

Réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne
A DIGENNARO, M-R FRADET, S MAQUINGHEN, Pr Y GLANDDIER

**DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ
DE LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION
DU PUY-EN-VELAY**

Volet qualitatif



Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne

58 allée du pont de la Sarre

63 000 Clermont-Ferrand

Tél. 04 73 98 75 50 / Fax 04 73 91 55 84

Ce travail a été effectué par l'Observatoire régional de la santé d'Auvergne à la demande de la Ddass de Haute-Loire de manière à aider à la mise en place d'un atelier santé ville dans la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay.

Les auteurs tiennent à adresser leurs plus vifs remerciements aux membres du comité de pilotage ainsi qu'aux différentes structures et aux habitants ayant contribué à la réalisation de cette étude.

Un remerciement particulier est adressé à Mme Triouleyre, Codes 43, qui a grandement facilité les démarches et permis le travail auprès de la population.

Cette étude a été réalisée dans le cadre de la plate-forme de l'observation sanitaire et sociale avec le soutien financier du Groupement régional de santé publique (GRSP) d'Auvergne.

SOMMAIRE

I.	RAPPEL DES PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE	5
II.	INTRODUCTION	7
2.1	LA DÉMARCHE PARTICIPATIVE	7
2.1.1	Méthode.....	8
2.1.2	Les professionnels, les bénévoles et les élus.....	9
2.1.3	La population.....	9
III.	LIRE LE TERRITOIRE	11
3.1	QUEL TERRITOIRE D' ACTIONS ?	11
3.2	LE RURAL / L'URBAIN : QUELLE RÉALITÉ ?.....	11
3.2.1	Les communes rurales.....	12
3.2.2	Les communes urbaines.....	13
3.3	LES QUARTIERS PRIORITAIRES.....	13
3.3.1	Quartiers et services.....	15
3.3.2	Quartiers et changement.....	16
3.4	LA MOBILITÉ.....	16
IV.	LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES ABORDÉES PAR LES RÉPONDANTS	19
4.1	LA CATÉGORIE DES « PRÉCAIRES » : MYTHE OU RÉALITÉ ?	19
4.2	LES FEMMES AVEC ENFANTS	22
4.3	LES PERSONNES ÂGÉES.....	25
4.4	LES PERSONNES HANDICAPÉES.....	29
4.5	LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS.....	30
4.6	LES AGRICULTEURS ISOLÉS.....	34
V.	ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	37
5.1	SANTÉ PERÇUE PAR LES PROFESSIONNELS ET LA POPULATION	37
5.1.1	La perception de la santé par les professionnels	37
5.1.2	La perception de la santé par la population	38
5.2	PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES DE SANTÉ REPÉRÉES PAR LES PROFESSIONNELS.....	40
5.2.1	Les addictions : alcool, drogues, médicaments, tabac.....	40
5.2.2	Les violences intrafamiliales.....	41
5.2.3	Les souffrances psychiques et les pathologies mentales.....	42
VI.	L'OFFRE DE SOINS	49
6.1	LA PERCEPTION DE L'OFFRE DE SOINS	49
6.1.1	Démographie professionnelle et ruralité	49
6.1.2	Les médecins généralistes	49
6.1.3	Les autres professions de santé ou paramédicales	50
6.1.4	Les représentations du médecin par la population	50
6.1.5	L'hôpital	51
6.1.5.1	Pour les professionnels : un discours contrasté sur l'hôpital.....	51
6.1.5.2	Pour la population : une perception globalement négative de l'hôpital	53
6.1.6	Offre de prévention.....	54

VII. LES OBSTACLES ET LES FACILITATEURS À L'ACCÈS AUX SOINS	57
7.1 LES OBSTACLES.....	57
7.1.1 Les obstacles financiers	57
7.1.2 Ruralité et mobilité.....	59
7.1.3 Ruralité et tabous	60
7.1.4 Obstacles relatifs aux pratiques professionnelles et à l'organisation des services et structures	61
7.1.5 Les obstacles relatifs à la population précaire : refus de soins et renoncement aux soins	67
7.2 LES FACILITATEURS	72
7.2.1 L'approche globale.....	72
7.2.2 Avoir le temps de l'écoute	73
7.2.3 Souplesse dans le fonctionnement des structures et services, non jugement et offre de services diversifiés dans un même lieu	73
7.3 LE RÉSEAU POUR CONTOURNER LES OBSTACLES ET FACILITER L'ACCÈS AUX SERVICES.....	76
7.3.1 Généralités.....	76
7.3.2 Les fonctions du travail en réseau	78
7.3.2.1 Favoriser le travail en transversalité entre les différents acteurs et champs d'actions du territoire.....	78
7.3.2.2 Renouer du lien entre usagers et professionnels.....	80
7.3.2.3 Faciliter le parcours thérapeutique : préparer les sorties ou les entrées en établissement, le retour au domicile ou l'orientation vers une autre structure.	81
7.3.2.4 Favoriser les orientations adaptées aux situations.....	81
7.3.2.5 Laisser le temps faire évoluer les situations et ne pas enfermer un individu dans un stigmatisme pathologique par une prise en charge restreinte : les multi-prises en charge	81
7.3.2.6 Éviter que des « situations préoccupantes » ne se dégradent et favoriser les regards différenciés sur une même situation.....	81
7.3.2.7 Prévenir l'usure des professionnels	82
7.3.3 Les outils d'élaboration du travail en réseau	82
7.3.4 Nécessité de maintenir les réseaux existants, besoin de créer d'autres réseaux.....	83
VIII. L'ATELIER SANTÉ VILLE	85
IX. CONCLUSION.....	89
X. PISTES DE TRAVAIL.....	91
10.1 LIRE LE TERRITOIRE	91
10.2 POPULATIONS SPÉCIFIQUES ABORDÉES PAR LES RÉPONDANTS.....	91
10.2.1 Précarité vécue et précarité désignée	91
10.2.2 Les femmes avec enfants	92
10.2.3 Les personnes âgées.....	92
10.2.4 Les personnes handicapées.....	92
10.2.5 Les enfants et adolescents	93
10.2.6 Les agriculteurs isolés.....	93
10.3 SANTÉ PERÇUE PAR LES PROFESSIONNELS ET LA POPULATION	93
10.4 PROBLÉMATIQUES SPÉCIFIQUES DE SANTÉ REPÉRÉES PAR LES PROFESSIONNELS.....	94
10.5 LA PERCEPTION DE L'OFFRE DE SOINS	94
10.6 OBSTACLES ET FACILITATEURS	94
10.7 LE RÉSEAU POUR CONTOURNER LES OBSTACLES ET FACILITER L'ACCÈS AUX SERVICES.....	95
XI. SYNTHÈSE	97

I. Rappel des principaux résultats de l'étude quantitative

Inscrits dans les contrats de ville 2000-2006, les ateliers santé ville visent à réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé et à améliorer l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de précarité.

Préalable obligatoire à toute démarche d'atelier santé-ville, le diagnostic local de santé a pour objectif d'améliorer la connaissance de la situation locale avant la mise en place d'actions adaptées aux spécificités du territoire. .

Le premier volet du diagnostic établi par l'Observatoire régional de la santé d'Auvergne a mis en évidence un certain nombre de constats au sein de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay et des trois communes prioritaires identifiées par le Contrat urbain de cohésion sociale (Cucs) : le Puy-en-Velay, Chadrac et Espaly-Saint-Marcel.

✓ Une population plus jeune qu'en Haute-Loire

Globalement, la population est jeune mais inégalement répartie sur le territoire, les populations les plus âgées se situant à l'ouest de la communauté d'agglomération.

En ce qui concerne les zones prioritaires du Cucs, la population est un peu plus âgée que celle du reste de la communauté d'agglomération au Puy-en-Velay, plus jeune à Chadrac et comparable à celle de la communauté d'agglomération à Espaly-Saint-Marcel.

✓ Une situation sociale fragile

La situation sociale des habitants de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay est moins favorable que dans le reste du département : le taux de chômage est élevé et la précarité financière est importante. Celle-ci est plus marquée au Puy-en-Velay, à Chadrac et à Espaly-Saint-Marcel, avec la présence de populations en difficulté : la part d'allocataires de la Caf à bas revenus est importante et en augmentation à Chadrac et Espaly-Saint-Marcel. De même, la part de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI), de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et de l'allocation de parent isolé (API) est élevée dans ces trois communes.

✓ Des problèmes de santé spécifiques

Globalement, il existe une sous-mortalité générale (toutes causes confondues) dans la communauté d'agglomération par rapport à la France métropolitaine. Au Puy-en-Velay, une surmortalité prématurée (avant 65 ans) est enregistrée par rapport à la France métropolitaine. La mortalité avant 65 ans est comparable à celle de la France métropolitaine à Chadrac et Espaly-Saint-Marcel.

L'analyse dévoile des problèmes de santé spécifiques concernant les troubles mentaux caractérisés par une surmortalité due à cette cause dans la communauté d'agglomération par rapport à la France métropolitaine. Ce résultat est renforcé par l'analyse de la part des nouveaux bénéficiaires d'une affection de longue durée (ALD) ayant pour motif les affections psychiatriques de longue

durée et par le montant moyen de remboursement de psychotrope par personne (ayant eu au moins un remboursement).

Les problèmes spécifiques dus aux troubles mentaux sont également confirmés dans les trois communes prioritaires identifiées par le Cucs.

✓ **Une offre de soins et d'équipements sanitaires et sociaux complète et diversifiée**

L'offre de soins et d'équipements sanitaires et sociaux (structures d'accueil des enfants, des personnes âgées, des personnes handicapées...) est complète et diversifiée. Elle est cependant inégalement répartie sur le territoire. Le sud et l'ouest de la communauté d'agglomération sont moins équipés en termes de structures d'accueil des personnes âgées, handicapées et d'établissements de santé que le reste du territoire. Ces inégalités se confirment en termes de professionnels de santé alors que la population la plus âgée est essentiellement située dans ces zones.

Ce diagnostic, basé avant tout sur des données quantitatives multi-sources et facilement mobilisables, permet d'établir les premiers constats sur la situation sanitaire et sociale des territoires observés et d'entrevoir les prémices d'actions à mettre en œuvre. Toutefois, l'accumulation d'indicateurs sanitaires et sociaux plus ou moins favorables ne doit pas occulter les dynamiques des politiques mises en œuvre au sein du territoire observé, la qualité de vie perçue ainsi que la perception de la santé, de la maladie et de l'accès aux soins, tant pour les professionnels que pour la population.

II. Introduction

Le diagnostic de santé est un outil au service d'une stratégie locale de santé publique et participe à l'identification ultérieure des grandes priorités d'action à mener sur le territoire.

Ce document constitue le second volet du diagnostic local de santé portant sur le territoire de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay. Il fait suite et complète le premier volet du diagnostic. Il a pour objectifs de mettre en évidence les grandes caractéristiques du territoire en matière sanitaire et sociale et d'être les prémices à la mise en place d'un atelier santé ville.

Le premier volet s'appuyant sur une méthode quantitative a dessiné un tableau statistique portant sur les caractéristiques sanitaires et sociales de la population ainsi que sur le maillage territorial, en termes de services et structures à disposition.

En complément de ce premier volet, une démarche qualitative consiste à recueillir et à analyser la parole des acteurs de terrain - professionnels de santé et du social, élus, bénévoles associatifs - et de la population. L'ensemble des propos offre un éclairage incontournable dans le cadre d'une démarche diagnostique.

Les principaux résultats de l'étude quantitative abordés par ce document sont :

- le territoire tel que perçu par les répondants ;
- les populations spécifiques dont il a été question ;
- la santé perçue par les professionnels et les usagers avec une insistance pour trois problématiques particulières : les addictions, la santé mentale et les violences familiales ;
- l'état de l'offre de soins, les facilitateurs et obstacles à l'accès aux soins ;
- les propos relatés sur l'atelier santé ville (ASV).

Des recommandations sont ainsi élaborées pour répondre aux enjeux repérés par l'analyse et soutenir des propositions pour l'ASV. Pour terminer, un rappel des principales recommandations est présenté.

2.1 La démarche participative

La démarche participative consiste en un processus d'implication d'acteurs aux intérêts et compétences diversifiés. Elle est un outil qui vise à permettre l'appropriation de la mise en place de l'atelier santé ville (ASV) par les dispensateurs et usagers des services.

Cette étape du diagnostic vise parallèlement à brosser un portrait des réalités spatiales et sociales d'un milieu afin d'en identifier les principaux problèmes et atouts dans le champ de la santé.

Il s'agit plus précisément de croiser les points de vue des professionnels sur le thème de la santé et celui des habitants, alors considérés comme experts en tant qu'usagers des services de santé, mais également en tant que citoyens disposant de différentes sources d'informations sur ce qui a trait à la santé.

2.1.1 Méthode

L'étude qualitative constitue l'aspect participatif du diagnostic et repose sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès :

- des personnes-ressources de ce territoire (élus, professionnels, représentants associatifs...) ayant non seulement une bonne connaissance des services locaux, mais également des habitants présents sur la communauté d'agglomération ;
- des usagers des services qui, par leurs propos, délivrent leurs perceptions et vécus ayant trait à la santé.

Cette phase du diagnostic se présente comme un élément constitutif de la dynamique de l'atelier santé ville (ASV) puisqu'elle permet d'informer les interviewés sur l'ASV et ainsi, de les inscrire en amont dans la démarche globale de mise en place de l'ASV.

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot, étape préalable à l'analyse de contenu. Celle-ci consiste en un découpage thématique des entretiens (déconstruction des discours) afin de mener une analyse transversale, c'est-à-dire de chercher une cohérence globale pour chaque thème abordé. Cette thématisation a été formalisée à l'aide du logiciel Weft-qualitative data project®.

La méthode par entretiens semi-directifs peut comporter le risque de biais de l'analyse. Ce risque est contenu par le suivi de règles méthodologiques strictes relatives au recueil et à l'analyse de données : support d'une grille d'entretien, enregistrement et retranscription mot à mot des propos, analyse thématique longitudinale et transversale.

À travers les entretiens, la répétition d'informations est recherchée (principe de saturation), lorsque des propos discordants ou trop contrastés sur une thématique apparaissent, il est de rigueur d'en chercher les explications dans la cohérence verticale (unité du discours).

Les thématiques qui constituent la grille d'entretien sont les suivantes :

- ✓ Comment expliquer les problèmes de santé spécifiques mis en évidence par l'étude quantitative sur le territoire telle la santé mentale ? Quels sont les publics concernés et quelle prise en charge leur est proposée ?
- ✓ Quels sont les obstacles à l'accès aux soins et à la prévention de la population de ce territoire ? Les populations en situation de précarité rencontrent-elles des difficultés particulières ?
- ✓ Quel est le lien entre la précarité sociale et les difficultés de santé sur ce territoire ?
- ✓ L'offre de soins existante sur le territoire répond-elle aux besoins de la population notamment précaire et ayant des problèmes de santé spécifiques ?
- ✓ Existe-il des zones territoriales (quartiers, villages...) nécessitant des services spécifiques ?
- ✓ Quelles améliorations souhaitées ?

De plus, bien que le choix des professionnels et élus rencontrés dans le cadre de ce diagnostic vise à représenter au mieux les différents services et structures présents sur le territoire, il ne peut toutefois prétendre à l'exhaustivité. Dès lors, lorsque des services ou structures sont nommés, c'est à titre indicatif ou en illustration d'un thème précis.

2.1.2 Les professionnels, les bénévoles et les élus

La parole des professionnels permet de saisir le sens et la signification que ces derniers confèrent à leurs actions, comment ils perçoivent l'organisation des services, quelles réalités côtoient-ils quotidiennement, quels sont les obstacles à leurs pratiques, les solutions pour les contourner et les besoins non comblés identifiés ?

Trente entretiens, majoritairement individuels (6 collectifs ont réuni de 2 à 5 professionnels) ont été menés. Au total, 43 professionnels (secteur médico-social et sanitaire), élus et bénévoles de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay ont été entendus. Les entretiens se sont essentiellement déroulés sur les lieux de travail des personnes interviewées.

2.1.3 La population

Parallèlement à la démarche de recueil de la parole de professionnels, élus et bénévoles, la participation de la population a été intégrée au volet qualitatif.

L'étude intègre six groupes avec la population. Pour des raisons pratiques, il a été décidé de faire la demande de participation auprès de responsables ou référents de groupes préalablement constitués. De plus, la période de recueil de données (vacances estivales) a constitué un obstacle supplémentaire à la mise en place des groupes. L'appui logistique du Codes 43 a grandement facilité les démarches et permis le travail auprès de la population.

Ainsi, les groupes interviewés (52 personnes au total) sont constitués de :

- 8 jeunes filles élèves du centre de formation d'apprentis (CFA) de Bains en 1^{ère} année BEP vente, âgées de 18 à 24 ans ;
- 18 personnes âgées participant à des activités organisées par la maison de quartier Guitard ;
- 7 femmes en alphabétisation à la maison de quartier Val-Vert (groupe majoritairement constituée de femmes maghrébines) ;
- 7 hommes en insertion par le travail, régie de quartier Guitard ;
- 6 personnes (5 femmes et 1 homme) de l'association « Vivre mieux » à Chadrac ;
- 6 personnes (dont 1 femme) ayant suivi un atelier « santé » financé par la Cram et mis en œuvre par une travailleuse sociale du CCAS du Puy-en-Velay.

Il s'agit de recueillir des informations portant sur les représentations de la santé et de la maladie, la perception de l'offre et de l'accès aux soins ainsi que celle de l'offre de prévention.

Pour obtenir ces données et cadrer l'échange, l'entretien est structuré autour de quatre axes :

- ✓ les perceptions et les représentations autour des thèmes de la santé et de la maladie : l'objectif est d'amener les participants à décrire d'une part, les différentes dimensions participant à leur propre définition de la santé et de la maladie, d'autre part, les comportements de santé ;
- ✓ l'information : qui délivre les informations (famille, milieu scolaire, corps médical, paramédical, média...) et de quelle manière ? Quelle compréhension de l'information livrée et quelle utilité ?
- ✓ l'accès aux soins : freins, obstacles, facilitateurs ;
- ✓ les solutions mises en place pour répondre aux besoins : l'objectif est de comprendre les différentes stratégies connues par les répondants en matière de réponse à des besoins de santé.

Si les groupes ont participé activement aux focus groupes, cette participation n'est pas homogène. Alors que la plupart des individus ont adopté une conduite plus ou moins active lors des groupes, un des groupes a saisi l'occasion pour exprimer colère et frustration, rendant difficile la menée de l'entretien collectif. Les personnes présentes ont globalement fait part d'un sentiment d'inutilité de la démarche, argumenté par des certitudes ayant trait au système de santé en général. Ainsi, si la démarche participative est assimilée à « *un coup d'épée dans l'eau* », c'est parce que « *tout le monde sait ce qui ne va pas* » mais « *personne ne peut rien faire contre le recul des acquis en matière de santé* ». C'est maintenant une « *médecine à deux vitesses* » qui est perçue où l'accès aux soins seraient directement liés aux moyens financiers. Ainsi, dans le domaine de la santé comme dans tous les autres, c'est « *l'argent qui décide et on ne va pas vers mieux* ».

Enfin, ces groupes ne sont pas l'occasion de recueillir des informations sur l'état de santé des personnes présentes. Ce thème touche en effet trop à l'intimité pour être abordé lors de ce type de rencontre et ne peut être abordé que par le biais des entretiens avec les professionnels.

III. Lire le territoire

Le projet de mise en place d'un atelier santé ville porte sur la communauté d'agglomération (CA) du Puy-en-Velay. Ce territoire est-il homogène en termes de population, de ressources et de problématiques ? La question se pose particulièrement pour les différents quartiers prioritaires ainsi que pour les communes les plus rurales.

Dans le discours des professionnels, la Haute-Loire se compose d'une partie urbaine, le Puy-en-Velay, décrite comme une « *petite ville* » et d'une partie rurale (Brioude, Saugues, Cayres, Yssingaux). Entre ces deux zones identifiées par les professionnels se trouvent les communes de la CA du Puy-en-Velay. Cette zone de transition comprend une population à tendance urbaine et une population à tendance rurale.

En première approche, les professionnels distinguent davantage le rural et l'urbain que les quartiers prioritaires et le reste de la CA.

3.1 Quel territoire d'actions ?

Alors que le territoire pressenti de l'ASV est celui de la communauté d'agglomération, cet espace demeure un territoire politique et non un territoire de pratiques qui serait intégré comme tel par les professionnels et par la population. En effet, les zones couvertes par les différents professionnels sont soit des secteurs (pour les assistants sociaux du conseil général par exemple ou encore la psychiatrie), soit des territoires de santé. La communauté d'agglomération n'est pas un territoire intégré dans la pratique des professionnels, à l'exception des dispositifs qui ne bénéficient qu'aux habitants de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay tel le plan local pour l'insertion et l'emploi (PLIE) par exemple.

Dès lors, à partir de ce constat de l'inexistence du territoire « communauté d'agglomération » dans la thématique santé tant sur le plan des représentations que des pratiques, il convient de confier aux ASV un travail de réflexion qui permettrait à chaque professionnel de prendre conscience de cette disparité entre territoire politique, territoire d'action et territoire symbolique.

Il convient en effet de « (...) *ne pas se laisser enfermer dans des limites institutionnelles et territoriales qu'on nous impose, (de) bouger les frontières, (de) garder une marge de liberté pour réfléchir, pour agir. Le bon territoire c'est celui du projet. Et il se confond rarement avec le territoire politique. La complexité est constitutive des politiques publiques comme l'est celle de la santé.*»¹

3.2 Le rural / l'urbain : quelle réalité ?

Il semble que la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay ait les atouts d'un territoire restreint : la visibilité, pour les professionnels, des situations problématiques et des acteurs présents.

¹ L'approche locale en santé ; Claude Bouchet ; in « Le temps de l'université d'été », juillet 2009, n°5.

« Nous on peut le mesurer parce qu'on est sur un département à échelle où on se rend compte des choses. Je me dis que sur des gros départements comme la Seine et Marne, la Seine St Denis, ça doit être beaucoup plus... Nous les cas ne sont pas plus faciles mais on en a un nombre qu'on peut compter. Et on se rend compte de l'évolution des choses. » [Ent_23]

3.2.1 Les communes rurales

Dans les communes plus rurales, il est fait état des agriculteurs célibataires chargés d'une petite exploitation ou encore de personnes âgées isolées (cf. paragraphes 4.3 et 4.6). Les personnes en difficulté, vivant en zones rurales, rencontrent des problèmes spécifiques. Plusieurs thèmes ont été avancés par les professionnels.

Les structures et services pour répondre aux besoins sont moins nombreux qu'en zone urbaine. Survient alors la question de la mobilité, d'autant plus prégnante lorsque des individus n'ont plus de permis de conduire :

« Le problème, c'est qu'on a un problème de mobilité parfois. C'est descendre sur le Puy pour accéder aux soins. S'ils ont des problèmes d'alcool, souvent ils ont une suspension de permis et qu'on est très mal desservi au niveau des bus donc tout de suite ça se complique pour accéder aux soins. Mais bon avec l'Anpaa, il y a quand même des éducateurs qui peuvent se déplacer et aller à domicile. On arrive à trouver des solutions. » [Ent_23]

Les possibilités de déplacement des professionnels sont ici une dimension essentielle de l'accès aux services et demeurent encore trop limitées. *« Effectivement, on demande au rural de trouver des solutions pour se déplacer mais on ne demande pas à la concentration urbaine d'essayer de faire des actions dans l'autre sens. » [Ent_12]*

Les individus seraient également plus déstabilisés lorsque des modifications interviennent comme le changement d'un médecin par exemple :

« Si je prends un village où le médecin de famille que la grand-mère avait connu est parti, là ils sont perdus. Aller voir un autre médecin c'est compliqué pour eux. Ça c'est un frein pour eux. Changer de médecin c'est compliqué. » [Ent_25]

En milieu rural, il semble que monter des structures se révèle toujours plus cher, plus compliqué : *« Tout est plus cher et compliqué. On voit bien même les petites structures qu'on veut monter en milieu rural sur l'accueil des jeunes enfants, c'est plus cher, c'est plus compliqué. » [Ent_12]*

Les logements insalubres : *« (...) mais encore dans les campagnes, vous trouvez des logements, (...), où il n'y a pas de fenêtre, pas de douche. » [Ent_2]*

Les aspects « facilitateurs » liés au territoire sont la présence restreinte de professionnels favorisant la coordination et le contact relationnel direct. Aux dires des interviewés, la population de ces zones rurales est aussi moins exigeante que la population urbaine :

« Je pense qu'on a quand même des gens aussi à la campagne qui sont un peu moins demandeurs et plus conciliants, sur la zone urbaine, un peu plus d'exigences en termes d'horaires, en termes de soins et sur la zone rurale on fait appel au Ssiad quand vraiment c'est nécessaire. » [Ent_2]

De ce fait, il est fait état d'interventions des professionnels plus « gratifiantes ».

« Après ponctuellement, ils sont un peu coincés mais c'est vrai que ce n'est pas les mêmes relations. Ils se connaissent tous. C'est un peu leurs clients, c'est plus compliqué de refuser.(...) C'est toujours un peu compliqué de mettre en place mais bon ils arrivent peut être plus à se « dépatouiller » quoi. »
[Ent_2]

3.2.2 Les communes urbaines

En zone urbaine, les problématiques sont quelque peu différentes sans pour autant être celles des grandes agglomérations.

« On a des comportements de notre patientèle qui sont plus un petit peu intermédiaires. Le Puy étant une petite ville, on est un peu à cheval entre le rural et l'urbain. » [Ent_20]

La communauté d'agglomération peut être décrite comme un territoire de transition entre ces deux milieux. Les communes, dont certaines présentent des caractéristiques rurales, bénéficient de la proximité du Puy-en-Velay pour l'accès aux structures ou services, en réponse aux besoins de personnes en situation de fragilité sociale : personnes âgées seules, agriculteurs âgés célibataires, familles monoparentales...

Enfin, la communauté d'agglomération abrite également des individus provenant de l'extérieur du département pour qui les problèmes d'isolement et d'absence de lien social sont encore plus prononcés : *« C'est quelqu'un qui vient de la région parisienne et qui est toute seule ici. Elle n'a personne. »* [Ent_25]. L'intégration dans ce territoire semble comporter des obstacles importants :

« J'ai quantité de personnes moi aujourd'hui qui viennent soit de l'étranger ou même de régions françaises. Dès qu'ils arrivent, ils sont perdus parce qu'ils ne connaissent pas le tissu économique, ils n'ont pas de relations sociales (...) j'ai l'impression qu'on est un peu des mormons mais c'est difficile de s'installer chez nous. J'ai l'impression que si la personne ne fait pas l'effort de s'intégrer, il ne va pas être forcément intégré de lui-même. » [Ent_15]

L'isolement est évoqué de manière paradoxale. Une partie des propos argumente sur l'isolement des personnes en zones rurales alors qu'une autre partie perçoit un isolement plus important en ville :

« Ils sont isolés dans la ville, ils sont vraiment très isolés. Alors qu'à la campagne, les voisins regardent si les volets sont ouverts, qui va faire un tour (...) En ville, c'est plus compliqué : les gens qui sont seuls, sont vraiment seuls. » [Ent_12]

Plus globalement, sans distinguer l'urbain du rural, l'isolement et les difficultés sont en auto-renforcement : *« C'est dire qu'on se rend compte que finalement plus les personnes étaient isolées plus elles avaient tendance à avoir de multiples problèmes. »* [Ent_15]

3.3 Les quartiers prioritaires

Les quartiers désignés prioritaires par le Cucs, principalement celui de Guitard et celui du centre ville, sont globalement décrits comme ayant des caractéristiques différentes du reste de la CA. Les autres quartiers, Val Vert, La Bouteyre à Chadrac et Espaly-Saint-Marcel sont nettement moins

cités comme quartier prioritaire par les professionnels. Cela peut être du aux territoires d'intervention de ces derniers, moins de professionnels intervenant spécifiquement sur ces territoires ont été rencontrés. Cela peut également signifier que ces trois quartiers présentent moins de caractéristiques spécifiques par rapport au quartier de Guitard et à celui du centre ville.

Le quartier de la Bouteyre à Chadrac « sur le plan social, ce quartier accueille aujourd'hui des populations en situation précaire dans des logements dont le niveau de loyer est un des plus faibles de l'agglomération. Progressivement, ce quartier est rentré dans une spirale négative : les demandeurs ont tendance à le rejeter, il accueille de plus en plus des « ménages captifs » et son image s'en ressent. Cette marginalisation du quartier est apparue à partir des années 1980. Les familles présentes à l'origine sont parties et ont cédé la place à une population plus fragile. En effet, 60 % des habitants sont des personnes isolées ou des familles monoparentales (18 %). Cette situation se traduit par des difficultés grandissantes pour les associations qui cherchent à atteindre les habitants du quartier ».²

À Espaly-St-Marcel, le quartier de l'Arbousset abrite une « population cosmopolite : français, marocains, algériens, roumains, bosniaques. Elle est composée de familles avec enfants, de familles monoparentales (mères seules), ainsi que de personnes âgées. »³

La spécificité du quartier Guitard réside dans la composition des habitants. En effet, la mixité sociale pourtant recherchée n'existe que peu. Le quartier est scindé en deux avec une zone pavillonnaire et une zone de logements sociaux. « Depuis quelques années, les bailleurs observent un regroupement important de certaines communautés sur le quartier : 25 % des familles sont d'origine maghrébine (essentiellement marocaine) et ces familles constituent 50 % des habitants. Ce marquage communautaire a pour incidence une stigmatisation du quartier par les autres communautés et une demande forte de regroupement de familles marocaines sur le quartier. »⁴

Dans le quartier du Val vert, on retrouve des familles et des mères de famille monoparentale en situation de grande fragilité financière ainsi que des personnes âgées.

