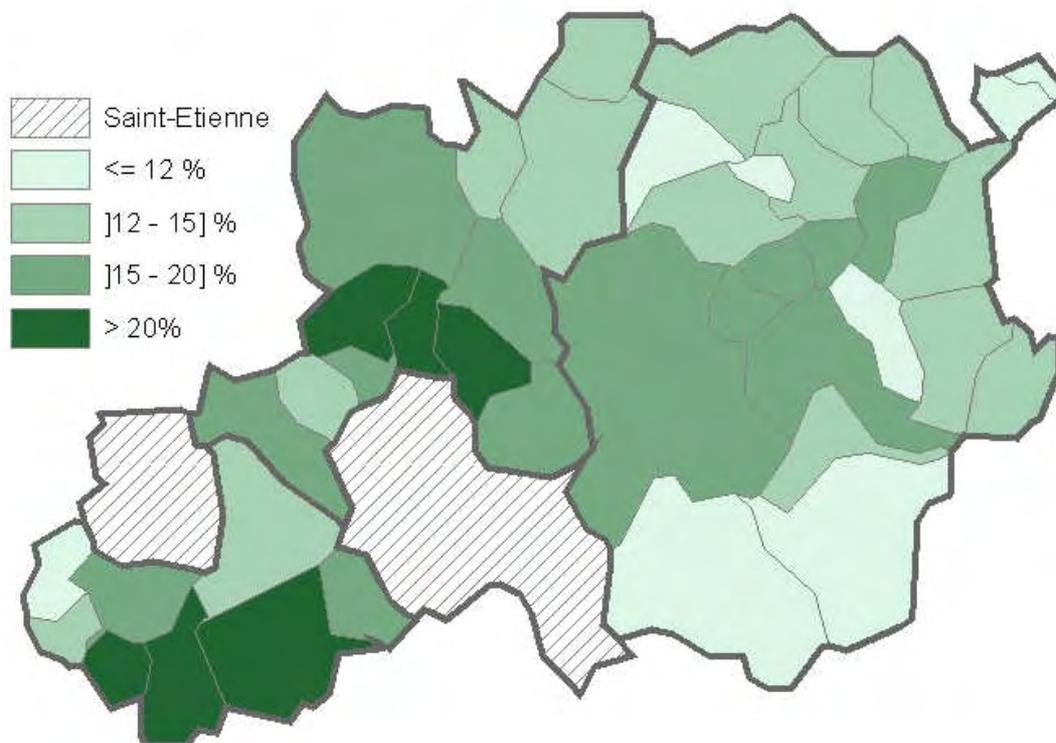
Les populations les plus jeunes (près d'un tiers d'habitants âgés de moins de 20 ans) se retrouvent essentiellement au nord de la Couronne et de la Vallée du Gier, sur des communes telles que Saint-Christo-en-Jarez, Marcenod ou encore Saint-Romain-en-Jarez.

Carte n°6 : part des habitants âgés de moins de 20 ans en 2006 pour chaque commune des Vallées du Gier et de l'Ondaine



A l'inverse, les populations les plus âgées (65 ans et plus) représentent au moins un habitant sur cinq sur les communes de L'Etrat, la Talaudière, La Tour-en-Jarez, Fraisses, Firminy, Le Chambon-Feugerolles (communes situées au sud de la Couronne et au sud de la Vallée de l'Ondaine).

Carte n°7 : part des habitants âgés de 65 ans et plus en 2006 pour chaque commune des Vallées du Gier et de l'Ondaine



Ménages et structure familiale

Les ménages du territoire sont composés en moyenne de 2,4 personnes.

Le territoire se distingue du département de la Loire par une part moins importante des ménages composés d'une personne seule (30% contre 34% dans le département) au profit des couples avec enfant(s) (32% contre 29%).

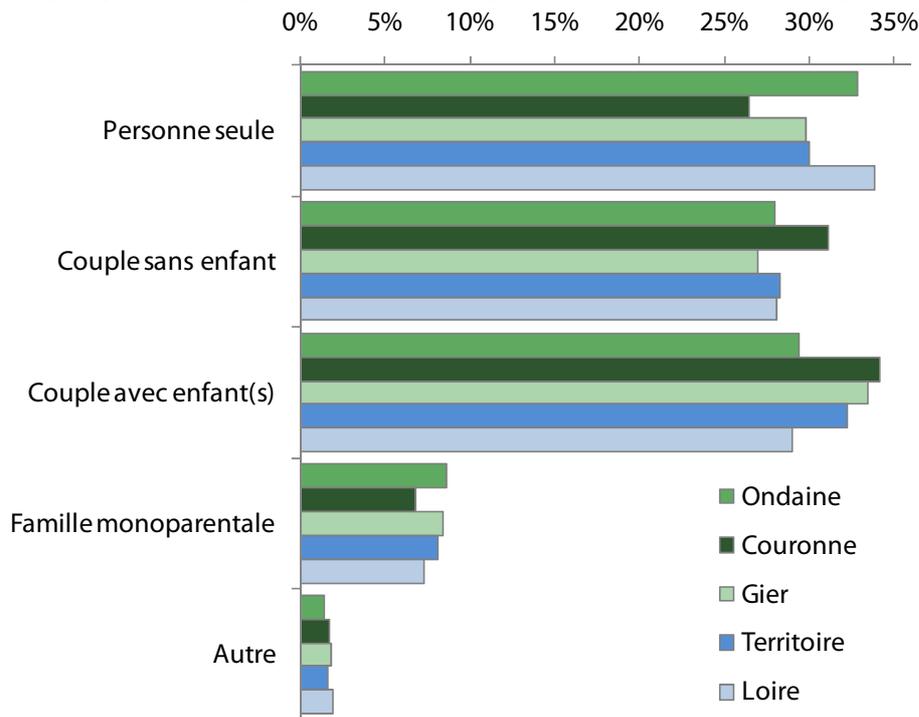
La structure des ménages varie cependant beaucoup au sein même du territoire.

Si la Vallée du Gier se rapproche de la structure moyenne du territoire, la Vallée de l'Ondaine et la Couronne présentent des situations très différentes.

Les personnes seules représentent ainsi 33% des ménages de la Vallée de l'Ondaine, contre 26% sur la Couronne. A l'inverse, les couples, avec ou sans enfant(s), sont plus présents sur la Couronne avec un total de 65%, contre 59% sur la Vallée de l'Ondaine.

A noter également le poids des familles monoparentales qui représentent 23% de ménages avec enfant(s) de la Vallée de l'Ondaine, contre 17% sur la Couronne.

Graphique n°3 : répartition des ménages en 2006 selon leur composition et le territoire



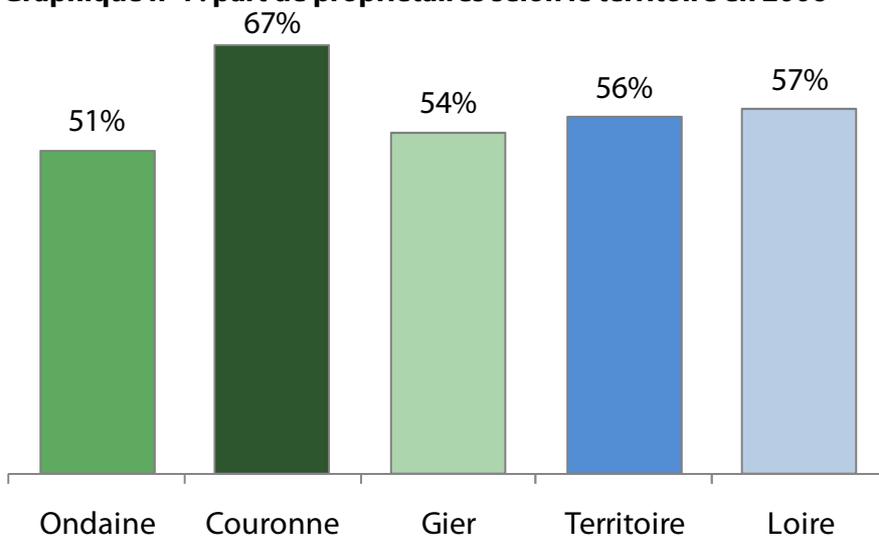
2.2. Logement

Sources : INSEE [Enquêtes annuelles 2004 à 2008, millésime 2006]

Propriétaires

Le territoire compte 56% de ménages propriétaires, soit une part similaire à la part départementale. La Couronne présente un taux nettement plus élevé avec 67% alors que les Vallées du Gier et de l'Ondaine présentent des parts de respectivement 54% et 51%.

Graphique n°4 : part de propriétaires selon le territoire en 2006



Locataires

Le territoire compte 53% de logements HLM dans son parc locatif, contre 36% sur l'ensemble du département.

Cette part élevée est due uniquement à ce que l'on retrouve dans les Vallées du Gier et de l'Ondaine qui présentent respectivement 58% et 56% de logements HLM. La Couronne en compte 35%.

2.3. Emplois et professions

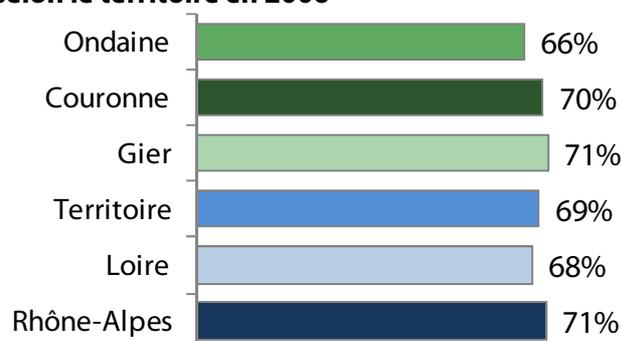
Activité professionnelle

Sources : INSEE [Enquêtes annuelles 2004 à 2008, millésime 2006 - Enquêtes annuelles 2005 à 2009, millésime 2007]

Chez les hommes, le taux d'activité observé sur le territoire (68 %) est similaire au taux départemental et un peu inférieur au taux régional (71%).

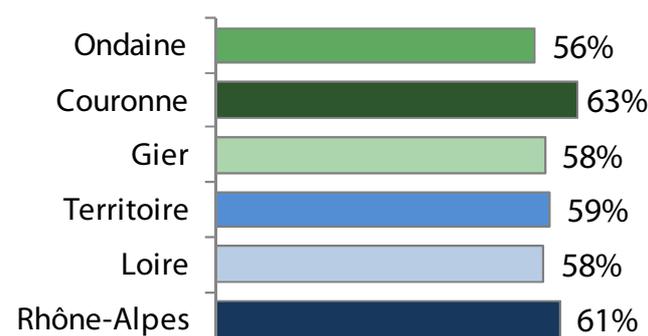
La Vallée de l'Ondaine présente le taux d'activité masculine le moins élevé avec 66%.

Graphique n°5 : taux d'activité professionnelle chez les hommes de 15-64 ans selon le territoire en 2006



Chez les femmes, le taux d'activité le plus élevé est celui de la Couronne avec 63%, contre 56% ou 58% sur l'Ondaine et le Gier. Il est également supérieur aux taux de références (Loire : 58% ; région : 61%).

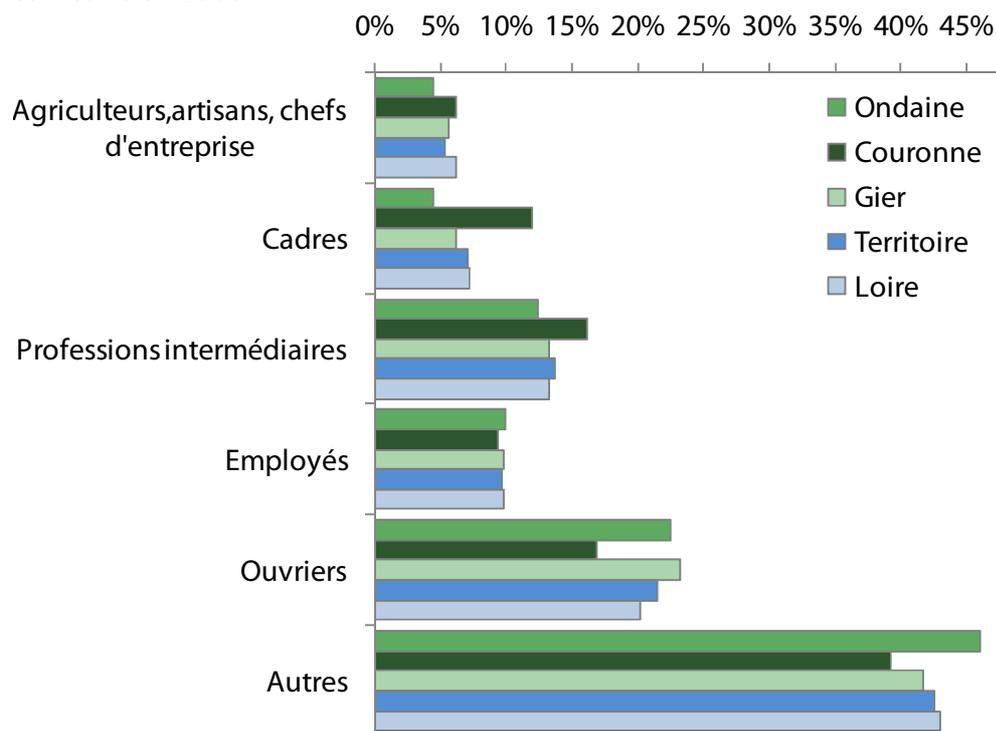
Graphique n°6 : taux d'activité professionnelle chez les femmes de 15-64 ans selon le territoire en 2006



La répartition des catégories socioprofessionnelles ne diffère pas entre le territoire et la Loire.

A l'intérieur du sous-territoire, la Couronne se distingue par une faible part d'ouvriers par rapport aux Vallées du Gier et de l'Ondaine, et en regard, de plus fortes parts de cadres et de professions intermédiaires.

Graphique n°7 : répartition des actifs occupés selon leur catégorie socioprofessionnelle et le territoire en 2006



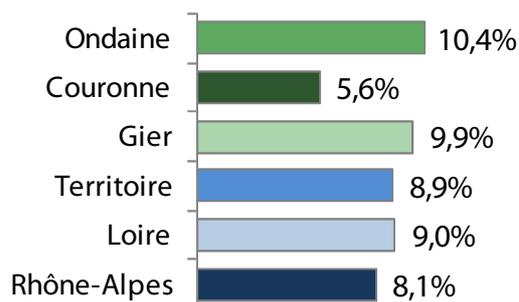
Chômage

Sources : INSEE [Enquêtes annuelles 2004 à 2008, millésime 2006]

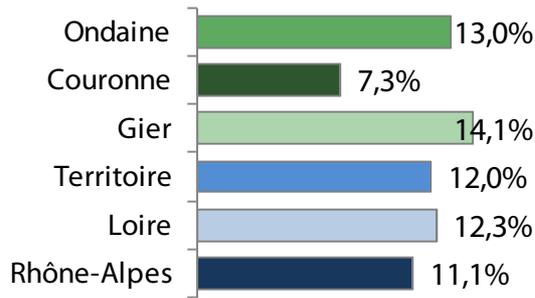
Les taux de chômage masculins et féminins sont sensiblement de même niveau quel que soit le territoire considéré. Dans la Vallée du Gier, on note un écart un peu plus important avec 8% de chômeurs dans la population active masculine et 10% chez les femmes.

La Couronne se démarque nettement avec les taux les plus bas : 4% chez les hommes et 5% chez les femmes.

Graphique n°8 : taux de chômage chez les hommes de 15-64 ans selon le territoire en 2006



Graphique n°9 : taux de chômage chez les femmes de 15-64 ans selon le territoire en 2006



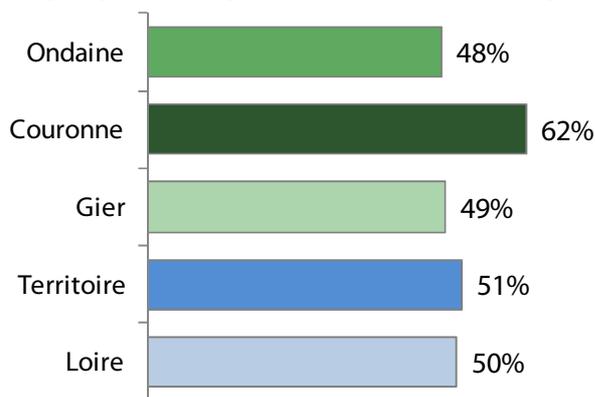
2.4. Revenus

Source : Ministère du budget [2007]

Le territoire compte 51% de foyers fiscaux imposables (revenus 2007). Il s'agit d'une part équivalente à ce que l'on observe sur l'ensemble du département de la Loire (50%).

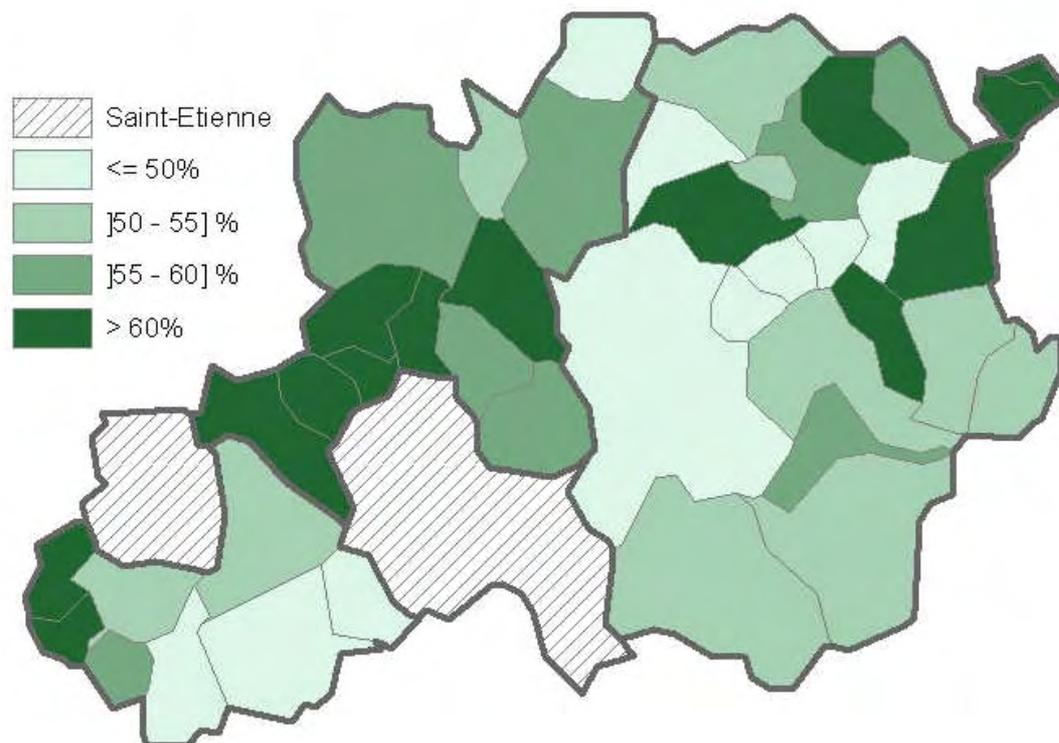
Au sein du territoire, la Couronne se distingue avec un taux nettement plus élevé, soit 62% de foyers fiscaux imposables.

Graphique n°10 : part de foyers fiscaux imposables sur les revenus 2007 selon le territoire



Sur les 42 communes du territoire, 10 sont en-dessous du niveau départemental avec moins de 50% de foyers fiscaux imposables. Il s'agit essentiellement de communes de la Vallée de l'Ondaine (Firminy, le Chambon-Feugerolles, la Ricamarie) et de la Vallée du Gier (Saint-Chamond, l'Horme, la Grand-Croix, Lorette, Rive-de-Gier, Valfleury).

**Carte n°8 : part des foyers fiscaux imposables sur les revenus 2007
par commune des Vallées du Gier et de l'Ondaine**



2.5. Précarité

Couverture Maladie Universelle complémentaire

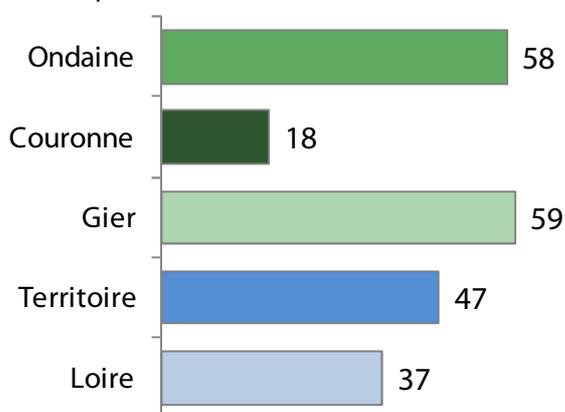
Source : URCAM Rhône-Alpes[2007]

Le taux de bénéficiaires de la CMUc est de 47 ‰ chez les assurés du Régime Général qui résident sur le territoire. Il s'agit d'un taux supérieur à celui observé dans la Loire (37 ‰).

Mais ce taux masque de fortes disparités avec notamment un taux très bas dans la Couronne (18‰) et encore plus élevé dans les deux Vallées avec 58‰ en Ondaine et 59‰ dans le Gier.

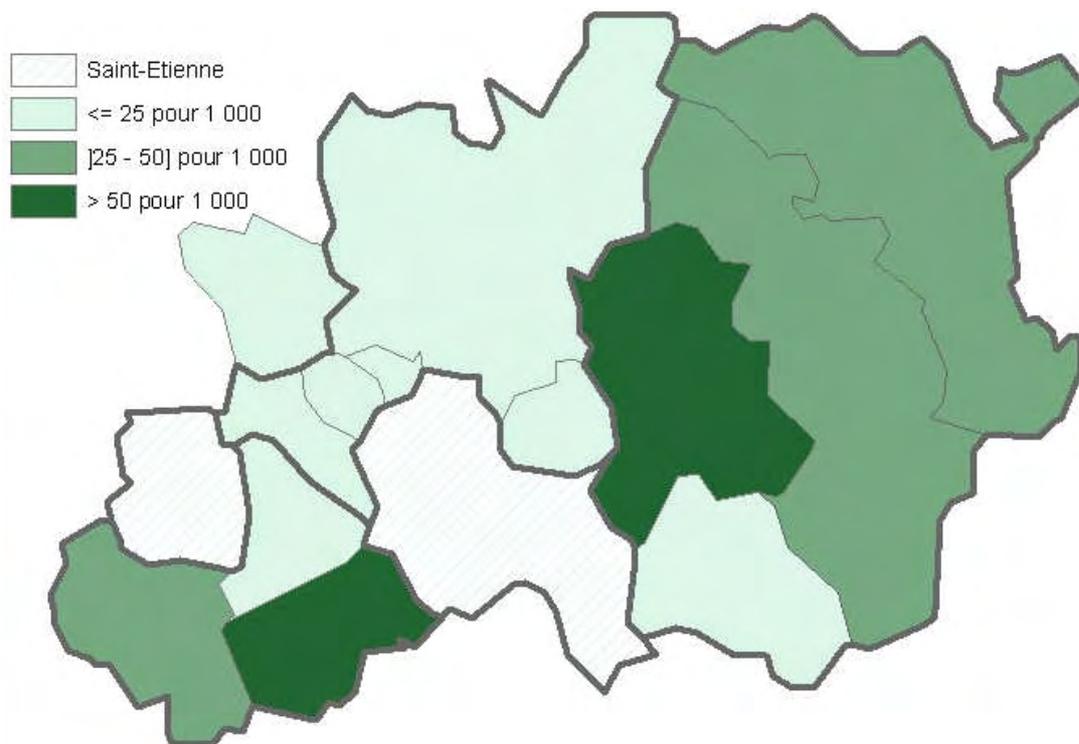
Graphique n°11: taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire parmi les assurés du Régime Général selon le territoire en 2007

pour 1 000 personnes



Les cantons les plus touchés (>50‰) sont ceux de Saint-Chamond dans la Vallée du Gier et celui du Chambon-Feugerolles dans la Vallée de l'Ondaine.

Carte n°9 : taux de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire parmi les assurés du Régime Général en 2007 par canton des Vallées du Gier et de l'Ondaine



3. OFFRE DE SOINS

3.1. Offre libérale

Sources : URCAM Rhône-Alpes [au 1^{er} janvier 2009]

INSEE [Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2008, millésime 2006]

Médecins

Le territoire compte plus de 180 médecins généralistes (cabinet principal localisé sur le territoire).

Tableau n°2 : effectif, âge et secteurs de conventionnement des médecins généralistes selon le territoire au 1^{er} janvier 2009

		Territoire	Ondaine	Couronne	Gier	Loire	Rhône-Alpes
Total	Effectif	183	62	40	81	731	5 966
	Densité ^a	0,9	1,0	0,8	1,0	1,0	0,9
Secteur 1	Effectif	171	61	40	70	663	4 884
	%	93%	98%	100%	86%	92%	84 %
≥ 55 ans	Effectif	80	26	18	36	276	2 369
	%	44%	42%	45%	44%	38%	41 %

^a pour 1 000 habitants

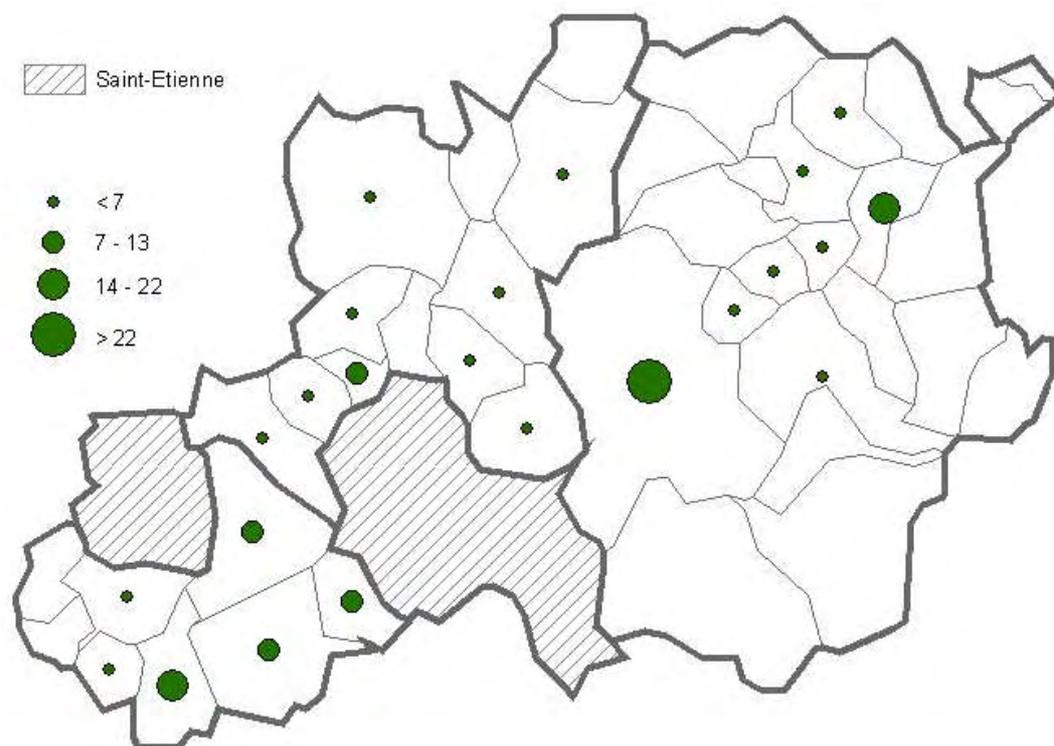
La densité de médecins généralistes observée sur le territoire (0,9 médecins généralistes pour 1 000 habitants), varie peu entre la Couronne (0,8‰) et les Vallées du Gier et de l'Ondaine (0,9‰).

La part de médecins conventionnés en secteur 1, soit ceux qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires, est plus élevée sur le territoire que sur l'ensemble du département, avec 93% contre 84%. On observe la part la plus basse dans la Vallée du Gier (86%), mais cet indicateur reste tout de même supérieur à la moyenne départementale (84%).

Du côté de l'âge des médecins généralistes présents sur le territoire, les médecins âgés de 55 ans et plus représentent une part plus importante de l'effectif total par rapport à la moyenne départementale, soit 44% contre 38%.

La carte suivante présente la localisation des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire. Les coteaux de la Vallée de l'Ondaine sont pour la plupart dépourvus de médecins généralistes.

**Carte n°10 : effectifs de médecins généralistes par commune
des Vallées du Gier et de l'Ondaine en 2009**



Médecins spécialistes

On dénombre 111 médecins spécialistes libéraux sur le territoire, soit une densité de 0,6 pour 1 000 habitants. Cette densité, ainsi que celle observées dans la Vallée de l'Ondaine ou la Couronne (0,7‰) sont similaires à la densité départementale. Dans la Vallée du Gier, les spécialistes sont presque deux fois moins nombreux, en termes de densité avec 0,4‰.

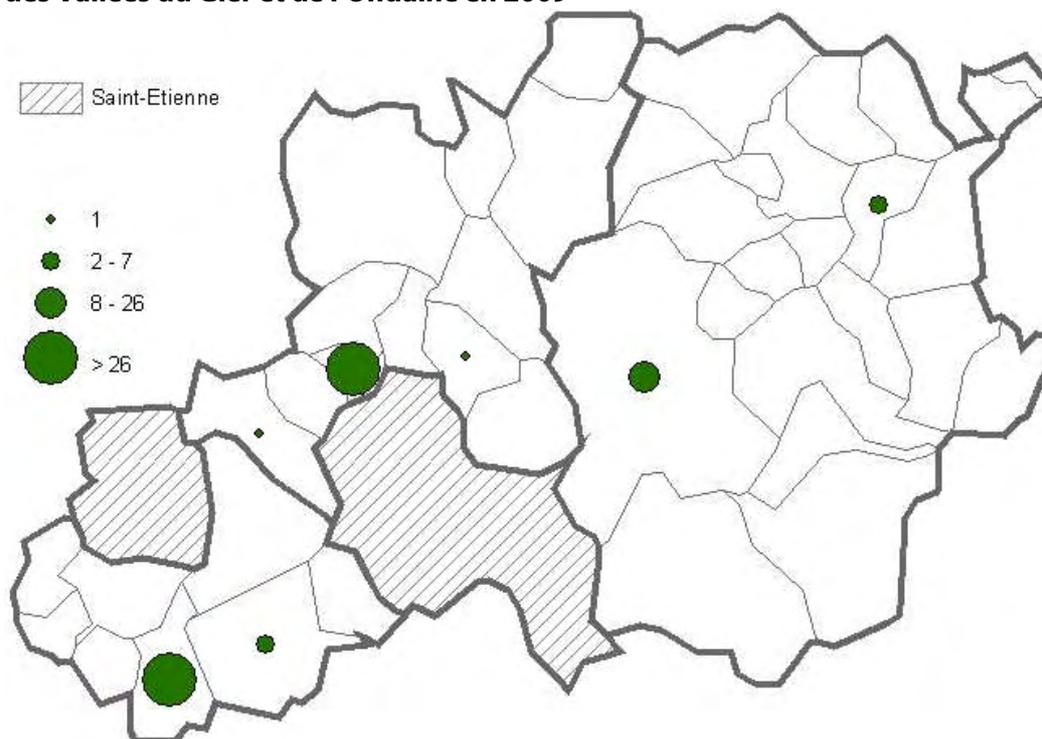
Tableau n°3 : effectif des médecins spécialistes selon le territoire au 1^{er} janvier 2009

	Territoire	Ondaine	Couronne	Gier	Loire	Rhône-Alpes
Effectif	111	44	34	33	530	4905
Densité ^a	0,6	0,7	0,7	0,4	0,7	0,8

^a pour 1 000 habitants

Les spécialistes ne sont pas du tout répartis de manière homogène sur le territoire et sont essentiellement concentrés dans les communes de Saint-Chamond, Firminy et Saint-Priest-en-Jarez (où se situe le CH Privé de la Loire).

**Carte n°11 : effectifs de médecins spécialistes par commune
des Vallées du Gier et de l'Ondaine en 2009**



Les autres professionnels de santé

Rapportés à la population du territoire, les effectifs de dentistes, de masseurs-kinésithérapeutes, d'orthophonistes et d'infirmiers sont proches de ceux observés sur le département de la Loire.

