Un diagnostic santé pour la mise en œuvre d'un Atelier Santé Ville à Dijon

A partir de recueils d'informations sur les quartiers de Fontaine-d'Ouche et des Grésilles

Décembre 2009

Ce travail a été réalisé à la demande de la Ville de Dijon avec le soutien de l'État, du Conseil Régional et du Grand Dijon

Diagnostic santé pour la mise en œuvre d'un Atelier Santé Ville à Dijon

A partir de recueils d'informations sur les quartiers de Fontaine-d'Ouche et des Grésilles

RÉALISATION

Observatoire Régional de la Santé de Bourgogne : Caroline BONNET (ingénieur d'études, statisticienne), Laetitia DREAN (sociologue), Christine FIET (secrétaire), Bernadette LÉMERY (directrice), Aurélie MIGNOT (stagiaire licence professionnelle intervention sociale), Isabelle MILLOT (médecin de santé publique), Benoît NAVILLON (technicien informatique)

Comité départemental d'éducation pour la santé de Côte-d'Or : Virginie DUMAIN, Adeline MORIN

REMERCIEMENTS

Aux membres du comité de pilotage restreint pour leur appui et leur éclairage

Aux membres du comité de pilotage élargi pour leurs interrogations et leur implication dans la démarche

Aux participants aux enquêtes, professionnels et habitants, pour leur accueil et leurs contributions à la réflexion commune

FINANCEMENTS

Ce travail a été réalisé à la demande de la Ville de Dijon avec le soutien de l'État, du Conseil Régional et du Grand Dijon

Pour tout renseignement complémentaire : Service Dijon Ville Santé – Ville de Dijon

SOMMAIRE

CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE 1

1. MÉTHODOLOGIE 3

A. UNE CERTAINE APPROCHE DE LA SANTÉ 3

B. ORGANISATION DE L'ÉTUDE ET DE SA RESTITUTION 4

C. DEUX RECUEILS D'INFORMATIONS AD HOC 5

1. LE RECUEIL D'INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES 5
2. LE RECUEIL D'INFORMATIONS QUALITATIVES 6

D. UNE DÉMARCHE DE PROGRAMMATION PARTICIPATIVE 8

2. DONNÉES DE CADRAGE GÉNÉRALES 9

A. DIJON, COMMUNE CARACTÉRISÉE PAR DES INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES PLUTÔT FAVORABLES HIER, QU'EN EST-IL AUJOURD'HUI ? 9

1. UN PROFIL SOCIO-SANITAIRE PARMI LES PLUS FAVORABLES AU COURS DES DERNIÈRES DÉCENNIES 9
2. CERTAINS INDICATEURS DEVENANT RELATIVEMENT MOINS FAVORABLES 10

B. LES QUARTIERS DES GRÉSILLES ET DE FONTAINE D'OUCHE : DES INDICATEURS SOCIAUX PLUS DÉFAVORABLES 12

1. POPULATION ET CONDITIONS DE VIE 13
2. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE 17
3. LOGEMENT 20
4. REVENUS 22
5. NIVEAU DE FORMATION 23
6. ACCESSIBILITÉ DES SOINS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX 24

C. DIFFICULTÉS, BESOINS DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET DES HABITANTS RENCONTRÉS 27

D. SOLUTIONS, ATOUTS À DEVELOPPER 38

3. ZOOMS SUR LES PROBLÈMES DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES 41

A. LES ENFANTS, ADOLESCENTS 41

1. QUELQUES CHIFFRES 41
2. DIFFICULTÉS, BESOINS DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET DES HABITANTS RENCONTRÉS 44
3. POINT FORTS, ATOUTS À DÉVELOPPER 55

B. LES JEUNES EN INSERTION 59

1. QUELQUES CHIFFRES 59
2. DIFFICULTÉS ET BESOINS DES JEUNES EN INSERTION FORMULÉS PAR LES PROFESSIONNELS ET LES HABITANTS RENCONTRÉS 61
3. POINTS FORTS, ATOUTS À DÉVELOPPER 66

C. LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ 68

1. QUELQUES CHIFFRES 68
2. DIFFICULTÉS, BESOINS DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET D'HABITANTS RENCONTRÉS 70

3. POINTS FORTS, ATOUTS À DÉVELOPPER 75

D. LES PERSONNES ÂGÉES 77

1. QUELQUES CHIFFRES 77

2. DIFFICULTÉS, BESOINS DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET DES HABITANTS RENCONTRÉS 79

3. POINTS FORTS, ATOUTS : DES RESSOURCES EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES 83

4. LES PARTENARIATS 85

PERSPECTIVES : LA DÉMARCHE DE PROGRAMMATION 87

ANNEXE : ACTUALISATION DES RÉSULTATS DU RP EN 2006 88

Table des illustrations

Liste des graphiques

Graphique 1: Répartition par type d'allocation des prestations logement CAF en 2007 22

Graphique 2 : Densité des professionnels de santé de proximité dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune en 2008 (pour 5 000 assurés CPAM) 25

Graphique 3 : Répartition par âge des habitants interrogés par questionnaires 27

Graphique 4 : Appréciation sur le cadre de vie par les habitants des quartiers 34

Liste des tableaux

Tableau 1 : Principaux lieux d'hospitalisation des Dijonnais et habitants de Côte-d'Or hospitalisés, en 2005-2007 10

Tableau 2 : Taux standardisé d'hospitalisation toutes causes confondues en 2005-2007 10

Tableau 3 : Taux standardisé d'admission en ALD toutes causes confondues, en 2005-2006 11

Tableau 4 : Mortalité générale sur la période 2000-2006 11

Tableau 5 : Mortalité prématurée (2000-2006) 12

Tableau 6 : Population dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon en 1999 14

Tableau 7 : Effectifs des assurés du régime général dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, et par groupe d'âge (en %) en 2007 14

Tableau 8 : Part des ménages composés d'une personne dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, en 1999 15

Tableau 9 : Part des familles monoparentales parmi les allocataires CAF dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune en 2007 16

Tableau 10 : Chiffres-clés de l'immigration dans l'unité urbaine de Dijon en 1999 16

Tableau 11 : Population active de 15-59 ans dans les quartiers de Fontaine d'Ouche, des Grésilles, dans la ville de Dijon et en Côte d'Or en 1999 18

Tableau 12 : Bénéficiaires d'une pension d'invalidité dans les quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche et dans la ville de Dijon en 2005 18

Tableau 13 : Part des cadres et des ouvriers dans la population active ayant un emploi dans les quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et Grésilles de Dijon, la commune et le département de Côte d'Or en 1999 18

Tableau 14 : Demandeurs d'emploi dans les quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et des Grésilles, fin 2007 19

Tableau 15 : Part des résidences principales dans l'ensemble des logements dans les quartiers des Grésilles, Fontaine d'Ouche et dans Dijon en 1999, et évolution 1990-1999 20

Tableau 16 : Statut d'occupation des résidences principales dans les quartiers des Grésilles, Fontaine d'Ouche et la ville de Dijon en 1999 21

Tableau 17 : Parc de logements sociaux dans les quartiers des Grésilles, Fontaine d'Ouche, dans la ville de Dijon et en Côte-d'Or en 1999 21

Tableau 18 : Aides au logement de la CAF en 2007 21

Tableau 19 : Ménages non imposés dans les quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et des Grésilles et sur l'ensemble de Dijon en 2006 22

Tableau 20 : Revenus mensuels médians par ménage et par unité de consommation dans les IRIS des quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et des Grésilles en 2006 23

Tableau 21 : Répartition des habitants de 15 ans et plus dans les quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche, la ville de Dijon et en Côte-d'Or, selon qu'ils ont un bas ou un haut niveau de formation en 1999 23

Tableau 22 : Professionnels de santé libéraux de proximité dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune en 2008 24

Tableau 23 : Bénéficiaires de la CMUC dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon, et dans l'ensemble de la commune en 2007 26

Tableau 24 : Répartition des bénéficiaires de la CMUC dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon, et dans l'ensemble de la commune en 2007, selon l'âge (en %) 26

Tableau 25 : Nombre de naissances dans les quartiers de Dijon et la commune en 2007 41

Tableau 26 : Nombres d'enfants, adolescents dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, parmi les assurés CPAM Côte-d'Or en 2007 41

Tableau 27 : Familles monoparentales et enfants vivant dans une famille monoparentale parmi les allocataires de la CAF dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune en 2007 42

Tableau 28 : Nombres d'assurés sociaux de 16-24 ans dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune, et % parmi les assurés, en 2007 59

Tableau 29 : Parts des jeunes de 16-24 ans scolarisés dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune, en 1999 60

Tableau 30 : Parts des jeunes suivis par la Mission locale dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, selon le type d'hébergement, en 2007 (en %) 60

Tableau 31 : Emploi précaire dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon, la commune et en Côte-d'Or, en 1999 68

Tableau 32 : Demandeurs d'emploi de longue durée dans les quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et des Grésilles, fin 2006 69

Tableau 33 : Population vivant sous le seuil de bas revenus après prestations familiales dans les quartiers des Grésilles, de Fontaine d'Ouche et de la commune, en 2007 69

Tableau 34 : Allocataires des minima sociaux de la CAF dans les quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche et la ville de Dijon, en 2007 70

Tableau 35 : Population couverte par les minima sociaux dans les quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche et la ville de Dijon, en 2007 70

Tableau 36 : Proportion de personnes âgées parmi les assurés sociaux de la CPAM dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, en 2007 77

Tableau 37 : Lieux de vie des personnes âgées de 75 ans et plus dans les quartiers des Grésilles, de Fontaine d'Ouche et la ville de Dijon, en 1999 78

Liste des cartes

Carte 1: Profil socio-sanitaire des cantons en France métropolitaine (2006) 9

Carte 2 : Ville de Dijon et ses quartiers 13

Carte 3 : Part des immigrés dans la population par quartier de l'unité urbaine de Dijon en 1999 17

Carte 4 : Part des ouvriers parmi les actifs occupés en 1999 dans les IRIS des quartiers "politique de la ville" de Dijon (en %) 19

Carte 5 : Taux de réalisation des bilans à 6 ans par unité territoriale en Côte-d'Or (2008-2009) 43

Carte 6 : Taux d'enfants âgés de 6 ans dépistés pour problèmes de surpoids par unité territoriale en Côte-d'Or (2008-2009) 43

Carte 7 : Taux d'enfants âgés de 6 ans dépistés pour problèmes d'orthophonie par unité territoriale en Côte-d'Or (2008-2009) 43

Carte 8 : Taux d'enfants âgés de 6 ans dépistés pour problèmes visuels par unité territoriale en Côte-d'Or (2008-2009) 43

Carte 9 : Part des salariés en contrat précaire dans les IRIS de Fontaine d'Ouche et des Grésilles, en 1999 68

Liste des figures

Figure 1 : Carte partenariale sur le quartier de Fontaine d'Ouche 85

Figure 2 : Carte partenariale sur le quartier des Grésilles 86

CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE

La "politique de la ville" repose sur l'élaboration d'un projet global prenant en compte l'ensemble des facteurs d'exclusion que connaissent les populations sur certains territoires urbains. Le facteur santé n'est pas des moindres, même si la place à lui conférer dans les contrats de ville (ou d'agglomération), puis dans les contrats urbains de cohésion sociale, n'est pas évidente, du fait notamment que les enjeux se situent à moyen et long terme pour l'essentiel.

La Ville de Dijon, comme la majorité des métropoles régionales, se caractérise globalement par des indicateurs socio-sanitaires favorables[a]. Cependant, ces résultats masquent de fortes inégalités sociales de santé. Un large éventail de services de soins ambulatoires et hospitaliers, plus accessibles géographiquement que sur d'autres territoires, n'empêche pas la vulnérabilité d'une partie de la population et l'existence de besoins de santé non couverts.

En effet, les déterminants des inégalités sociales de santé sont multiples (qu'ils tiennent à l'environnement, aux conditions de vie et aux comportements) et souvent corrélés[b]. Les préoccupations de santé, et plus particulièrement à l'égard de la prévention et du suivi des soins, apparaissent au second plan pour des populations faisant face à des problématiques essentielles comme le logement, le travail, la pérennité des ressources. Indépendamment des facteurs limitants que sont l'accès aux droits et l'absence de couverture complémentaire, il existe, pour les populations en situation de précarité, d'autres limites à l'accès aux soins. On peut évoquer aussi la réticence à engager une démarche visant à améliorer sa santé d'abord perçue comme coûteuse sur divers plans avant de permettre d'acquérir la « *capacité physique, psychique et sociale (...) d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles (que chacun) entend assumer* »[c], mais aussi les difficultés du dispositif de soins (public ou privé) à prendre en charge ou à intégrer leurs problèmes spécifiques.

Dans ce contexte, l'Observatoire régional de la santé (ORS) s'est engagé à réaliser un diagnostic synthétique sur les besoins de santé repérables et les dispositifs existants.

Il s'agissait de recueillir, entre les mois de mars et octobre 2009, dans le cadre de la mise en œuvre d'un Atelier Santé Ville, des éléments susceptibles d'affiner les orientations de l'action publique en matière de santé sur les quartiers prioritaires de la "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et des Grésilles à Dijon, en analysant les besoins de la population ainsi que les forces et faiblesses des moyens actuels pour y répondre. Il a été proposé de distinguer dans le diagnostic quatre groupes de populations (enfants et adolescents, jeunes en insertion, personnes en situation de précarité, personnes âgées) pour lesquels les problématiques de santé et pistes d'actions diffèrent. En outre, il a été convenu que l'état des lieux soit partagé par l'ensemble des acteurs concernés, afin de :

---

[a] Fnors. *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton*. Masson, collection abrégés, 2006.

[b] Inpes. Dossier *Comment réduire les inégalités sociales de santé ?* La santé de l'homme, 397, 2008.

[c] *OMS 1991*

- permettre une mise en réseau des acteurs (objectifs prioritaires, organisation, moyens…) autour d'un projet commun ;
- proposer un plan d'actions prioritaires à développer dans le cadre de l'Atelier Santé Ville.

La proposition de l'ORS retenue par la Ville de Dijon s'intègre dans une **démarche de programmation participative**. De ce fait, le diagnostic est prolongé par un temps d'accompagnement technique et stratégique pour l'élaboration du programme territorialisé de santé, de façon à ce que les acteurs locaux définissent eux-mêmes les priorités et modalités d'actions et s'approprient ainsi la démarche en santé communautaire sous-tendue par les Ateliers Santé Ville.

L'Atelier Santé Ville doit prendre le relais de ce « diagnostic » avec la détermination pragmatique des actions qui auront été validées par la Ville, promoteur de l'ensemble de la démarche (diagnostic et programmation participative).

Le diagnostic est considéré comme une photographie à un moment donné, susceptible d'évoluer et d'être actualisé au fur et à mesure de la diffusion de nouvelles données.

1. MÉTHODOLOGIE

L'ORS a pour mission de recueillir, d'analyser et de diffuser les informations sur la santé des habitants de la région dans une visée **d'aide à l'action en santé publique**. C'est pourquoi il développe, en lien avec les autres ORS, des bases d'indicateurs adaptés.

Pour ce faire, il s'appuie sur une approche élargie de la santé dont on présentera les principes, pour expliciter la méthode utilisée.

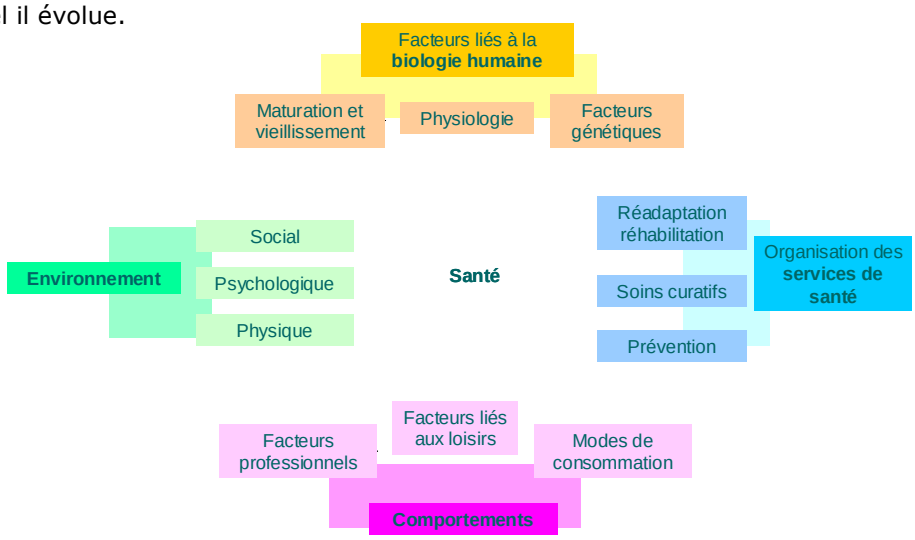
Il a, dans cette même perspective, réalisé ces dernières années quatre diagnostics santé sur les communautés de communes du Sénonais (2007), de l'Auxerrois (2007), la Ville de Chalon-sur-Saône (2007) et le Migennois (2009).

A. UNE CERTAINE APPROCHE DE LA SANTÉ

Dans les démarches de santé publique, la santé n'est pas que l'absence de maladie, c'est *"(…) une ressource qui permet à un individu ou à un groupe, d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci" (OMS - 1986) ; c'est encore la "(…) capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer… "* (1991).

La santé de chaque individu est "déterminée" par 4 séries de facteurs :

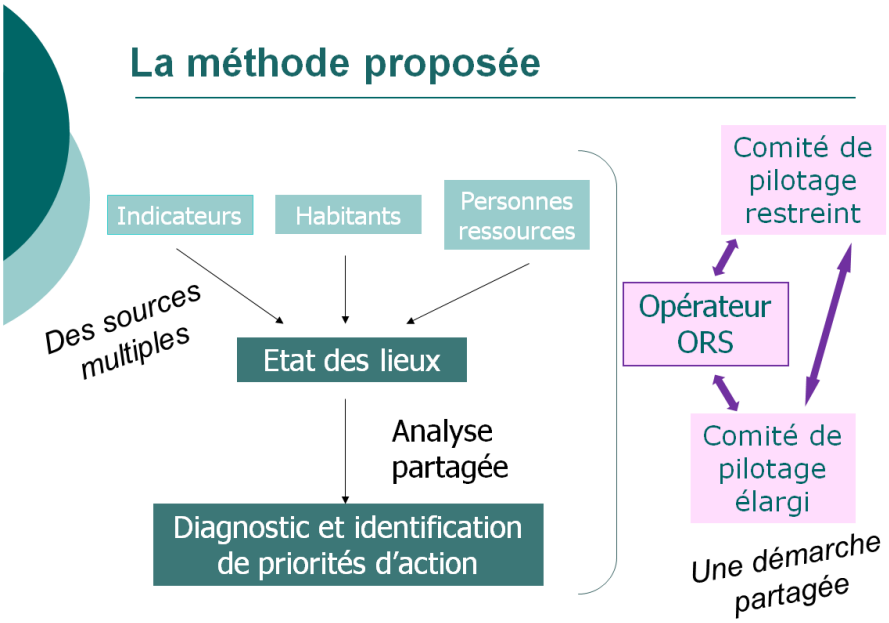
- ceux, individuels, liés à la biologie humaine (génétique, physiologie, vieillissement),
- ceux, plus souvent mis en avant, associés aux dispositifs de soins au sens large (de la prévention à la réhabilitation en passant par les soins curatifs),
- mais aussi les comportements individuels et collectifs dans le domaine de la consommation de produits alcool, tabac, de la nutrition notamment, du travail, des loisirs,
- et également l'environnement physique, mais aussi psychologique et social dans lequel il évolue.



C'est pourquoi afin d'établir le diagnostic santé de la population vivant au sein des quartiers de Fontaine d'Ouche et des Grésilles à Dijon, nous nous sommes efforcés de prendre en compte l'ensemble de ces dimensions.

B. ORGANISATION DE L'ÉTUDE ET DE SA RESTITUTION

La réalisation du diagnostic devant conduire à une définition partagée des problèmes et des actions à mettre en place, l'ORS a mobilisé **deux types d'informations**, soumettant les résultats de leur analyse au **comité de pilotage restreint** (représentants de la Ville de Dijon, de la communauté d'agglomération du Grand Dijon, du Conseil Régional de Bourgogne, du Conseil Général, de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, délégués du Préfet à la Préfecture de Côte-d'Or) ainsi qu'aux acteurs susceptibles de s'engager par la suite dans les actions, réunis dans un **comité de pilotage élargi**.



Ce rapport présente dans un premier temps les éléments de constats, de préconisations partagées avec ces instances. Une synthèse de ce document, élaborée par la suite, prendra en compte les pistes d'interventions stratégiques définies avec le concours du Réseau CORES Bourgogne-Codes 21.

Grâce à une évaluation de ses diagnostics locaux de santé, l'ORS Rhône Alpes a répertorié cinq conditions favorisant le passage des constats d'un diagnostic à une mise en œuvre d'actions[a] :

- Une volonté politique locale pour impulser un projet,
- L'anticipation pour faire un choix raisonné d'actions : prévoir la communication, le recours ou non à un éventuel prestataire pour aller vers la mise en place des actions et leur coordination…
- Une coordination pérenne et compétente en méthodologie de projet pour maintenir le lien entre les différents partenaires,
- Des opérateurs pour porter les actions décidées, déjà présents sur le territoire ou à proximité,
- La faisabilité matérielle : dans quels dispositifs locaux ou régionaux le projet d'action s'inscrit-il et peut-il être financé si nécessaire ?

C. DEUX RECUEILS D'INFORMATIONS AD HOC

1. Le recueil d'indicateurs socio-sanitaires

a. Mobilisation de données existantes

Compte tenu des délais assez serrés s'imposant à tous dans ce projet, le recueil et l'analyse d'indicateurs ont reposé principalement sur les données disponibles ou facilement mobilisables auprès des partenaires de l'ORS, sources d'informations en santé (offre, consommation de soins, état de santé).

Nous avons ainsi utilisé les données ou synthèses suivantes :

- **Environnement / Conditions de vie**
  - Divers documents fournis par le service Dijon Ville Santé, en particulier l'analyse des besoins sociaux (ABS) 2008 et les résultats de requêtes complémentaires sur la base correspondante (effectuées par le CCAS et la coordinatrice de l'ASV)
- **Services soins et prévention**
  - Divers documents fournis par le service Dijon Ville Santé (extraits de mémoire de stagiaire, les résultats d'enquêtes complémentaires sur la base de l'analyse des besoins sociaux 2008, la base permanente des équipements de l'Insee
  - Des exploitations des fichiers des professionnels et établissements de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass) et de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam)
  - Recours au dépistage du cancer du sein (Urcam)
- **État de santé**
  - Les hospitalisations soins de courte durée d'habitants de Dijon (Source : Agence de traitement de l'information hospitalière)
  - Approches maladies chroniques (admissions en affections en longue durée des trois principaux régimes d'assurance maladie), bénéficiaires d'allocations invalidité (CPAM pour l'ABS), bénéficiaires de l'Aide personnalisée à l'autonomie (conseil général de la Côte-d'Or pour l'ABS)
  - Les causes de décès (Inserm, service CépiDC)
  - État de santé des enfants scolarisés suivis par les médecins Services médico-sociaux de l'éducation nationale

b. Délimitation géographique de la zone d'étude

Les promoteurs de cette étude ont souhaité que le diagnostic porte sur deux quartiers prioritaires de Dijon : la Fontaine d'Ouche et les Grésilles. Les objectifs de l'étude étaient d'une part de mieux appréhender les réalités sanitaires et d'autre part fournir un outil d'aide à l'orientation des actions en adéquation avec les besoins de la population.

Les données mobilisables rapidement ne sont pas toujours disponibles au niveau des quartiers ou même de la ville de Dijon.

Les IRIS (Îlots regroupés pour l'information statistique) ont permis de détailler des éléments par quartier ; les frontières des deux quartiers étudiés correspondant exactement à celles des IRIS.

Il n'a pas été possible par contre de disposer de données permettant d'approcher l'ampleur des problèmes de santé, pour ce diagnostic, comme cela a pu être réalisé ailleurs en France (cf. note de bas de page précédente), ceci nécessitant convention entre les promoteurs et opérateurs et les CPAM, et du temps pour la réalisation par les services de l'assurance maladie d'extractions. Quelques données devraient pouvoir être intégrées dans les prochaines années aux données recueillies pour l'Analyse des besoins sociaux (ABS) réalisée par le CCAS ; des discussions sont envisagées entre la CPAM et le CCAS.

Enfin, l'INSEE a diffusé les données concernant les IRIS du recensement de la population 2006 à la fin du mois de décembre 2009. C'est pourquoi certaines données sociodémographiques présentées dans ce document datent de 1999 ; des données de la CPAM (assurés sociaux) et de la CAF (allocataires) plus récentes, mais partielles, ont permis d'actualiser l'approche de aspects sociodémographiques (groupes d'âge, pauvreté des revenus, familles monoparentales). Toutefois, quelques indicateurs retenus pour la synthèse prenant en compte les données du RP 2006, sont présentés en annexe.