Les quartiers Saint-Jean et du centre historique du Puy-en-Velay sont composés d'habitants en situation de précarité et d'une part importante de personnes âgées.

À l'écoute des professionnels, les quartiers du centre ville sont plus en difficulté que les autres avec des logements insalubres, des changements de population plus rapides qu'ailleurs (non enracinement d'une partie des habitants), une population plus demandeuse d'aide sociale. Le manque de solidarité est perçu, ce phénomène amplifiant celui de l'isolement pour une partie des habitants du quartier. La population du quartier centre ville serait plus consommatrice de services sociaux et moins inscrite dans des démarches d'accompagnement qui se déroulent le plus souvent

² Convention cadre ; Contrat Urbain de Cohésion Sociale de la Communauté d'Agglomération du Puy-en-Velay 2007-2009 ; p. 18

³ Convention cadre ; Contrat Urbain de Cohésion Sociale de la Communauté d'Agglomération du Puy-en-Velay 2007-2009 ; p.29

⁴ Convention cadre ; Contrat Urbain de Cohésion Sociale de la Communauté d'Agglomération du Puy-en-Velay 2007-2009 ; p.14

sur le long terme. La dépendance financière des femmes est particulièrement repérable sur ce quartier.

Une image différente est dessinée des autres quartiers prioritaires. Les répondants évoquent une solidarité plus importante, la présence et le soutien familial ainsi qu'un moindre appel à certaines aides sociales.

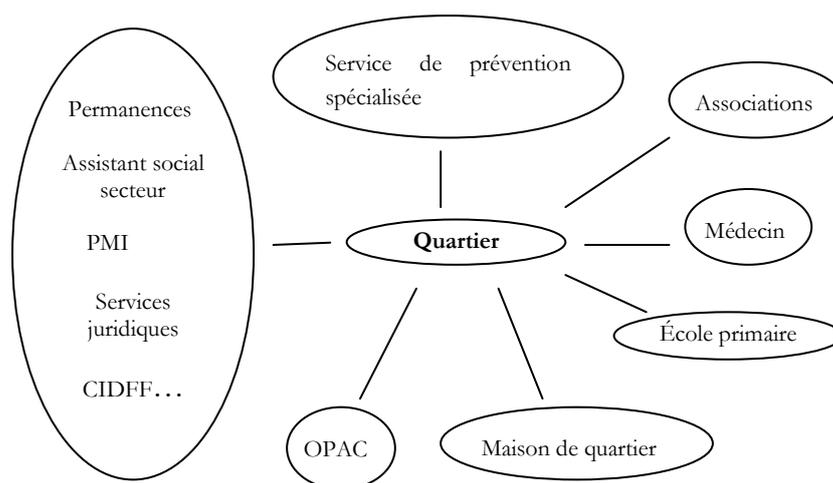
Dans l'ensemble de ces quartiers, la fragilité sociale des habitants et la précarité financière qui est importante nécessitent des services nombreux et variés mis en place dans le cadre conjoint de la politique de la ville et des services de santé de proximité comme les consultations de PMI par exemple. Dans tous ces quartiers, les maisons de quartiers, centre sociaux ou associations de quartiers sont des lieux pivots, fédérateurs d'actions communautaires favorisant l'intégration et le lien social.

3.3.1 Quartiers et services

Globalement, les quartiers correspondent à une histoire, une population, une identité. Ils ne sont pas décrits comme des lieux isolés. Les professionnels s'accordent sur le fait qu'une attention particulière est portée aux quartiers prioritaires que ce soit en termes financiers « *il y a des moyens spécifiques sur les quartiers prioritaires* » [Ent_3] ou en termes de présence de structures « *il y a le service social à proximité, ils ont presque plus de facilité à accéder à des services de secours.* » [Ent_2]

La présence de nombreux services ou permanences facilite leur accès. Sans être exhaustif, le schéma ci-dessous reprend les différentes structures citées et repérées par les professionnels sur les quartiers.

Schéma 1 : Caractéristiques des services présents sur les quartiers de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay⁵



⁵ OPAC : Office Public d'Aménagement et de Construction
PMI : Protection maternelle et infantile
CIDFF : Centre d'information sur les droits des femmes et de la famille

Les professionnels soulignent le large champ des besoins en accompagnement des habitants des quartiers. Leurs propos évoquent notamment des besoins qui ne se limitent pas au champ de la santé tout en le traversant : le social, la culture, la vie quotidienne.

Les interlocuteurs soulignent positivement les actions d'amélioration liées à la politique de la ville comme la démolition de tours dans le quartier Guitard.

3.3.2 Quartiers et changement

L'image des quartiers et de leurs populations ne sont pas des données figées. Un professionnel signale exercer « *dans un quartier qui a été classé zone sensible à une époque. Le quartier a évolué depuis. (...) On avait aussi à une époque une population très jeune, beaucoup d'enfants dans le quartier et ça, ça a énormément baissé d'une part parce que le secteur locatif s'est amoindri et deuxièmement les familles n'ont plus d'enfants en bas âge.* » [Ent_20]

Mais ce point de vue n'est pas partagé par tous. En effet, pour un professionnel, les modifications apportées aux quartiers « *décalent un peu la population.* » [Ent_23]

Ainsi, entre changements de population et changements structurels, le défi réside dans une adaptation permanente des projets aux évolutions des besoins de la population tout en assurant une certaine stabilité environnementale, dimension participant à la construction des repères dans les lieux de vie.

3.4 La mobilité

Une dimension traverse l'ensemble des discours, celle de la mobilité. Elle représente encore un frein non négligeable pour les populations les plus fragilisées, plus marqué en zone rurale qu'en zone urbaine.

La gratuité des transports en commun sur la CA pour les bénéficiaires de la CMU est un dispositif approuvé par les répondants même s'il ne peut, à lui seul, répondre aux besoins en termes de mobilité des habitants de la CA du Puy-en-Velay.

En zone urbaine, les problèmes de mobilité sont globalement liés à des difficultés physiques à se déplacer, à l'impossibilité de faire garder les enfants, à la contrainte des horaires de bus. Cela complexifie les déplacements. La gestion du temps peut se transformer en véritable casse-tête pour, par exemple, se rendre à un rendez-vous chez un professionnel de santé en transport collectif. Cela est particulièrement vrai pour les femmes ayant des enfants à charge. Pour exemple, le déplacement, l'attente avant consultation, la consultation et le retour peuvent demander un temps considérable pas toujours compatible avec la sortie d'école des enfants. Dès lors, se rendre à un rendez-vous médical en transport collectif demande de l'anticipation et le déploiement d'une organisation spécifique pas toujours aisée pour un public en difficulté.

Dans les zones les plus rurales, la question concerne davantage le manque de moyens de transport et concerne essentiellement les personnes âgées.

Enfin, bien que chaque quartier prioritaire offre une identité particulière, les quartiers Cucs, dans leur ensemble, sont des lieux où se concentrent de multiples problématiques, tout en bénéficiant

des apports de la politique de la ville sur lesquels peut éventuellement s'appuyer le développement des ASV. Les acteurs sont en lien et connaissent bien le terrain : « *Il existe dans chaque maison de quartier une réunion mensuelle des acteurs sociaux qui vont du champ de la santé à la prévention de la délinquance jusqu'à la justice, le social...* » [Ent_3]

IV. Les populations spécifiques abordées par les répondants

L'analyse du discours des professionnels permet de porter un regard diversifié sur les populations concernées par leurs activités.

4.1 La catégorie des « précaires » : mythe ou réalité ?

« La précarité (...) elle interroge beaucoup et les réponses ne sont pas simples. C'est effectivement parce que là on touche le devoir de service public. » [Ent_26]

Depuis le début des années 80, le terme « précaire » a été un des fondements de la mise en place de services spécifiques, que ce soit en termes d'accès aux soins de santé ou d'aide sociale. Il s'agit de prévenir la désaffiliation sociale ou d'en réduire les effets. Toutefois, la précarité est avant tout une catégorie théorique. Cette construction qui voudrait scinder la population en deux groupes, les précaires et les non-précaires, ne correspond pas à une réalité de fait. Le vocable précaire désigne des populations distinctes dont les besoins, les disponibilités et les souhaits ne sont pas toujours similaires. Il convient dès lors de poser la question de l'impact d'une désignation populationnelle justifiant la mise en place de services et/ou d'actions spécifiques alors même que l'homogénéité de cette population n'a pas d'existence en tant que telle.

La précarité est multidimensionnelle et peut être saisie par les caractéristiques des populations, les cheminements individuels, la transmission de la précarité... Elle relève également du vécu individuel, des conditions de vie sans moyen financier et de l'interprétation subjective de ce vécu.

Les professionnels rencontrés évoquent avec insistance ce public en difficulté : d'une part, il est le public-cible d'un nombre important de structures et services, d'autre part, ce public nécessite une attention plus importante.

« En tout cas, les familles en situation difficile sont celles qui nous mobilisent le plus parce que c'est toujours celles qui sont suivies par plusieurs professionnels. Les enfants sont souvent pris en charge en groupe et en individuel, les parents voient l'assistante sociale, les médecins les reçoivent régulièrement. C'est ceux qui ont le plus de rendez-vous. » [Ent_13]

La population en situation de précarité n'est pas localisée géographiquement. Elle n'est pas exclusivement associée aux quartiers prioritaires :

« On sait qu'il y a des quartiers plus marqués par la précarité mais pour autant, on en a un peu de tous les quartiers. Moi j'ai des gens très précaires qui sont dans des quartiers qui ne sont pas des quartiers prioritaires. » [Ent_2]

Selon les lieux d'exercices des professionnels rencontrés, les populations dites précaires peuvent être :

- ✓ de jeunes précaires qui prétendent, pour une partie d'entre eux, avoir choisi leur mode de vie ;
- ✓ des familles précaires ;
- ✓ des personnes âgées précaires ;

- ✓ des femmes en situation de monoparentalité précaires ;
- ✓ des jeunes filles monoparentales précaires. Ces dernières sont affiliées à une catégorie double : jeune et mère précaires. Cela pose la question de la définition de priorités d'actions : quel objectif ? Viser les besoins de l'enfant, ceux de la mère, ceux de l'adolescente en devenir d'adulte... ? Comment concilier et hiérarchiser les objectifs ? Comment travailler en cohérence autour de la mère et de l'enfant ? ;
- ✓ des hommes célibataires précaires d'âges divers ;
- ✓ des immigrés en situation irrégulière...

Dans la catégorie des précaires, il est aussi possible de distinguer différentes trajectoires et différents statuts. Pour exemple, le jeune précaire, parce que ses propres parents sont dans la pauvreté, peut avoir l'habitude de fréquenter des services de réponses aux besoins de base comme les restos du cœur. Cette figure de l'apprentissage de la pauvreté sait où aller et quoi dire pour obtenir des services dans le domaine de la santé et/ou du social. Se pose la question de la position de l'individu dans ce cheminement : où en est-il ? Est-ce une situation transitoire, une entrée dans la précarité adulte, une installation dans la précarité ? Les réponses à ces questionnements sont des cadres théoriques aux pratiques et vont orienter les choix d'actions.

Un constat est unanime, plus l'histoire d'un individu est associée dans le temps à la précarité, moins il va se préoccuper de ses besoins. Les situations de très grande précarité où tout devient secondaire en sont l'illustration.

Les professionnels rencontrés soulignent que l'accès aux soins est second après l'accès à la dignité, c'est-à-dire se vêtir, se nourrir, se coiffer, se loger, avoir un réseau social, des relations enrichissantes, être capable d'identifier ses propres besoins et les différents recours, avoir des stratégies de survie.

Les prises en charge recouvrent un large champ de besoins de la vie quotidienne dans lequel l'alimentation à une part importante :

« Comment ils peuvent réduire leurs dépenses aussi. Nous, on travaille beaucoup là-dessus. Sur le volet éducatif oui. Amener les gens à prendre conscience de leurs pratiques de consommation à tous les postes [de leur budget]. Où est-ce que je fais les courses, comment je me nourris etc. On a aussi quelques notions d'équilibre alimentaire et il me semble qu'il y a un axe aussi fort à travailler sur la précarité et l'alimentation. D'autant plus que l'aide alimentaire est très éclatée sur la Communauté d'Agglo et moi je me dis qu'il y aurait un travail de lien plus fort sur la question de l'alimentation, les coopératives d'achat et des choses comme ça. »

Autre aspect abordé est celui de la transmission générationnelle⁶ de comportements à risque susceptibles de donner naissance à des pathologies (alimentation, tabac, alcool...). Il est possible

⁶ « Les modes de vie : un canal de transmission des inégalités de santé ? », mai 2010. Disponible en ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes154.pdf>

de distinguer deux configurations-types de transmission. D'une part, il s'agit de la transmission de comportements par socialisation primaire⁷ (les parents boivent, les enfants boivent jeunes).

« L'alcool c'est... Ils sont plus âgés quand même. Il y en a qui ont même leurs enfants qui prennent le même chemin. » [Ent_23]

D'autre part, il y a des comportements à risque, par exemple chez des femmes enceintes ou encore des jeunes mères, qui impactent dans l'apparition de troubles spécifiques chez les enfants, notamment au niveau du système respiratoire, entraînant des consultations médicales fréquentes. Ce type de comportements à risque est, dans les discours, couramment associé au tabagisme et à l'alcoolisme.

Une autre thématique soulignée par les professionnels est le problème récurrent et transversal d'un rapport de l'individu souvent problématique aux structures et services d'accompagnement. Schématiquement, deux types de rapports sont décrits : l'enracinement et la désaffection.

« Après ils sont largués, ils s'isolent et on les oublie et ils se font oublier parce que c'est ça aussi, c'est un processus un peu morbide aussi. Justement pour des gens qui ont subi des tas de ruptures de lien comme ça dans leur vie, soit ils se manifestent tout le temps enfin même de manière exagérée, soit c'est généralement le repli sur soi. Après les gens ils crèvent psychologiquement et même physiquement de solitude quoi. » [Ent_11]

En contraste, une partie des individus en situation de précarité développe des stratégies de contournement de l'obstacle financier. Pour exemple, une professionnelle exerçant sur le quartier Guitard fait part de son étonnement à son arrivée sur ce territoire :

« Moi j'ai été surprise quand je suis arrivée, j'ai eu très peu de demande d'aide. Je pense qu'il y a des milieux parallèles. (...) Voilà c'est ce que je voulais dire c'est qu'effectivement il doit y avoir des moyens de substitution de récupérer de l'argent. » [Ent_23]

Enfin, le rapport entre travail, précarité et santé est mis en question par une répondante qui parle d'une forme de croyance qui associerait systématiquement travail et santé alors qu'il importerait de prendre en compte les capacités physique et psychologique des individus pour assumer un travail à plein temps :

« Je me rends compte de plus en plus qu'il y a une dimension où on va pousser de plus en plus de gens vers de l'emploi que ces gens là ont une capacité pendant un mois ou deux à donner le change et puis après ils s'écroulent, ils s'effondrent. » [Ent_15]

Enfin, parmi les populations précaires citées précédemment, les répondants ont mis en exergue le cumul des difficultés des femmes en situation de monoparentalité, des personnes âgées/handicapées, des enfants/des adolescents et dans une moindre mesure des agriculteurs isolés.

⁷ Processus d'apprentissage pendant l'enfance

4.2 Les femmes avec enfants

- Les femmes et plus particulièrement les femmes en situation de monoparentalité

De l'ensemble des femmes en situation de précarité, l'insistance sur les difficultés des femmes en situation de monoparentalité est marquante. Pour nombre de répondants, c'est un public en direction duquel il importe de concentrer les efforts. Les femmes élevant seules des enfants présentent des caractéristiques spécifiques : manque de disponibilité et de moyens pour le soin de soi et de sa santé, isolement social, difficultés du fait d'un manque de repères éducatifs, difficultés à trouver un emploi stable par manque de formation et de disponibilité.

En effet, du fait de leurs responsabilités, en tâches quotidiennes et présence auprès des enfants, les femmes ont tendance à prendre peu de temps pour elle, et par extension, pour leur santé. Cela est encore plus vrai pour les femmes en situation de précarité pour qui les questions relatives à leur santé passent après d'autres préoccupations.

« C'est assez féminin et c'est assez largement répandu pour le public en précarité, pour les femmes. Elles s'occupent du quotidien, de la famille et elles pensent à elle en dernier. Elles oublient de se reposer. (...) Le quotidien est tellement oppressant qu'elles oublient d'avoir un suivi chez le généraliste, le gynécologue (...) ce ne sont pas forcément de gros problèmes mais un manque de suivi donc on note effectivement des problèmes de santé. » [Ent_7]

Les femmes en situation de précarité cumulent les difficultés, financières, affectives, relationnelles. Certains répondants parlent de « *survie au quotidien* », illustrant leurs propos de cas concrets décrivant des journées organisées autour du rythme des enfants, des démarches administratives et de stratégies pour parvenir à répondre aux besoins de base des enfants avec des budgets restreints.

« Non ce n'est pas une méconnaissance ou un désintérêt mais c'est : je m'occupe du quotidien et de mes enfants et de tout un tas de choses et je m'oublie. J'oublie de me reposer et j'oublie mon suivi santé, de prendre du temps pour moi etc. C'est largement répandu au niveau de la société pour les femmes et on le note encore plus quand il y a une situation de précarité parce que les moyens n'étant pas là, on ne va pas au cinéma, on ne va pas chez le coiffeur. » [Ent_7]

Le travail des professionnels est aussi celui de l'aide à la parentalité qui fait quelquefois défaut.

« On s'aperçoit aussi que ce sont des femmes qui n'ont pas eu de références enfant (...) au niveau culturel, éducatif. Elles veulent bien faire mais elles ne savent pas faire (...) Elles n'arrivent pas à tenir les enfants ; ils font ce qu'ils veulent, le chantage affectif, les caprices. » [Ent_23]

Il est également question de

« La perte de transmission de génération en génération et (...) je ne crois pas que ce soit les mesures éducatives et tout ce qu'on peut mettre en place qui vont arriver vraiment à compenser ce défaut là. » [Ent_23]

De plus, ces « *mamans qui ont un tas de difficultés, cela provoque un isolement.* » [Ent_3]

La citation suivante illustre également parfaitement comment des répétitions d'échecs des réponses professionnelles conduisent à une fermeture de la personne sur elle-même et à l'arrêt de verbalisation des besoins :

« Et donc ces familles là font les frais du manque de racine et d'encrage et quand ça commence un peu à tourner vinaigre, au départ ils essayent de demander à droite à gauche, finissent par se retrouver avec tellement de retours soit de la famille soit des amis soit des professionnels de santé tellement classiques, inadaptés et cassants que, ils sont encore plus faibles, encore moins confiance en eux et que petit à petit, ils se referment sur eux-mêmes et que ça aboutit effectivement à des situations où après, on ne peut plus rentrer. » [Ent_14]

Comment, dès lors, accompagner les femmes dans leur parentalité, les aider à recréer un lien social souvent rompu par une histoire de vie chaotique et à sortir d'un isolement alimenté par un quotidien orienté vers les besoins des enfants et la survie ?

Un des objectifs de l'intervention sociale auprès de ces femmes est de leur permettre de sortir d'une temporalité de la résignation et de l'immédiat, de les aider à se projeter dans un futur différent. Cela peut passer par la formation, par le soin de soi ou encore le support administratif pour des demandes d'aide.

Ce sont la plupart du temps des femmes dont le faible niveau de formation rend l'accès à l'emploi compliqué. Les rares emplois disponibles relèvent pour une large part du champ de la restauration ou encore de l'entretien ménager. Ce type d'activité professionnelle, aux horaires atypiques, soulève une nouvelle difficulté, celle de la garde des enfants. En effet, les horaires des services publics de gardes collectives ne correspondent pas aux besoins de ces femmes. Le coût du recours à un mode de garde privé le rend inaccessible. Un des répondants indique que « *c'est une réflexion en cours actuellement sur le Puy-en-Velay au niveau de l'offre* » en soulignant que le but est « *d'éviter que les enfants restent seuls à la maison pendant que les mamans vont travailler quelques heures parce qu'elles ne peuvent pas faire autrement* »⁸. Toutefois, à défaut d'un maillage familial, une partie des femmes font preuve de stratégies de débrouillardise pour la garde des enfants « *c'est les copines, le voisinage...* »

À noter que « sur les quartiers prioritaires comme Val-Vert (...) il n'y a pas de structures de garde très proche du quartier. Pour une maman qui souhaite faire garder son enfant, c'était 1/2 heure de bus pour partir dans le centre ville. » [Ent_17]

Au-delà de ces multiples difficultés auxquelles font face les femmes avec enfants en situation de précarité, il convient de souligner leur aspect paradoxal. Les femmes se trouvent à la fois en état de fragilité sociale et psychique et sont simultanément capables de « *force* » et de « *combativité* ».

⁸ Cela constitue une des orientations du schéma départemental de l'accueil du jeune enfant en Haute-Loire qui propose de « Quantifier les besoins en modes de gardes atypiques et expérimenter des solutions innovantes pour répondre aux besoins repérés. Mettre en place une observation locale portée par les Relais Assistants Maternels. Formaliser un service de mise en relation entre parents et assistants maternels sur des demandes à des horaires atypiques. Assouplir les horaires d'ouvertures des structures d'accueil collectives sur des territoires ciblés. Expérimenter la garde à domicile pour des publics défavorisés en voie d'insertion. <http://www.caf.fr/web/Web431.nsf/VueLien/DIAGNOSTICSCCplusSCHEMAPETITTEENFANCE?opendocument>

- La relation fusionnelle mère-enfant

Autre point abordé, celui d'une relation fusionnelle entre la femme et l'enfant qui peut contrecarrer les projets d'emploi. Ceci est d'autant plus vrai jusqu'aux trois ans de l'enfant, alors que les allocations familiales permettent de couvrir en partie les besoins de la famille.

Il est alors nécessaire d'aider ces femmes à établir une forme de distance relationnelle vis-à-vis de l'enfant, « *les aider à faire ce passage* » et, pour cela, les orienter vers des structures qui prennent en charge les enfants avant trois ans.

- La violence conjugale

La violence conjugale est également abordée par les répondants.⁹

Les professionnels distinguent deux groupes de femmes subissant des violences : un premier groupe est constitué de femmes sans problème financier, un second groupe de femmes avec des difficultés financières. Les femmes sans problème financier réagissent généralement plus vite à des situations de violence conjugale. « *Elles se débrouillent* » pour les démarches de séparation et les changements de vie, font appel au réseau amical. A contrario, pour les femmes en situation de précarité, l'accompagnement psychosocial est un soutien important au moment d'une décision de séparation faisant souvent suite à un ultime épisode de violence. Ce sont des femmes en situation de détresse et de fragilité intense. Elles n'ont plus de repère, font face à une nouvelle vie avec, le cas échéant, leurs enfants à leur côté. Cela crée un sentiment d'insécurité qui peut avoir des conséquences sur le bien-être psychologique des enfants. Les professionnels sont là pour aider ces femmes à vivre ce passage difficile, à organiser leur nouvelle vie, à reconstruire, « *à débroussailler* », à hiérarchiser et prioriser les actions à entreprendre, à distinguer les différentes dimensions de la situation vécue : l'administratif, le logement, la formation ou l'emploi. De plus, l'insistance sur l'importance de la présence humaine et d'une approche sécurisante est mise en avant par les répondants.

« Une femme qui est victime de violences (...) il y a la coquille mais à l'intérieur, c'est en miettes. (...) une femme qui est victime de violences, elle gère son quotidien et en plus, elle gère sa survie et celle de ses enfants, elle n'existe plus. » [Ent_7]

Dans certains cas, il s'agit de situations d'urgence qui demandent réactivité et moyens pour loger et quelquefois protéger temporairement femmes et enfants. Ces situations sont paradoxalement des moments importants qui marquent une rupture avec la situation antérieure, une période de « *mise à plat des difficultés et de temps pour soi* ».

« Elles disent que c'est un moment où du coup, c'est l'occasion de prendre soin d'elles et par ce biais là, de permettre aussi aux enfants d'être pris en charge. » [Ent_19]

Ces étapes favorisent l'activation de démarches administratives et de santé. Des aides exceptionnelles sont d'ailleurs prévues pour une prise en charge rapide des problèmes de santé, notamment pour le paiement des frais de consultations médicales quand des femmes, sous le

⁹ Cf. paragraphe 5.2.2

choc des évènements, refusent d'aller aux urgences par exemple. Les aides exceptionnels peuvent s'appliquer également en cas d'absence de couverture sociale.

« L'épouse n'avait pas spécialement de dossier sécu perso. Elle vient éventuellement d'un autre département. Je vous en passe et des meilleurs. » [Ent_19]

- Les jeunes mères en situation de précarité

Les jeunes mères précaires présentent des caractéristiques particulières pouvant avoir des répercussions sur leur santé ainsi que sur celle de leurs enfants. Le suivi des grossesses permet de repérer des « *jeunes mamans totalement démunies* », isolées socialement et familialement, ne sachant pas comment s'occuper de leurs enfants et d'elles-mêmes.

Le repérage précoce permet de mettre l'accent sur l'accompagnement à la parentalité tout en se préoccupant de la santé mentale des jeunes mamans. Les propos des professionnels insistent sur la nécessité de rompre l'isolement des jeunes mamans en créant autour d'elles un réseau de professionnels afin que les situations très problématiques ne se transforment pas en situations « *dramatiques* » comme l'évoque une intervenante à propos du suicide d'une jeune maman pourtant en lien avec différents services pour elle-même et ses enfants.

Les consultations PMI occupent un rôle central en matière de repérage de situations préoccupantes, de troubles de comportements chez l'enfant notamment.

- La pratique sportive

Il est également question d'un autre aspect, moins problématique que ceux précédemment évoqués, celui de la pratique du sport.

« On remarque que souvent, il n'y a pas de structure pour elle. À partir du moment où elles ont un ou des enfants, elles arrêtent parce qu'il faut bien gérer les enfants. » [Ent_24]

De plus, la grossesse et l'accouchement sont aussi des périodes de rupture par rapport à la pratique d'un sport.

« Il y a souvent prise de poids et elles n'ont pas envie de refaire du sport parce qu'il faut quand même se mobiliser après une grossesse et pour les femmes, c'est souvent un point de décrochement en fait. » [Ent_17]

4.3 Les personnes âgées

Dans les discours recueillis, la catégorie des personnes âgées n'est pas homogène. Ainsi, les personnes âgées peuvent être des jeunes retraités socialement actifs, des retraités aux faibles revenus confinés dans un environnement limité, des personnes très âgées entrées dans la dépendance.

Ces différentes catégories de retraités appellent des services diversifiés, notamment des activités répondant aux besoins des jeunes retraités :

« Alors ce lien là quand on est jeune retraité, est-ce qu'on a vraiment envie de se rapprocher des gens qui ont 80 ans. C'est ça qui est difficile. (...) C'est des vieux moi je ne suis pas vieux...Oui. C'est vraiment de la problématique de fond des Clubs du 3^{ème} âge ou alors il faudrait créer une autre structure en rapport avec l'âge, mais ce ne serait pas non plus très bien. À partir de 80 ans, on va au Club du 3^{ème} âge, avant on va dans une autre structure qui serait plus dynamique. » [Ent_6]

Entre les jeunes retraités et les personnes très âgées, les professionnels notent une relative absence de lien et d'identification. Pour certains, participer à des activités dédiées aux personnes âgées est inenvisageable : *« Oh non, si c'est pour me retrouver avec des personnes âgées qui n'arrêtent pas de se plaindre, moi ça ne me plaît pas ».* [Ent_24]

Un autre aspect abordé par les professionnels est celui des besoins spécifiques liés à l'avancée dans le vieillissement : solitude, dépendance médicamenteuse, traumatisme de l'entrée en institution ou encore fragilité économique.

Si la question de l'isolement n'est pas exclusive à la personne âgée, elle est cependant plus complexe et plus préjudiciable pour cette catégorie de population. Elle se rencontre aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain :

« Ce qui peut paraître un paradoxe, c'est qu'on peut être dans une zone très rurale avec des gens isolés d'un point de vue géographique et qui peuvent avoir du lien social avec les voisins. A contrario on peut être dans un milieu urbain où on habite dans un immeuble où il y a beaucoup de voisins et on peut avoir un isolement social très important parce qu'on ignore que cette personne vit là depuis très longtemps et que ça bouge beaucoup dans les immeubles. » [Ent_1]

De plus, en ce qui concerne les personnes âgées habitant en zone rurale, il semble que la demande de soins se fasse plus tardivement et que les personnes âgées adoptent moins une attitude de consommation de services qu'en zone urbaine comme l'illustre les propos suivants :

« Je pense qu'on a quand même des gens aussi à la campagne qui sont un peu moins demandeurs et plus conciliants, sur la zone urbaine, un peu plus d'exigences en termes d'horaires, en termes de soins et sur la zone rurale on fait appel au Ssiad quand vraiment c'est nécessaire. » [Ent_1]

L'amélioration alors envisagée passerait par des outils de dépistage de situations problématiques avant leur détérioration. Ce point converge avec le suivant qui relève le rôle fondamental des services à domicile en tant « qu'alarme » auprès d'autres services (tutelles, portage de repas, aide ménagère...). En effet, un des premiers problèmes relevés par les professionnels est le refus, voire le déni d'une situation de dépendance.