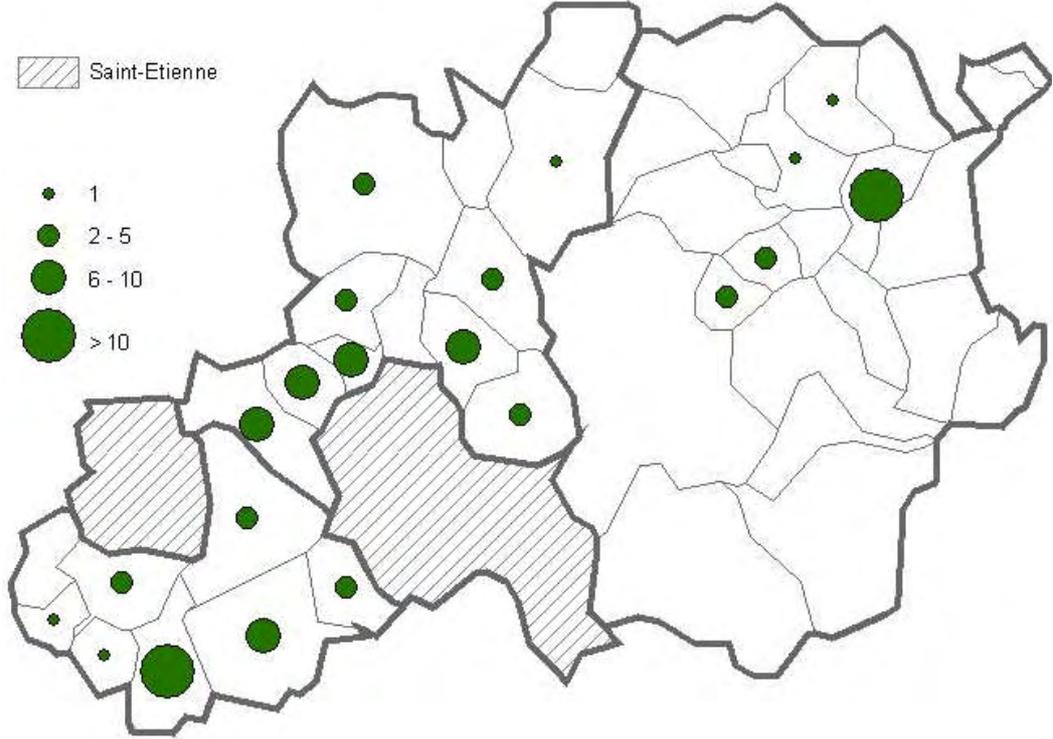
Mais au sein du territoire, des disparités sont observées : la Vallée du Gier présente ainsi pour les dentistes la densité la plus faible (0,2‰), alors qu'en ce qui concerne les infirmiers, la densité de ce sous-territoire est la plus élevée (1,5‰), même par rapport à la densité départementale de 1,2‰ (déjà plus élevée que la densité régionale de 1,0‰).

**Tableau n°4 : effectif des professionnels de santé (hors médecins)
selon le territoire au 1^{er} janvier 2009**

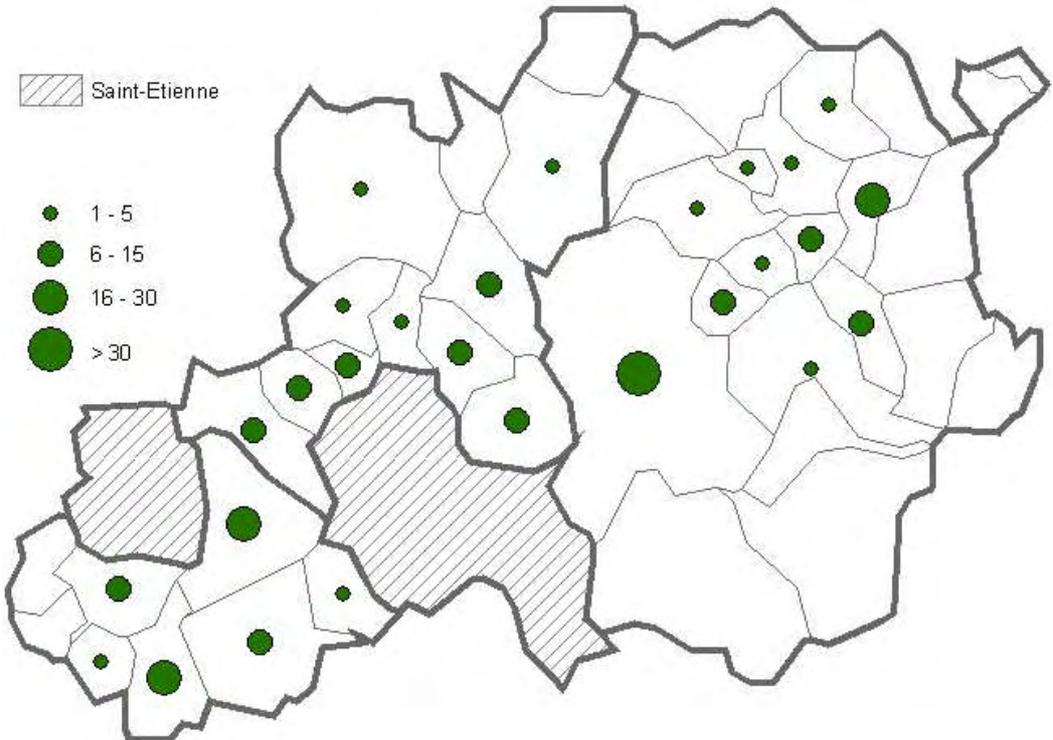
		Territoire	Ondaine	Couronne	Gier	Loire	Rhône-Alpes
Dentistes	Effectif	88	33	36	19	386	3 803
	Densité ^a	0,4	0,5	0,7	0,2	0,5	0,6
Infirmiers	Effectif	258	75	60	123	88	5 998
	Densité ^a	1,3	1,2	1,2	1,5	1,2	1,0
Masseurs-kinésithérapeutes	Effectif	168	56	46	66	606	5 996
	Densité ^a	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	1,0
Orthophonistes	Effectif	45	15	15	16	159	1 938
	Densité ^a	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,3

^a pour 1 000 habitants

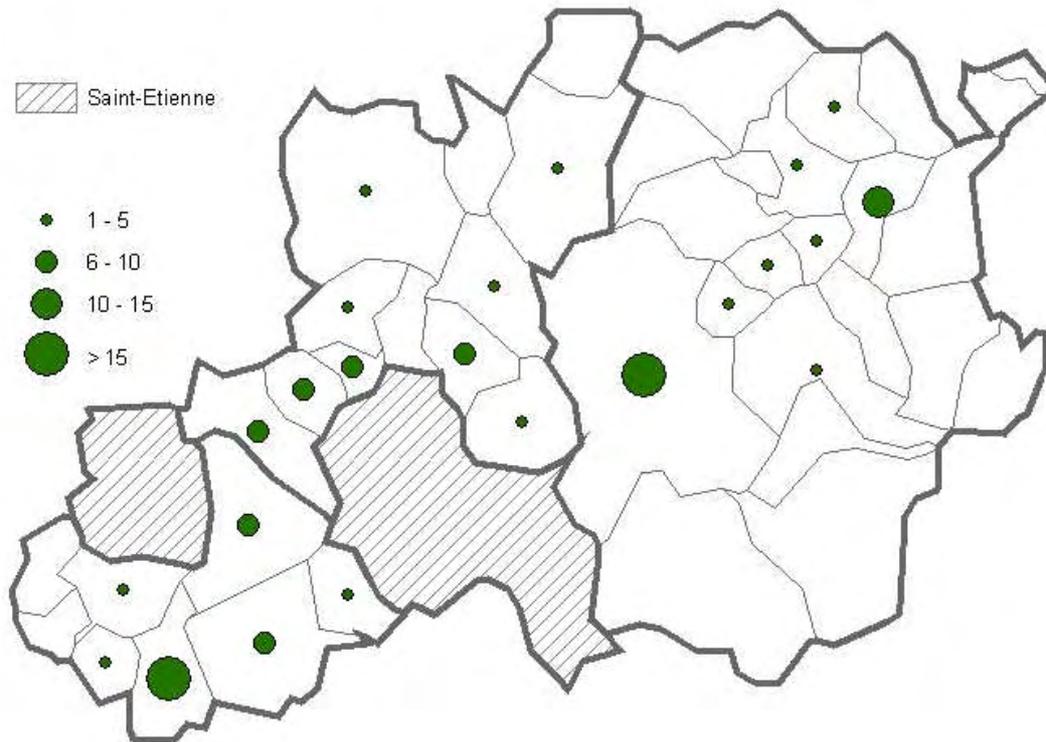
Carte n°12 : localisation des chirurgiens-dentistes par commune des vallées du Gier et de l'Ondaine au 1^{er} janvier 2009



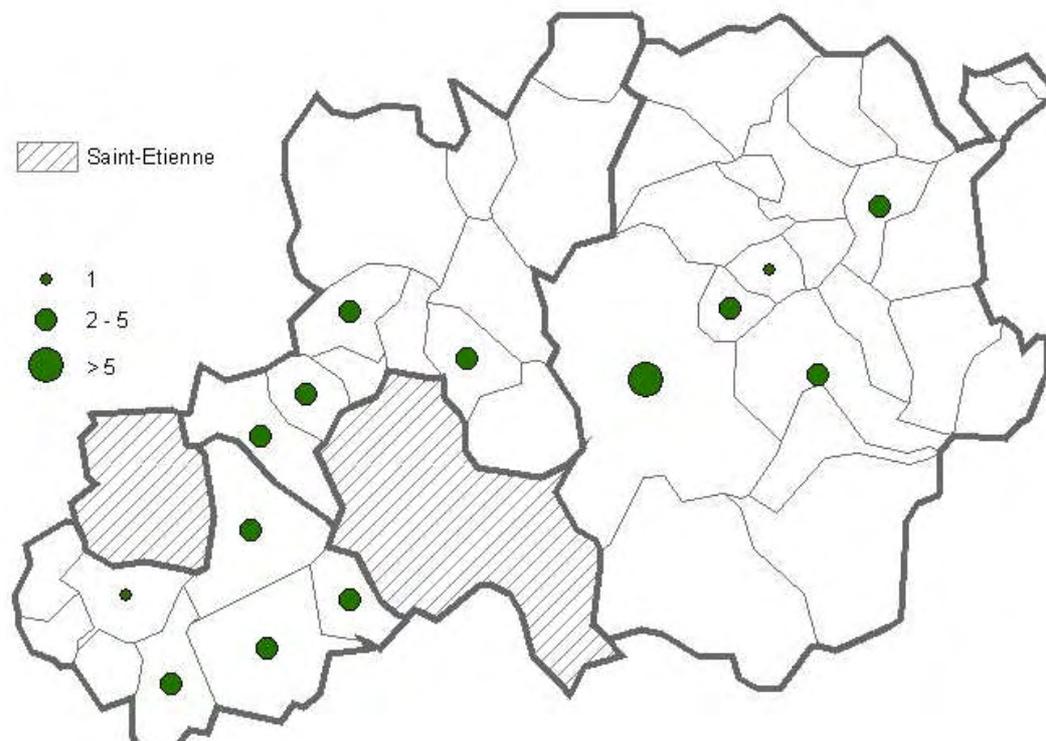
Carte n°13 : localisation des infirmiers par commune des vallées du Gier et de l'Ondaine au 1^{er} janvier 2009



Carte n°14 : localisation des masseurs-kinésithérapeutes par commune des vallées du Gier et de l'Ondaine au 1^{er} janvier 2009



Carte n°15 : localisation des orthophonistes par commune des vallées du Gier et de l'Ondaine au 1^{er} janvier 2009



3.2. Établissements et services socio-sanitaires

Sources : FINESS [2010]

INSEE [Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2008, millésime 2006]

Établissements hospitaliers

On compte sur le territoire 511 lits de chirurgie, 887 lits de médecine et 142 lits d'obstétrique (répartis dans les établissements de Firminy, Saint-Priest-en-Jarez et Saint-Chamond), ce qui équivaut à un taux d'équipement MCO de 7,8 lits pour 1 000 habitants, ce qui est deux fois supérieur au taux régional (3,8 pour 1 000).

3.2.1.1. Les trajectoires hospitalières en MCO

Source : PMSI [2007]

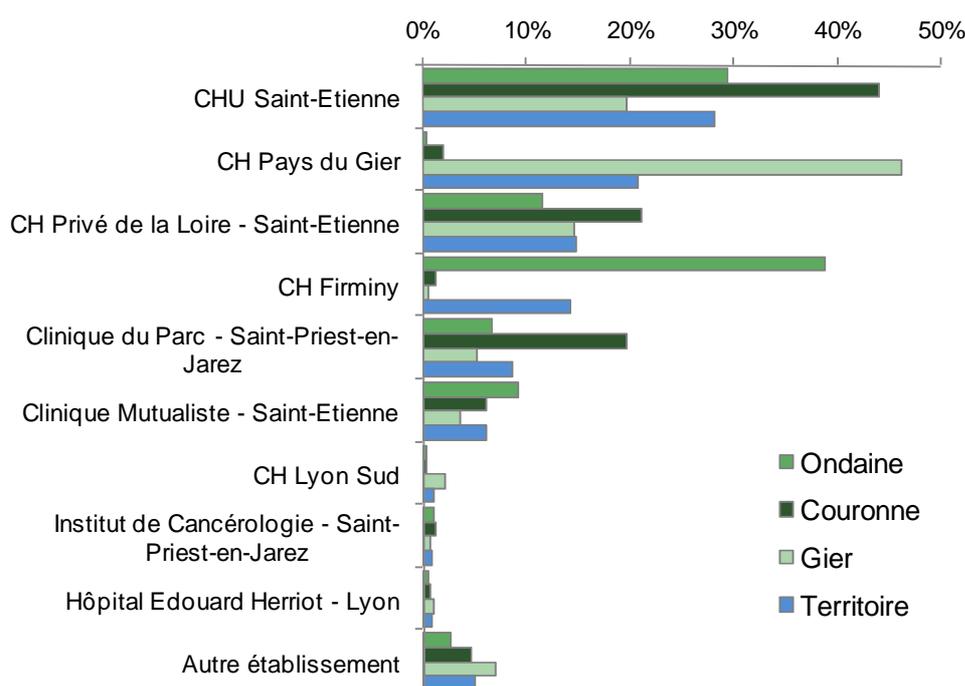
3.2.1.1.1 Ensemble des séjours

Près de 37 000 habitants du pays ont été hospitalisés en 2007 au cours de plus de 56 000 séjours. Les hospitalisations des habitants du territoire ont essentiellement lieu sur Saint-Etienne (43% au CHU ou au CH Privé de la Loire) puis dans les hôpitaux situés directement sur le territoire (21% au Centre Hospitalier du Pays du Gier ; 14% au Centre Hospitalier de Firminy).

Cependant, chacun des trois sous-territoires présente une répartition des séjours qui lui est propre :

- dans la Couronne, les établissements de Saint-Etienne, et notamment le CHU (40%) restent la première destination pour les hospitalisations des habitants de ce secteur ;
- dans la Vallée de l'Ondaine, le « CH de Firminy » devance le CHU de Saint-Etienne avec respectivement 39% et 29% des séjours ;
- dans la Vallée du Gier, le « CH des Pays du Gier » rassemble près de la moitié (46%) des séjours des habitants de ce sous-territoire. Les établissements de Saint-Etienne regroupent quant à eux 35% des séjours (20% au CHU ; 15% au CH Privé de la Loire).

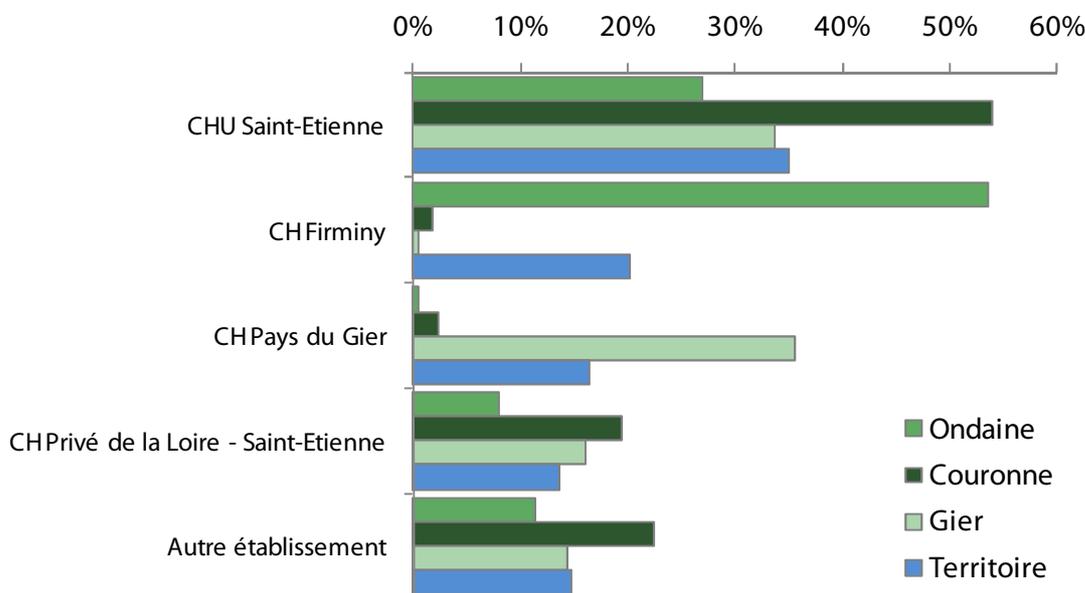
Graphique n°12 : trajectoires d'hospitalisations en MCO des habitants des Vallées du Gier et de l'Ondaine en 2007



3.2.1.1.2 Séjours pédiatriques

Pour les séjours des enfants de moins de 15 ans résidant dans les trois sous-territoires, on observe les mêmes prédominances du CHU de St-Etienne pour la Couronne, du CH de Firminy pour l'Ondaine et du CH du Pays du Gier pour la Vallée du Gier.

Graphique n°13 : répartition des séjours hospitaliers en Médecine-Chirurgie-Obstétrique des habitants de moins de 15 ans des Vallées du Gier et de l'Ondaine en 2007



Établissements et services pour personnes âgées

Au total, 32 établissements pour personnes âgées sont installés dans le territoire : 24 maisons de retraites (soit 2 379 places) et 8 logements foyers (soit 489 places).

Le taux d'équipement en maisons de retraite du territoire pour les personnes âgées de plus de 75 ans est plus élevé que la moyenne régionale avec respectivement 132 et 103 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Ce taux est encore un peu plus élevé dans la Vallée du Gier (148‰) et encore plus élevé dans la Couronne (206‰). La Vallée de l'Ondaine, avec 25 places en maison de retraite pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, apparaît comme le sous-territoire qui connaît le plus grand manque de places en structures d'hébergement, même si le taux d'équipement associé aux places en logements-foyers est plus élevé (55‰) qu'en Rhône-Alpes (30‰) ou dans le reste du territoire (3‰ dans la Vallée du Gier, 23‰ dans la Couronne).

Globalement, le territoire (27‰) présente un niveau d'équipement en logement-foyer équivalent au taux régional (30‰).

Tableau n°5 : effectif et taux d'équipement en établissements pour personnes âgées de 75 ans et plus selon le territoire en 2010

	Effectif	Territoire	Gier	Ondaine	Couronne	Rhône-Alpes
Maison de retraite	Établissements	24	9	6	9	675
	Places	2 379	1 042	469	868	48 443
	Taux d'équipement ^a	132	148	25	206	103
Logement-foyer	Établissements	8	1	5	2	281
	Places	489	20	371	98	14 003
	Taux d'équipement ^a	27	3	55	23	30

^a nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Les SSIAD (Service de Soins Infirmiers A Domicile) sont au nombre de 7. Ils peuvent assurer la prise en charge de 295 personnes.

Établissements et services pour personnes handicapées

Le territoire compte 47 établissements d'hébergement pour adultes handicapés, soit 1 310 places.

Avec 13 places pour 1 000 habitants de 20-59 ans, le territoire présente un taux d'équipement presque trois fois moins élevé que le taux régional (36‰).

Tableau n°6 : effectif et taux d'équipement en établissements d'hébergement pour adultes handicapés selon le territoire en 2008

	Territoire	Gier	Ondaine	Couronne	Rhône-Alpes
Nombre d'établissements	47	24	17	6	405
Nombre de places	1 310	700	357	253	11 772
Taux d'équipement ^a	13	16	11	10	36

^a nombre de places pour 10 000 habitants de [20-60[ans

4. ÉTAT DE SANTE

4.1. Santé des enfants

Sources : Conseil Général de la Loire [Certificats de santé du 8^{ème} jour – 2005-2007]

On observe un taux de couverture global sur l'ensemble du territoire pour les certificats de santé du 8^{ème} jour réalisés par la PMI qui s'élève à 94 % sur la période 2005-2007, avec 2 506 certificats reçus par an en moyenne.

Ce taux est un peu plus élevé dans la Vallée de l'Ondaine (97%) et un peu moins élevé sur la Couronne (91%).

Parmi les mères qui ont accouché sur la période 2005-2007, 4,1% d'entre elles ont eu moins de trois échographies au cours de leur grossesse (2,5% dans la Vallée de l'Ondaine et la Couronne ; 5,7% dans la Vallée du Gier), contre 3,3% dans la Loire.

La part de mères âgées de moins de 20 ans, parmi celles qui ont accouché de 2005 à 2007, est de 1,9 % sur le territoire comme dans la Loire (1,8% dans la Vallée du Gier ; 2,9 % dans la Vallée de l'Ondaine ; 0,9% dans la Couronne).

Le taux de prématurité s'élève à 7,3% sur l'ensemble du territoire (6,7% dans la Loire) et varie peu entre les trois sous-territoires. De même, 7,1% des enfants sont nés sur le territoire avec un poids inférieur à 2 500 grammes (6,7% dans la Loire), part qui reste stable sur les trois sous-territoires.

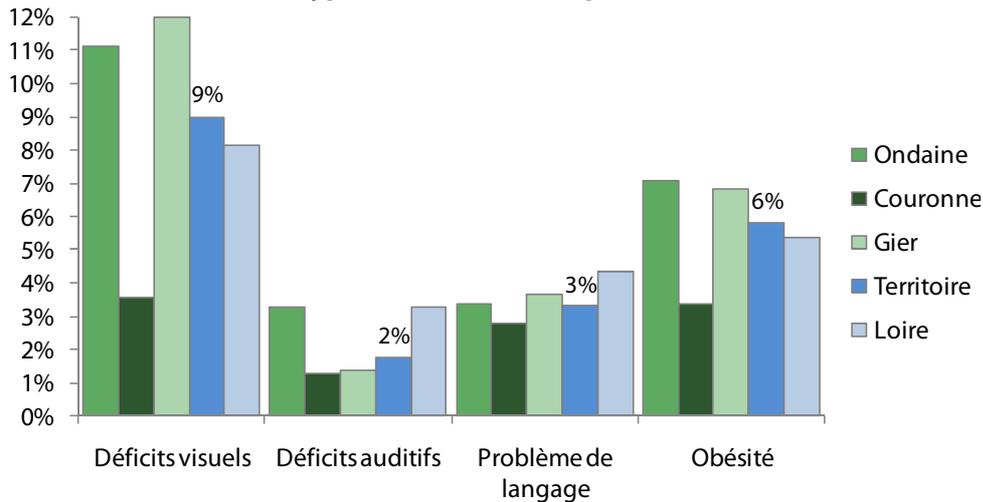
Enfin, l'allaitement au sein dans la première semaine de vie de l'enfant concerne 67 % des mères du territoire qui ont accouché entre 2005 et 2007, soit une part proche du taux départemental de la Loire (65%). Le taux est de même niveau sur la Vallée de l'Ondaine ; il s'élève à 70 % dans la Vallée du Gier et 63 % dans la Couronne.

En ce qui concerne les bilans de santé réalisés par la PMI chez les 3-4 ans, la couverture vaccinale est de même niveau que sur le département (>90% quel que soit le type de vaccin).

Globalement, sur l'ensemble du territoire, la prévalence des troubles dépistés à l'occasion de ces bilans de santé est de même niveau que sur le département de la Loire.

Cependant, dans la Vallée de l'Ondaine, et dans la Vallée du Gier pour les déficits visuels, les prévalences sont plus élevées. La Couronne se distingue très nettement avec des prévalences particulièrement faibles pour le dépistage des déficits visuels.

Graphique n°13 : prévalence de troubles dépistés chez les enfants de 3-4 ans selon le territoire et le type de trouble sur la période 2005-2007



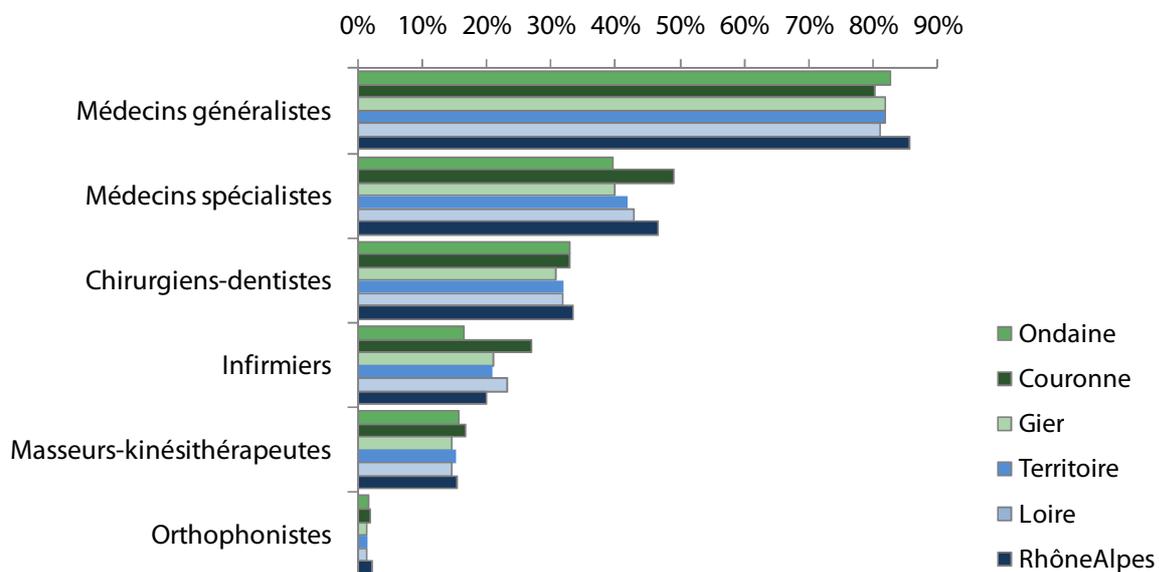
4.2. Consommation des soins de ville

Sources : URCAM [remboursements 2008 ; Population couverte par le Régime Général stricto sensu au 31/12/2007]
INSEE [Recensement 1999 – population de référence]

Plus de 80 % des habitants du territoire ont eu au moins un recours à un médecin généraliste en 2008 (81% dans la Loire, 85% en Rhône-Alpes). Ce taux est sensiblement le même dans les trois sous-territoires. Le recours aux chirurgiens-dentistes, aux masseurs-kinésithérapeutes et aux orthophonistes, ne varient pas non plus dans de grandes proportions entre le territoire et les deux zones de comparaison ou même à l'intérieur du territoire.

En ce qui concerne le recours aux médecins spécialistes et aux infirmiers, la Couronne se démarque avec un recours nettement plus élevé que sur les 2 autres sous-territoires (49% pour les médecins spécialistes contre 42% sur le territoire et 43% dans la Loire ; 27% pour les infirmiers contre 21% sur le territoire et 23% dans la Loire), alors que globalement le territoire reste très proche des niveaux de recours observés sur le département ou dans la région pour ces deux professions.

Graphique n°14 : taux standardisé de recours aux médecins généralistes, spécialistes et aux autres professionnels de santé des assurés du Régime Général selon le territoire en 2008



4.3. Prévalence de traitements

Sources : URCAM [remboursements 2008 ; Population couverte par le Régime Général au 31/12/2007]
INSEE [Recensement 1999 – population de référence]

Médicaments

Globalement, le territoire présente une prévalence de patients sous traitement psychotrope (et notamment antidépresseur) de même niveau que sur le département de la Loire, mais supérieur à la prévalence régionale.

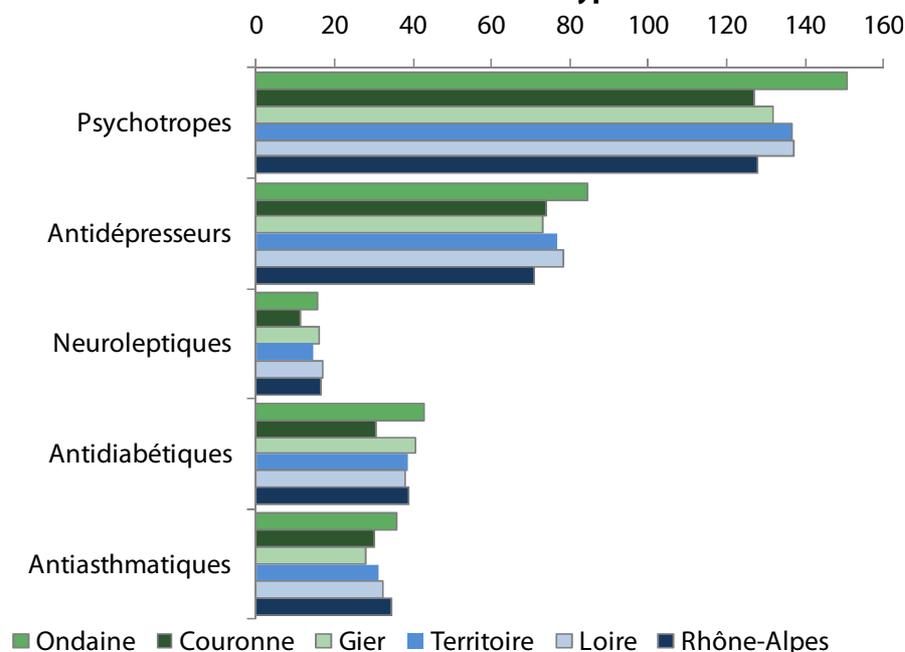
A l'intérieur du territoire, on observe une prévalence plus élevée concernant les psychotropes et les antidépresseurs dans la Vallée de l'Ondaine par rapport à l'ensemble du territoire.

La prévalence de patients sous neuroleptiques (sous-catégorie des psychotropes) est plutôt inférieure sur le territoire par rapport aux références départementale et régionale.

En ce qui concerne les traitements antidiabétiques, le territoire présente une prévalence plus élevée que dans la Loire, tout en restant à un niveau sensiblement égal au niveau régional. Les vallées du Gier et de l'Ondaine présentent cependant des niveaux plus élevés par rapport à la moyenne du territoire, à l'inverse de la Couronne où la prévalence de patients sous traitement diabétique est nettement plus faible.

Enfin, si les traitements asthmatiques réguliers sont moins présents sur l'ensemble du territoire que sur le département ou la région, on note tout de même une prévalence de patients sous ce type de traitement plus élevée dans la Vallée de l'Ondaine par rapport à la moyenne du territoire.

Graphique n°15 : taux standardisé d'assurés du Régime Général ayant eu au moins trois remboursements de médicaments selon le type de médicament et le territoire en 2008



Vaccination antigrippale

Un peu plus de la moitié des personnes de 65 ans ou plus (55 %) ont eu au moins un remboursement de vaccin contre la grippe saisonnière dans le pays de septembre à décembre 2008. Cette proportion est équivalente à celle de la Loire (54%) mais inférieure à celle de la région Rhône-Alpes (61%).

La vallée de l'Ondaine présente le taux le plus élevé à l'intérieur du sous-territoire avec 57% (Vallée du Gier : 54%, Couronne : 55%).

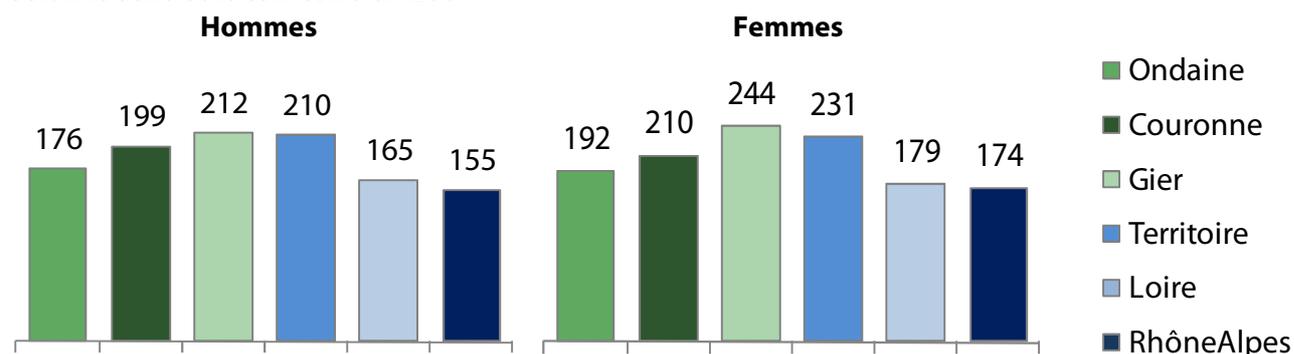
4.4. Motifs d'hospitalisations

Source : PMSI [2007]

Les hommes et les femmes qui résident sur le territoire ont des recours à l'hospitalisation significativement plus élevés que ce que l'on observe dans l'ensemble de la Loire ou de la région Rhône-Alpes.