2. Le recueil d'informations qualitatives

a. Méthodologie

Trois types de recueils d'informations **qualitatives** ont été envisagés : un auprès des professionnels de la santé et du social exerçant sur le territoire dijonnais, deux autres auprès des habitants.

Recueil d'informations auprès des professionnels de santé et du social

Il apporte un regard "d'experts" et une bonne connaissance de la situation locale. Il fournit des informations concernant le public qu'ils reçoivent, leurs attentes en tant que professionnels… Cependant, ce type de recueil est limité car il ne permet pas d'avoir accès au vécu des habitants, ni à leurs propres représentations. Il est aussi difficile, pour certains professionnels, d'avoir une approche populationnelle et de sortir du "cas par cas".

Recueil d'informations auprès des habitants

Réalisé par le biais d'entretiens de groupe et de questionnaires, il permet d'obtenir des informations sur leur vécu, leurs attentes et leurs représentations. Ils sont "experts" de leur territoire et non de simples observateurs. La limite de ce recueil est la représentativité de la population à travers le choix des habitants interrogés et l'effet "cahier de doléances" (plaintes diverses…). L'intérêt de ce recueil est de permettre une implication et une mobilisation des habitants pour les actions qui doivent suivre le diagnostic.

b. Réalisation pratique

Entretiens auprès des personnes ressources

Au total, **70** acteurs du territoire ont été interrogés, la très grande majorité par entretiens semi directifs. Il s'agit de personnes faisant partie d'institutions, d'organismes, d'associations…, de différents domaines du sanitaire et du social. Le choix des interlocuteurs a été effectué de façon à couvrir tous les âges des populations auprès desquelles ils interviennent et tous les domaines d'intervention.

Les entretiens, d'une durée moyenne d'une heure, ont permis d'aborder : les missions de la personne interrogée, la santé en général et celle des habitants, les services de santé disponibles à Dijon et plus précisément sur les deux quartiers concernés par l'enquête, les réseaux de santé existants et les problèmes/attentes et besoins des habitants et des professionnels.

Des relevés d'entretiens qu'avait eu la coordinatrice de l'ASV préalablement au diagnostic ont également été utilisés dans l'analyse des points de vue des personnes ressources.

Entretiens auprès des habitants

Entretiens de groupe :

Au final **6** entretiens de groupe ont été organisés auprès des habitants (70 personnes au total):

- 2 groupes de **personnes âgées** (l'un réuni grâce au Foyer d'Alembert et l'autre par le centre social de Fontaine d'Ouche) ;
- 2 groupes "ateliers socio-linguistiques"
- 1 groupe de personnes isolées
- 1 groupe de **jeunes** scolarisés

Ces entretiens, qui duraient en moyenne deux heures, ont permis d'aborder avec les personnes présentes, leur vie à Dijon (endroits fréquentés, "climat", transports…), les problèmes et difficultés qu'ils rencontrent dans leur quotidien, ce qu'ils font lorsqu'ils sont malades, ce qu'il faut faire pour rester en bonne santé…

Les entretiens de groupe facilitent l'expression des habitants avec des débats qui enrichissent les apports individuels, mais ils ne permettent de toucher qu'un nombre limité de résidents. Les informations concernent également des personnes qui sont bien intégrées dans leur quartier, avec une vie sociale plutôt "développée", ce qui peut présenter un biais.

Des difficultés rencontrées pour réunion des groupes de « familles » et de jeunes en insertion nous ont conduits à interroger en entretien individuel respectivement 5 personnes de chaque « groupe » sur chacun des quartiers.

Recueil d'avis par questionnaires

Pour élargir l'interrogation, ce recueil par entretiens de groupe a été complété par une enquête par questionnaires. L'objectif était essentiellement de vérifier si certains sujets, des

problèmes spécifiques, n'avaient pas été évoqués par les habitants dans les entretiens de groupes.

Les questionnaires ont été déposés dans les boîtes aux lettres et diffusés de manière accompagnée dans les structures sociales et diverses manifestations.

Au total **120 questionnaires** ont été exploités. Les réponses obtenues ont permis d'approfondir l'éclairage apporté par les groupes d'habitants : leur exploitation s'est avérée riche, d'autant que les répondants n'avaient pas le même profil que les participants aux entretiens : personnes vivant seules, qui ne connaissent pas les structures du quartier et qui avaient des choses à dire…

Les indicateurs permettent de dresser une "photographie" de la situation sociale et sanitaire des quartiers de la Fontaine d'Ouche et des Grésilles au sein de la ville de Dijon.

On présentera d'abord un cadrage général sur les déterminants de la santé sous la forme d'un "portrait socio-sanitaire" succinct de Dijon et des deux quartiers "politique de la ville", puis des problématiques transversales mises en évidence à partir des interrogations des acteurs sur les territoires.

On examinera ensuite plus spécifiquement les problématiques relatives à des populations cibles du diagnostic au travers de zooms sur les enfants et adolescents, les jeunes en insertion, les personnes en situations de plus grande précarité, et les personnes âgées.

D. UNE DÉMARCHE DE PROGRAMMATION PARTICIPATIVE

Les grands traits de ce diagnostic ont été présentés, discutés, amendés et partagés avec le comité de suivi élargi.

Il s'agissait ensuite d'engager la démarche de programmation participative, c'est-à-dire l'amorce de l'Atelier Santé Ville. Pour cela, plusieurs membres du Collège régional et du Comité départemental d'éducation pour la santé ont apporté un soutien méthodologique pour :

- Établir des priorités à partir des parmi les problèmes identifiés dans le diagnostic : points forts à renforcer, points faibles à atténuer, succès à étendre. Les critères pour établir ces priorités sont ceux retenus de manière générale en santé publique : urgence et gravité des problèmes, extension des problèmes, effets démontrés sur la santé de la population, prise en compte possible à l'échelle du territoire.
- Procéder à l'analyse causale de priorités retenues par le comité de suivi élargi afin de dégager des objectifs généraux, intermédiaires et spécifiques.
- Programmer des actions pour chaque objectif spécifique.

2. DONNÉES DE CADRAGE GÉNÉRALES

Les deux quartiers de Dijon sur lesquels a porté le diagnostic se situent dans une ville qui présentait, jusque là, des indicateurs socio-sanitaires plutôt favorables.

Au vu des indicateurs de mortalité des années les plus récentes, on peut se demander si les atouts antérieurement pointés restent aussi marqués.

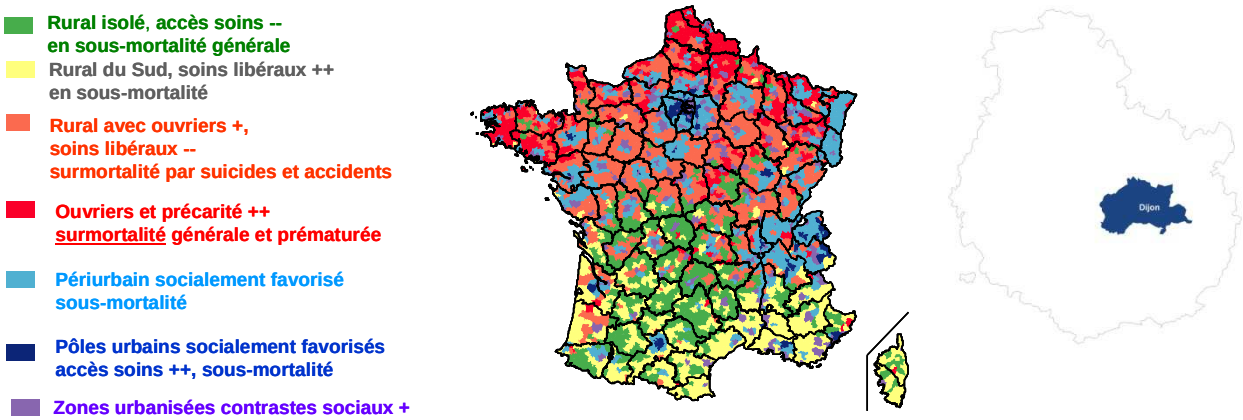
A. DIJON, COMMUNE CARACTÉRISÉE PAR DES INDICATEURS SOCIO-SANITAIRES PLUTÔT FAVORABLES HIER, QU'EN EST-IL AUJOURD'HUI ?

1. Un profil socio-sanitaire parmi les plus favorables au cours des dernières décennies

En prenant en compte simultanément les indicateurs de contexte (démographiques et sociaux), d'offre et de mortalité de l'ensemble des 3 168 "cantons" français, il ressort que le profil socio-sanitaire des cantons de Dijon s'apparente à celui de la plupart des villes françaises. Ces pôles urbains (colorés en bleu foncé sur la carte jointe) présentent un profil qui se distingue des autres territoires par les caractéristiques suivantes :

- fortes densités de population (représentant moins de 5,9% des cantons mais 15,6% de la population française),
- pourcentages supérieurs de cadres, de revenus élevés, de jeunes diplômés et proportions inférieures à la moyenne d'allocataires de minima sociaux, de chômeurs mais mode de vie isolé fréquent et forte proportion de familles monoparentales
- services de soins d'urgence et premier recours plus accessibles qu'en moyenne en France mais relativement moins desservis en infirmiers libéraux
- indicateurs de mortalité générale et prématurée ainsi que taux de mortalité pour les principales causes inférieurs ou égaux à la moyenne.

Carte 1: Profil socio-sanitaire des cantons en France métropolitaine (2006)



Source : Insee, Inserm CépiDC, Drees, Dares, Conseils généraux, Cnaf, CCMSA, Cnamts, DGI, Ministère de l'équipement - Exploitation Fnors et ORS 2006, ***en cours d'actualisation***

2. Certains indicateurs devenant relativement moins favorables

a. Le recours aux soins et à la prévention plus élevé

➔ **Hospitalisations**

En 2007, plus de 28 000 Dijonnais étaient hospitalisés en court séjour. La grande majorité d'entre eux l'ont été en Bourgogne, notamment en Côte-d'Or et plus particulièrement à Dijon. En effet, 95,4% des Dijonnais hospitalisés ont séjourné dans un établissement dijonnais, 3,5% se sont rendus dans une autre région, 0,7% dans un autre département de la région.

Tableau 1 : Principaux lieux d'hospitalisation des Dijonnais et habitants de Côte-d'Or hospitalisés, en 2005-2007

	Dijonnais		Côte-d'Oriens
	Effectif	Répartition (%)	Répartition (%)
Côte-d'Or	26 955	95,8	93
dont établissements de Dijon	*26 835*	*95,4*	
Autres départements de Bourgogne	203	0,7	2,4
Total Bourgogne	27 153	96,5	95,4
Autres régions	990	3,5	4,6
Nombre de patients total	**28 143**	**100,0**	**100,0**

Source : PMSI ATIH 2005-2007, exploitation ORS

Sur la période 2005–2007, le taux standardisé d'hospitalisation de la commune de Dijon est de 1 926 pour 10 000 habitants, supérieur à la moyenne régionale (1 838) mais inférieur à la moyenne départementale (1 940).

Tableau 2 : Taux standardisé d'hospitalisation toutes causes confondues en 2005-2007

	Taux standardisé d'hospitalisation*	Différence significative / Bourgogne
Commune Dijon	1926,1	p<0,001
Côte-d'Or	1940,5	p<0,001
Bourgogne	1837,7	

pour 10 000 hab.

Source : PMSI ATIH 2005-2007, exploitation ORS

Méthodologie

Les données recueillies par l'intermédiaire du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information ou PMSI permettent de dénombrer les maladies ou événements morbides "aigus" à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqués comme motif principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée médecine chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Ils sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. Celles qui sont ici utilisées ont été fournies par la Direction du Service médical du régime général de l'assurance maladie.

Le taux standardisé d'hospitalisation est le taux de recours "attendu" dans la zone, si sa population avait la même structure d'âge qu'une population de référence (ici la population de la région Bourgogne au RP de 1999, les deux sexes regroupés, par tranches d'âge quinquennales).

➔ Affections de longue durée

Sur la période 2005-2006, environ 2 400 Dijonnais ont été admis chaque année en Affections de longue durée (ALD). Le taux standardisé d'admission en ALD de la ville (169 pour 10 000 habitants) est significativement inférieur à la moyenne bourguignonne qui s'élève à 188.

Tableau 3 : Taux standardisé d'admission en ALD toutes causes confondues, en 2005-2006

	Taux standardisé d'admissions en ALD*	Différence significative / Bourgogne
Commune Dijon	168,7	p<0,001
Côte-d'Or	170,0	p<0,001
Bourgogne	187,8	

pour 10 000 hab.

Sources : CnamTS, RSI, MSA 2005-2006, exploitation ORS

➔ Participation aux dépistages des cancers

En 2007, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein s'est élevé à 57,0% à Dijon. Ce taux est légèrement supérieur à la participation globale du département qui s'élève à 55,8%. On relève par ailleurs que 19% des Dijonnaises de 50-74 ans ont recours à la mammographie en dehors du dépistage organisé (18% pour l'ensemble des habitantes de Côte-d'Or).

La participation au dépistage du cancer colorectal dépasse 50% à Dijon comme en Côte-d'Or, mais il apparaît plus difficile de faire progresser ce taux (minimum pour que le dispositif soit efficace).

b. Des taux de mortalité dans la moyenne nationale depuis 2000

Sur la période 2000-2006, on compte en moyenne chaque année plus de 1 100 décès de personnes domiciliées dans la ville de Dijon (autant de femmes que d'hommes). Le taux standardisé de mortalité (TSM) est de 76 pour 10 000 habitants, non différent de la moyenne nationale.

Sur la période 1990-1999, le TSM de la commune était inférieur à la moyenne nationale, cependant cet écart n'est plus significatif entre 2000 et 2006.

Tableau 4 : Mortalité générale sur la période 2000-2006

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	Nb/an	TSM	Nb/an	TSM	Nb/an	TSM
Côte-d'Or	2 275	113,9*	2 117	64,9	4 392	85,5*
Bourgogne	8 897	119,8*	8 391	68,8*	17 288	90,7*
France		105,5		63,4		81
Commune de Dijon	563	104,4	565	57,6	1 128	76

** significativement différent de la moyenne nationale*

Source : Inserm CépiDC 2000-2006 - Exploitation ORS

On considère comme "**prématurés**" les **décès** survenant **avant l'âge de 65 ans** (compte tenu de l'espérance de vie en Bourgogne, comme en France). Un décès de Dijonnais sur cinq survient avant l'âge de 65 ans (26% pour les décès masculins et 13% pour les décès féminins).

Sur la période 2000-2006, le taux standardisé de mortalité prématurée (19,3 pour 10 000 habitants) est plus élevé que la moyenne nationale (sans que l'écart soit statistiquement significatif), mais moins que dans l'ensemble des départements de la région. On peut noter que, sur la période 1990-1999, le taux comparatif de mortalité prématurée dijonnais pour 10 000 habitants était inférieur à la moyenne nationale.

Tableau 5 : Mortalité prématurée (2000-2006)

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	Nb/an	TSM	Nb/an	TSM	Nb/an	TSM
Côte-d'Or	607	24,4*	270	10,7	877	17,5*
Bourgogne	2 223	27,2*	930	11,4*	3 153	19,3*
France		21,8		9,7		15,7
Commune de Dijon	158	25,1	76	11,1	234	17,7

** significativement différent de la moyenne nationale*

Source : Inserm CépiDC 2000-2006 - Exploitation ORS

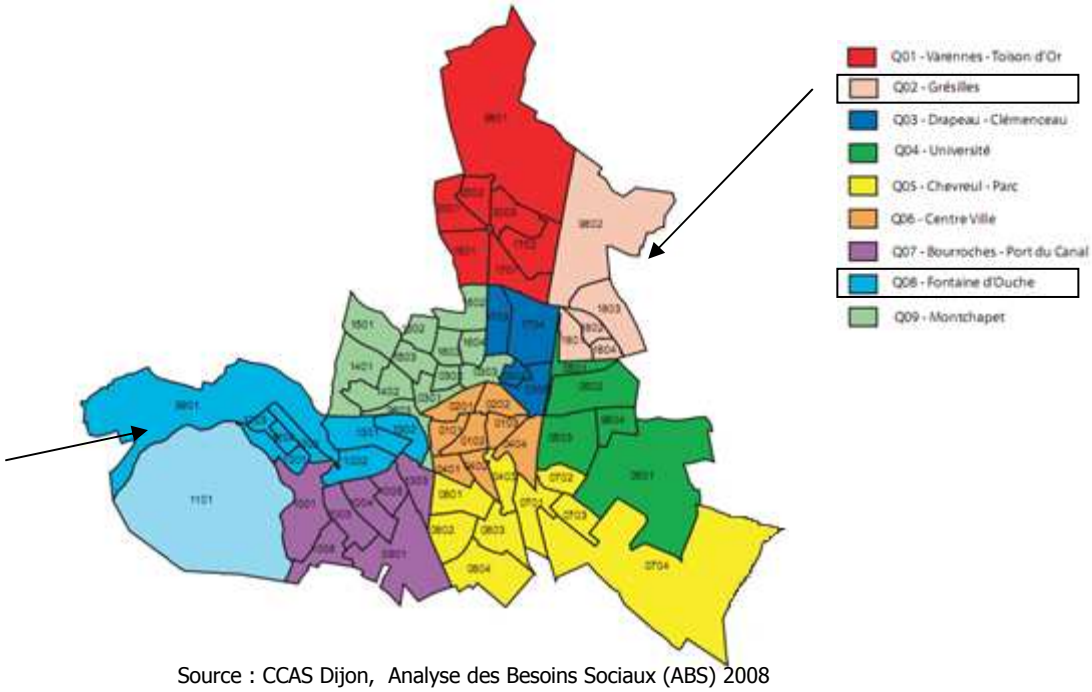
Compte tenu de la répartition par cause médicale détaillée, on estime qu'environ 50% des décès prématurés pourraient être évités (au sens où ces décès devraient survenir plus tard). Parmi ces décès prématurés "évitables", certains pourraient l'être en agissant sur les comportements individuels à l'origine des problèmes en cause (alcool, tabac, accidents, suicide) et d'autres par une intervention plus précoce en termes de dépistage et de soins (exemple : dépistage cancer du sein, intervention sur un infarctus…). Ces constats ne sont pas spécifiques à la zone étudiée, on les retrouve globalement au niveau départemental, régional et national.

B. Les quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche : des indicateurs sociaux plus défavorables

Les données sociodémographiques permettant d'éclairer les problématiques de santé (les déterminants évoqués plus haut) s'articulent autour de 5 thèmes :

- Caractéristiques sociodémographiques du territoire (âge, composition des ménages, origine géographique),
- Activité socioprofessionnelle (emploi et chômage),
- Précarité des conditions de vie (bas revenus, minima sociaux),
- Logement,
- Éducation (scolarisation, retard scolaire, diplômes).

Carte 2 : Ville de Dijon et ses quartiers



Source : CCAS Dijon, Analyse des Besoins Sociaux (ABS) 2008

L'IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique) présente une certaine homogénéité quant aux types d'habitat et de population résidente. La ville de Dijon en compte soixante six regroupés en neuf quartiers.

Les deux **territoires prioritaires** de la **"politique de la ville"** sont composés des IRIS 1801-York, 1802-Lochères, 1803-Grésilles centre et 1804-Castelnau, pour les Grésilles, et des IRIS 1201-Tire Pesseau, 1202-Lac, 1203-Edouard Belin et 1204-Champ Perdrix pour la Fontaine d'Ouche.

1. Population et conditions de vie

a) Évolution démographique

En 2006, la ville de Dijon compte 150 800 habitants (Insee, Recensement de population 2006), contre 150 138 en 1999.

En 1999, environ 10 300 personnes résidaient au sein du **territoire "politique de la ville"** de la Fontaine d'Ouche (4 IRIS) et 8 260 dans celui des Grésilles (4 IRIS), ce qui représente 12% de la population de Dijon. Dans la suite du rapport le terme de « quartiers "politique de la ville" » correspondra à ces territoires. On trouvera parfois le terme de quartier sans autre précision, correspondant à des zones plus larges, lorsque les données n'avaient pu être accessibles à l'échelle de l'IRIS.

Tableau 6 : Population dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon en 1999

DIJON - TIRE PESSEAU	2 207
DIJON - LE LAC	2 983
DIJON - EDOUARD BELIN	3 126
DIJON - CHAMP PERDRIX	1 986
Fontaine d'Ouche (QT)	**10 302**
DIJON - YORK	2 442
DIJON - LOCHERES	1 991
DIJON - GRESILLES CENTRE	2 148
DIJON - CASTELNAU	1 682
ZUS Grésilles	**8 263**
Dijon	**150 138**

Source : Insee (RP 99), exploitation CCAS Dijon (ABS)

Structure par âge

Les structures d'âge de la population varient, induisant un vécu différencié des problématiques des différents groupes d'âge. On y reviendra plus loin dans la partie portant sur les zooms sur les populations "cibles" du diagnostic.

Les données fournies par la CPAM de Côte-d'Or pour l'analyse des besoins sociaux permettent d'actualiser les données sur la population, même s'il s'agit d'une partie seulement des habitants, les assurés du régime général. En 2007, la CPAM comptait près de 116 700 assurés sociaux dijonnais soit 80% de l'ensemble de la population de la Ville dont 6 000 dans le quartier des Grésilles et 9 500 dans celui de la Fontaine d'Ouche.

De plus fortes proportions d'enfants dans les quartiers "politique de la ville" et de jeunes de 15-24 ans, dans certaines zones à l'intérieur de ces quartiers.

Tableau 7 : Effectifs des assurés du régime général dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, et par groupe d'âge (en %) en 2007

	Assurés CPAM	< 14 ans	15-24 ans	25-59 ans	60-74 ans	> 74 ans	ensemble
DIJON - TIRE PESSEAU	1 679	15,4%	12,1%	45,2%	15,2%	12,2%	100,0%
DIJON - LE LAC	2 851	**25,5%**	**17,3%**	44,9%	8,5%	3,8%	100,0%
DIJON - EDOUARD BELIN	3 142	**26,0%**	**19,3%**	42,8%	8,9%	3,0%	100,0%
DIJON - CHAMP PERDRIX	1 801	**21,2%**	11,8%	46,6%	12,3%	8,1%	100,0%
Fontaine d'Ouche (QT)	9 473	23,0%	16,0%	44,6%	10,5%	5,8%	100,0%
DIJON - YORK	2 143	16,6%	12,6%	43,7%	**12,5%**	14,7%	100,0%
DIJON - LOCHERES	1 253	16,8%	12,9%	47,9%	**14,6%**	7,7%	100,0%
DIJON - GRESILLES CENTRE	1 830	**19,8%**	**18,9%**	43,8%	**12,5%**	4,9%	100,0%
DIJON - CASTELNAU	748	**19,4%**	**17,9%**	42,9%	11,6%	8,2%	100,0%
ZUS Grésilles	5 974	18,0%	15,2%	44,5%	12,8%	9,4%	100,0%
Dijon	116 678	15,5%	14,1%	50,0%	10,8%	9,5%	100,0%

Source : CPAM Côte-d'Or (2007), exploitation CCAS Dijon (ABS)

Les deux quartiers comptent de plus fortes proportions d'enfants de moins de 15 ans : 23% de la population dans les IRIS "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche (moins dans l'IRIS Tire-Pesseau), et 18% dans ceux des Grésilles contre 15,5% dans l'ensemble de Dijon.

La part des 15-24 ans est également plus importante qu'en moyenne à Dijon (14%) dans certains IRIS : celui du Lac (17%), d'Edouard Belin (19%), de Grésilles centre (19%) et Castelnau (18%).

Les 60-74 ans représentent 15% dans l'IRIS Tire Pesseau sur Fontaine d'Ouche et près de 15% sur les Lochères aux Grésilles contre 11% dans l'ensemble de Dijon, et les 75 ans et plus sont plus présents sur l'IRIS Tire-Pesseau (12%) et York (15%) que dans l'ensemble de la ville (9,5%).

Composition des ménages : plus de familles qu'en moyenne sur Dijon

Moins de ménages d'une personne

En règle générale en France, le mode de vie isolé (ménages d'une seule personne) est plus marqué en milieu urbain, et d'autant plus fréquent que la taille des villes est importante.

Au recensement de 1999, l'Insee dénombrait 71 334 ménages dijonnais dont 32 188 composés d'une personne (soit 45% des ménages). Au sein de la ZUS des Grésilles, 40% des 3 494 ménages et 32% des 4 148 ménages des IRIS "politique de la ville" du quartier de Fontaine d'Ouche étaient constitués d'une personne.

Tableau 8 : Part des ménages composés d'une personne dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, en 1999

	Total ménages	% ménages 1 pers.
Fontaine d'Ouche	4 148	32,2%
Grésilles	3 494	39,8%
Dijon	71 334	45,1%

Source : Insee (RP 1999), exploitation ORS

Plus de familles monoparentales sur le quartier de Fontaine d'Ouche

Entre 2005 et 2007, le nombre des familles allocataires CAF évolue peu sur la ville Dijon. On observe une diminution des familles sur l'ensemble des secteurs et particulièrement sur le quartier des Grésilles (-7% de familles allocataires CAF).