« Donc ce qu'on entend principalement, ce qui exprime assez la vieillesse c'est accepter sa situation de dépendance, souvent ils nous disent « Ben écoutez si on fait appel à vous, c'est qu'on ne peut pas se débrouiller et que malheureusement on aurait bien aimé s'en passer mais bon la vieillesse étant là, on a des difficultés à se mobiliser... ». Je crois que la première plainte chez une personne âgée c'est accepter sa dépendance et de devoir faire appel à des personnes (...) » [Ent_1]

Le **maintien des liens sociaux** est un déterminant fondamental d'une bonne santé des personnes âgées. Les propos des répondants insistent sur la nécessité d'anticiper cette absence de socialité en travaillant en amont de celle-ci.

Il existe un réseau formel ou informel entre les services de soins à domicile et les autres services d'aide aux personnes âgées. Toutefois, il semble qu'une amélioration des services rendus peut être réalisée en mettant en contact les professionnels médico-sociaux qui interviennent directement auprès des personnes âgées et le monde associatif, constitutif de l'environnement proche de la personne. Il s'agirait en fait de multiplier les attentions sur les besoins et surtout, les limites de la personne âgée afin d'éviter des situations d'isolement lors d'un évènement particulier (décès du conjoint, maladie...).

La qualité de vie affaiblie par l'inadaptation de l'habitat joue également sur l'état de santé psychologique et physique des personnes âgées en limitant les sorties :

« (...) Les gens aiment beaucoup sortir et qu'on constate qu'il y a beaucoup de personnes qui sont dans des immeubles en étage et où il y a des demandes de dossiers pour déménager pour aller sur des rez-de-chaussée pour pouvoir sortir, souvent ça c'est une demande surtout là quand arrivent les beaux jours « ho la la si je pouvais sortir » C'est vraiment des choses importantes pour eux, sortir à l'extérieur, être accompagné, pouvoir avoir quelqu'un. » [Ent_1]

Quel que soit le lieu de vie, la question de la relation domicile, hôpital et institution est récurrente. Le vieillissement est trop souvent traité dans l'urgence, source de situations traumatisantes. Il s'agit dès lors d'anticiper au mieux les aléas du vieillissement et d'associer les personnes âgées aux décisions les concernant, qu'il s'agisse d'une hospitalisation, d'un placement en maison de retraite ou d'un changement de domicile. Il est important d'aider les personnes âgées à faire leur propre choix et de les accompagner dans la mise en œuvre de ces choix.

Le maintien à domicile des personnes âgées est la solution à privilégier.

« Pour des gens, il suffirait qu'il y ait quelqu'un qui passe les voir dès que nécessaire, 3 à 4 fois par jour, qui analyse la situation, qui sache quel est leur état de santé, quel est leur état de dépendance et à ce moment là pouvoir mettre en place des aides soit par des kinés soit par des auxiliaire de vie et que ces gens puissent en toute sécurité rester chez eux. Bien souvent le maintien à domicile est pour moi primordial pour la personne âgée, tant que la personne peut rester à domicile c'est ce qu'il y a de mieux pour elle, mais ce qui fait que cette personne passe en institution c'est bien le fait qu'elle ne peut plus rester seule au sens physique du terme. » [Ent_6]

Lorsque l'institution devient la seule solution possible, la préparation au changement est un gage de réussite. Celle-ci permet de rassurer la personne âgée en mettant en œuvre des pratiques d'accompagnement à l'intégration dans un nouvel environnement de vie.

« Je pense que pour une bonne intégration en institution, il serait bien que les personnes âgées se fassent une opinion, passer une après midi en institution, voir comment ça se passe, voir un peu l'environnement. Parce que finalement c'est assez brutal. » [Ent_1]

Autre thème abordé, celui de **la surconsommation de médicaments** des personnes âgées, en particulier de psychotropes. La MSA est engagée dans des actions de prévention auprès de ce public, affilié à la MSA ou non. Globalement, les personnes rencontrées lors de ces séances sont soucieuses de leur santé, mais *« ce qu'on remarque souvent, ils ont une forte consommation médicale et ils sont étonnés. » [Ent_6]*

Les professionnels souhaiteraient mieux comprendre les mécanismes donnant lieu à cette surconsommation médicamenteuse. Cette analyse nécessiterait de saisir la dynamique relationnelle établie entre le médecin traitant et son patient, les attentes réciproques, les prescriptions qui semblent parfois inappropriées tout comme la gestion de l'angoisse ou de l'anxiété de certaines personnes âgées chez qui la prescription représente une forme d'apaisement.

La question du mal-être psychologique des personnes âgées ne peut être ignorée. En dépit du fait que ce mal-être est trop souvent négligé ou obliéré, la pharmacologie utilisée à bon escient apporte des réponses satisfaisantes pour une partie des personnes âgées. Une étude récente réalisée par l'observatoire régional de la santé de la région Centre portant exclusivement sur l'anxiété des personnes âgées fournit des informations pertinentes sur ce sujet :

« La dépression de la personne âgée est fréquente, le plus souvent non diagnostiquée et non traitée. Elle est souvent masquée et sans tristesse exprimée. Ses conséquences sont lourdes, tant sur le plan relationnel intergénérationnel que sur le plan humain (...). 60 à 70% des symptômes dépressifs des personnes âgées sont négligés, méconnus ou mal pris en charge. Environ deux tiers des malades ne sollicitent pas d'aide alors que 80 % des patients âgés déprimés tirent profit d'une assistance médicamenteuse ». ¹⁰

L'alimentation des personnes âgées est un sujet problématique pour les professionnels. Une partie des personnes âgées n'a pas une alimentation équilibrée, mange trop ou trop peu.

Des actions relatives à ce thème existent notamment avec les « Ateliers du bien vieillir » proposés aux personnes âgées par la MSA. Ces ateliers permettent aux personnes âgées de comprendre leurs « *comportements vis-à-vis de l'alimentation : ils mangent trop le soir ou qui ont des impacts sur leur santé et ça ils s'en aperçoivent.* » [Ent_6]

Les craintes des personnes âgées concernent les transformations socio-économiques les touchant directement comme la question des remboursements des médicaments et des transports, point d'autant plus problématique en zone rurale ; la diminution du nombre de médecins généralistes et de professionnels de proximité parce que « *un médecin c'est quand même rassurant quand il n'est pas très loin.* » [Ent_6]

L'insalubrité des logements est une autre préoccupation. En effet, sans qu'il soit possible d'évaluer le nombre exact, des personnes âgées vivent depuis des années dans des logements vétustes comme l'illustrent les propos suivants : « *On a pris une dame (...) en charge au mois de novembre sur le Puy-en-Velay dans un appartement où il n'y avait pas d'eau chaude, pas de chauffage pas de frigo. Il y faisait 8°C.* » [Ent_1]

De plus, les professionnels insistent sur le manque de structures intermédiaires entre la médecine de ville et l'hospitalisation. Cette carence donne lieu à un parcours complexe de la personne âgée, de l'hôpital au retour à domicile ou dans la famille ou bien en soins de moyens séjours (SSR). Ces changements dans le parcours de vie participent à la détérioration de l'état physique et

¹⁰ « L'anxiété des personnes âgées orléanaises : Sujets d'inquiétude et impact dans la vie quotidienne », Observatoire Régional de la Santé Centre ; 2005, p5.

psychologique. De plus, le schéma gérontologie 2009-2013 établit également le constat que « dans certaines situations complexes, la coordination des intervenants est défaillante ».

« Ils deviennent de plus en plus âgés et dépendants et on a quand même des circuits un peu bizarres. C'est-à-dire que c'est les 3 mois en maison de moyen séjour, après c'est la mise en maison de retraite mais il y a un problème financier qui se pose très rapidement. Donc souvent il y a un retour dans le milieu familial, détérioration de l'état parce qu'il n'y a pas suffisamment de personnes auprès de la personne âgée. Détérioration de l'état et retour à l'hôpital, moyen séjour à nouveau etc. Vous voyez, il y a un genre de circuit qui se passe et qui pour moi est dû au manque d'une structure qui puisse stabiliser ces personnes qui sont sans arrêt dans ce circuit. » [Ent_6]

4.4 Les personnes handicapées

Le handicap constitue un état particulier de santé. Si peu de répondants abordent cette population particulière (4 sur 30), l'analyse de leurs propos délivre des informations en lien direct ou indirect avec la thématique santé.

En premier lieu, une distinction est faite au sein du groupe des handicapés entre les adultes et les enfants. En effet, d'une part, leurs besoins diffèrent, d'autre part, le soutien de l'environnement familial est différent. Enfin, les adultes et les enfants handicapés n'ont pas accès aux mêmes services. « On se rend compte que dans une famille, les parents se mobilisent davantage pour leurs enfants (...) handicapés, que les enfants pour leurs parents vieillissants et souffrant de handicap. » [Ent_1]

Un enfant handicapé a un « *entourage beaucoup plus mobilisé* », dispose d'un maillage de services et de structures pour répondre à ses besoins en termes « *d'accompagnement pour tout ce qui est social et intégration scolaire* » (scolarité, activité sociale (Sessad¹¹) et sportive (direction départementale de la jeunesse et du sport)).

En ce qui concerne les personnes adultes handicapées, l'offre de services est plus limitée¹², même s'il existe de « *grosses associations et que par elles, il y a de belles choses qui se sont mises en place pour le handicap* ». [Ent_1]

Le logement pour les personnes adultes handicapées participe à la qualité de vie. Le foyer Vellave peut répondre, dans certaines limites, à des demandes d'adaptation de logement. Sur le plan de l'offre de services, la création des MDPH¹³ permet centralisation et coordination. La CAF sert également de maillon en termes d'orientation ou d'aide aux démarches administratives :

« Il peut y avoir des personnes qui ont déjà une allocation adulte handicapé ou une pension d'invalidité mais qui ont besoin d'aide pour d'autres démarches et il y a aussi des personnes qui viennent pour faire des demandes. Elles ont tellement de difficultés qu'ils ne savent pas comment faire pour monter les dossiers de demande d'allocation. Alors là, on les oriente vers la MDPH. » [Ent_17]

¹¹ Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile.

¹² Pour exemple, le Ssiad ne dispose que de cinq places pour ce public.

¹³ Maison départementale des personnes handicapées.

La santé de la personne handicapée est intimement liée à l'acceptation de son handicap pour un adulte car « *on peut toujours se trouver devant une personne qui refuse d'admettre son handicap* » [Ent_1], et à l'acceptation du handicap d'un enfant par les parents. Quelquefois, « *c'est tout un cheminement psychologique pour les parents à réaliser le handicap de leur enfant* » [Ent_17]. Il revient aux intervenants des différents services d'accompagner et de soutenir les individus dans ce travail d'intégration de la réalité du handicap.

Enfin, la direction départementale de la jeunesse et du sport est particulièrement sensible à la problématique du handicap. Il peut s'agir de comprendre qu'« *il y a des gens qui ont plutôt envie de se retrouver entre personnes handicapées et au contraire, d'autres qui ne veulent pas du tout être avec des personnes handicapées et il y a des gens qui ont besoin des deux.* » [Ent_24]

Un travail a été réalisé pour l'intégration des personnes handicapées dans les associations sportives. La direction départementale de la jeunesse et du sport devient alors un maillon intermédiaire entre les handicapés et les associations sportives. Cela peut consister à proposer des formations auprès des éducateurs sportifs par exemple.

Une partie du milieu médical peut également penser qu'il existe une incompatibilité entre la pratique d'un sport et un handicap. Dans ce cas, c'est aussi Jeunesse et sports qui informe le personnel médical sur les capacités sportives de tel ou tel individu.

4.5 Les enfants et les adolescents

Les professionnels rencontrés parlent selon leur lieu d'exercice :

- ✓ des enfants, adolescents en général ;
- ✓ des enfants et des adolescents ayant des problèmes de santé avérés ;
- ✓ des adolescents entrés dans ou sur la voie de la délinquance ;
- ✓ des enfants ou adolescents dans un contexte de précarité familiale.

Il est dit que la majorité des enfants et des adolescents vont globalement bien. « *Au niveau santé, quelques problèmes de santé effectivement. Quelques pathologies relativement lourdes mais bon c'est plutôt bien quoi.* » [Ent_10]

Les répondants abordent différents aspects : un rapport au temps spécifique, une nécessaire diversification des ressources, des problèmes spécifiques à cette population, de la prise en charge d'adolescents souffrants de pathologies avérées, de la prise en charge du mal-être, de la souffrance psychique et enfin, les aspects liés à la petite enfance et à la parentalité.

Le rapport au temps des adolescents diffèrent de celui des adultes. Ainsi, les adolescents fréquentent davantage les structures où le premier contact est rapide, sans attente, sans rendez-vous et anonyme (centre de planification, le planning familial, la maison des adolescents...).

« *On a quelques adolescents mais pas beaucoup parce que ça demande des moyens et une rapidité de rendez-vous qu'on n'a pas.* » [Ent_13]

La diversification des ressources est nécessaire afin que les adolescents puissent faire des choix. En effet, le fait d'imposer ou d'obliger ne sont pas des méthodes pertinentes pour que des adolescents ayant besoin d'aide ou d'information fréquentent des services ou structures.

Différents signaux d'alerte sont énoncés. Les usages abusifs d'alcool et la consommation de drogues par les adolescents est un sujet qui traverse les discours. Parallèlement, il est question principalement :

- ✓ des problèmes liés au stress : somatisation (migraine, problème de sommeil, de difficultés d'attention dans la journée). L'analyse transversale des discours des professionnels livre des informations sur les causes supposées du stress des adolescents et jeunes adultes. Pour certains, la société est anxiogène. Le contexte socio-économique défavorable, les incertitudes quant à l'avenir seraient générateurs de stress. Pour d'autres, ce sont les attentes trop importantes du monde des adultes : *« on a souvent tendance à exiger de ces jeunes plus que ce qu'ils peuvent nous donner. Je pense que le stress est généré un petit peu par ça. »* [Ent_6]

Pour un autre répondant, il s'agit selon les cas d'*« angoisses liées à la scolarité. Des situations familiales parfois difficiles aussi (...) donc ils ne sont pas forcément complètement disponibles pour travailler. Il y a des élèves qui travaillent aussi le week-end pour avoir de l'argent de poche. »* [Ent_10]

Le lien entre stress, angoisse et la précarité financière est de nouveau souligné par un autre professionnel : *« on a des jeunes qui sont de plus en plus stressés, qui ont de plus en plus de difficultés de précarité financière, ça c'est vrai aussi. »* [Ent_6]

L'ensemble de ces facteurs peut participer d'un état de *« fatigue chronique »*, de lassitude générale qui peu à peu, est susceptible d'engendrer des problèmes de santé. De fait, les adultes doivent pouvoir répondre à un besoin important de la part des adolescents *« d'être stimulés, soutenus, encouragés, motivés »*. [Ent_10]

- ✓ de questions sur la sexualité (contraception, contraception d'urgence, interruption volontaire de grossesse...). Il est question d'une prévention qui ne parviendrait pas à ses objectifs et de tabous qui entraveraient l'accès aux services.

Prise en charge d'adolescents souffrants de pathologies avérées

En ce qui concerne les réponses aux besoins des enfants et adolescents souffrant d'une pathologie avérée, physique ou mentale, les professionnels des structures spécialisées évoquent des difficultés à différents niveaux : repérage, diagnostic, prise en charge, suivi de fin de prise en charge (et/ou orientation de l'enfant vers une structure adaptée).

De plus, il est fait état d'un manque de professionnels ou encore d'un manque de formations qui permettrait un repérage des problématiques. Les professionnels ne sont pas tous sensibilisés de la même manière aux troubles du comportement, aux troubles psychiques, au repérage des situations familiales problématiques... Il en est notamment fait état lorsqu'il s'agit de troubles concernant les enfants.

« Il y a 1 enfant sur 20 qui naît et qui est concerné par une difficulté ou majeure ou moins importante mais nécessitant le soutien d'une structure spécialisée. Ce n'est quand même pas rien, 1 sur 20. Ce n'est pas complètement anecdotique. » [Ent_8]

Il est fait état d'un réel problème de repérage des troubles du comportement de l'enfant. La citation suivante fournit des explications détaillées sur les différentes causes de cette carence de

repérage et propose indirectement le possible en termes d'amélioration : former, informer, travailler en réseau.

« Il y a par exemple beaucoup de généralistes qui banalisent les troubles du comportement parce qu'ils ne savent pas quoi en faire et qui ne les traitent pas. Généralistes ou autres, c'est pareil pour tous les professionnels de santé d'une manière générale. Quand on ne sait pas quoi faire de quelque chose de complexe, tous ces troubles du comportement ayant tous une composante liée aux difficultés éducatives ou quasiment, quand on est médecin, on ne sait pas traiter ça. Le 2^{ème} argument pour l'accès aux soins, c'est la difficulté de représentation de ces troubles de santé là, la 3^{ème} c'est le fait que les professionnels d'une manière générale, ne sont pas masos à aller mettre sur la table des discussions avec les parents là où ils ne savent pas répondre. Donc on ne traite, par définition et spontanément et heureusement que c'est comme ça, l'être humain est comme ça, ne va ouvrir un dialogue sérieux sur ces questions là que si il a une hypothèse de réponse ou un réseau suffisant pour donner une réponse pertinente derrière. » [Ent_14]

Lorsque le diagnostic est posé, l'orientation faite et la prise en charge débutée, ce peut être le suivi de la prise en charge et la sortie qui posent problème. Quelquefois, il arrive que la fin de prise en charge ne soit pas en adéquation avec les besoins réels de l'enfant ou de l'adolescent mais corresponde plus à des mécanismes financiers ou encore aux limites temporelles des capacités d'accueil d'une structure.

Mal-être, souffrance psychologique chez l'enfant ou l'adolescent

Plus globalement, les professionnels intervenant auprès de cette tranche d'âge signalent la tendance à psychiatriser les problèmes des enfants ou des adolescents. Cette tendance engendre une attente parfois démesurée de la prise en charge psychologique, voire psychiatrique alors que les réponses aux difficultés ne se limitent pas au champ de la santé mentale. Il s'agit ici d'identifier en quoi les problèmes de santé mentale sont causes ou conséquences de difficultés et de favoriser des réponses globales et coordonnées entre les différents professionnels (sanitaire, social...).

La réponse aux besoins des adolescents, notamment lorsqu'il s'agit de prise en charge psychologique est problématique. La maison des ados, avec un accès sans rendez-vous, semble combler en partie les besoins.

« Comment on gère, des fois ça ne correspond plus et l'élève n'a plus envie d'y aller. C'est pour ça que la maison des ados a peut être un avantage (par rapport à ça) c'est qu'on peut leur dire tu peux y aller tout de suite et sans rendez-vous. » [Ent_10]

Cette facilité d'accès à un professionnel pour parler de souffrance psychologique est essentielle, d'autant plus qu'il est dit que les adolescents ont plus de difficultés que leurs homologues féminines à parler de leur intimité et à s'engager dans un suivi à long terme.

« Les ados garçons ne vont pas en consultation ou très peu ou en tout cas (...). La porte d'entrée d'une consultation basée principalement sur les changements et la réflexion sur le pourquoi on en est et là pourquoi on fait ça et comment ..., ce n'est pas une porte d'entrée qui convient aux garçons adolescents. Ils peuvent rencontrer anonymement un éducateur, ils peuvent téléphoner si ça ne va pas mais venir toutes les semaines rencontrer quelqu'un pour discuter, c'est une démarche qui ne leur convient pas très bien. » [Ent_13]

La parentalité

La parentalité est un autre thème que traversent les discours avec quatre types de soutiens identifiés :

- un soutien pratique : les professionnels identifient les informations qui pourraient être délivrées aux parents sur le développement de l'enfant, les soins, les moments clés comme l'entrée à l'école ou encore l'importance des repères dans la vie d'un nourrisson, d'un enfant...

Le soutien à la parentalité ne peut reposer sur un modèle unique. Il doit tenir compte des différentes configurations familiales. De plus, « *ce qui marche très bien, quand le parent est stable, solide et demandeur, c'est logique, ça fonctionne mais qui ne marche plus du tout dès qu'on est dans des constructions familiales fragiles comme ça.* » [Ent_14]

La PMI s'appuie sur un outil qui se présente sous la forme d'un livret d'information¹⁴ destiné aux parents.

- un travail de repérage des enfants de familles en difficultés socio-économiques. Cela nécessite le ciblage des personnes isolées, en difficultés affectives et sociales.

« Ce travail est fait par les crèches mais les enfants qui fréquentent la crèche c'est déjà des enfants de familles qui a priori travaillent. Ce n'est pas des familles en situation de précarité. Je crois que la question c'est de cibler les gens en grande précarité affective sociale, les gens isolés familialement, les gens sans boulot. Moi je trouve que les situations les plus difficiles qu'on reçoit sont bien celles où les parents sont en situation de grande précarité affective, sociale et psychique. » [Ent_13]

- un soutien aux parents et à la fratrie lorsqu'une pathologie est identifiée¹⁵ :

« On s'est aperçu de l'impact extrêmement fort de la présence d'un enfant handicapé dans une famille et de la centration des parents sur l'enfant handicapé.(...) Les enfants ont très souvent peu d'information sur les problèmes de leur frère ou de leur sœur même si certains parents disent les choses. » [Ent_8]

- un soutien plus ponctuel lors de la survenue de difficulté avec un enfant.

Les professionnels soulignent le travail réalisé par la PMI mais signalent le besoin de le renforcer.

La parole des adolescentes rencontrées

Il n'a pas été possible de rencontrer des groupes d'adolescents mixtes ou garçons donc seuls les propos d'adolescentes sont transcrits ici. Les adolescentes interviewées sont les seules à aborder directement les problèmes qui sont, selon elles, spécifiques à leur classe d'âge. Ainsi, « *le problème de violence dans les couples de jeunes ou entre connaissances* » les interpelle ainsi que les violences sexuelles.

Les propos d'un professionnel renforcent ceux des adolescentes :

¹⁴ « *Grandir avec des limites et des repères* »

¹⁵ Un travail en ce sens est réalisé par le Centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS)

« La prévention intervient chez les 14/25 ans et il y a des filles qui se mettent avec un mec (...) qui au bout de deux ou trois mois, vivent l'enfer : il y en a de plus en plus de ces violences là. Il y a en de plus en plus mais aussi elles nous parlent plus facilement de cette violence là qu'il y a quelques années. » [Ent_3]

Sont également citées par les adolescentes, les problématiques liées à la consommation de drogues et d'alcool, et de tabac, les problèmes relatifs à l'alimentation tels que les déséquilibres alimentaires mais aussi l'anorexie et la boulimie.

Pour ces adolescentes, ce qui concerne la sexualité (contraception, pathologie...) demeure encore tabou, notamment dans les échanges avec les adultes. L'infirmière scolaire est néanmoins une ressource importante en termes d'écoute et d'informations.

Enfin, elle aborde la question des déséquilibres psychologiques entraînant des problèmes de comportement pour une partie des adolescents et de stress de la vie quotidienne.

4.6 Les agriculteurs isolés

Cette catégorie de population a été citée de manière marginale et concerne les zones les plus rurales de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay. Ce sont souvent des hommes responsables de petites exploitations familiales avec donc de faibles revenus et ayant peu de réseau social.

« La solitude, je crois en agriculture c'est quelque chose de terrible. C'est vraiment très difficile de couvrir une exploitation seul. » [Ent_12]

Sur ce territoire, cette population est peu présente mais nécessite toutefois une attention particulière.

« Ils ont peu de réseau. Si le réseau familial s'arrête, ce sont des personnes âgées qui sont perdues. » [Ent_12]

Dans certains cas, les agriculteurs n'ont jamais quitté le domicile parental pour se construire leur propre vie. Le décès des parents peut engendrer une perte de repères et une déstabilisation.

« (...) et puis souvent on s'est rendu compte aussi que c'étaient des gens qui vivaient avec leurs parents, les parents sont décédés et ils sont complètement désorientés et il n'y a plus personne quoi et ils sont tout seuls. » [Ent_12]

Il est également fait état de problèmes de santé mentale de certains agriculteurs dus à un cumul de difficultés : dureté du travail, revenus insuffisants, manque de vie sociale, espoir réduit en un avenir meilleur, solitude affective... Aussi, pour briser le processus conduisant à l'isolement, le repérage est fondamental. Par exemple, un service de la mutualité sociale agricole (MSA) associe systématiquement l'assistante sociale aux situations d'impayées de cotisations. De plus, ce même organisme propose des groupes de paroles qui ouvrent aux agriculteurs un lieu d'expression de leur mal-être et de leurs difficultés quotidiennes.

Plus généralement, les agriculteurs sont perçus comme demandant peu de services en termes de santé :

« L'agriculteur du coin, s'il se fait mal, il va me bidouïller un truc. Il va se désinfecter peut être un peu mais voilà il va falloir attendre que ça suppure pour qu'il dise : là il faut faire quelque chose. Soit il va dire ce n'est rien du tout et le médecin je l'ai appelé et il n'a pas de place et il va se soigner tout seul. » [Ent_12]

V. État de santé de la population

5.1 Santé perçue par les professionnels et la population

Il s'agit ici de rendre compte de la perception de la santé des usagers des services et structures par les professionnels et les usagers.

5.1.1 La perception de la santé par les professionnels

Les représentations des problèmes de santé des usagers par les professionnels ont porté principalement sur 7 thèmes :

- ✓ les troubles de la parentalité ;

« Des fois je crois que c'est très limite et ça je le vois de plus en plus. Quand j'étais jeune professionnel, on avait des enfants en difficulté aujourd'hui, on a de plus en plus de parents en difficulté. Vraiment. (...) Des fois on se demande s'il ne faut pas éduquer les parents avant d'éduquer les enfants. » [Ent_23]

- ✓ les maladies cardiovasculaires (hygiène alimentaire et sédentarité) ;

- ✓ la sexualité ;

- ✓ les besoins de base : alimentation, hygiène, soins, activité sportive...

« Parce que des fois, des petits bobos de tous les jours ça peut rendre la vie infernale au point de ne plus bouger de chez eux, de ne pas savoir comment l'aborder. » [Ent_11]

La santé, c'est aussi la question du lien social et de son corolaire, la solitude. Comme l'exprime un répondant :

« La difficulté de notre monde c'est l'égoïsme et la santé découle de tout ça. Vous savez le type qui est seul, l'alcool, la débécance etc.(...) Prenez un couple dès qu'il y en a un qui décède, une personne âgée, l'autre, il ne met pas longtemps. L'isolement, il se laisse mourir et donc ça montre justement que le contact humain, c'est primordial. » [Ent_29]

Il est ainsi question de la sédentarité, souvent associée à une mauvaise hygiène alimentaire comme cause de mauvaise santé.

« Les maladies cardiovasculaires, c'est le tabac, c'est l'inactivité, la sédentarité. On retrouve essentiellement toutes ces composantes, l'hypertension avec comment dire ? Les quatre bourreaux du cœur c'est le tabac, la sédentarité, le cholestérol. Je ne parle pas de l'alimentation car là c'est encore un autre domaine mais qui est intimement lié avec la santé et l'activité physique. » [Ent_22]

Lorsque le sport est abordé, et parallèlement aux avantages pour la santé d'une activité sportive, un répondant insiste sur l'importance du sport dans la vie des enfants notamment. Les bienfaits d'une activité sportive pour cette catégorie d'individus sont indissociables d'une connaissance du développement physique de l'enfant.

« C'est la prévention, savoir qu'un jeune n'a pas la même physiologie que pendant son adolescence, il commence sa puberté, après faire du travail musculaire à telle période : ça ne sert à rien de faire du travail musculaire tout simplement avant la puberté. » [Ent_22]

Au-delà des spécificités relevant des fonctions professionnelles des répondants, de l'ensemble des discours se dégage une conception large de la santé : *« la santé est à traiter dans un tout autre cadre qui va du social à l'économie, au culturel... » [Ent_3].*

Les professionnels abordent parallèlement des thématiques spécifiques liées aux usagers en situation précaire, notamment des problèmes dentaires, ophtalmologiques et d'hygiène. Dans les causes avancées, si les deux premiers points sont en partie liés à des difficultés financières, le dernier renvoie davantage à l'éducation, l'information, l'estime de soi. Dans ce cadre large de la perception de la santé, où les conditions déterminent l'état de santé, la santé dégradée des populations précaires est le résultat de la conjonction de conditions financières défavorables, d'une mauvaise hygiène de vie et du peu d'importance portée à soi : le souci de soi passe loin derrière d'autres difficultés quotidiennes.

L'analyse de l'ensemble des discours fait émerger des problématiques spécifiques. Celles-ci sont développées dans le paragraphe suivant (Cf. section 5.2) :

- ✓ les addictions, les dépendances liées à une consommation d'alcool principalement mais également une consommation de tabac, de médicaments, la pratique de jeux vidéo ;
- ✓ les violences intrafamiliales ;
- ✓ les souffrances psychiques et pathologies mentales.

5.1.2 La perception de la santé par la population

La perception de la santé par la population quant à elle varie selon les âges et les histoires personnelles. Cette perception est davantage orientée vers « la bonne santé » pour les plus jeunes et vers les obstacles à l'accès aux soins pour les plus âgés. Ainsi, pour les plus jeunes, la santé est intimement liée à des dimensions évoquant le lien social, familial et la liberté alors que les plus âgés font davantage appel aux inégalités financières et sociales en la matière.