Les taux observés dans les trois sous-territoires sont systématiquement plus élevés que les taux départementaux et régionaux, pour les hommes comme pour les femmes, avec une différence significative pour les femmes domiciliées dans la Vallée du Gier par rapport à la moyenne du territoire.

Graphique n°16 : taux^a comparatif de recours à l'hospitalisation selon le sexe et le territoire en 2007



^a pour 1 000 habitants

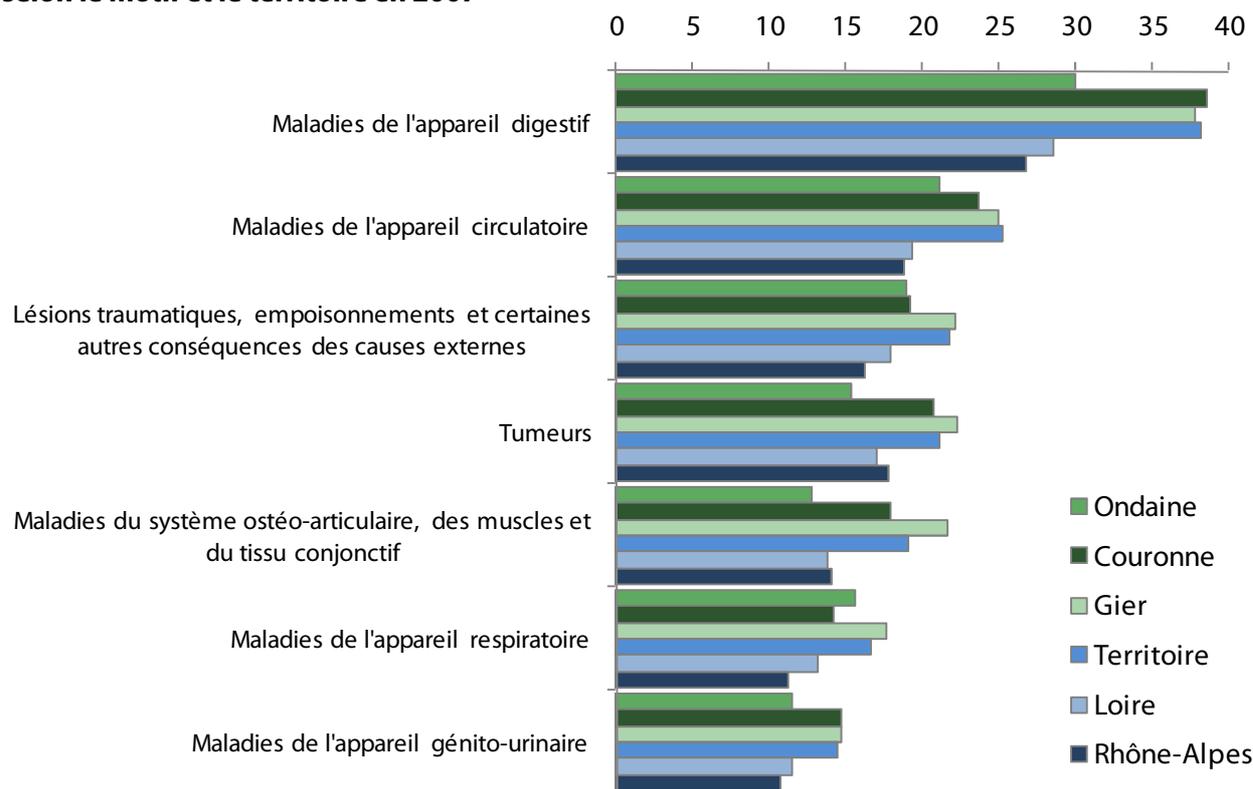
Quel que soit le motif, le recours à l'hospitalisation observé chez les hommes et les femmes du territoire est significativement plus élevé que les moyennes départementales et régionales.

A l'intérieur du territoire on repère quelques différences, parfois très marquées.

Ainsi, chez les hommes, les taux associés à la Vallée de l'Ondaine sont significativement plus bas que le taux moyen observé sur le territoire, mis à part pour les hospitalisations liées aux maladies de l'appareil circulatoire. Dans la Couronne, on observe également des taux significativement plus bas que sur l'ensemble du territoire en ce qui concerne les lésions traumatiques et accidents et les maladies de l'appareil circulatoire.

Dans la Vallée du Gier, les taux sont de même niveau que sur le territoire, mis à part pour les « maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif » où on observe un taux significativement plus élevé.

Graphique n°17 : taux^a comparatif de recours à l'hospitalisation chez les hommes selon le motif et le territoire en 2007



^a pour 1 000 habitants

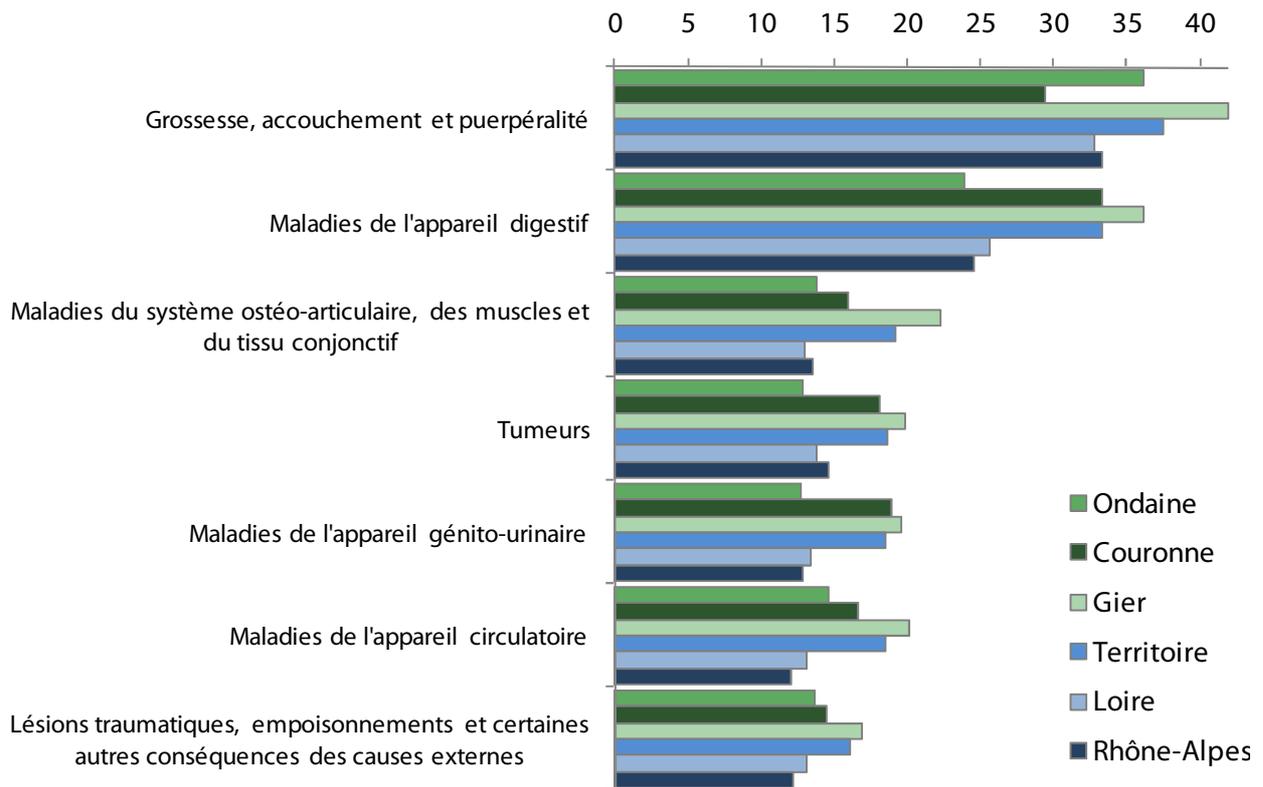
Chez les femmes, des différences significatives sont également à relever à l'intérieur du territoire.

Pour les hospitalisations des femmes domiciliées dans la Vallée de l'Ondaine, leur recours est systématiquement plus faible que la moyenne sur l'ensemble du territoire, quel que soit le motif, sauf pour les séjours liés aux grossesses, accouchements et puerpéralité.

Chez les femmes domiciliées dans la Couronne, seuls les taux associés aux grossesses, accouchements et puerpéralité, et aux maladies du système ostéo-articulaire sont significativement plus bas que la moyenne du territoire.

Les femmes de la Vallée du Gier présentent les taux les plus élevés, particulièrement pour les séjours liés aux grossesses, accouchements et puerpéralité, aux maladies de l'appareil digestif et aux maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif.

Graphique n°18 : taux^a comparatif de recours à l'hospitalisation chez les femmes selon le motif et le territoire en 2007



^a pour 1 000 habitants

Certaines pathologies ont été étudiées plus en détail. Il s'agit des tentatives de suicide, des pathologies liées à la consommation d'alcool et du diabète.

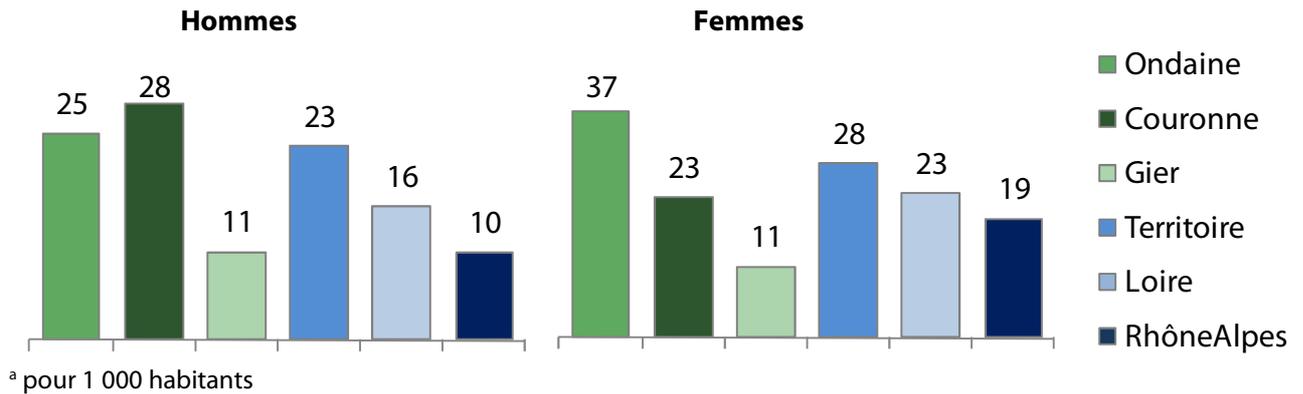
Pour ces trois motifs d'hospitalisation, le taux observé sur l'ensemble du territoire, pour les hommes comme pour les femmes, est significativement plus élevé que les taux observés sur la Loire ou la région Rhône-Alpes.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, le taux est significativement plus élevé, au sein du territoire, pour les femmes de la Vallée de l'Ondaine. Les hommes et les femmes de la Vallée du Gier présentent quant à eux des taux significativement plus faibles que les moyennes du territoire.

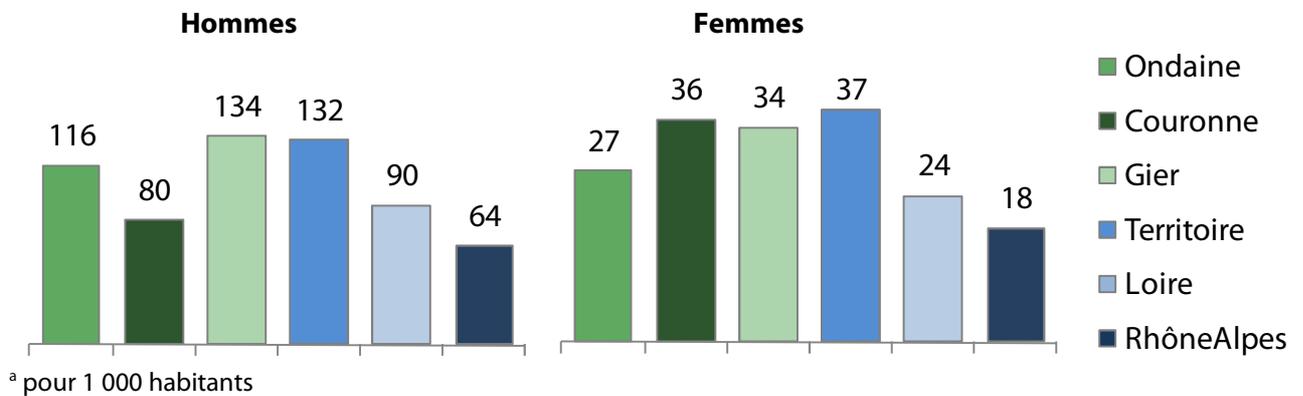
Concernant les patients hospitalisés pour des pathologies liées à l'alcool, les taux associés aux hommes et femmes de l'Ondaine, ainsi qu'aux hommes de la Couronne, sont plus bas que ce que l'on observe sur l'ensemble du territoire.

Enfin, il en est de même pour les patients hospitalisés pour diabète hospitalisés dans la Couronne, hommes ou femmes, ainsi que pour les hommes de la Vallée de l'Ondaine.

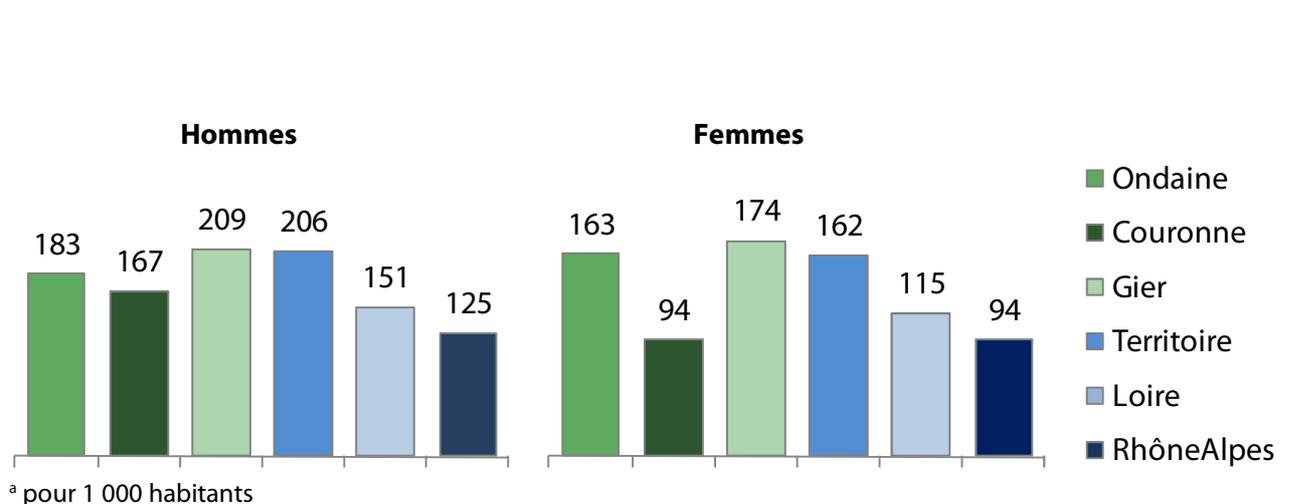
Graphique n°19 : taux^a comparatif de tentatives de suicide hospitalisées selon le sexe et le territoire en 2007



Graphique n°20 : taux^a comparatif de patients hospitalisés dans le cadre de pathologies liées à la consommation d'alcool selon le sexe et le territoire en 2007



Graphique n°21 : taux^a comparatif de patients hospitalisés pour diabète selon le sexe et le territoire en 2007



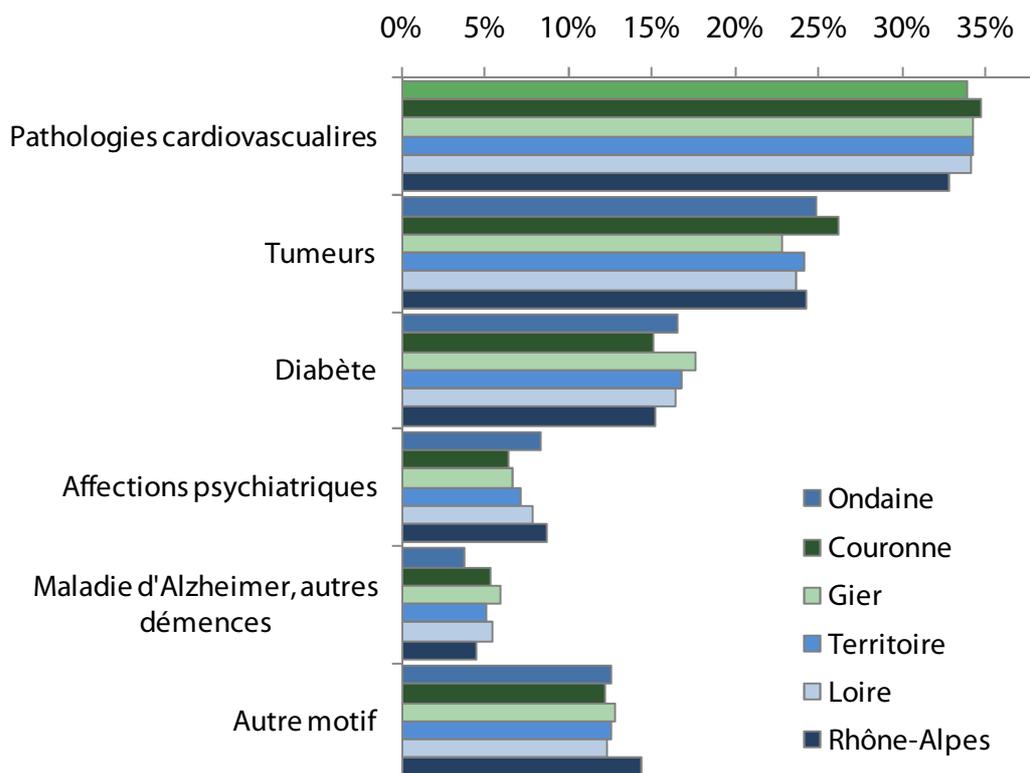
4.5. Admissions en Affection Longue Durée

Source : URCAM [Régime Général 2005-2007, RSI 2005-2007, MSA 2005-2007]

La structure des motifs d'admission en Affection Longue Durée (ALD) des habitants du territoire est très proche de celle de l'ensemble des habitants de la Loire.

Les ALD accordées pour pathologies cardiovasculaires, tumeurs ou diabète sont les plus fréquentes en termes d'effectif, quel que soit le territoire considéré.

Graphique n°22 : répartition des admissions en Affection Longue Durée accordées de 2005 à 2007 selon le territoire



Sur le territoire, on recense 238 nouvelles admissions en ALD pour 10 000 habitants par an, en moyenne, soit un taux significativement plus élevé que le taux départemental (189 pour 10 000) ou régional (187 pour 10 000).

Il en est de même si l'on s'intéresse aux taux associés aux principaux motifs d'ALD, à savoir les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs ou le diabète.

Au sein du territoire, des différences subsistent cependant : la Couronne et l'Ondaine présentent des taux de même niveau que la moyenne du territoire. A l'inverse la Vallée du Gier présente des taux d'admissions en ALD, tous motifs confondus, ou pour les principaux motifs (pathologies cardiovasculaires, tumeurs, diabète), plus élevés que ce qu'on observe sur le reste du territoire.

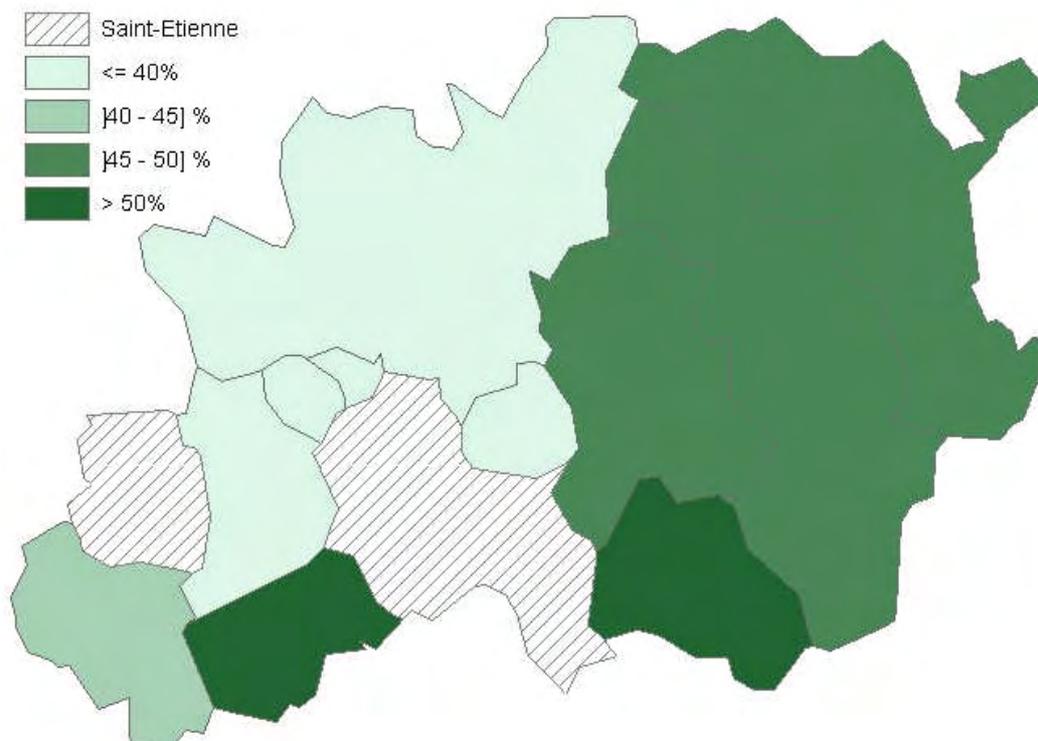
4.6. Dépistage organisé du cancer du sein

Sources : associations départementales de la Drôme et du Vaucluse de dépistage [2007]

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50-74 ans du territoire correspond au rapport entre le nombre de femmes qui ont effectivement participé à ce dépistage et le nombre de femmes invitées. Il ne prend donc pas en compte le dépistage individuel.

Ce taux est un peu plus élevé (45 %) que celui de l'ensemble du département (41%), s'élevant jusqu'à 48% dans la Vallée du Gier, puis 46% dans la Vallée de l'Ondaine et enfin 39% dans la Couronne (soit un taux inférieur à la moyenne départementale).

Carte n°16 : taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50-74ans du territoire de 2005 à 2007, par canton



4.7. Mortalité

Sources : Registre des causes de décès CépiDC – INSERM [2000-2006]
INSEE [Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2008 ; millésime 2006]

Note : les taux de mortalité sont présentés de manière générale (tous âges et toutes causes de décès), selon l'âge (moins de 65 ans, 65 ans et plus), selon certaines causes de décès (maladies de l'appareil circulatoire, tumeurs, traumatismes/accidents). Il est important de tenir compte des échelles des graphiques présentés puisque selon la catégorie étudiée, les niveaux des taux de mortalité peuvent être très différents.

Mortalité générale

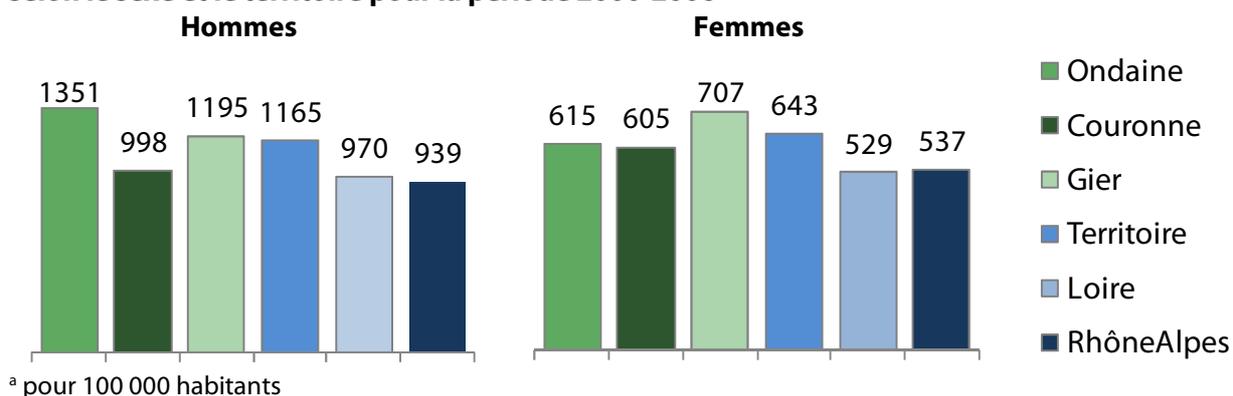
Sur la période 2000-2006 ont été enregistrés 6 547 décès pour la population masculine du pays, soit une fréquence de 1 165 décès pour 100 000 hommes.

Il s'agit d'un niveau significativement plus élevé que les taux départemental (970 pour 100 000) et régional (939 pour 100 000).

Sur cette même période ont été recensés 6 505 décès pour la population féminine du territoire, ce qui correspond à un taux de 643 décès pour 100 000 femmes.

Comme pour les hommes, ce taux est significativement plus élevé que celui de la Loire (529 pour 100 000) et de la région Rhône-Alpes (537 pour 100 000).

Graphique n°23 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité générale selon le sexe et le territoire pour la période 2000-2006

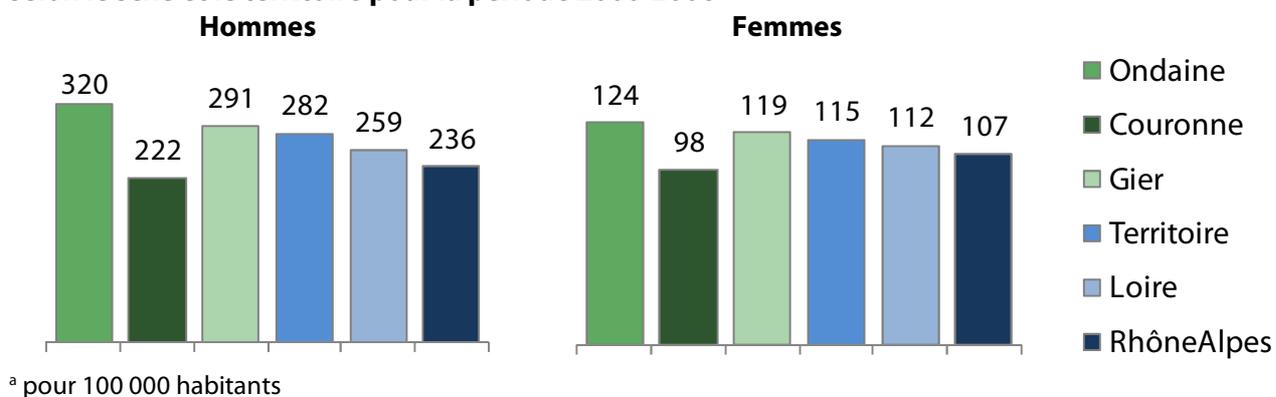


Mortalité selon l'âge

Si l'on restreint l'étude de la mortalité aux moins de 65 ans sur la période 2000-2006 (1 639 décès chez les hommes ; 701 décès chez les femmes), on n'observe aucune différence statistiquement significative avec les deux zones de référence.

La Couronne se démarque cependant à l'intérieur du territoire avec un taux de mortalité prématurée, chez les hommes comme chez les femmes, significativement inférieur à la moyenne du territoire.

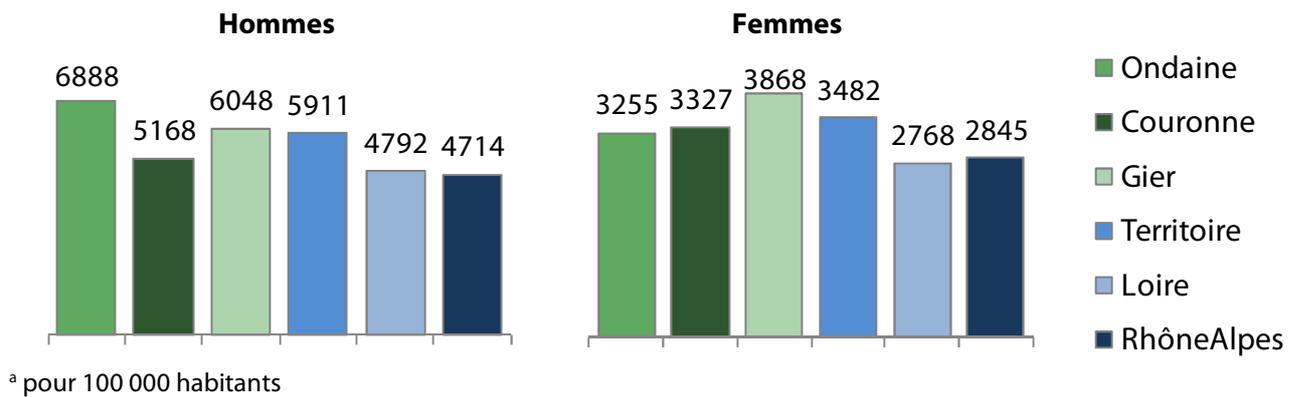
Graphique n°24 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité chez les moins de 65 ans selon le sexe et le territoire pour la période 2000-2006



L'étude de la mortalité chez les 65 ans et plus sur 2000-2006 (4 908 décès chez les hommes ; 5 804 décès chez les femmes) montre une surmortalité significative à la fois des hommes et des femmes du territoire pour cette tranche d'âge (5 911 décès pour 100 000 hommes ; 3 482 décès pour 100 000 femmes) par rapport à la Loire et à la région Rhône-Alpes.

Les femmes de la Vallée du Gier présentent un taux de décès plus élevé à partir de 65 ans par rapport à la moyenne du territoire pour cette population.

Graphique n°25 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité chez les 65 ans et plus selon le sexe et le territoire pour la période 2000-2006



Mortalité selon la cause de décès

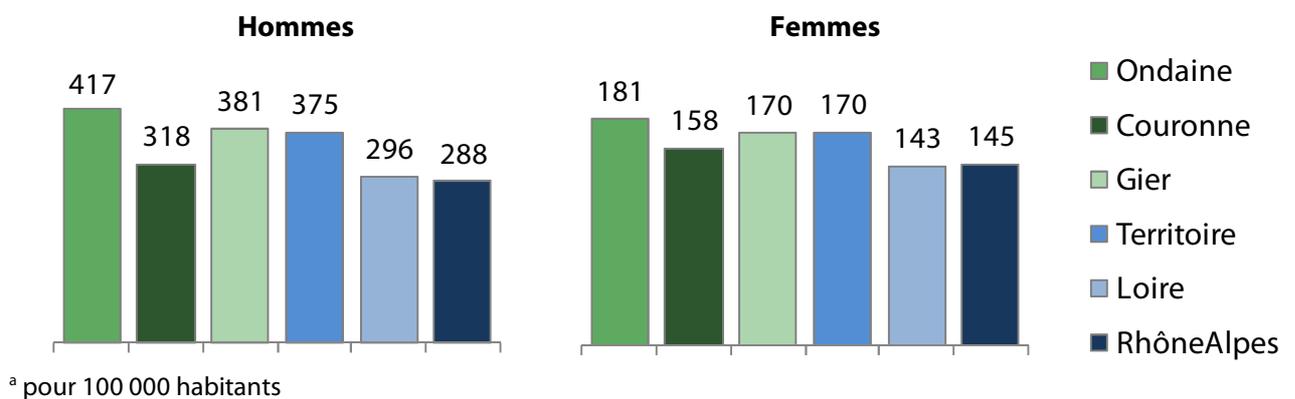
En étudiant certaines causes de décès plus précisément (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire, traumatismes/accidents), on retrouve des différences significatives entre la mortalité observée dans le territoire et celle des quatre zones de comparaison.

Quelle que soit la cause de décès prise en compte parmi celles citées plus haut, les taux de mortalité masculins et féminin observés sur le territoire pour la période 2000-2006 sont systématiquement plus élevés que les taux de référence départementaux et régionaux.