En 2007, la CAF comptait un peu plus de 3 750 familles monoparentales sur Dijon, leur nombre étant en progression (+2% entre 2005 et 2007). Leur part dans l'ensemble des allocataires est particulièrement importante sur la Fontaine d'Ouche (24%). Dans le quartier des Grésilles, où le nombre des familles monoparentales a diminué (-13%) entre 2005 et 2007, cette proportion (12%) est à peine plus élevée qu'en moyenne sur la ville (10%).

Les habitants des deux quartiers vivent davantage en famille que dans la moyenne de la ville. Les familles monoparentales sont deux fois plus fréquentes dans le quartier de Fontaine d'Ouche

Tableau 9 : Part des familles monoparentales parmi les allocataires CAF dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune en 2007

	Allocataires	Dont familles monoparentales	% familles monoparentales / Allocataires
Fontaine d'Ouche *	2 195	522	24%
ZUS Grésilles *	1 906	225	12%
Dijon	36 269	3 754	10%

Source : CAF (2007), exploitation CCAS Dijon (ABS)

Deux fois plus d'habitants d'origine étrangère dans les deux quartiers que dans l'ensemble de l'unité urbaine de Dijon

Des quartiers multiculturels

En 1999, 16 760 immigrés résidaient dans l'unité urbaine de Dijon provenant de 112 pays, les plus représentés étant le Maroc (26%), le Portugal (15%) et l'Algérie (12%).

Parmi les immigrés de 15 ans et plus en 1999, 7 260 avaient un emploi (soit 44,7%), 6 600 n'avaient pas d'activité professionnelle (soit 40,6%) et près de 2 400 étaient chômeurs (soit 14,7%).

Tableau 10 : Chiffres-clés de l'immigration dans l'unité urbaine de Dijon en 1999

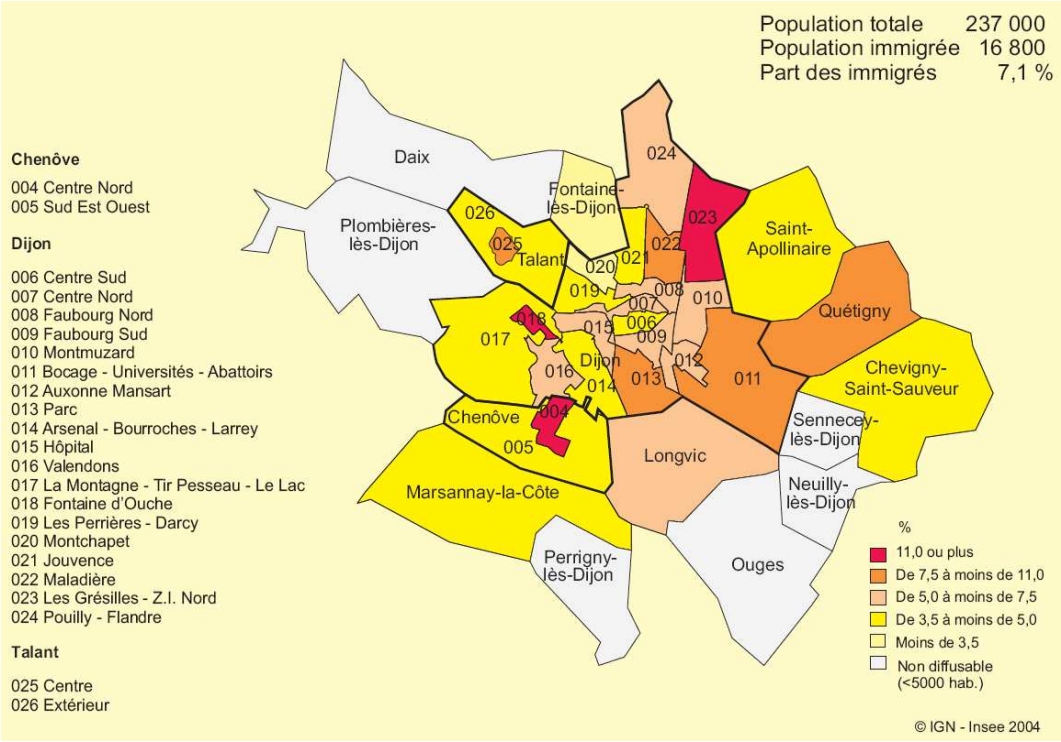
** âgés de 15 ans et plus*

Immigrés	Femmes	Hommes	Ensemble
Ages			
0 à 19 ans	504	476	980
20 à 39 ans	2 980	2 876	5 859
40à 59 ans	3 028	3 308	6 336
60 ans ou plus	1 692	1 896	3 588
Ensemble	8 204	8 556	16 760
Dont Français par acquisition	*3 096*	*2 512*	*5 608*
Pays de naissance			
Marocains	1 988	2 360	4 348
Portugais	118	1 312	2 500
Algériens	880	1 108	1 988
Activité			
Actifs occupés*	2 912	4 348	7 260
Chômeurs*	1 172	1 212	2 384
Inactifs*	3 856	2 744	6 600

Source : Insee (RP 1999) - Exportation complémentaire

En 1999, les quartiers des Grésilles, de Fontaine d'Ouche et de Chenôve Centre Nord regroupaient la majeure partie des immigrés de l'agglomération. La proportion d'immigrés dépassait 15% au sein de ces quartiers (contre 7% dans l'ensemble de l'agglomération).

Carte 3 : Part des immigrés dans la population par quartier de l'unité urbaine de Dijon en 1999



Source : Insee (RP 1999) – Exploitation complémentaire

2. Activité professionnelle

Une part plus réduite de personnes ayant une activité professionnelle aux Grésilles

On dénombrait dans la ville de Dijon, lors du recensement de 1999, 67 600 actifs de 15 à 59 ans (dont un peu plus de 59 000 ayant un emploi). Le taux d'activité s'élevait à 67% et le taux de chômage à 12%.

Dans le quartier de la Fontaine d'Ouche (au-delà des seuls IRIS "politique de la ville" mais sans celui de La Montagne), plus de 8 100 personnes se déclaraient actives (dont plus de 1 200 au chômage) et dans l'ensemble des Grésilles (au-delà des IRIS "politique de la ville"), on comptait 3 300 actifs de 15-59 ans (dont 900 chômeurs). Les taux d'activité correspondants s'élevaient à 75% dans les quartiers de la Fontaine d'Ouche et 63% pour l'ensemble des Grésilles, et les taux de chômage à respectivement 15% et 27%.

Moins d'activité professionnelle, plus d'invalidité, plus d'ouvriers et de chômage, dans les quartiers "politique de la ville"

Tableau 11 : Population active de 15-59 ans dans les quartiers de Fontaine d'Ouche, des Grésilles, dans la ville de Dijon et en Côte d'Or en 1999

	Population active	Actifs ayant un emploi	Taux d'activité	Recherche emploi	Taux de chômage
Fontaine d'Ouche*	8 105	6 858	*75,3%*	1 226	*15,1%*
Grésilles	3 293	2 377	*63,3%*	899	*27,3%*
Ville de Dijon	**67 599**	**59 168**	**67,0%**	**8 188**	**12,1%**
Côte-d'Or	**228 516**	**203 027**	**72,6%**	**24 584**	**10,8%**

** Sans IRIS La Montagne*

Source : Insee (RP 99), ABS Dijon

En 2005, près de 900 Dijonnais bénéficiaient d'une pension d'invalidité versée par la CPAM, soit 1,5 % des assurés sociaux âgés de 20 à 59 ans. Le taux de bénéficiaires dans le quartier des Grésilles était près de deux fois supérieur (2,8%), et celui observé dans les IRIS "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche était également plus élevé (2,6%).

Tableau 12 : Bénéficiaires d'une pension d'invalidité dans les quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche et dans la ville de Dijon en 2005

	effectifs	% assurés sociaux 20-59 ans
Fontaine d'Ouche	108	2,6%
Grésilles	74	2,8%
Ville de Dijon	**894**	**1,5%**

Source : Insee (RP 99), ABS Dijon

Forte part des ouvriers parmi les groupes professionnels

En 1999, Dijon comptait plus de 60 500 habitants ayant un emploi. La part des cadres et professions intellectuelles supérieures (17%) est supérieure à la moyenne départementale (12%). Par contre, la proportion d'ouvriers (20%) est moins élevée qu'en moyenne en Côte-d'Or (27%).

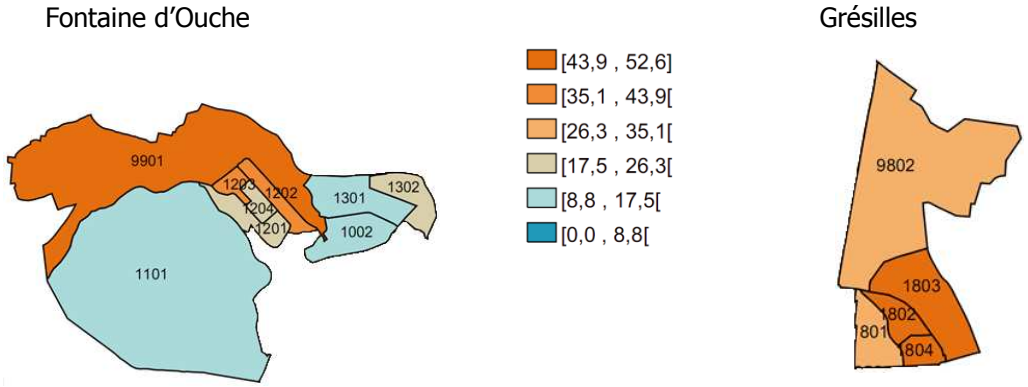
Dans les deux quartiers "politique de la ville" Fontaine d'Ouche et Grésilles, les cadres sont cinq fois moins nombreux que dans l'ensemble de la commune. A l'inverse, les ouvriers représentent la moitié de la population active occupée de ces quartiers.

Tableau 13 : Part des cadres et des ouvriers dans la population active ayant un emploi dans les quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et Grésilles de Dijon, la commune et le département de Côte d'Or en 1999

	Ensemble actifs occupés	% cadres et professions intellectuelles supérieures	% ouvriers
Fontaine d'Ouche	4 856	3,5%	52,9%
Grésilles	3 217	3,2%	54,0%
Ville Dijon	**60 539**	**17,4%**	**20,4%**
Côte-d'Or	**207 223**	**11,8%**	**26,5%**

Source : Insee (RP 99), ABS Dijon

Carte 4 : Part des ouvriers parmi les actifs occupés en 1999 dans les IRIS des quartiers "politique de la ville" de Dijon (en %)



Source : Insee (RP 99), exploitation CCAS (ABS Dijon)

Plus forts pourcentages de demandeurs d'emploi

Les demandeurs d'emploi de catégorie 1 sont des personnes sans emploi, immédiatement disponibles, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps plein. Les personnes appartenant à la catégorie 6 sont des demandeurs d'emploi de la catégorie 1 mais ayant exercé une activité réduite ou occasionnelle d'au moins 78 heures dans le mois.

Fin 2007, 6 944 Dijonnais étaient demandeurs d'emploi des catégories 1 et 6, dont 750 à la Fontaine d'Ouche et 560 aux Grésilles. Les taux de chômage estimés (rapportés à la population active en 1999) sont plus élevés dans les quartiers (respectivement 15,2% et 16,9%) que dans l'ensemble de la ville (10,6%)

Tableau 14 : Demandeurs d'emploi dans les quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et des Grésilles, fin 2007

	effectifs	% / pop active RP 99		effectifs	% / pop active RP 99
Fontaine d'Ouche	**750**	15,2	**Grésilles**	**558**	16,9
Tire Pesseau	125	11,1	York	140	13,7
Le lac	218	15,5	Lochères	148	20,0
Edouard Belin	306	21,7	Grésilles	209	23,5
Champ Perdrix	101	10,3	Castelneau	61	9,4

Source : ANPE (DEFM 2007), Insee (RP 99), exploitation CCAS (ABS Dijon)

D'autres éléments sur les caractéristiques du chômage dans les deux quartiers sont développés plus loin dans la partie centrée sur les personnes en situations de précarité.

3. Logement

La ville de Dijon comptait 80 755 logements en 1999, dont 71 334 résidences principales (soit 88%). Le quartier de Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne) comptabilisait 8 162 logements (dont 92% résidences principales) et celui des Grésilles 4 264 (dont 83% de résidences principales).

Dans le quartier des Grésilles le nombre de résidences principales a diminué entre 1990 et 1999 car il fait l'objet de restructurations importantes : 1 230 logements ont été démolis et 585 logements reconstruits entre 1980 et 2000.

Importance des logements sociaux et des aides au logement dans les quartiers "politique de la ville"

D'autres interventions de démolition, qui concernent 395 logements, ont été prévues dans le cadre de l'Opération de Renouvellement Urbain. Afin d'assurer la mixité de l'habitat, 275 logements locatifs sociaux doivent être reconstruits sur le quartier dont 120 en dehors de la ZUS. De plus, 60 logements en accession aidée à la propriété seront réalisés et environ 120 logements locatifs libres. Les données présentées ci-après ne tiennent pas compte de ces aménagements en cours de finalisation.

Tableau 15 : Part des résidences principales dans l'ensemble des logements dans les quartiers des Grésilles, Fontaine d'Ouche et dans Dijon en 1999, et évolution 1990-1999

	Total logements	% résidences principales en 1999	Evolution des résidences principales 1990-99
Grésilles	4 264	83%	-5,8
Fontaine d'Ouche*	8 162	92%	nd
Ville de Dijon	**80 755**	**88%**	**11,7**
Côte d'or	242 282	86%	10,6

** Sans IRIS La Montagne*

Source : Insee (RP 1999), ABS Dijon

En 1999, 41% des Dijonnais étaient propriétaires de leur logement, 38% locataires dans le privé et 13% locataires auprès de bailleurs sociaux. Le statut d'occupation des logements varie fortement selon les quartiers. La part des propriétaires est moins importante dans les deux quartiers (au sens large) des Grésilles et de la Fontaine d'Ouche. Une large majorité des logements aux Grésilles relève du parc HLM (6/10), tandis qu'à la Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne), on compte autant de logements sociaux que privés (30%).

Tableau 16 : Statut d'occupation des résidences principales dans les quartiers des Grésilles, Fontaine d'Ouche et la ville de Dijon en 1999

Quartiers	Part propriétaires	Part locataires privés	Part locataires HLM	Autres
Grésilles	19,2%	10,6%	61,3%	8,8%
Fontaine d'Ouche*	36,3%	29,5%	30,4%	3,8%
Ville de Dijon	40,9%	37,7%	12,8%	8,6%
Côte-d'Or	**57,7%**	**22,4%**	**13,4%**	**6,5%**

* *Sans IRIS La Montagne*

Source : Insee (RP 1999), ABS Dijon

La ville de Dijon disposait d'un peu plus de 9 100 logements sociaux en 1999. Près de la moitié se trouvait dans les deux quartiers des Grésilles et de la Fontaine d'Ouche.

Tableau 17 : Parc de logements sociaux dans les quartiers des Grésilles, Fontaine d'Ouche, dans la ville de Dijon et en Côte-d'Or en 1999

	Nb logements sociaux	% lgts sociaux parmi résidences principales	Evolution des lgts sociaux 1990-99
Grésilles	2 177	61,3%	-20,9%
Fontaine d'Ouche*	2 281	30,4%	8,3%
Ville de Dijon	**9 127**	**12,8%**	**6,3%**
Côte-d'Or	**27 990**	**13,4%**	**11,1%**

* *Sans IRIS La Montagne*

Source : Insee (RP 1999), ABS Dijon

Fin 2007, 16 390 ménages dijonnais (dont la personne de référence est âgée de 20 à 59 ans) bénéficient d'une allocation d'aides au logement CAF, soit 18% des ménages. Cette proportion est nettement supérieure dans les quartiers des Grésilles et de la Fontaine d'Ouche (respectivement 29% et 27%).

Tableau 18 : Aides au logement de la CAF en 2007

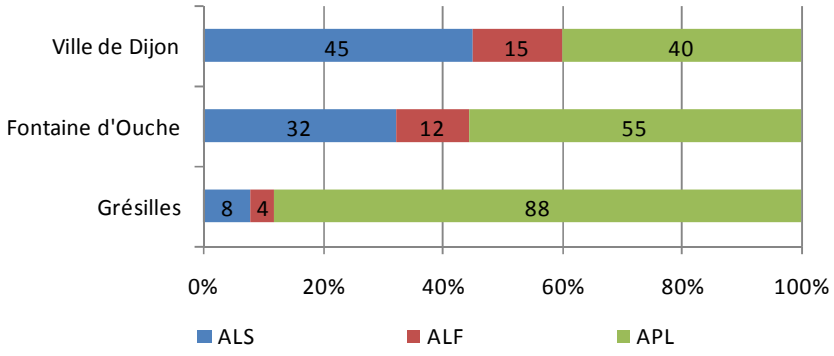
	Nb d'alloc. aides au logement CAF	% aides au lgt parmi les ménages*	Evolution 2006/2007
Grésilles	1 301	29,0%	1,0%
Fontaine d'Ouche	3 123	27,0%	1,0%
Ville de Dijon	**16 390**	**18,0%**	**3,0%**

* Ménages dont la personne de référence à 20-59 ans

Sources : CAF (2007), Insee (RP 1999), ABS Dijon

La répartition par type d'allocation des prestations logement CAF varie également selon les quartiers. En 2007, en moyenne sur la ville de Dijon, 45% des personnes percevant des prestations logement bénéficiaient de l'Allocation Logement Social (ALS), 15% l'Allocation Logement Familiale (ALF) et 40% l'Aide Personnalisée au Logement (APL). A la Fontaine d'Ouche, 32% percevaient l'ALS, 12% l'ALF et 55% l'APL et aux Grésilles 8% bénéficiaient de l'ALS, 4% de l'ALF et 88% de l'APL.

Graphique 1: Répartition par type d'allocation des prestations logement CAF en 2007



Source : CAF (2007), ABS Dijon

4. Revenus

Dans l'ensemble de la ville de Dijon, 41% des ménages fiscaux sont non imposés. Dans les quartiers "politique de la ville" leur part atteint et dépasse la moitié, avec des variations selon les IRIS de 35% à 62% sur celui de Fontaine d'Ouche et de 47% à 66% dans le quartier des Grésilles.

Moins de la moitié des ménages imposés dans les quartiers "politique de la ville"

Tableau 19 : Ménages non imposés dans les quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et des Grésilles et sur l'ensemble de Dijon en 2006

	Ménages fiscaux	Ménages non imposables	% ménages fiscaux non imposés
DIJON - TIRE PESSEAU	1 135	453	39,9%
DIJON - LE LAC	1 057	594	56,2%
DIJON - EDOUARD BELIN	1 007	621	61,7%
DIJON - CHAMP PERDRIX	829	292	35,2%
Fontaine d'Ouche (QT)	**4 028**	1 960	48,7%
DIJON - YORK	1 150	543	47,2%
DIJON - LOCHERES	654	432	66,1%
DIJON - GRESILLES CENTRE	725	480	66,2%
DIJON - CASTELNAU	262	168	64,1%
ZUS Grésilles	**2 791**	1 623	58,2%
Dijon	**87 183**	**35 470**	**40,7%**

Source : Direction générale des impôts - traitement Insee (2006), exploitation CCAS (ABS Dijon)

Le revenu médian sur l'ensemble de la ville de Dijon s'élevait en 2006 à 1 966 € ; il oscillait selon les IRIS entre 1298 € et 1941 € dans le quartier de la Fontaine d'Ouche et entre 813 € et 1 656 € dans celui des Grésilles.

Tableau 20 : Revenus mensuels médians par ménage et par unité de consommation dans les IRIS des quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et des Grésilles en 2006

	Revenu mensuel par ménage : médiane	Revenu mensuel par UC : médiane
Fontaine d'Ouche (QT)		
DIJON - TIRE PESSEAU	1 648 €	1 326 €
DIJON - LE LAC	1 394 €	784 €
DIJON - EDOUARD BELIN	1 298 €	724 €
DIJON - CHAMP PERDRIX	1 941 €	1 252 €
ZUS Grésilles		
DIJON - YORK	1 656 €	1 240 €
DIJON - LOCHERES	1 144 €	813 €
DIJON - GRESILLES CENTRE	1 171 €	662 €
DIJON - CASTELNAU	1 189 €	743 €

Source : Direction générale des impôts - traitement Insee (2006), exploitation CCAS (ABS Dijon)

5. Niveau de formation

On qualifie de personnes ayant un« niveau de formation élevé » celles qui détiennent un diplôme supérieur à Bac+2. Globalement 26,6% des Dijonnais non scolarisés de 15 ans et plus avaient un niveau de formation élevé en 1999. Ce taux était de 9,2% sur le quartier des Grésilles et 16,4% sur celui de la Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne).

A l'inverse, on désigne, ici, par bas niveau de formation les personnes ne disposant d'aucun diplôme, d'un CEP ou d'un BEPC. La part des Dijonnais de 15 ans et plus, non scolarisés et détenant un bas niveau de formation, atteignait à 36,8% en 1999. Ce taux s'élevait à 58,6% sur les Grésilles et à 44,2% sur la Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne).

Un niveau de formation moins élevé dans les quartiers "politique de la ville"

Tableau 21 : Répartition des habitants de 15 ans et plus dans les quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche, la ville de Dijon et en Côte-d'Or, selon qu'ils ont un bas ou un haut niveau de formation en 1999

	Hauts niveaux de formation		Bas niveaux de formation	
	Effectifs	% 15 ans et + études achevées	Effectifs	% 15 ans et + études achevées
Grésilles	509	9,2	3 247	58,6
Fontaine d'Ouche*	1 972	16,4	5 326	44,2
Ville de Dijon	**27 419**	**26,6**	**37 968**	**36,8**
Côte-d'Or	**46 165**	**16,9**	**112 413**	**41,1**

** Sans IRIS La Montagne*

Source : Insee (RP 1999), ABS Dijon

6. Accessibilité des soins et services médico-sociaux

Moindre densité de services de soins de proximité

D'après la base permanente des équipements 2008 de l'Insee, on dénombrait cette année-là 9 généralistes (5% de ceux qui exercent sur l'ensemble de la ville), 4 infirmiers (6%), 10 masseurs-kinésithérapeutes (6%), 4 chirurgiens-dentistes (3%) et 8 pharmacies (13%) sur les IRIS "politique de la ville" de la Fontaine d'Ouche et ceux des Grésilles.

Tableau 22 : Professionnels de santé libéraux de proximité dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune en 2008

	Quartiers "politique de la ville"		Commune
	Grésilles	Fontaine d'Ouche	Dijon
généralistes	2	7	184
infirmiers	1	3	66
masseurs-kinésithérapeutes	0	10	156
chirurgiens-dentistes	1	3	132
pharmacies	*4*	*4*	*61*

Source : Base permanente des équipements Insee (2008)

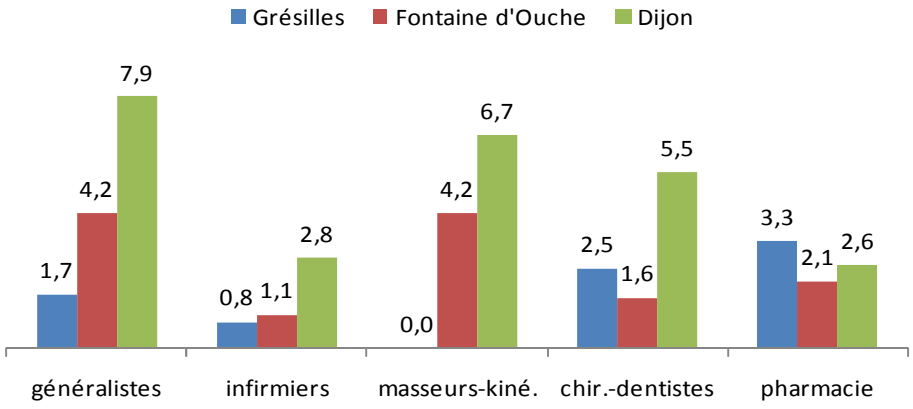
Si l'on rapporte les effectifs de professionnels libéraux à la population, les densités constatées dans les quartiers "politique de la ville" sont nettement inférieures à celles observées sur la ville de Dijon. L'écart est plus marqué aux Grésilles pour les généralistes, les infirmiers et les kinésithérapeutes. Il est plus important à la Fontaine d'Ouche pour les chirurgiens-dentistes.

On doit noter la présence d'un centre de soins infirmiers à Fontaine d'Ouche, composé de professionnels salariés qui exercent sur ce quartier mais aussi sur les Grésilles.

Une offre de services de soins primaires présente mais inférieure à la moyenne de la commune

Pour les pharmacies dont l'installation est réglementée, la situation est différente, la densité est un peu moins élevée à Fontaine d'Ouche que dans l'ensemble de la Ville de Dijon et par contre supérieure aux Grésilles où la population a diminué dans les années 90 alors qu'elle augmentait dans l'ensemble de la commune.