La majorité des propos témoignent de l'importance de la santé qui *« est la plus grande des richesses », « la base de tout ».*

Avoir la santé permet aussi de gagner sa vie car si *« l'argent ne peut pas donner la santé, lorsque nous avons la santé, on peut gagner de l'argent ».* [Ent_pop5]. Le lien entre santé et travail adopte plusieurs formes. Ainsi, si la bonne santé permet de travailler, *« il y a bien des gens malades qui travaillent parce qu'il faut bien travailler pour vivre »* [Ent_pop1]. De plus, *« le travail n'est pas obligatoire pour être en bonne santé. Le travail peut même créer une mauvaise santé »* [Ent_pop1]. Il est alors question de *« mauvaises conditions de travail »*, d'environnement de travail dans un milieu nocif pour la santé, d'accidents, de stress.

Synthétiquement, la population rencontrée définit la santé par l'intermédiaire de dimensions relevant tant des conditions matérielles et environnementales de vie que de l'état d'esprit individuel :

- ✓ l'aspect financier de l'accès aux soins : la santé, c'est avoir les moyens de se soigner ;
- ✓ disposer de tactiques de débrouillardise pour contourner le frein financier :

« Moi, je vais chez mon boucher le dimanche à midi car comme il ferme le lundi, il me fait sa viande pas chère et c'est de la bonne qualité. Mais il faut connaître son boucher. Il faut investir dans un congélateur pour mettre les produits que l'on trouve à bon marché. C'est un investissement qu'il faut faire car tu vas récupérer vite l'argent. » [Ent_pop6].
- ✓ les conditions de vie : avoir un lieu pour dormir, une bonne alimentation, un certain confort, une tranquillité d'esprit ;
- ✓ être libre et indépendant : *« il faut se sentir en liberté dans sa tête et ne pas être dépendant des autres ou des médicaments »* ;
- ✓ développer des liens affectifs, familiaux, sociaux avec un sentiment de délitement pour certains de ces liens sociaux ;
- ✓ pouvoir prendre des vacances : dans la moitié des groupes, il est dit que la santé, c'est aussi pouvoir prendre des vacances, *« changer d'air »*. Les vacances sont une façon *« d'oublier ses soucis »*, de sortir du quotidien tout en étant un moyen *« d'enrichissement »*.

Dans un de ces groupes, ce lien établi entre vacances et santé réapparaît sous une autre forme. Il n'est pas tant question de vacances, que de *« sortir de la maison, de laisser ses soucis à la maison et de décrocher en discutant avec des amis tout en marchant, de rire, de blaguer, de penser à autre chose que son quotidien et ses soucis. »* [Ent_pop3]

- ✓ pouvoir s'épanouir, trouver du plaisir ;
- ✓ avoir une vie équilibrée ;
- ✓ assumer le quotidien. Par cette remarque, les personnes rencontrées rejoignent les professionnels. En effet, la santé devient prioritaire lorsqu'un certain nombre de conditions de base sont remplies.

« L'équilibre c'est d'avoir une famille, un travail, être bien, en sécurité. Le déséquilibre rend malade, le déséquilibre n'a pas d'âge. » [Ent_pop1]

Pour les femmes en particulier, le lien entre leur santé et celle des enfants est évident, car *« si les enfants ne vont pas bien, sont malades, les mamans ne vont pas bien car elles se font du souci »*. [Ent_pop3]. Plus largement, la santé est liée à celle de son entourage proche car *« la bonne santé est celle de toute la famille, des gens que l'on aime. »* [Ent_pop5]

Dans l'ensemble des groupes d'utilisateurs, ce sont indirectement les problèmes de stress, de dépression et plus généralement de mal-être qui sont mis en avant. Il n'est pas rare que les individus associent ces problèmes à la perte de lien social et familial, à la solitude que cela produit, mais également à des normes sociales qui poussent à la compétitivité et à la lutte au quotidien.

Aussi, il est dit qu'il est important de « *savoir se détendre pour ne pas être stressé* » [Ent_pop5]. Il s'agit de mettre en place des tactiques individuelles pour « *éviter la dépression, la nervosité : avoir des stratégies pour se détendre (même si) chacun a ses propres stratégies.* » [Ent_pop4].

Globalement, pour la population rencontrée, et cela, dans tous les groupes d'âges, le stress et l'angoisse prédominent dans les discours en tant que facteur menant au pathologique. Les individus ne distinguent pas vraiment le stress de l'anxiété, de l'angoisse ou de la tristesse. L'ensemble de ces vocables désignent en effet un état global de mal-être susceptible de rendre malade. « *Le stress, le surmenage rend malade. Ne pas être triste.* » En contraste, la bonne humeur et la joie deviennent des antidotes à la maladie car « *le rire est une forme de bonne santé.* » [Ent_pop4]

Il existe un contraste entre le discours des individus et celui des professionnels. La bonne santé pour le public, c'est disposer de choix (avoir un espace de liberté individuelle en dépit des difficultés sociales ou physiques), alors que de l'analyse du discours des professionnels, la perception de la liberté comme facteur de bonne santé n'apparaît qu'en filigrane. Cette insistance sur le pouvoir de disposer d'un espace de liberté, de faire ses propres choix peut permettre de comprendre comment et pourquoi les discours médicaux, perçus comme « trop moralisateurs » n'ont pas toujours les effets escomptés sur une partie de la population.

5.2 Problématiques spécifiques de santé repérées par les professionnels

5.2.1 Les addictions : alcool, drogues, médicaments, tabac

Les addictions sont très souvent citées comme un obstacle à l'insertion. La consommation abusive d'alcool concerne tous les milieux et toutes les classes d'âge mais la préoccupation des professionnels est plus marquée lorsqu'il s'agit des pratiques des adolescents.

« Moi ce qui me fait peut-être le plus peur actuellement c'est l'alcool, c'est les jeunes, ils pensent qu'à boire et donc avec le danger que ça entraîne et les violences que ça entraîne. » [Ent_29]

Bien que « visiblement » moins touchées que les hommes, les femmes, présentent également des problématiques d'addiction, « *il y en a peut-être un petit peu moins mais celles qui sont addictes, elles le sont vraiment.* » [Ent_5]. De plus, le tabou tend à invisibiliser ce phénomène.

Un professionnel évoque des problèmes spécifiques de santé d'enfants de mères fumeuses (appareil respiratoire) mais également le risque, là encore, de transmission générationnelle d'habitudes néfastes pour la santé.

Les parcours des consommateurs abusifs d'alcool et/ou de drogues sont différenciés. Avec le temps, les problèmes se multiplient : « *À 25 ans c'est que l'alcool ou la prise de drogues puis après ça va être un gars vers 40/50 ans qui a les séquelles d'une vie d'alcool.* » [Ent_11]

Ces consommations abusives peuvent également être associées à des troubles d'ordre psychologiques ou psychiatriques. Une unité hospitalière dédiée a d'ailleurs mis en place des réponses spécifiques à cette co-morbidité.

« Une unité qui peut plus particulièrement prendre en charge dans le cadre d'une hospitalisation nécessaire, des problématiques addictives en principe avec troubles psychiatriques associés parce que c'est un petit peu notre orientation. » [Ent-26]

Les professionnels évoquent cependant positivement la prise en compte de cette problématique sur le territoire avec les activités du réseau addiction qui répond aux besoins en termes d'informations et d'actions ayant pour cible cette problématique. Les formations sont également appréciées par le fait qu'elles permettent aux professionnels de se rencontrer et de se connaître. Cela ouvre la voie ou renforce le partenariat car *« on appelle plus facilement quelqu'un que l'on connaît. »*

5.2.2 Les violences intrafamiliales

Le thème de la violence est régulièrement abordé par les répondants. Au-delà du témoignage de la présence des problèmes de violence sur le territoire, cette récurrence thématique atteste d'une connaissance partagée et d'une attention particulière des professionnels. Cette sensibilisation doit être mise en lien avec un plan de formation débuté en 2007 et organisé par le Centre d'information sur les droits des femmes (CIDF) :

« Il y a un groupe de travail qui s'est mis en place et ça concrétise cette année. L'édition d'une brochure à destination des parents et un guide d'appui pour les professionnels (...). Je pense que c'est plus une sensibilisation parce que je ne vois pas pourquoi les altiligériens seraient plus violents que les autres. Il n'y a aucune raison. » [Ent_7]

Cette problématique est régulièrement associée aux répercussions sur les enfants et aux difficultés liées aux séparations reliées à la violence du conjoint¹⁶.

Les situations de violence sont abordées sans distinction d'âge des couples. Ainsi, si les professionnels évoquent la violence dans les couples « adultes », les jeunes rencontrés lors des focus groupes ont également signalé ces situations de violence au sein des jeunes couples.

Sans que cela ne soit clairement énoncé, il semblerait que la violence subie par les femmes au sein des jeunes couples soit plus « cachée », plus tabou. Les femmes attendraient de longues années avant de décider de changer leur vie et de sortir du cercle de la violence.

« Nous ce qu'on voit dans notre travail ici, (...) c'est plutôt des femmes plus âgées 35/40 ans voire 50 ans. Ça diminue peut-être un petit peu, mais on avait passé un temps, pas mal de gens de plus de 50 ans qui décidaient que ça allait trop mal et que ça durait depuis trop longtemps et une fois que les enfants étaient autonomes, elles décidaient de partir. » [Ent_7]

La violence intrafamiliale est également abordée comme conséquence d'une consommation abusive d'alcool ainsi qu'en association avec des troubles mentaux.

En ce qui concerne la violence dont sont témoins ou victimes les enfants, l'inquiétude des professionnels est palpable : *« on constate une recrudescence des symptômes de troubles graves chez les enfants qui arrivent. Il y a beaucoup plus d'enfants qui arrivent avec des symptômes de violences. » [Ent-13]*

¹⁶ Voir paragraphe 4.2

L'établissement scolaire est un maillon essentiel dans le signalement d'enfants présentant des troubles du comportement. Il appartient dès lors au professionnel du champ de la santé mentale d'identifier ce qui, chez l'enfant, relève d'un vécu familial traumatique.

L'enfant témoin de violence familiale en subit les conséquences directement. Même « *s'il reste beaucoup à faire* », les professionnels sont de plus en plus formés pour mieux détecter les cas :

« (...) il y a bien plus de mères qui disent qu'elles sont battues, qu'elles subissent des violences et du coup les enfants assistent à des scènes de violence sur leurs mères et sont eux-mêmes violents à l'école, ils ne travaillent pas, ils ne veulent pas apprendre alors qu'ils ne sont ni plus malins ni plus bêtes que la plupart. Et cette hypothèse là on la faisait rarement il y a 10 ans (...) alors que maintenant on dit tiens on va commencer par travailler avec l'assistante sociale, voir ce qui se passe à la maison. » [Ent-13]

Un travail de réflexion et d'information portant spécifiquement sur la santé des enfants exposés à la violence a été réalisé sur le territoire et semble porter aujourd'hui ses fruits en termes de repérage et d'amélioration des prises en charge. Les professionnels semblent satisfaits du réseau existant et de la circulation d'informations portant sur la problématique violence. Une culture commune prend forme. L'école, les mairies, les urgences, les éducateurs, les professionnels de l'enfance sont des acteurs qui sont à même de participer à ce maillage autour de la problématique violence et de ses répercussions sur les enfants.

Il est souhaité cependant que les médecins généralistes soient mieux formés au repérage des enfants témoins ou victimes de violence afin de participer au repérage précoce de situations problématiques.

5.2.3 Les souffrances psychiques et les pathologies mentales

Dans les discours des professionnels rencontrés, la plupart font état de leur méconnaissance médicale du champ de la pathologie mentale. Les termes utilisés et rapportés ici ne répondent donc pas nécessairement aux définitions cliniques.

Les résultats du volet quantitatif de ce diagnostic pointaient l'importance significative des troubles mentaux sur le territoire (surmortalité, nouveaux bénéficiaires d'une Affection de longue durée (ALD) ayant pour motif les affections psychiatriques, remboursements de psychotropes par personne).

L'analyse des discours met en relief l'impact de cette problématique sur le territoire. Il est fait état de la présence marquée de ce type de troubles, de difficultés de repérage et de prise en charge (démographie médicale). Enfin, les professionnels évoquent le manque de services et structures de prise en charge, l'inadaptation ou encore l'absence de structure ou de lien qui permettraient un relais efficace entre l'hospitalisation et la post hospitalisation.

Les problèmes psychologiques, les pathologies mentales semblent prendre de plus en plus de place dans le quotidien des professionnels : « *Je crois que c'est une pathologie en pleine expansion.* » [Ent_16]. Ce type de problèmes rend le processus d'insertion sociale encore plus difficile.

« On constate qu'il y a de plus en plus de personnes qui ont des troubles psychiques et c'est difficile de les évaluer. Et ça pèse de plus en plus dans une insertion sociale. » [Ent_15]

Cet accroissement apparent des pathologies mentales sur le territoire est expliqué par différentes hypothèses. Tout d'abord des difficultés dans la définition des pathologies entraîneraient un problème de repérage. La diversité des termes employés par les professionnels renvoie en effet à des situations diversifiées.

L'importance quantitativement mesurée de ce type de pathologies sur le territoire peut également relever du fait que ce dernier abrite un hôpital psychiatrique. Il est possible d'envisager que des personnes nécessitant des soins réguliers choisissent de venir vivre au plus proche de l'établissement de soin.

« Il y a beaucoup de gens qui ont des soucis et qui vont à l'hôpital de jour de temps en temps et qui demandent un appart au Puy pour se rapprocher de Ste Marie et qui sont du département. » [Ent_11]

Se pose alors la question du lien de causalité entre précarité et santé mentale. Les professionnels le disent : la précarité peut entraîner des difficultés en matière de santé mentale et inversement. La prise en charge est alors complexifiée :

« On a à gérer des gens qui ne vont pas bien du tout.(...) On a l'impression qu'on n'a pas de moyens pour mettre en place, pour les aider et les soutenir et les prendre en charge. À partir du moment où les gens ne veulent plus voir l'infirmier de secteur, c'est terminé et on se retrouve avec des situations telles que et nous qu'est-ce qu'on peut faire ? On ne peut rien faire. On a des gens qui vont être de nouveau dans les difficultés financières, personnelles, éducatives et sociales bien sûr. (...) Et qu'avant de gérer tout ça, faudrait d'abord... parce qu'il y en a qu'on arrive à prendre en charge au niveau des difficultés sociales, si ils ont un suivi psychiatrique. C'est plus facile quand ils sont stabilisés à peu près, on arrive après à enclencher un autre travail. Mais on ne peut absolument pas enclencher un travail social tant qu'ils sont dans leur maladie mentale qui n'est pas suivie. » [Ent_23]

Cet exemple montre la spécificité des besoins des personnes souffrant de pathologies mentales. Ce type de pathologie rend difficile l'évaluation des besoins par les professionnels ainsi que le processus d'émergence d'une demande, étape incontournable à la mise en place d'une action. La pathologie est en elle-même un frein à l'accès aux services sanitaires et sociaux.

La pathologie mentale peut également donner naissance à des comportements violents susceptibles de mettre en difficulté les professionnels.

« Mais les gens qui ont des problèmes psy, qui ne sont plus suivis et qu'on se retrouve en face d'eux avec des fois des gens agressifs, on ne sait plus comment les prendre. Comment faire ? On rentre dans leurs délires, est-ce qu'on met des limites. (...) Mais quelqu'un qui est complètement barjot en face de vous. Je suis vraiment en difficulté avec ces gens là. » [Ent_23]

La violence dans le cas de pathologies mentales est vécue différemment par les professionnels, notamment en fonction de leur univers de travail. Ainsi, l'institution hospitalière rassure et offre

des possibilités d'aide alors qu'en dehors de l'hôpital, l'isolement du professionnel peut induire une forme d'insécurité.

« Moi j'ai la chance d'être dans la structure [hospitalière], je suis protégée et je n'ai pas à gérer moi les problèmes de violence en direct. Si j'ai un problème, il y a une équipe derrière qui déboule (...) Dans les structures [extérieures], ils sont confrontés à la violence en direct. » [Ent_2]

Il est également question de l'incidence des troubles des parents sur les enfants. Tout comme la violence familiale peut induire des troubles chez les enfants qui en sont victimes ou témoins, les professionnels travaillant en direction des enfants dans le champ de la santé mentale parlent de la nécessité de ne pas omettre le lien entre la santé mentale des parents et les troubles éventuels des enfants.

Toutefois, la sensibilisation de plus en plus importante des professionnels à la souffrance psychologique et aux pathologies mentales semble permettre une meilleure visibilité des pathologies.

« Parfois je ne sais pas quelle est la part de l'augmentation des troubles psychiatriques et la part de la sensibilité plus grande des professionnels aux difficultés des parents et à l'importance des difficultés des parents sur le développement de leur enfant. » [Ent_13]

La complexité du lien entre précarité et santé mentale donne naissance à des situations face auxquelles les solutions pour les professionnels sont limitées.

« Ces personnes en précarité sur lesquelles il nous semble qu'il y ait des difficultés psychiques aggravées par la précarité ? Oui, on ne sait pas vers qui les orienter. » [Ent_7]

Le manque de possibilité de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques ne semble pas nouveau. Pourtant, il apparaît dans les discours comme une difficulté récurrente qui tend à figer une impossible complémentarité entre le social et le psychiatrique.

« Pour les personnes avec des problèmes d'alcool ou de drogues, on sait vers qui s'adresser que ceux qui ont des problèmes d'ordre plus psychiatrique, franchement il y a un manque. Et ça fait des années, ça fait 25 ans que je travaille et 25 ans qu'on le dit. Ce n'est pas nouveau. On a essayé même dans le cadre du schéma départemental de la protection de l'enfance, de mettre des choses en place : on a pu mettre en place des choses avec l'Éducation nationale mais avec la psychiatrie, c'est très compliqué et je ne sais pas pourquoi c'est aussi compliqué que ça. » [Ent_23]

De l'ensemble des discours émane une constante, celle du manque de services et structures de prise en charge et d'alternatives à l'hospitalisation. Cela entraîne des absences de suivi ou encore des difficultés à obtenir des rendez-vous dans des délais jugés raisonnables. En effet, les professionnels parlent de délais incompatibles avec certaines pathologies ou avec des épisodes aigus nécessitant une prise en charge rapide.

Ainsi, les délais d'attente peuvent être incompatibles avec une situation d'urgence. Ce sont alors les travailleurs sociaux et les médecins généralistes qui sont en première ligne sans toutefois détenir tous les outils nécessaires pour répondre aux besoins.

Toutefois, cette question relevant du champ de la démographie médicale ne doit pas masquer le fait que les questions de santé mentale ne relèvent pas exclusivement du champ de la thérapie psychiatrique. Pour les professionnels rencontrés, les psychologues, les psychiatres ne sont pas toujours la solution et la souffrance psychique renvoie tout autant au pathologique qu'au politique car c'est bien de lien social dont il est question dans les propos suivants :

« Je trouve qu'on prête aux psychologues et aux psychiatres une espèce de pouvoir démesuré comme s'ils pouvaient être et avoir la solution à tout : ça serait merveilleux. Si seulement c'était possible, ça serait bien. Et ils ne l'ont pas. Et comme si le psy était la réponse à tous les maux. Après, quelles sont les réponses ? Je suis convaincue qu'elles dépendent en grande partie du champ politique et que la question du lien social, elle est fondamentale. » [Ent_13]

Les professionnels sont en difficulté sur le thème de la prise en charge des comportements et des pathologies qui relèvent du champ de la psychiatrie, ils manquent de connaissance mais surtout de relais. Ce sont des situations qu'ils jugent complexes :

- ✓ difficulté à évaluer le gradient du trouble : du simple épisode dépressif à la pathologie chronique avérée ;
- ✓ difficulté à faire entrer les personnes qu'ils suivent dans une démarche de soin ;
- ✓ difficulté à orienter vers les professionnels compétents ;
- ✓ difficulté de suivi après une prise en charge ou une hospitalisation.

Les professionnels relèvent également une difficulté dans la relation entre acteurs du soin et acteurs sociaux sur des questions de définition, de prise en charge et d'évaluation de l'état d'une personne.

Pour les professionnels du social, deux difficultés majeures sont énoncées. D'une part, ils souhaiteraient une meilleure collaboration de la part de la psychiatrie, notamment lorsqu'ils souhaitent obtenir des informations sur l'état de santé mentale d'un de leurs usagers.

« Je suis incapable de dire si telle personne peut passer à l'acte. Il y a des gens dans le cadre de ma profession, je penserai qu'ils ne passeraient pas à l'acte et ils sont passés à l'acte voilà. On ne sait pas et c'est difficile. Donc on essaye de bidouiller. » [Ent_25]

D'autre part, ils souhaiteraient une meilleure reconnaissance de leur parole par une écoute attentive de leurs inquiétudes sur l'état d'une personne et par leur capacité à alerter.

« Je ne pose pas une étiquette, je ne dis pas elle est paranoïaque ou schizophrène mais il y a des éléments quand même qui font qu'à un moment donné, on se dit qu'il y a une pathologie. Je pense à une dame qui s'enferme, qui hurle au téléphone et qui a l'impression qu'on rentre chez elle, qu'on lui met des substances dans sa nourriture et bon je ne suis pas médecin mais je me dis, quand même, il y a une pathologie importante. Donc après, peut être qu'un médecin va dire non. Elle a peut-être une autre pathologie, mais je pense qu'elle a des tendances paranoïaques et qu'elle est en train de décompenser gravement. Je le dis là mais après je ne suis pas médecin. C'est délicat. » [Ent_25]

Ce manque d'écoute ressenti par les professionnels du social renvoie également à des types de suivi ou de prise en charge différents. Globalement, la psychiatrie est perçue comme focalisant

sur la pathologie mentale alors que les professionnels du social insistent sur la prise en charge globale de la personne et de son entourage familial.

« On est des fois pas vraiment en accord avec la psychiatrie...Eux il traite la personne alors que nous, on va traiter plus la famille. » [Ent_23]

« Il nous manque quelque chose. Soit une démarche à suivre, soit une structure ou un professionnel sur qui on puisse s'appuyer, vers qui on puisse orienter » « ce ne sont pas forcément des pathologies. » [Ent_7]

Sur ce dernier point, un exemple est livré d'une femme sortant de l'hôpital Sainte-Marie, mère de deux enfants. Le retour au foyer ayant été décidé par la psychiatrie alors que la professionnelle du social qui accompagnait cette mère évalue une inaptitude circonstanciée à prendre soin de ses enfants.

Les professionnels du secteur psychiatrique pour leur part déplorent le fait qu'ils sont de plus en plus face à des problématiques hybrides où s'entremêlent à la fois pathologie et difficultés sociales.

La santé mentale des jeunes est une autre préoccupation. La perception de certains professionnels est que les jeunes « embarrassent » les services psychiatriques.

« Ce qu'on constate c'est que les jeunes, les adolescents embarrassent le secteur psychiatrique, ils ne savent pas quoi en faireSurtout quand il y a une problématique de violence derrière. Même si le mineur relève de soins avec une problématique de violence qui s'ajoute et bien souvent on a le sentiment qu'ils ne savent pas faire ou n'ont pas les moyens de le prendre en charge. » [Ent_4]

Pour les jeunes, c'est également un manque de réponses rapides aux besoins qui est relevé. Si la maison des adolescents peut être une solution d'urgence, cela semble demeurer insuffisant. Pour le public jeune plus encore que pour les adultes, la rapidité et la gratuité des réponses aux besoins en termes de santé mentale sont fondamentales.

« On a travaillé avec la maison des ados et je trouve que depuis qu'elle s'est ouverte, on a au moins cette solution dans l'urgence entre guillemets parce qu'un rendez-vous chez un psychologue ou chez un psychiatre, médecin psychiatre c'est pris en charge, psychologue ça n'est pas pris en charge. Donc ça, ça joue aussi. Et pour les rendez-vous, il faut quelques mois. Souvent l'élève il n'est pas bien maintenant et dans quelques mois il ne voudra peut-être plus y aller. (...) c'est vrai que c'est un problème. Il manque de structures sur le Puy. » [Ent_10]

De manière générale et pour l'ensemble des individus souffrant de troubles mentaux, la distance entre services psychiatriques et sociaux constitue un véritable frein à l'accès et à la continuité des soins.

« Il n'y a pas de service d'accompagnement à la vie sociale pour les personnes uniquement handicapées psychiques qui demandent quand même un accompagnement particulier ». [Ent_15]

Les professionnels sociaux notent les limites de leurs missions dans le champ du mal-être, de la souffrance psychologique et de la psychiatrie et mentionnent le gradient qui peut exister entre une détresse psychologique et une pathologie psychiatrique. Dans le premier cas, les réponses

semblent manquer en termes de ressources mais également de connaissances théoriques. Ce sont des situations qui deviennent chroniques. Dans le second cas, le problème semble se situer au niveau des prises en charge et des réseaux. En effet, les professionnels du social soulignent la difficulté qu'ils peuvent avoir à orienter et à travailler avec les professionnels du secteur psychiatrique quand des soins sont engagés.

Une autre difficulté relevant de l'éthique est celle de la nécessité de soins et du respect de la liberté individuelle : « (...) *comment on les emmène aux structures de soins : on leur parle de soins, ils ne veulent pas y aller.* » [Ent_2]

Autre exemple : « *on est toujours entre la liberté de l'individu et puis le droit d'ingérence (...) de la société vis-à-vis de quelqu'un qui sort bêtement du cadre.* » [Ent_20]

Une lecture transversale des discours indique que les professionnels identifient les structures et services présents sur la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay en matière de santé mentale.

La situation décrite dans cette étude est caractéristique de la situation nationale. Les difficultés rencontrées sont identiques à celles d'autres territoires. Un rapport récent donnait des orientations¹⁷. Il pourrait être intéressant que l'ASV reprenne certaines recommandations à son compte afin de les adapter à la situation de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay et apporter une réponse aux besoins des professionnels.

¹⁷ Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France. M. Alain MILON, Sénateur. Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé. Mai 2009

VI. L'offre de soins

6.1 La perception de l'offre de soins

La majeure partie des professionnels est inquiète d'une possible disparition de certains dispositifs au détriment de la prise en charge des usagers. Cette crainte est renforcée par les difficultés quotidiennes de ne pas avoir toujours les moyens d'accompagner les individus dans ce qui est quelquefois perçu comme un labyrinthe fait de multiples dispositifs où l'utilisateur doit apprendre à s'orienter pour avoir accès aux soins.

6.1.1 Démographie professionnelle et ruralité

Pour les professionnels rencontrés, la communauté d'agglomération est mieux pourvue en services de santé que les zones rurales du département où la crainte est plus partagée et élargie à d'autres thématiques avec « *tous les services qui s'en vont* ». Dans les discours, la perte progressive des services en zone rurale entrave les réponses aux besoins de la population, notamment, des personnes âgées en perte d'autonomie.

6.1.2 Les médecins généralistes

En ce qui concerne le milieu médical, pour les professionnels, « *on a un nombre de médecins généralistes sur le bassin du Puy qui reste satisfaisant. Après, on a les pratiques médicales qui changent.* » [Ent_20]

La situation est moins favorable pour les zones plus rurales : « *Sur le secteur rural, il y a eu une pénurie de médecin donc sans médecin c'est compliqué et le peu de médecin qu'il y a, ils sont surbookés et ils reçoivent en priorité leur clientèle.* » [Ent_25]

En revanche, l'inquiétude quant à l'avenir est présente :

« Il n'y a pas de souci de démographie médicale pour l'instant je dis bien parce que le baby boom va prendre sa retraite et là j'ai peur qu'on ait quelques difficultés [...] tous les gens qui vont partir dans les cinq ans qui viennent ne seront pas remplacés. » [Ent_16]

Une crainte cependant a été soulevée concernant le quartier du Valvert où il n'y a actuellement plus de médecin généraliste et où les projets tardent à se mettre en place.

« Le [quartier] Valvert où l'on aurait aimé qu'il y ait un cabinet de jeunes médecins et je ne le vois pas venir. » [Ent_16]

La situation est plus difficile chez les médecins spécialistes. Il est fait état notamment de manque de psychiatres, pédopsychiatres et de pédiatres (un seul pédiatre exerce en libéral au Puy-en-Velay).

« Il n'y a pratiquement plus de pédiatres sur la ville du Puy. Il n'y en a qu'un ce qui fait que les généralistes reçoivent les enfants jeunes, il y en a quelques-uns qui sont bien sensibilisés aux questions de la petite enfance mais il n'y en a pas beaucoup. » [Ent_13]

Pour d'autres spécialités, comme l'ophtalmologie, il devient de plus en plus difficile de satisfaire la demande. Les délais d'attente pour un rendez-vous sont longs¹⁸. Il semble que le dispositif des bilans de santé de la CPAM facilite grandement l'accès aux soins, notamment aux spécialistes.

La population rencontrée ne signale pas de difficulté d'accès aux médecins généralistes contrairement à l'accès aux spécialistes. Elle souligne la difficulté pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste. L'accès au psychologue est entravé par l'aspect financier. Non remboursées, les consultations chez un psychologue ne sont même pas envisagées. Pour les jeunes, la présence d'un pédopsychiatre à la maison des ados est un atout important. De plus, aux dires des interviewés, les praticiens présents sur le territoire refusent de nouveaux patients. Dans ce cas, la population se dirige vraisemblablement vers Saint-Étienne ou Clermont-Ferrand.

6.1.3 Les autres professions de santé ou paramédicales

Les professionnels déplorent l'absence de certaines catégories professionnelles en exercice libéral tels que, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes. Dans d'autres proportions, les professionnels qualifiés dans le domaine de la petite enfance et les infirmières peuvent être difficiles à recruter.

Il semble alors que les professionnels présents soient surchargés, aient des délais d'attente importants (de 3 à 6 mois) et ne prennent pas toujours de nouveaux patients.