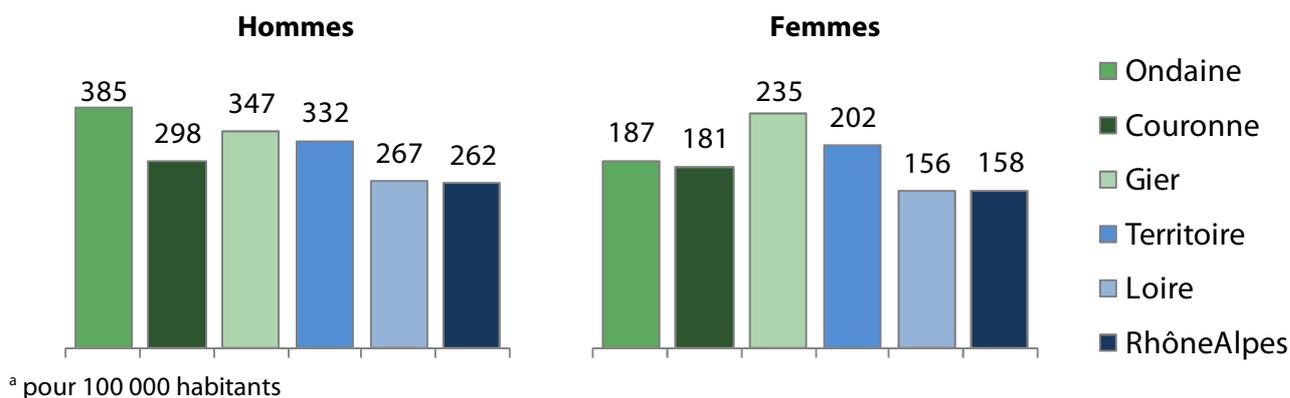
A l'intérieur du territoire, on peut également noter que les taux concernant les hommes de la Vallée de l'Ondaine sont significativement plus élevés que le taux global observé sur le territoire, lorsqu'il s'agit des décès liés aux tumeurs et des appareils circulatoire et respiratoire.

Les femmes de la Vallée du Gier se distinguent également avec un taux significativement plus élevé que la moyenne du territoire en ce qui concerne les maladies des appareils circulatoire et respiratoire, ainsi que les traumatismes / accidents.

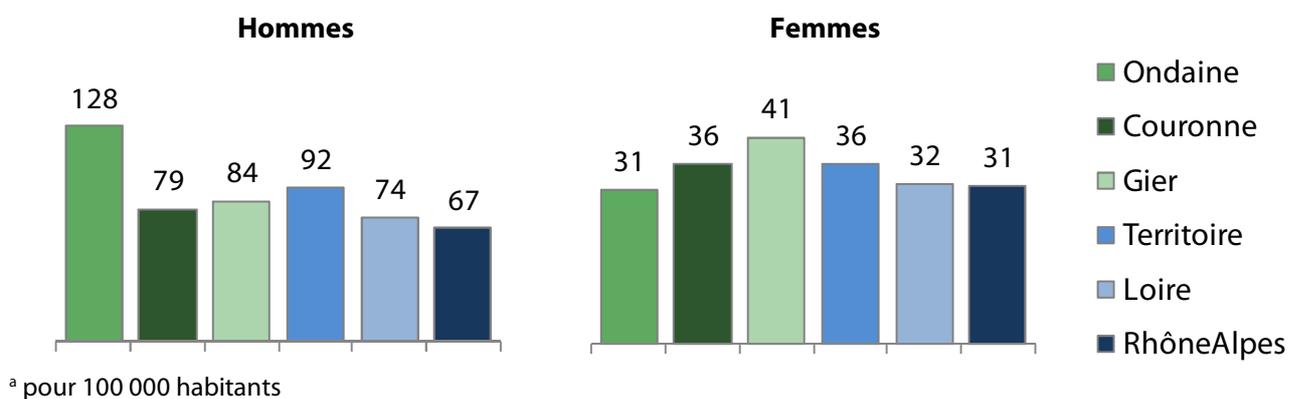
Graphique n°26 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité par tumeur selon le sexe et le territoire pour la période 2000-2006



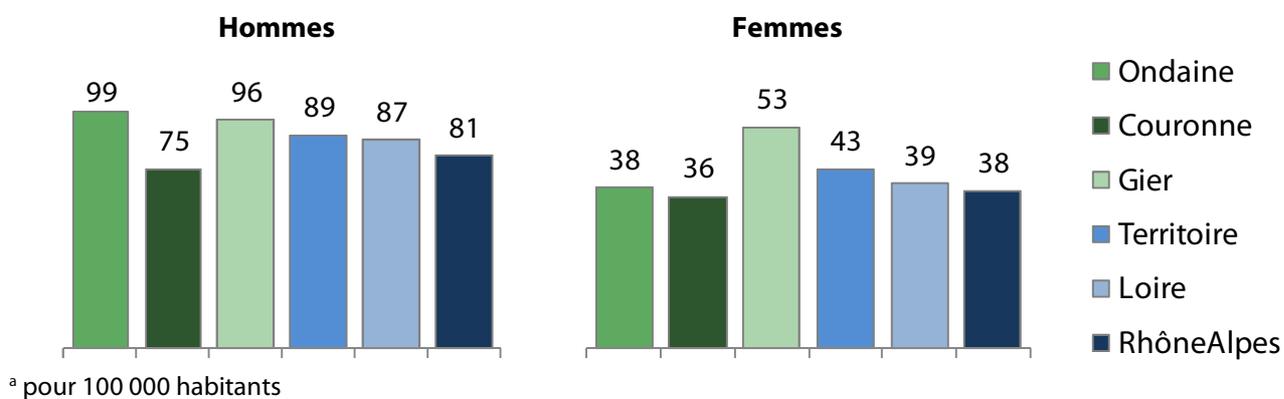
Graphique n°27 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe et le territoire pour la période 2000-2006



Graphique n°28 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité liée aux maladies de l'appareil respiratoire selon le sexe et le territoire pour la période 2000-2006



Graphique n°29 : taux^a comparatif annuel moyen de mortalité liée aux traumatismes/accidents selon le sexe et le territoire pour la période 2000-2006



PARTIE QUALITATIVE

METHODOLOGIE DE L'ENQUETE QUALITATIVE

Afin d'affiner et de répondre aux questions posées par les résultats de l'enquête quantitative, une enquête qualitative a été réalisée. D'une part, plusieurs acteurs (professionnels et élus) travaillant dans des secteurs différents ont été interrogés par l'ORS Rhône-Alpes. Ces entretiens, majoritairement individuels, ont été réalisés soit en face à face, soit par téléphone et ont, en moyenne, duré une heure. D'autre part, des groupes d'habitants ont été rencontrés.

Cette phase d'analyse a permis de compléter et d'affiner certaines informations qui ont pu être mises à jour par les données chiffrées. Au-delà, réalisée à partir de l'expérience des acteurs professionnels et complétée des perceptions des habitants eux-mêmes sur la qualité de vie, les ressources et l'état de santé perçus sur le territoire, cette enquête a permis de faire émerger les problématiques de santé spécifiques au territoire, issues de sa configuration spatiale, de l'organisation des ressources, du profil et de l'histoire de la population résidente.

59 habitants ont été rencontrés dans le cadre d'entretiens collectifs :

- 1 groupe de personnes âgées (Vallée du Gier)
- 1 groupe de jeunes en insertion (Vallée du Gier)
- 3 groupes de femmes (Vallée du Gier/Vallée de l'Ondaine)
 - o Association Tissage Coloré, La Ricamarie ;
 - o Centre social du Grand Pont, Rive-de-Gier ;
 - o Centre social de Cote Quart, Unieux
- 1 groupe Conseil de quartier (Saint Chamond)

74 personnes-ressources ont été interrogées, dans le cadre d'entretiens collectifs ou individuels :

1/ Santé- soins

Centres hospitaliers :

Mme ROATTINO, assistante sociale, Centre Hospitalier du Pays du Gier, Saint-Chamond

Mme SCIANDRONE, Assistante Sociale référente PASS, Centre Hospitalier du Pays du Gier, Saint-Chamond

Mme DE CARVALHO, Assistante Sociale référente PASS, Centre Hospitalier de l'Ondaine, Firminy

Mme COURBON, Equipe Mobile de Liaison en alcoologie, Centre Hospitalier de l'Ondaine, Firminy

Mme DINATALE, directrice, Centre Hospitalier Georges Claudinon, Le Chambon-Feugerolles

M. BUCHER, psychiatre, chef de service, CHU Saint-Etienne Centre Médico-psychologique pour Adultes, Vallée du Gier

M. STRAUB, psychiatre, chef de service, CHU Saint-Etienne, Centre Médico-psychologique pour Adultes, Vallée de l'Ondaine

Mme VERICEL, psychiatre, CHU Saint-Etienne responsable Centre Médico Psychologique pour Enfants, Vallée du Gier

Professionnels libéraux :

Mme VITALE, Pharmacie, Unieux

Mme BERLIER, Infirmière libérale, Rive-de-Gier

Mme RUIZ, Infirmière libérale, Saint-Chamond

M. BALLY, médecin généraliste, Saint-Chamond
M. BARTHELEMY, médecin généraliste, Saint-Chamond
M. JACQUET, médecin généraliste, Saint-Chamond

Services de Soins Infirmiers à Domicile :

Mme BERNE, infirmière coordinatrice, SSIAD municipal, Le Chambon Feugerolles
Mme JULVE, infirmière coordinatrice, SSIAD municipal Rive de Gier

2/ Santé - Prévention

M. CHAVE, médecin, Mme RENAUT, Handicap et dépendances, Conseil général de la Loire
Mme LAVAIRE, Mme CHAVARAN, Mme LEVEQUE, Mme BRUNON, Mme GRANGER, médecins Mme GAUTIER, Protection Maternelle et Infantile; Mme DEBATISSE, responsable pôle social d'Unieux. Entretien collectif complété des remarques écrites de responsables de pôles sociaux, Conseil général de la Loire
M. LAHET, conseiller familial et conjugal, CPEF hôpital de Firminy
Mme NAVARRO, conseillère familiale et conjugale, Planning familial Rive-de-Gier, Saint-Chamond, Saint-Etienne
M. BOUSSOUAR, directeur; Mme CELLE, chargée de projets ; Education Santé Loire
M. LAPORTE, directeur, association Loire Prévention Suicide, Réseau Equilibre, Saint-Etienne

3/ Social

Mme CHARAT, assistante sociale, CCAS Firminy
M. CHAPRON, directeur, CCAS Unieux
Mme BERT, Caisse d'Allocations Familiales Gier/Ondaine, Antenne Rive-De-Gier
Mme GRANGEON, directrice, Mme VALETTE, référente sociale ; CCAS Le Chambon-Feugerolles
Mme MAISONNEUVE, directrice; M. MOULIN, président ; Mme FOURNIER, conseillère en économie sociale et familiale; Epicerie sociale et solidaire « Le p'tit pont de Layat », Firminy
Mme MARCOU, directrice, Mme PATOUILLARD, conseillère en économie sociale et familiale; CCAS La Ricamarie
Mme MERLIN, directrice, CCAS Rive de Gier
Mme MONTAGNE, référente santé ; M. EICHENBERGER, directeur; CCAS Saint-Chamond

4/ Sociabilité

Mme BAISSAT, directrice, Centre social du Dorlay, La Grand Croix
Mme BONNEMAIN, référente santé, Mme BENZEGHUIBA, adulte-relais, Centre Social Armand Lanoux, Rive de Gier
M. DENIS, directeur, Centre Social Lavieu, Saint-Chamond
Mme DUMONT, Directrice, Maison des Jeunes et de la Culture, Saint-Chamond
Mme MOHAMMED, directrice, Mme MEKAHOUI, adulte –relais, Association Tissage Coloré, La Ricamarie
Mme ROCHETTE, directrice, Centre Social de Cote Quart, Unieux

5/ Insertion

Mme DEMEURE, directrice adjointe et référente santé, Mission Locale de Firminy
Mme GODBAM, directrice Mission Locale Vallée du Gier
M. ABDECHACOUR, chef de service ADSEA, Service prévention spécialisée, Vallée du Gier
Mme CELETTE, Chef de service, ADSEA Prévention Spécialisée, Firminy
Mme MEGEMONT, chef de service, M. RULLIER et M. MOREL éducateurs spécialisés, AGASEF, Prévention spécialisée, Saint-Etienne Nord-est, le Chambon-Feugerolles, La Ricamarie
Mme CHATELARD, directrice Association Recherche et Formation, LIFT (Lieu d'insertion par la Formation et le Travail) Saint-Etienne

Mme BERTHIER, directrice, ITALIQUES, Saint-Etienne
Mme LABBE, chargée de mission, AMOS 42 (bailleurs sociaux de la Loire), Saint-Etienne
Mme LABRANDINE, Mme GUILLAUMOND, Mme VEROT, éducatrices spécialisées, ARIV (Association Régionale d'Information pour les gens du Voyage)
Mme ROCHER, coordinatrice de parcours Plan Local d'Insertion par l'Emploi, Saint-Etienne Métropole

6/ Education

Mme BONNARD, médecin éducation nationale, Centre Médico Social Saint-Chamond
Mme DI FABIO, assistante sociale, Collège Bois de la Rive, Unieux
Monsieur SOUCHE, proviseur, Lycée Albert Camus, Firminy
Mme HERBAUD-DHERBECOURT, directrice, Mme MARGOTAT, enseignante, Maison Familiale Rurale de Saint-Chamond

7/ Elus

Mme GALLAND, adjointe affaires sociales, petite enfance, relations avec les personnes handicapées, Saint-Chamond
Mme PLOTON, adjointe aux affaires sociales, La Ricamarie
Mme BERNARD, première adjointe au maire de Saint-Genest-Lerpt, conseillère générale

8/ Saint-Etienne Métropole

M. GONZALVEZ, chargé de mission

Nous tenons à souligner l'excellente implication et participation de toutes les personnes rencontrées lors de cette enquête et nous les en remercions vivement.

En lien avec les résultats de l'étude quantitative, l'interrogation portait sur trois dimensions associées. Il s'agissait à la fois de mieux situer l'offre de services dans les champs sanitaire et social, de mieux situer les besoins des différentes populations (personnes âgées, jeunes, adultes, personnes en situation de précarité, ...) et de recueillir des éléments d'expériences, des suggestions pour améliorer la correspondance entre offre de services et besoins de la population.

L'ambition était de mieux situer les priorités en matière de santé, des priorités a priori différenciées selon les territoires, selon les populations, selon les tranches d'âge.

La connaissance de la situation locale, l'identification de la nature des principaux problèmes et besoins identifiés, le repère éventuel de groupes, de territoires vulnérables ont guidé l'ensemble du questionnement et constituent la trame de présentation des résultats.

Les résultats sont présentés comme suit :

I. Les vallées et la couronne ?

Le préalable est de mieux connaître ce territoire. Sur ce territoire hétérogène, il s'agit donc d'affiner les éléments quantitatifs disponibles autour de la démographie, de la situation sociale. « *S'il vous plaît, dessine-moi le territoire des Vallées et de la Couronne* » aurait-on pu demander ..., dessine-le au travers de ses caractéristiques, de ses différences, de son vécu, ...

II. Les ressources en santé : présence et accessibilité

L'analyse quantitative préalable de l'offre de services en santé montrait combien elle pouvait apparaître très inégalement répartie. En quoi cette distribution influe-t-elle sur l'état de santé de la population ? Il s'agit de présenter dans ce paragraphe l'accessibilité perçue des ressources en santé mais également les difficultés et besoins repérés par les personnes ressources interrogées.

III. L'état de santé : problématiques, populations et territoires vulnérables

L'analyse quantitative des données montrait un état de santé globalement défavorable. Des territoires apparaissaient aussi « moins bien lotis ». Il s'agit dès lors, au terme des entretiens, de préciser comment les professionnels interrogés perçoivent cet état de santé et quelles problématiques, quels populations et territoires particulièrement fragilisés et a contrario moteurs, ils ont pu repérer au travers de leur pratique quotidienne.

Lors des entretiens, les acteurs interrogés ont été systématiquement invités à formuler plusieurs pistes d'intervention, des moyens de résolution ou d'amélioration possibles de la situation locale. Au terme de cette analyse, ces propositions sont présentées successivement comme base ultérieure de discussion, d'identification participative de priorités d'intervention. Ces éléments font l'objet de la troisième partie de ce rapport.

1. LES VALLEES ET LA COURONNE ?

La communauté d'agglomération de Saint-Étienne Métropole, créée en 1995, rassemble 43 communes pour 397 000 habitants s'étendant des portes de l'Auvergne jusqu'à la vallée du Rhône. Dans le cadre de ce diagnostic, le choix a été réalisé de focaliser l'attention sur les vallées du Gier et de l'Ondaine et sur la Couronne stéphanoise, la commune de Saint-Etienne ayant été l'objet de diagnostics préalables réalisés dans le cadre de l'Atelier Santé Ville de Saint-Etienne². **Le diagnostic porte alors sur un territoire de 42 communes rassemblant près de 200 000 habitants**, soit 27% de la population départementale.

S'il est d'usage d'associer ces deux vallées en référence à un passé industriel fort, les professionnels et les habitants évoquent d'abord leur fort sentiment d'appartenance au Gier ou à l'Ondaine. **La vallée du Gier** et la **vallée de l'Ondaine** apparaissent ainsi comme deux bassins de vie, deux bassins de population, deux bassins d'emploi dont l'histoire est étroitement associée à la première industrialisation, celle de la métallurgie lourde et des industries traditionnelles du textile et de la verrerie (vallée du Gier) et celle de la mine et de la métallurgie (vallée de l'Ondaine). Au-delà de références spécifiques à l'histoire économique et industrielle, ces entités territoriales sont marquées par des différences certaines. Au nord de Saint Etienne, c'est la **Couronne**, territoire d'abord résidentiel et socialement plus favorisé que les deux vallées.

La construction de réponses pertinentes à l'échelle de l'Agglomération souligne d'emblée l'enjeu de dépassement des frontières administratives et la possibilité de raisonner à l'échelle des bassins de vie et d'envie en s'appuyant sur une connaissance de ce(s) territoire(s) confronté(s) à des problématiques majeures communes mais aussi différenciées. Il ne s'agit pas, dans le cadre de ce diagnostic, de proposer un descriptif détaillé des différents territoires de l'Agglomération de Saint-Etienne-Métropole. Seuls de grands éléments de repère sont proposés.

1.1. Deux vallées... et une couronne

« Il faut arrêter d'associer les deux vallées du Gier et de l'Ondaine...Elles n'ont rien à voir ! »

Le diagnostic porte donc sur trois zones distinctes : la Couronne, la vallée du Gier et la vallée de l'Ondaine. Si ces trois territoires sont tous associés à une même ville-centre, Saint-Etienne, les professionnels et les habitants rencontrés nous ont d'abord exposé leurs spécificités locales. En lien aux préoccupations énoncées pour les vallées du Gier et de l'Ondaine, notamment confirmées dans le cadre de l'analyse quantitative, les acteurs interrogés sont d'abord issus de ces deux vallées. Ceci n'exclue cependant pas la Couronne, territoire proche à bien des égards de « sous-territoires », notamment celui des coteaux ruraux de la vallée du Gier marqués aux-aussi par une évolution démographique corrélée à son attractivité résidentielle.

1.1.1 Deux vallées héritières d'un fort passé industriel

Le Gier prend sa source dans le massif du Pilat et va se jeter dans le Rhône à Givors. La vallée industrielle du Gier est orientée sud-ouest/nord-est et s'étire sur 25 km entre St-Etienne et la vallée du Rhône. Elle commence quand la rivière atteint la vallée, au Creux, quartier ouest de St-Chamond et se clôt après Châteauneuf, à l'est de Rive de Gier. Une coupure non industrialisée l'isole de St-Etienne d'une part, de Givors d'autre part : on ne peut donc pas la considérer ni géographiquement, ni économiquement, ni historiquement, comme le prolongement du bassin stéphanois.

« Si le touriste qui se rend de Lyon à St-Etienne veut jouir d'un spectacle vraiment curieux, il devra prendre le train qui part de Perrache à sept heures du soir. Jusqu'à Givors, le paysage est ravissant...A Givors, l'on quitte les rives du Rhône et l'on s'engage dans une vallée étroite. A partir de là, le paysage

² Ces diagnostics réalisés à l'échelle des quartiers situés en politique de la ville sont disponibles sur le site internet de l'ORS Rhône-Alpes <http://www.ors-rhone-alpes.org/>

change complètement de physionomie. Le railway court entre des usines d'où s'échappe un bruit infernal de chocs de barres de fer et d'acier, de mugissement de machines à vapeur...L'atmosphère est obscurcie par des nuages de poussière et de fumée. Les maisons sont noires. Nous sommes dans la vallée industrielle du Gier. Sur toute sa longueur, plus de trente kilomètres, c'est une succession presque ininterrompue d'usines de tous genres, forges, fonderies, aciéries, verreries, houillères...Pendant le jour, la vue de toutes ces usines n'offre pas une grande attraction... La nuit, le spectacle est tout autre. Les panaches de fumée qui s'échappent des cheminées se transforment en gerbes de flammes, les fournaies des fonderies, les fours à coke joignent au rayonnement de ces torches gigantesques l'éclat de leurs puissants foyers : la vallée paraît tout en feu, le ciel est rouge comme un ciel d'incendie De temps à autre, l'on aperçoit dans la pénombre obscure une gigantesque pièce d'artifice, qui sème autour d'elle une pluie d'étincelles, c'est un Bessemer en fonction ou un marteau pilon monstre qui écrase un bloc d'acier incandescent. Sous les grandes halles, l'on distingue parfaitement les ouvriers à l'œuvre, qui vont et viennent, les reflets de cette lumière intense leur prêtent des formes fantastiques et sans grand effort d'imagination, l'on songe à l'ancre des Cyclopes.³ »

Sur cette vallée, le développement économique s'est joué autour de trois secteurs : la verrerie à Rive de Gier, le textile à St-Chamond, et, des deux côtés, la métallurgie lourde. La verrerie est une tradition d'avant la Révolution. Elle s'est développée à Rive de Gier avec l'apport notamment d'une main-d'œuvre italienne, et même spécifiquement sicilienne, formée en ce domaine. L'ouvrier verrier, véritable ouvrier de métier réputé indépendant, mobile, combatif, a marqué la classe ouvrière de Rive de Gier, considérée comme la commune « rouge ». La tradition du textile est encore plus ancienne à St-Chamond, puisqu'on peut la faire remonter au XVI^e siècle. Teintureries du Creux, soie d'Izieux, passementerie, lacets, rubans ont fait la réputation de la ville. C'était une industrie fonctionnant de manière traditionnelle, avec une main-d'œuvre féminine très jeune, logeant dans des usines pensionnats avant le mariage..

C'est la métallurgie lourde qui va ouvrir l'ère industrielle moderne dans les deux villes. La société Marrel à Rive de Gier, dotée de la plus haute cheminée d'usine d'Europe (108 m.), les Aciéries de la Marine, créées d'abord à Rive de Gier en 1834 et transférées à St-Chamond en 1854, deuxième producteur d'acier de France, pour ne citer qu'elles, vont devenir des empires industriels avec plusieurs milliers de salariés. En 1870, la constitution de Creusot Loire reste un fait marquant dans l'histoire industrielle de la Vallée du Gier.

Unies dans l'aventure industrielle, les deux villes qui encadrent la vallée présentent cependant des spécificités profondément ancrées dans leur histoire qui les ont mises souvent en opposition. Ville du bout de la vallée, ville faite par les usines, Rive de Gier est marquée à l'origine par un patronat morcelé, un prolétariat combatif et des affrontements sociaux. C'est aussi une ville davantage tournée vers Lyon et ouverte aux innovations. Ville duale placée sous le signe de « la grande usine » qui rythme toute la vie sociale (les Aciéries de la Marine, reprises par Creusot Loire) et de l'industrie textile pourvoyeuse d'emplois féminins, St-Chamond a été au début du siècle la ville cléricale, puis la ville du consensus et du compromis, marquée par le long mandat de son maire célèbre, Antoine Pinay (maire de 1929 à 1977), adepte de la « bonne administration ». Elle est aussi plus liée à Saint Etienne. Entre ces deux villes, le développement industriel a amené la création de communes ouvrières, dédoublement des villages des premiers coteaux : Lorette en 1847, La Grand Croix en 1860, L'Homme en 1905.

La période de l'après guerre jusqu'aux années 1970 est marquée par la mainmise des grands groupes sur l'ensemble de l'économie provoquant le recul de l'autonomie locale, et cette évolution, partagée par tous les secteurs, est aussi un facteur d'unification du territoire, affronté à une même histoire et un même destin. Aujourd'hui, l'emploi industriel reste encore dominant dans cette vallée caractérisée par un foisonnement de petites entreprises industrielles, artisanales et agricoles. Cette possible offre d'emploi local aurait notamment permis un moindre déclin démographique sur cette vallée, en comparaison à la vallée de l'Ondaine et au reste du département de la Loire⁴.

³ Description reprise de la thèse de M.G.Gay extraite de E.MAUREL, D.MANSANTI.- Les systèmes locaux de pauvreté. Le pays du Gier.- Grenoble : Institut d'Etudes Politiques, Juin 2005.- p. 17.

⁴ E.MAUREL, D.MANSANTI.- Les systèmes locaux de pauvreté. Le pays du Gier.- Grenoble : Institut d'Etudes Politiques, Juin 2005.- p. 13.

Au-delà, cette caractéristique démographique est associée à une forte particularité du Pays du Gier, la différenciation croissante entre le fond de vallée industriel et les coteaux.

Si la vallée perd sa population, les espaces ruraux, coteaux du Gier, et le massif du Pilat tout proche, bénéficient d'une importante progression démographique. Sur ces coteaux, la part d'habitants de moins de 20 ans est supérieure à la moyenne régionale : ces espaces ruraux accueillent des familles en ascension résidentielle⁵.

C'est sur cette image de « ville à la campagne » que semble actuellement se dessiner la politique locale soucieuse de construire un portait de territoire post industriel. Les documents officiels représentent volontiers la vallée au pied du parc régional du Pilat, dans un cadre de collines verdoyantes et soulignent la place des PME, avec des production spécialisées et de la sous-traitance. La vallée du Gier représente le troisième bassin d'emploi du département.

Etiré sur une dizaine de kilomètres, le couloir urbanisé de la **Vallée de l'Ondaine**, partagée entre les municipalités de La Ricamarie, du Chambon-Feugerolles, de Firminy, Fraisses et Unieux, constitue l'aile occidentale de l'agglomération stéphanoise. Aux portes de l'Auvergne et de la Haute-Loire, ce territoire est à la fois marqué par son héritage socio-culturel et urbanistique de la Révolution Industrielle **et** par ses ressources associées aux espaces naturels, notamment appréciés des proches citadins mais aussi de ses habitants.

Sur les marges de territoires communaux, encore largement champêtres, se sont incrustés au 19^{ème} siècle des quartiers d'usines et d'habitats ouvriers, ferments de paysages urbains porteurs d'une vie sociale riche d'évènements, de luttes et de souvenirs. A l'instar de la vallée du Gier, l'Ondaine a été décrite comme noircie par les eaux ruisselant sur les terres des anciennes mines de charbon épuisées et comblées.

« Les rues sont parcourues par des voitures chargées de charbon, dont les débris forment une boue noire et épaisse. Au Chambon (3870 h.), le bourg est mal bâti, ses maisons disgracieuses et enfumées s'alignent irrégulièrement sur la principale rue qui est tortueuse, mal pavée et continuellement remplie de boue. Par contraste, et malgré les mines proches, le bourg de Firminy (encore groupé autour de la colline Saint-Pierre ; population municipale : 5300 h.) est "un charmant séjour" et l'auteur y note une fabrique de peignes, de faux, et de rubans de soie, cette dernière employant des "femmes et des filles". Fraisses (675 h.) est constituée de plusieurs petits hameaux et "s'étend sur un sol aussi riche que le pays peut le comporter". A Unieux (1680 h.), à part une fonderie d'acier (Holtzer) sur l'Ondaine, et le village perché à l'écart des routes, c'est le site du Pertuiset qui est amplement décrit comme un lieu de prédilection des promeneurs et des touristes, un site délicieux pour les repas champêtres. »⁶

Cette image de « site délicieux » est également soulignée par la population locale. Comme ont pu l'indiquer les habitants d'Unieux rencontrés, « Ici on est bien, c'est calme. Il y a la forêt, l'eau. On peut se promener. On va au Dorier, aux gorges de la Loire. Il y a de bonnes balades à faire ! »

On retrouve ainsi mémoire des composantes rurales de la vallée de l'Ondaine où, avant l'ère industrielle, les bourgs et les villages occupaient les collines dominant de peu les fonds inondables. Au fur et à mesure de la création des usines métallurgiques, des centres d'exploitation minière, un chapelet de quartiers s'est construit, à proximité immédiate des lieux de travail, d'abord situés en bordure immédiate des vallées. Les industriels déployèrent leurs usines à l'écart des anciens bourgs et villages, sur les plaines alluviales, au voisinage de l'eau, des routes, puis du rail, amené à Firminy dès 1859 et vers la Haute-Loire à partir de 1864.

Aujourd'hui, il demeure un fort sentiment d'appartenance à la vallée de l'Ondaine associée à ce passé commun, à cette identité ouvrière et solidaire, mais également sur une échelle territoriale qui fonctionne bien. Comme l'ont souligné les acteurs rencontrés lors de ce diagnostic, la vallée apparaît clairement comme l'espace naturel de partenariat entre les acteurs.

⁵ Cf partie quantitative, carte sur part des moins de 20 ans.

⁶http://lunieutaire.over-blog.com/pages/Histoire_urbaine_en_Ondaine_4_Traces_du_passe_preindustriel-1507569.html

1.1.2 Des espaces urbains composés de micro-quartiers

Dans ces vallées marquées toutes deux par un fort héritage industriel, les aménagements urbains ont d'abord été subordonnés aux intérêts de la grande industrie. La description de la ville d'Unieux montre ainsi le caractère « patronal » d'un tissu urbain d'abord composite.

*« C'est en 1829 que commença l'aventure de la grande industrie, avec la fondation de l'usine de Jacob Holtzer. Ayant besoin de la force de l'eau et de terrains plats, le métallurgiste alsacien s'installa au bord de l'Ondaine, très loin du bourg. Très vite, sa production d'acier fut renommée, l'usine prospéra, eut besoin d'une main-d'oeuvre de plus en plus nombreuse, qui s'agglutina à distance de marche à pied de son lieu de travail, d'où le développement du **quartier du Vigneron**, où l'industriel créa pour son personnel des services tels qu'une pouponnière, une bibliothèque, des ateliers de théâtre et de musique, une salle de visites médicales. Tout cela constituait une petite "company-town". Lorsque fut décidée en 1886 la création d'un bureau de poste, les Holtzer voulurent qu'il soit proche voisin de l'usine, dans un local qu'ils mirent gratuitement à la disposition de l'administration. En 1888 s'ouvrit l'école du Vigneron. Dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle, les quartiers méridionaux de **Sampicot, Côte Quart et Combe Blanche** se peuplèrent à proximité des Acieries de Firminy. Plus proche de cette ville que du reste d'Unieux, ce nouvel ensemble échelonné sur la plaine et les coteaux de la rive droite de l'Ondaine avait tendance à une certaine autonomie par rapport à la vie municipale. Il eut sa première école en 1888, son lavoir municipal en 1922, son église (Saint Paul sur Ondaine) en 1950. En 1960-61, à la fois pour favoriser l'épanouissement de la vie locale, et pour le destiner à être au service de toute la commune, la Municipalité réalisa ce qu'elle appela le "Centre urbain de Côte Quart. (...) A l'époque des grands ensembles urbains et des logements sociaux, la cité **Val Ronzière**, nouveau quartier de 271 logements HLM, avec ses écoles, son centre social, fut créée de toutes pièces entre 1965 et 1971⁷. »*

Les villes de ces vallées apparaissent d'abord comme un assemblage de petites cités dont l'emplacement hérite d'un éparpillement proche des multiples lieux de production. Plus ou moins éloignés du chef-lieu initial, ces quartiers composaient un tissu urbain décousu, dépourvu de centre véritable. Les professionnels et les habitants rencontrés lors de ce diagnostic ont ainsi confirmé une forte structuration de l'espace urbain en quartiers dotés de fortes identités, voire fermés sur eux-mêmes.

Au-delà d'héritages urbanistiques exemplaires, telle la Cité Le Corbusier à Firminy (Firminy Vert), on remarque en parcourant ces villes-rues des césures manifestes entre les différents quartiers. Ainsi, le quartier de la Romière-Le Bouchet, au Chambon-Feugerolles, est situé de l'autre côté de la voie sncf⁸... à Rive-de-Gier, deux kilomètres séparent le quartier du Grand-Pont du centre-ville. D'autres césures sont apparues depuis les années 80 avec le développement des emprises pavillonnaires sur les versants de vallées.

Le caractère résidentiel de ces espaces ruraux, établis sur les versants de vallée, est également remarqué pour des communes de la Couronne. Comme souligné dans la partie quantitative⁹, c'est sur ces zones que sont observées les communes avec les plus faibles densités de populations, inférieures à 100 habitants au km². Au-delà de micro-quartiers, il est ainsi important de rappeler le caractère rural de certains « sous-territoires » tels les coteaux du Gier, le Nord de la Couronne.

« Le territoire est marqué par une différenciation croissante entre le fond de vallée industriel, le long de la rivière Gier, de tradition ouvrière et qui se paupérise depuis le déclin industriel, et les coteaux, qui s'étalent des deux côtés du Gier et jusqu'au parc du Pilat vers le Sud, espace qui regroupe les 16 communes rurales du pays (sur 22), et dont la vocation résidentielle s'affirme de plus en plus, alors que les activités agricoles ont presque disparu.¹⁰ »

⁷ <http://www.ville-unieux.fr/decouverte/decouverte.php?page=histoire&id=histoire>

⁸ Voie d'ailleurs traversée à maintes reprises par les habitants pour se rendre du centre ville au quartier...