Graphique 2 : Densité des professionnels de santé de proximité dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune en 2008
(pour 5 000 assurés CPAM)



Source : Base permanente des équipements Insee (2008), CPAM Côte-d'Or (base d'assurés en 2007)

Selon l'observatoire national des ZUS, « *les ZUS présentent dans leur ensemble des densités de professionnels de santé par habitant bien moindres que celles observées dans les unités urbaines les abritant ou sur le territoire national* »[d]. Sur les Grésilles, seuls deux médecins généralistes sont recensés sur le quartier "politique de la ville", mais ils sont six si l'on inclut les praticiens installés en bordure du quartier. A l'instar des autres zones urbaines sensibles, le quartier bénéficie de l'installation de professionnels de santé à proximité immédiate, « *ce qui tend à réduire les écarts d'accessibilité aux soins entre les ZUS et le reste du territoire* »[e].

Proximité de services et établissements médico-sociaux à Fontaine d'Ouche

Sur le quartier élargi de la Fontaine d'Ouche, se trouvent plusieurs établissements médico-sociaux : services pour adultes handicapés (IRIS La Montagne), hébergement pour personnes âgées (foyer logement et maison de retraite), qui se reflètent dans certains indicateurs sociodémographiques (part des titulaires de l'allocation pour adultes handicapés, proportion de personnes âgées dans certains IRIS).

Il n'en va pas de même dans le quartier des Grésilles, où seul le foyer-restaurant d'Alembert est ouvert aux personnes âgées de l'ensemble de la commune.

Aide à l'accès aux soins : forte part de bénéficiaires de la CMUC

En 2007, 9 650 Dijonnais bénéficiaient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), soit 10% des assurés sociaux de moins de 60 ans, dont 1 186 sur la ZUS des Grésilles (26% des assurés de la ZUS) et 1 891 sur les IRIS "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche (24% des assurés du territoire). A l'intérieur de ces quartiers, les taux

[d] Observatoire national des zones urbaines sensibles, *synthèse du rapport 2009,* Les éditions du CIV

ONZUS, Synthèse du rapport 2009, Editions de la CIV

avoisinent, voire dépassent, 30% dans les IRIS Edouard Belin, Le lac, Grésilles-centre et Castelnau.

Tableau 23 : Bénéficiaires de la CMUC dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon, et dans l'ensemble de la commune en 2007

	Effectif	% assurés sociaux < 60 ans
Fontaine d'Ouche (QT)	1 891	23,9%
ZUS Grésilles	1 186	25,5%
Dijon	**9 649**	**10,4%**

Source : CPAM Côte-d'Or 2007 (ABS Dijon)

En 2007, 12,5% des assurés sociaux dijonnais de moins de 25 ans bénéficiaient de la CMUC, 8,5% des 25 à 59 ans et 1,6% des 60 ans et plus.

Dans la ZUS des Grésilles, ces taux s'élevaient respectivement à 27,3%, 22% et 4,6%. De même, au sein des IRIS "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche, 28% des assurés sociaux de moins de 25 ans, 19,1% des 25 à 59 ans et 3,2% des 60 ans et plus bénéficiaient de la CMUC.

Un quart des assurés de la CPAM bénéficiaires de la CMUC dans les deux quartiers « politique de la ville »

Tableau 24 : Répartition des bénéficiaires de la CMUC dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon, et dans l'ensemble de la commune en 2007, selon l'âge (en %)

	Effectif	% assurés sociaux < 60 ans
Fontaine d'Ouche (QT)	1 891	23,9%
ZUS Grésilles	1 186	25,5%
Dijon	**9 649**	**10,4%**

Source : CPAM Côte-d'Or 2007 (ABS Dijon)

C. Difficultés, besoins du point de vue des professionnels et des habitants rencontrés

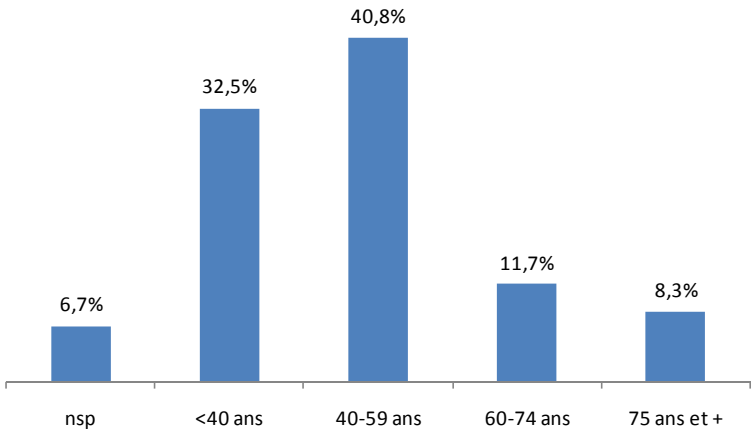
PROBLÈMES DE SANTÉ, REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES DE SANTÉ

Afin de saisir au plus près les difficultés rencontrées par les habitants, les entretiens réalisés auprès des professionnels et des habitants des Grésilles et de Fontaine d'Ouche ont été complétés par une série de questionnaires diffusés auprès des habitants.

Il ne s'agit pas d'une enquête sur échantillon représentatif. Elle vise à apporter des informations qualitatives complémentaires aux entretiens auprès des habitants. Toutefois, l'exploitation des résultats permet de dégager des convergences et des différences selon les quartiers.

Au total 120 questionnaires ont été collectés et exploitables. Le taux de participation global est de 12%. Les habitants de la Fontaine d'Ouche ont été plus nombreux à participer (57% des répondants). Les participants à l'enquête ont en moyenne 45 ans ± 20ans. Au moment de l'enquête, le plus jeune était âgé de 18 ans et le plus âgé déclarait 92 ans.

Graphique 3 : Répartition par âge des habitants interrogés par questionnaires



Perception de l'état de santé des habitants des quartiers

Les habitants qui ont rempli les questionnaires situent l'état de santé dans leur quartier, sur une échelle de 0 à 10, à un peu moins de 5/10 (4,6), niveau nettement moindre à celui attribué par les Français à leur propre santé, dans le cadre de l'enquête Santé et Protection sociale de l'Irdes (7,5). Par ailleurs, les participants interrogés sur la Fontaine d'Ouche sont plus pessimistes que ceux des Grésilles (4,2 contre 5,2, l'écart étant significatif).

Un état de santé perçue jugé relativement mauvais sur les quartiers

Importance du diabète, notamment sur les Grésilles

La plupart des professionnels médicaux et sociaux mettent en évidence la progression du diabète parmi les personnes de plus de 45 ans. D'après les propos recueillis auprès des professionnels, les habitants des Grésilles sembleraient davantage exposés à ce problème.

Le diabète une maladie chronique fréquemment observée sur les Grésilles

La progression de cette maladie semble dépendante des pratiques alimentaires des habitants (c'est-à-dire aussi bien la composition que la structuration des repas). La surconsommation de produits sucrés et gras, de plats industriels (dont l'usage et les qualités nutritionnelles ne répondent pas exactement aux règles de l'équilibre alimentaire), le grignotage et la prise irrégulière des repas sont autant de facteurs favorisant l'apparition de cette maladie. Ces modes de consommation alimentaires ne sont pas le résultat de dispositions purement individuelles mais à mettre en relation avec la précarisation des conditions de vie.

Face à cela, les professionnels sociaux et médicaux notent que consommer des pâtisseries, barres chocolatées, c'est mettre momentanément la précarité à distance. La consommation de ces produits renvoie à l'idée que l'on peut encore « *se le permettre* ». Par ailleurs, ces modes de consommation incorporent une notion de plaisir immédiatement disponible et réalisable pour les personnes plus ou moins démunies.

Des troubles psychiques sur les deux quartiers…, mais des situations de mal-être plus importantes sur Fontaine d'Ouche

Les professionnels sociaux ont fortement insisté sur la prégnance des troubles psychiatriques sur le quartier de la Fontaine d'Ouche. À l'heure actuelle, aucune donnée quantitative ne peut corroborer ce constat, néanmoins il s'agirait surtout de personnes suivies par les services sociaux, pour lesquelles de graves difficultés ont été repérées et qui demeurent en dehors de tout circuit de soin psychiatrique.

Santé mentale : l'orientation difficile vers les structures et professionnels de santé et une multiplication de symptômes de souffrance socio psychique sur Fontaine d'Ouche

D'un point de vue médical, les professionnels de la psychiatrie n'ont pas particulièrement fait de distinction entre les quartiers. D'après les praticiens interrogés, les troubles psychiatriques concernent aussi bien les habitants des Grésilles que ceux de Fontaine d'Ouche. Ces professionnels médicaux mettent au contraire l'accent sur trois dimensions : la tentation sécuritaire faite à la psychiatrie, la psychologisation de la souffrance sociale et les difficultés de prise en charge des étudiants et des personnes au sein des foyers de travailleurs migrants (ADOMA).

Au delà des quartiers, c'est l'accompagnement des individus vers la prise en charge psychiatrique et/ou psychologique qui préoccupe les professionnels. Un des enjeux majeurs est la lutte contre la stigmatisation de la santé mentale, où prédomine encore la représentation de patients non intégrés dans la société, voire dangereux pour autrui. Ce

phénomène est d'autant plus important qu'il fait obstacle également à l'orientation des patients vers ces types de soins. Des partenariats se renforcent ou se mettent actuellement en place avec le CCAS, l'Union nationale des Amis et des Familles de malades psychiques (UNAFAM) le groupe d'entraide mutuelle (GEM) ; mais les professionnels soulignent les difficultés de formalisation de ces partenariats.

Parallèlement aux pathologies psychiatriques lourdes (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive), de plus en plus de symptômes de souffrances psychiques ont été repérés. Les entretiens menés auprès des professionnels et des habitants ont révélé l'importance croissante de la précarisation et des dégradations des conditions de travail dans l'émergence d'états anxiogènes, d'épisodes dépressifs. Ces maux sociaux appellent des réponses en termes d'écoute et de verbalisation.

ACCÈS AUX SOINS

Des représentations divergentes des recours excessifs aux structures d'urgence

Contrairement à une représentation généralisée parmi les acteurs sociaux et médicaux, l'usage « abusif » sinon banalisé des urgences pour adultes par les habitants des quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche n'a pas été attesté par les professionnels des urgences. En effet, si aucune donnée statistique n'est disponible à l'heure actuelle, le chef de service des urgences ne confirme pas un recours plus important des habitants « des quartiers ». En outre, il semble que le service des urgences adultes soit de moins en moins sollicité pour de la « bobologie ».

Recours aux urgences adultes : pas de spécificité des habitants des quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche

Selon un praticien de SOS médecin, les habitants du quartier "politique de la ville" des Grésilles ont davantage recouru à leur service durant le mois d'avril 2009 que le reste de la ville mais pas ceux de la Fontaine d'Ouche. Il n'a toutefois pas « *l'impression que Fontaine d'Ouche s'adresse plus à un autre groupe de médecins libéraux ; d'ailleurs, si il y a un endroit où l'on s'attendrait plus à leur recours, c'est plutôt aux Grésilles…* ».

Cela ne permet pas d'éliminer l'hypothèse d'un "partage" des quartiers entre les différentes structures d'urgence, et nécessiterait donc de pouvoir prendre en compte dans le même temps l'ensemble des activités des intervenants.

Concernant le recours aux urgences pédiatriques du CHU, les discours semblent en revanche s'accorder sur l'usage banalisé de ces services par les familles résidant sur le quartier des Grésilles.

Renoncements aux soins : mésusages des aides et sentiment d'infériorité sociale

L'accès financier aux soins reste tributaire des conditions de ressources, mais il est également conditionné par l'attitude de l'usager à l'égard des aides financières d'une part et de sa propre perception de la santé d'autre part.

Renoncement aux soins : méconnaissance des droits et perception dévalorisée de la demande d'aide sociale de santé

Perception des aides sociales

Une frange non négligeable de la population ne dispose pas de ressources financières suffisantes pour financer une mutuelle, mais ne satisfait pas non plus aux conditions d'obtention de la CMUC. Des aides légales (et extra légales) à la mutualisation sont disponibles mais restent sous exploitées par les potentiels bénéficiaires**.** Quelques éléments de réponses peuvent être apportés. Certaines situations sociales des enquêtés renvoient au statut que Serge Paugam qualifie de *fragilité intériorisée*[f]. Ces personnes fragilisées se caractérisent par une précarité économique, occupant des emplois à contrats à durée déterminée, des stages, des formations, des « petits boulots ». Ces usagers bénéficient d'une intervention sociale ponctuelle et adoptent vis-à-vis des aides une attitude de distanciation. Ces personnes partagent un fort sentiment d'infériorité sociale, refusant d'être catégorisées « d'assistés » et ont beaucoup de scrupules à demander une aide sociale. Solliciter une aide pour se soigner leur envoie une identité négative et dévalorisée d'eux-mêmes. A ce titre, comme le souligne une professionnelle du social : *« il reste plus facile de demander une aide pour se soigner que pour manger »*. Ces populations sont, entre autres, difficilement accessibles pour une partie des travailleurs sociaux.

Prendre soin de soi : une injonction à l'épanouissement et une norme socialement située, éloignée des préoccupations sociales des habitants

Le renoncement aux soins est un des effets de la perception du soin qu'ont les habitants interrogés. Que ce soient les quartiers des Grésilles ou de Fontaine d'Ouche, de nombreux professionnels de santé et de l'intervention sociale mentionnent les difficultés pour « prendre soin de soi ». Or « *prendre soin de soi* » est à la fois une norme sanitaire, associée à l'épanouissement de soi et une norme socialement située, largement diffusée parmi les classes moyennes et supérieures.

Pour pondérer ce constat, les personnes interrogées ne font pas de la santé une question qu'elles minimisent. L'intérêt pour la santé et le bien-être n'est pas inexistant, mais relégué derrière les priorités alimentaires et le logement, fortement dépendant du niveau des revenus. Les personnes en situation de précarité interrogées (Grésilles comme Fontaine d'Ouche) associent ainsi la santé aux ressources financières et psychiques disponibles.

[f] PAUGAM Serge, *la disqualification sociale, essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, PUF 256 p.

Par ailleurs, l'ensemble des femmes interrogées étaient suivies par un médecin traitant. Ce sont principalement les consultations spécialisées et la santé bucco-dentaire qui restent difficiles d'accès. Les enquêtés ont notamment effectué des devis et ont reconnu avoir « *délaissé* » les soins en raison de leur coût et de l'attitude de certains professionnels. De manière générale, les problématiques d'accès aux soins dépassent les quartiers et concernent plus largement les milieux populaires et les personnes en situation de précarité ou en voie de précarisation.

Les obstacles financiers à l'accès aux soins

Accès financier aux soins : difficulté majorée pour les personnes touchées par un effet de seuil

Les difficultés d'accès aux soins ne sont pas circonscrites aux populations précarisées ; les salariés, les jeunes en insertion mais aussi des personnes âgées sont aussi confrontés au paiement des frais de santé. L'ensemble des professionnels et habitants rencontrés posent le constat suivant : l'accès aux soins, notamment aux consultations spécialisées, est particulièrement problématique pour une frange de la population touchée par un effet de seuil. Le niveau de leurs revenus excède le plafond de ressources ouvrant droit à la CMUC mais reste insuffisant pour l'obtention d'une mutuelle. Pour ces personnes, les organismes d'assurance maladie proposent une aide à la mutualisation, mais cette ressource reste méconnue des habitants et donc très peu sollicitée.

Si la consultation d'un médecin généraliste pose rarement problème, en revanche, les consultations de spécialistes ou les examens médicaux (scanner, bilans sanguins, radiologies) font fréquemment l'objet de report. Sans que la situation soit caractéristique de ces quartiers, les soins dentaires et ophtalmologiques représentent les types de soins les plus souvent différés. La consommation d'antidouleurs est une pratique fréquemment rapportée par les habitants interrogés afin de supporter le report de soins, notamment en cas de douleurs dentaires.

Autres ajustements pratiques mis en œuvre entre les habitants et les professionnels de santé : l'encaissement différé du mode de paiement (chèque) par le professionnel. Cette pratique, sans être une caractéristique de ces territoires, est toutefois fortement dépendante de l'accueil du praticien et du degré de confiance et d'interconnaissance entre le patient et le professionnel de santé. Ces arrangements ne garantissent pas, de plein droit, l'accès aux soins.

Les freins administratifs à l'accès aux soins

Autres freins recensés, les obstacles linguistiques, notamment parmi les primo-arrivants ou les personnes maîtrisant difficilement le français, qui rendent difficile le suivi thérapeutique, la compréhension du discours médical ou encore les démarches pour l'obtention des droits. Au-delà de l'apprentissage de la langue, la socialisation aux institutions, l'apprentissage scolaire et l'insertion professionnelle jouent un rôle prépondérant dans l'acquisition de « compétences administratives » (soit la maîtrise des procédures et langage administratif). Aussi, différents professionnels et structures de la ville (CCAS, centres sociaux, Missions locales) accompagnent étroitement les individus dans leurs démarches.

Les difficultés de l'accès aux médecins, nuancées pour les généralistes, plus nettes pour les spécialistes

De manière générale, si l'accès aux généralistes est jugé satisfaisant par les habitants des deux quartiers, l'accès aux médecins spécialistes est plus difficile.

D'après les réponses aux questionnaires, seuls 14% des enquêtés ont indiqué avoir des difficultés d'accès au médecin traitant.

Difficultés d'accès aux soins, dentaires et de spécialistes surtout

De même pour les deux quartiers, une minorité (13%) estime que l'accès aux soins infirmiers est difficile, la proportion étant plus élevée à la Fontaine d'Ouche (18%) qu'aux Grésilles (8%) sans que l'écart soit significatif (du fait des effectifs restreints).

Par contre, pour plus du quart des répondants (28%), les soins dentaires posent des difficultés (35% des habitants des Grésilles ayant répondu contre 22% de ceux de la Fontaine d'Ouche).

Enfin, et surtout, les difficultés d'accès aux spécialistes sont signalées par près de la moitié des habitants (48%) dans l'un et l'autre quartier. Il s'agit surtout des ophtalmologistes (27 citations), gynécologues (13), dermatologues (5). Les cardiologues, ORL, psychologues, radiologues sont mentionnés plus rarement (3), d'autres sont signalés par une ou deux personnes (diabétologue, neurologue, pédiatre). Ces difficultés sont imputées aux *délais des rendez-vous* (21), *manques de médecins*, à leur *éloignement du quartier* (16), aux *coûts* (17). Quelques habitants (4) ont évoqué la mauvaise réputation de leur quartier, qui empêcherait l'installation de professionnels.

D'après les entretiens avec les habitants, la mobilité pour aller consulter le médecin traitant hors du quartier n'est pas nécessairement perçue comme une contrainte. Trois cas de figure ont pu être mis en évidence.

Une partie des habitants des Grésilles interrogés a recours au médecin traitant sur le quartier ou à des médecins généralistes situés à proximité du quartier (relativisant le constat de faible densité de ces praticiens).

Un second ensemble de résidents des Grésilles n'hésite pas à se déplacer (en bus, à pied) en dehors du quartier soit parce qu'à la suite d'un déménagement, ils ont conservé leur

médecin traitant, soit parce que celui-ci leur a été recommandé par l'entourage ou se trouve à proximité de leur lieu de travail… Un pharmacien des Grésilles interviewé a indiqué que plus de la moitié de ordonnances provenaient de praticiens extérieurs au quartier, spécialistes inclus. Concernant le choix du médecin traitant, le critère de confiance prime sur celui de proximité jusqu'à un certain âge (pour les personnes âgées, la proximité du cabinet devient un atout majeur). La confiance et l'attention renouvelée du médecin aux symptômes du patient sont ainsi les critères de choix les plus fréquemment cités. Dans ce cas de figure, la mobilité n'est pas nécessairement problématique.

> Femme, 34 ans, technicienne de surface, 1 enfant, Fontaine d'Ouche : « *Moi j'ai préféré changer de médecin, pas tout le temps, j'ai gardé mon premier médecin pendant 15 ans quand même, mais après ce qui m'est arrivé (phlébite), il me connaissait trop et donc il ne s'est pas plus arrêté que ça sur ce que j'avais. Après quand ils vous connaissent trop, ils ne font plus attention, ils prennent des habitudes et bon on en pâtit…* »

Pour une minorité d'habitants, notamment des jeunes couples récemment installés sur les quartiers, l'offre de soins semble méconnue. Ces usagers se retrouvent alors contraints de recourir à des praticiens extérieurs au quartier.

Les difficultés ont été davantage exprimées concernant l'offre de soins spécialisés. Lorsque les intervenants se multiplient autour d'un projet thérapeutique (bilans sanguins, radiographies médicales, consultations spécialisées), la mobilité devient particulièrement contraignante et alourdit la coordination des soins. La proximité de l'offre de soins sur le quartier Clémenceau pour les habitants des Grésilles ne semble pas couvrir les besoins.

Un accès à la contraception difficile

La contraception : une ressource inégalement accessible

Que ce soit pour les femmes avec enfants (notamment sur les Grésilles) ou les jeunes femmes de moins de 25 ans (tous quartiers confondus), la maîtrise de la vie sexuelle et de la procréation est inégalement réalisable.

La méconnaissance des réseaux d'informations susceptibles de les appuyer (en dehors des gynécologues et de l'hôpital) redouble les difficultés liées au poids des logiques familiales et religieuses qui pèsent sur la légitimité de la contraception. L'accès limité à la contraception contraint les femmes à recourir à des stratégies d'adaptation souvent très insuffisantes (ex : partage de plaquettes de pilules entre plusieurs utilisatrices.) Toutefois, ces arrangements et interrogations nous renseignent sur la volonté des femmes de maîtriser leur trajectoire procréative et familiale.

Professionnel de l'éducation : « *Il y a dans certaines familles des freins culturels par rapport au corps, il y a encore certaines femmes qui n'ont aucune connaissance de leur corps. Si quelques-unes sont rattrapées par l'intégrisme, il y en a qui n'ont pas accès à la contraception. Il y aurait quelque chose à faire parce qu'il y en a qui ont des gamins dont elles ne veulent plus au bout d'un moment. J'en connais même qui arrivent à avoir une plaquette de pilules et à se la partager. Elles espèrent éviter un peu en reprenant chacune une semaine, mais ça ne marche pas* »

Jeune femme, 22 ans, en recherche d'emploi, bac Pro, hébergée par sa famille, Fontaine d'Ouche : « *Bah ! Tous les mois je vais voir une pharmacie différente pour obtenir une plaquette de pilule, je sais que c'est pas bien, ce n'est pas l'idéal, mais sinon je n'ai pas les moyens d'aller chez le gynéco, et mon médecin bon c'est mon médecin de famille, j'aime mieux pas, j'espère avoir la CMU en fait…* »

Un acheminement difficile vers la prise en charge de difficultés psychiques

Une des difficultés relevées par les professionnels du quartier des Grésilles est l'orientation des usagers vers les structures d'écoute et de prise en charge psychologique. L'association de la psychologie-psychiatrie à la folie, précédemment évoquée, semble faire obstacle à une démarche volontaire des patients. La stigmatisation de la santé mentale n'est pas uniquement problématique pour les adultes eux-mêmes, l'orientation des enfants par les familles est également difficile à obtenir.

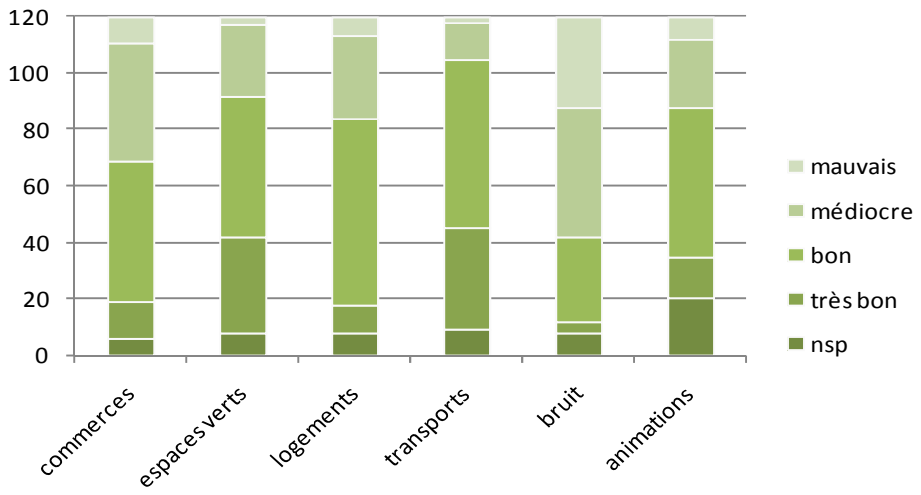
Des structures d'accueil, qui ne sont pas proprement labellisées « psy » ou médicales, existent sur les quartiers. Toutefois, rares sont les enquêtés informés de l'existence et des missions de ce type de dispositifs. Si la démédicalisation de la prise en charge psychique est déjà amorcée, renforcer la diffusion d'informations sur les services apportés par ces centres permettrait d'améliorer leur accessibilité.

ENVIRONNEMENT

Logement, espaces publics et environnement

Dans l'enquête par questionnaires, six dimensions du cadre de vie ont été explorées : commerces, espaces verts, logements, transports, bruit, animations, choisies du fait de leur lien possible avec la santé (favorable ou défavorable).

Graphique 4 : Appréciation sur le cadre de vie par les habitants des quartiers



Une question portait aussi sur la qualité des relations de voisinage, contribuant à qualifier elles-aussi les conditions de vie.