Le manque d'infirmières pour des soins palliatifs ou des soins à domicile ne permet pas une réponse complète aux besoins. Cela concerne plus spécifiquement les services aux personnes âgées.

Si l'ensemble des professionnels a connaissance de cette situation, ils expriment simultanément l'absence de solutions pour combler ce manque.

Les professionnels rapportent des difficultés exprimées par les usagers pour avoir accès à des spécialistes et confirment cette situation : il est difficile et long d'obtenir un rendez-vous avec un ophtalmologue, un pédiatre ou encore un gynécologue.

6.1.4 Les représentations du médecin par la population

Dans les propos de la population rencontrée, le médecin est cité comme une des ressources principales en termes de soins et d'informations. Les propos ne se réduisent cependant pas à ce constat. En effet, l'analyse transversale des discours dévoile une figure polymorphe du médecin. Les interviewés lui attribuent des qualités et des défauts, dessinant ainsi différentes figures-types du médecin dont les deux extrêmes sont le « bon » et le « mauvais » médecin : « *Les médecins, y'en a des bons et des mauvais...(...), le mauvais, c'est celui qui met des arrêts de travail facilement, le bon c'est celui qui soigne.* » [Ent_pop4]

¹⁸ La communauté d'agglomération compte 12 ophtalmologistes, tous situés au Puy-en-Velay. Sept d'entre eux exercent à l'hôpital Emile Roux (source ARS-Adeli-janvier 2009)

Cette figure caricaturée du médecin trouve plusieurs déclinaisons. Ainsi, le médecin peut aussi être :

- celui qui soigne bien : il « *écoute, est disponible* ». C'est le médecin qui prend son temps, qui sait rassurer, qui « *sait où il va* ».
- celui qui fait des efforts de clarté dans les informations transmises aux personnes. C'est le « *médecin qui dit tout* », qui est dans le relationnel, qui sait communiquer.

« Le médecin m'a parlé vingt minutes et avec des mots simples et j'ai tout compris, ce que j'avais et ce que je devais faire alors qu'avec un autre médecin, je n'avais rien compris. » [Ent_6pop]

À l'inverse, la figure du mauvais médecin est celle de « *celui qui soigne vite* », « *celui qui n'est jamais disponible* ». L'aspect financier intervient également dans cette qualification du « mauvais » médecin car il est aussi celui « *qui aime seulement l'argent* », ou encore « *celui qui refuse la CMU* ».

« La différence entre les médecins qui expliquent bien et les autres, c'est la quantité de clients qu'ils peuvent faire. Plus ça va vite, plus tu gagnes d'argent ». « Il y a des médecins qui aiment les sous... qui ne font presque rien et qui font payer une visite. » [Ent_6pop]

6.1.5 L'hôpital

L'ensemble des propos des interviewés atteste de l'impact de l'hôpital tant au niveau des représentations que des pratiques. L'importance de cette institution dans les paroles adopte différents contours. Si l'hôpital « fait parler », c'est en premier lieu du fait de son importance au niveau des soins médicaux. Avec ses différents services, les urgences, le Smur..., l'hôpital offre une panoplie relativement complète de services en direction de la population adulte, enfant et personnes âgées¹⁹. Les propos des professionnels sont contrastés mais révèlent des difficultés de communication entre le personnel hospitalier et les professionnels du dispositif ville. Parallèlement, on perçoit une **crise de confiance** de la population envers l'hôpital : mise en cause de la qualité des soins, de l'expertise du personnel soignant, de la propreté... Cependant, aucune donnée disponible ne permet de confirmer ou d'infirmer la validité de ces propos.

6.1.5.1 Pour les professionnels : un discours contrasté sur l'hôpital

Dans les discours des professionnels, la description de l'hôpital n'est pas homogène. Certains insistent sur les points positifs alors que pour d'autres c'est la négativité qui prédomine. De plus, les interviewés distinguent les activités régulières de l'hôpital, de l'urgence et de la permanence des soins.

En premier lieu, il est fait état de difficultés relationnelles entre les médecins de l'hôpital et ceux du libéral :

¹⁹ Les services de l'hôpital sont répartis en 5 pôles : chirurgie, femme/enfant, urgence médecine, gériatrie, prestataire de services

« Je trouve qu'au niveau relationnel, notamment certains spécialistes sont très difficiles à avoir au téléphone, on se fait jeter, pour avoir les rendez-vous, ils n'arrangent pas vraiment les gens. Vous allez à Lyon ou à Saint-Étienne, vous avez le patron du service qui vous répond lui-même : il est bien disponible (...) » [Ent_16]

Si une partie des professionnels de santé se rend compte « que l'hôpital n'a pas bonne presse » et trouve des arguments à cet état de fait, d'autres mettent en avant le fait que l'hôpital « est classique et répond aux besoins de la population. » [Ent_22], avec « le service de réanimation, le Smur²⁰, les urgences ».

Globalement, la dépréciation de l'hôpital serait cause et conséquence d'un usage inapproprié du dispositif hospitalier. Celui-ci serait plus utilisé pour l'urgence et la permanence des soins que pour les interventions programmées : « Dans l'urgence on vient à l'hôpital on vient se rassurer mais dans le programmé c'est toujours mieux ailleurs. » [Ent_22] Les médecins généralistes sont encore pointés du doigt : ils orienteraient trop ailleurs et n'utiliseraient pas suffisamment les ressources locales.

Le sujet du service des urgences est abordé par le biais du surplus de travail. La conjonction entre augmentation d'activité et diminution de moyens fragilise le dispositif :

« On a une activité qui explose avec des crédits qui diminuent. (...) Au niveau de nos effectifs, nous, on est à l'effectif minimum : on ne peut pas faire plus. (...) Il suffit qu'il y en ait un qui se mette en arrêt maladie, les gardes ne sont plus assurées. Il y a des efforts qui sont faits dans tous les sens. » [Ent_22]

En effet, il est dit que les urgences « sont embouteillées de bobologie ». La mission de réponse à l'urgence santé serait en partie phagocytée par des réponses aux besoins d'une population précaire comptant parmi elle des personnes âgées démunies :

« Moi à mon avis, les urgences c'est lourd, c'est cher et ils font autant de social que de sanitaire pour le coup. Pourquoi ? Parce que les gens qui sont seuls, au moindre problème, ils viennent aux urgences. Mais normalement les urgences c'est pour traiter des problèmes sanitaires, ce n'est pas pour traiter des problèmes plus sociaux que sanitaires. Bien souvent la misère physiologique ou le grand vieillissement ce n'est pas forcément aux urgences que ça peut se traiter. D'autant plus que les urgences sont embêtées parce que eux, ils ne savent pas trop où mettre ces personnes. » [Ent_6]

La présence d'un service de Permanence d'accès aux soins de santé (Pass)²¹ semble souffrir d'un manque de moyens.

« Quand les Pass ont été créées, ils ont budgété un temps plein d'assistante sociale qu'ils ont positionné aux urgences et ça a permis que les urgences aient une assistante sociale mais pour autant

²⁰ Service médical d'urgence et de réanimation

²¹ La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a réaffirmé les obligations de l'hôpital public dans ce domaine. Elles sont importantes, car l'hôpital est souvent considéré par les personnes très démunies comme le seul recours pour accéder aux soins.

Des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (Pass) ont été ainsi constituées dans les hôpitaux afin de faciliter l'ouverture du dispositif ordinaire de soins à la population qui en demeure exclue.

il n'y a pas eu de temps médical donc il n'y a pas vraiment de coordination. C'est difficile de mettre en place des choses sachant qu'il n'y a pas de médecin pour faire les consultations. » [Ent_2]

Actuellement, la Pass répond majoritairement aux besoins des personnes âgées. Il a été question pour cette population d'une carence des services intermédiaires entre l'hôpital et la ville (cf. paragraphe 4.3). Cette perception est renforcée par les propos suivants qui indiquent les principaux motifs d'intervention dans le cadre de la Pass :

« (...) la préparation de sortie à domicile, la mise en place d'aide à domicile, les dossiers d'admission en maison de convalescence et après les maisons de retraite aussi. » (...) « En sachant que la population rencontrée, la majorité des gens a entre 80 et 90 ans. » [Ent_2]

6.1.5.2 Pour la population : une perception globalement négative de l'hôpital

Si la plupart des individus rencontrés soulignent l'effort de modernisation de l'hôpital, la crise de confiance envers l'hôpital est palpable. Il est ainsi fait état d'un établissement où « *on attrape des infections* », où les « *erreurs médicales* » sont fréquentes, où le manque de personnel influe sur la qualité des soins. « *On a un très bon hôpital, avec du matériel de pointe, mais on n'a pas les compétences derrière.* » [Ent_ 6pop]

De la part de certains usagers, l'image de l'hôpital est très négative et les propos sans nuance : « *C'est des bouchers* » [Ent_ 6pop]). De plus, une image dévalorisante des médecins est véhiculée : « *il n'y a que des petits docteurs à l'hôpital, il n'y a pas de professeur.* » [Ent_ 5pop]. Ainsi, pour certains, l'hôpital ne peut répondre aux problèmes graves de santé : « *Si on a un problème grave, on va à l'extérieur du Puy, à Clermont ou Saint-Étienne.* » [Ent_ 2pop]

De plus, dans un groupe, il est perçu un manque d'offre de services, notamment au niveau de la maternité : « *Au centre hospitalier, on n'a pas tout, pas de matériel pour les naissances pathologiques ou à risque. On est obligé de faire un transport en hélico en urgence vers Clermont ou Saint-Étienne.* » [Ent_ 4pop]

Ces propos s'opposent à l'existant, en effet le Centre Hospitalier du Puy en Velay dispose d'une maternité de niveau 2 soit une unité de néonatalogie ou de soins intensifs. Cela illustre les contrastes entre les perceptions parfois négatives et la réalité de l'offre.

Enfin, traversant la négativité des propos portant sur l'hôpital et en contraste avec ceux-ci, il est également fait état des atouts d'un hôpital « *C'est un petit hôpital, ici, c'est plus à l'échelle humaine, il y a plus de relationnel.* » [Ent_ 5pop] Le manque de moyens abordé par les professionnels est ici décrit différemment. Les propos envers le personnel soignant sont plus compatissants : « *Ils font ce qu'ils peuvent mais ils ne sont pas assez nombreux.* » [Ent_5pop], ou encore, « *ils ne sont pas assez nombreux, surtout le week-end.* » [Ent_ 5pop]

La clinique « Bon secours » est citée à deux reprises comme étant « *plus sérieuse que l'hôpital* » et semble soulever moins de suspicion. Cependant, à l'écoute des interviewés, la crainte des coûts élevés des soins, associée à son statut d'établissement privé, ne favorise pas l'orientation directe vers cette clinique.

6.1.6 Offre de prévention

De manière générale et à l'exception de deux répondants, spontanément, les professionnels parlent peu de prévention santé.

Cependant, lorsque la question est formulée, des structures et services sont repérés en tant qu'acteurs importants de prévention²². En matière de prévention, les bilans de santé de la CPAM sont jugés efficaces par les professionnels et par la population. Ils permettent le repérage de pathologies et garantissent une prise en charge rapide et le lien avec les spécialistes. Les consultations de PMI sont également citées comme service essentiel en ce qui concerne la prévention en direction des enfants.

Les professionnels du social signalent l'insuffisance de structures pouvant aborder les notions de bases comme l'hygiène, l'alimentation, le sommeil...

Une partie des professionnels souligne les nombreuses actions qui sont mises en place autour de la thématique des addictions tout en posant la question de leur impact sur les jeunes. «*À trop vouloir faire [...] pour les jeunes dans ce domaine là, effectivement il s'est peut-être créé l'effet inverse.* » [Ent_3]

Cela correspond aux propos des jeunes qui pensent être trop sollicités sur cette thématique. À la demande de leur point de vue sur la prévention par rapport aux pratiques addictives, ils répondent que «*des fois, on a l'impression que c'est nous faire la morale.* »

Dans le même ordre d'idée, et sans remettre en cause sa nécessité, un intervenant questionne la prévention dans sa globalité : «*trop de messages ne produisent-ils pas l'effet inverse de celui désiré ?* »

La réception des messages de prévention différencierait en fonction des publics. Dans les discours, les précaires, les jeunes et les personnes âgées sont identifiés comme récepteurs spécifiques.

Les précaires et les jeunes seraient moins touchés par les campagnes de prévention. Pour ces populations, le plaisir et la liberté participent, comme dit précédemment, du sentiment de bien être, et par extension, d'une bonne santé. Ils perçoivent en partie les messages de prévention dans leur aspect antinomique à l'idée de liberté. Ils refusent des discours qu'ils associent à une forme de «*morale qui (nous) dicte comment on doit vivre.* »

Les campagnes de prévention font généralement appel à une temporalité sur le long terme, temporalité différente de celle des individus en situation de précarité pour qui la vie est plus orientée sur l'immédiateté et la vie au jour le jour.

« Cette logique de prévention où l'anticipation de façon générale c'est quelque chose de possible pour les personnes pour qui ça va bien, qui ont le temps d'anticiper et qui ont une capacité à anticiper. Pour moi ce n'est pas la population en situation de précarité. » [Ent_19]

²² Planning familial, Anpaa, Resaad (addiction)..., CIDFF (Centre d'information sur les droits des femmes et de la famille), Maison des adolescents

Les personnes âgées seraient plus sensibles aux messages de prévention, « (...) ils sont quand même attentifs à leur santé (...) ils viennent bien aux réunions d'information. Les gens veulent avoir des informations concernant la santé. » [Ent_6]

La perception de l'offre de soins sur le territoire est donc variée.

En médecine générale, l'offre est jugée majoritairement suffisante même si une partie de la population s'indigne du manque de disponibilité des médecins généralistes ainsi que de l'impact de l'aspect financier qui donnerait naissance à des prises en charge insatisfaisantes. Dans les zones les plus rurales de la communauté d'agglomération, la désaffection des médecins généralistes est préoccupante.

De manière générale, il est fait état d'un manque de services ou structures qui permettraient une prise en charge à l'intersection de l'hôpital et des dispositifs présents en ville. Cela est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit des besoins des personnes âgées et des personnes nécessitant des prises en charge relatives à la souffrance ou à la pathologie mentale. Les personnes âgées souffrent également d'un manque de professionnels intervenant à domicile.

Pour les populations précaires, les bilans de santé sont indispensables. Les professionnels déplorent le manque de moyens et de coordination pour parvenir à des prises en charge globales, alliant le sanitaire et le social. Par extension, le champ sanitaire souffre de demandes dépassant sa mission initiale de soins.

Les professionnels rencontrés insistent pour le maintien et le renforcement des consultations de PMI permettant le repérage précoce de problèmes de santé chez l'enfant et de difficultés dépassant le domaine des soins chez les parents.

Le dispensaire est évoqué à plusieurs reprises, tant par les professionnels que par les usagers. Ce type de structure, réunissant différents professionnels de santé, dont l'accès était gratuit et anonyme correspondait, semble-t-il, aux besoins de réponses rapides et graduées :

« Les dispensaires étaient gratuits, c'était très bien pour les jeunes et les personnes qui n'ont pas les moyens. » [Ent_ 5pop]

VII. Les obstacles et les facilitateurs à l'accès aux soins

7.1 Les obstacles

Les obstacles à l'accès aux soins sont largement présents dans les discours des professionnels et de la population. Cette récurrence du thème traduit la perception d'une réalité où l'effectivité de l'accès aux soins de santé repose sur des préalables relevant de différentes dimensions. L'obstacle financier apparaît de manière répétitive. Plus globalement, la configuration du territoire et des spécificités culturelles d'un milieu à dominante rurale bloquent également les pratiques professionnelles. Concomitamment, les modes de fonctionnements des structures et services et les différentes cultures professionnelles entravent l'efficacité de l'offre de soins.

Selon un autre angle d'analyse des discours, ce sont des caractéristiques spécifiques de certaines catégories de population (jeunes, personnes âgées et précaires) qui restreignent l'accès aux soins.

7.1.1 Les obstacles financiers

Parmi les obstacles énoncés dans les discours des professionnels et de la population, la dimension financière occupe une place prépondérante.

La majorité des professionnels rencontrés exerce auprès d'un public n'ayant que peu ou pas de ressources financières. De plus, l'activité salariée n'est pas toujours synonyme d'une absence de difficulté financière. Trop souvent, le salaire minimum ne suffit pas pour se soigner :

« On a tendance à dire qu'un CDI c'est le nirvana... Non, je suis désolé, il y a des gens qui sont en CDI à 900€ par mois et quand ils ont payé le loyer et bien il ne reste pas grand-chose pour la santé. Et ça, on en voit de plus en plus. » [Ent_15]

« Quand on est de l'extérieur ou même quand on n'a pas encore d'emploi, on pense qu'en trouvant un travail, ça y est, tous les problèmes vont être résolus les uns à la suite des autres. » [Ent_15]

Dans ces conditions, des stratégies de survie sont adoptées en fonction de priorités. Les professionnels insistent sur le fait que la santé n'est jamais prioritaire pour ces populations à bas revenus. *« Un certain nombre de gens ne se font pas soigner pour des raisons qui sont, de mon point de vue, des raisons strictement matérielles. »* [Ent_5]

Ces difficultés financières sont renforcées par un moindre remboursement des médicaments, des dépassements d'honoraires ou des soins non remboursés et par la difficulté à accéder à une assurance complémentaire.

Quel que soit l'âge, des retards dans la prise en charge ou encore des séjours hospitaliers que les usagers voudraient écourter sont évoqués :

« Il y a vraiment des gens en souffrances multiples et financières aussi. Des soins qui sont souvent longs et du coup une difficulté à pouvoir s'engager. Ça arrive encore assez régulièrement que des gens demandent leur sortie prématurée parce qu'ils ne pourront pas assumer le coût financier. Mais à ma connaissance, j'ai très peu de gens qui sont quand même sortis. » [Ent_26]

Les propos des usagers renforcent ceux des professionnels. L'aspect financier est régulièrement présenté comme obstacle à l'accès aux soins ou encore obstacle au « bien soigné » car « (...) *l'argent peut influencer sur la qualité des soins* » [E4-pop].

Dans trois groupes il est question de refus de soins lié au fait d'être bénéficiaire de la CMUc²³. Les personnes évoquent des situations concrètes : un médecin de garde refuse de se déplacer un jour de fin de semaine, une secrétaire d'un cabinet dentaire refuse un rendez-vous après s'être renseignée sur le statut de la personne demandeuse... Les usagers pensent être « *moins bien soignés* » que les autres, « *ceux qui n'ont pas la CMU et qui ont des complémentaires* ». Il a été entendu qu' « *au Puy, ils n'aiment pas la CMU.* » [E4-pop]

Autre élément, l'impossibilité pour une partie de la population aux revenus supérieurs au plafond CMUc de se doter d'une mutuelle complémentaire. « *Parce que les complémentaires c'est très cher donc pour toute une tranche de la population c'est marqué interdit.* » [Ent_18]

Les coûts des soins dentaires²⁴, ophtalmologiques et des prises en charge psychologiques rendent ce type de soins difficilement accessibles. On perçoit également chez la population la sensation d'une moindre prise en compte de leur personne par les professionnels les sachant affiliés à la CMUc. Tout se passe comme si les individus intégraient une stigmatisation et une forme de discrimination²⁵. Pour exemple « *les types de verres remboursés par la CMU, ce sont des verres épais, pas élégants, gênants à porter.* » [Ent3_pop]

Ainsi, s'il est dit que « *tout le monde n'est pas à égalité* », certains propos traduisent l'idée inverse : « (...) *l'argent n'est pas un obstacle à l'accès aux soins, on est en France quand même.* »

Globalement, l'idée « *d'une médecine à deux vitesses* » [Ent2_pop] traversent les discours. Cela discrimine les bas revenus ou ceux couverts par la CMUc.

« Je suis bénéficiaire de la CMU donc je n'ai pas accès aux soins ordinaires. Et ça on l'a eu plusieurs fois dans le groupe. Surtout pour des soins un peu particuliers du style « je n'entends pas » mais le médecin me dit que ça ira bien comme ça et que ça va passer. Ça c'est vrai qu'on a beau leur dire que ça ne marche pas comme ça, il y a beaucoup de gens qui restent avec leurs problèmes de santé. » [Ent_11]

²³ « Des éléments illustrent de possibles refus de soins de la part des professionnels. Ainsi, la loi instituant le dispositif de la CMUc impose à tous les praticiens, quel que soit leur secteur conventionnel, de pratiquer pour les soins qu'ils dispensent aux bénéficiaires de la CMUc le tarif conventionnel de la Sécurité sociale, sans dépassement d'honoraire. » ; Questions d'économie de la santé, n°130-Mars 2008, Irdes ; <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes130.pdf>

²⁴ « En moyenne, les dentistes présentent des taux de clients CMUc 1,3 fois moins élevés que ceux des généralistes. Cette différence s'inscrit en contradiction avec le fait que les bénéficiaires de la CMUc déclarent plus souvent un mauvais état dentaire que les autres patients. » ; Questions d'économie de la santé, n°130-Mars 2008, Irdes ; <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes130.pdf>

²⁵ **En matière d'accès aux soins**, si les refus de soins sont très minoritaires au sein de la population générale (3 %, en stagnation par rapport à 2009) ils sont trois fois plus importants au sein des foyers ayant des revenus inférieurs à 1 400 € mensuels (9 %)... et même presque cinq fois plus constatés parmi les foyers dont les revenus mensuels n'excèdent pas 1 000 € (14 %). CISS ; communiqué de presse du 2 mars 2010 ; http://www.leciss.org/fileadmin/Medias/Documents/100302_CP_Droits-Malades-Anniv-Loi-4-mars-2002.pdf

Pour les personnes âgées à bas revenus, les conséquences sont susceptibles de prendre une toute autre ampleur, allant jusqu'à modifier totalement la vie quotidienne :

« Les conséquences sont de plusieurs ordres. Pour les personnes âgées, ce sera une entrée retardée en maison de retraite avec le risque d'une aggravation de son état de santé. Pour d'autres, ce sera une interruption de traitement ou de prise en charge. » [Ent_20]

7.1.2 Ruralité et mobilité

Le lien entre ruralité, mobilité et accès aux soins est un thème largement documenté.²⁶ Les propos des interviewés en font également état. Directement en lien avec la dimension financière, le déremboursement des transports sanitaires est une entrave aux prises en charge, notamment celles des enfants et des personnes âgées.

« Il y a des gens dont les enfants venaient en taxi parfois avec un accompagnement des parents. Demain, les prises en charge [des transports] de certains enfants s'arrêtent... et les familles les plus en difficulté si cette difficulté là vient se rajouter à toutes les autres, qu'est ce qu'ils laissent tomber ? C'est le soin pour leur enfant parce que ça leur demande trop de... c'est trop lourd à mettre en place et ils abandonnent. » [Ent_13]

Cet aspect financier se retrouve dans les propos du groupe des personnes âgées interrogées : *« Avec le déremboursement des VSL, ça devient vraiment compliqué. » [Ent2_pop]*

Le constat de ce manque de mobilité pour une partie de la population est encore plus prégnant dans les zones rurales de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay. Ainsi, les professionnels font face à des limites organisationnelles et ne peuvent prendre en charge médicalement des personnes alitées du fait d'un problème de santé.

« Pour un problème où la personne d'habitude se déplace mais ce jour là elle est clouée au lit, on essaiera de se débrouiller. Mais après aller faire des visites régulièrement sur ces secteurs là et dans l'organisation d'aujourd'hui, ce n'est pas possible. » [Ent_20]

La désertification médicale demande également aux individus des déplacements plus importants :

« On a une clientèle qui vient de plus en plus loin du côté de Solignac, des zones où les confrères sont partis et où la relève derrière n'est pas complètement assurée. Moi je vois des gens qui sont venus me voir en disant c'est un peu plus loin mais on préfère faire des km et avoir un médecin. » [Ent_20]

Même lorsque les services du Puy ont des antennes en zones rurales, le problème de mobilité persiste pour les individus en grande précarité financière.

De manière générale, les professionnels sont inquiets par rapport à l'avenir. Il note la progression de la désertification médicale, la centralisation de plus en plus importante des services et structures au Puy-en-Velay et l'isolement des personnes âgées vivant dans des zones très reculées.

²⁶ Note d'analyse : la pauvreté en milieu rural ; http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Note_de_cadrage_GT_Fnars_pauvrete_en_milieu_rural.pdf

7.1.3 Ruralité et tabous

D'après les professionnels, un des obstacles à l'accès aux soins et à la prévention relève de la culture locale du territoire. Celui-ci, au profil majoritairement rural, semble souffrir encore de l'impact de tabous. Les sujets les plus difficiles à aborder semblent être la sexualité, la souffrance psychique et la maladie mentale (spécifiquement dans les zones les plus rurales).

Les questions relatives à la sexualité ne sont pas abordées suffisamment selon les professionnels. Cela serait en lien avec le poids de la religion qui bloquerait encore aujourd'hui l'accès à l'information sur le thème de la sexualité.

« Faut quand même dire que le mot sexualité est un grand tabou. On enseigne aux enfants l'hygiène alimentaire, on leur enseigne un minimum : qu'est-ce qu'il faut manger, pas manger etc. On leur enseigne la propreté et tout un tas de choses, à lire et à écrire bien sûr mais sur la sexualité c'est... »

[Ent_9]

La citation suivante illustre concrètement l'impact du religieux en matière d'information aux jeunes sur le thème de la sexualité.

« Donc, on a essayé de monter un projet sur l'information à la contraception. Le livret, on l'a diffusé dans l'enseignement public et l'enseignement privé n'a pas voulu le diffuser et qui c'est qu'on reçoit en délai dépassé ? Non, pas qu'eux, mais... » [Ent_9]

En matière de sexualité, les préoccupations nationales sur le recul de l'accès à l'interruption volontaire de grossesse sont également celles des professionnels de la communauté d'agglomération. Les dépassements de date limite pour avorter ne sont pas l'exception et les cas d'abandons d'enfants ou d'avortements à l'étranger existent (Espagne, Angleterre).

Les professionnels évoquent le manque de diffusion d'information et les délais de rendez-vous trop importants pour répondre aux besoins des jeunes femmes désirant avorter dans les délais légaux sur le territoire.

« Et bien elles accouchent et elles abandonnent leur enfant. On a une petite jeune de quinze ans, ça doit se passer comme ça. C'est dramatique et c'est pour ça qu'il faut de l'information et que l'information n'est jamais bien faite quoi. Ça stagne l'information. » [Ent_7]

Le problème est encore plus prégnant lorsque l'avortement en délai dépassé concerne des jeunes mineures.

Les jeunes d'un focus groupe le disent également. Le tabou empêche l'information et bloque l'accès à la contraception par le médecin de famille par exemple. La peur du non respect du secret médical est ici particulièrement présente.

Les pharmaciens sont également incriminés. Une partie d'entre eux ne faciliteraient pas l'accès à la contraception d'urgence pour les jeunes filles.

« Normalement, quand on est mineur, c'est gratuit. On ne doit pas lui poser de questions. Sauf qu'il y a des pharmacies qui posent des questions, qui demandent plein de choses en fait pour

dissuader. Et puis il y a des pharmaciens qui ne jouent pas le jeu. Il y a des pharmaciens qui refusent de leur donner la pilule. » [Ent_9]

Autres sujets tabous : la souffrance psychologique et la maladie mentale. Il semble que cela soit particulièrement vrai dans les zones les plus rurales de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay : « *Quand on est sur quelque chose de beaucoup plus rural. Dans la ruralité, le mal être même s'il y en a, on en parle guère. Est-ce qu'il est bien pris en charge ? Moins qu'en ville. » [Ent_19]*

La représentation de la psychiatrie et des prises en charge psychologiques est encore trop marquée par la figure du « fou » qui restreint l'accès à ce type de soin pour une partie de la population.

« C'est tout à fait encore une autre démarche, de se rendre auprès d'un psychiatre et avec une image assez négative et qui reste négative de l'hôpital Sainte-Marie du Puy. Sur les secteurs ruraux, il y a encore cette image. Sainte-Marie ici c'est l'hôpital des fous. » [Ent_25]

7.1.4 Obstacles relatifs aux pratiques professionnelles et à l'organisation des services et structures

Quels que soient les professionnels, les lourdeurs administratives sont très souvent évoquées. Parallèlement, les répondants abordent d'autres types d'obstacles à l'accès aux soins ou encore au parcours coordonné de soins.

➤ Culture professionnelle et entrave à la communication

Le discours des professionnels évoque le cloisonnement qui peut exister entre les professionnels et une communication parfois difficile entre ces derniers, plus particulièrement marquée entre les acteurs du social et ceux du sanitaire. Il en est également question à propos des relations entre les professionnels du sanitaire et social et ceux de l'éducation nationale.

Les différentes cultures professionnelles construisent des visions sur les usagers quelquefois contrastées ainsi que des évaluations de priorités d'actions distinctes. Cet état de fait relaté est susceptible de favoriser les conflits d'orientations ou de types de prises en charge en ne favorisant pas une hiérarchisation commune des objectifs.

Au-delà des dissemblances de cultures professionnelles, l'existence ou non de ces entraves communicationnelles relève en grande partie de la qualité des rapports interprofessionnels. Cette qualité va rendre possible ou non le dépassement des clivages et l'instauration d'une relation de confiance. Cependant, le travail relationnel apparaît encore plus compliqué lorsque des professionnels hors secteur sanitaire et social interviennent.