⁹ Cf partie quantitative, Eléments socio-démographiques, p.7.

¹⁰ Pays du Gier. <http://www.paysdugier.org>

Le Pays du Gier, composé de 22 communes et 3 cantons, apparaît donc comme un espace urbain **et** rural. En cela, il se différencie de la vallée de l'Ondaine marquée par une densité d'habitants au km² 3 fois supérieure à celle de la vallée du Gier (854 vs 314 habitants au km²)¹¹.

Partout, le territoire apparaît marqué par cette possible complémentarité entre « ville » et « campagne ». Cette nature, toute proche, comme le Parc Naturel des Monts du Pilat, les Gorges de la Loire, a d'ailleurs été plusieurs fois soulignée comme un atout pour les villes de fond de vallée.

Au-delà des fonds de vallée urbanisés, fragmentés en quartiers, ce territoire est également composé d'espaces ruraux qui sont d'abord à vocation résidentielle et dont l'évolution démographique apparaît bien distincte des quartiers situés en fond de vallée.

1.1.3 Des terres d'immigration plus ou moins désertées aujourd'hui

Comme il est souligné dans la partie quantitative¹², l'évolution de la population, sur la période 1982-2006, est marquée par de forts contrastes à la fois dans le temps et dans l'espace. Ainsi, d'une période relative de gain de population, on est passé depuis la décennie 90 à une période de déclin démographique. Ce contraste est également remarquable en fonction des sous-territoires.

Les anciennes terres d'immigration, associées aux activités industrielles développées dans les fonds de vallée, sont aujourd'hui en déclin démographique. Le territoire de la vallée de l'Ondaine est tout particulièrement touché. C'est ce même territoire qui quelques années auparavant voyait sa population grossir d'année en année.

« Avec constance, les mines et les usines ont attiré des ruraux des départements proches, principalement l'Ardèche et surtout la Haute-Loire, reliée par voie ferrée à partir de 1866. D'autres, moins nombreux, sont venus de plus loin, comme la poignée de métallurgistes anglais venus en 1815 initier avec Jackson, au Chambon-Feugerolles, de nouveaux procédés de fusion de l'acier, ou encore les Alsaciens installés au cours du 19^{ème} siècle à Unieux, à l'appel des Holtzer, en raison de leur savoir-faire. Au 20^{ème} siècle, c'est essentiellement de Pologne, d'Europe du sud, d'Afrique du nord, que des immigrants sont venus se fondre dans le creuset ouvrier de la vallée.

La croissance de la population, encore lente avant le milieu du XIX^{ème} siècle (de 11000 habitants en 1806 à 18600 en 1851), s'accéléra ensuite pour atteindre un total de 50800 en 1911, soit, pendant ces six décennies, une moyenne de 536 personnes supplémentaires chaque année.

L'augmentation fut ensuite moins rapide et irrégulière jusqu'en 1946, en cette période perturbée par les deux guerres mondiales et la crise économique des années trente, et bien que les besoins de l'armement aient réclamé un surcroît de main-d'oeuvre à l'approche de 1939. On a recensé 55700 habitants au lendemain de la Deuxième Guerre, ce qui représente une moyenne annuelle de 140 habitants supplémentaires depuis 1911.

La croissance reprit avec vigueur après 1946, et même une accélération entre 1954 et 1962, jusqu'à un maximum de 71082 habitants au recensement de 1968, soit en moyenne près de 700 nouveaux habitants par an pour la période 1946-68. On peut voir là les effets cumulés du "baby-boom", d'une relative reprise économique (malgré les réductions d'effectifs dans les mines), et en fin de période, d'une offre accrue de logements grâce aux importants programmes réalisés dès le milieu des années cinquante pour remplacer les habitats insalubres et recevoir de nouveaux habitants¹³. »

Aujourd'hui, ce sont essentiellement les espaces ruraux, et en particulier les communes des coteaux de la vallée du Gier, qui bénéficient d'un renouvellement démographique. A contrario, les cités urbaines des fonds de vallée accusent une décroissance certaine.

Cette évolution démographique a un impact sur la composition de la population et marque, notamment, des spécificités locales. Sur les coteaux ruraux de la vallée du Gier et au Nord de la Couronne, les jeunes âgés de moins de 20 ans représentent près d'un tiers de la population totale. A contrario, ce sont les

¹¹ Ibid, p.

¹² Cf infra, p.9

¹³ Histoire urbaine en Ondaine. Blog

http://lunieuataire.over-blog.com/pages/Histoire_urbaine_en_Ondaine_3_la_composante_demographique-1501522.html

personnes âgées de plus de 65 ans qui apparaissent sur-représentées¹⁴ sur des communes du sud de la vallée de l'Ondaine et de la Couronne. Sur ces territoires, la population vieillit et l'absence de renouvellement démographique ne permet pas d'inverser cette tendance.

Le déclin démographique, le vieillissement de la population, et la forte présence de populations issues des différentes vagues migratoires sont des composantes démographiques certaines de ce territoire. Nombre d'acteurs interrogés nous ont ainsi alertés sur ces dimensions et la nécessité associée de définir des réponses adaptées aux profils spécifiques, parfois en grande difficulté, de groupes de population.

Les acteurs rencontrés ont ainsi mentionné la vulnérabilité des réfugiés de l'Europe de l'Est, présents sur certains sites, de populations Roms, de gens du voyage, sédentarisés ou non. Ils ont aussi souligné l'attention aux migrants âgés, parfois isolés et dont les distances langagières, culturelles méritent d'être accompagnées. Ainsi, comme on le verra plus loin, des professionnels ont mis en place des « ateliers de socialisation » pour des femmes âgées isolées confrontées à de réelles difficultés au quotidien, comme celle notamment pour utiliser un interphone.

Au-delà, les acteurs rencontrés ont également insisté sur l'enjeu de prendre en compte l'arrivée plus récente de jeunes ménages avec des enfants, des adolescents sur des espaces péri-urbains, parfois éloignés des services de proximité. En ces zones plus rurales, des groupes de population, notamment les personnes âgées mais aussi les jeunes, peuvent aussi souffrir de réelles situations d'isolement.

De Saint-Etienne, ou de Lyon, ce territoire peut apparaître uniforme, d'abord héritier d'un passé industriel fort et marqué, comme le souligne la lettre INSEE de décembre 2009¹⁵, par une part élevée de ménages en difficulté économique et sociale élevée. Cette situation apparaît cependant très nuancée. Que ce soit au niveau démographique, économique ou socio-culturel, les profils sont souvent très différents d'une commune à l'autre, d'un quartier à l'autre, d'une zone à l'autre.

Sur ce territoire, les solidarités comme les évolutions et les profils de population se sont d'abord construits de manière très différenciée. S'il y a les fonds de vallée, d'abord urbanisés et héritiers d'un fort passé industriel, on remarque que le profil des ménages est loin d'y être uniforme. Si les deux vallées de l'Ondaine et du Gier sont souvent de prime abord associées, on remarque aussi que les coteaux de la vallée du Gier, et quelques communes de la vallée de l'Ondaine, s'apparentent beaucoup plus aux espaces péri-urbains, voire ruraux, de la Couronne résidentielle. Et au sein de cette même Couronne résidentielle, les personnes interrogées ont souligné l'existence de poches réelles de précarité dans un environnement aisé. L'opposition entre vallées et couronne présente ainsi des nuances et les deux vallées n'apparaissent pas aussi similaires. Ces bassins de vie, d'abord différenciés, sont cependant confrontés à des problématiques semblables.

1.2. Des bassins de vie confrontés à des problématiques semblables

Pour compléter cette première analyse du contexte, nous allons ci-dessous décrire deux grandes caractéristiques communes aux bassins de vie identifiés qui ont été, à maintes reprises, souligné par les acteurs interrogés.

1.2.1 La précarité présente

Au sein d'une population qui présente globalement un faible niveau culturel, la destruction de l'ancien tissu industriel pourvoyeur d'emplois non qualifiés a creusé des poches de chômage de longue et très longue durée ainsi qu'un niveau important de sous-emploi, notamment pour les femmes traditionnellement assurées dans la vallée du Gier par les industries textiles aujourd'hui disparues. La faiblesse de l'offre d'emploi contribue à l'évasion des catégories plus qualifiées, et par là plus mobiles, notamment chez les jeunes.

¹⁴ En comparaison des territoires de référence que sont le département et la région.

¹⁵ **Saint-Etienne Métropole : la pauvreté concerne toutes les grandes communes de l'agglomération.** Lettre INSEE, n°120, décembre 2009. Disponible en ligne à cette adresse http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=8&ref_id=15730 (en sept.2010)

« La précarisation concerne une part importante du territoire pour la période 2000-2006 : près de 93 000 habitants, soit 30% de la population totale de l'agglomération habitant dans un quartier en géographie prioritaire. 15% des ménages des quartiers d'habitat social perçoivent les minima sociaux contre 6% à l'échelle régionale¹⁶. »

Au-delà de la ville de Saint-Etienne, cette situation touche d'abord les vallées de l'Ondaine et du Gier marquées, depuis les années 1955/60 par la crise industrielle et la perte d'emplois. C'est ce qui est souligné dans l'étude quantitative où le nombre de ménages précaires, ici défini depuis les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) affiche un taux supérieur à celui observé dans la Loire. Si dans la Couronne, le taux est de 18‰, on observe un taux élevé dans les deux vallées avec respectivement 58‰ en Ondaine et 59‰ dans le Gier.

Au-delà de ces chiffres, les acteurs locaux et les intervenants de terrain ont également souligné une réalité moins visible où la perte du sentiment d'appartenance à une culture ouvrière et/ou la perte de liens associés à la migration peuvent fragiliser les solidarités et rompre la transmission de repères entre les générations. Sont également observées des situations d'isolement et d'enfermement de groupes de population, telles les personnes âgées notamment originaires de la Haute-Loire ou d'adultes sans emploi. Dans ces espaces fortement touchés par la crise industrielle, les acteurs ont également alerté sur l'existence d'histoires de vie complexes où la précarité sociale, économique, culturelle semble se reproduire de génération en génération.

La précarité présente, associée à la perte progressive des solidarités de la culture ouvrière, offre à la fois une image de quartiers avec de fortes identités, où il fait finalement « bon vivre » et où tout le monde se connaît, mais aussi une image de quartiers relégués où « les rumeurs vont bon train », où la perte de mixité sociale et culturelle peut également aller vers l'enfermement territorial et la reproduction de situations familiales difficiles ; où les sentiments de désespérance, d'impuissance à sortir d'un cercle vicieux « d'entre-soi » associé à l'isolement sont souvent affichés ; où les situations de déracinement, de difficulté à trouver une quelconque place dans la société apparaissent marquées. Certains ont alors pu évoquer l'existence de difficultés sociales enkystées dans certaines familles assimilées, comme on peut le voir dans d'autres régions industrielles de France, à des poches de « quart-monde ».

Comme le souligne Jean Furtos¹⁷ :

« Dans le contexte social actuel et selon l'histoire de chacun, la précarité psychologique normale et structurante peut se transformer volontiers en précarité exacerbée, susceptible alors d'entraîner une triple perte de confiance : perte de confiance en l'autre qui ne reconnaît pas [mon] existence, perte de confiance en soi-même qui perd sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, avec une atténuation des désirs, projets et rêves qui appellent à continuer et à transmettre. Il devient impossible de rêver l'avenir. L'homme devient un loup pour l'homme, dans un horizon persécuteur qui ouvre à la paranoïa collective et/ou à un grand isolement des individus. »

Au-delà des chiffres de la précarité, cette difficile réalité a souvent été décrite par les acteurs rencontrés et par les habitants et ce, sur l'ensemble des deux vallées y compris dans certains sites de la Couronne résidentielle. A contrario, la vie sur des quartiers en zone prioritaire a pu aussi être décrite, à la fois par les intervenants de terrain et les habitants, comme agréable et décalée des images « colportées » de l'extérieur. Ainsi, le découpage en quartiers prioritaires ne correspond pas toujours aux réalités et aux évolutions perçues sur le terrain¹⁸.

Ces quartiers prioritaires sont définis dans le cadre de la politique de la ville, politique contractuelle et territorialisée dont l'objectif est de prendre en compte, par une intervention publique adaptée, des territoires urbains en difficulté. Sur le territoire des deux vallées du Gier, de l'Ondaine et de la Couronne,

¹⁶ Contrat Urbain de Cohésion Sociale de Saint-Etienne Métropole.- p. 10

¹⁷ J. Furtos et al. – Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs. Paris : Masson, 2008, pp. 13.

¹⁸ C'est d'ailleurs ce que confirme l'analyse de l'INSEE où, sur certains endroits, « les espaces de précarité débordent des périmètres de quartiers prioritaires ». op.cit, p. 3

cette géographie prioritaire¹⁹ identifie 19 quartiers en Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS) classés en ordre de priorité de 1 à 3.

La répartition s'établit comme suit :

➤ **Vallée du Gier :**

- Rive de Gier (2 quartiers en cat.1);
- St Chamond (1 quartier en cat.2, 3 quartiers en cat.3) ;
- L'Horme (1 quartier en cat.3)

➤ **Vallée de l'Ondaine :**

- Le Chambon-Feugerolles (1 quartier en cat.1, 1 quartier en cat.2, 3 quartiers en cat.3) ;
- Firminy (1 quartier en cat.2, 2 quartiers en cat.2) ;
- La Ricamarie (2 quartiers en cat. 2, 1 quartier en cat.3) ;
- Unieux (1 quartier en cat.3)

Ce sont sur ces quartiers que dans le cadre de contrats et en coordination avec d'autres acteurs de la politique de la Ville - bailleurs sociaux, caisses d'allocations familiales, associations, Caisse des dépôts... -, l'État et les collectivités locales concernées (communes, communautés, départements et régions) mettent en œuvre, dans ces quartiers, des programmes de renouvellement urbain et de cohésion sociale.

Sur l'Agglomération Saint-Etienne-Métropole, le programme défini s'appuie sur ces orientations prioritaires :

- Education et accès aux savoirs de base (lien avec parentalité et place des jeunes) ;
- Emploi, développement économique et insertion professionnelle ;
- Logement, habitat et transports ;
- Santé et accès aux soins ;
- Culture, expression artistique et sports ;
- Lien social, citoyenneté et participation des habitants ;
- Accès aux droits et lutte contre les discriminations ;
- Prévention de la délinquance

La santé est un des volets en articulation avec des priorités axées sur les facteurs associés au mieux-être d'une population touchée par la précarité.

1.2.2 L'habitat et les transports, deux préoccupations majeures

« C'est toujours se battre, se battre pour faire valoir ses droits... »

✓ **L'habitat**

L'habitat apparaît comme un réel facteur de clivage socio-spatial sur le territoire. Les acteurs interrogés nous ont décrit trois grands profils :

- ❖ **Les logements sociaux** qui représentent une part importante des résidences. Le territoire compte 53% de logements HLM dans son parc locatif contre 36% sur l'ensemble du département. Comme le souligne la partie quantitative, cette part élevée est d'abord due à ce que l'on retrouve dans les vallées du Gier et de l'Ondaine qui présentent respectivement 58% et 56% des logements HLM. La Couronne en compte 35%. L'étude du CUCS soulignait l'ancienneté de ce logement social, en majorité antérieur à 1970, et la situation urbaine excentrée de ce bâti à

¹⁹ Cette géographie prioritaire est appelée à être modifiée en 2011.

proximité de nuisances fortes²⁰. Comme l'ont souligné lors de cette étude les professionnels et les habitants rencontrés, ce constat est en évolution, grâce notamment aux opérations de rénovation urbaine (ANRU et Programme Local de l'Habitat). Ces opérations seraient cependant disparates suivant les quartiers, les offices HLM. Des habitants ont ainsi alerté sur la mauvaise qualité du bâti de certains logements, d'autres ont également insisté sur les hausses de loyer associées lors de rénovations qui plus est de durée longue et sans relogement associé ;

- ❖ **Les logements anciens en centre-ville** : ces logements ont pu être qualifiés de « pompe aspirante » de ménages et de familles en grande pauvreté, voire en situation irrégulière. Les acteurs ont parlé de « marchands de sommeil » et de réseaux d'accueil associés. Les ménages les plus pauvres et les moins intégrés se trouvent en centre ville. L'existence d'un parc privé de logements très dégradés, comme à Rive-de-Gier mais aussi dans une moindre mesure à Saint-Chamond, a pu, à l'instar de quartiers en logement social, être décrit comme potentiel fixateur de la pauvreté. Ce parc de logement apparaît très dégradé. Ces logements insalubres en centre-ville peuvent aussi appartenir à des propriétaires touchés par la crise économique et dans l'incapacité de rénover le bâti. Les pouvoirs publics locaux sont conscients de la problématique et plusieurs commissions d'insalubrité, d'habitat indigne sont présentes sur les communes concernées. Malgré de considérables progrès dans les opérations de rénovation, les acteurs soulignent que la problématique demeure, en particulier dans le privé, plus difficile à identifier. Dans cette perspective, des opérations de communication sont lancées invitant les personnes en difficultés sociale à porter plainte, à faire valoir leurs droits ;
- ❖ **Les constructions pavillonnaires établies en périphérie ou sur les coteaux** : ces logements regroupent les ménages des vallées en ascension sociale mais aussi, en particulier au Nord-Est du territoire des ménages de cadres moyens avec enfants désireux d'accéder à la propriété. Un certain « entre-soi » semble caractériser ces habitats pavillonnaires, distincts à la fois géographiquement et socialement des logements sociaux et des logements anciens des fonds de vallée.

L'habitat insalubre est une réelle préoccupation sur le territoire, en particulier dans les logements anciens du centre-ville où derrière des façades, y compris en bon état, se cachent parfois des ruines avec des toilettes dans la cour, des planchers dissociés, l'absence d'évacuation des eaux et de salles de bain. Certains habitants modestes sont propriétaires de ces logements mis ne disposent pas des moyens suffisants pour les rénover²¹. D'autres, locataires à la merci de quelques propriétaires « verveux », ne savent pas vers qui se plaindre ou, faute d'alternative identifiée, ne se plaignent pas... Cet état de fait a également été observé pour des locataires de logements sociaux soumis à des augmentations conséquentes des loyers associés aux opérations de rénovation urbaine. Les difficultés de paiement ont pu aussi être associées aux hausses des charges, en particulier du chauffage.

Autour de l'habitat, des problèmes de stress associés au paiement du loyer, au bruit et à la promiscuité ont été dénoncés. Des situations d'humidité, de défaut d'hygiène et de salubrité sont également observées. Des cas de surpopulation ont également été soulignés. L'hygiène des logements laisse parfois à désirer lorsque de nombreux chats occupent l'appartement, lorsque des immondices sont déposées à l'extérieur. Les professionnels ont, à ce titre, souvent évoqué le problème de personnes de personnes mentalement handicapées ou de personnes âgées isolées.

L'ancienneté du parc de logement social et privé peut également exposer cette tranche d'âge à des problèmes d'accessibilité, faute d'ascenseurs, de salle de bain adaptée. Plusieurs groupes d'habitants ont insisté sur l'enjeu d'adaptation des logements aux situations de handicap. Le constat est identique au regard des transports.

Les personnes à mobilité réduite sont en premier lieu les personnes handicapées au plan moteur qui se déplacent difficilement à pied voire, sont en fauteuil roulant. On repère également parmi ce public des

²⁰ Op.cit., p.9

²¹ L'aide publique peut aider ces propriétaires impécunieux à participer au financement des travaux de rénovation.

personnes âgées qui pour différentes raisons (arthrose, troubles circulatoires, séquelles d'une chute, etc.) marchent avec difficultés. On peut étendre cette notion aux femmes enceintes ou aux mères accompagnées de très jeunes enfants (notamment celles qui ont des poussettes, des landaus) qui, même en étant en bonne santé, ont des contraintes en matière de circulation...

Toutes ces personnes peuvent être confrontées à des problèmes d'accessibilité au logement et aux transports. On peut alors souligner l'excellente initiative de certaines communes d'identifier avec les personnes concernées les solutions en amont de toute modification du bâti, de la voirie, des services offerts, notamment les transports en commun. En effet, au-delà du simple respect des normes en vigueur en matière d'accessibilité, une évaluation « in situ » par des personnes utilisant réellement des fauteuils roulants, des poussettes, serait plus efficace pour mettre en place les meilleures solutions : revêtement du sol, accès aux ascenseurs, position des rampes, largeur des trottoirs, emplacement des arrêts de bus, ..., pourraient ainsi être mieux ajustés.

✓ Les transports

« A certaines heures, les bus sont plein à craquer... tandis qu'à d'autres moments, ces bus de 80 personnes n'accueillent que 3 personnes.. »

La problématique de l'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite concerne ainsi tout autant l'habitat que les transports, qui apparaissent comme un enjeu fort pour le territoire. Cela est notamment associé à l'étendue des communes... Pour certains quartiers, le temps d'accès au centre-ville peut être important. Des habitants ont alors déploré le coût associé des tickets de transport à l'unité, l'aller-retour pouvant être de 2,50 euros pour se rendre du quartier au centre-ville... Ainsi, pour se rendre aux marchés hebdomadaires, notamment ceux très prisés de Rive-de-Gier et de Firminy, nombreux s'y rendent à pied. La topographie ne facilite alors pas le parcours. On nous a également énoncé l'absence parfois de services en soirée. Pour des habitants de quartiers, comme à Rive-de-Gier, les services de bus ne circulent plus après 17h30... Au-delà, les jeunes ont exprimé la difficulté de se rendre à Saint-Etienne en soirée... ou alors de devoir attendre le premier bus du matin, à 5 heures.

La problématique des transports en commun concerne également l'accès à l'emploi, notamment pour les personnes ne disposant pas des moyens suffisants à l'achat d'un véhicule personnel, comme le soulignait le diagnostic réalisé dans le cadre du CUCS.

« Cependant certains publics en insertion et non véhiculés par leurs propres moyens connaissent encore des difficultés en raison de leur éloignement géographique vis-à-vis de leur lieu de travail et plus particulièrement en cas d'horaires atypiques (horaires tardifs ou matinaux ou lieu de travail imposant plusieurs ruptures de charges). Cette difficulté est plus saillante dans le cas de petites PME et des TPE qui n'ont pas de plan de déplacement d'entreprise. Enfin une étude menée sur le bassin par les acteurs de l'insertion et de l'emploi souligne une augmentation du nombre de personnes, des jeunes en situation économique précaire se déplaçant sans permis ni assurance avec leur véhicule particulier. »²²

Enfin, à l'instar des autres territoires du rural, des questions de mobilité ont été soulignées pour les personnes âgées et les jeunes vivant sur les coteaux ; sur ces territoires, les parents « font souvent le taxi » pour leurs enfants, des jeunes peuvent se sentir isolés, tout comme des personnes âgées dont les enfants sont partis loin.

L'habitat et les transports sont tous deux des préoccupations qui ont été maintes fois énoncées par les professionnels et les habitants rencontrés. A côté de situations manifestement problématiques, des appréciations positives ont aussi été remarquées : il est des lieux où les habitants vivent dans des logements décents et sont satisfaits des transports en commun. Au-delà, le territoire présente de réelles ressources en santé, mobilisables pour promouvoir la santé des habitants.

²² Contrat Urbain de Cohésion Sociale de Saint-Etienne Métropole.- p. 20

2. LES RESSOURCES EN SANTE

Comme on l'a vu plus haut, la fragilité sociale et économique marquée sur ce territoire peut entraîner un fort sentiment de relégation et d'isolement social. Les acteurs confirment alors l'enjeu de dépasser ces sentiments d'enfermement et de résignation. Comme il est souligné dans le CUCS, « *la question de la restauration du lien social dans les quartiers les plus fragilisés est reconnue dans le bilan du contrat de ville comme véritable épine dorsale par tous les acteurs. Pour faire face aux risques de fractures sociales sur certains quartiers (repli sur soi, peur de l'autre, montée de l'intégrisme religieux, désespérance, insécurité etc...) tous les acteurs s'accordent sur la nécessité d'agir ensemble pour restaurer et/ou organiser les liens sociaux*²³. »

C'est pour cette raison que nous avons choisi de décrire les ressources en santé en commençant par une analyse des ressources du social, des ressources contribuant de près ou de loin à la restauration et/ou à l'organisation des liens sociaux. L'ensemble de ces ressources participent à la promotion de la santé sur le territoire. Les acteurs du système de soins l'ont d'ailleurs bien compris. Comme on le verra plus loin, les liens entre les acteurs du champ social et du champ sanitaire sont nombreux.

2.1. L'appui possible sur une forte densité de ressources du social

2.1.1 Un tissu d'acteurs sociaux reconnu et actif

« Ici, je peux penser à moi. Je ne suis plus l'épouse, celle qui cuisine, celle qui s'occupe des enfants. »

Chômage ou emplois précaires, monoparentalité, ruptures conjugales, déracinement et migration sont autant de difficultés qui souvent se cumulent et aboutissent à des conditions de vie matérielles parfois très difficiles et également à une perte des liens sociaux ou à un manque d'opportunités de **créer du lien social**. Comme le soulignaient des femmes rencontrées en groupe, « *Je suis veuve et dois m'occuper seule de mes trois enfants... Je n'ai pas le temps d'aller aux activités.* »

Plusieurs ressources de sociabilité sont présentes sur le territoire. Pour les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes âgées, les centres sociaux, établis dans les quartiers et donc en proximité, proposent plusieurs actions et activités, souvent saluées. Ainsi, des groupes de femmes ont été mis en place : plusieurs activités y sont proposées. Des sorties, des activités manuelles, des ateliers de sophrologie, des ateliers-cuisine, des « pause-café » sont proposées.

Ces différents cadres permettent aux femmes du quartier de se rencontrer, de parler, d'échanger d'une manière non-stigmatisante, de se connaître et de se reconnaître. Les groupes ne sont pas étiquetés comme des groupes de parole pour des femmes ayant des « problèmes » (de parentalité, de couple, d'emploi, etc)... C'est le « faire », l'activité occupationnelle, qui en constitue la « porte d'entrée » et qui permet finalement des niveaux et thèmes d'échanges très divers, qui n'impliquent pas de parler des soucis, tout en permettant de le faire...

Plusieurs des activités développées et proposées par ces centres sociaux ou des associations d'habitants, telle Tissage Coloré sur la Ricamarie, répondent à des demandes formulées par les habitants eux-mêmes. Ainsi, à Firminy, l'épicerie sociale et solidaire du Petit Pont de Layat, des ateliers sur « la santé dans votre assiette » ont été proposés. Au-delà de causeries organisées avec l'association « Migrations santé », des cours de cuisine sont organisés dans un lycée hôtelier avec le Chef de cuisine. Dans ce lieu distant du quartier, où les symboliques d'autorité et d'attention à l'hygiène sont fortes, l'activité réalisée permet à la fois de développer les échanges de savoirs-faire, de reconnaissance de ses propres ressources et de la richesse de la diversité culturelle, mais également d'attention au respect des règles, de l'hygiène. Depuis une porte d'entrée autour de la cuisine, de l'alimentation, l'activité proposée permet ainsi de rompre les situations d'isolement, d'enfermement, de s'ouvrir aux autres, aux règles et de partager le plaisir d'être ensemble, de faire.

²³ CUCS Saint-Etienne-Métropole, op.cit., p. 21.

Depuis la connaissance des personnes et l'instauration de liens de confiance d'abord basés sur un accueil de qualité, les centres sociaux et les associations d'habitants proposent des activités adaptées aux besoins, aux demandes exprimées par les habitants. Sur ces quartiers où l'isolement social apparaît prégnant, où de rares demandes peuvent être exprimées, les acteurs rencontrés ont unanimement insisté sur le temps long de veille, de mise en confiance, de réactivité pour que les ateliers proposés soient investis par les habitants et que la dynamique s'inscrive sur le temps long.

On remarque que plusieurs de ces ateliers ont pour porte d'entrée le souci et le soin de soi, le bien-être, la santé. Autour de ce registre, très intime, il s'agit alors d'y aller à très petits pas. Ainsi, « Les ailes de soi », un des ateliers proposés sur Firminy, réalise un travail sur l'estime de soi, la valorisation de chacun depuis l'élaboration d'un travail avec des art-thérapeutes sur les « boîtes à trésor » de leurs histoires de vie. Lors des activités « piscine », des angoisses et des peurs peuvent aussi être « lâchées ». L'ensemble des centres ont insisté sur l'enjeu de proposer des espaces pour les femmes leur permettant de penser à elles. C'est souvent depuis cette première attention à soi que la possibilité de se sentir acteur, porteur de sa vie, peut émerger.

L'interconnaissance des uns et des autres a souvent été également énoncée comme un axe clef des actions développées. Cette interconnaissance vise aussi à rencontrer les organismes sociaux, sanitaires du quotidien. Ainsi, dans un centre social, des visites auprès de l'ANPE, de l'OPAC, de la CAF, de la CPAM, etc., ont été réalisées avec un groupe d'habitants. Peu à peu, des changements réciproques de regard sur le service, sur l'accueil réalisé, sur les demandes possibles et les difficultés rencontrées, ont pu s'instaurer. De cette rencontre, de cette réduction des distances, des changements de comportement, à la fois de l'accueillant et de l'utilisateur, et de possibles ouvertures en terme d'accès aux droits sont observées.

Cet axe de travail est confirmé comme important sur ce territoire où les barrières linguistiques et culturelles peuvent être élevées : des situations de méconnaissance des possibilités d'aide, de confusion dans les droits sont souvent observées. L'accompagnement de femmes migrantes vieillissantes et des primo-arrivants est un axe de travail développé en concertation avec les partenaires du social, les associations de prévention spécialisées, les centres de ressource spécifiques, tel l'association « Italiques » spécialisée dans l'illettrisme, qui est intervenue à plusieurs reprises sur les deux vallées²⁴.

Dans ce souci d'accompagnement, on mentionnera également les divers **ateliers d'aide à la gestion de la vie quotidienne** qui sont développés sur plusieurs centres. Ces ateliers, parfois dits de socialisation, accompagnent les personnes dans l'utilisation des ressources disponibles au quotidien. De façon concrète, il s'agit notamment d'aider à l'utilisation des digicodes. Ailleurs, c'est la gestion du quotidien avec des enfants qui est accompagnée...au travers d'ateliers cuisine, d'échanges autour de la place des uns et des autres, de gestion des problèmes de sommeil, de stress à l'école, etc...

Qu'il s'agisse de « se changer les idées », de parler de parentalité, de se créer des réseaux, cette attente de ressources de sociabilité de proximité est également une attente de ressources de soutien moral et social. Cela a été à maintes reprises confirmé par les groupes d'habitants et les professionnels rencontrés. La possibilité de simplement jouer aux cartes, aux dominos, de se retrouver pour une randonnée, pour une « pause café », est saluée par tous.

Le riche tissu associatif, notamment les centres sociaux ou les clubs de boules sur l'Ondaine, vient alors en complément tous comme les jardins ouvriers où la culture des légumes permet aussi de valoriser des savoirs-faires, d'entrer en communication avec d'autres générations. Des activités sont aussi proposées en été aux personnes âgées ayant, à cette période de l'année, le sentiment d'être abandonnées. Ainsi, sur la Ricamarie, la municipalité organise avec les clubs « les jeudis de l'été » où on joue aux cartes. Ainsi, comme c'est souvent le cas dans les quartiers défavorisés, l'isolement et le sentiment de solitude constituent une véritable problématique qui a un impact fort sur le psychisme des personnes. La structure familiale fragilisée (ruptures, divorces, etc..) ou l'emploi faisant souvent défaut, il y a un fort

²⁴ Si les besoins d'accompagnement sont encore d'actualité, la réduction des financements est aujourd'hui associée à une moindre intervention sur le territoire.

besoin que d'autres outils de sociabilité puissent émerger qui permettent de lutter contre la perte des réseaux voire la perte des repères. Ces outils d'une sociabilité aidante et étayante peuvent par ailleurs, de manière formelle ou informelle, constituer des supports pour des actions de prévention.

Ces outils ne sont pas forcément les mêmes pour les hommes et pour les femmes : même si la mixité n'est pas répulsive pour ces publics, il n'y a pas toujours de grandes habitudes ou pratiques de partage d'activités, de sociabilité mixte. Le constat est également le même pour les différentes tranches d'âge. Si les actions de dimension intergénérationnelle sont unanimement saluées, force est de constater que des tranches d'âge peinent à trouver leur place au sein des structures fréquentées par les enfants et les adultes... Quand on est adolescent, il s'agit de s'approprier un lieu autre, neutre, distant de celui qu'on a connu « enfant » et que fréquentent nos parents... Des MJC sont présentes sur le territoire et sont bien investies. Par contre, à l'image d'autres territoires du rural, des professionnels et des élus nous ont également alerté sur la solitude et l'ennui des jeunes établis sur les coteaux où des situations de prise de risque peuvent aussi signifier le désespoir d'une jeunesse d'abord livrée à elle-même.