La convivialité et la solidarité : des liens sociaux plus atomisés sur Fontaine d'Ouche

Concernant les relations de voisinage, et plus largement la cohésion sociale au sein des quartiers, 75% des répondants au questionnaire estiment bonnes, voire très bonnes, les relations quel que soit le quartier.

Les entretiens font apparaître une distinction non négligeable entre Fontaine d'Ouche et les Grésilles. Le quartier des Grésilles est souvent qualifié de « village » par les professionnels et les habitants interrogés. Les résidents de ce quartier déclarent avoir au moins deux amis dans le quartier, les voisins sont parfois associés à une « 2ème famille », et les liens de solidarité sont fortement mis en avant. Seuls aspects négatifs relevés par les entretiens et le questionnaire : la mixité sociale à renforcer et une tendance au communautarisme.

Sur les Grésilles : un quartier « village »…

Un sentiment d'isolement social plus prononcé sur Fontaine d'Ouche

En revanche, les appréciations concernant Fontaine d'Ouche sont beaucoup moins concordantes. Si certains habitants apprécient la courtoisie des résidents, d'autres, notamment les personnes anciennement installées dans le quartier, déplorent le manque de solidarité. Ces derniers ont fortement souligné la dégradation des relations sur la Fontaine d'Ouche, et un sentiment d'isolement plus important.

Parmi les hypothèses soulevées, l'approche culturaliste selon laquelle l'atomisation des liens sociaux serait consécutive à la présence de nombreuses communautés ethniques, n'est pas suffisante. D'autres éléments d'explication sont à rechercher du côté de la forte proportion de familles monoparentales, et de femmes isolées sur le quartier, qui, comme le souligne une élue, sous tend davantage d'isolement relationnel.

Les réponses aux questionnaires tendent à corroborer cette idée. Ainsi, la moitié des personnes qui ont répondu ont noté qu'elles « vivaient seules ». Et la proportion est nettement plus importante pour celles qui résident à la Fontaine d'Ouche (57,4% contre 38,5%). A la question sur la composition du ménage, 27,5% déclarent effectivement une seule personne, et 26,7% deux personnes (peut-être un monoparent avec un enfant). Pour les autres ménages : 12,5 % des répondants déclarent 3 personnes dans le ménage, 27,4% 4 ou plus. Les participants à l'enquête du quartier des Grésilles sont proportionnellement plus nombreux à mentionner 4 personnes ou plus dans le ménage (41,2% contre 16,1%).

Interrogés sur leurs représentations et leur rapport au quartier, les habitants de Fontaine d'Ouche (en l'occurrence des habitantes) font part d'une implication des habitants et une convivialité à géométrie variable. Les habitants les plus anciens évoquent un délitement des liens sociaux et de l'entraide entre les résidents de la Fontaine d'Ouche.

> Femme, 39 ans, sans emploi, Fontaine d'Ouche, vit depuis 30 ans dans le quartier (avec une interruption de 5 ans), mariée, deux enfants : « *Avant, il y a 15 ans, quand on avait des paquets à transporter, les voisins nous aidaient et ça arrivait d'aller manger chez les uns ou les autres, c'était sympa, maintenant il n'y*

a plus ça, pour la fête des voisins, il n'y avait pratiquement personne. C'est à peine si on se dit Bonjour, pourtant personne n'est fâché ou quoi pff… »

Quant aux résidents les plus récemment installés sur le quartier, leurs attentes et représentations diffèrent. Les relations amicales se sont pour l'ensemble tissées en dehors du quartier de Fontaine d'ouche. Davantage qu'une solidarité, c'est la convivialité informelle, occasionnelle entre résidents d'un même quartier qui est appréciée. Les habitants les plus satisfaits des relations sont les femmes ayant des enfants en bas âge, ce qui facilite la fréquentation d'espaces publics de sociabilité. D'après les propos recueillis, la participation à des fêtes ou manifestations collectives est essentiellement axée autour de l'enfant telles que les kermesses, le carnaval. En dehors de ces moments, c'est surtout auprès des professionnels de santé et de l'action sociale que se concentrent les ressources relationnelles des habitants.

Femme, 24 ans, employée de restauration collective à temps partiel, horaires atypiques, vit depuis 2006 sur Fontaine d'Ouche, 1 enfant, séparée : « *Moi, ça fait 3 ans et demi que je suis ici, je ne connaissais personne ici, je n'avais pas d'amis, donc c'est ici (à la PMI), que j'ai pu parler avec les professionnels, c'est vrai que ça fait plaisir, on a confiance… Sinon, moi, j'aime bien Fontaine d'Ouche, je trouve que les gens, ils communiquent quand même entre eux, ils ont leurs petites habitudes… Je vois souvent les mêmes personnes prendre le bus à la même heure, aller à l'Intermarché à la même heure, j'y vois toujours les mêmes têtes, les gens, je trouve qu'ils se parlent, des fois je m'assois sur un banc et il y a une personne qui va me parler et ce n'est pas une personne folle ou autre… elle est normale, elle a son enfant, quel âge il a… je trouve pas que les gens soient renfermés, c'est convivial exactement oui… Là où j'habite c'est un peu trop calme, c'est un peu calme… »*

Femme, 24 ans, biologiste, habite Fontaine d'Ouche depuis 2006, mariée, 1 enfant : *« j'aime bien Fontaine d'Ouche, ici les gens disent bonjour, au revoir, ça va, ça va… »*

Et nécessité de lutter contre une image dévalorisée du quartier des Grésilles, de renforcer la mixité sociale

L'image du quartier oscille entre les actes d'incivilité rapportés et l'attachement des habitants à ce quartier. La majorité des professionnels comme des habitants défend la volonté de mettre en porte-à-faux une représentation d'un quartier « à risques ». Si les violences et agressions sont indéniables, à l'instar d'autres quartiers "politique de la ville" sur l'agglomération, les résidents refusent la réduction de leur quartier à ces phénomènes.

Professionnel de santé, quartier des Grésilles *: « On a un discours qui ne correspond pas à la réalité. On décrit les Grésilles comme un quartier à problèmes, moi pendant ces 11 ans, je n'ai jamais été confrontée à des problèmes, qu'on pourrait rencontrer dans des quartiers difficiles, moi même je n'ai jamais été confrontée à des agressions qu'elles soient verbales ou physiques, ça s'est toujours très bien passé. Il faut prendre un peu de précaution, tout simplement, de ne pas y aller le soir tard, mais ça m'est arrivé d'y aller le soir, je n'ai jamais eu de soucis. J'ai entendu les histoires que les personnes me racontaient mais, qui se plaignaient, ils faisaient du bruit, en*

nocturne des histoires avec des bandes de jeunes… Mais je n'ai jamais été confrontée. Pour moi, le quartier n'était pas désagréable, pour y vivre, je ne sais pas, mais pour y travailler. Pour y vivre c'est plus dur, et ça c'est par le manque de mixité et je crois que pour des personnes qui sont un peu en rupture ou marginalisées, c'est difficile de vivre certaines situations dans le quartier. Si moi je n'ai jamais été victime, bon les actes de vandalisme, d'incivilité, ce sont des choses qui existent, il ne faut pas le nier… La mixité, ça change un peu mais c'est un peu tôt pour en juger car les derniers logements ont été attribués il n'y a pas si longtemps, et j'ai l'impression que ça va dans le bon sens… »

Sur le quartier de la Fontaine d'Ouche, quelques personnes ont exprimé également leur souci de préserver le quartier d'une étiquette stigmatisante.

> Femme, 24 ans, employée de restauration collective, à temps partiel et horaires atypiques, installée à Fontaine d'Ouche depuis 2006, 1 enfant, séparée *: « ce qui est pas terrible ici, ce sont les gens qui foutent le bordel, qui ne respectent pas, qui donnent une mauvaise image de Fontaine d'Ouche. »*

Aux Grésilles, professionnels et habitants semblent attachés à renforcer la mixité sociale. Une des critiques formulées est le repli d'une minorité d'habitants sur le communautarisme. Les derniers aménagements et entreprises de rénovation urbaine devraient, semble-t-il, infléchir ce constat. Cette attente formulée par les résidents interviewés n'a pas rencontré le même écho dans le quartier de Fontaine d'Ouche.

Nuisances sonores et dégradations

Concernant le cadre de vie, deux tiers des répondants (65%) estiment que le cadre de leur quartier est médiocre ou mauvais pour le bruit (sans différence entre les quartiers). Les propos recueillis par entretiens semblent corroborer les données du questionnaire. Sur ce point, les quartiers des Grésilles et Fontaine d'Ouche ne se distinguent pas significativement. En revanche, d'après les entretiens, les réponses divergent selon la rue où les personnes sont domiciliées. Il existe une relative hétérogénéité au sein même des quartiers. Pareillement, la dégradation des parties communes, des halls d'immeubles, l'incendie des locaux de vide-ordures sont fortement dépendants des rues où ces incivilités se produisent.

Des nuisances sonores très localisées au sein des deux quartiers

Dégradation des commerces sur Fontaine d'Ouche

Pour la majorité des répondants, l'environnement commercial est bon voire très bon. Cependant les proportions diffèrent notablement selon les quartiers. Ainsi sur la Fontaine d'Ouche, 57% estiment médiocre ou mauvais l'environnement commercial contre 23% sur les Grésilles. Là aussi, les résultats du questionnaire recoupent les propos recueillis dans les entretiens, où les résidents constatent une dégradation des commerces sur Fontaine d'Ouche (facteur de lien social) et regrettent l'absence d'enseignes de distribution discount sur le quartier.

D. SOLUTIONS, ATOUTS À DEVELOPPER

Un appui sur les médecins traitants

L'ensemble des habitants interrogés sur les deux quartiers ont recours à leur médecin traitant. Ce professionnel de santé reste le premier interlocuteur du parcours de soins. Le choix du médecin généraliste repose essentiellement sur la confiance. Seule une minorité d'habitants a déclaré avoir changé de praticien récemment en raison du manque d'attention dont ils ont fait l'objet. Les habitants (quels que soient les modes de transport dont ils disposent) n'hésitent pas à se déplacer en dehors du quartier pour aller consulter.

Des supports sociaux existants, à mieux coordonner

Les interlocuteurs sociaux implantés dans les quartiers, à proximité des usagers, constituent des supports sociaux importants, qu'ils consistent en de l'accompagnement juridique, du soutien familial, moral ou financier. Toutefois, un besoin de formalisation des partenariats (instituer les rencontres, inscrire les réunions dans la régularité) a été fortement exprimé. L'objectif pour les professionnels sociaux et médicaux est de diffuser et d'élargir les partenariats autour de la santé mentale : CCAS et psychiatrie ou mettre tous les partenaires autour de la table pour les services de la SDAT.

> De nombreux supports sociaux mais un besoin de formalisation des partenariats entre les différents acteurs socio médicaux.

Les professionnels ont aussi souligné une bonne répartition des tâches entre les partenaires CPAM, CAF, Maison de la solidarité.

Les actions de santé sont bien identifiées par les professionnels et les habitants (marché santé aux Grésilles, petits déjeuners et matinée santé sur Fontaine d'Ouche, ou encore Octobre rose). Dans les questionnaires retournés, trois répondants sur dix disent connaître des actions de santé. La proportion est plus élevée à la Fontaine d'Ouche (39,7%) qu'aux Grésilles (17,3%).

A la Fontaine d'Ouche sont cités : journée alimentation (2), petit déjeuner (5) et marché santé (1), prévention bucco-dentaire (3), don du sang (2), matinée santé maison de quartier (2), activités sportives (1), itinéraires singuliers (1). Aux Grésilles sont cités : soins dentaires CAF (1), matinée santé (2), dégustation de produits frais (1).

Près de quatre répondants sur dix indiquent qu'ils connaissent des structures de santé sur leur quartier.

Les résidents à Fontaine d'Ouche citent la PMI (5) et l'Agence Solidarité Famille (1), les infirmières (4), le centre social (4), la FEDOSAD (3) et les services de soins à domicile (1), la Maison de la solidarité (2), Dijon-Ville santé (1), le laboratoire (1), le dispensaire (1).

Ceux des Grésilles mentionnent surtout la PMI (10) et le Codes (4), puis les centres de soins infirmiers (2), maison médicale (1), laboratoire (1), centre social (1), ACODEGE (1).

Parallèlement aux actions, certains acteurs sont également bien repérés par les résidents. L'infirmière de prévention du centre de soins infirmiers est un référent à la fois

pour les habitants et les professionnels, les assistantes sociales du CCAS ou de l'Agence Solidarité Famille.

L'antenne d'accueil médical de la SDAT et de la Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) pour les plus marginalisés

Ces dispositifs permettent l'accès aux soins de populations non seulement précaires mais fortement marginalisées (notamment des personnes sans domicile fixe). Leurs missions consistent à accompagner les usagers vers l'établissement ou le rétablissement des droits et pour l'antenne médicale de la SDAT de proposer un environnement convivial, un point d'ancrage (temporaire) avec les « *Lits halte soins* »[g]. Les personnes qui y recourent, très minoritaires sur les deux quartiers, sont restées très longtemps en dehors du circuit de soins de droit commun.

Des espaces verts, de la convivialité et des logements appréciés

S'agissant des espaces verts, une large majorité (7/10) trouve le cadre « bon », voire « très bon ». Près des deux tiers des participants à l'enquête par questionnaires apprécient positivement leur logement, la proportion ne diffère pas significativement selon l'un ou l'autre des quartiers. Les transports sont également jugés positivement : 80% indiquent que le cadre est bon ou très bon. Par contre 21% estiment au contraire qu'il est médiocre sur les Grésilles (contre 8,8% sur Fontaine d'Ouche).

Cadre de vie : des espaces verts et des logements fortement appréciés mais des problèmes de transports sur les Grésilles et des améliorations encore possibles

Mobilité : le problème des transports sur le quartier des Grésilles

Les transports sont appréciés : 80% indiquent « bon » ou « très bon » pour cet item. Cependant 21% des enquêtés les notent « médiocres » ou « mauvais » aux Grésilles contre 8,8% à la Fontaine d'Ouche, la différence étant statistiquement significative.

Des quartiers bien animés mais des activités en direction des enfants à développer

Plus de la moitié estiment que les animations sont « très bonnes » ou « bonnes », les résultats ne différant pas selon les quartiers. Certains participants ont apporté des compléments d'avis en répondant à la question ouverte pour expliciter leurs réponses, variables selon les quartiers.

---

[g] **Circulaire DGAS/SD.1A n° 2006-47 du 7 février 2006 relative à l'appel à projet national en vue de la création de structures dénommées « lits halte soins santé :** les lits halte soins santé sont des établissements médico-sociaux et offrent une prise en charge médico-sociale de la personne en situation de précarité. Ils sont destinés à l'accueil temporaire des personnes, quelle que soit leur situation administrative, dont l'état de santé ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée. La durée prévisionnelle du séjour ne doit pas excéder deux mois, mais elle reste conditionnée à l'évolution de l'état de santé de la personne accueillie.

A la Fontaine d'Ouche, quelques personnes ont noté l'existence d'infrastructures sportives et un quartier bien équipé.

D'autres points négatifs sont également déplorés : « entretien des espaces verts et espaces publics (5), inadaptation des animations trop tardives, non destinées aux enfants ».

Aux Grésilles sont notés en positif : «bonne ambiance, quartier bien équipé, vivant, nombreux commerces de proximité». En négatif figurent : «nuisances sonores (7), travaux (2), desserte en bus déficitaire (2), manque d'animation adaptée aux enfants (2) ou jeunes (1), manque d'information et de communication (2), « trop de béton » (1), travaux non terminés (2) ».

3. ZOOMS SUR LES PROBLÈMES DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES

A. LES ENFANTS, ADOLESCENTS

1. Quelques chiffres

En 2007, avec un peu plus de 6 naissances pour 100 femmes âgées de 20 à 39 ans, la Ville de Dijon présente un taux inférieur à la moyenne départementale (8%). Cependant, ce taux varie selon les quartiers et atteint 9,7% dans le quartier des Grésilles, et 7,4% dans celui de la Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne).

Fortes proportions de jeunes dans les quartiers "politique de la ville"

Tableau 25 : Nombre de naissances dans les quartiers de Dijon et la commune en 2007

	Nb de naissances domiciliées	Nb de naissances pour 100 femmes de 20-39 ans
Grésilles	131	9,7%
Fontaine d'Ouche	235	7,4%
Fontaine d'Ouche*	211	7,4%
Ville de Dijon	**1 809**	**6,0%**

** Sans IRIS La Montagne*

Source : Insee 2007 (ABS Dijon)

La part des enfants plus élevée dans le quartier de la Fontaine d'Ouche

En 2007, on comptait 2 183 enfants de moins de 15 ans sur le quartier de Fontaine d'Ouche et 1 074 sur celui des Grésilles parmi les assurés du régime général, représentant respectivement 23% et 18% de l'ensemble des assurés contre 15,5% sur l'ensemble de la commune de Dijon.

Tableau 26 : Nombres d'enfants, adolescents dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, parmi les assurés CPAM Côte-d'Or en 2007

	< 5 ans	5-10 ans	10-14 ans	total < 15 ans	% / ensemble assurés
DIJON - TIRE PESSEAU	90	78	90	258	15,4%
DIJON - LE LAC	246	247	234	727	25,5%
DIJON - EDOUARD BELIN	282	293	242	817	26,0%
DIJON - CHAMP PERDRIX	141	120	120	381	21,2%
Fontaine d'Ouche	**759**	**738**	**686**	**2183**	**23,0%**
DIJON - YORK	125	128	102	355	16,6%
DIJON - LOCHERES	93	71	47	211	16,8%
DIJON - GRESILLES CENTRE	155	103	105	363	19,8%
DIJON - CASTELNAU	74	39	32	145	19,4%
ZUS Grésilles	**447**	**341**	**286**	**1074**	**18,0%**
Dijon	**6523**	**6052**	**5505**	**18080**	**15,5%**

Source : CPAM Côte-d'Or 2007 (ABS Dijon)

Et relativement plus d'enfants vivant dans une famille monoparentale dans le quartier de la Fontaine d'Ouche

En 2007, 27% d'enfants d'allocataires CAF dijonnais vivaient au sein d'une famille monoparentale. Ce taux s'élevait à 34% sur le quartier de la Fontaine d'Ouche et à près de 28% sur celui des Grésilles. Cependant, on note que sur ce dernier quartier, la part d'enfants vivant dans une famille monoparentale a diminué de -15% entre 2005 et 2007.

Plus fortes parts d'enfants vivant en famille monoparentale, toutefois en baisse dans le quartier des Grésilles

Tableau 27 : Familles monoparentales et enfants vivant dans une famille monoparentale parmi les allocataires de la CAF dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune en 2007

	Allocataires CAF	Familles monoparentales allocataires CAF	% familles monoparentales / allocataires CAF	Enfants allocataires CAF	% enfants dans famille monoparentale
Fontaine d'Ouche	**2 195**	**522**	**24,0%**	**2 609**	**34,2%**
Tire Pesseau	393	75	19,1%	118	44,7%
Le lac	728	185	25,4%	317	34,6%
Edouard Belin	770	206	26,8%	370	36,8%
Champ Perdrix	304	56	18,4%	88	20,8%
Grésilles	**1 906**	**225**	**12,0%**	**1 352**	**27,6%**
York	578	83	14,4%	133	30,4%
Lochères	619	40	6,5%	67	24,5%
Grésilles	520	72	13,8%	129	27,0%
Castelneau	189	30	15,9%	45	27,6%
Ville de Dijon	**36 269**	**3 754**	**10,0%**	**5 787**	**27,1%**

Source : CAF (2007), exploitation CCAS (ABS Dijon)

Santé des enfants et adolescents scolarisés dans les quartiers

Les services de protection maternelle et infantile devraient communiquer des données (non reçues à la date de finalisation de ce document) concernant la santé du nouveau-né (à partir des certificats de santé « au 8ème jour ») et celle des enfants vus lors de bilans de santé en école maternelle.

Pour leur part, les services médico-sociaux de l'éducation nationale mettent en évidence en 2008, lors de la visite systématique réalisée à l'âge de 6 ans :

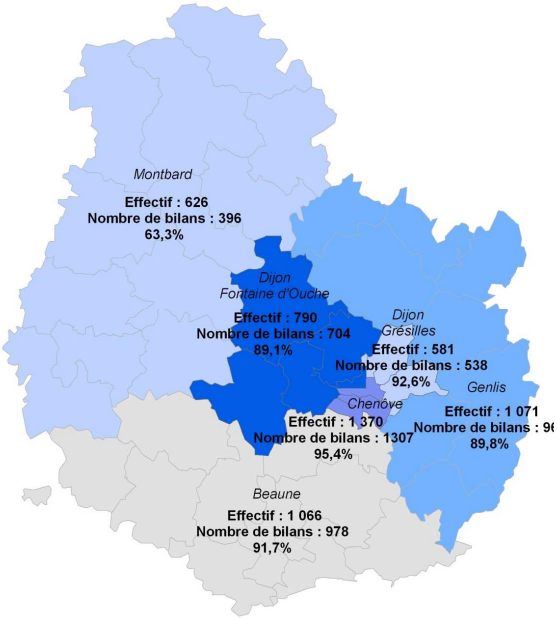
- le surpoids : 4,3% sur la zone Dijon Grésilles et aussi 3,8% sur celle très large de la « Fontaine d'Ouche » pour 3,5% dans l'ensemble du département

- les problèmes d'orthophonie : 5,2% sur la zone des Grésilles pour 4,2 % sur l'ensemble du département

- les problèmes visuels dépistés: 13,6% sur la zone des Grésilles pour 9,6% sur l'ensemble du département.

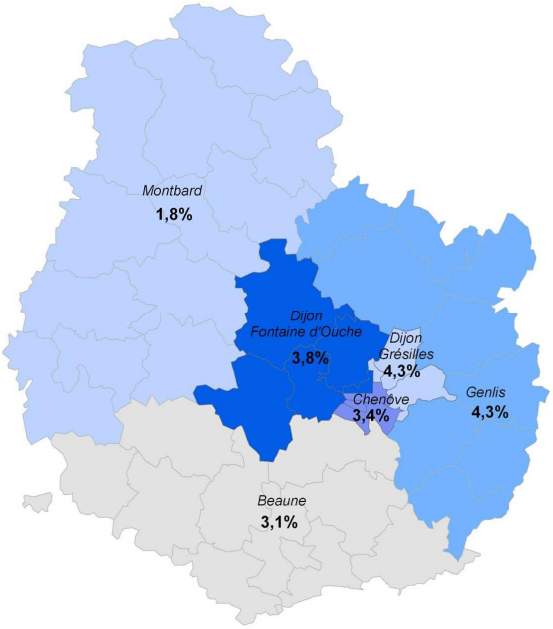
Des troubles du langage et des problèmes de surpoids prépondérants sur les deux quartiers

Carte 5 : Taux de réalisation des bilans à 6 ans par unité territoriale en Côte-d'Or (2008-2009)



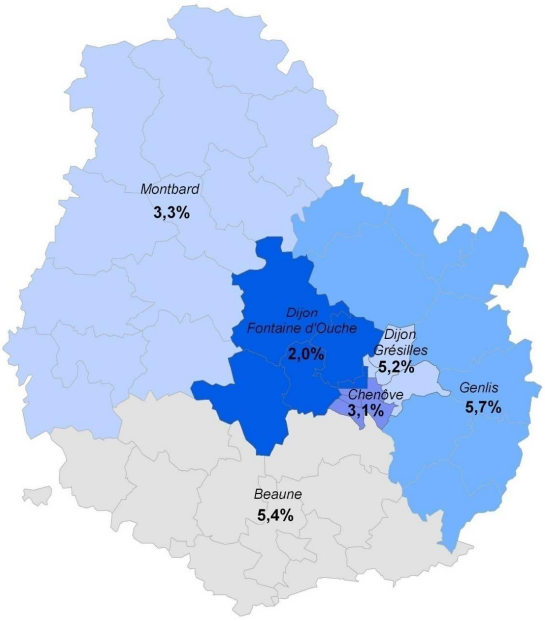
Source : IA 21 (2008-2009), exploitation ORS

Carte 6 : Taux d'enfants âgés de 6 ans <u>dépistés</u> pour <u>problèmes de surpoids</u> par unité territoriale en Côte-d'Or (2008-2009)



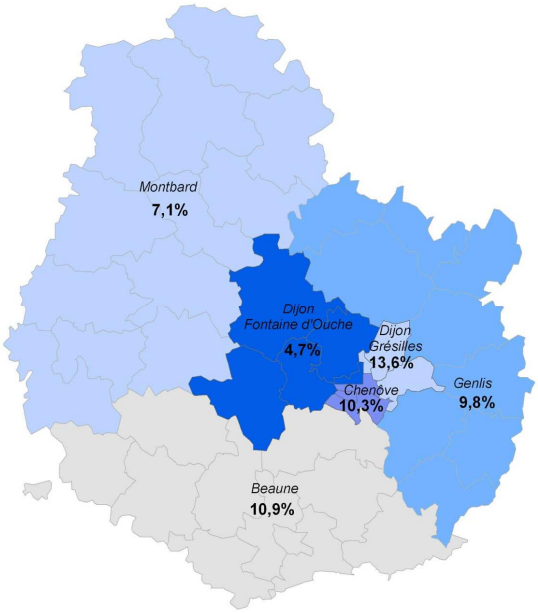
Source : IA 21 (2008-2009), exploitation ORS

Carte 7 : Taux d'enfants âgés de 6 ans <u>dépistés</u> pour <u>problèmes d'orthophonie</u> par unité territoriale en Côte-d'Or (2008-2009)



Source : IA 21 (2008-2009), exploitation ORS

Carte 8 : Taux d'enfants âgés de 6 ans dépistés pour problèmes visuels par unité territoriale en Côte-d'Or (2008-2009)



Source : IA 21 (2008-2009, exploitation ORS

2. Difficultés, besoins du point de vue des professionnels et des habitants rencontrés

PROBLÈMES DE SANTÉ, REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES DE SANTÉ

Au-delà des pathologies, ce sont surtout les problèmes liés aux rythmes de vie qui interpellent les professionnels sociaux, médicaux, éducatifs autour de l'enfant et de l'adolescent.