« C'est un peu plus compliqué avec le milieu scolaire où là on a... parce qu'avec les médicaux, paramédicaux et sociaux, c'est des gens qui sont formés aussi au secret donc ça ne pose pas tellement de problème. C'est plus compliqué avec les enseignants parce qu'ils ne sont pas dans le même champ professionnel. » [Ent_8]

Ces obstacles relationnels conduisent quelquefois à des lectures contrastées de situations ne favorisant pas la complémentarité des prises en charge.

➤ **Connaissance imparfaite des missions, contraintes et champ d'action respectifs**

« Des problèmes d'hygiène dans le logement, d'hygiène personnelle etc. où là pour le coup, comment on fait ? Avec qui on intervient ? Est-ce que c'est forcément de l'hospitalisation d'office, est-ce que c'est de la tutelle ? Est-ce qu'il faut protéger ou pas ? Il y a des questions qui se posent et pour le coup nous on n'est pas clair par rapport à ça. » [Ent_23]

Concernant l'information, un paradoxe apparaît. D'une part, les professionnels évoquent une méconnaissance des services et sont demandeurs d'outils d'information tels que les sites internet, un annuaire local ou des réunions d'échanges interdisciplinaires. D'autre part, des remarques sur le foisonnement d'informations déjà disponibles sont livrées. Enfin, il y a le sentiment d'une difficulté à faire circuler l'information concernant son propre service.

Les demandes portent donc sur l'amélioration de l'information et sur une meilleure coordination des interventions.

➤ **Médecine : un univers clôt sur lui-même**

« Il y a la communication de tous les acteurs sociaux avec les médecins en général qui ne se fait pas très bien. » [Ent_16]

La catégorie des **médecins libéraux** est la cible de nombreux commentaires de la part des répondants. Les usagers ne comprennent pas comment il est possible qu'un médecin refuse de nouveaux clients :

« Pourquoi ils disent qu'ils ne peuvent pas prendre de nouveaux patients, il y a bien des morts, des gens qui bougent alors les médecins doivent bien avoir de la place ? » [Ent _pop5]

Globalement, les acteurs du social reprochent aux médecins une activité en autarcie, trop centrée sur la consultation en cabinet et sur les limites formelles de la prise en charge des problèmes de santé. Autrement dit, les médecins ne s'intéresseraient pas suffisamment aux différentes dimensions (financière, psychosociologique...) liées à la problématique santé.

De plus, les horaires d'ouverture des cabinets médicaux sont incompatibles avec la notion de permanence des soins.

« Les médecins généralistes sont dans leur bulle. Nous on s'en rend compte, (...), on a des gros soucis parce qu'ils ferment les cabinets les soirs à 18h. » [Ent _22]

Pour les professionnels du secteur social, la communication avec certains médecins peut être difficile : « Certains médecins traitant en ville, ce n'est même pas la peine que j'appelle. L'assistante sociale [le demande], il ne va pas répondre. Si c'est un autre médecin, il va répondre. » [Ent _23]

La communication entre le secteur social et médical est trop souvent à sens unique :

« Je pense aussi que ça vient plus du social qui va vers le médical. Le médical encore, il a un peu de mal à venir vers le social (...) je pense à un truc tout simple comme une pension d'invalidité, le

médecin fera le certificat médical et nous, on fera le dossier administratif : c'est un petit peu dommage qu'il n'y ait pas de lien même pour la personne. » [Ent_12]

Le reproche fait au médecin est également un problème de repérage précoce des situations préoccupantes, notamment chez l'enfant, attribué principalement à un manque de formation :

« On reçoit encore beaucoup de gens qui nous disent mais notre médecin nous avait dit que ça passerait en grandissant et qui du coup viennent tardivement en consultation. (...) c'est impensable que nos collègues [ne soient pas alerter par] des troubles précis de la petite enfance, des troubles graves du sommeil, des troubles de l'alimentation chez le jeune enfant, les retards de langage, [qu'ils ne fassent pas] le lien avec une difficulté psycho sociale, psycho affective ou une difficulté familiale. Il n'y a pratiquement plus de pédiatre sur la ville du Puy. Il n'y en a qu'un ce qui fait que les généralistes reçoivent les enfants jeunes, il y en a quelques-uns qui sont bien sensibilisés aux questions de la petite enfance mais il n'y en a pas beaucoup. » [Ent_13]

Toutefois, cela peut être la conséquence d'une mauvaise connaissance par le médecin des missions des professionnels et des différentes possibilités de prise en charge :

« Peut-être que notre mission n'est pas suffisamment définie et suffisamment précise pour pouvoir dire au médecin : dans telle situation vous pouvez nous alerter. » [Ent_12]

Ou encore, comme l'exprime un acteur du médical :

« Après je dirais que le secteur social globalement pour moi, ça reste une grande bulle dans laquelle... Il existe quand même énormément de choses, énormément de structures mais comment s'y retrouver là dedans ? » [Ent_20]

L'isolement des médecins libéraux peut être aussi le fait d'un manque d'information. En dépit de l'effort des structures et services réalisé en ce sens, la communication aux médecins généralistes sur l'offre existante et sur les intervenants à contacter en cas de besoins n'est pas satisfaisante.

« Les médecins libéraux le problème c'est que certains sont assez isolés de la structure parce qu'on a beau faire de l'information, envoyer des brochures, de toute façon, celui qui la reçoit, soit il a besoin d'informations tout de suite et il s'en saisit soit ça va dans une pile. » [Ent_8]

« Le médecin il ne va pas être forcément d'accord avec nous-mêmes si on essaie de faire le lien. Là par contre, ce n'est pas facile. » [Ent_11]

➤ **Le secret médical et professionnel**

La question du **secret médical** est liée à ces entraves à la communication. Le cloisonnement entre les différents secteurs d'intervention, notamment entre le social et le médical, fait dire à certains répondants que le secret médical est un argument trop souvent avancé pour justifier une mauvaise communication. À partir de là, il est opportun de se demander quels éléments médicaux sont nécessaires aux acteurs du social pour améliorer les suivis ? Tous les suivis sociaux nécessitent-ils d'avoir des informations sur l'état de santé de la personne ? Quelle est la place du malade, de l'utilisateur dans la transmission d'informations le concernant ?

« Bon le travailleur social de secteur est dans son bureau, le médecin est dans son bureau et il n'y a pas vraiment de relation. Sauf quand on repère une grosse difficulté chez une personne et on peut appeler le médecin et encore des fois, il y a des réticences parce que les médecins vous diront « moi je suis sur le secret professionnel, je ne veux pas vous en parler. » [Ent_12]

Ces difficultés liées à l'exercice du secret professionnel semblent encore plus marquées lorsqu'il s'agit du champ psychiatrique. Les acteurs du social en particulier se disent démunis quand l'accès à des informations portant sur l'état mental d'un de leurs usagers leur est refusé. Ce partage ou non d'informations est très largement dépendant de la personnalité des psychiatres et de l'histoire de collaboration entre les professionnels.

« Par contre la psychiatrie, tout dépend avec quel psychiatre vous allez travailler. Il y en a qui vont collaborer très vite, nous informer, donc le travail va se faire facilement mais il y en a qui vont se réfugier derrière un secret professionnel qu'on a aussi et qui ne vont divulguer aucune information. Donc là c'est difficile. » [Ent_4]

Le secret professionnel peut devenir obstacle lorsque par exemple, un élu, interpellé par une institution scolaire pour une maltraitance présumée, ne peut pas obtenir d'informations concernant l'enfant en question :

« Après les éducateurs nous disent nous, on est tenu au secret professionnel, ça je les comprends car après les jeunes ne se confieraient plus à eux, mais il faut aussi d'une façon différente, qu'ils puissent nous faire remonter leurs ressentis aussi pour qu'on agisse au niveau légal. C'est ça le problème. » [Ent_29]

De manière générale, les réponses aux besoins nécessitent un travail collaboratif entre les professionnels des secteurs sanitaire et social, les services d'accueil et les services à domicile, les services spécialisés et ceux de droit commun. Cette collaboration est fortement dépendante de la qualité du lien entre professionnels et de la relation de confiance instaurée ou non.

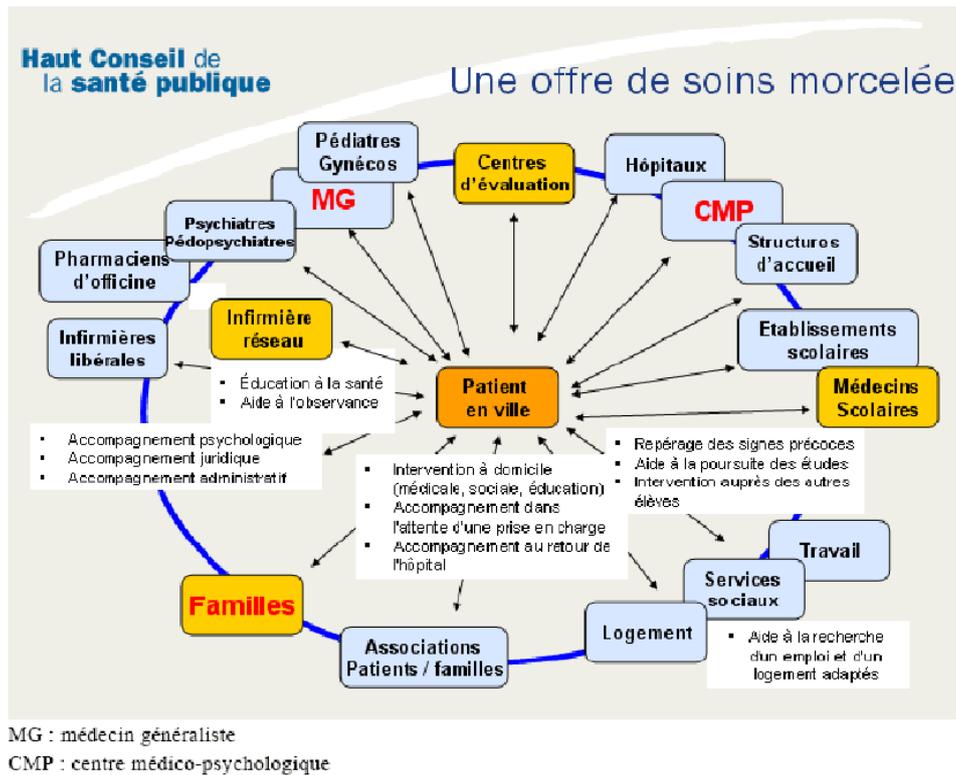
L'ensemble de ces éléments participe d'un morcellement des individus suivis par plusieurs professionnels qui ne sont pas nécessairement en lien.

« Je me dis qu'il y aura dans l'avenir à développer des dispositifs ou des lieux de pensée, de projet global pour la personne en l'associant mais éviter de la cloisonner, de la saucissonner comme ça parce que justement il y a une perte d'efficacité... Mais aujourd'hui, l'individu est cloisonné, morcelé, avec des référents multiples. » [Ent_15]

Cette segmentation peut être une cause de désaffection des services par les usagers. En effet, alors même que l'on sait que la relation de confiance est le primat d'une relation d'aide, comment éviter qu'une personne ne soit pas dans une situation de répétition de son histoire personnelle à des professionnels exerçant dans des services et structures différents. En d'autres mots, comment maintenir l'unité de la personne en dépit de la fragmentation des services offerts ?

Une illustration spécifique de ce problème de la nécessaire collaboration entre professionnels est ici présentée en s'appuyant sur les multiples intervenants qui sont susceptibles d'intervenir dans une prise en charge des pathologies psychiatriques.

Schéma 2 : Une offre de soins morcelée. Haut conseil de la santé publique.



Source : Haut Conseil de la santé publique - Présentation à l'Opeps et à la commission des affaires sociales du Sénat le 27 février 2009 ; « La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe. »
<http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-328.html#toc57>

➤ Les **problèmes financiers** sont également ceux des professionnels et encore plus des bénévoles associatifs, avec des soucis pour augmenter les équipes, faire fonctionner des permanences. Le premier impact concerne la surcharge de travail puis des délais d'attente importants, notamment en ce qui concerne la prise en charge psychologique et les services aux personnes âgées.

Malgré ces difficultés, les professionnels trouvent des solutions et mettent en œuvre des moyens pour répondre au mieux aux sollicitations. Cependant, c'est quelquefois le sentiment d'exercer en partie en compensation du manque de moyens qui s'installe chez les professionnels :

« À la fois nous sommes des services qui agissons et trouvons des solutions potentielles mais on agit aussi par compensation. C'est-à-dire qu'on se débrouille pour mettre en action des accompagnements nouveaux, des formes d'accompagnement qui n'avaient pas été exploitées. » [Ent_5]

Dans le monde associatif, le manque de moyens limite les services offerts qui se réduisent trop souvent aux besoins de base (alimentaire, vestimentaire,...) alors que les personnes en grande précarité ont aussi besoin de changement d'environnement, de vacances :

« Autrement on essaie de couvrir un petit peu tout. Ils demandent beaucoup de sorties, alors on essaye d'en faire mais ça coûte cher c'est ça aussi. Les vacances, on n'a pas essayé encore mais c'est

dur. Ça, ça serait bien qu'on puisse le faire. Oui parce que ça c'est demandé c'est des gens quand même qui ne partent jamais donc ne serait-ce que pour les enfants. » [Ent_18]

Parallèlement à l'organisation des prises en charge, les professionnels ont également signalé des modifications, dans le temps, des caractéristiques des usagers et des problématiques. Cela conduit à une complexification des situations et se surajoute aux problèmes de démographie médicale et paramédicale. De là, peut découler une surcharge de travail pour l'ensemble des services.

Cette surcharge de travail semble plus marquée dans deux domaines : celui des services aux personnes âgées et celui des prises en charge « psy ».

Les professionnels notent une augmentation sensible de problèmes de comportements chez les enfants, sans que les causes soient toujours bien identifiées. La carence de pédiatre, le manque de formation des médecins généralistes et le manque de coordination entre le sanitaire et le social précédemment évoqué conduisent à une situation où l'on tend, selon certains répondants, à psychiatriser trop les problèmes : *« actuellement, la réponse c'est beaucoup la consultation pédopsychiatrique pour les enfants qui vont mal et on ne va pas pouvoir absorber indéfiniment des nouvelles demandes. » [Ent_13]*

Une des causes de cette tendance à psychiatriser les difficultés des enfants proviendrait en partie d'un problème de repérage appuyé sur des bilans. La carence de professionnels est une des causes avancées. L'ensemble de ces éléments produit une concentration des orientations sur les services existants :

« Aucun psychomotricien en libéral, aucune ergothérapeute en libérale sur l'agglomération et sur le département ce qui est vraiment complètement atypique. Donc, il y a des professionnels qui ont tendance à nous envoyer des enfants en bilan pour un simple retard de langage ou pour des troubles psychiques ou psycho affectifs qui sont en train de se révéler. Et là de très graves problèmes aussi c'est que le service de pédopsychiatrie est en manque de moyens (...) les rendez-vous, c'est 3 à 6 mois ou plus pour un rendez-vous avec un pédopsychiatre. Et autre particularité c'est qu'on n'a aucun pédopsychiatre en libéral dans le département et qu'on a qu'un pédiatre qui a 62 ans dans le département. Donc on est dans un quasi désert médical. Un pédiatre libéral pour 3 ans, pas de pédopsychiatre, pas de psychomotricien et pas d'ergothérapeute et des orthophonistes en nombre très insuffisant. » [Ent_8]

Une professionnelle parle alors *« d'errance des familles qui vont prendre contact avec plusieurs services »* qui vont leur dire *« 6 mois d'attente et le seul pédiatre en libéral, ne prend plus de nouveau client... ça remet en cause un manque d'adaptation à l'évolution de la société » [Ent_8]*

Au-delà des besoins relatifs aux enfants, les réponses aux demandes de soutien « psy » ne se réalisent que dans des délais trop souvent incompatibles avec l'état de la personne en souffrance psychologique :

« Mais c'est vrai que quatre mois d'attente c'est souvent long. Moi j'ai vu une jeune fille qui a révélé des attouchements. Elle est majeure, ça date de vieux mais le délai d'attente pour des problèmes graves c'est quand même juillet alors qu'on a téléphoné en avril. Ça fait loin et la personne a peut-être envie de parler maintenant. » [Ent_10]

En matière de services de soutien « psy », la distinction est réalisée entre besoins d'accompagnement psychologiques et psychiatriques. Ici, la dimension financière se combine à la représentation du psychiatre : « *Le psychiatre est le médecin des fous mais il faut bien passer par lui si on n'a pas d'argent.* » [Ent_4pop]

« S'il faut une intervention régulière d'une psychologue par exemple, il faut soit, aller vers les psychologues libéraux et dans ce cas là, il n'y a pas de remboursement possible de type sécurité sociale ou CMU ou alors il faut passer systématiquement par un psychiatre et le public n'a pas forcément envie d'aller voir un psychiatre pour pouvoir accéder à des entretiens psychologiques et puis ce n'est pas forcément nécessaire. » [Ent_5]

En ce qui concerne les services aux personnes âgées, les professionnels évoquent un manque en matière de services à domicile. Cela crée des inégalités d'accès aux services :

« Il y a des mois d'attente avant de pouvoir intégrer le Ssiad : c'est dommage et du coup, on a recours à des auxiliaires de vie mais que les gens payent parce qu'il n'y a pas de prise en charge sociale. Ça crée des différences et les gens n'ont pas forcément les moyens. » [Ent_2]

Le manque de services à domicile est particulièrement prégnant lors de sortie d'hospitalisation car « *c'est une des conditions pour le retour à domicile quand même* ».

« Je pense que sur le Puy, il manquerait une autre structure de soins infirmiers à domicile. Il n'y en a qu'une avec des aides soignantes, pas forcément infirmiers, aides soignantes ça serait suffisant et ça manque. Pour les toilettes, aide au lever et au coucher etc. » [Ent_2]

7.1.5 Les obstacles relatifs à la population précaire : refus de soins et renoncement aux soins

Les discours abondent sur le thème des populations précaires, décrivant la complexité des besoins et les nombreux obstacles à l'accès aux soins des individus ayant peu de revenus. Ces obstacles conjuguent des caractéristiques de la vie dans la précarité et des attitudes de professionnels.

Cette population présente un **cumul de problématiques**. Devant faire face à une multitude de problèmes quotidiens, la santé n'est pas une priorité et, pour une partie des individus, ne l'a jamais été. Ainsi, le rapport au médical peut être celui d'une distance qui rend difficile la rencontre avec les professionnels de santé : « *une personne qui n'est pas allée chez le médecin depuis plus de 20 ans, c'est compliqué [il faut accepter] de dire j'ai mal, ça c'est gênant pour moi au quotidien, ça peut être terrible.* ». [Ent_11]

Il est question également d'un désintérêt de soi et d'une méconnaissance (différente selon les populations, les âges...) de sujets liés à la santé : le corps, la sexualité, le développement des enfants, la reconnaissance d'un symptôme grave, de l'aggravation d'une situation...

De plus, pour une partie des personnes en situation de précarité, des souffrances psychologiques ou des pathologies psychiatriques se surajoutent aux difficultés financières. La rencontre entre précarité et pathologie psychiatrique (ou souffrance mentale) amplifie les difficultés d'accès aux soins.

➤ **Cumul de problématiques : un impossible à isoler la santé de l'ensemble de ses déterminants**

Le profil des individus en situation de grande précarité nécessite, plus qu'avec toute autre population, une approche globale. Les professionnels insistent sur un point : la dimension santé ne peut être considérée de manière isolée. La santé est alors présentée dans son arrimage à l'ensemble de ses déterminants : l'emploi, la gestion de budget, l'alimentation, et plus globalement, l'hygiène de vie.

Les professionnels en contact avec cette population font le constat d'une impuissance à traduire la réalité de leurs pratiques professionnelles et d'un défaut d'information portant sur la diversité des besoins des usagers en grande précarité.

« Parfois on a l'impression que toutes ces instances [décisionnelles] ne connaissent pas le public et ne connaissent pas les difficultés auxquelles nous, nous sommes confrontés. À un moment donné tout le monde dit que les publics en grande précarité ont besoin d'un accompagnement santé de plus en plus important (...), je me rends bien compte que nous on se sait pas le retraduire. On n'apporte certainement pas assez de chiffres ou alors d'une mauvaise manière ou alors on n'interpelle pas assez ou pas comme il faut. On n'exprime pas assez ce dont on aurait besoin. » [Ent_5]

L'état de santé résulte d'un ensemble de facteurs en interaction. De ce fait, l'amélioration d'un seul facteur ne suffit pas :

« On travaille plus l'amélioration du budget et c'est vrai que là on pointe quand on parle argent et si on décortique l'axe budget, c'est bien là qu'on se rend compte des problèmes d'addiction. Le poids du tabac, de l'alcool, des sorties dans le budget. Du coup, on se rend bien compte qu'on aura beau travailler sur la question argent tant qu'on ne traitera pas la problématique santé. » [Ent_17]

Il semblerait qu'une partie des précaires ne dispose pas toujours des informations suffisantes pour trouver les réponses à leurs besoins. Il y a une méconnaissance de l'existant, des dispositifs et missions des services disponibles.

« Parce que souvent les gens passaient la porte parce qu'ils ne savaient pas où trouver certaines réponses dans leur orientation. » [Ent_17]

➤ **Temporalité de l'immédiat**

Les professionnels notent également un rapport aux services inscrit dans une temporalité de l'immédiateté (financière, dans la prise en charge...).

« On a quelques adolescents [garçons] mais pas beaucoup parce que ça demande des moyens et une rapidité de rendez-vous qu'on n'a pas. » [Ent_13]

La question de l'attente d'un rendez-vous ou encore de l'attente dans la structure avant la rencontre avec le professionnel est délicate. Pour une partie des individus, l'attente est impossible :

« C'est un public qui ne reste pas forcément trois heures en salle d'attente. » [Ent_2]

➤ **Rapport spécifique à la douleur**

Le vécu de soi, du bien-être et de la douleur est spécifique à chaque individu. Une partie de la population précaire présente un seuil élevé de tolérance à la douleur. Cela peut donner naissance à des situations d'urgence du fait d'une aggravation des symptômes.

« Tout simplement ils n'ont pas la même vision de la santé que nous. Je les vois arriver aux urgences [avec] des douleurs dentaires insupportables, pour autant ça fait un mois qu'ils ont mal aux dents... tant que les médicaments suffisaient à masquer les choses, on n'intervient pas. C'est vraiment des situations quand les symptômes sont vraiment trop insupportables. » [Ent_2]

➤ **Représentation négative des services**

Le discours des professionnels, pour une part renforcé par celui des usagers, décrit un système qui peut générer des craintes et angoisses et de nombreuses peurs chez leurs usagers :

- peur de l'hôpital ;

« Il y a toujours tellement de choses à cacher et tellement de choses à redouter sur le fait d'une hospitalisation et d'une privation que bien souvent ça paraît difficile. » [Ent_5]

- peur de la douleur, de ce que le médecin peut découvrir ;

« Pour certains, le médecin c'est beaucoup d'angoisses : qu'est ce qu'il va me trouver, qu'est ce qu'il va me dire ? » [Ent_25]

« Les freins pour eux c'est souvent la peur de ce qu'il va découvrir ou mettre des mots sur des choses que peut être qu'ils savent mais qu'ils ne veulent pas entendre. » [Ent_25]

- peur de perdre leur libre choix ;

- peur du fichage ;

- peur d'un discours moralisateur ;

« Quand ils vont chez le médecin à mon avis, ce n'est peut être pas valable pour tous, mais le médecin doit leur faire, entre guillemets, la morale, faut pas boire, faut pas faire ci, faut pas faire ça etc... Il y en a qui ne veulent plus aller voir leur assistante sociale parce qu'ils se font engueuler, ils nous le disent... » [Ent_18]

- peur du regard extérieur (stigmatisation des usagers : femmes en situation de monoparentalité, SDF, précaire...);

- sentiment d'insécurité ;

« Ils s'excluent eux-mêmes essentiellement ... je crois très fort au sentiment d'insécurité, c'est-à-dire que ce sont des gens qui n'osent même pas franchir le pas de... par peur d'être ridicule, par peur d'aller vers l'inconnu, par la peur de la rencontre de l'autre etc. et qui fait qu'ils se replient un peu sur eux-mêmes. » [Ent_3]

« On peut ne pas avoir envie ? On est déprimé, découragé. » [Ent_pop1]

- peur d'être maladroit dans la prise de contact avec différents services.

➤ **Mobilité**

Les personnes peuvent avoir des difficultés à se déplacer, à s'organiser pour faire garder les enfants, à se dégager suffisamment de temps pour se rendre à un rendez-vous. Pour d'autres, ce sont des problèmes physiques qui complexifient les déplacements.

« Les problèmes de mobilité, ça existait déjà en 1990, en 2000 ça a été de constater que les chômeurs ont toujours des problèmes de mobilité. Soit parce qu'ils n'avaient pas le permis à cause des problèmes d'argent la plupart du temps. » [Ent_15]

➤ **Stigmatisation et invisibilité**

Lorsqu'il est question de population précaire, un paradoxe : cette population est à la fois stigmatisée et invisibilisée. La stigmatisation est renforcée en milieu rural.

« Ici ce sont des villages donc les familles sont très vite connues de beaucoup de travailleurs sociaux et certaines institutions se permettent de prendre en compte l'étiquette de la famille. » [Ent_4]

Il y aurait d'une part un sur-usage de services par des « habitués » du système et d'autre part, un sous-usage d'une population restant dans l'invisibilité, non demandeuse de services et difficile à repérer.

« Parce que je vois les travailleurs sociaux, ils ont un nombre de gens qu'ils voient mais bon il n'est pas très important compte tenu du volume de la population de leurs secteurs. Soit ils revoient les mêmes parce que ce sont des gens qui ont pris l'habitude et puis qui connaissent le système et... ceux qui en ont vraiment besoin... » [Ent_6]

« Le problème le plus fort que je pressens c'est le mal être des gens face à la précarité. C'est clair. il n'y a pas de place dans la société (pour eux). » [Ent_17]

Cette invisibilité sociale est celle du retrait volontaire par peur de la stigmatisation mais elle est aussi celle de l'isolement d'une vie appauvrie en termes de relations sociales :

« Ils n'arrivent plus à gérer, puis il n'y a pas de rentrée de ressources, pas d'espoir dans l'emploi, des réseaux familiaux qui sont très restreints. Quand on parle de l'isolement social, ça se réduit au conjoint s'il y en a un, la mère, la sœur et puis point barre. C'est souvent un réseau très pauvre. Non seulement il y a une perte de place dans la société mais ce problème d'isolement social qui est là. » [Ent_17]

Le refus d'aide constitue un autre obstacle pour les professionnels. Dans certains cas, il est impossible :

« Et puis il y a des fois des fins de non recevoir des gens même si on en voit la nécessité, on est obligé d'arrêter d'intervenir parce qu'il y a des gens qui peuvent nous refermer la porte au nez. C'est arrivé. » [Ent_12]

« Sur ces quartiers là, ils ne sont pas loin de tout : un accès aux droits, un accès aux soins. Ce n'est pas là le problème, c'est qu'ils ne veulent pas y aller. Ce n'est pas qu'ils sont isolés, que c'est trop loin, qu'ils ne connaissent pas. » [Ent_23]

➤ **Des difficultés de prise en charge (pour le corps médical) des problèmes psychosociaux**

Le cumul de problématiques demande une approche spécifique de la part des professionnels de santé. Ces derniers ne sont pas tous sensibilisés aux spécificités de la précarité. Celles-ci nécessitent une écoute particulière et souvent, un temps de consultation dépassant celui d'une consultation habituelle. Cela demande un engagement particulier et de la souplesse dont ne disposent pas tous les professionnels de santé.

« S'occuper des personnes démunies, je crois que les médecins qui s'en occupent vraiment ont d'autres réflexes aussi que non pas les médecins classiques. Ils vont peut-être aller plus en profondeur et justement revenir un peu en arrière, parler des antécédents et essayer de voir plus loin. [Un] regard spécifique dans le sens où les conditions de vie ont quand même un impact important sur la santé et qu'un médecin urgentiste ne prend pas la dimension sociale en compte. » [Ent_2]

➤ **Usure des professionnels**

Les professionnels le disent, certains usagers, notamment ceux dans la grande précarité ou cumulant des problèmes de santé mentale et financiers, sont usants. Un professionnel explique combien il peut être difficile d'accepter que des mois d'accompagnement à la mise en place d'un projet professionnel ou d'une hospitalisation, ou encore de recherche d'un logement soient anéantis par l'usager en une journée. *« En effet, ce sont des personnes qui prennent du temps, de l'énergie », « qui peuvent être épuisantes et difficiles à gérer. » [Ent_2]*

Les situations multi-problématiques auxquelles font face les professionnels demandent du temps et les résultats ne sont pas toujours ceux attendus :

« (...) il y a une difficulté quand on est face à des gens désocialisés et dont certains sont difficiles à cadrer quoi... des gens qui, même si vous essayez de les emmener à faire telle ou telle chose, un jour elles le feront et le lendemain elles ne le feront pas... Enfin des gens très instables. Là on est toujours en grande difficulté même avec tout ce qu'on peut mettre en place. Des fois, ce sont des gens qui nous usent parce qu'on peut passer du temps à essayer de mettre des choses en place et les résultats quelquefois sont maigres... » [Ent_20]

L'accompagnement social demande temps et investissement des professionnels. Cela n'est pas toujours congruent avec une logique globale de « rendement », notamment lorsque la prise en charge vise l'insertion par l'emploi :

« Et je crois qu'aujourd'hui, on est dans une obligation de résultat à court terme alors qu'on se rend compte qu'il faut beaucoup de temps pour ces personnes. Plus les gens ont eu des ruptures chaotiques même de pertes d'emploi, plus il faut du temps pour reprendre une vie professionnelle. » [Ent_15]

De manière générale, les professionnels ne peuvent que constater l'augmentation des demandes et les limites de leurs possibilités d'action :

« Je crois que je n'ai pas la réponse. Comment répondre à des demandes qui sont de plus en plus importantes, des soins qu'il faut poursuivre et des temps professionnels qu'on ne peut pas rendre élastique. » [Ent_26]

7.2 Les facilitateurs

Le terme facilitateur renvoie à ce qui est perçu par les professionnels et les usagers comme facteur favorisant l'accès aux soins.