Sur le territoire, les ressources du social sont nombreuses et s'intègrent dans le quotidien des habitants. Au-delà des activités autour de l'alimentation, du sommeil, des pratiques sportives, ces ressources du social sont manifestement un réel point d'appui pour promouvoir la santé. Depuis leur approche globale et locale, depuis leur connaissance fine des problématiques des enfants, des jeunes, des adultes et des « anciens », ils apparaissent comme une ressource réelle sur les différents quartiers et à l'échelle du territoire.

Les **services sociaux**, également bien présents sur le territoire, l'ont d'ailleurs bien compris. Des liens étroits sont développés avec ces ressources du lien social. Il n'est pas rare que des personnes suivies par les assistantes sociales soient ainsi invitées à participer aux activités proposées. Les liens sont également manifestes entre les différentes institutions. Ainsi, sur plusieurs communes, des pôles de service public ont été développés. Sur un même lieu, ou à proximité immédiate, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et les services sociaux du Conseil Général offrent des services complémentaires et travaillent de concert. Dans ces lieux, des permanences des syndicats, de la CAF, etc, sont offertes. Comme le soulignait un acteur interrogé, « *l'enjeu est d'offrir des services mutualisés pour l'utilisateur* ».

Les ressources du social sont également composées de professionnels de prévention spécialisés. Ainsi, l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (ADSEA) de la Loire a une antenne sur Saint-Chamond et une antenne à Firminy. Sur un territoire délimité et après diagnostic, des éducateurs se tiennent à proximité de la population, et en particulier des plus jeunes. Grâce aux relations de confiance instaurées, les jeunes expriment leurs besoins, des solutions sont trouvées avec eux pour résoudre leurs difficultés. « *Il s'agit toujours de continuer à maintenir de l'espoir dans la tête des jeunes* ». L'AGASEF intervient aussi sur le territoire.

Au-delà des ressources situées en proximité, les acteurs ont, à maintes reprises, cité des acteurs ressources départementaux, agissant en accompagnement des opérateurs locaux sur le territoire. On peut citer l'association « Rimbaud » qui intervient autour de la prévention des conduites à risques ; l'association « LIFT » dont l'objectif est de favoriser l'insertion en milieu ordinaire des malades mentaux ; l'association « Loire Prévention Suicide » ; l'association « ARIV » qui vient en aide aux gens du voyage ; l'association « Italiques » spécialisée dans la lutte contre l'illettrisme ; Education Santé Loire qui accompagne les acteurs locaux autour de projets de promotion de la santé, notamment dans le cadre des Forums locaux autour de l'aide alimentaire où sont invités les bénéficiaires, les accueillants et les élus pour, avec la population, réfléchir aux outils et aux moyens d'une dignité retrouvée.

2.1.2 Une préoccupation partagée : celle du « vivre ensemble »

Avec l'appui des centres ressources spécialisés et sur la base d'une intervention de proximité plurielle et complémentaire, les acteurs ont souligné une préoccupation partagée, celle du « vivre ensemble ». Les médiateurs et adultes-relais, présents sur les quartiers prioritaires, illustrent bien ce souci. Au quotidien,

ces personnes instaurent le lien entre les habitants et les institutions. Des accompagnements autour de l'éducation, du logement, des mutuelles sont notamment réalisés. Dans le cadre des opérations d'amélioration de l'habitat, un travail est développé avec les gardiens d'immeuble. Car le « vivre ensemble » les concerne de près...notamment dans la gestion des ordures ménagères, dans l'attention aux troubles du voisinage, dans la circulation des groupes de différents âges, dans la veille autour de situations d'isolement, d'enfermement.

Avec l'aide d'adultes-relais, l'attention partagée autour des personnes âgées isolées a ainsi pu être développée sur certains quartiers. Le lien a été instauré avec l'équipe municipale en charge du portage des repas, qui au-delà de la distribution, est en situation de veille permanente et peut alerter lorsque les personnes souffrent de dénutrition ou ne peuvent plus assumer au quotidien leurs charges ménagères.

Des relais formels et informels au système d'entraide et de voisinage sont ainsi pris. Dans ce centre social, ce sont ainsi du matériel et des outils de rénovation de l'appartement qui sont mis à disposition pour qu'il devienne alors plus facile d'oser inviter chez soi et au-delà, pour se sentir tout simplement mieux dans un habitat soigné.

Cette préoccupation autour du vivre ensemble a également été soulignée dans le cadre de réseaux formalisés. Ainsi, à Rive-de-Gier, dans le quartier du Grand Pont, un Comité Local de Prévention est en place depuis plusieurs années. Dans le cadre de ce comité, des professionnels du social, de la prévention spécialisée, de l'animation, de l'éducation se réunissent tous les 2 à 3 mois pour partager les informations et permettre de résoudre collectivement les problèmes. Pour exemple, nous donnerons celui de la crèche. Au pied de cette structure, des jeunes avaient l'habitude de se retrouver...en omettant que des bébés et des jeunes enfants pouvaient alors être perturbés dans leur sommeil. Face à cette situation, les parents ont peu à peu déserté la crèche. L'ensemble des professionnels du Comité Local de Prévention a alors décidé d'agir de concert et de mobiliser, sensibiliser les jeunes. Un travail avec les jeunes est né sur la base d'un commun accord entre les professionnels du social, de l'éducatif, de la prévention. C'est aujourd'hui une fresque qui porte mémoire de ce travail commun, une fresque sur le mur de la crèche peinte par les jeunes...

Le développement des conseils de quartier semble également répondre à cette préoccupation. Le groupe d'habitants issus des comités de quartier de Saint-Chamond a d'abord alerté sur le bâti, l'enjeu de disposer d'un cadre d'habitat, intérieur et extérieur, agréable. Les fêtes de quartier ont été également plébiscitées, tout comme l'attention à la mémoire des vallées et à leur devenir. Plusieurs habitants ont également souligné leur lassitude d'une image souvent stigmatisée de leurs quartiers, de leurs communes, de leurs vallées...le vivre ensemble peut alors signifier « Arrêtez de nous regarder comme des exclus coincés dans des taudis... On vit très bien ici ! ».

Comme souligné en infra, les progrès en terme de connaissance et d'interconnaissance sont cependant à poursuivre pour dépasser les visions de « communautarisme culturel et identitaire » là où se sont d'abord développées des logiques de solidarité, d'entraide à l'intérieur de communautés. L'enjeu de dépasser des situations d'enfermement social et territorial, se reproduisant de génération en génération, et l'acceptation de personnes fragiles psychologiquement, qui aujourd'hui font peur aux habitants, aux professionnels, a été plusieurs fois souligné dans le cadre de cette étude.

Dans les vallées du Gier et de l'Ondaine, le « vivre ensemble » est une préoccupation partagée des ressources du social, de l'éducatif, de l'animation...En concertation, elles s'appuient aussi sur les ressources du soin et de la prévention accessibles et proches à la fois pour la population et les professionnels.

2.2. Des ressources en santé accessibles

2.2.1 Des services de soin et de prévention proches

« Sur le plan hospitalier, on est gâtés...Et puis, on a un médecin « qui tombe la veste »...il nous explique et prend le temps. »

Comme cela est souligné dans l'analyse quantitative, **les deux Centres Hospitaliers** locaux (Le Centre Hospitalier du Pays du Gier-CHPG et le Centre Hospitalier de Firminy) restent la première destination pour les hospitalisations des habitants de ces secteurs avant le CHU de Saint-Etienne et le CH privé de la Loire²⁵. Malgré la présence proche d'un CHU, les riverains utilisent d'abord leur Centre Hospitalier local. Ceci traduit une certaine marque de confiance dans les services proposés. Quels sont ces services ? S'il n'est pas le propos de les détailler dans le cadre de cette étude, un panorama de services offerts et utilisés par la population locale est réalisé ci-dessous.

Le Centre Hospitalier du Pays de Gier (C.H.P.G.) est un établissement public de santé disposant d'une capacité d'accueil de 712 lits et places. Le C.H.P.G. est réparti sur quatre sites autour du Gier :

- l'Hôpital de Saint-Chamond, avec des services de court séjour et des consultations spécialisées;
- l'Hôpital de Rive-de-Gier, avec des services de soins de suite et de réadaptation;
- deux EHPAD, les Charmilles à Saint-Chamond (300 lits dont 30 de psycho-gériatrie.) et l'Orée du Pilat à Rive-de-Gier (100 lits dont 9 de Cantou).

Ce centre hospitalier rassemble près de la moitié (46%) des séjours des habitants de la vallée du Gier. L'hôpital de Saint-Chamond est divisé en quatre pôles : médecine-gynécologie, chirurgie et obstétrique, réanimation, urgences.

Le Centre Hospitalier de Firminy accueille 39% des séjours des habitants de la vallée de l'Ondaine. D'une capacité autorisée de 446 lits dont 22 places d'hospitalisation de jour, l'établissement accueille la population de la vallée de l'Ondaine et de l'arrondissement d'Yssingaux. Il comprend 6 grands secteurs:

- La médecine : médecine interne, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, diabétologie, médecine gériatrique ;
- La chirurgie : gynécologie, chirurgie orthopédique, chirurgie digestive, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, chirurgie plastique ;
- Le département mère/enfant : maternité, pédiatrie, néonatalogie ;
- Les soins de suite et de réadaptation ;
- Les soins de longue durée ;
- Le secteur urgences/réanimation/anesthésie.

Chacun de ces secteurs propose des consultations dans les disciplines médicales et chirurgicales.

L'établissement fonctionne en réseaux de soins, notamment avec les maisons de retraite environnantes et en coopération avec le CHU de Saint Etienne, et il participe aux activités de santé publique (tabacologie, alcoologie, dépistage, éducation et planification familiale...).

Interrogés sur ces services, les groupes d'habitants ont d'abord cité les urgences et le service de maternité. La proximité des EHPAD a également été saluée.

²⁵ Cf partie quantitative, p.23

Chacun de ces centres hospitaliers dispose d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (**PASS**)²⁶. Pour ces deux centres hospitaliers, cette PASS s'articule autour d'assistantes sociales référentes : l'ensemble des professionnels, du champ social et sanitaire, sont donc intégrés à cette PASS en particulier les médecins et les infirmières des services d'urgence. Pour ces deux centres hospitaliers, une attention permanente et collective pour l'accès aux soins des populations les plus démunies est donc réalisée. Même si, comme on le verra plus loin, ceci ne résout pas tous les problèmes d'accès aux droits et de possible retard aux soins, l'existence de ces PASS apparaît comme incontournable sur ce territoire où des difficultés financières d'accès aux soins sont observées pour plusieurs groupes de population.

Les professionnels rencontrés ont également salué la présence des **Equipes de Liaison en Addictologie** sur les deux centres hospitaliers. Ces unités mobiles sont composées de professionnels référents, formés en alcoologie, qui passent dans les différents services hospitaliers. Sur le CH de Firminy, ces référents vont également à la rencontre des professionnels du secteur social pour expliquer le service proposé.

Une autre initiative saluée est celle d'un **psychologue**, détaché du secteur de psychiatrie, qui est présent dans le **service de maternité** du CH de Saint-Chamond et peut suivre les enfants jusqu'à un an après leur naissance. Ce psychologue travaille en lien étroit avec le secteur médico-social, en particulier avec les professionnels de la Protection Maternelle et Infantile du Conseil Général de la Loire.

Enfin, une **Unité Mobile de Gériatrie** a également été saluée sur le CHPG. Composée de référents en gériatrie, cette unité, qui fonctionne depuis 18 mois, a pour mission d'aider au diagnostic et de répondre aux problématiques observées dans les urgences, dans les différents services.

En ce qui concerne les **médecins spécialistes** des deux vallées, ils ont une densité inférieure à celle du département de la Loire (0,6‰ vs 0,7‰)²⁷, elle-même inférieure à celle de la région, et leur répartition est d'abord concentrée dans les centres urbains de référence, Saint-Chamond, pour la vallée du Gier, Firminy pour la vallée de l'Ondaine et Saint-Priest-en-Jarez pour la Couronne. Le manque de spécialistes a été unanimement souligné par les habitants et les professionnels rencontrés, en particulier dans la vallée du Gier. De gros délais d'attente sont notamment observés pour les soins dentaires, les soins ophtalmologiques. Sur certaines communes, les quelques spécialistes présents n'accueillent d'ailleurs plus de nouveaux patients. La seule alternative est de se rendre à Saint-Etienne...

Par contre, lorsque ces spécialistes sont disponibles, on remarque une réelle accessibilité des soins. Ainsi, hormis quelques rares refus de prise en charge des bénéficiaires de la CMUC, les professionnels de santé libéraux présents sur le territoire semblent avoir des tarifs et des procédures de prise en charge adaptées aux situations financières de leurs patients.

« Les dentistes, ici, ils nous prennent tout de suite quand il y a une urgence. Et puis, pour mes jaquettes, je n'ai rien eu à payer. Tout a été pris à 100% »

La possibilité de prise en charge du tiers-payant, en l'occurrence la possibilité de ne pas avancer l'argent du ticket modérateur, a été maintes fois souligné. C'est notamment le cas pour les pharmacies, les laboratoires. Egalement, comme souligné dans la partie quantitative, les médecins généralistes sont d'abord conventionnés en secteur 1, en particulier sur la vallée de l'Ondaine : il y a donc peu de dépassement d'honoraires et donc peu de situations où il existe « un reste à charge » pour les patients.

²⁶ 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.

²⁷ Cf partie quantitative, p.19

A l'exception des coteaux de la vallée du Gier, où on remarque l'absence de professionnels de santé libéraux²⁸, la densité de **médecins généralistes** est comparable à celle observée sur le département de la Loire et dans la région Rhône-Alpes. Au-delà des cabinets, on doit souligner également l'existence d'une « maison médicale de garde » sur le site du CH de Saint-Chamond. Un même constat autour de la densité est observé pour les autres professionnels de santé libéraux, comme les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes.

Globalement, les professionnels de santé libéraux apparaissent donc accessibles tant géographiquement que socialement. Et si les temps d'attente peuvent être importants, les habitants rencontrés semblent l'avoir accepté...

« Oui, c'est vrai qu'on peut attendre 2,3 heures dans la salle d'attente...mais bon, on a l'habitude... »

Sur le territoire, les ressources de soin et de prévention (citées en infra) apparaissent donc accessibles et sont utilisées par les habitants.

2.2.2 Des ressources bien présentes en santé mentale, mais des besoins en augmentation

Le territoire compte en son sein plusieurs structures de soin émanant de la psychiatrie publique de secteur, rattachées au CHU de Saint-Etienne.

Pour les enfants et les adolescents, il existe ainsi un Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents (**CMPE**) pour la vallée du Gier, situé à Saint-Chamond²⁹, qui comporte également une antenne à Rive-de-Gier. Face à la croissance des demandes de soins et de suivi en matière de santé mentale pour les enfants et adolescents, mais aussi face à la faiblesse de l'offre libérale en ce domaine, les délais donnés par le CMPE pour un premier rendez-vous peuvent aller de 6 mois à un an. Notons néanmoins que les enfants les plus jeunes peuvent être reçus en urgence, le risque de dégradation rapide de l'état de l'enfant étant particulièrement important pour les plus petits. Reste que ces difficultés de prise en charge peuvent avoir un impact négatif sur l'évolution de l'enfant, et peuvent parfois entraîner des suivis plus longs.

L'offre en santé mentale pour les enfants et adolescents dans la vallée du Gier, apparaît ainsi comme insuffisante face aux besoins identifiés sur le terrain, qui ne cessent par ailleurs d'augmenter. Ce sont essentiellement les consultants principaux qui manquent en matière de psychiatrie et de psychologie ainsi que les orthophonistes.

Cependant, le travail en réseau entre CMPE, PMI, pédiatres, psychologues scolaires, aide sociale à l'enfance, permet de repérer les situations les plus difficiles ou fragiles. Reste que les distances et les trajets sont d'autant plus chronophages que les moyens humains actuels sont comptés et qu'ils ne favorisent pas les temps de rencontre multipartenariaux. La question des moyens concrets pour le travail en réseau, en matière de santé mentale des enfants et adolescents, doit ainsi être réfléchie.

Les professionnels interrogés ont particulièrement attiré notre attention sur l'importance en nombre de familles en très grandes difficultés où il y a nécessité d'un suivi social (voire, des mesures de protection judiciaire de l'enfant) en sus de la prise en charge psychiatrique/psychologique de l'enfant. Le besoin d'étayage et d'accompagnement de certains parents très démunis, sur le plan économique, social voire intellectuel, nécessite ainsi souvent des prises en charge multiples.

Notons encore qu'il existe un service d'hospitalisation de 6 lits pour les 0-12 ans à l'hôpital Bellevue, un autre pour les 12-15 ans de 6 lits à l'hôpital Nord et enfin un autre service de 6 lits à l'hôpital Nord pour les

²⁸ A ce titre, les élus, notamment, alertent sur la possible difficulté d'accéder aux soins de première nécessité pour les résidents dépourvus de véhicule, comme les personnes âgées.

²⁹ Une permanence est également présente à Pélussin, dans le massif du Pilat.

15-18 ans. Pour les enfants et adolescents de l'Ondaine, le soin et les suivis en ambulatoire sont réalisés au service de consultation de pédopsychiatrie de l'hôpital Bellevue.

On repère également la présence de **CMPP** (Centre Médico-Psycho Pédagogique) à Saint-Chamond et à Firminy (Centre Emile Meyer). Chacun de ces centres comprend une équipe de médecins, psychologues, orthophonistes, rééducateurs, assistantes sociales qui traitent notamment les difficultés psychologiques, scolaires, les problèmes moteurs, les retards de langage et de parole pour les enfants et adolescents de 6 à 20 ans). Les CMPP sont en lien avec les professionnels de pédopsychiatrie, notamment sur la vallée du Gier

Une partie des professionnels interviewés ont également fait mention de la **Maison des Adolescents**, actuellement située au Centre Pierre Malle, rue Badouillère, à Saint-Etienne. Ce centre comprend un service de consultations pour adolescents (CMP-CATTP spécialisés), et une équipe de psychiatrie de liaison adolescents.

La Maison des Adolescents, actuellement animée par une infirmière psychiatrique et une infirmière, accueille les jeunes de 12 à 21 ans de manière gratuite, anonyme et sans rendez-vous, et assure également une permanence téléphonique. Pour le moment, l'accueil physique des jeunes se fait uniquement les mardis et mercredis après-midi. Néanmoins, la Maison des Adolescents devrait quitter, au printemps 2011, le centre Pierre Malle pour s'installer dans l'ancien pavillon d'urgence de l'hôpital Bellevue et développer son activité, avec notamment la présence de médecins généralistes, de professionnels du Planning Familial, d'éducateurs de prévention et d'assistantes sociales. Si la Maison des Adolescents n'est pas encore bien connue ou repérée par tous les acteurs, le travail de réseau et de communication qui est déjà fait, notamment en direction des personnels médico-sociaux de l'Education Nationale, ainsi que l'emménagement prochain dans des locaux adaptés, avec des moyens humains plus importants, devrait donner une meilleure visibilité et accessibilité à cette ressource.

Les professionnels ont cependant souligné que faute de réponses de proximité suffisante eu égard aux besoins croissants, certains d'entre eux utilisent d'autres dispositifs de prévention. Des orientations sont ainsi réalisées vers le Point Ecoute de Loire Prévention Suicide (également présent au centre Pierre Malle). Enfin, le dispositif de Programme de Réussite Educative (PRE), qui existe dans plusieurs communes (dans le cadre du CUCS), semble également sollicité pour des situations où le mal-être des jeunes, leur souffrance psychique sont en cause.

Pour les adultes, il existe deux Centres Médico-Psychologiques pour Adultes (**CMPA**).

Le CMPA de la vallée du Gier comprend :

- un Centre Médico-Psychologique (CMP) à Rive-de-Gier,
- un CMP. à Pélussin,
- un Centre de jour à Rive-de-Gier,
- un Centre de jour à l'Horme,

Le CMPA de la vallée de l'Ondaine est installé à l'hôpital de Firminy et à Saint-Bonnet-de-Château, mais les premières consultations ont lieu à l'hôpital de Bellevue (moins éloigné de la vallée de l'Ondaine que l'hôpital Nord). On repère par ailleurs deux hôpitaux de jour : un à l'hôpital de Bellevue, l'autre à l'hôpital Nord, les hospitalisations de longue durée ayant également lieu à l'Hôpital Nord.

Dans ce contexte à la fois précarisé et hétérogène des vallées du Gier et de l'Ondaine, la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale, dans chacune des deux vallées, serait un élément favorable au développement du travail en réseau et à la résolution de situations individuelles complexes.

Dans le champ de la santé mentale, l'offre diversifiée et dynamique n'est pas toujours suffisante par rapport aux besoins et ce, pour les enfants comme pour les adultes. Ce constat peut d'ailleurs être exacerbé en certains lieux où, faute de relais personnel ou institutionnel, les structures ressources sont

mal identifiées, malgré l'existence d'outils comme l'annuaire des acteurs de la souffrance psychosociale sur l'Ondaine. Une offre en deçà des besoins a pu également être exprimée sur des territoires où les difficultés d'orientation des personnes vers des soins adaptés semble plus prégnante. C'est ce qui a pu être exprimé sur la vallée du Gier en comparaison de la dynamique perçue sur la vallée de l'Ondaine où la pratique du réseau semble plus développée et où les habitants apparaissent plus mobiles, davantage en capacité de se rendre, notamment, vers Saint-Etienne qui demeure le site phare pour ces soins spécialisés.

Enfin, des attentes à l'égard de ces professionnels de la psychiatrie sont formulées. Ces demandes émanent de professionnels de terrain, de l'insertion, du lien social, démunis, en difficulté réelle face à des situations observées de réponse en urgence. Des demandes de formation, d'accompagnement, de compréhension de la place de chacun, de « décryptage » des problématiques ont été plusieurs fois exprimées. Les médecins généralistes ont également formulé des besoins de retours, de liens plus étroits et continus avec le secteur psychiatrique.

2.2.3 Un travail en réseau salué... mais qui reste à développer

✓ **Le réseau autour de la santé mentale**

En matière de psychiatrie adulte, il existe le dispositif de « consultations secondaires », fondé par le Dr Massoubre, situé à l'Hopital Nord, qui permet à des travailleurs sociaux de différents organismes de venir prendre avis et conseils des professionnels de la psychiatrie sur des situations concrètes de personnes suivies. Les personnes en question traversent souvent des difficultés économiques et sociales qui semblent impliquer par ailleurs une problématique de santé mentale, face à laquelle les travailleurs sociaux ne savent pas toujours comment se positionner.

Ces consultations secondaires permettent de donner des pistes de réflexion et d'action aux travailleurs sociaux, et éventuellement de les aider à orienter les personnes qu'ils suivent vers des soins.

On notera par ailleurs que des analyses de situation sont organisées sur la vallée du Gier toutes les 6 à 8 semaines entre les professionnels de la psychiatrie adulte et les professionnels du champ médico-social. Lors de ces réunions, des cas posant « problème » aux travailleurs sociaux sont exposés (un peu sur le modèle des « consultations secondaires »).

« Interface », autre dispositif de consultations, présente la spécificité d'être mobile : les professionnels de la psychiatrie de secteur peuvent se déplacer dans les foyers, les CHRS et globalement les organismes qui accueillent des publics très fragilisés ayant de grandes difficultés à aller vers les soins. Les professionnels d'Interface se déplacent notamment sur la vallée de l'Ondaine.

Les professionnels de psychiatrie adulte ont également une activité de psychiatrie de liaison avec les hôpitaux généraux de la vallée du Gier et de l'Ondaine, et avec les personnes hospitalisées à Saint-Etienne.

Au moment de l'étude une réflexion était engagée dans l'Ondaine concernant l'aide à la résolution de situations problématiques d'urgence, sur le modèle du RAPT de Lunéville, sorte de dispositif d'alerte qui permet d'organiser des rencontres multipartenariales très rapidement et qui a pour vocation de diminuer les hospitalisations sous contrainte et de développer la prévention primaire sur des situations concrètes difficiles.

Dans la mouvance des travaux notamment conduits par l'ORSPERE sur la souffrance psychosociale, ces dispositifs ont pour vocation de mieux articuler les sphères du social et du soin, lorsque la santé mentale est en jeu :

« Tous ceux-là, psychotiques ou non, hantent les quartiers les plus misérables de nos banlieues... Dès lors, comment allons nous le reconnaître ce psychotique que nous faisons profession de soigner ? Question ridicule pour les beaux esprits ou les grands savants capables de faire ce que je n'arrive plus à faire : écarter celui-ci en disant « c'est du social » et s'occuper de celui-là en disant « c'est

psychique... car les signes déficitaires ne sont plus d'un grand secours. Un tel ne parle pas, mais son voisin se tait, il ne travaille pas et son voisin non plus. Il erre dans les rues, déambule sans but et son voisin fait de même. Il n'a plus d'espoir, il n'a rien dans la tête. Comme son voisin. A toutes les sollicitations, toutes les pressions, il ne répond même pas non, il ne dit rien. Et son voisin fait de même. Parfois, la violence explose, à grand ou bas bruit. [...] Et ce silence, cette errance, cette indifférence, cette violence, sont-ce des mécanismes défensifs contre une agression interne, un bouleversement anxieux né d'une personnalité fragile en train de se déliter, ou une défense contre la situation sociale sans issue, sans espoir où se liguent contre la personne chômage, précarité, pauvreté, humiliation, solitude... ? Qui est malade ? Qui ne l'est pas ? Bien malin qui peut le dire.³⁰ »

Des liens sont également créés entre les services de prévention et les services du soin, notamment ceux des deux centres hospitaliers. Pour ces professionnels, souvent installés depuis plusieurs années sur le territoire, le travail avec les autres professionnels, d'institutions et de compétences différentes, apparaît comme un enjeu réel pour mieux prendre en compte les réalités souvent complexes et enchevêtrées des personnes accueillies. Des réseaux plus ou moins formalisés se sont donc développés... Les professionnels doivent parfois se battre pour qu'ils demeurent... faute de temps et de moyens suffisants. Dans une période de restrictions budgétaires, il est ainsi parfois difficile de poursuivre l'engagement d'un travail en concertation.

Les besoins de travail en réseau sont cependant toujours importants. Ainsi, comme en d'autres territoires, les professionnels de santé libéraux ont pu regretter le manque de liens avec les psychiatres du secteur public. Peut-être qu'à l'instar de l'Association Loire Prévention Suicide, une intervention des psychiatres dans les formations de médecins généralistes permettrait de réduire la distance, d'améliorer la connaissance mutuelle des uns et des autres.

Des demandes complémentaires ont pu également être exprimées à l'égard de la psychiatrie par des professionnels, du secteur social et éducatif, souvent impuissants face à des individus touchés par des difficultés d'accès ou de maintien dans le logement, de troubles du comportement dans les lieux publics, etc.

« On ne sait pas comment faire, vers qui se tourner... On a vraiment besoin d'aide pour orienter ces personnes vers les services adéquats. »

Ainsi, malgré cette culture de travail en réseau, notamment formalisée sous la forme d'outils de connaissance territoriale des ressources présentes³¹, certains professionnels, du secteur libéral ou public, constatent qu'ils connaissent mal « qui fait quoi » en matière de santé mentale, et dans quelle mesure, de quelle manière et sur quelles situations ils peuvent interpellier les acteurs de santé mentale. Le besoin de connaissance et d'établissement de liens de confiance avec des référents en santé mentale est nettement souligné, et comme l'ont souligné les professionnels du champ social, cette confiance s'établit d'abord dans la rencontre régulière ou en formation. Si les assistantes sociales semblent depuis longtemps « intégrées dans cette boucle », des professionnels rencontrés ont également souligné l'enjeu de liens développés entre les professionnels de santé libéraux, avec les professionnels des centres sociaux...

✓ **L'enjeu d'un travail en réseau pour favoriser le « vivre ensemble »**

Ce même besoin de travail en réseau a été formulé autour de l'enjeu du développement d'actions favorisant « le vivre ensemble ». Des liens sont d'ores et déjà établis à l'échelle de quartiers entre des professionnels du lien social, des professionnels de la prévention, des professionnels du secteur social, du soi voire, de structures spécialisées comme l'association LIFT, qui accompagne les malades mentaux dans des parcours d'insertion dans la cité, ou l'association « Italiques », centre ressource pour les populations migrantes, notamment autour de l'illettrisme et de l'alphabétisation et de l'acquisition du français. La démarche semble devoir se poursuivre en y intégrant les différents acteurs participant de près et de loin à tout ce qui participe à la santé sur un territoire à partir de leur potentiel d'intervention sur l'ensemble

³⁰ Michel Gillet. Colloque du Vinatier oct-nov 1994. « Déqualification sociale et psychopathologie ou devoirs et limites de la psychiatrie publique »

³¹ Dans le cadre d'un projet financé par le Syndicat Intercommunal de la Vallée de l'Ondaine, un annuaire des acteurs des souffrances psychosociales dans l'Ondaine a été réalisé en 2007.

des facteurs associés tels l'aménagement des espaces urbains, le développement des services de loisirs... On pense notamment à l'ensemble des services municipaux, en passant par les services culturels, les commerces de proximité, identifiés par les habitants comme des ressources fondamentales en terme de lien social, aux gardiens d'immeuble, aux adultes-relais présents sur certains quartiers...et, bien-sûr, aux conseils de quartier et à toutes instances représentatives des habitants, comme peuvent l'être sur le territoire les différentes associations présentes, notamment celles nées de la volonté même d'habitants³².

Sur ce territoire « *qui se cogne à la précarité* », les enjeux d'accompagnements individualisés sont manifestes. Le travail en réseau, en concertation entre professionnels et institutions permet d'offrir des réponses adaptées à la complexité des situations et au-delà, en agissant en proximité, de s'appuyer sur une foule de leviers, de ressources présentes...pour ainsi, « mine de rien », réduire les inégalités de santé et améliorer l'état de santé des populations résidentes.

3. L'ETAT DE SANTE : PROBLEMATIQUES ET POPULATIONS VULNERABLES

A l'instar du département de la Loire, l'analyse quantitative des données de mortalité et de morbidité montre un état de santé globalement moins bon que celui de la région Rhône-Alpes. Les taux de mortalité prématurée apparaissent également moins favorables sur ce territoire de m[^]me que la mortalité liée aux principales pathologies (maladies de l'appareil circulatoire, cancers, maladies respiratoires). En première lecture, l'état de santé présenté semble relativement médiocre.

Qu'en pensent les professionnels ? Quelle perception ont-ils de l'état de santé de la population qu'ils soignent, accueillent, orientent au quotidien ? Quelles problématiques de santé leur apparaissent prioritaires ? Quelles populations leur apparaissent particulièrement fragilisées ?

Plusieurs grandes problématiques de santé ont été énoncées par les professionnels rencontrés :

- santé mentale et souffrance psychosociale ;
- conduites à risques : addictions et sexualité ;
- l'accès aux soins et à la prévention ;
- l'hygiène de vie

Ces différentes problématiques seront traitées dans un premier temps.

Lorsqu'on raisonne sur l'état de santé de la population, il est d'usage de différencier les problématiques de santé selon les tranches d'âge. Ceci correspond notamment à la logique sectorielle des différents services qui prennent en charge et accueillent soit la petite enfance, soit les jeunes, soit les adultes, soit les personnes âgées. Cette analyse par tranches d'âge sera donc réalisée dans un second temps.

3.1 Des préoccupations majeures autour de l'état de santé

3.1.1 Santé mentale et souffrance psychosociale

Le champ de la santé mentale est à la fois très large et difficile à définir, à circonscrire avec précision. Englobant à la fois les psychoses, les névroses, les formes de dépression diverses et enfin ce qu'on appelle

³² On pense ainsi à l'association « Tissage coloré » née d'une volonté d'habitants du quartier Montcel de la Ricamarie de développer la mixité au sein du quartier.

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

Si l'on dispose de peu d'indicateurs en ce qui concerne la santé mentale, un chiffre peut nous interpeller cependant, celui de la consommation de médicaments psychotropes, en particulier sur la vallée du Gier où le nombre d'assurés consommant ces produits est supérieur³³. Au-delà de ces chiffres, on peut souligner que la majorité des personnes-ressources interrogées ont mis en avant le fait que les problématiques de santé mentale sont réellement prégnantes sur le territoire. C'est une vraie préoccupation pour ces professionnels et ce, quelle que soit leur sphère d'intervention, la tranche d'âge accueillie.

En premier lieu, les professionnels parlent de mal-être, de « dépressivité », de « pathologies du lien ». Les personnes concernées ont pour point commun d'avoir d'importantes difficultés économiques, souvent liées à un travail précaire et mal rémunéré ou à l'absence de travail. Ces personnes se débattent dans de grandes difficultés pour se loger, pour aller vers l'emploi. La faiblesse des réseaux sociaux "aidants" caractérise également ces personnes : peu de réseaux familiaux ou du moins amicaux, affectifs, sur lesquels s'appuyer, pas ou peu de réseaux professionnels, peu d'opportunités de loisirs et de sociabilité.