L'alimentation des enfants : problèmes de surpoids et de socialisation

Selon les professionnels rencontrés, les problèmes de surpoids et d'obésité sont des caractéristiques fréquemment repérées parmi les enfants des Grésilles et de Fontaine d'Ouche. La composition des repas et la déstructuration des formes alimentaires (grignotage) sont fortement mises en cause par les professionnels dans le développement de l'obésité et du surpoids chez les enfants et adolescents. La prise des repas est de plus en plus individualisée et désolidarisée des membres de la famille. La consommation de produits sucrés et raffinés constitue médicalement les principaux facteurs aggravants de la prise de poids parmi ces enfants. Pour autant, cette catégorie de produits alimentaires (biscuits, goûters pré emballés) tient un rôle majeur dans la perception qu'ont les familles de leur propre statut social. La consommation de ce type de produits permet, dans une certaine mesure, de mettre entre parenthèse la précarité pour des familles relativement démunies.

> Une alimentation jugée déséquilibrée par les professionnels, des déterminants sociaux prégnants

> Comme le note un des médecins : *« Plus on est en situation de précarité, plus c'est compliqué de leur dire. Je pense que l'eau et le pain, c'est quand même punir et ne pas pouvoir payer. Donc, il faut bien redire notre conviction. C'est ce qu'on essaye de faire passer, que le pain frais c'est très bon. ».*

Cette recommandation, parce qu'elle est socialement située (proposer du pain frais pour le goûter des enfants est une pratique plutôt répandue au sein des classes supérieures), peut ne pas rencontrer d'écho auprès des familles concernées.

Cette consommation renvoie également à l'expression de l'affection entre les parents et leurs enfants.

> Des habitantes ont ainsi décrit les modes d'alimentation de l'enfant : « *J'ai du mal à lui retirer le biberon, parce que c'est encore mon bébé, la voir encore avec, elle est à moi* ».

La place de l'alimentation ne conditionne pas seulement les questions de surpoids et d'obésité, elle façonne également la socialisation de l'enfant aux institutions. Pour les professionnels, le rythme alimentaire fait partie intégrante de l'adaptation progressive aux structures d'accueil et ultérieurement aux futures institutions scolaires.

> Professionnelle socio sanitaire, quartier des Grésilles : *« C'est des fois des principes éducatifs des enfants qui n'ont pas l'habitude de manger autour d'une table, qui n'ont pas l'habitude de manger, de s'asseoir… ou qui ont longtemps le*

biberon dans la bouche. Mettre une serviette, prendre des couverts, partager un repas et ne pas manger toute la journée. Et pour toutes ces choses l'équipe éducative est obligée d'accompagner. Ce n'est pas facile. Il faut accepter que l'enfant arrive comme ça, qu'il se transforme tout doucement, quand il va aller à l'école il ne pourra pas faire comme chez lui. Nous on est là comme une passerelle, qui permettra aux parents de comprendre et permettre à l'enfant de trouver des habitudes sans que ce soit dramatique. Un biberon, un enfant qui arrive avec un biberon à 11h00 de la matinée… qu'est ce qu'on fait. Est-ce qu'on dit à la maman, et bien non, là ça ne va pas, je n'ai pas envie d'avoir un biberon à cette heure là… c'est vrai que c'est difficile à la maman d'entendre ça. En disant il a mangé à quelle heure ce petit, s'il doit manger à midi ça va être compliqué il n'aura pas faim. »

La surconsommation de sucre (tels que les biberons sucrés et les goûters sous forme de biscuits) favoriserait l'apparition précoce de caries dentaires chez les jeunes enfants. Si les collations ont été supprimées, en raison d'un apport calorique trop important, leur intérêt persiste toutefois à travers la socialisation de l'enfant, au partage collectif du repas.

Professionnel de santé, les Grésilles : « *Il n'y a plus de collations en école maternelle parce que c'était un repas de trop. Sur le secteur, je suis sensible à quelque chose, c'est les rythmes. C'est-à-dire que quelquefois on évoluerait vers quelque chose comme, on mange quand on veut, donc c'est quelque chose qu'on redonne. Je pense que c'est très important de redonner le rythme du repas comme le rythme du sommeil d'ailleurs. On parle de ce qu'on mange, mais déjà je trouve que les 4 repas, ça me semble important. Je trouvais qu'à l'école, pour certains gamins qui ne se mettent jamais à table de façon conviviale, la collation pouvait être intéressante, enfin si elle est très légère. Parce qu'il y a des enfants qui vont piocher dans le frigo quand ils en ont envie ou qui vont sur le canapé pour prendre gâteaux ou biberons. Et je pense qu'à un certain âge, c'est bien qu'ils sachent que, nous les humains, on aime bien manger à plusieurs, échanger, c'est important. C'est quelque chose à laquelle on s'attache pas mal. Alors pour ça, on a des garderies, donc on essaye de dire et de faire mais ce n'est pas simple. »*

Parallèlement aux troubles de l'alimentation, la place du sommeil questionne fortement les professionnels. Si les veillées tardives ou l'auto détermination de l'enfant à se coucher sont mis à l'index, il convient d'être attentif aux conditions de logements. Dans certains appartements, parents et enfants sont obligés de cohabiter étroitement, partageant les mêmes pièces, ce qui peut gêner l'endormissement des plus jeunes.

Les difficultés de l'apprentissage et du langage

Parmi les difficultés recensées, les troubles de l'apprentissage et du langage préoccupent fortement les professionnels éducatifs et sociaux. Ces troubles étant plus importants parmi les élèves venant de milieux défavorisés et notamment parmi les élèves de zones d'éducation prioritaires (ZEP).

Néanmoins, toutes les difficultés liées au langage ne correspondent pas nécessairement à des troubles. Une des professionnelles de l'éducation note que la compréhension du sens des mots n'est pas uniquement dépendante des facultés cognitives de l'enfant mais est à relier à l'apprentissage de codes sémantiques différents pratiqués au sein du cercle familial ou amical. Cette catégorie « troubles du langage » ne s'exprime pas seulement en des termes sanitaires ou médicaux mais renvoie aux différents espaces de socialisation de l'enfant.

Des difficultés de langage sur les deux quartiers, pas forcément à des troubles : importance des espaces de socialisation de l'enfant

Professionnel de l'éducation : « *Quand je dis problèmes de langage, c'est au sens où les enfants de milieu populaire ont une langue orale très éloignée de la langue écrite scolaire. C'est un problème de niveau de langue, de syntaxe, de richesse du lexique, ce sont des enfants qui n'ont pas conscience qu'un mot peut avoir plusieurs sens. Un enfant disait que le double de 4 c'était 3, le double de 8 c'était 7, le double de 12, 11. On se disait il ne va pas bien, il y a quelque chose. Avant de s'engager dans un suivi psychologique, on lui a demandé pourquoi il disait ça et il nous a dit : « parce que si je cours et double mon copain qui était 4ème, je suis 3ème, non seulement il n'y a pas de problème d'apprentissage, c'était même très intelligent, simplement pour lui le mot double n'avait que le sens quotidien*. »

Si la langue pratiquée et étudiée en classe n'est pas forcément celle couramment utilisée au domicile familial, l'obstacle linguistique n'est pas rédhibitoire. Au-delà du niveau d'alphabétisation ou du capital socioculturel des parents, les professionnels insistent sur la valorisation du rôle parental, composante indispensable du dialogue parents/enfants et famille/institutions scolaires :

Professionnelle de l'éducation, les Grésilles : « *l'origine étrangère d'un enfant n'est pas du tout prédictive de la réussite ou de son échec scolaire. C'est vraiment le milieu socio-économique qui joue. C'est-à-dire qu'à milieu socio-économique égal, un gamin marocain, lituanien ou kenyan ou autre ont les mêmes chances. Ceux qui ne peuvent pas accompagner mais qui sont sur un état d'esprit stimulant, ambitieux et positif, ça marche. On dit aux parents, même si vous ne savez pas lire, ne culpabilisez pas parce que rien que dire à son enfant s'il est au CP de vous lire sa lecture ou de réciter sa poésie ou ta table de multiplication, le gamin sent que ça vous intéresse, que c'est important et ça le favorise. Donc, on a un gros travail là-dessus au niveau des parents pour leur montrer que quelque soit leur niveau d'instruction, ils peuvent jouer un rôle bénéfique*. »

La santé mentale : des problèmes liés à l'estime de soi

Les professionnels révèlent un clivage entre la perception qu'ont les adolescents de leur santé, notamment de leur bien-être psychique et les pratiques ou symptômes qu'ils peuvent constater. Selon ces professionnels, la santé physique est fortement corrélée à la santé morale.

Professionnels de santé et du social : « *Pour les jeunes, on a essayé par exemple d'aborder avec eux le sujet d'Adosphère, mais ils disent je n'ai pas besoin, je ne suis pas malade* » « *Il y en a qui sont dans des états inquiétants, physiquement et moralement, mais moralement ils disent qu'ils vont bien, ils en sont persuadés… Nous, on voit bien qu'il y en a qui sont en souffrance, le bien-être moral c'est aussi le bien-être physique, les dents, la peau. On sait que pour les dents, ça coûte cher et là pour le coup l'accès aux soins dentaires, c'est vraiment un problème. Ici, l'éducation à la santé, il faut les prendre plus jeunes puisque les ravages sont déjà là. On sera plus dans l'intervention et le soin…Il y en ils ont des dents…il y en a un je l'ai vu se dégrader en 1 an, ne serait-ce que la dentition. Je pense à tout à ce qui est dermatologique, dentition, estime de soi, c'est la santé morale…* »

Cette appréciation semble confirmer les représentations de la maladie parmi les jeunes adolescents scolarisés interviewés. Pour ces adolescents, la maladie est essentiellement rapportée à une manifestation physique, associée à un état de faiblesse accompagnée de douleurs physiques (maux de tête, fièvre, toux), rarement à l'état psychique. Par ailleurs, la santé est associée à la possibilité de pouvoir faire du sport, de fréquenter ses pairs. Aussi, la santé bucco-dentaire ou le port de lunettes ne font pas partie des propriétés sanitaires. Certains de ces jeunes ont des lunettes mais refusent ou « *oublient volontairement* » de les porter. Les considérations esthétiques et l'importance du jugement des pairs motivent ces refus.

Prises de risques: conduites addictives et violences

Cannabis et alcool : des consommations banalisées

La consommation de substances psycho actives est une pratique fréquemment repérée par les différents professionnels interviewés des deux quartiers. Au premier rang, le cannabis est un produit largement consommé et diffusé au sein d'un public jeune.

La consommation de substances psychoactives au sein d'espaces publics

Cette consommation de cannabis se double d'une consommation d'alcool, phénomène minoritaire mais en progression.

Si ces pratiques ne sont pas proprement caractéristiques de ces quartiers, les professionnels ont fait part de leur inquiétude à trois titres.

- La diffusion massive du cannabis parmi le jeune public : le cannabis ou encore ce que les jeunes et professionnels qualifient de « fumette » est exemplaire de la diffusion et la familiarité de ce produit parmi le jeune public. Parallèlement aux problématiques de santé, la consommation de cannabis interfère sur la socialisation des jeunes aux institutions et structures en cristallisant les échanges entre les animateurs et le public usager.

- La banalisation des modes de consommation du cannabis : si le produit est de plus en plus consommé par les mineurs, la modification de ses usages alerte les professionnels. Circonscrits aux espaces privés, ils se publicisent progressivement. Selon les professionnels, la consommation ne ressort plus d'une sociabilité restreinte mais s'exerce au sein des

structures sous l'œil, parfois médusé, des professionnels. La publicisation des modes de consommation du cannabis tend à modifier le rôle des animateurs et génère des tensions entre les jeunes et les équipes socio-éducatives. D'accompagnateurs, les professionnels se retrouvent parfois contraints d'endosser un rôle plus policier.

> Professionnel, socio éducatif, responsable de structure, Fontaine d'Ouche : *« C'est devenu normal de fumer un pétard, c'est normalisé, c'est banalisé, ce n'est pas grave. Ils roulent dans la rue, devant tout le monde. Il a fallu qu'on fasse la police à un moment, ce qui a créé des dégradations, des conflits parce qu'ils étaient carrément hautains, tellement en confiance à un moment, qu'ils posaient leur shit, leur feuille et ils étaient en train de rouler leur shit sur le canapé. »*
>
> *« On a aucun moyen de contrôler, d'évaluer ce qu'ils prennent, l'alcool, on le voit tout de suite, ça titube, les yeux, l'haleine. Donc en général pour le mineur, je préviens les parents, et les parents viennent chercher leur fils, il est couché dans le canapé. Et les majeurs, c'est dehors et s'ils ne veulent pas sortir, j'appelle la police… »*

Les réponses limitées des professionnels face à la question des usages de stupéfiants : l'absence d'outils, de procédure, de suivi de ces pratiques appelle en retour un besoin de relais (et ce malgré la présence des éducateurs de prévention spécialisée), de partenariat (type ANPAA) de dispositifs socio-juridiques à destination des professionnels.

Les troubles du comportement et jeux rituels

Les professionnels socio-éducatifs mettent en exergue des troubles du comportement parmi les très jeunes enfants, un phénomène minoritaire mais en progression. Ces problèmes concernent non seulement les relations enfants-parents mais aussi les jeux rituels entre enfants où la prise de risque participe à l'intégration et de la constitution de l'identité au sein du groupe :

> Professionnelle de l'éducation, les Grésilles : *« que certains enfants, de certaines familles donnent déjà à leur maman, à l'âge de 3 ans, des coups de pied ou les insultent, ils refusent de faire ce qu'on leur demande. Enfin, des gamins pas bien dans leur peau. Parce qu'à 3 ans, un gamin serein et qui n'est pas en difficulté n'agira pas comme ça. Mais ça ne se passe pas qu'aux Grésilles. Et il y a beaucoup de gamins qui sont dans le flou dans ce qui est permis, ce qui est interdit à leur âge ; ça donne chez certains, un manque de cadre qui se traduit par de la violence, de l'auto- violence » … « Ça commence jeune chez certains, et sinon dès l'âge de 8-9 ans, certains se comportent comme des adolescents révoltés. Un exemple, ils sortent de l'école, il y a une dame qui est là pour arrêter les voitures et les gamins provoquent la dame, ils se couchent sur le passage piéton pour que les voitures leur roulent dessus et si la dame les relève, ils l'insultent. Ou bien ils traversent l'avenue Champollion quand une voiture arrive. Ça peut être dévaler une rampe d'escalier du 2ème étage à l'école, et on descend les 2 jambes du côté du trou. Ce sont des comportements dangereux pour eux-mêmes ou dangereux pour les autres qui montrent qu'ils ne sont pas en sécurité mentale, ils ne savent pas où sont les limites. »*

Les relations de genre au sein des quartiers

Un des phénomènes inquiétants rencontrés par les adolescents de Fontaine d'Ouche et des Grésilles est la dégradation des relations filles–garçons et le développement d'attitudes sexistes. Il ne s'agit pas ici de réduire les comportements masculins des quartiers à une image caricaturale. Comme le rappellent les professionnels, il s'agit d'une minorité de garçons concernés par ce problème.

Des comportements sexistes différenciés sur les deux quartiers

> Professionnelle de l'éducation, les Grésilles : « *Certains garçons ont une vision machiste de la femme. Oui, bien sûr, mais il ne faut pas généraliser, c'est très à la marge ce que je vous dis, c'est peut être 10% de la population du quartier. Mais ce sont 10% qui font du mal parce que ça peut être contagieux dans une situation de pauvreté. Ça donne des garçons qui insultent les enseignantes femmes, qui insultent avec des injures de type sexiste les petites filles.* »

La distinction n'est pourtant pas très affirmée selon les professionnels interrogés sur le quartier des Grésilles. Les professionnels de la Maison des jeunes et de la culture (MJC) ne relèvent pas une cristallisation des rapports de genre plus importantes qu'ailleurs alors que ceux de l'Education nationale observent un durcissement des contraintes qui pèsent sur les filles (ne pas montrer son corps à la piscine, limitation voire refus des activités mixtes). Par ailleurs, concernant les lieux de socialisation des jeunes dans les quartiers (MJC, Maison de quartier), 80 à 85% du public est constitué de garçons. Dans ces structures (comme les espaces publics), dans les quartiers les garçons sont surreprésentés et la fréquentation de ces structures à vocation sociale est rarement paritaire.

> Professionnelle de l'éducation, les Grésilles : « *Il y a des sujets tabou, sur la sexualité notamment. Les filles, il ne faut pas trop qu'elles en parlent parce qu'il y a des garçons dans le coin et après elles risqueraient d'être considérées comme des filles de joie, des filles légères, donc, ce n'est pas évident qu'elles abordent le sujet. Le préservatif c'est pareil, là-dessus, il y a un gros travail à faire avec les jeunes filles, comme avec les garçons, pour leur faire comprendre que la sexualité, ce n'est pas mécanique, ce n'est pas comme dans les films. Il y a aussi une relation, c'est la considération de la femme et ainsi de suite, ce qui n'est pas le cas dans la tête des garçons, certains pas tous quand même* ».

Face à cela, certains professionnels sont soucieux d'orienter de nombreuses activités en direction des filles. Les réponses formulées afin de favoriser l'intégration des filles s'appuient sur des représentations fortement sexuées voire normatives d'activités dites féminines. Ce type d'activités peut correspondre dans une certaine mesure aux attentes des filles dans un contexte donné.

> Professionnel de l'animation, Fontaine d'Ouche : « Il *y a pas mal de choses à creuser, ne serait-ce qu'avec les filles pour la valorisation de soi, des projets que j'aurais montés ici, mais voilà, ça n'a pas pu se faire. Mais par exemple travailler avec l'école d'esthétique, le CFA La Noue, on sait que les apprentis, ils ont besoin de s'exercer, du coup on pourrait les faire s'exercer avec les filles et les femmes du quartier, où elles vont pouvoir apprendre à se maquiller, se mettre en valeur, se faire coiffer à un moindre coût* ».

A contrario, des activités qui ne sont pas normativement attribuées au féminin sont stigmatisées et soulèvent la méfiance parmi les garçons. Les filles du club de foot sont ainsi perçues comme étant « *très dures* » :

> Enfant scolarisé, 13,5 ans, Fontaine d'Ouche, *« Les filles du club de foot, ce sont des hommes »,* ces remarques pouvant aller à des affrontements entre les filles et les jeunes garçons.

Si les structures jeunesse accueillent et proposent des activités, censées être destinées aux filles, certaines d'entre elles ont regretté la faible proportion d'animatrices filles au sein de ce type de structures. Les adolescentes scolarisées ont également déclaré solliciter davantage les activités de loisirs et de voyage des centres sociaux.

En interrogeant les filles de 15 à 25 ans, celles-ci ont conscience de l'inégalité des rapports de genre et d'état et de leurs possibles évolutions. Si d'un côté ces jeunes filles promeuvent la solidarité entre les « jeunes d'un quartier » de l'autre, sur Fontaine d'Ouche comme sur les Grésilles, elles dénoncent les nombreuses stigmatisations et violences (verbales) dont elles font l'objet par une minorité de jeunes garçons. Une situation qui selon elles évoluent avec l'âge et les relations amoureuses (la « *protection* » d'un partenaire issu du même quartier garantirait une relative tranquillité). L'attitude de cette minorité masculine est analysée par les jeunes femmes comme étant consécutive de « la vie de quartier ». Le déficit de perspectives sociales pour ces garçons constitue un registre de justification, qui pour certaines, ont intériorisé les injonctions de genre. Afin de résister au contrôle social qui s'exerce sur elles, les jeunes projettent leur issue en dehors des frontières des quartiers et tirent profit de la mobilité[h] (se déplacer en ville, emménager dans un autre quartier).

> Jeune femme, 21 ans, Fontaine d'Ouche : « *Entre jeunes des quartiers, il y a des insultes mais peu des choses ne vont pas. Le jour où il y a un problème, ils sont là entre guillemets* ».

> Jeune femme, 21 ans, Fontaine d'Ouche : « *Quand j'étais plus jeune, vers 14 ans, les garçons, ils sont horribles, même encore maintenant je m'en aperçois, c'est la vie de quartier, c'est trop dur pour eux et du coup, ils nous font chier… J'étais au collège, ils nous soûlaient tout le temps quand on passait dans la rue, ils nous jetaient des cailloux, nous insultaient, c'était des trucs comme ça… Maintenant j'ai un copain, donc comme ils le connaissent, ils me respectent un peu plus. Quand on est toute seule, quand ils savent qu'on n'a pas de grands frères, ils ne respectent rien. Ce n'est pas la peine. »*

Autrement, remarquent les professionnels de l'éducation nationale, si des pratiques discriminantes tendent à limiter la liberté d'action des jeunes filles, les familles semblent relativement bien investies dans la réussite scolaire et l'ascension sociale. Les stratégies scolaires des filles constituent un moyen de contourner et subvertir la hiérarchisation des sexes, d'autant plus qu'elles y démontrent une relative réussite[i].

> Professionnelle de l'éducation, les Grésilles : « *Il y a des filles qui refusent d'aller dans les activités nautiques parce qu'il faut se mettre en maillot de bain. Surtout dans les collèges, ou qui refusent de partir en sortie scolaire parce qu'il faut*

---

[h] Ce constat renvoie à l'étude conduite par l'équipe Simone Sagesse sur les garçons les rapports filles-garçons dans les quartiers populaires de Toulouse. KEBABZA Horia, WELZER LANG Daniel, « jeunes filles et garçons des quartiers », une approche des injonctions de genre, Octobre 2003, GIP Mission de recherche Droit et Justice et DIV.

[i] Ibid.

dormir une nuit à l'extérieur. Elles disent non mais c'est les grands frères. C'est pareil, il ne faut pas généraliser. On parle toujours des problèmes, mais on voit aussi énormément de familles où on voit le père qui rigole avec sa fille. Et il veut aider sa fille à réussir socialement. D'ailleurs, les filles réussissent bien, elles y ont tout intérêt ».

Les violences intra familiales

Selon les professionnels et certaines résidentes rencontrées, des situations d'abus de pouvoir et de violences conjugales ont été reportées notamment sur le quartier de la Fontaine d'Ouche. Ces situations portent non seulement atteinte aux femmes mais se répercutent aussi sur les relations femmes-enfants. Une des professionnelles de l'intervention sociale interviewée insiste sur les « dégâts collatéraux » de ces violences intra familiales.

Professionnelle de l'intervention sociale, Fontaine d'Ouche : *« Il y a une réalité des violences faites aux femmes avec des dégâts collatéraux extrêmement clairs sur les enfants, il faudrait travailler avec Solidarité Femmes qui a déjà mis en place des ateliers, des permanences, mais je pense qu'actuellement, ça atteint de telles proportions(…) Ce ne sont pas des enfants qui sont victimes des violences faites à leur mère mais ils sont témoins des violences et du coup ils sont violents eux-mêmes et agités. Chez les enfants, c'est grave sans être trop grave, parce que l'enfant, si c'est reconnu, travaillé, il y a moyen qu'il renaisse comme un phénix et de vivre mieux. Mais par rapport à ces violences faites aux femmes, Solidarité Femmes devrait réfléchir pour mettre quelque chose en place pour les mamans et les enfants. Éventuellement, avec le Conseil Général aussi, parce que je pense qu'il y a une très grande souffrance. Je pense que c'est guérissable mais quand les adultes ne sont pas en mesure de protéger les enfants, de les sécuriser, il faut faire quelque chose. »*

Les situations évoquées concernent surtout des enfants en risque, c'est-à-dire des enfants qui connaissent des conditions d'existence qui risquent de mettre en danger leur moralité, leur sécurité, leur santé, leur éducation.

ACCÈS AUX SOINS

Besoins de soins pédiatriques dans le quartier des Grésilles

Il ressort des entretiens avec les professionnels, un besoin de soins pour le petit enfant mal couvert sur les Grésilles.

Le centre de protection maternelle et infantile (PMI) est une structure de référence, mais sa vocation essentiellement préventive, ne couvre pas l'ensemble des besoins.

Si les urgences adultes voient diminuer les consultations « de *bobologie* », les urgences pédiatriques semblent saturées de demandes non urgentes et non médicales.