En premier lieu pour les professionnels, la déclinaison locale d'orientations nationales facilite la mise en place d'actions innovantes. D'où l'importance de la circulation des informations associée à un repérage des besoins locaux qui facilite la territorialisation des orientations nationales.

Les professionnels ont mis l'accent sur l'approche globale trop souvent mise à mal par le cloisonnement entre services et les écarts entre les différentes cultures professionnelles. Il leur semble primordial de conserver cet objectif essentiel qui parfois, en raison du cloisonnement des différents services, a tendance à s'effacer.

Les entretiens suggèrent également le besoin continu de formation qui pourrait être transversale à plusieurs professions afin de développer une culture commune et des approches cohérentes. La démarche engagée par le réseau addiction a souvent été citée comme un réseau qui « *fonctionnait bien* » et répondait aux besoins des acteurs.

7.2.1 L'approche globale

Bien que chaque professionnel travaille à l'intérieur de son champ de compétence, l'ensemble des répondants insiste sur la nécessité de l'approche globale. Ce terme recouvre différentes réalités :

- accompagner l'individu dans l'ensemble de ses démarches ;

« Je dirais que quand on s'occupe d'un jeune, on fait vraiment le tour de la situation, on essaye de ne rien oublier. Donc si c'est une jeune fille, ça peut être des problèmes de sexualité, de contraception. On a moins de filles mais j'ai eu le cas récemment donc après c'est voir si elle est suivie, si non, c'est nous qui l'accompagnons : on fait beaucoup de choses très diverses dans les services. » [Ent_4]

- favoriser la complémentarité des compétences en restant dans le cadre des missions respectives de chacun.

L'approche globale ne doit pas être confondue avec un chevauchement des compétences. Chacun doit pouvoir faire appel à un professionnel d'un autre champ lorsqu'un besoin est repéré. Ceci est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de complémentarité entre le médical et le social, entre l'éducation nationale ou spécialisée et le médical, entre le judiciaire, le médico-social et le sanitaire. Pour exemple, une professionnelle de l'éducation nationale chargée de la prise en charge des enfants ayant des difficultés dans le cadre scolaire doit pouvoir orienter facilement les enfants pour obtenir un diagnostic ou encore informer les familles sur les ressources existantes et faciliter la concrétisation des orientations.

« Les troubles de l'apprentissage font partis des diagnostics médicaux mais nous, on est bien en termes de prévention d'apprentissage scolaire. On est aussi dans le rôle de l'information puisqu'on peut être amené à informer des familles de structures existantes. Mais nous, on les informe des structures et on leur propose éventuellement d'y faire un bilan...dans des services de soins, chez des orthophonistes. Nous, on demande des bilans complémentaires sans anticiper sur le bilan. Et c'est que suite au bilan chez le professionnel, qu'un soin pourra peut-être, être apporté aux jeunes. Mais ce n'est pas à notre initiative à nous. » [Ent_27]

Comme l'illustre les propos ci-dessus, la complémentarité ne s'arrête pas à l'orientation. Elle implique une circulation d'informations entre les différents professionnels afin d'optimiser la continuité et la cohérence des prises en charge.

7.2.2 Avoir le temps de l'écoute

Pour répondre aux besoins des individus, particulièrement ceux en situation de précarité, le temps de l'écoute est essentiel.

« Simplement de l'écoute certaines fois. Dans nos accueils où les personnes viennent pour des choses multiples mais aussi tout simplement d'entendre la personne nous dire ses difficultés quand elle en a besoin. Ne pas la pousser non plus et la forcer à exprimer. Je pense que c'est aussi quelque chose d'important. Être là pour écouter. » [Ent_17]

7.2.3 Souplesse dans le fonctionnement des structures et services, non jugement et offre de services diversifiés dans un même lieu

La souplesse recherchée serait celle de possibilité d'accueil sans rendez-vous et d'horaires d'ouverture à large amplitude pour un accueil optimal.

Certains services sont inadaptés aux caractéristiques d'une population marginale. Un exemple est livré d'un patient sentant mauvais dans une salle d'attente de médecin ou encore des usagers ne se déplaçant pas sans leurs chiens.

La souplesse de fonctionnement et d'accueil large et pluridisciplinaire est régulièrement associée au fonctionnement d'un dispensaire. Ce vocable apparaît régulièrement dans les propos des professionnels et des usagers en illustration de « ce qui serait bien » : le dispensaire, c'est la gratuité, le non jugement, l'écoute, les soins et l'orientation. Le dispensaire, c'est aussi le lieu d'articulation entre réponses aux besoins de base (hygiène, alimentation, logement), réponse en termes d'accompagnement social et réponses aux besoins de santé.

À l'analyse, la figure du dispensaire est opposée à la spécialisation, au morcellement.

« Avant les dispensaires étaient très bien pour les petits « bobos ». » [Ent_pop5]

➤ Soutenir, orienter sans faire à la place de l'utilisateur : accompagner sans infantiliser

« C'est souvent le parcours du combattant. On essaye de les aider le plus possible mais bon on ne peut pas faire pour eux en plus ça ne serait pas bon. D'ailleurs, ce n'est pas du tout la mentalité. » [Ent_18]

Accompagner physiquement un usager à un rendez-vous par exemple n'est pas possible pour tous les professionnels. Il demeure cependant un outil qui rassure les usagers, qui leur permet d'aller au bout d'une démarche qui a débuté par la prise de rendez-vous :

« Oui parce que sinon ils n'y vont pas. Ils prennent des rendez-vous et ils n'y vont pas alors si on les accompagne. » [Ent_18]

➤ S'appuyer sur les dispositifs existant : les bilans de santé

Les bilans de santé sont appréciés par les individus en situation de précarité : c'est un moment particulier, préparé, accompagné par des professionnels ou des bénévoles et suivi de prises en charge rapides lorsque des besoins particuliers sont repérés.

« Faire des bilans complets tous les ans : cela facilite la prévention et permet un accès plus facile aux soins, notamment en ce qui concerne les rendez-vous en ophtalmologie par exemple. Quand un bilan complet est effectué à l'hôpital, [il n'y a] pas beaucoup d'attente pour les rendez-vous par la suite. » [Ent_pop4]

De plus, les bilans de santé s'appuient de fait sur un réseau :

« Sur le Puy on a des partenaires : Restos du Cœur, le foyer d'accueil St François, le Tremplin, Pajo avec qui on est en train de développer un partenariat renforcé pour toucher cette population qui est plus encore en difficulté. On est sur du centre d'hébergement. On a également la Mission Locale, on a aussi le Greta, un centre de formation et d'insertion. On a d'autres structures associatives mais je pense également par exemple à Mambré. » [Ent_19]

➤ Prendre soin de soi

Pour les usagers, il importe de prendre soin de soi, de prévenir plutôt que guérir *« [il ne faut] pas attendre d'être malade pour se soucier de sa santé. Quand on est malade, c'est déjà trop tard. »* [Ent_pop4]

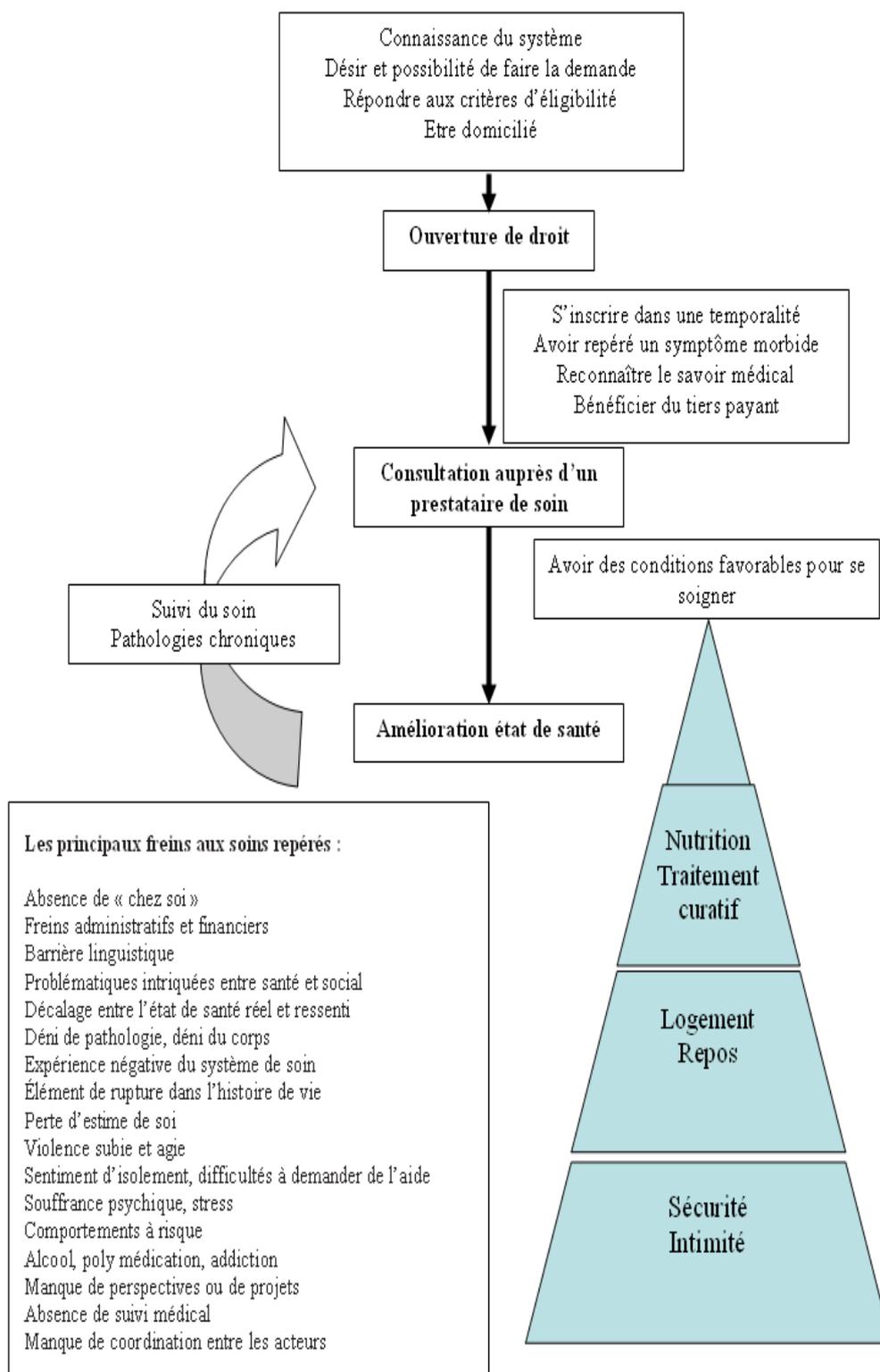
➤ Se faire accompagner pour comprendre les informations

« Moi, quand je vais chez le médecin ou même chez le pharmacien, c'est mon fils qui vient avec moi et après, il m'explique ce qu'a dit le docteur. » [Ent_pop5]

Cette section a traité des principaux obstacles et facilitateurs à l'accès aux services. Ils relèvent tant du contexte global (territoire, contexte économique) que des caractéristiques des populations précaires mais aussi des pratiques professionnelles et des règles fonctionnelles et structurelles des services et structures.

L'accès aux soins repose donc sur de multiples facteurs. Le schéma suivant en livre une vue synoptique.

Schéma 3 : Les conditions nécessaires aux soins²⁷



²⁷ Source : Projet d'accès à la santé dans 8 CHRS toulousains. « La santé des personnes sans chez soi ». Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin. Novembre 2009. p.65

7.3 Le réseau pour contourner les obstacles et faciliter l'accès aux services

7.3.1 Généralités

L'ensemble des répondants s'accorde pour affirmer l'importance du travail en réseau, apprécie sa présence ou déplore son absence.

Les réponses aux questions sur le réseau et le partenariat sont très variées selon la thématique et selon les professionnels. Il existe un consensus sur la nécessité du travail en réseau. Le réseau, « *c'est une culture professionnelle à créer et à constituer* », c'est « *une pratique qui évoluera doucement et qui ne s'impose pas* ». [Ent_13]

Il faut donc dépasser les nombreux obstacles au travail en réseau, sortir des jeux de rivalités entre services ou professionnels et penser l'aide réciproque dans un modèle d'horizontalité des rapports où la parole et l'expertise de chacun détiennent la même valeur en termes de compréhension des situations et de recherche de solutions.

Le travail en réseau vise le décloisonnement et favorise une base commune aux actions.

Le décloisonnement s'appuie sur l'intérêt de la diversité des points de vue et l'enrichissement par les différences. La notion de « base commune » renvoie aux représentations des situations, aux procédures et aux valeurs sur lesquelles repose l'action.

Les réseaux se présentent sous deux formes : formelle et informelle.

Les **réseaux formels** relèvent de choix institutionnels et s'appuient sur des conventions de partenariat entre services ou encore sont constitués en services en tant que tel.²⁸ Ce réseau semble répondre aux besoins des professionnels avec la possibilité de formation sur la thématique ciblée, de rencontre entre les différents acteurs susceptibles d'être confrontés à la problématique, de connaissance des différentes prises en charge possibles. Une des clés de réussite de ce réseau semble résider dans la disponibilité des acteurs spécialisés et dans l'apport de réponses concrètes pour la prise en charge des usagers. Le réseau addiction se présente comme une illustration de ce qu'il est possible de faire pour coordonner les actions entre les acteurs hospitaliers, ceux de la médecine libérale et ceux du champ social. Cela est cité pour le territoire de la communauté d'agglomération du Puy-en-Velay, les choses semblent plus difficiles lorsque les prises en charge s'éloignent du Puy-en-Velay.

Les **réseaux informels** découlent de synergies issues de la volonté de professionnels de travailler en collaboration pour répondre au mieux et de manière cohérente aux besoins des usagers. Ils sont caractérisés par la réciprocité des échanges entre les acteurs qui construisent une réalité commune sur les usagers et les possibilités d'accompagnement médical et social.

²⁸ Tel le réseau addiction (Resaad) sur le territoire

L'existence des réseaux informels est favorisée par la petite taille du territoire :

« On travaille sur un petit territoire aussi. On n'est pas comme Lyon et on se connaît un peu tous finalement et c'est un peu ce réseau qui fonctionne, de connaissances etc. mais après au niveau de la hiérarchie institutionnelle, je ne suis pas sûre qu'il y ait vraiment des choses mises en place. Si c'était vraiment une volonté politique de chaque établissement de travailler avec les autres partenaires, ça marcherait. » [Ent_11]

Ce mode de travail repose sur l'engagement personnel des acteurs. Ce réseau dépend entre autre de l'ancienneté du professionnel, de sa connaissance du territoire et bien évidemment de ses contacts. Même s'il est indispensable à toutes pratiques professionnelles, il n'est pas suffisant et comporte des risques :

« Il ne faut pas qu'il suffise que quelqu'un change pour que le dispositif change parce qu'à un moment donné, ça ne veut plus rien dire. C'est très soumis en fin de compte à des personnalités. Je ne veux pas pour autant niveler tout le monde mais on est quand même soumis trop à mon sens à des aspects très personnalisés. » [Ent_5]

Ces deux types de réseaux s'appuient l'un sur des logiques d'acteurs, l'autre sur des logiques institutionnelles. Qu'il soit formel ou informel, le réseau, c'est en premier lieu des professionnels qui se connaissent.

« Une bonne coordination et on arriverait à débloquer des situations : c'est un regroupement de compétences et parfois ça nous manque parce que nous les travailleurs sociaux ne sommes pas des psychologues, pas des médecins. » [Ent_12]

Le manque de temps et l'activité quotidienne auprès des usagers sont des entraves à la communication entre professionnels :

« Il faut plus de liens entre les services (...). Les différents services en lien avec une famille communiquent encore trop peu. J'en suis autant responsable que les autres. On est souvent pris par le temps, on ne prend pas le temps d'appeler une autre structure. On rend plus efficace notre travail quand on ne travaille pas tous dans notre coin. » [Ent_13]

Bien que la ruralité soit régulièrement associée à des difficultés d'accès aux services, la promiscuité géographique comporte des avantages :

« En zone rurale, il y a des endroits où il y a un ou deux médecins et une équipe d'infirmières. Les interlocuteurs ; il n'y en a pas cinquante donc là à ce moment là je pense qu'il y a sûrement entre eux un relationnel plus proche. » [Ent_20]

L'éloignement géographique des usagers, la centralisation des services en zone urbaine obligent les professionnels à trouver des solutions. Cela passe en partie par une coordination informelle supposant un échange régulier d'informations :

« Au niveau de la prise en charge, nous on a un temps de transport qui est beaucoup plus important sur le secteur rural, on a le problème des intempéries sur notre antenne et face à la solitude des gens et à l'éloignement, on est amené peut-être à coordonner peut-être davantage les acteurs du domicile. On

va se concerter (...) pour savoir s'il va bien y avoir un passage le soir ou si le ménage va bien être fait même si on a aucun rapport de hiérarchie ou quoi que ce soit... » [Ent_1]

7.3.2 Les fonctions du travail en réseau

Les professionnels rencontrés mettent en évidence 7 fonctions liées au travail en réseau. Ces fonctions sont soit déjà présentes soit attendues. La plus citée est celle permettant le travail en transversalité.

7.3.2.1 Favoriser le travail en transversalité entre les différents acteurs et champs d'actions du territoire.

- Favoriser la coopération entre le social et le médical

Un besoin de réseau socio-sanitaire est exprimé par une grande partie des professionnels interrogés.

Les assistantes sociales, et plus largement, les travailleurs sociaux (éducateurs...) sont des acteurs essentiels d'un travail en réseau. Ils sont plus généralement mobiles, vont au devant des situations, rencontrent de nombreux interlocuteurs autour des usagers qu'ils accompagnent. Ces caractéristiques dues à leurs fonctions font d'eux des réceptacles de nombreuses informations portant sur les usagers qu'ils accompagnent et d'une connaissance large des freins aux prises en charge.

De plus, les travailleurs sociaux sont présents dans de nombreux services et structures (hôpital, structures d'hébergement, dispositif ville, administrations...). Il n'est donc pas étonnant que ce soit les travailleurs sociaux qui expriment le plus fortement la nécessité du réseau.

Les médecins sont également un des maillons essentiels dans le travail en réseau autour des usagers. La collaboration avec les professionnels du paramédical est habituelle : « *Dans le partenariat sur le soin, il y a nos partenaires quotidiens traditionnels qui sont les infirmiers, kinés, pharmaciens, etc..* » [Ent_20]. Avec les acteurs du social, cette collaboration n'apparaît pas toujours aller de soi :

« Pour les médecins généralistes, si on les connaît ça peut bien se passer : ils ont l'habitude de recevoir ce public là. Il y a un médecin qu'on connaît et c'est très simple d'avoir un rendez-vous. » [Ent_4]

Un médecin généraliste dit faire appel à des assistantes sociales « *pour débrouiller l'imbrroglio administratif* ».

Le travail en réseau est aussi un travail en complémentarité : il permet par exemple de déterminer des priorités d'action pour un individu. Sont-ce des actions sur la qualité de vie qui prévalent ou des actions d'ordre médical ? Est-ce, plus pragmatiquement, un travail commun qui va permettre d'établir un diagnostic à la fois social et médical (un diagnostic total) ?

« C'est plus des pathologies sociales. (...) Mais en même temps à un moment donné, c'est des choses que nous en tant que travailleurs sociaux, on n'est pas en mesure d'évaluer. Ce n'est pas de notre domaine, c'est vraiment du domaine de la santé. C'est vraiment un médecin qui peut l'évaluer. Et donc là c'est bien quand on a la possibilité de travailler en complémentarité parce que là pour le coup

on aurait pu se poser pendant dix jours la question « est-ce-que cette personne ne va pas aller se mettre en l'air » et là, il y a un médecin qui pose un diagnostic. » [Ent_23]

La collaboration entre le sanitaire et le social existe mais elle est « *très dépendante de la volonté du professionnel de santé d'échanger et de s'intéresser au social* » [Ent_11]. À partir de là, les situations décrites sont contrastées, d'un travail constructif et aidant à une absence de dialogue. Et la « *sacro-sainte question du secret professionnel ne facilite pas les choses.* » [Ent_13]

Pour les médecins libéraux, le milieu social peut apparaître complexe. Parallèlement, les consultations « sociales » augmentent et les médecins sont incités à travailler en transversal.

Il semble que la féminisation de la médecine libérale ouvre de nouvelles perspectives au travail collaboratif. La citation qui suit concerne un travail spécifique entre une structure spécialisée et trois femmes médecins généralistes.

« Je pense que c'est une sensibilité personnelle de travail, c'est toutes des médecins femmes et relativement jeunes ». [Ent_13]

L'une des 3 médecins généralistes concernés a pris l'initiative de se déplacer dans la structure pour comprendre les types de prises en charge possibles et le fonctionnement institutionnel. Ce type de comportement semble rare.

Enfin, un travail en partenariat est réalisé plus facilement entre les infirmier(e)s (scolaire ou encore des services à domicile) et les services sociaux qu'avec le secteur de la médecine libérale. Par exemple, la cohérence des services à domicile pour personnes âgées ne peut exister sans collaboration étroite entre les infirmiers, les agents d'aide à domicile, les assistantes sociales, l'hôpital... : « *Je trouve que quand on met l'usager au cœur du dispositif et que les intervenants entre eux se trouvent une bonne coordination, on fait un soin et des interventions de qualité et il y a de l'information qui circule aussi. C'est important.* » [Ent_1]

- Favoriser la coopération entre le médical, le social et le judiciaire

Le travail avec le judiciaire dans les cas d'injonction thérapeutique ou de signalement de maltraitance semble difficile pour une partie des répondants : « *On ne parle pas la même langue. On n'a pas la même évaluation des choses (...). Un psychiatre qui écrit au juge...le juge ne pense pas toujours que l'enfant est en danger.* » [Ent_13]

- Favoriser la coopération entre le milieu associatif bénévole, le milieu professionnel

Les bénévoles associatifs sont des acteurs de première ligne répondant à des besoins de base tout en offrant un cadre relationnel sécurisant. Ce contact humain « *libre de tout contrat* » facilite l'instauration d'une relation de confiance et peut faciliter l'accès aux soins. Pour exemple, parmi les usagers des restos du cœur, certains ont coupé les ponts avec les services sanitaires et sociaux, Le contact avec les bénévoles rend possible l'orientation : « *Si quelqu'un est en trop grande difficulté, si elle est en danger, on aiguille vers les structures que l'on connaît. Maintenant on a des assises solides.* » [Ent_19]

L'accès aux soins, c'est aussi une présence rassurante d'un bénévole dans l'accompagnement aux étapes menant aux bilans de santé : « *On a le droit à un bilan de santé pour ces personnes là tous les deux*

ans et les volontaires, on les réunit ici et il y a une personne de la CPAM qui vient et qui leur explique ce qui va se passer et puis le jour où ça se passe, il y a toujours une personne d'ici qui les accompagne, il y a un référent : ça leur sert de « bonée. » [Ent_19]

Étant bien identifié sur le territoire, le secteur du bénévolat répond également à des sollicitations de professionnels : « On nous connaît, on sait ce que l'on fait. Quand il y a besoin d'un coup de main, on téléphone, est-ce que je peux l'envoyer ? Et on l'envoie. » [Ent_19]

- Favoriser la coopération entre l'hospitalier et les dispositifs de ville

Le lien entre l'hospitalier et les dispositifs ville comporte, cela a été dit, bien des obstacles. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit de la psychiatrie. Le réseau peut permettre de dépasser les oppositions et les différents points de vue sur une situation. L'exemple transmis est celui d'une maman sortant de Ste Marie. Le psychiatre permet à cette maman de rentrer chez elle et de prendre en charge ses enfants. Les assistantes sociales pensent que les enfants sont en « danger » et ne sont pas d'accord avec les conditions de sortie. Seul un dialogue entre l'assistante sociale et le psychiatre peut résoudre l'opposition.

Le lien ville-hôpital se réalise généralement par l'assistante sociale de l'hôpital qui maintient au mieux la continuité des soins et coordonne les prises en charge entre les professionnels médicaux, paramédicaux et les services sociaux.

- Favoriser la coopération entre les services dédiés aux enfants et ceux s'adressant aux populations précaires.

Par exemple, une structure accueillant des familles en grande difficulté financière fait appel à un service spécialisé dans les troubles psychiques des enfants lorsqu'un besoin est repéré.

- Favoriser la coopération entre les dispositifs spécialisés et dispositifs de droit commun comme ceux liés à l'emploi ou à l'éducation par exemple.

Le réseau permet alors des passerelles entre ces différents secteurs d'action comme l'illustre l'exemple ci-dessous à propos de l'intégration des enfants handicapés en établissement scolaire :

« On prépare les projets d'intégration, l'accueil à la crèche avec les parents mais avec l'équipe de la crèche, pareil pour les écoles parce qu'on a aussi une institutrice spécialisée ici qui est un peu l'interface entre nous, les parents et l'école. Et donc ce projet de scolarisation se prépare avec l'institutrice principalement. Ce qui est beaucoup plus facile pour une enseignante ou un enseignant d'école maternelle de parler de ses peurs ou de ses craintes à un collègue qu'à un professionnel de santé et donc les choses se préparent comme ça. » [Ent_8]

7.3.2.2 Renouer du lien entre usagers et professionnels

« Des fois il faut renouer le lien. Il y a certaines personnes des fois qui ont eu plusieurs suivis sociaux par des assistantes sociales (AS) de secteur ou par la Mission Locale, et qui ont lâché prise un peu sur ces suivis, c'est peut-être aussi des fois renouer un peu le contact entre l'AS et la personne. Dire si vous voulez, on l'appelle ensemble, on essaie aussi de renouer certaines fois. » [Ent_17]

7.3.2.3 Faciliter le parcours thérapeutique : préparer les sorties ou les entrées en établissement, le retour au domicile ou l'orientation vers une autre structure.

« Parce qu'effectivement dans l'intérêt de la personne qui sort de l'hôpital, si il y a suffisamment de travail avec cette personne, les gens généralement vont adhérer pour qu'on prépare la sortie, qu'on avertisse bien les travailleurs sociaux, qu'on avertisse tous les professionnels qui assureront le suivi après et quand on ne le fait pas parce que... oui effectivement on va dire que c'est le secret professionnel. C'est compliqué dans les situations de pathologies mentales principalement. » [Ent_8]

7.3.2.4 Favoriser les orientations adaptées aux situations

La présence d'un réseau fondé sur une connaissance et reconnaissance mutuelle favorise les orientations : *« Il faut accepter que d'autres traitent autrement les choses et que ça puisse cohabiter et que l'on puisse parler de ce qui est le plus pertinent et dans certains cas, faire des choix. » [Ent_13]*

7.3.2.5 Laisser le temps faire évoluer les situations et ne pas enfermer un individu dans un stigmate pathologique par une prise en charge restreinte : les multi-prises en charge

« Et quand on dépiste un trouble de la personnalité grave, un pédopsychiatre est associé au bilan ou après le bilan l'enfant est orienté sur le service de soin consultation d'un pédopsychiatre et il arrive qu'on travaille ensemble pendant une période assez longue le temps que les parents soient prêts à faire le pas pour être pris en charge uniquement par le service de pédopsychiatre ou tant que les choses s'apaisent ou basculent d'un côté ou de l'autre. Si on prend un enfant à 8 ou 9 mois, on peut repérer des troubles graves mais un enfant peut basculer d'un côté ou de l'autre aussi. Il arrive qu'on intervienne en 1ère intention en coopération avec la pédopsychiatre et qu'on continue pendant un temps variable mais qui peut être assez long et qu'il y ait une double prise en charge : ça aussi c'est possible. » [Ent_8]

7.3.2.6 Éviter que des « situations préoccupantes » ne se dégradent et favoriser les regards différenciés sur une même situation.