On trouve à la fois dans ce public des mères célibataires mais également des hommes sans famille ou séparés de leur conjointe. On a aussi pu évoquer des couples d'adultes isolés de la société de par leur consommation de produits souvent licites, comme l'alcool.

Au-delà de ces groupes de population particuliers, les personnes ressources rencontrées ont également insisté sur le caractère prégnant de ce mal-être généralisé sur les deux vallées en lien à une perte réelle des anciens repères de solidarité, d'inscription dans la société, associée à la culture ouvrière, aux anciennes solidarités paysannes ou migratoires. Comme évoqué précédemment, les sentiments de relégation, de non-espoir, d'impossible accès une « vie sociale ordinaire » ont souvent été évoqués pour des jeunes, pour des familles décrits comme installés dans un « entre-soi » pathogène. Plusieurs personnes ressources ont fait allusion à la possibilité de vulnérabilités associées à des situations de relative endogamie. Il a pu être évoqué également des « psychoses de campagne » sur les contreforts du Pilat, à Pélussin, caractérisées là aussi par des problématiques associées d'isolement, « d'entre-soi », d'endettement des ménages.

Certaines de ces personnes ne relèvent pas d'un soin à proprement parler : elles ont besoin de parler, d'être écoutées, rassurées, de retrouver l'espoir. Dans cette perspective, les professionnels du lien social, notamment établis dans les centres sociaux, nous ont souvent conté ce besoin d'écoute et la possible expression de ce mal-être lors des activités ou à l'occasion des permanences. Les habitants rencontrés ont confirmé ce stress, cette « dépressivité » associés au sentiment ambiant de réelle incertitude sur l'avenir pour soi, pour ses enfants et aux difficultés présentes pour gérer le quotidien.

D'autres, au contraire, marquées par des pathologies psychiatriques, notamment associées aux situations d'endogamie, ont de forts besoins de suivi psychiatrique. Et dans ces contextes de reproduction familiale, le besoin est manifeste à la fois pour les adultes mais également pour les enfants. Les professionnels du médico-social, de la psychiatrie ont ainsi maintes fois alerté sur les graves situations de maltraitance familiale, de souffrance des enfants, voire de très jeunes enfants, notamment suivis en PMI. De manière sporadique ou récurrente, certains habitants ont des comportements aberrants (incurie, tapage, agressivité envers d'autres habitants, déambulation permanente et sans but, ...) qui peuvent

³³ Cf partie quantitative, p. 28.

devenir notoires et avoir un impact certain sur la vie de quartier. Si certaines de ces personnes sont suivies par le CMP, d'autres ne sont plus suivies ou ne l'ont jamais été et ne veulent pas l'être. Outre les problèmes de voisinage, ces personnes peuvent également être en difficulté pour s'acquitter de leurs factures, se faire parfois délester de leurs ressources par des relations malveillantes, etc...

Sur le territoire, l'intervention de l'association LIFT, dont le rôle est de faciliter la vie en milieu ordinaire des malades mentaux, a été de nombreuses fois saluée. Ces professionnels accompagnent les travailleurs sociaux, les bailleurs sociaux à se sentir plus à l'aise avec le handicap psychique qui fait peur. Ainsi, comme le soulignait un professionnel d'un centre social, l'interconnaissance des « malades mentaux » et des « gens ordinaires » doit se poursuivre. A proximité immédiate, une réelle distance peut être observée et conduire à de réelles positions de rejet, de violence. Ce travail d'accompagnement des professionnels, d'accompagnement individualisé des personnes handicapées psychiquement a été souvent cité comme indispensable sur différents quartiers. Le travail semble devoir se poursuivre, voire s'étendre.

Les différents professionnels ayant des missions d'aide à l'insertion que nous avons rencontrés font le constat qu'une frange de leur public - quelle que soit la tranche d'âge - a de grandes difficultés à aller vers l'emploi du fait de problèmes de santé mentale. Outre le fait que la complexité récurrente du marché du travail et les exigences croissantes des employeurs réduisent les opportunités d'emploi pour les personnes concernées par la déficience intellectuelle, les problématiques de santé mentale constituent également un frein notable à « l'employabilité ». Les professionnels ont ainsi évoqué des personnes adultes, d'une cinquantaine d'années, vivant souvent chez leurs parents, qui sans être déficients sur le plan mental, ne sont pas « adaptés » pour intégrer le monde du travail. Les travailleurs sociaux se sentent démunis face à ce public, présent sur l'ensemble du territoire, et dont personne ne sait quoi leur proposer...s au à demeurer en permanence dans le circuit de l'insertion.

Les professionnels de l'insertion notent également que certaines personnes, suivies ou non au plan psychiatrique, n'arrivent pas à décrocher d'emploi malgré de multiples stages, formations etc... Ce difficile accès vers l'emploi a également été mentionné pour des adultes confrontés à des ruptures affectives où s'enchaînent en spirale le divorce, le chômage et la perte d'une situation importante, l'alcool, et le RMI...Les personnes ressources rencontrées signalent alors de grosses difficultés pour ces personnes à « sortir la tête de l'eau ».

En tout état de cause, il est important de retenir que **les besoins de ces deux vallées en matière de santé mentale sont à la fois importants, complexes et hétérogènes**, différents types de contextes défavorables étant repérés :

- les poches de « quart monde » dans les zones urbaines sensibles, où des phénomènes d'endogamie aggravent les vulnérabilités individuelles, et « enkystent » la fragilité sociale ;
- la misère rurale en certains endroits qui renforce les mécanismes d'isolement et « d'entre-soi », pour toutes les tranches d'âge ;
- les phénomènes de déracinement, d'isolement liés à la migration qui, associés à la pauvreté et au chômage, entravent l'insertion sociale des jeunes et favorisent les conduites à risques, la consommation de substances psychoactives, et sont également source de souffrance pour les plus âgés, dans un contexte de perte de repères traditionnels;
- Les personnes âgées qui, au-delà phénomènes de dégénérescence neurologique liés au vieillissement, présentent des besoins spécifiques en matière de psychiatrie, sans doute encore insuffisamment pris en compte.

3.1.2 Accès aux soins et à la prévention

Comme on l'a souligné en infra, l'accès aux soins apparaît globalement positif sur le territoire et de nombreuses initiatives autour de la prévention existent. Les ressources, diversifiées, sont bien identifiées par la population. Ainsi, les deux centres hospitaliers de la vallée du Gier et de l'Ondaine occupent une réelle place de Centre Spécialisé de proximité qui plus est attentif aux besoins spécifiques de la

population résidente (attention partagée aux problématiques associant santé/précarité, aux distances linguistiques et culturelles, etc..). Egalement, les professionnels de santé libéraux sont accessibles tant géographiquement que socialement. La CMUc, au contraire d'autres territoires, est plutôt bien acceptée et le secteur 1 est très présent et le tiers-payant largement pratiqué, y compris dans les laboratoires d'analyse médicale.

Les personnes ressources interrogées et les groupes d'habitants nous sont cependant alertés sur plusieurs difficultés repérées pour accéder aux services de soin et de prévention.

Ces **difficultés** peuvent notamment être **d'origine géographique**. Comme cela était constaté dans la partie quantitative, les médecins généralistes, et a fortiori les médecins spécialistes, se concentrent d'abord dans les vallées. Sur les coteaux du Pays du Gier, les professionnels de santé libéraux sont absents. Bien-sûr, à l'égal de tout autre territoire rural, les résidents de ces coteaux consultent sur leur lieu de travail, situé dans les vallées ou en grande agglomération. Mais, parmi ces résidents, certains ne peuvent s'y rendre...faute de véhicule. C'est notamment le cas, comme ont pu le souligner des acteurs rencontrés, pour les personnes âgées ou pour des personnes en situation de précarité, dont des ménages venus s'installer sur ces coteaux pour accéder à la propriété et qui connaissent aujourd'hui des difficultés financières.

Malgré la possibilité d'accéder aux soins pour les personnes en situation de précarité, offerte en particulier par l'acceptation des droits à la CMUc, des **difficultés d'ordre financier** sont encore remarquées. Comme le souligne la partie quantitative³⁴, le nombre de bénéficiaires de la CMUc apparaît important sur le territoire, en particulier sur les vallées du Gier et de l'Ondaine, et plus spécifiquement dans les cantons de Saint-Chamond et de Chambon-Feugerolles (taux supérieurs à 50‰). Pour les bénéficiaires de la CMUc, des difficultés demeurent au regard de l'augmentation du nombre de médicaments non remboursés. Les habitants rencontrés nous ont ainsi maintes fois souligné ce constat « *maintenant, on doit payer de plus en plus de choses pour être soignés !* ». Au-delà des médicaments, l'accès financier aux soins peut être difficile pour des professionnels non remboursés, comme le sont les psychologues. Le coût des prothèses dentaires ou auditives, le coût des lunettes a également été évoqué.

Les professionnels soulignent également combien l'accès aux droits peut être difficile pour certaines personnes, comme ont pu le confirmer les deux centres hospitaliers qui réalisent l'accueil de ces patients. Au-delà des populations spécifiques, telles les Rom pour lesquels la couverture des droits semble se situer dans un « no man's land administratif », des ouvertures de droits méritent encore d'être accompagnées...Il n'est pas toujours facile de répondre aux demandes formulées dans le dossier administratif lorsque la langue n'est pas complètement maîtrisée, lorsque des papiers manquent, lorsqu'un certain découragement peut vite intervenir devant la masse apparente des documents à fournir. Si un réel accompagnement à l'ouverture des droits est assuré sur certains territoires, en proximité, notamment grâce à l'appui des adultes-relais ou des antennes délocalisées de la CPAM³⁵, des personnes ressources ont pu regretter que cet accompagnement soit insuffisant sur d'autres quartiers.

Au-delà des bénéficiaires de la CMUc, dont l'utilisation semble plutôt facilitée par les pratiques adéquates des professionnels de santé libéraux et des structures publiques³⁶, les professionnels soulignent des difficultés économiques d'accès aux soins pour des personnes, des ménages, des familles se situant juste à la limite des seuils d'ouverture des droits à la CMUc.

Malgré l'existence d'une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)³⁷, les acteurs rencontrés soulignent que plusieurs personnes et ménages n'ont pas de couverture complémentaire ou une

³⁴ Cf pp. 16-17.

³⁵ Sur le quartier du Grand Pont à Rive-de-Gier, les habitants ont d'ailleurs manifesté pour que cette antenne soit conservée...

³⁶ Pour rappel, ces professionnels sont d'abord en secteur 1, donc sans dépassement d'honoraires, la pratique du tiers payant existe et des soins spécifiques apparaissent pris en charge à 100%. On soulignera aussi la politique commune des deux centres hospitaliers d'une attention partagée aux problèmes d'accès financier aux soins et ce, au-delà de portes d'entrée spécifiques comme la PASS.

³⁷ Depuis la loi du 13 août 2004 sur l'assurance maladie, une aide financière spécifique est réservée aux personnes dont les ressources n'excèdent pas plus de 20 % le plafond d'attribution de la CMU complémentaire (CMUC) dont le montant varie en

mutuelle basique dont la couverture apparaît insuffisante au regard des besoins. Il nous a été également rapporté, comme en d'autres territoires, l'existence de confusions possibles lorsque la personne bénéficie d'une prise en charge à 100% pour une Affection Longue Durée (ALD) et la découverte alors désagréable d'une non prise en charge des coûts pour des soins non associés à cette ALD.

Au-delà de ces confusions possibles associées à l'ALD, les professionnels ont alerté sur la complexité des complémentaires santé, ce qui ne favorise pas une lecture facile des prestations offertes et donc la réelle possibilité de réaliser un choix pertinent associant besoins/montant disponible. L'information sur ces prestations devrait être largement développée mais aussi accompagnée en utilisant un langage simple, la mise en place d'un accueil et la formation des professionnels en contact avec les personnes en situation de précarité³⁸.

En lien aux difficultés financières, les professionnels ont également souligné que la précarité pouvait induire des **arbitrages défavorables à la santé**. Pour exemple, avant le paiement des mutuelles, le choix peut être fait de se nourrir, de se chauffer... Avant d'acheter des légumes, le choix peut être fait de privilégier les sucres lents, d'opter pour un régime basé sur le tryptique « pâtes-patates-riz », en possibilité de « se remplir » à moindre coût³⁹.

Les difficultés d'ordre financier peuvent également engendrer un retard dans le recours aux soins. A ce titre, il est possible que le bruit de fond actuel « *la sécu rembourse de moins en moins...* » ait un certain impact dans la décision de ne pas aller se soigner trop vite, « *de dépenser de l'argent pour rien...* ».

Egalement, plusieurs professionnels nous ont, à maintes reprises, alerté à la fois sur l'existence de recours tardif aux soins mais aussi sur le défaut d'observance des traitements prescrits. Une certaine « allergie » au médecin est ainsi remarquée en particulier pour des ménages âgés originaires de la Haute-Loire et issues d'une tradition paysanne, qui répugneraient à consulter le médecin, en dehors des situations d'urgence. Ces personnes estimeraient qu'il ne faut pas « se plaindre pour rien » ou ne pas « consulter pour rien », ce qui les amènerait à attendre que les symptômes soient très visibles et gênants avant de faire appel à un professionnel de santé.

En matière de santé, les pratiques de « soin de soi » peuvent apparaître parfois faibles, qu'il s'agisse de démarches préventives ou curatives. L'obstacle financier ne semble pas le principal motif de retard aux soins (la majorité des médecins généralistes sont en secteur 1), hormis pour l'accès aux services spécialisés. Bien plus, l'habitude et la disponibilité mentale, matérielle de prendre soin de soi peuvent être évoquées.

Cette disponibilité a pu être également évoquée pour certains parents qui apparaissent aux yeux des professionnels comme peu réactifs, démunis face à la santé de leurs enfants. Ainsi, il est possible que des recours aux urgences hospitalières soient réalisés faute d'avoir contacté en temps adéquat le médecin de proximité... Cette problématique pose, comme ont pu le souligner des professionnels rencontrés, la question de la parentalité et l'appui potentiel sur ses propres ressources ou celles identifiées dans le réseau immédiat familial ou de voisinage⁴⁰.

fonction de l'âge (cela va de 100€ pour les moins de 25 ans à 500 € pour les + de 60 ans). Il est cependant possible, comme le souligne la MRE dans son rapport annuel que cette aide demeure encore largement méconnue par la population, voire par les professionnels du social.

³⁸ Soulignons à cet égard l'expérience de la formation des adultes-relais qui peuvent notamment être en charge sur certains quartiers de cette fonction « d'écrivain public », d'appui au décryptage des dossiers administratifs et/ou à l'orientation vers les structures adéquates.

³⁹ Comme des études peuvent le confirmer, ce choix s'avère complètement adéquat...oui, le coût des légumes et des fruits et le rapport qualité/prix de ces denrées tant promues par le PNNS sont moins favorables que celui offert par les sucres lents. Le choix des personnes en situation de précarité n'est donc pas si inadapté mais bel et bien cohérent avec ce que le marché offre (cf Christine César).

⁴⁰ Cette dimension sera développée plus loin lorsque sera abordée la problématique de la parentalité, souvent énoncée lors des entretiens.

3.1.3 Conduites à risques et addictions

Sur les vallées de l'Ondaine et du Gier, lorsque les mines et les industries fonctionnaient encore, des ouvriers allaient au bistrot oublier les conditions de travail difficiles et se retrouvaient après le travail pour y boire un verre. Si les mines et les industries ont aujourd'hui fermé, l'habitude de « boire ensemble un verre » peut perdurer pour certains groupes. Ici, comme dans bien d'autres territoires en France, l'alcool est aussi associé aux moments festifs, aux retrouvailles en famille, entre amis. La consommation d'alcool peut parfois apparaître trop vite banalisée, à peine marquée de possible déviance lorsque les jeunes décident de « se faire mort-pilon » en consommant le plus vite possible une dose élevée d'alcool fort ou lorsque des bouteilles d'alcool vides sont retrouvées sur les espaces publics où se retrouvent en soirée les jeunes du quartier.

Plusieurs professionnels ont ainsi souligné combien la problématique de consommation de substances psycho actives apparaissait comme une véritable préoccupation, en particulier pour l'alcool. Sur ce territoire, la consommation d'alcool est inscrite dans le processus de cohésion sociale, d'appartenance au groupe, au collectif de voisinage...

Au-delà de cette culture du « boire », associée au passé ouvrier, les professionnels soulignent une prépondérance de cette problématique aujourd'hui en lien aux situations de rupture sociale, affective remarquées. Se conjuguent alors des problèmes associés de consommation abusive, de précarité et de problèmes psychiques. Dans chacun des centres hospitaliers, des ressources sont disponibles : ce sont des Unité de Liaison en Addictologie qui assurent le relais vers les structures adéquates de prise en charge, posent le 1^{er} diagnostic mais également peuvent assurer un lien avec les acteurs de terrain, notamment du champ social, souvent confrontés à cette problématique.

Les professionnels nous ont également alertés sur une certaine banalisation de la consommation de cannabis, en particulier chez les jeunes. Parallèlement, une certaine conscience collective du réel risque de dépendance semble aussi progresser, comme ont pu le confirmer des professionnels et des jeunes rencontrés lors de ce diagnostic. A côté du tabac, reconnu aujourd'hui comme dangereux pour la santé, le cannabis est également reconnu dans son possible usage nocif.

Sur certains quartiers, une économie parallèle a pu se développer en lien à la vente de produits illicites. Plusieurs des habitants et des professionnels rencontrés ont alors exprimé une certaine lassitude associée à la médiatisation de leur quartier autour de ces seuls faits divers réduisant ainsi leur lieu de vie à une zone de « non-droit » dirigée par des délinquants...

Les professionnels et les habitants soulignent d'abord l'enjeu d'accompagner les personnes dépendantes vers les centres de prise en charge et de soin. En amont, ils ont pu également insister sur l'enjeu de toujours informer sur les risques associés à la consommation des produits licites et illicites, de dépasser les tabous associés, les possibles dénis aussi. Dans cette perspective, les Unités de Liaison en Addictologie sont bien repérées comme les associations spécialisées⁴¹.

Si l'usage du tabac a été rarement mentionné par les professionnels rencontrés, la consommation semble demeurer : le groupe de jeunes interrogé ont souligné l'âge de plus en plus avancé de la 1^{ère} cigarette et l'absence aujourd'hui de consommations cachées. « *Nous, on se cachait pour fumer...Maintenant, on les voit fumer sans aucun problème dans la rue, à la vue de tous !* »

⁴¹ Ainsi, l'association Rimbaud est intervenue à plusieurs reprises sur le territoire.

3.1.4 Hygiène de vie

Sur ce territoire, les professionnels repèrent des personnes en surpoids, mais également des personnes concernées par le diabète dont la problématique semble liée en partie à des comportements alimentaires déséquilibrés, à un mode de vie trop sédentaire, ... Les données de consommation médicamenteuse évoquent effectivement une prévalence importante des traitements antidiabétiques.

Des professionnels ont également alerté sur le taux observé de triglycérides élevé⁴² chez des jeunes adolescentes a priori non concernées par des problèmes de surpoids. Ces taux peuvent exprimer une consommation trop élevée de sucres rapides, de graisses, de produits du « fast-food ». Les médecins généralistes rencontrés ont également mis en alerte sur les problématiques de surpoids rencontrés chez les enfants : au-delà d'une certaine reproduction familiale privilégiant une alimentation grasse et sucrée, les images associant « bonne santé et bébé joufflu » ont souvent été citées.

Autour de l'alimentation, des problèmes sont reconnus sur le territoire à l'instar de bien d'autres territoires. Des communes ont, à ce titre, décidé de développer l'information sur la « malbouffe »...comme à Unieux. Comme on l'a vu précédemment, des ateliers cuisine peuvent également être développés dans des centres sociaux.

Des actions. *Parce qu'à Unieux, la santé de nos concitoyens nous importe, nous avons inscrit la lutte contre l'obésité dans notre plan de développement durable. Concrètement, nous avons décidé que la cuisine centrale, qui produit les repas des restaurants scolaires, de la Maison de l'Amitié et du portage à domicile, suivrait les objectifs fixés par le PNNS (Programme National Nutrition Santé) pour l'élaboration des menus. Ces directives visent à améliorer la qualité nutritionnelle des repas (+ de fruits et de légumes, + de fer et de calcium, - de graisses et de sucre). Et comme « bien manger » s'apprend, vous trouverez dès la rentrée, une nouvelle rubrique nutrition/santé dans votre magazine. Elle vous donnera des informations, des idées et vous guidera pour « mieux manger ».*

http://www.ville-unieux.fr/citoyenne/upload_citoyenne/bulletin_municipal/bulletin.pdf

Parallèlement aux problèmes liés à une alimentation peu diversifiée, plusieurs professionnels ont attiré notre attention sur le fait que pour des raisons de précarité économique, certains habitants avaient des difficultés à se nourrir. Sautant des repas ou achetant systématiquement ce qu'il y a de moins cher, certaines personnes n'ont pas les moyens de faire trois repas par jours. Même si les professionnels ne repèrent pas de personnes dénutries, présentant des carences sévères, ils soulignent que des contraintes économiques fortes peuvent engendrer des privations et de la malnutrition. Dans ce cadre, pour les personnes âgées, le portage des repas peut être un outil de veille et de prévention primaire utile et utilisé notamment par des communes. Pour cette tranche d'âge également, le développement des foyers logement est repéré par les personnes elles-mêmes comme un axe de travail utile à la prévention de la malnutrition.

Les problématiques autour de l'hygiène de vie concernent également les problématiques d'hygiène corporelle. Cela a notamment été souligné pour des enfants mais également pour des personnes âgées isolées.

Les personnes ressources interrogées ont également évoqué la problématique d'hygiène de l'environnement, du voisinage. Les bailleurs sociaux et les adultes relais travaillent autour de cet axe en informant notamment sur l'enjeu de la gestion adéquate des ordures ménagères, de l'attention à la préservation de la qualité de l'environnement immédiat. Des demandes sont également formulées en particulier autour des ressources de loisir de proximité... Sont alors évoquées les aires de jeux pour les très jeunes enfants, la possibilité pour les jeunes de disposer d'aires de bicross, de quad à distance des habitations..Les opérations d'aménagement urbain sont à cet égard sollicitées.

⁴² Constat formulé par des professionnels du CPEF à l'occasion des prises de sang pour la prescription de contraceptifs.

Autour de l'hygiène de vie, les habitants ont de façon manifeste insisté également sur les espaces naturels à proximité immédiate, en particulier dans la vallée de l'Ondaine. Des centres sociaux de la vallée du Gier ont également le souci de réaliser des liens entre les habitants de la vallée et ceux des coteaux. Enfin, des professionnels nous ont signalé également la présence de ressources disponibles, aujourd'hui sous-utilisées : les jardins ouvriers. Autour de l'environnement, une inquiétude autour de la présence d'espaces industriels pollués a été énoncée, à proximité des mines de l'Ondaine et sur les anciens grands sites industriels de la vallée du Gier.

3.2 Les problématiques de santé par tranches d'âge

3.2.1 Les enfants

Comme le montre l'analyse quantitative, le territoire se distingue du département de la Loire par une part plus élevée de couples avec enfants (32%vs 29%), en particulier dans la Couronne et dans la vallée du Gier. On observe par ailleurs une part importante de familles monoparentales où elles représentent près du quart des ménages avec enfants (23%) dans la vallée de l'Ondaine.

Pour répondre aux besoins des enfants, plusieurs ressources sont présentes sur le territoire, en particulier dans les vallées. Ainsi, les enfants d'âge pré-scolaire peuvent aller en crèche, en halte-garderie. Les professionnels soulignent alors que l'offre présente semble même dépasser les besoins : depuis quelques mois, en association à la crise économique, le nombre de demandes de garde diminue faute de pouvoir, pour certaines familles, payer le service. Des difficultés peuvent également persister en particulier pour des familles monoparentales lorsque les horaires de travail pratiqués ne correspondent pas aux horaires d'ouverture des structures.

Sur plusieurs communes, une aide aux devoirs est proposée aux enfants scolarisés. Pour l'accès aux structures de loisir, les habitants rencontrés ont pu féliciter l'éventail des choix offerts mais aussi regretter les difficultés pour inscrire leurs enfants faute de moyens financiers suffisants. Les habitants ont également souligné que l'accès aux parcs de loisirs ou aux équipements nautiques pouvait être très compromis en l'absence de véhicule personnel.

Pour répondre aux difficultés rencontrées par les parents, des groupes autour de la parentalité ont été développés, notamment dans les centres sociaux. Dans le cadre de ces espaces et temps de rencontre, de discussion informels, les professionnels et les habitants ont souligné la possibilité de formuler des demandes d'aide, de se sentir moins seuls, moins impuissants.

Plusieurs problèmes de santé ont été évoqués pour cette tranche d'âge. Ces problèmes sont associés à la santé mentale, à l'hygiène de vie, au manque de sommeil, aux troubles du langage, aux retards possibles aux soins susceptibles d'entraîner des situations de difficulté scolaire (comme les déficits visuels ou les rhumes mal soignés..).

Face aux problématiques de santé rencontrées pour certaines familles, les ressources disponibles apparaissent cependant encore insuffisantes. Cela a particulièrement été évoqué dans le champ de la santé mentale, notamment associé à des situations de maltraitance. L'ensemble des professionnels observent alors un réel décalage entre l'offre disponible et les besoins identifiés. Comme cela a été évoqué en infra, les temps de réponse sont souvent trop importants. Devant la difficulté à mobiliser les familles vers le soin adapté, tout délai dans la réponse offerte peut signifier un non-engagement dans ce processus, pourtant indispensable à la santé de l'enfant.

Les besoins sur ce territoire sont manifestes. Il s'agit alors d'étoffer les moyens disponibles. Cela est vrai pour les ressources du service public en psychiatrie, pour le dépistage des troubles du langage dans l'éducation nationale, etc..Et les dispositifs développés dans le cadre du CUCS, comme le PRE, ne peuvent pas répondre à l'ensemble de ces demandes, de ces besoins car ils sont d'autres missions.

En parallèle, les professionnels ont donc insisté sur l'enjeu de développer l'information sur les services proposés de façon à ce que chaque professionnel, chaque parent sache vers qui se tourner et puisse utiliser les services adéquats.

Les professionnels rencontrés ont enfin souligné l'attention à des besoins éducatifs spécifiques, notamment pour les enfants nouvellement arrivés en France et les enfants du voyage qui sont notamment présents dans la vallée du Gier.

3.2.2 Les jeunes

Comme en d'autres territoires, les jeunes sont ici confrontés à de réelles situations de mal-être associées à l'échec scolaire, aux tensions familiales, aux discriminations perçues et vécues, au chômage, à l'ennui. Comme le soulignait un professionnel, « *les jeunes portent le malaise de leurs parents de façon manifeste..* ». Ces jeunes peuvent aussi s'ennuyer. C'est le cas dans certains quartiers mais aussi dans des villages sur les coteaux. Et l'ennui associé peut dériver vers des problématiques de délinquance et de consommation de produits psycho actifs.

Là encore, le constat sur les jeunes ne diffère pas d'autres territoires et il est notamment observé des consommations d'alcool, de cannabis, de tabac chez les uns, chez les autres ou dans des lieux abrités de l'espace public. Quelques comportements de conduite à risque sont parfois détaillés également comme la prise de risque sur la route avec des véhicules « empruntés » aux parents. La mémoire d'épisodes de violence et de délinquance est moins évoquée, notamment par les habitants qui soulignent d'abord combien « *ils sont plutôt sympathiques ces jeunes...ils ne manquent pas de respect aux personnes qu'ils connaissent.* »

Par rapport à leur capacité de bouger, de sortir de ce territoire parfois enfermant, les professionnels soulignent une certaine différence entre les jeunes de l'Ondaine et ceux du Gier. Pour ceux résidant à la Ricamarie, à Firminy, au Chambon, il est d'usage de se rendre très régulièrement à Saint-Etienne. Le centre 2 est le lieu de rendez-vous les samedi après-midi. C'est vrai que l'accès par transport en commun est rapide et régulier. De « la Rique », il faut 15 mn de train pour être à Saint-Etienne...Par contre, dans le Gier, les jeunes apparaissent moins mobiles.

Autour de la santé mentale, des professionnels ont signalé l'émergence d'un nouveau phénomène, celui des consommations individuelles très importantes de cannabis, qui entraînent à la fois des phénomènes de forte dépendance, mais aussi des difficultés de santé mentale (hallucinations, repli sur soi, ...). Face à ce problème, des actions sont développées notamment au collège de Firminy. Les professionnels s'interrogent sur le lien entre consommation de cannabis et pathologie mentale.

D'autres substances sont consommées. D'abord l'alcool, parfois consommé de façon à se saouler très vite. Les professionnels remarquent des jeunes associant bière et whisky. La consommation apparaît problématique pour certains : ils sont identifiés comme étant dans la dépendance. L'association Rimbaud peut intervenir sur certaines communes, en lien par exemple à l'AGASEF.

La consommation de cocaïne a également été évoquée. Des professionnels remarquent d'ailleurs une consommation plus importante, plus visible depuis quelques mois avec pour les jeunes installés dans cette consommation, le développement d'un isolement affectif et relationnel, une grande irritabilité et des actes associés de délinquance pour se procurer financièrement le produit.

La consommation de produits est d'abord observée pour les garçons. Les filles sont d'abord décrites comme ayant des difficultés associées aux conduites d'auto-mutilation, remarquées par l'existence de scarifications, de troubles du comportement alimentaire.

Les conduites à risque peuvent aussi concerner la sexualité et la vie affective. Les professionnels rencontrés nous ont alertés sur l'existence d'une sexualité précoce, ponctuée de prises de risque et de méconnaissance. Souvent, les questions autour de la sexualité sont très peu parlées en famille. Comme

ont pu le souligner des professionnels, les parents se sentent souvent en difficulté pour évoquer avec leurs adolescents toute question relative à la prévention, que ce soit dans le domaine de la sexualité, de la consommation des produits, de la gestion du stress.

Des problématiques d'insertion ont souvent été évoquées comme une illustration de cet enfermement territorial⁴³ associé à une réelle souffrance psychologique, à la consommation de produits et au sentiment très présent d'absence d'espoir. Dans des structures d'insertion, comme la mission locale de l'Ondaine, une permanence psychologique a été mise en place pour répondre à ce besoin d'écoute, à cette orientation vers les structures de soins adéquates, comme le CMP.

Associé à ces difficultés d'insertion, les professionnels ont souligné combien l'échec scolaire semble de plus en plus important. De plus en plus de jeunes ne se sentent pas à leur place, se sentent rejetés. Les professionnels observent une augmentation de la déscolarisation des moins de 16 ans. Un vrai problème de formation est observé sur le territoire, d'adéquation formation/emplois disponibles est observé. C'est un des grands axes du CUCS de Saint-Etienne-Métropole.

« Il demeure des distorsions importantes entre l'offre et la demande d'emploi, notamment sur certains secteurs d'activités ou métiers. Ils conduisent au paradoxe selon lequel on constate une pénurie de main d'œuvre pour quelques métiers, alors même que de nombreuses personnes ne peuvent accéder à un emploi.⁴⁴ »

La fermeture récente d'agences d'intérim, suite à la crise, semble aujourd'hui aggraver le difficile accès à l'emploi pour des jeunes. Ils « squattent » alors dans les cages d'escalier, dans les espaces publics. Des conflits sont souvent observés avec les parents...et certains d'entre eux peuvent alors se trouver sans foyer. Les professionnels évoquent alors le problème du logement d'urgence, insuffisant sur le territoire et le difficile accès au logement, faute de moyens financiers suffisants.

3.2.3 Les adultes

Les adultes qui vivent dans les deux vallées de l'Ondaine et du Gier sont d'abord des populations fragilisées sur le plan économique, social et intellectuel. Les professionnels ont d'abord attiré notre attention sur l'existence de réelles situations problématiques, caractéristiques des espaces de relégation, de désocialisation voire d'enfermement. Si il est effectivement important de ne pas réduire ce territoire à une image noire, désolée où l'ensemble de la population est désespérée⁴⁵, il s'agit aussi de ne pas omettre, en particulier dans le cadre de ce diagnostic, l'existence de situations problématiques réelles.

Les professionnels ont également alerté sur des publics spécifiques en grande difficulté.

Ces publics sont :

- ✓ Les agriculteurs confrontés à des situations d'isolement, des situations de souffrance psychique ;
- ✓ Les « gens du voyage », sédentarisés ou non qui présentent souvent un cumul de problèmes de santé (soins dentaires, tabac, maladies cardio-vasculaires, diabète, etc..) et pour lesquels se pose de façon cruciale le problème d'habitat décent ;
- ✓ Les Roms situés dans un « no man's land administratif » et confrontés à des situations complexes en termes d'accès aux droits ;
- ✓ Les réfugiés de l'Europe de l'Est et les migrants qui ont des droits variables mais également des problèmes de langue.