Un recours banalisé, inapproprié aux urgences pédiatriques pour les enfants du quartier des Grésilles

Professionnel de santé des services d'urgences pédiatriques *: « La gastro-entérite, la bronchiolite, c'est des grands classiques l'hiver, il y a aussi l'été toute la « bobologie », la petite traumatise c'est-à-dire la chute de vélo, la chute du toboggan etc. donc tout ça c'est notre rôle de les prendre en charge dans ces conditions là, mais vous avez aussi la carie dentaire qui fait mal, vous avez les boutons qui passent pas, vous avez : « il mange plus », « il a mal au ventre » … des choses réellement bénignes qui pourraient parfaitement être maîtrisées par un médecin traitant mais qui conduisent aux urgences de façon quasi automatique.*

Professionnelle de la petite enfance, quartier des Grésilles *: « Et puis il y a aussi tout l'aspect puériculture : « mon bébé, je ne sais pas lui donner à manger », « je trouve que ses selles sont pas belles » alors qu'elles sont strictement normales, toutes ces petites choses que les mamans apprennent au fur et à mesure et qui chez certaines mamans un peu démunies, soit parce qu'on ne leur a pas montré soit parce qu'elles n'ont pas réussi à absorber ce qu'on leur a dit, et bien elles ont un recours médical quasi systématique. »*

Les professionnels sociaux et médicaux s'accordent pour dénoncer un recours banalisé voire abusif aux urgences pédiatriques du CHU par les résidents des Grésilles et soulignent une attitude fortement anxiogène des parents à propos de la santé de leurs enfants. Les professionnels tendent ainsi à expliquer la banalisation du recours aux urgences pédiatriques par « l'affolement » et un manque d'éducation des parents. Ce constat mérite néanmoins d'être nuancé.

Premièrement, la proximité des urgences pédiatriques du CHU peut effectivement favoriser de tels recours. L'absence de professionnels de la pédiatrie sur le quartier contraint les femmes à recourir au service des urgences pédiatriques. Ce phénomène appelle en retour un besoin accru d'accompagnement. Accompagnement que ne peut suffisamment prodiguer le centre de PMI au regard du nombre limité de vacations et de séances de pesée. Si les femmes interrogées se tournent vers leur médecin traitant, elles déplorent en même temps l'absence de pédiatres sur le quartier. Deuxièmement, dans une perspective compréhensive, consulter un pédiatre et notamment un service spécialisé comme les urgences pédiatriques comporte pour les femmes interrogées une fonction de réassurance parentale. Ces femmes s'assurent de tout mettre en œuvre pour garantir la santé de leurs enfants et répondre au mieux à la norme du « bon parent ». Enfin, actuellement, aucune donnée quantifiée ne permet de saisir et de comparer le recours aux urgences des habitants de Fontaine d'Ouche ou des autres quartiers.

Professionnel de santé, les Grésilles : *« Il y a moins de recours aux urgences qu'auparavant, l'éducation y fait aussi, sauf pour les petits enfants, il y a plus d'affolement. »*

Professionnel médical, ville de Dijon *: « Autrefois les gens allaient chez leur médecin, lui faisait confiance, y allaient une fois, deux fois et si ça n'allait pas, éventuellement… Alors que maintenant pour une certaine population le service des urgences est devenu le médecin traitant, c'est-à-dire que pour le moindre petit bobo : « il a vomi ce matin », « il a un petit 38°2 » , on vient au service des urgences, on sait qu'il y aura quelqu'un, on sait que ce sera quelqu'un qui connaît à peu près la médecine, donc par sécurité on vient directement à l'hôpital, alors que ça n'est médicalement absolument pas justifié, et ce flux-là*

de patients on ne sait pas le maîtriser, on n'a aucun moyen de bloquer l'accès à l'hôpital, la garde aux urgences c'est indispensable, donc les gens en profitent. » « C'est devenu une routine pour eux, ils vont faire les courses et passent aux urgences pour voir s'il n'y a pas un petit souci, et ça pour nous c'est une catastrophe parce qu'on ne peut pas assurer un suivi à un enfant : ce n'est jamais le même médecin qui va le voir, le carnet de santé ce n'est pas un vrai dossier médical donc il n'y a pas un suivi correct des enfants comme ça, et donc on essaie de renvoyer systématiquement vers la PMI ou le médecin traitant mais il y a beaucoup de patients pour lesquels on n'a pas du tout de solutions. »

La prise en charge de la santé psychique de l'enfant

Concernant la prise en charge psychologique de l'enfant les professionnels relèvent deux difficultés majeures : l'absence de professionnels et de structures pédopsychiatriques sur le quartier des Grésilles et l'adhésion fragile des familles à cette démarche de soins.

Si le centre de protection maternelle et infantile propose une fois par semaine une consultation avec un pédiatre ou un psychanalyste, en dehors de ce rendez-vous et des CMPP, les professionnels interrogés regrettent le manque de pédopsychiatre.

L'orientation problématique des enfants vers la prise en charge psychique

Professionnel de santé, les Grésilles : *« Alors, elles sont toujours adressées soit par les médecins, les instituteurs, les assistants sociaux, les puéricultrices et ce sont des consultations pour travailler les symptômes de l'enfant. Alors, ces consultations ne prennent pas en charge une psychose, si ça arrive on réoriente sur la pédopsy. Mais ça vient bien en complément de ce que peut amener la pédopsy, le CAMSP. En libéral, on n'a pas beaucoup de pédopsy non plus et ça permet de travailler tous les symptômes de l'enfant, les problèmes de sommeil, de colère, d'énurésie, de deuil, d'alimentation. Et au besoin, réorienter s'il y avait quelque chose à travailler soit du côté de l'enfant, soit des parents. »*

Les travailleurs sociaux évoquent fréquemment les difficultés d'amener les femmes à consulter un psychologue, ou encore de faire adhérer les familles à une prise en charge psychiatrique et/ou psychologique pour leurs enfants.

L'accompagnement psychologique comporte un double obstacle :

1/ une difficulté pour les professionnels : ils se sentent démunis devant ce type de prise en charge. L'orientation des familles concernées vers une prise en charge psychologique rencontre rarement un écho favorable auprès du public. La sensibilisation du public à la santé mentale est particulièrement complexe. Ainsi**,** les professionnels ne disposent pas nécessairement des ressources et modes d'accueil pour convaincre les parents de la nécessité de la démarche psychiatrique ou psychologique.

2/ une difficulté pour les familles : lorsque la démarche est acceptée par les familles, deux difficultés alourdissent les démarches. D'une part les délais pour obtenir un 1er rendez-vous s'étirent dans le temps. Les réponses sont souvent différées par rapport à la demande dissuadant des familles déjà difficilement mobilisables. Comme le souligne un des

professionnels de santé des Grésilles : « *L'EAC (Ecoute, Aide et Conseil) est présente mais quelquefois ça coince, avec les délais ou parce que c'est dur de faire la démarche.* »

D'autre part, la question financière représente un frein non négligeable. En dehors des CMPP, les frais de prise en charge psychologique ne sont pas remboursés, ce que constatent les professionnels rencontrés : « *quand ce sont des psychiatres, ça va, c'est pris en charge par la sécurité sociale, par contre, quand c'est un psychologue, il faut que ce soit dans un centre sinon ça peut poser un problème financier* ». Or, la "labellisation psychologisante" peut constituer, nous l'avons déjà évoqué, un stigmate, un frein dans le processus individuel de la démarche.

ENVIRONNEMENT

Les structures d'accueil de la jeunesse et de la petite enfance

Les haltes garderies et centres multi accueil assurent de plus en plus des missions éducatives, mais cette dimension est inégalement prise en compte par les autorités de tutelle. Comme le soulignent les professionnelles, « *on ne fait pas de la simple garde d'enfant* ». Les missions d'apprentissage, de socialisation des enfants et des parents exigent du temps (temps d'adaptation de l'enfant lorsqu'il intègre la structure), du personnel. Or les logiques de rationalité économique qui tendent à s'imposer à ces structures sont parfois contradictoires avec les missions d'éveil et d'apprentissage des enfants.

Besoins de reconnaissance des missions éducatives des professionnels de l'accueil de la petite enfance.

Besoins de relais et de formation pour la prise en charge socio éducative des comportements addictifs des adolescents

Au regard des tensions qu'engendre la consommation de cannabis et du manque de procédure, de suivi pour y faire face, des relais de formation et d'information constitueraient une ressource non négligeable. Par ailleurs, les professionnels de l'animation tentent également d'orienter les adolescents en difficulté vers des structures telles que *Adosphère,* mais se voient fréquemment opposer les refus des adolescents.

Besoins d'appuis pour la prise en charge des comportements addictifs des plus grands

3. Point forts, atouts à développer

Le soutien à la parentalité

Soutien périscolaire

De nombreuses activités de soutien scolaire sont mises en place sur les quartiers, l'aide aux devoirs, avec notamment l'association *Le Havre,* sur les Grésilles qui permet, selon un professionnel de l'éducation (école Champollion, Grésilles) d'appuyer 80% des élèves dans leur scolarité.

Halte garderie et centre multi accueil : des modes d'accueil régulier et occasionnel

Une des ressources appréciables est le soutien à la parentalité proposé aux familles des deux quartiers. Parallèlement aux établissements scolaires, les centres de protection maternelle et infantile (PMI), les haltes garderies (Fontaine d'Ouche) et le centre multi accueil (Grésilles) concourent à l'autonomisation des enfants (apprentissage, socialisation secondaire, développement cognitif, physique, émotionnel) et des mères (il s'agit par exemple d'aider les mères à rompre avec une attitude perçue comme trop fusionnelle avec l'enfant ou encore de leur permettre de s'inscrire dans un autre rôle que celui de mère, de favoriser les liens sociaux entre les parents).

Dans cette perspective, ces structures de la petite enfance organisent :

1/ Des groupes de paroles autour de différents thèmes de discussion (le « *Café des parents* » sur les Grésilles) ou des activités autour du livre à la halte garderie de Fontaine d'Ouche permettent aux parents d'être associés aux activités de la structure et d'accompagner leurs enfants.

2/ Ces structures proposent un mode d'accueil des enfants relativement souple : un accueil occasionnel où les familles peuvent confier ponctuellement leurs enfants pour quelques heures et un accueil régulier. Les familles ont ainsi la possibilité de basculer d'un accueil occasionnel à un accueil régulier et inversement (en sachant qu'il est plus difficile de passer d'un accueil occasionnel à un accueil régulier au regard du nombre limité de places). Ce mode de fonctionnement souple est particulièrement approprié aux familles ayant des emplois précaires. Ce système d'accueil permet également aux femmes de se mobiliser, de dégager du temps pour coordonner leurs propres soins et ceux de leurs enfants ou encore pour (re)trouver une activité professionnelle. Ces accueils réservent ainsi des plages d'accueil importantes aux personnes sans emploi contrairement à d'autres structures où les actifs employés sont prioritaires.

Les structures de la petite enfance : un mode d'accueil souple, adapté aux situations socioprofessionnelles des parents

Des actions collectives autour de la parentalité, plus difficile à mettre en œuvre sur Fontaine d'Ouche

Les professionnels de l'action sociale et de la petite enfance projettent ou ont déjà mis en place des groupes de parents. L'idée d'un lieu ouvert où les parents viennent librement exposer leur questionnement prend forme à travers l'instauration de groupes de paroles entre usagers d'une même structure. L'appropriation de la parole par les parents prend alors la forme du « *Café des parents* » au centre multi accueil des Grésilles. Parti de l'observation des échanges informels des salles d'attente, un espace plus ou moins institué s'est mis en place.

Des ateliers et groupes de paroles sur la parentalité. Une mobilisation plus difficile des familles sur Fontaine d'Ouche

Pour les femmes rencontrées, ce café prolonge la vision qu'elles ont du centre multi accueil comme une « *famille* ».

A la Fontaine d'Ouche, dans le cadre des établissements scolaires du 1er degré, des petits déjeuners sont organisés avec les parents afin de favoriser leur accueil. Ces initiatives ont été elles-mêmes réappropriées par les familles dans certaines écoles. Les lundis ou vendredis après midi sont ainsi l'occasion d'aborder différents thèmes en lien avec la santé : la médiation, les relations parents/enfants. Ce type d'actions appelle une redéfinition du rôle du travailleur social en « partenaire éducatif » et de la relation instaurée avec l'usager.

D'après les divers professionnels interrogés, ces groupes mixtes, constitués de pairs et de professionnels visent trois objectifs :

- la transmission de savoirs et savoir-faire autour du jeune enfant. Parallèlement aux transmissions intra familiales, la socialisation des parents permet de faire partager des expériences éducatives, familiales et sociales. Par ailleurs, ces espaces d'écoute offrent une opportunité de soutien moral aux parents. Au-delà des savoirs et conseils prodigués, les échanges verbalisent les maux quotidiens des familles.

- la socialisation et l'intégration des familles aux institutions scolaires ou péri scolaires.

- l'encadrement de ces groupes de parole par les professionnels représente non seulement une formalisation des échanges informels mais également un contrôle de l'information et de conseils diffusés au sein de ces espaces de sociabilité.

L'impact de ce type de projet sur la mobilisation des parents est variable selon les structures qui les initient. Le centre de PMI de Fontaine d'Ouche a tenté de mettre en place ce type d'atelier. La transformation des groupes informels en cadre formel autour de thèmes prédéfinis n'a pas semble-t-il emporté l'adhésion des bénéficiaires de la PMI. Deux tentatives d'atelier ont vu le jour mais sans parvenir à faire participer les habitants, alors que des projets similaires organisés à Talant et au centre ville ont réussi à mobiliser le public. Premièrement, l'existence d'atelier similaire dans les écoles primaires venant concurrencer ce type de projet pourrait expliquer le manque d'intérêt des usagers. Deuxièmement, les modalités pratiques de la mise en place de ces ateliers ne semblent pas bénéficier de socialisation pré existante entre les habitants, le rapport au voisinage. Le sentiment d'isolement relationnel exprimé sur Fontaine d'Ouche peut faire obstacle à la réussite de ces groupes.

Questionnés sur leur participation à des actions collectives, professionnels et usagers des services publics évoquent l'absence totale de participation des habitants, ce qui, selon les personnes interrogées, aurait en retour un effet dissuasif sur les habitants les plus mobilisés.

> Femme, 24 ans, biologiste, habite Fontaine d'Ouche depuis 2006, mariée, 1 enfant : « *la fois où je suis venue c'était pour un atelier sur l'allaitement, il n'y avait personne, j'étais la seule, aucune autre maman n'était là, donc…* »

Le degré de sociabilité et d'interconnaissance semble déterminer l'implication des habitants.

Le rôle de l'éducation à la santé : entre sentiment d'impuissance et partenariats indispensables

Si l'intérêt de l'éducation à la santé n'est nullement mis en doute, certains professionnels sont toutefois désabusés face « *aux ravages* », aux problèmes de santé déjà installés.

Des ressources en matière de prévention, mais des besoins de soins des adolescents prégnants

Face à la dégradation de l'état de santé constatée, un professionnel souligne que les actions sont à orienter davantage vers l'intervention et le soin. Un sentiment d'impuissance voire de fatalisme semble caractériser, à juste titre, certains professionnels, notamment ceux de la Fontaine d'Ouche.

> Professionnel du domaine socio éducatif *: « ce qui se passe c'est qu'on ne peut même plus faire de la prévention, d'éducation à la santé puisque les ravages sont déjà-là… Ils ont déjà les dents dans un état lamentable, ceux-là il faut les soigner, la prévention c'est trop tard »*

Des structures de proximité pour les adolescents… confrontées à des tensions

Les principaux espaces de socialisation des enfants et adolescents sont centrés autour de la famille, de l'école et des groupes de pairs[j]. Au sein des quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche, la sociabilité se diversifie dans des espaces intermédiaires de nature institutionnelle ou associative. Les associations, la Maison de la jeunesse et de la culture, la Maison de quartier de Fontaine d'Ouche tiennent un rôle central dans l'apprentissage des codes sociaux, la constitution de réseaux, la découverte et la pratique d'activités sont difficilement accessibles en dehors de ces lieux. La proximité et la globalité définissent la prise en charge du jeune public. Proximité, car les professionnels et les structures, exerçant au cœur des quartiers, développent des liens avec les jeunes et leurs familles. Globalité, car dans le cadre de situations problématiques, les structures pour la jeunesse passent le relais à l'éducateur de prévention spécialisé, qui travaille intrinsèquement avec les familles.

Ces structures sont toutefois confrontées à des difficultés d'organisation interne, notamment quant au maintien et à la pérennisation du personnel d'animation. D'après les

[j] François de SINGLY

professionnels, le turn-over des animateurs est consécutif à la difficulté des conditions de travail d'une part (des animateurs ont rapporté des violences verbales ou même physiques), et du renouvellement générationnel des équipes d'animation (MJC Grésilles).

B. LES JEUNES EN INSERTION

1. Quelques chiffres

Les jeunes de 15-24 ans représentent 14% des assurés de la CPAM en 2007. Cette part est un peu supérieure dans les quartiers "politique de la ville" des Grésilles (15%) et davantage dans celui de la Fontaine d'Ouche (16%). Mais à l'intérieur des quartiers, les proportions sont encore plus fortes dans 4 IRIS des deux quartiers : Le Lac (17%), Edouard Belin (19%), Grésilles centre (19%) et Castelnau (18%).

Forte part des jeunes adultes dans 4 IRIS des quartiers « politique de la ville »

Tableau 28 : Nombres d'assurés sociaux de 16-24 ans dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune, et % parmi les assurés, en 2007

	15-24 ans	% / ensemble assurés
DIJON - TIRE PESSEAU	203	12,1%
DIJON - LE LAC	493	17,3%
DIJON - EDOUARD BELIN	605	19,3%
DIJON - CHAMP PERDRIX	213	11,8%
Fontaine d'Ouche	**1 514**	**16,0%**
DIJON - YORK	269	12,6%
DIJON - LOCHERES	162	12,9%
DIJON - GRESILLES CENTRE	346	18,9%
DIJON - CASTELNAU	134	17,9%
ZUS Grésilles	**911**	**15,2%**
Dijon	**16 503**	**14,1%**

Source : CPAM Côte-d'Or 2007 (ABS Dijon)

En 1999, le taux de scolarisation des Dijonnais de 16-18 ans était de 96,7%. Celui-ci s'élevait à 96,3% pour le quartier des Grésilles et à 94,7% pour la Fontaine d'Ouche.

Le taux de scolarisation des jeunes Dijonnais de 19 à 24 ans s'élevait à 78,8% alors qu'il n'atteignait que 57,9% pour le quartier de la Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne) et 55,6% pour celui des Grésilles.

Tableau 29 : Parts des jeunes de 16-24 ans scolarisés dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune, en 1999

	16-18 ans	%	19-24 ans	%
Fontaine d'Ouche	**458**	**95,2**	**474**	**55,1**
Tire Pesseau	61	98,4	84	55,6
Le lac	138	93,9	146	54,1
Edouard Belin	188	94,9	163	54,2
Champ Perdrix	71	95,9	81	58,7
Grésilles	**416**	**96,3**	**711**	**64,5**
York	75	96,2	115	60,5
Lochères	81	95,3	355	80,3
Grésilles	132	96,4	113	51,6
Castelneau	128	97,0	128	51,0
Dijon	***4 694***	***96,7***	***19 197***	***78,8***

Source : Insee (RP 1999), exploitation CCAS (ABS Dijon)

La Mission locale suivait, en 2007, 3 468 jeunes Dijonnais (soit 10% des jeunes de 16-25 ans de la Ville et 54% des jeunes actifs âgés de 15 à 25 ans).

Aux Grésilles, 330 jeunes du quartier étaient suivis par la Mission locale, soit 17% des 16-25 ans et 73% des jeunes actifs résidant sur le quartier. A Fontaine d'Ouche (sans IRIS de la Montagne), les 515 jeunes suivis représentaient 18% des 16-25 ans et 69% des jeunes actifs de ce territoire.

A Dijon, 49% des jeunes suivis par la Mission locale vivaient dans leur famille, alors que cette part varie de 59% à 85% dans le quartier "politique de la ville" des Grésilles et de 46% à 86 % dans celui de la Fontaine d'Ouche.

Tableau 30 : Parts des jeunes suivis par la Mission locale dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, selon le type d'hébergement, en 2007 (en %)

	Locataires	Parents / familles	Foyers autres que CHRS	Héb.prov. Précaire
Fontaine d'Ouche				
Tire Pesseau	48%	46%	0%	7%
Le lac	11%	85%	0%	4%
Edouard Belin	9%	86%	1%	5%
Champ Perdrix	23%	76%	2%	0%
Grésilles				
York	31%	59%	0%	9%
Lochères	27%	66%	3%	4%
Grésilles	18%	77%	1%	4%
Castelneau	10%	85%	0%	4%
Ville Dijon	***37%***	***49%***	***6%***	***8%***

Source : Mission locale (2007), exploitation CCAS (ABS Dijon)

2. Difficultés et besoins des jeunes en insertion formulés par les professionnels et les habitants rencontrés

PROBLÈME DE SANTÉ

Consommations de substances psycho actives

A l'instar des adolescents, la consommation de substance psycho actives, notamment de cannabis est une pratique courante parmi les jeunes en situation d'insertion. Selon les professionnels, cette consommation de cannabis se double d'une consommation d'alcool, un phénomène en progression sur les deux quartiers.

Consommation de substances psychoactives : obstacle à l'insertion et professionnels démunis en demande de moyens

Ces formes d'addictions demeurent par ailleurs un sujet délicat à aborder. Les jeunes n'évoquent pas spontanément le sujet, ce sont principalement les symptômes extérieurs qui éveillent l'attention (état d'ébriété le matin, troubles du rythme de vie). Les échanges prolongés avec les éducateurs et les acteurs de l'insertion professionnelle permettent aux jeunes adultes d'évoquer éventuellement la question de leur consommation.

> Une professionnelle de l'insertion rappelle l'exemple d'un jeune adulte de 17 ans, venu avec son père à la Mission locale : *« Il respirait l'alcool, son père n'avait pas l'air de le savoir... quand je l'ai eu en RDV, je lui ai demandé s'il consommait de l'alcool tout seul, et oui effectivement il boit tout seul. En collectif, bon ils sont dans le délire mais là, et il me dit je peux arrêter quand je veux... Je lui dis : « Ben arrête... » « ouais, non j'arrête mais là j'ai pas envie » « Donc si tu n'as pas envie c'est que tu en as besoin… là il y a un problème »…*

La consommation de cannabis et d'alcool constitue ici non seulement un problème de santé publique mais aussi un obstacle à l'insertion de ces jeunes adultes dans le monde du travail, une source de difficultés supplémentaire pour les familles. Le personnel se retrouvant ainsi sollicité par des situations délicates où des parents accompagnant leur enfant sous l'emprise de l'alcool vont chercher des réponses auprès des conseillers techniques. Les professionnels regrettent là aussi l'absence de partenariats avec des associations de lutte contre les toxicomanies. Et ce d'autant plus que les professionnels sensibilisés à ces questions, sont particulièrement exposés à ces problèmes et ne sont pas forcément formés pour traiter ces problématiques. Ici, les normes professionnelles de l'insertion doivent se conjuguer au mieux avec les dispositions sociales, personnelles des acteurs socioprofessionnels.

Au-delà des problèmes liés aux addictions, parler de soi, verbaliser les maux sociaux dépend fortement du moment où le jeune se situe dans sa trajectoire familiale, sociale avec les institutions et le marché de l'emploi. Concernant les jeunes qu'il prend en charge, un conseiller relate le temps consacré à amener les jeunes à verbaliser leurs difficultés : *« C'est difficile de leur faire sortir quelque chose et je leur dis : tu me dis le maximum et je peux faire le maximum pour toi, tu me dis le minimum et je ne peux que faire le minimum. »*

Professionnel de l'insertion, les Grésilles : *« Nous avons, et c'est peut être dommage peu d'orientation vers la psychologue, on n'a envoyé 2 ou 3 jeunes, dont un pour des problèmes d'addiction. En fait il faut faire en sorte que l'orientation ne soit pas labellisée psy, sinon ils reculent… Donc je leur amène comme ça : « tu sais, il y a une collègue, je te conseille d'aller la voir et quand ils y vont, on a de bons retours » ouais, tiens elle est vraiment super la personne »…*

Les dispositifs de soutien

Concernant la santé des jeunes en insertion, la Mission locale met en œuvre des actions de santé, des ateliers « savoir être » en entreprise, un psychologue peut également accueillir les jeunes. Or, l'ensemble des actions se réalise dans les locaux du centre ville. Certains professionnels ont, à ce titre, regretté l'absence d'atelier santé au sein des antennes de la Mission locale. Ce problème majore celui d'un public peu mobile en dehors du quartier. Le défaut d'ancrage d'actions dans le quartier s'articule à un faible degré de communication entre les structures pour les jeunes en insertion et les institutions ou associations.