« Je vous parlais de ça à cause des différences de culture parce que je trouve qu'on a beaucoup tendance nous, à penser que du moment qu'on transmet des informations préoccupantes c'est qu'elles sont préoccupantes et qu'elles doivent l'être pour tout le monde et qu'en fait le but du travail, c'est d'envoyer à d'autres des infos, qu'ils puissent nous réinterroger, pourquoi on est inquiet ? Eux (les médecins) ne voient pas pourquoi et comment et apprendre à communiquer nos inquiétudes voire à entendre que les avis peuvent être divergents. Mais ce type d'échange de travail, je trouve qu'il se construit peu à peu. » [Ent_13]

« Un enfant pour lequel on est inquiet et où on se dit qu'il faut qu'il y en ait d'autres que nous, qu'il y ait un autre regard, un autre point de vue et qui puisse échanger avec nous : y a-t-il ou n'y a-t-il pas danger ? » [Ent_11]

Cette même répondante trouve cependant dommageable que les collaborations ne se réalisent que trop souvent en réponse à des situations d'urgence : *« Des fois il y a des synergies d'intervention mais c'est dans l'urgence parce qu'il s'agit de faire une intervention, une hospitalisation d'office ou carrément de constater le fait que la personne est tellement mal qu'on décide pour demain ou après demain. C'est arrivé ça aussi. » [Ent_11]*

Le réseau sert tant à démêler des situations difficiles, à recueillir des points de vue différents sur une situation, qu'à permettre d'alerter lorsqu'une situation de danger est perçue. :

« (...) on est attentif à ça parce que si on pressent qu'une personne a besoin d'être aidée aussi plus fortement que ce qu'on apporte, nous on est obligé quand même de mettre en lien avec le secteur ou un service spécialisé : on ne peut pas lâcher comme ça. C'est vrai qu'on n'a pas le mandat de prévention. Si on parle par ex. de l'enfance en danger, mais quand même, on ne peut pas laisser échapper des situations. » [Ent_17]

7.3.2.7 Prévenir l'usure des professionnels

« Je parlais des commissions tout à l'heure, et c'est vrai, qu'il y a une complémentarité, qu'on évite les essoufflements dans les accompagnements des personnes, qu'il y ait des lieux. Et ça a peut-être ça comme intérêt, c'est qu'il y ait des lieux d'échange et de possibilité de créer une culture commune. » [Ent_15]

Cette prévention de l'essoufflement face à des situations complexes est associée à un partage de regard sur la même situation afin d'envisager des accompagnements réalistes et pragmatiques :

« Ça permet de rester réaliste entre ce qu'il est possible de faire et ce qui est fait ou ce qu'on aimerait faire. » [Ent_15]

7.3.3 Les outils d'élaboration du travail en réseau

Le travail en réseau peut s'appuyer sur un cadre formalisé. Cependant, la souplesse, la flexibilité et l'ouverture aux points de vue divergents sont les valeurs garantes d'un travail collaboratif.

Les rencontres directes, par des groupes de travail, des réunions ou encore des formations facilitent la connaissance des différents professionnels entre eux. Cette connaissance facilite la reconnaissance des compétences et missions de chacun. Dès lors, il est plus facile de faire appel à quelqu'un que l'on connaît lorsque la situation le réclame.

« Ce sont des services qui sont accessibles. Puis l'institution aussi. Il y a eu des formations sur tout ce qui est addicto, ça a permis de mettre des visages, de mettre des noms et de faire connaissance. Je pense que quand on se connaît dans les services, c'est plus facile de les appeler et eux c'est la même chose, ils nous appellent aussi plus facilement. » [Ent_25]

Le travail en réseau est un processus dynamique, une construction permanente. Il importe en effet que les professionnels « se comprennent » pour échanger professionnellement.

Les rencontres régulières offrent l'avantage d'un travail d'écoute et de compréhension mutuelle sur le long terme. Comme l'illustre la citation ci-dessous, la volonté de collaborer ne suffit pas à l'effectivité de collaboration. Le travail commun demande du temps :

« Ce qui est évident c'est qu'entre les premières réunions et la fin, c'était le jour et la nuit. Chacun est arrivé au départ avec des positions tranchées et presque diamétralement opposées. Le fait de parler c'est important. » [Ent_26]

La formalisation du travail en réseau ne relève plus de la seule volonté des professionnels et nécessite un engagement institutionnel.

Cette formalisation prend le plus souvent la forme de signatures de documents (convention, contrat...) spécifiant les modalités de collaboration entre professionnels :

« C'étaient des structures avec lesquelles on avait effectivement des relations. Des relations qui étaient plus ponctuelles que quelque chose de suivi et du coup, il y avait presque une insatisfaction parce qu'un coup on répondait, un coup on ne répondait pas et ce n'était pas très cohérent. Alors que là on essaie de mettre en fonction des besoins et des moyens qu'on peut mettre en face. C'est vrai qu'on ne peut pas mettre tous les moyens qui nous sont parfois réclamés mais on essaie quand même d'y mettre les moyens qu'on peut. » [Ent_23]

Elle peut également s'effectuer par l'instauration d'une régularité de réunions réunissant des professionnels après identification, dans la pratique, de la nécessité d'un travail collaboratif.

7.3.4 Nécessité de maintenir les réseaux existants, besoin de créer d'autres réseaux

Formels ou informels, le travail en réseau existe et des exemples concrets sont présentés par les répondants. Il s'agit de réseaux autour de thématiques ou populations spécifiques (addiction, violence, personnes âgées...).

Le travail en réseau est donné en exemple autour de thématiques particulières. Il ne s'agit nullement d'une présentation exhaustive de l'existant mais d'exemples illustratifs. À chaque réseau identifié correspond un service ou une structure apparaissant de manière répétitive dans les discours.

- Intégration scolaire des enfants souffrant de handicap : Centre d'action médico sociale précoce (CAMPS)
- Violence aux femmes : Centre d'information sur les droits des femmes (CIDF)
- Personnes âgées : Service de soins infirmiers à domicile (Ssiad)
- Addiction : Réseau addictologie de Haute-Loire (Resaad)
- Hébergement d'urgence : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

« On est en lien avec tous ces lieux d'accueil et il y en a pas mal sur la Haute-Loire et on travaille beaucoup avec eux dans le cadre de l'urgence et dans le cadre de l'accompagnement de tout ce public qui est errant. Ça c'est un point. C'est le 115. Donc l'organisation qui permet effectivement de pouvoir répondre à l'urgence avec des partenaires multiples. Au-delà de la police, les gendarmes, les hôpitaux, les centres d'hébergement etc. C'est un dispositif qui a été assez bien élaboré. » [Ent_5]

Le problème de la prise en charge des **pathologies psychiatriques** a été précédemment évoqué. *« Par le manque de moyen en pédopsychiatrie, par la déficience du libéral, c'est un très gros problème. » [Ent_8]*

Les acteurs du social, et dans une moindre mesure, les médecins généralistes, insistent sur le besoin régulier d'avis psychiatriques. De part et d'autres, il y a difficulté à travailler en commun :

« Ce que je voulais dire c'est que tous les gens du champ social, tout ce qui est psychique, ça leur pose souci également et là souvent ils signalent une difficulté à travailler avec le milieu médical. Mais une

difficulté dans le sens, enfin moi ce que je perçois, c'est on ne sait pas, on ne sait pas qui contacter, on ne sait pas quel est le retour... » [Ent_16]

Face à ces difficultés de prise charge, des réseaux, plus ou moins formalisés, favorisent l'échange entre professionnels et la prise en charge des patients psychiatriques. Pour exemple, une convention établie entre la Pass (Permanence d'accès aux soins de santé) et l'hôpital Sainte-Marie permet de faire appel à un médecin psychiatre si une situation le nécessite. Le CHRS bénéficie également de la présence d'un infirmier psychiatrique de Sainte-Marie une fois par semaine. Cette collaboration entre l'hébergement de personnes en situation de précarité et la psychiatrie permet de répondre aux besoins des hébergés, de membres de l'équipe ou encore de faciliter le lien et les démarches entre le centre d'hébergement et l'hôpital.

Plus généralement, l'hôpital Sainte-Marie tente de ne pas limiter son expertise à l'intérieur de ses murs. Face aux besoins des services extérieurs, des partenariats formalisés se mettent en place afin de répondre aux demandes des services extérieurs, notamment des structures du médico-social et celles accueillant des personnes âgées.

Le réseau est aussi au croisement de politiques spécifiques : insertion, ville, handicap...

Une professionnelle de l'insertion indique un travail :

« (...) dans le cadre d'un projet qui réunit en fait deux acteurs. D'une part, l'ANRU (l'Agence Nationale de Rénovation Urbaine) qui a un projet de rénovation des quartiers sur cinq ans donc démolition et reconstruction. Et en face de ça la clause d'insertion dans le cadre des marchés publics. Mon travail c'est d'être sur les quartiers et de voir au niveau des habitants des quartiers qui souhaitent travailler et se qualifier dans le bâtiment, de pouvoir les positionner aussi dans le cadre des chantiers ANRU pour se qualifier et être reconnus professionnellement et travailler sur l'accès à l'emploi avec les outils d'insertion par l'emploi et des outils spécifiques qui seront mis en place au niveau de la formation bâtiment. » [Ent_15]

« L'intérêt c'est peut-être d'avoir conscience, qu'il y ait une prise de conscience qu'on est tous confronté aux mêmes difficultés, que ce soit la santé, l'insertion sociale ou professionnelle, et qu'à partir de ce moment là, il y a peut être un terrain mutualisé au-delà de trouver des financements, de mutualiser des choses. »

VIII. L'atelier santé ville

Globalement, les répondants ne saisissent pas très bien le dispositif ASV et les questions sont nombreuses : s'agit t-il d'une nouvelle structure, d'un nouveau service, avec quelles finalités, avec la participation de qui et avec quels moyens ?

Les interrogations portent plus précisément sur le territoire. Le choix de la communauté d'agglomération est remis en question : « *Pourquoi le reste (du département) n'a pas été pris en compte parce que on a un département très rural quand même.* » [Ent_25]

Un professionnel évoque le bénéfice qu'apporterait une décentralisation des services : « *Non ma volonté je vous l'ai dit c'est un peu de décentraliser, ça c'est un peu le dernier élément que j'ai à apporter, pour que pourquoi pas les gens du Puy aillent jusqu'à Loudes : ce n'es pas non plus un truc impossible. Ça me fait penser un peu aux craintes qu'avaient eu les communes rurales de la Communauté d'Agglo en disant tout va se centraliser sur le Puy.* »

Une fois les explications délivrées sur les différentes dimensions possibles d'un ASV, les doutes, les attentes et les possibilités d'implication se superposent.

Pour les uns, l'ASV permettrait de « **se repérer dans un flot d'informations** » : « *On est dans une société qui produit de l'information, le problème n'est plus d'avoir de l'information mais c'est comment s'y retrouver dans toute cette information. Quelle est la bonne info pertinente quoi ?* » [Ent_20]

Pour les autres, l'atelier santé ville serait un **outil de rassemblement d'acteurs** autour d'une même table pour échanger sur les changements en cours des dispositifs de soins, de s'y adapter et d'anticiper les mutations futures.

« En ce qui concerne le secteur libéral, il est clair que la médecine générale de demain ne va pas s'exercer comme celle d'aujourd'hui. Il va y avoir des mutations importantes. Alors que ça soit sur le bassin du Puy ou sur tout le département, moi j'ai une conviction : c'est qu'il faut absolument qu'on arrive à mettre tous les partenaires de ce type de sujet autour de la même table. » [Ent_8]

Le rassemblement des acteurs pour une réflexion commune autour des modifications en cours doit également intégrer le monde politique et les administrations de santé.

« Et ça, ça veut dire que les représentants de l'État (Préfecture, DDASS), la CPAM et les futures ARS, il faut qu'on arrive à mettre aussi autour de la table les élus que ce soit des élus du conseil général ou que ce soit les députés ou sénateurs. » [Ent_20]

L'ASV pourrait également réunir les différents professionnels impliqués dans la **question du logement social** :

« C'est-à-dire de poser le problème mais d'essayer vraiment de faire en sorte que les acteurs sociaux notamment soient présents, qu'ils puissent être au courant de la problématique, les bailleurs sociaux etc. et pouvoir répondre si possible le plus rapidement possible, à mettre en place des actions. » [Ent_3]

L'ASV est envisagé en tant que **lieu de coordination** qui serait moteur dans une perspective de travail commun dans le large champ de la santé :

« Moi j'attendrai qu'elle coordonne beaucoup les choses et rassemble les acteurs. (...) et ce qui serait bien, c'est qu'une fois pour toute, tous les gens qui ont des budgets par rapport à la santé ou des intérêts dans la santé, puissent travailler ensemble. » [Ent_2]

Autour de l'idée de lieu de coordination, l'ASV pourrait être **créateur de lien** entre les différents acteurs afin de rompre le travail en vase clôt : *« Ce n'est pas qu'il n'y a pas du lien mais c'est un petit département et pour autant, chacun fait ses choses de son côté et qu'il n'y a pas forcément de lien. » [Ent_2]*

L'idée est de comprendre *« qui fait quoi ? Quand est-ce qu'on le fait ? Sur quel type de population ciblée etc. » [Ent_3]*

Le rassemblement des acteurs serait parallèlement l'occasion d'une **mise en lumière de dysfonctionnements** : *« C'est l'occasion aujourd'hui et grâce aux ASV j'espère bien qu'on va pouvoir mettre en évidence les choses qui ne vont pas. » [Ent_15]*

Les professionnels au contact des populations précaires rencontrent, cela a été dit, de nombreuses difficultés. Aussi, l'ASV est envisagé comme lieu de diffusion d'informations à visée pragmatique sur les difficultés liées à la précarité et sur les modalités de leur identification :

« Ce qui manque peut-être aujourd'hui, c'est des choses qui permettent de qualifier les difficultés que nos clients rencontrent : les soins dentaires, l'isolement, le lien entre l'isolement et le côté psychique. Comment on peut identifier les difficultés ? » [Ent_15]

Ce besoin d'identification des difficultés des populations précaires est corrélé à la nécessité de recherche de cohérence des différents dispositifs : *« Des moyens qui sont dispatchés de droite et de gauche, et ne sont pas forcément très cohérents et du coup, il n'y pas une prise en charge réelle de la santé des personnes en difficulté. » [Ent_12]*

Une partie des professionnels rencontrés a fait part de sa volonté d'implication dans l'ASV pour :

- transmettre des connaissances sur une problématique spécifique ;

« Je pense qu'on peut apporter notre connaissance du développement de l'enfant, de toutes les difficultés de développement d'un enfant. Notre connaissance aussi de tout ce qui est troubles des relations Parents/Enfants. » [Ent_12]

- faire connaître et consolider les actions et dispositifs existants ;
- réfléchir à l'amélioration de l'accès aux soins des populations précaires ;
- réfléchir à l'amélioration du repérage des pathologies ou troubles chez les enfants et penser la prise en charge en impliquant la famille et le système scolaire ;
- favoriser la démarche participative en intégrant les usagers : une professionnelle du social ayant encadré un groupe-santé souhaite faire partager son expérience dans le cadre de l'ASV.

Ce dispositif de coordination, pour répondre aux attentes ci-dessus, devra tenir compte de l'existant et des acteurs présents. Ajouter au nécessaire travail de réflexion, de mise en réseau, il devra permettre la mise en place d'actions coordonnées sur ce territoire.

IX. Conclusion

Cette analyse renforce le fait que la santé est perçue dans ses aspects pluridimensionnels : elle est un tout où les déterminants individuels (état physique, état psychique, parcours de vie) sont inter-reliés aux déterminants environnementaux (conditions de vie, typologie du territoire, disponibilité de l'offre, diffusion de l'information...).

Le choix de la communauté d'agglomération comme territoire d'action de l'ASV devra être confirmé par la mise en place d'actions sur l'ensemble de ce territoire qui couvre des réalités distinctes : zones urbaines, quartiers prioritaires, zone semi-rurales et zones rurales. Selon leur lieu d'activité, les professionnels n'ont pas la même perception des besoins et de l'offre disponible. Dans les zones les plus rurales, la désertification médicale pose problème et le vieillissement de la population nécessite des moyens en termes de mobilité pour les professionnels.

La récurrence des besoins spécifiques de groupes populationnels nécessite une attention particulière : les personnes âgées et leurs différents profils relatifs à l'âge, les femmes en situation de monoparentalité, les handicapés (enfants et adultes), les enfants et adolescents, les agriculteurs isolés. Enfin, la population précaire n'est pas homogène et les particularités relatives à chaque sous-groupe (jeunes, femmes, personnes âgées) demande des actions et une approche spécifiques. Néanmoins, un constat est partagé par les professionnels et les usagers : la précarité limite l'accès aux soins de santé. La dimension financière est d'ailleurs le premier obstacle à l'accès aux soins.

De plus, le contexte décrit est celui d'un délitement du lien social et des structures familiales donnant lieu à la solitude, l'isolement et la perte de repères structurants.

Les moyens à disposition limitent également leurs possibilités d'actions. Ils sont d'ailleurs plusieurs à partager l'assertion que les dysfonctionnements, les besoins et les manques sont connus depuis longtemps mais qu'il existe une réponse des pouvoirs publics qui semble inadaptée. Tous sont prêts à participer à l'amélioration des dispositifs d'offre de soins et d'accompagnement social mais craignent de devoir compenser par un engagement volontaire le manque de moyens financiers.

Les problématiques repérées par les professionnels et les usagers sont les addictions (avec une préoccupation plus importante pour la consommation excessive d'alcool chez les jeunes et de médicaments psychotropes chez les personnes âgées), les violences intrafamiliales, les souffrances psychiques et les pathologies mentales.

Les réponses à ces problématiques existent mais demeurent insuffisantes ou incomplètes. La perception de l'offre de soins pointe les problèmes issus d'une démographie médicale en baisse continue et l'insuffisance d'offre de spécialistes et de personnels paramédicaux. Il semble non seulement exister un manque de professionnels mais également une formation insuffisante pour repérer précocement des troubles, notamment chez les enfants. L'offre de services à domicile pour personnes âgées ne couvre pas les besoins, les prises en charge des pathologies psychiatriques n'offrent que peu d'alternatives à hospitalisation et la complémentarité entre le sanitaire et le social demande à être améliorée. De même, les prises en charge des publics précaires sont complexes et demandent coordination et mise en cohérence des différentes

actions. Enfin, les professionnels alertent également sur une forme d'invisibilité de personnes non demandeuses d'aide et demeurant à l'écart des services.

Le territoire comporte des atouts qui doivent être renforcés : connaissance du milieu et des habitants favorisée par le contexte rural, possibilité de collaboration, existences de réseaux formels et informels. Le renforcement du travail en réseau est proposé pour améliorer l'offre et l'accès aux soins de la population. Au-delà de la complémentarité d'action, c'est la cohérence et l'effectivité de l'approche globale par le réseau qui est souhaitée. Les travailleurs sociaux (assistant social de secteur, éducateur de prévention, éducateur...), en contact régulier et direct avec les usagers, sont des acteurs importants dans la circulation d'informations et l'effectivité d'une prise en charge globale.

Enfin, concernant l'ASV, la méconnaissance du dispositif pourra être compensée par une diffusion large d'informations et par la mise en place de réunions pluridisciplinaires intégrant également les élus, les bénévoles associatifs, les usagers. Ces rencontres permettraient de dynamiser une réflexion autour des approches spécifiques aux cultures professionnelles, des grilles d'interprétation de situations, de la nécessité de dépasser les oppositions et les luttes entre services et professionnels au profit d'actions centrées sur les besoins des usagers.

Pour terminer, il conviendrait de compléter ce diagnostic général par des diagnostics ciblés portant sur des territoires, problématiques ou population spécifiques. Ces diagnostics seraient l'occasion de réunir les différents acteurs du territoire et d'associer les usagers à l'Atelier santé ville.

X. Pistes de travail

Plusieurs niveaux de recommandations sont proposés recouvrant les différentes thématiques abordées. Les recommandations portent sur des sujets de réflexions et des propositions d'actions à mener. Les ASV reposent sur une démarche participative associant les professionnels et la population.

10.1 Lire le territoire

Comment intégrer la communauté d'agglomération en tant que territoire d'action des ASV ?

- S'appuyer sur les territoires vécus (les réseaux informels de professionnels, les dynamiques de quartiers...) et les différents périmètres de pratiques pour développer la participation aux ASV.
- Favoriser le passage d'un territoire politique à un territoire d'actions en engageant un travail de réflexion portant sur le territoire de la CA.
- Intégrer les particularités de ce territoire dans chaque projet développé par l'ASV : présence de quartiers aux profils différenciés, d'une spécificité centre ville et de communes à caractéristiques plus rurales, de manière à ajuster les actions à la diversité de l'environnement, des populations et des besoins.

10.2 Populations spécifiques abordées par les répondants

10.2.1 Précarité vécue et précarité désignée

Le travail autour de la désignation sociale et de l'expérience subjective de la précarité est sans doute une des modalités possibles de penser les freins et facilitateurs de l'accès à l'ensemble des services.

- Organiser des groupes de travail pluridisciplinaire portant sur la catégorisation « précaire » autour des questions suivantes :
 - ❖ quelle est l'influence de cet étiquetage sur les individus (adaptation, justification de comportement, sous usage des services...) ? ;
 - ❖ quel est le degré d'adéquation entre les programmes dédiés à cette population et les besoins des individus ? ;
 - ❖ quels sont les possibles écarts entre expérience subjective de la précarité et désignation sociale, entre besoins identifiés par les individus et besoins identifiés par les professionnels ? ;
 - ❖ quels sont les besoins des individus : quelles postures possibles du professionnel face à un refus d'accompagnement ?
- Favoriser une réflexion portant sur les différentes trajectoires dans la précarité.
- Travailler autour du thème de la transmission générationnelle de la précarité organisée autour des deux configurations-types et envisager des moyens de limiter ces

transmissions (mimétisme comportemental et nocivité sanitaire des conduites adultes sur les enfants).

10.2.2 Les femmes avec enfants

Les actions en direction des femmes en situation de monoparentalité visent à repérer au plus tôt les situations problématiques afin de prévenir le cumul de difficultés, de préserver la santé psychique et physique de la mère et des enfants.

- Soutenir, développer et coordonner les projets favorisant l'accès aux besoins primaires tels que l'alimentation, le logement et l'habillement (formation sur les moyens de s'alimenter à bas prix, information sur le logement insalubre et les aides possibles, diffusion d'un annuaire sur les acteurs disponibles sur le territoire...).
- Favoriser toutes actions autour de l'image de soi, de l'estime de soi, du soin du corps, du bien-être physique et psychique afin de permettre aux femmes en situation de précarité de s'extraire de la survie au quotidien et de leurs responsabilités maternelles.
- Mener une réflexion sur des modes de gardes adaptés aux besoins des femmes en situation de monoparentalité (horaires atypiques, enfants en bas-âge, peu de revenus).
- Développer des projets sur l'information et la diffusion de connaissances sur le développement de l'enfant sous la forme d'ateliers d'aide à la parentalité, de lieux d'échange par exemple.

10.2.3 Les personnes âgées

- S'appuyer sur la dynamique existante des « Ateliers du bien vieillir » proposés par la MSA pour renforcer l'information auprès des personnes âgées, notamment en ce qui concerne l'alimentation, la (sur)consommation de médicaments et la dépression.
- Participer à la mise en place d'actions qui découlent du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2009-2013 de Haute-Loire et qui correspondent aux attentes exprimées par les professionnels : la création de relais gérontologiques, le développement de groupes de parole à l'attention des aidants, le développement de microprojets d'animation afin de rompre l'isolement des personnes âgées, la coordination des différents secteurs face à des situations complexes, la structuration de réseaux professionnels.
- Travailler à la mise en place d'échanges d'informations entre l'hôpital et les services de ville, notamment lors de la sortie ou de l'entrée en hospitalisation de personnes âgées et prévenir les situations d'urgence.
- Soutenir les actions de maintien de liens sociaux.

10.2.4 Les personnes handicapées

- Dynamiser une réflexion (associant des professionnels du secteur sanitaire et social, des représentants d'associations et des personnes handicapées), portant sur les vécus différenciés du handicap.

- Participer à améliorer la complémentarité possible entre programmes et services ciblés sur une population spécifique et l'accessibilité des services, structures et activités aux handicapés.
- Intégrer l'ensemble de la famille (parents, fratrie, enfants de personnes âgées handicapées) dans les actions de soutien au handicap.
- Favoriser le passage entre la prise en charge dans le secteur de l'enfance handicapée à celui du handicap adulte.
- Organiser une formation pluridisciplinaire autour de la notion d'acceptation du handicap en direction des parents d'enfants handicapés et d'adultes handicapés.

10.2.5 Les enfants et adolescents

Favoriser l'articulation politique de la ville et politique de santé. Le travail de l'ASV avec la population jeune est un thème à la rencontre de ces deux politiques. S'appuyer sur les objectifs prioritaires et les partenaires identifiées par le CUCS 2007-2009 pour le travail sur les quartiers.

- Coordonner sur ce territoire les différentes actions à destination des jeunes afin d'apporter des informations communes et partagées. Les thématiques à privilégier sont les addictions, la sexualité, la violence et le mal-être.
- Favoriser les réponses rapides aux situations de violence et de mal-être (repérées ou confiées par l'enfant ou l'adolescent).
- Renforcer les actions d'aide à la parentalité en favorisant la démarche participative des parents dans la mise en place d'actions.
- Réunir les différents acteurs en contact avec les enfants et les adolescents (enseignements, social, sport, culture...) et échanger autour du repérage et de l'orientation d'enfants en difficulté.

10.2.6 Les agriculteurs isolés

- Multiplier les modes de repérage des agriculteurs en situation d'isolement pour éviter la détérioration de situations difficiles.
- S'appuyer sur l'existant pour développer des activités favorisant le lien social, les rencontres, les activités qui incitent les agriculteurs à vivre hors de leur exploitation.

10.3 Santé perçue par les professionnels et la population

- Organiser la rencontre de différents professionnels et d'habitants autour du thème de la santé et de ses déterminants. En quoi la santé dépasse l'absence de maladie ? Comment contourner le manque d'attention à soi ? Comment réduire l'écart entre la perception de la santé par les usagers et la perception par les professionnels ? Quels outils et moyens à disposition ou à créer ?

- Intégrer la liberté et l'estime de soi en tant que déterminants fondamentaux d'une bonne santé.

10.4 Problématiques spécifiques de santé repérées par les professionnels

Trois thématiques abordées : les addictions, la maladie mentale et la violence

- Développer et coordonner des actions permettant de progresser vers une culture partagée de la prise en charge de la maladie psychiatrique (groupe de travail thématique portant sur les pathologies, les prises en charges, les évaluations de situations...), de manière à définir des modèles d'évaluation de situation lorsque la question de la prise en charge psychiatrique se pose.
- Permettre la connaissance des différents acteurs ainsi que leurs missions, leurs contraintes (forum, formation, annuaire...).
- Aider à la formalisation de mécanismes d'échanges d'informations entre le secteur hospitalier et le secteur social et soutenir les dynamiques existantes.
- Effectuer un recensement actualisé des ressources présentes sur le territoire et réfléchir aux modalités possibles de saisie de ces ressources.

10.5 La perception de l'offre de soins

- Participer à la création d'ateliers visant à renforcer la jonction entre le dispositif hospitalier et le dispositif sanitaire.
- Mobiliser les médecins généralistes sur la nécessité d'intégrer les dimensions socio-économiques dans l'évaluation des besoins et de l'offre de soins.
- Favoriser la mise en réseau entre médecine libérale, hôpital et services sociaux.

10.6 Obstacles et facilitateurs

- Proposer un groupe de travail portant sur le thème du secret professionnel et du secret médical afin de préciser comment concilier exigence éthique et travail en partenariat. Il convient de connaître la loi, de comprendre la nécessité du secret et la possibilité du partage, pour alors poser le cadre d'une pratique cohérente avec les besoins des usagers et respecter le libre arbitre de ces derniers.
- Organiser des modalités d'échange d'expertise sur l'accueil des personnes les plus désocialisées : quel accueil, où, par qui, pour qui, avec quelles finalités ?
- Favoriser l'accompagnement des publics les plus fragiles vers les dispositifs de droit commun. Organiser un suivi en aval. Créer un lieu d'échange, de rencontre entre les différents professionnels.

- Proposer des projets à destination des usagers sur la représentation du bénéficiaire de la CMU, de la CMUc (aborder les problèmes liés à la stigmatisation, aux représentations), sur leurs droits mais également leurs devoirs.

10.7 Le réseau pour contourner les obstacles et faciliter l'accès aux services

Le réseau, interface par rapport aux instances participantes : lieu, outils de communication, dynamique de groupe...

- Organiser des rencontres entre les acteurs du social, du sanitaire, de l'éducation et de l'insertion par l'emploi. Qui fait quoi, en poursuivant quels objectifs et avec quels moyens ? Quelles sont les limites médicales à un emploi en insertion, quel bénéfice d'un emploi en dépit d'une pathologie ?
- S'appuyer sur les lieux de rencontre existant.
- Développer des outils et modalités d'échange de connaissances.
- Développer les outils et dispositifs assurant une lecture transversale des situations complexes et une réactivité aux situations d'urgence laissant la porte ouverte à l'innovation (création de passerelles entre services, de mode de collaboration innovant).

XI. Synthèse

Transversalement aux thèmes abordés, les principales actions de l'atelier santé ville devront porter sur :

- S'appuyer sur l'existant et sur les professionnels présents déjà engagés afin de coordonner les différents projets.
- La mise en réseau des professionnels du sanitaire (ambulatoire et hospitalier) et du social. En parallèle à des actions concrètes de diffusion d'information, de projets communs, ils pourront échanger sur les notions de précarité, de secret professionnel... dans les pratiques de chacun.
- Développer et diffuser l'information entre professionnels et population, d'une part et entre professionnels d'autre part. Les thématiques abordées pourront être les addictions, les violences, le mal-être, la souffrance psychique sans oublier de préciser la prise en charge et les professionnels concernés par chaque thématique.
- Être attentif à l'adaptation des actions aux différents publics possibles.
- Élargir les thématiques d'action à d'autres déterminants de la santé : l'estime de soi, l'isolement, la qualité de vie...
- L'information est un enjeu important dans le travail pluridisciplinaire au niveau d'un territoire désigné. L'ASV pourrait être un maillon important dans la mise en place, l'actualisation ainsi que la diffusion d'informations portant sur :
 - ✓ les différentes problématiques précédemment citées (les addictions, la maladie mentale et la violence...);
 - ✓ les moyens d'action des différents professionnels (missions et outils);
 - ✓ les possibilités de créer des réseaux autour de la population ou des problématiques spécifiques.