Au-delà de ces publics spécifiques, la santé des femmes a été souvent mentionnée comme une problématique réelle sur le territoire.

⁴³ Comme cela a été souligné en amont, p.49

⁴⁴ CUCS, op.cit, p.16

⁴⁵ Les habitants et les professionnels rencontrés ont d'ailleurs à maintes reprises insisté sur l'enjeu de reconnaître les « forces vives » associées à ce territoire. S'il ne faut en aucun cas mésestimer les moyens nécessaires, il s'agit aussi de s'appuyer sur la richesse des ressources présentes, associées aux professionnels et aux habitants.

D'une part, les entretiens réalisés avec les professionnels et avec les habitantes soulèvent la question du suivi gynécologique des femmes. Il apparaît ainsi qu'une partie des femmes n'est pas ou est peu suivie dans ce domaine pour des raisons variées.

Trois grandes catégories d'explications sont avancées, notamment par les habitantes elles-mêmes, pour expliquer le « non suivi » :

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

Pour répondre à cette problématique, des centres sociaux ont développé des séances autour de la santé des femmes avec le soutien de professionnels spécialisés, comme le CPEF.

La possibilité pour les femmes de prendre soin de soi, de lâcher prise, a souvent été évoquée comme un axe fondamental à développer, ne serait-ce que pour prévenir les situations de maltraitance, de négligence familiale et permettre à ces femmes de se sentir davantage en confiance dans leur relation de couple et/ou de mère.

3.2.3 Les personnes âgées

Les personnes âgées sont une part importante de la population du territoire et, à l'instar de l'ensemble du département de la Loire, cette population s'accroît. Le premier problème alors identifié découle de ce décalage entre le nombre de personnes âgées et la densité des services offerts sur le territoire.

En première lecture, ces services peuvent apparaître importants. Mais la proximité de Saint-Etienne, en particulier pour la vallée de l'Ondaine, peut aussi provoquer une certaine saturation de l'offre disponible pour les résidents. Les professionnels expriment alors de réels besoins au regard des listes d'attente qui augmentent.

Au-delà, des besoins manifestes en hébergement temporaire sont nommés pour notamment permettre aux « aidants » de « souffler ». Lors des rencontres avec les groupes d'habitants, des réponses complémentaires en termes d'offre de foyers-logements ont été exprimées. Là aussi, par rapport aux besoins, l'offre de services s'avère insuffisante et incomplète.

Au-delà de ce différentiel entre besoins et services offerts, des problématiques de santé ont souvent été citées.

On peut ainsi rappeler le problème de malnutrition, voire de dénutrition de personnes âgées isolées. Dans ce cadre, le portage des repas peut être un outil de veille et de prévention primaire utile. Sur

certaines communes, le portage des repas est d'ores et déjà utilisé pour demeurer en contact avec les personnes âgées et prévenir ainsi toute situation d'isolement, de repli sur soi.

Le développement des foyers logement est repéré par les personnes elles-mêmes comme un axe de travail utile à la prévention de la malnutrition et de la solitude.

« C'est bien plus agréable de manger avec d'autres... Tout seul, l'envie n'est pas là... »

La progression des maladies neuro-dégénératives, et l'enjeu associé d'accompagner davantage les aidants naturels, souvent démunis et qui plus est de plus en plus âgés, a été également identifiée. La progression de l'offre en hébergement temporaire et/ou en services spécialisés pourrait répondre à cet enjeu. Les professionnels ont également souligné les souffrances psychiques associées au vieillissement et l'existence possible de situations de maltraitance, de violence. Dans cette perspective, l'appui sur des équipes et des structures spécialisées a été souligné comme un axe à développer.

Enfin, des problèmes associés au maintien à domicile ont été énoncés. Sont alors cités les besoins en nursing, les enjeux d'adaptation de l'habitat et les corollaires en termes d'adaptabilité des transports en commun (hauteur des marches et accessibilité géographique). Un des enjeux associés est alors de développer la sensibilisation des personnes âgées et des aidants à l'enjeu d'anticiper les demandes, en amont.

Les professionnels ont également souligné que des personnes âgées ne peuvent rester à domicile faute de moyens suffisants...Le problème peut se poser au regard des délais pour accéder à l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) : en l'attente de son versement, il n'est pas toujours possible de financer l'accompagnement nécessaire. Il peut également s'agir de problèmes de seuils : les ressources disponibles étant supérieures au plafond, la personne ne peut pas bénéficier de l'APA.

Des problèmes associés aux sorties d'hôpital ont aussi été mentionnés.

Si des services se développent, des besoins demeurent. Ils doivent également s'adapter aux spécificités de groupes de population âgés, comme les migrants vieillissants. On rappellera à ce sujet que des actions d'accompagnement sont d'ores et déjà développées sur certaines communes, comme les ateliers de gestion du quotidien notamment ouverts aux personnes âgées.

PISTES D'ACTION

Pour les professionnels, les enjeux sont manifestes pour trois grandes catégories de population : les personnes en situation de précarité, dont certaines apparaissent très à distance de toute préoccupation de soi, les personnes âgées, nombreuses sur ce territoire voire majoritaires sur certains bassins de vie, et les enfants et les jeunes, repérés comme dépositaires d'un certain malaise.

L'enclavement du territoire et des quartiers et l'isolement des personnes suivies soulignent l'enjeu de dispositifs et de réponses suffisants et proches. D'ores et déjà, des projets ont été construits, des réponses innovantes ont été proposées pour répondre aux besoins en santé du territoire. Un des grands enjeux souligné est de conserver les avancées réalisées, de pouvoir maintenir ce qui a été, ici sur ce territoire fragilisé, inventé et de s'appuyer sur le terreau de ressources présentes.

Au terme des problématiques énoncées, plusieurs pistes d'actions sont ci-dessous proposées. Elles sont organisées sur la base d'axes de travail à la fois centrés autour des groupes de population spécifiques, les personnes âgées, les jeunes et les populations fragilisées et autour de priorités transversales centrées sur de grandes préoccupations énoncées par les habitants et les professionnels rencontrés : l'habitat et l'environnement, la santé mentale, l'accès aux droits et aux ressources, l'estime de soi et le développement des échanges, la réduction des violences.

1. AXES DE TRAVAIL TRANSVERSAUX

1.1 Hygiène de vie, habitat et environnement

« Le bien-être, cela commence par là... Si on vit dans un logement inadapté, il est difficile de faire des projets de vie si on ne dispose pas de ce minimum. »

1.1.1 Des leviers à maintenir

L'habitat est une grosse problématique sur le territoire et est notamment prise en compte par les différentes institutions présentes qui, de plus, agissent en concertation. Il s'agit dès lors de maintenir l'ensemble des commissions insalubrité, habitat indigne où, de façon régulière, les collectivités territoriales, les services de l'Etat, les bailleurs sociaux, etc., travaillent ensemble à la résolution des problèmes de « mal-logement ».

Il s'agit aussi de maintenir et de développer les efforts actuellement déployés autour de l'accessibilité pour les personnes handicapées et vieillissantes. Les réponses parfois envisagées, comme l'évaluation de l'accessibilité des parcours avec les personnes concernées sur l'ensemble du territoire urbain sont prometteuses. En lien à ces initiatives, l'appui sur les conseils de quartier est également identifié. Ils ont ainsi pu alerter sur l'enjeu dans certaines communes d'une refonte complète du réseau de transport urbain en réponse aux ruptures de charge observées au cours de la journée. Il est alors souligné l'enjeu de définir un plan de circulation rénové et adapté aux mutations socio-démographiques du territoire.

1.1.2 Des axes de travail à développer

- ✓ **Evoquer l'hygiène de vie à partir des préoccupations des habitants en associant l'ensemble des ressources du local**

L'enjeu est d'impliquer des acteurs intervenant dans différents champs, qui ont un contact régulier avec la population dans des actions portant sur l'équilibre alimentaire et l'hygiène de vie : médecins généralistes, personnels de l'Éducation Nationale, éducateurs de prévention, Mission Locale, associations locales, centres sociaux, travailleurs sociaux, épicerie sociale, associations d'aide aux publics précaires...

Afin d'éviter un sentiment de « saturation » des publics ciblés⁴⁶ et aussi d'éviter un positionnement qui pourrait être perçu comme celui de « donneurs de leçons », il est important de mener ces actions en intégrant les pratiques réelles quotidiennes, les représentations et les valeurs culturelles des individus et adoptant un « discours simple » éloigné du « jargon » des professionnels. L'enjeu est d'aménager ces pratiques pour aller vers un « mieux manger », en partant de ce qui fait la réalité des individus et en travaillant sur le long terme, sur les savoirs faire développés au quotidien, sur l'échange des pratiques.

✓ **Améliorer la « santé du logement », son entretien, en informant sur les droits et en développant les initiatives solidaires, les accompagnements au quotidien**

L'entretien du logement est identifié comme un axe clef de promotion de la santé sur ce territoire. Des initiatives ont, à cet égard, été développées pour permettre à chacun de disposer d'un « chez-soi » agréable, accueillant. Sur la base de ces expériences, et au regard des ressources disponibles localement, des appuis pourraient être développés sur d'autres bassins de vie. Il est également souligné l'enjeu de s'appuyer davantage sur les TISF (Techniciennes de l'Intervention Sociale et Familiale) pour aider des personnes handicapées, des personnes vieillissantes, des personnes fragiles, à entretenir leur logement.

En lien aux opérations de rénovation et aux situations souvent observées de logement insalubre géré par « les marchands de sommeil », les acteurs rencontrés ont souligné l'urgence de développer l'information sur les droits en matière de logement décent. *« Les personnes fragilisées ont du mal à faire valoir leurs droits... faute de les connaître mais aussi du fait d'une certaine résignation.. ».*

Parallèlement, les acteurs ont insisté sur la nécessaire attention aux difficultés de communication et à l'impossibilité pour de nombreux locataires de pouvoir lire, comprendre les écrits adressés. Le suivi social doit être développé pour pallier à ces lacunes.

Dans ce registre, il s'agit aussi de veiller à reloger les familles dans des appartements de taille suffisante.

✓ **Adapter l'environnement des lieux de vie aux besoins de qualité de vie des personnes**

Dans le cadre de cette étude, plusieurs axes ont été cités tels le développement des aires de jeux pour les enfants, la promotion des espaces verts à proximité immédiate des lieux d'habitat et/ou ceux de l'environnement naturel parfois méconnu des habitants, la multiplication et l'adaptation des transports en commun...

1.2 Santé mentale

« La santé mentale, c'est notre première préoccupation... On le perçoit au quotidien.. Pour les personnes sans emploi, la souffrance vécue va bien-delà d'une souffrance matérielle.. Le désespoir est manifeste ! »

1.2.1 Développement et renforcement des outils d'échange, de rencontre

Cette thématique est particulièrement prégnante sur le territoire et plusieurs réponses sont d'ailleurs développées pour répondre aux enjeux d'accompagnement associés à cette problématique qui touche l'ensemble des tranches d'âge. Ces axes de travail doivent être renforcés et développés :

✓ **Poursuivre la réflexion multipartenariale sur les différents types de problèmes en matière de santé mentale et sur les réponses existantes**

La psychiatrie est « hors les murs » et travaille en concertation avec les professionnels du social, les assistants sociaux, les bailleurs sociaux, les professionnels du secteur éducatif et de loisirs... Des structures et modalités spécifiques de travail sont créées, telles « Interface », « Lift »... L'enjeu est de maintenir ces dispositifs et de les développer ces démarches.

⁴⁶ Des professionnels ont ainsi souligné combien le « bruit de fond » permanent autour de la santé, de l'alimentation, pouvait induire le sentiment de « tout connaître », « d'avoir déjà tout entendu ».

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

Ceci est important à la fois pour les publics qui ont besoin d'étayage et pour ceux qui ont besoin d'une prise en charge mais qui refusent, pour différentes raisons, d'aller vers les soins formels. Ces dispositifs peuvent être utilisés comme une aide ponctuelle, un « sas » ou encore comme un outil « minimum » pour des gens qui fuient les différents dispositifs d'aide et de soin. Ce peut être également des outils de « remise en lien » qui permettent aux personnes isolées qui ont perdu le sens et la capacité à être dans des réseaux sociaux de se remettre dans un processus de verbalisation et d'échange avec les autres. Différentes ressources existent sur le territoire dont l'action doit être renforcée ou développée comme les groupes, lieux de parole formels ou informels, animés par des professionnels qui peuvent exister dans différentes structures (lieux de soutien à la parentalité, centres sociaux, associations, Mission Locale, éducateurs de prévention...)

✓ **S'appuyer sur les outils formels de concertation et de partenariat de type « conseil local de santé mentale »**

La mise en place d'un Conseil Local de Santé mentale (CLSM) est annoncée sur Saint-Etienne. Des acteurs ont souligné l'enjeu de pouvoir s'appuyer sur ce dispositif. Les conseils locaux de santé mentale sont des outils à géométrie variable, qui sont d'autant plus appréciés qu'ils ne sont pas uniquement centrés sur l'apport de connaissances théoriques mais qu'ils prennent en compte les attentes des acteurs de terrain : travailleurs sociaux, bailleurs sociaux, professionnels des différents services publics de santé, d'insertion et d'éducation, associations de terrain, qui ont besoin d'aide pour analyser les situations auxquelles ils sont confrontés mais aussi pour gérer les situations de « crise », et pour éventuellement accompagner les personnes jusqu'aux soins...

1.2.2 Formation des acteurs de terrain

✓ **Développer la connaissance des ressources de santé mentale**

Si les réseaux et les partenariats sont importants, on constate que les différents acteurs en présence n'ont pas toujours une **connaissance claire des ressources de santé mentale**. Il faut que chacun puisse repérer facilement quelles sont les différentes ressources de soin en santé mentale ou d'écoute qui existent, leurs missions, leurs publics, dans quelles situations on peut les solliciter. La distinction et la compréhension des missions de chacun (CMP, PAEJ, Maison des Adolescents, ...) doit pouvoir être renforcée. Cette information doit notamment être développée pour les travailleurs sociaux et les professionnels de l'insertion (au-delà des réseaux d'ores et déjà constitués), les professionnels de la sociabilité et de l'accueil, les bailleurs sociaux, les professionnels de l'éducation, les professionnels de santé libéraux, notamment les médecins généralistes mais également les élus.

Des outils de connaissance des acteurs de la souffrance psychosociale ont été construits et sont salués, tel l'annuaire des acteurs sur la vallée de l'Ondaine. Cet outil apparaît encore méconnu de certains professionnels, notamment du lien social, de ce même territoire et qui sont confrontés à cette problématique. La communication autour de cet outil doit peut-être être développée. Il s'agit aussi de développer la connaissance des uns et des autres au travers du développement de temps d'échange, de rencontre. La connaissance du « Qui fait Quoi ? » depuis un annuaire ne pourra certainement jamais remplacer la dimension humaine de la relation qui seule permet souvent de ne pas « hésiter à appeler l'interlocuteur adéquat. »

✓ **Développer la formation des professionnels de « première ligne »**

Face aux situations observées de problèmes comportementaux associées à des violences verbales, parfois physiques, les professionnels de terrain situés à l'accueil, dans les centres de sociabilité se sentent vraiment démunis et ne savent plus quoi faire, que répondre, vers qui se tourner, etc... Il est alors souligné l'enjeu de développer la formation autour du décryptage de ces situations pour permettre ainsi à chacun de ces professionnels de prendre de la distance, d'être en possibilité de trouver les ressources adéquates.

1.3 Accès aux droits et aux ressources

1.3.1 Développement de la mobilité

Face à l'enclavement des quartiers et des villages en milieu rural, les problèmes de déplacement ont pu être souvent évoqués malgré le développement d'une certaine délocalisation des services à la population et la capacité des dispositifs, des ressources locales à aller vers les publics ciblés. La facilitation de la mobilité et de la capacité d'ouverture aux autres doit, semble-t-il, être poursuivie d'autant plus que l'attachement très fort au proche bassin de vie peut parfois devenir synonyme d'enfermement.

L'enjeu est donc de renforcer les possibilités offertes aux jeunes, aux personnes âgées, aux familles en situation de précarité de se déplacer. Si des efforts ont été réalisés⁴⁷, le maillage du territoire, dans l'espace et dans le temps, demeure insuffisant pour permettre aux plus fragiles et aux moins mobiles d'aller notamment vers les soins spécialisés mais aussi vers l'ensemble des ressources de sociabilité, qui participent tout autant à la promotion de la santé.

Egalement, comme ont pu le suggérer certains acteurs, la multiplication de temps de rencontre, de liens aux entre le rural et l'urbain, entre les vallées et les coteaux peut être un axe possible d'ouverture comme celui de développement des liens à la ville de Saint-Etienne, en particulier sur la vallée du Gier identifié comme un territoire beaucoup plus distant de la « grande ville » que la vallée de l'Ondaine.

1.3.2 Développement de l'accompagnement

Des difficultés dans l'accès aux droits sont encore remarquées sur le territoire. Devant la possible complexité des dossiers administratifs, des personnes apparaissent très démunies pour accéder à leurs droits. L'enjeu d'accompagnement est identifié comme un axe à maintenir et à développer. Des personnes, notamment accueillies dans les centres hospitaliers, ont une couverture sociale insuffisante, incomplète. L'information autour des possibilités de couverture complémentaire doit être poursuivie.

L'information doit aussi être développée autour des ressources existantes. Certains dispositifs apparaissent ainsi sous utilisés faute d'un temps suffisant de communication sur l'offre proposée. Le développement d'une communication écrite **et** orale adaptée sur les services offerts réduirait la distance symbolique. Au-delà, comme ont pu l'expérimenter des centres sociaux, la distance aux organismes peut être réduite lorsque des visites en amont sont organisées de façon à pouvoir dépasser les possibles représentations, incompréhensions.

Les ateliers de gestion du quotidien observés sur certains sites peuvent être également une vraie ressource pour réduire les possibles handicaps associés à la maîtrise de la langue française, à la distance culturelle.

1.4 Estime de soi et échanges

1.4.1 Le développement du lien social et de temps d'échanges en réponse aux préoccupations des habitants

Si la possibilité de rencontrer l'autre, d'accéder à des ressources de loisirs est offerte sur le territoire, l'enjeu de conserver des espaces de rencontre, de sociabilité où les habitants ont coutume de se retrouver pour jouer aux cartes, partager une boisson, apparaît comme une priorité pour réduire les situations d'isolement. Les centres sociaux, les associations locales, identifiés comme de véritables lieux ressource sur le territoire, permettraient aux habitants de ce territoire en mutation de toujours se rencontrer, d'échanger et de réduire ainsi le risque de développement de « quartiers relégués ». Ainsi, ces temps et espaces de rencontre permettraient à la fois de réduire l'isolement, le sentiment de « non-espoir » mais aussi de favoriser le développement d'un « bien vivre ensemble ».

Comme l'ont souligné les professionnels rencontrés, il s'agit aussi de développer les temps d'échange, d'informations sur la base des préoccupations énoncées par les habitants. Au quotidien, plusieurs préoccupations ont été d'ores et déjà identifiées par les acteurs rencontrés (professionnels et groupes d'habitants). Arrivent en tête tout ce qui a trait au « bien-vivre » au quotidien, comme le sommeil,

⁴⁷ Sur certaines communes, la réponse à ces besoins connaît d'ailleurs un réel succès. Ainsi, une navette à disposition des seniors sur une intercommunalité, qui a été créée il y a 3 ans, est ainsi passée de 3 à 100 adhérents.

l'alimentation, la gestion du stress. Des interrogations sont souvent formulées par les habitants, notamment auprès des pharmaciens, des centres sociaux. Un besoin d'information **et** d'échanges est identifié. Depuis ces temps offerts, la mobilisation et la reconnaissance de ses propres ressources mais aussi de ses difficultés peuvent alors émerger.

1.4.2 L'appui sur les ressources du local

Sur plusieurs bassins de vie, des réunions d'échanges entre professionnels existent déjà (par exemple, à Firminy dans le cadre de réunions associant des professionnels en santé mentale et des professionnels du social ; à Rive-de-Gier, dans le cadre d'un Conseil Local de Prévention sur le quartier du Grand Pont, etc..) Tous ceux qui ont pu y participer soulignent la richesse de cette démarche permettant une réelle mise en confiance et reconnaissance de l'autre, le dépassement de l'imperméabilité des disciplines et la découverte réciproque des pratiques propres à chacun.

Cette dynamique semble devoir se poursuivre entre professionnels :

- dédiés à l'accompagnement, à l'éducation des jeunes ;
- de la psychiatrie, de la médecine générale et ceux du secteur social et médico-social ;
- de médecine de ville et ceux de centres hospitaliers et de psychiatrie de secteur ;
- d'un même bassin d'intervention de façon à pouvoir engager un processus de réflexion dépassant les logiques de sectorisation (âge, portes d'entrée).

Au-delà des ressources professionnelles, les acteurs interrogés ont souligné l'enjeu de s'appuyer également sur les ressources bénévoles et associatives des quartiers. A maintes reprises, les acteurs interrogés ont ainsi souligné la richesse des centres sociaux, des associations de quartier, des associations culturelles... Le tissu social est riche, présent... L'enjeu est certainement de davantage s'en emparer.

1.4.3 L'obligation d'entretenir l'espoir et de sortir de l'enfermement

La développement des échanges et du travail autour de l'estime de soi apparaît comme un véritable enjeu sur ce territoire où des phénomènes de « désespérance », de perte d'espoir sont souvent observés et se reproduisent de génération en génération pour certaines familles.

1.5 Violences

1.5.1 Développement information, accueil en proximité

Les situations de violence intra-familiales associées à l'existence de maltraitance sur enfants, de femmes battues, de personnes âgées violentées ont été plusieurs fois exprimées lors de cette étude. Il s'agit alors de mettre à distance une certaine « normalité » associée à ces situations de violence et d'informer sur l'enjeu de dénoncer ces états de fait. Cette information doit alors permettre à chacun d'identifier les lieux d'accueil. L'enjeu de proximité a été souligné : il est effectivement difficile pour les femmes battues de devoir se rendre dans des lieux d'accueil distants de leur domicile. A cet égard, des réflexions sont en cours sur certaines communes pour que cet accueil puisse être réalisé dans des lieux neutres. Il a été également souligné l'enjeu de disposer de davantage de lieux d'hébergement temporaire pour les femmes devant, avec leurs enfants, quitter le domicile conjugal.

1.5.2 Dynamique de veille partagée

Face aux situations de violence, les professionnels ont insisté sur l'enjeu d'une veille croisée associant les professionnels de l'éducation, du médico-social, de la prévention, des loisirs. Des liens doivent également être développés avec les représentants de la justice. Cela est d'ores et déjà en cours sur certains territoires.

2. AXES POPULATIONNELS

2.1 Les enfants

2.1.1 Faciliter le soin et le suivi des enfants

Il s'agit de développer le soin et le suivi des enfants par rapport à plusieurs problématiques souvent signalées comme :

- ✓ **La santé mentale** : les besoins sur le territoire en termes d'accompagnement des enfants sont manifestes et malgré l'existence d'une offre ouverte et diversifiée, celle-ci demeure en-deçà des besoins. Il s'agit de développer cette offre et de réduire ainsi les délais parfois importants associés à la prise en charge des enfants ;
- ✓ **Les soins bucco-dentaires** : la prévalence plus élevée de caries est constatée lors des examens de dépistage. Il s'agit de développer les actions de sensibilisation des familles à un meilleur suivi dentaire ;
- ✓ **Les troubles du langage** : les moyens de dépistage de ces troubles demeurent insuffisants. Au-delà, l'accès aux professionnels compétents doit être facilité (financièrement et géographiquement) ;
- ✓ **L'alimentation** : des problèmes de surpoids sont identifiés. Les professionnels insistent sur l'enjeu d'accompagner les familles, les parents autour d'une valorisation de leurs savoirs-faire culinaires et d'une modification de leurs pratiques de consommation alimentaire.

2.1.2 Accompagner la parentalité

Dans le prolongement des initiatives et projets repérés, il s'agit de renforcer les dispositifs d'accueil des parents et de leurs enfants, de leurs adolescents. Le développement de ce soutien éducatif permettrait de rassurer les parents et de les aider à décoder les situations de blocage observées. Ce dispositif permettrait à certains parents, en particulier les femmes seules suite à une séparation, de reprendre « pied » dans d'autres domaines. Cela répondrait aussi au besoin identifié d'accompagnement des familles en réelle détresse socio-psychologique, souligné comme un véritable enjeu sur le territoire où la reproduction d'histoires familiales complexes a souvent été nommée.

2.2 Les jeunes

2.2.1 L'enjeu d'une attention renouvelée

Sur le territoire la population des adolescents et des jeunes adultes peut être en réelle souffrance et ce, y compris sur les espaces du rural. Les acteurs interrogés ont maintes fois souligné l'enjeu de développer une politique jeunesse et de mieux prendre en compte les besoins de ce groupe de population, souvent qualifié d'oublié et qui pourtant, exprime un réel malaise.

Plusieurs axes de progrès ont été évoqués par les acteurs interrogés :

- ✓ **Développer l'écoute des jeunes** en étendant les dispositifs d'écoute et de soutien pour les jeunes, les lieux d'accueil des parents et des adolescents ;
- ✓ Demeurer attentif à la conservation et au **maintien des réponses positives** (présence des éducateurs de prévention spécialisés, présence de lieux ressources pour les relations sexuelles et affectives, place de la santé dans les missions locales, etc..) ;
- ✓ **Adapter et développer l'offre** de services de loisirs, de lien social. Les jeunes rencontrés ont exprimé un véritable sentiment d'ennui : « *C'est mort ici. Il n'y a rien à faire !* » ;
- ✓ **Développer la mobilité**. Face à l'enclavement des quartiers, les problèmes de déplacement ont pu être souvent évoqués malgré le développement d'une certaine délocalisation des services à la population et la capacité des dispositifs à aller vers les publics ciblés. La mobilité et la capacité

d'ouverture aux autres doit, semble-t-il, être poursuivie d'autant plus que l'attachement très fort au proche bassin de vie peut parfois devenir synonyme d'enfermement. Cet axe apparaît d'autant plus important pour les jeunes en échec scolaire.

2.2.2 Poursuivre et développer les actions de prévention en particulier sur trois thèmes majeurs :

✓ **Les conduites à risques et en particulier les addictions.**

Les constats effectués par les professionnels montrent qu'il est important de continuer à aborder ce sujet avec les jeunes, sous l'angle global des conduites à risques, avec une déclinaison particulière sur le cannabis et l'alcool sans oublier le tabac.

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

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

✓ **Le mal-être et l'estime de soi, le rapport aux autres**

A plusieurs reprises, le mal-être des jeunes a été évoqué. *« Ces jeunes portent vraiment le malaise de leurs parents...Et ils doivent aussi faire face aux exigences d'une société basée sur l'enjeu de performance...Dans le contexte de vie sur nos quartiers, c'est parfois bien difficile de se sentir bien.. »* Il s'agit de développer des actions permettant aux jeunes de conserver toujours l'espoir. Il est indéniable que ceci peut avoir du sens en termes de réduction de l'échec scolaire et de possible insertion dans la société.

2.2.3 Un travail en commun à développer

Sur le territoire, et à l'échelle des bassins de vie, des ressources pour la jeunesse, sont présentes. Plusieurs d'entre elles développent des actions de prévention, des actions visant au mieux-être des jeunes. Des professionnels ont cependant constaté que la connaissance réciproque de ces actions demeurait ténue. Il s'agit de développer les opérations en commun ou, a minima, de ne pas apparaître en concurrence sur un même territoire et de faciliter les échanges entre des structures préoccupées par un même objectif, celui de répondre au mieux aux besoins des jeunes présents sur le territoire.

2.3 Les adultes fragilisés

2.3.1 La confirmation de l'enjeu de moyens

- ✓ C'est un territoire où la précarité est présente, réellement. Ce sont ces personnes qui semblent d'abord concernées par le manque de « soin de soi » et à la difficulté associée de recourir aux soins. Comme cela a pu être souligné, l'enjeu est bien de renouveler le regard porté sur les familles, les individus en situation de précarité et de demeurer attentif à ne pas exclure davantage ces personnes exposées à la difficulté de trouver une place dans la société. Sur plusieurs bassins de vie, des associations d'entraide, d'insertion et des centres sociaux sont présents et connaissent, accueillent cette population. Ces ressources doivent disposer des moyens nécessaires et suffisants pour engager des actions dans la durée et pouvoir associer dynamiques collectives et accompagnement individuel. En réponse aux enjeux annoncés de confiance, de création de liens avec ces personnes désocialisées, parfois confrontés à des décalages dans leur rapport au temps, il s'agit de pouvoir s'appuyer sur une enveloppe financière globale inscrite dans une certaine durée.
- ✓ L'importance d'une dynamique partagée de veille associant les professionnels du soin et du social a également été soulignée comme un enjeu. Pour cette population, les besoins sont manifestes en termes d'accès aux soins et à la prévention. Sur ce territoire, des démarches permettant à la fois

d'aller vers la population et de réaliser une prise en charge pluridisciplinaire ont été ici et là développées. Il s'agit de les maintenir, de les doter de moyens suffisants et de les élargir aussi à des espaces moins couverts.

2.3.2 L'attention à des problématiques spécifiques

Les professionnels ont attiré l'attention sur plusieurs groupes de population spécifiques. Il s'agit notamment de poursuivre et de développer des actions autour de :

- ✓ **La santé des femmes** : il est ici question du suivi gynécologique et de la prise en charge de situations de violence conjugale. Des actions d'accompagnement sont d'ores et déjà développées sur certains bassins de vie. Elles doivent être développées.
- ✓ **La santé des gens du voyage** : il s'agit de développer et de soutenir les démarches permettant d'aller vers ce groupe de population. Des associations présentes, comme ARIV, manquent actuellement de moyens pour répondre aux besoins de dépistage, d'accompagnement vers les soins de ce groupe de population touché par de multiples problèmes de santé ;
- ✓ **La santé des migrants** : les différences culturelles et les difficultés de compréhension doivent être davantage accompagnées. Il s'agit donc de maintenir et de développer les actions réalisées qui associent les personnes concernées, les associations de proximité et des centres ressources.

2.4 Les personnes âgées

2.4.1 Développement et adaptabilité des moyens

Il s'agit d'adapter les moyens aux besoins du territoire. D'une part, le nombre de personnes âgées augmente et sur certains bassins de vie, en particulier sur la vallée de l'Ondaine, les services disponibles (nursing, hébergement, etc..) apparaissent insuffisants. Il est insisté sur l'enjeu de poursuivre la dynamique des CLIC de façon à informer la population mais également à offrir des temps de concertation et d'échange entre professionnels.

L'enjeu est également de développer l'adaptabilité des services et des réponses aux besoins émergents, confirmés comme en d'autres territoires autour de l'accompagnement des aidants naturels ou de la prise en charge des maladies dégénératives.

2.4.2 Développement accessibilité aux ressources : sensibilisation, accompagnement et mobilité

L'importance actuelle et annoncée du nombre de personnes âgées sur le territoire et la progression des situations de dépendance, des troubles démentiels souligne l'enjeu de poursuivre les efforts actuels et d'adapter les services offerts sur plusieurs points :

- ✓ **Développer la sensibilisation des personnes âgées et de leur famille à l'enjeu de penser la prise en charge comme un élément de leur projet de vie.** Souvent, les demandes d'accompagnement et de soutien formulées sont réalisées dans l'urgence, au dernier moment. Les professionnels ont alors souvent beaucoup de difficultés à répondre dans l'immédiat. Les professionnels ont souligné l'enjeu de pouvoir anticiper, en amont, avec la famille et les personnes âgées, sur les besoins de façon à ne plus être dans une gestion souvent difficile de l'urgence qui ne permet pas toujours de satisfaire les besoins réels. Dans cette perspective, les professionnels soulignent l'enjeu de proposer des solutions également adaptées aux migrants vieillissants dont les familles et les personnes elles-mêmes peuvent avoir un autre regard sur les services et offres;
- ✓ **Développer les solutions d'hébergement temporaire** permettant aux aidants de souffler ;
- ✓ **Développer le nombre de foyers-logement** qui sont identifiés, par les personnes âgées elles-mêmes comme une véritable ressource. *« Je me sens beaucoup mieux ici dans ce 20m² que dans ma maison à Grand-Croix où j'étais bien seul depuis le départ de mes enfants et la mort de ma femme. Ici, je n'ai qu'à traverser le couloir pour aller manger, jouer aux cartes... C'est nettement plus agréable ! » ;*

- ✓ **Développer la mobilité et l'accessibilité aux ressources.** Il s'agit de développer l'accessibilité des transports en commun. Certains apparaissent inaccessibles aux personnes à mobilité réduite. Ceci concerne également l'aménagement des voiries. Il est également évoqué l'enjeu de poursuivre le développement de transports à la demande et/ou en réponse à des besoins de sociabilité, de déplacement vers les services de soin. L'expérience des minibus a été, à cet égard, saluée.