Des dispositifs de soutien psychologique disponibles… mais excentrés des quartiers et stigmatisés par le jeune public

Professionnel de l'insertion : *« C'est vrai il n'y a pas tellement de communication avec les autres structures. Excepté la MJC, les centres d'apprentissage et la médiathèque où un partenaire accueille les jeunes du et dans le quartier pour les aider à faire leur CV… »*

ACCÈS AUX SOINS

Accès aux soins : l'obligation de différer

Dans l'ensemble, les jeunes en situation d'insertion déclarent recourir aux médecins généralistes. Toutefois comparativement à leurs aînés, ils sont moins attachés aux praticiens du quartier, notamment sur Fontaine d'Ouche. Soit parce que leur trajectoire les a conduits à s'installer dans un autre quartier soit pour mettre à distance la famille de leur vie privée. Si les personnes interviewées étaient régulièrement suivies par le médecin généraliste, les examens médicaux (imageries médicales, bilans sanguins) et les consultations de spécialistes (notamment concernant les soins dentaires et ophtalmologiques) sont fréquemment reportés ou écartés.

Les ressources et la dépendance financière : des obstacles majeurs de l'accès aux soins

Les jeunes en insertion interrogés ont unanimement évoqué le report de soins faute de ressources financières suffisantes. Deux principaux obstacles contraignent le recours aux soins de ce public.

Le premier concerne le niveau des ressources. Les jeunes étant souvent hébergés chez les parents, le recours aux soins et les ressources financières disponibles sont tributaires du revenu et du régime d'assurance sociale de la famille. Les parents dont les revenus, rappelons-le, dépassent le plafond de ressources permettant l'obtention de la CMU tendent à limiter par ricochet le recours à des professionnels libéraux. En outre, pour ces jeunes, alterner successivement des périodes d'emploi et de non emploi les exclut fréquemment des droits à la CMUC. Le fait d'avoir travaillé quelques heures peut suffire à leur limiter les difficultés d'accès à ce type de couverture sociale.

Le deuxième obstacle est semble t-il, la crainte d'avancer les frais. Alors que le régime de sécurité sociale permet le remboursement de certains actes médicaux, l'anticipation des frais fait obstacle aux démarches. Le défaut d'information, la méconnaissance ou le manque de lisibilité des structures de soins aggravent l'accès aux professionnels de santé.

Sexualité et stratégies d'accès à la contraception

L'accès à la contraception est une ressource inégalement distribuée parmi les jeunes femmes interrogées. Les usages de la contraception doivent être mis en lumière au regard des normes morales et éducatives en vigueur dans les familles[k]. Selon que la sexualité soit partiellement admise ou totalement dénoncée, le fait d'être rattachée à la sécurité sociale des parents fait obstacle au recours à la contraception ou au gynécologue. Le biais des remboursements soumet ces jeunes filles au contrôle social de la famille. L'administration de la contraception commande quasi systématiquement une surveillance et une ordonnance médicale. Or certaines femmes rencontrées ne sont pas en mesure de se faire suivre par le médecin ou un gynécologue.

Des difficultés d'accès à la contraception pour les jeunes femmes dans les deux quartiers

L'absence de couverture sociale propre ou de CMU oblige à recourir à des moyens d'accès détournés à la contraception. Afin de maîtriser leur trajectoire contraceptive et procréatrice, ces jeunes femmes sollicitent plusieurs pharmacies afin d'obtenir la pilule sans ordonnance. Ce nomadisme pharmaceutique est perçu comme une solution par défaut.

> Femme, 21 ans, CAP esthétique, sans emploi, hébergée par un tiers en HLM, régime général sans couverture complémentaire : *« Ça fait des années que je prends la pilule. Quand je n'ai pas d'ordonnance, puisque je ne peux pas aller chez le médecin, je leur demande s'ils ne peuvent pas m'arranger, je leur dis que je suis en vacances, je leur mens et ils me font pour 3 mois, j'essaye toujours de m'arranger. »*

Les réseaux mobilisés pour accéder à la contraception sont inégalement distribués. Si les amitiés féminines constituent un espace d'expression de la sexualité, où les jeunes femmes viennent rechercher informations et soutiens, la différenciation du recours aux professionnels de santé ou du social reste très marquée. L'existence des services de planification familiale tant sur la ville que sur le quartier de Fontaine d'Ouche semble relativement méconnue.

---

[k] DURAND Sandrine, « Les déterminants sociaux du recours à la contraception chez les jeunes », Enquête GINE, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues* Paris, 2002, INSERM.

Femme, 21 ans, CAP esthétique, sans emploi, hébergée par un tiers en HLM, régime général sans couverture complémentaire *: « Une PMI, ça serait cool. Ça serait bien, pas que pour les jeunes filles, je parle dans mes connaissances pour les jeunes filles maghrébines, qui ne peuvent pas parler aux parents de la pilule et bien dans ces choses là, ils ne préviennent pas les parents, c'est quand même bien, ils la prescrivent, ils peuvent les aider si elles ont des problèmes, même pour discuter, tout ça, pour des choses qu'elles ne connaissent pas, pour les avortements, parce que ce ne sont pas des choses qu'elles peuvent aborder avec leur famille, du tout. Je pense que ça serait un plus. ».*

Femmes, 22 ans, sans emploi, vit chez ses parents dans une famille de 8 personnes, régime général, pas de couverture complémentaire : *« Je sais qu'il y a une amie à moi qui est partie récemment, elle était enceinte, elle voulait avorter, elle est partie, elle lui a demandé, il l'a rassurée, il lui a expliqué comment ça allait se passer. Donc voilà, elle, elle avait peur et puis du coup ça l'a rassurée et elle a fait les choses tranquilles. »*

ENVIRONNEMENT

De la solidarité… à l'entre soi.

Des liens de solidarité sur les Grésilles, mais une tentation de repli sur le quartier

L'intensité des liens sociaux apparaît comme une caractéristique distinctive entre les deux quartiers. Si l'existence d'un tissu social solidaire n'est pas exclusif aux Grésilles, parmi les jeunes habitants de ce quartier interviewés, la solidarité et la convivialité du quartier ont été unanimement reconnues.

Trois formes de solidarités se distinguent à travers les discours recueillis.

- une solidarité intra familiale : la famille (restreinte ou élargie) constitue le socle de l'ensemble des solidarités. Les familles pourvoient aussi bien aux besoins matériels qu'aux repères identitaires des jeunes rencontrés que les enfants. En retour, les enfants assurent les ressources nécessaires de leurs parents âgés, veufs, isolés ou atteints d'incapacité.

- une entraide de voisinage : la solidarité ne caractérise pas le quartier mais est très circonscrite autour des voisins.

- une solidarité d'appartenance (groupe de pairs) ou néo-communauté de quartier. Pour certains résidents des Grésilles, la solidarité renvoie encore à l'idée de cohésion sociale, de faire partie du même quartier, de connaître les mêmes commerçants. Elle est alors davantage synonyme de familiarité.

Homme, 22 ans, les Grésilles : *« Aussi bizarre que ça puisse paraître, dans le quartier je me sens en sécurité.*

- ORS : C'est-à-dire, en sécurité… qu'est-ce que vous entendez par là ?

- Parce que ça me rappelle chez moi (à Bamako), ça me rappelle l'ambiance qu'il y a, c'est… Oui, ça bouge, et il y a beaucoup plus de familiarité, on peut facilement aborder les gens sans être jugé. »

Exclus ou auto exclus du logement familial, en retrait du circuit professionnel ou scolaire, les jeunes hommes ont tendance à s'approprier les espaces publics (halls d'immeubles) et les associations ou structures à caractère social. La rue ou le quartier deviennent alors pour ces jeunes adultes des lieux possibles de ré affiliation sociale, un espace de recomposition de sociabilité.

Cette appropriation relative de certains quartiers par des groupes masculins exerce une forme tacite de contrôle social et d'injonction de genre. Les filles semblent repoussées de facto de ces espaces de loisirs et d'insertion.

Parallèlement, le versant de la solidarité du quartier serait une tendance à l'entre soi. L'ensemble des professionnels du domaine social et socioprofessionnel rencontrés ont insisté sur ce désir de l'entre soi, qui peut dans une certaine mesure faire obstacle à tout éloignement professionnel en dehors du quartier. Pour ces personnes (très majoritairement des garçons), ce désir d'entre soi et de reconnaissance par les pairs renvoie à l'image que ces jeunes veulent donner d'eux-mêmes et qui se construit sur des scènes sociales comme le quartier, les lieux publics, etc. La sociabilité du quartier devient un espace symbolique de protection.

Professionnel de l'insertion, les Grésilles : *« ici, ils sont vraiment solidaires, mais ils ont énormément de mal à sortir du quartier. Le quartier, c'est leur chez eux, ils sont connus. Quand il y a un stage qui est à quoi, 1 km d'ici c'est très dur de les faire bouger. Ils craignent de ne pas avoir leurs repères. C'est un peu la mentalité, pour dire vite. Ils sont là depuis qu'ils sont petits, ils ont grandi ici, ils ont peur de ne pas être chez eux, dans ce qu'ils connaissent. Avant ils venaient à 4 ou 5 accompagnés de leurs copains, moi je dis non, c'est individuel… »*

Si d'un côté les professionnels de l'insertion socioprofessionnelle regrettent ces difficultés à se projeter en dehors du quartier (pour ces jeunes hommes), de l'autre côté les professionnels de santé souhaiteraient un renforcement de la mixité sociale.

Parallèlement, la place des jeunes dans les quartiers, Grésilles comme Fontaine d'Ouche, s'accompagne d'un discours plus critique.

Jeune femme, 21 ans, hébergée par un tiers, Fontaine d'Ouche : *« Il y a des petits commerces, donc ça c'est pratique, les épiceries, elles ferment tard. Les téléboutiques, ça c'est bien quand on veut passer des coups de fil et aller sur Internet. Après, à part ça, c'est un quartier comme un autre, avec les jeunes qui squattent en bas jusqu'à 4h du matin et qui mettent la musique. Bah, on a envie de les tuer mais on ne fait rien parce qu'on ne veut pas avoir de problèmes, personne ne dit rien justement. »*

La cohabitation contrainte

Si l'isolement, le repli sur soi est considéré comme la phase ultime de la disqualification sociale[I], aux Grésilles en revanche, la solidarité familiale intervient comme une ressource pour les jeunes en situation de précarité ou de chômage.

Quand la dépendance économique des jeunes oblige à la cohabitation contrainte au domicile parental

Chez les 16-25 ans, la solidarité se traduit par des pratiques et des représentations diversifiées. Sur les Grésilles, tandis que les professionnels qualifient la solidarité comme un ferment marquant du tissu social et du bien-être des habitants de ce quartier, certains jeunes rencontrés en font une expérience mal vécue, notamment lorsqu'elle prend la forme d'une cohabitation contrainte et prolongée. La dépendance économique peut contraindre parents et enfants à cohabiter ce qui, en retour, peut engendrer des affrontements familiaux, qui peuvent conduire jusqu'à l'exclusion et la privation du jeune adulte du domicile. Ces situations de privation du domicile familial ont été rencontrées mais demeurent assez marginales sur les quartiers. Il ne s'agit pas ici de culpabiliser les parents, mais de souligner l'impact des difficultés socio-économiques sur les relations entre parents et enfants. Ces derniers pouvant devenir « épuisants » soulignent les professionnels. Ces problèmes de logement peuvent redoubler les problèmes de mal-être et accroître la marginalisation de ces personnes.

Le principe de la cohabitation familiale est associé également aux valeurs familiales et religieuses, selon lesquelles les jeunes adultes, parfois trentenaires, restent dans leur famille tant qu'ils ne peuvent pas fonder leur propre foyer. Les filles sont fréquemment sollicitées pour prendre en charge l'économie domestique, le soin des parents âgés ou en invalidité. Les jeunes hommes ne sont exempts des obligations familiales, toutefois leur participation aux tâches domestiques est minime. Là aussi, la cohabitation contrainte peut interagir avec les problèmes de mal-être.

3. Points forts, atouts à développer

Des lieux d'écoute

Concernant la prise en charge du mal-être, des dispositifs formels d'écoute sont accessibles à côté des ressources que proposent les acteurs de l'insertion. Toutefois, l'adhésion des jeunes adultes à ce type de prise en charge est compromise par la stigmatisation de la labellisation « psy ». Une des stratégies utilisées par les professionnels consiste à contourner l'étiquetage psychologisant. L'accompagnement est une phase indispensable pour que les jeunes accèdent effectivement à ce type de soins.

Des espaces d'écoute formels et informels

> Professionnel de l'insertion, Fontaine d'Ouche : « *Le jeune qui ne parle jamais, c'est normal, le 1er rendez-vous, ils ne vont pas se dévoiler, mais au fur et à*

[I] PAUGAM Serge, *Les formes élémentaires de la pauvreté,* Paris, 2006, PUF, Coll. Le lien social, p.110.

mesure les langues se délient, là ils abordent la santé, leurs problèmes avec les parents, les problèmes d'argent… mais quand il ne parle jamais là, il y a quelque chose... Et puis là, il y aussi les échecs répétés quand la formation le travail, la branche qu'il veut, ça ne marche pas, il y a quelque chose derrière… Mais le plus dur c'est de le convaincre, quand je leur dis : tu crois que c'est pour les fous, c'est pour tout le monde, tout le monde peut aller en voir, moi, toi mais c'est dur de les orienter… »

Parmi les jeunes en insertion interviewés, les jeunes femmes étaient plus familières de ces démarches que les jeunes hommes, notamment en raison de situations familiales compliquées.

C. Les personnes en situation de précarité

1. Quelques chiffres

Précarité de l'emploi

En 1999, 9 400 salariés étaient en contrat précaire, soit 17% des salariés de la ville de Dijon. Ces emplois touchent davantage les femmes (18% contre 16% pour les hommes). Sur le quartier des Grésilles, le taux de contrats précaires atteignait 26% et sur celui de la Fontaine d'Ouche 18%.

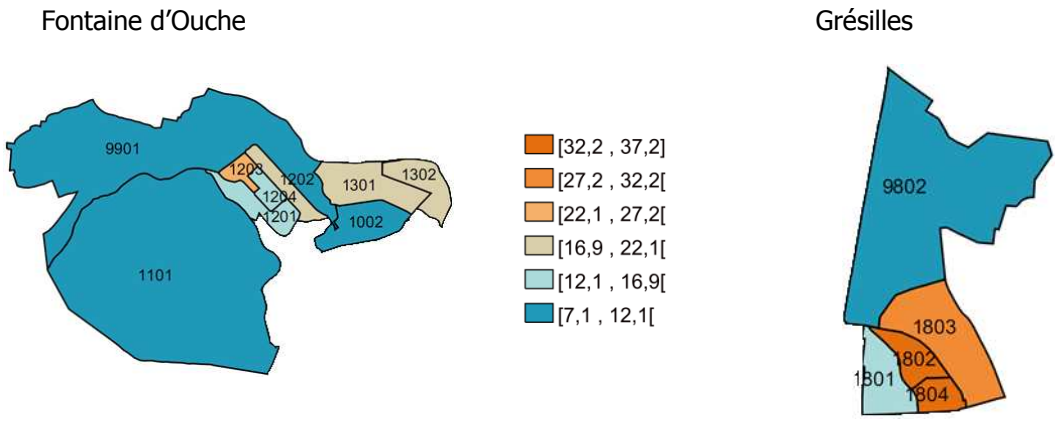
Précarisation des emplois plus forte sur le quartier des Grésilles

Tableau 31 : Emploi précaire dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon, la commune et en Côte-d'Or, en 1999

	Ensemble des salariés	% contrat précaire
Grésilles	2 276	26,2
Fontaine d'Ouche	3 819	18,3
Ville de Dijon	**55 717**	**16,9**
Côte-d'Or	182 820	14,8

Source : Insee (RP 1999)

Carte 9 : Part des salariés en contrat précaire dans les IRIS de Fontaine d'Ouche et des Grésilles, en 1999



Source : Insee (RP 1999)

A Dijon, 8 368 personnes travaillaient à temps partiel en 1999, soit 15% des salariés de la ville. Ce taux atteignait 23% sur le quartier des Grésilles et 16% sur celui de la Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne). Comme pour les emplois précaires, les femmes sont plus nombreuses à être à temps partiel. Elles représentaient 45% des salariées aux Grésilles et 34% à la Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne).

A la fin de l'année 2006, 3,6% des actifs dijonnais étaient des demandeurs d'emploi non indemnisés. Sur le quartier des Grésilles cette proportion s'élevait à 8,3% et 5% pour la Fontaine d'Ouche. De plus, 2% de la population active dijonnaise étaient demandeurs

d'emploi percevant le RMI. Cette part atteignait 5% aux Grésilles et 3% à la Fontaine d'Ouche.

Fin 2006, 44% des demandeurs d'emploi de catégorie 1 étaient non qualifiés, cette part s'élevait à 58% dans le quartier des Grésilles. Par ailleurs, les proportions de demandeurs d'emploi de moins de 25 ans sont relativement homogènes selon les quartiers dijonnais sauf sur ceux de Fontaine d'Ouche et des Grésilles où les proportions sont une fois et demi à deux fois supérieures.

Une situation de non emploi installé sur les quartiers et particulièrement sur les Grésilles

Enfin, les demandeurs d'emploi sont plus souvent inscrits depuis plus d'un an dans les quartiers de Fontaine d'Ouche (11,5%) et des Grésilles (16,0%) que dans l'ensemble de la ville de Dijon (6,6%).

Tableau 32 : Demandeurs d'emploi de longue durée dans les quartiers "politique de la ville" de Fontaine d'Ouche et des Grésilles, fin 2006

	effectifs	% / pop active RP 99		effectifs	% / pop active RP 99
Fontaine d'Ouche	**570**	11,5	**Grésilles**	**529**	16,0
Tire Pesseau	63	5,6	York	82	8,0
Le lac	209	14,8	Lochères	148	20,0
Edouard Belin	242	17,3	Grésilles	147	16,5
Champ Perdrix	56	5,7	Castelneau	152	23,5

Sources : ANPE (DEFM 2007), Insee (RP 99), exploitation CCAS (ABS Dijon)

Précarité des revenus

A Dijon, fin 2007, 10 052 allocataires CAF vivaient sous le seuil de bas revenus (soit 16% des ménages dont la personne de référence est âgée entre 20 et 59 ans). Sur l'ensemble de la commune le nombre d'allocataires à bas revenus a diminué de 5% entre 2006 et 2007.

Aux Grésilles, 25% des ménages vivaient sous le seuil de bas revenus et 21% sur le quartier de Fontaine d'Ouche.

Tableau 33 : Population vivant sous le seuil de bas revenus après prestations familiales dans les quartiers des Grésilles, de Fontaine d'Ouche et de la commune, en 2007

	Effectifs	Evolution 2006/2007	% bas revenus parmi les alloc. CAF	% ménages dt pers de réf 20-59 ans
Grésilles	762	-9%	59	25
Fontaine d'Ouche	1709	-9%	44	21
Ville de Dijon	10052	-5%	44	16

Source : CAF (2007), Insee (RP 99), ABS Dijon

En 2007, 26% des personnes vivant sous le seuil de bas revenus étaient des enfants mineurs soit 22% des mineurs dijonnais. Cette proportion s'élevait à 34% sur le quartier de Fontaine d'Ouche et à 30 % sur le quartier des Grésilles.

Fin 2007, 5 698 ménages dijonnais étaient bénéficiaires des minima sociaux versés par la CAF (Revenu Minimum d'Insertion, Allocation Adulte Handicapé ou Allocation de Parent Isolé). Ces allocataires représentaient 4,2% des ménages dont la personne de référence est âgée de 20 à 59 ans, pour le RMI, 4,6% pour l'AAH et 0,8% pour l'API. Ces taux étaient plus importants sur les quartiers étudiés : dans celui des Grésilles 8,1% des ménages étaient allocataires du RMI, 5,6% de l'AAH et 1,3% de l'API, et dans celui de Fontaine d'Ouche, ces taux s'élevaient à 5,4% pour le RMI, 12,6% pour l'AAH et 1,6% pour l'API. Il est important de noter la présence d'un Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) et d'un foyer d'hébergement pour adultes handicapés sur ce dernier quartier.

Tableau 34 : Allocataires des minima sociaux de la CAF dans les quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche et la ville de Dijon, en 2007

	RMI	% parmi mén pers réf 25-59 ans*	AAH	% parmi mén pers réf 25-59 ans*	API	% parmi mén pers réf 25-59 ans*	Evolution 2005/2007
Grésilles	245	8,1	168	5,6	30	1,3	-17,7%
Fontaine d'Ouche	439	5,4	1019	12,6	85	1,6	-0,7%
Ville de Dijon	2554	4,2	2797	4,6	347	0,8	-2,0%

Source : CAF (2007), Insee (RP 99), ABS Dijon

Fin 2007, 7 639 Dijonnais étaient couverts par les minima sociaux soit 6,3% de la population de moins de 60 ans de la ville, la proportion s'élevant à 9,6% sur le quartier des Grésilles et à 12,3% sur celui de la Fontaine d'Ouche.

Tableau 35 : Population couverte par les minima sociaux dans les quartiers des Grésilles et de Fontaine d'Ouche et la ville de Dijon, en 2007

	RMI	AAH	API	% parmi la pop. de - de 60 ans
Grésilles	460	168	30	9,6
Fontaine d'Ouche	918	1019	85	12,3
Ville de Dijon	4495	2797	347	6,3

Source : CAF (2007), Insee (RP 99), ABS Dijon

2. Difficultés, besoins du point de vue des professionnels et d'habitants rencontrés

Les constats présentés concernent l'ensemble des personnes en situation de grande précarité vivant dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon. Nous distinguerons, quand cela est nécessaire les problématiques communes de celles qui sont propres à chaque quartier.

PROBLÈMES DE SANTÉ, REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES DE SANTÉ

Problématiques communes

Du fait des obstacles géographiques, financiers, administratifs et sociaux d'accès aux soins, le non recours aux soins des populations dites vulnérables est une préoccupation majeure des professionnels sociaux.

Recours tardifs aux soins

Inadaptation, insécurité sociale et retard dans l'actualisation des droits

Les professionnels sociaux et médicaux ont souligné les problèmes de renouvellement des droits sociaux. Les problèmes d'actualisation des droits, notamment de la CMUC constituent des obstacles financiers et administratifs dans l'accès aux soins. A ce titre, des examens médicaux ou les consultations peuvent être reportées ou annulées.

L'actualisation des droits sociaux : un obstacle dans l'accès aux soins

Pour une partie des professionnels rencontrés les retards de mises à jour des droits sont à imputer à la « négligence » des habitants. Or le défaut de vigilance qui qualifie les personnes démunies traduit le langage de l'inadaptation sociale des individus aux exigences des administrations actuelles. Les habitants en situation d'insécurité sociale permanente ne peuvent ni maîtriser le présent, ni anticiper l'avenir. L'insécurité sociale oblige à appréhender la vie au jour le jour et dont l'issue est incertaine, ce qui rend impossible toute planification et place les individus en situation de *désassociation sociale*[m]. L'omission de rendez-vous ou encore le fait de préférer attendre tout un après midi dans la salle d'attente plutôt que de prendre rendez-vous sont autant d'expression de la difficulté d'anticipation qu'implique la précarité.

Rôle du soutien familial ou social

Le rôle mobilisateur que l'on a longtemps attribué, non sans fondement, à la famille peut constituer un élément facilitateur dans l'accès aux soins. Toutefois, les liens de solidarité familiale ne sont pas systématiquement des leviers de mobilisation pour les individus. Selon la trajectoire de l'individu, la famille n'est pas forcément la meilleure ressource bien au contraire, elle peut être même perçue comme un obstacle. Lorsque celle-ci fait défaut ou n'est pas souhaitée, le rôle de soutien social apporté par les centres sociaux, le CCAS, constituent des leviers tout aussi importants.

La crainte du dentiste

Parallèlement aux obstacles et aux formes d'exclusion opposées aux personnes précaires, les professionnels rappellent fréquemment la crainte du dentiste. Cette perception est un frein supplémentaire dans l'accès à la santé bucco dentaire. L'appréhension de certains habitants, semble traduire non seulement une forte asymétrie des relations professionnels et patients (à l'inverse des relations de confiance tissées avec le médecin traitant) mais exprime fortement les stigmatisations dont ces usagers font l'objet.

La crainte du dentiste : un effet de la stigmatisation et des difficultés d'accès aux soins dentaires

[m] CASTEL Robert, *L'insécurité sociale,* Paris, 2005, Seuil.

Problèmes plus prégnants sur les Grésilles

Diabète

Si le diabète est une pathologie globalement répandue, c'est sur le quartier des Grésilles qu'elle est la plus fréquemment repérée. Les professionnels, sociaux et médicaux relient cette prépondérance du diabète aux modes alimentaires des habitants. Le diabète est alors le pendant d'une alimentation déséquilibrée où les produits gras, sucrés sont privilégiés. Or, comme le relève une assistante sociale, et ce quel que soit le quartier, la composition de l'alimentation est tributaire de la perception qu'ont les habitants de la pauvreté. A l'instar des comportements alimentaires des jeunes, la consommation de produits industriels, dérogeant aux règles conventionnelles de la nutrition est porteuse de plaisir accessible et immédiat dans une situation où l'avenir à court terme est incertain.

Des pathologies associées à une mauvaise nutrition, mais de multiples facteurs explicatifs des comportements alimentaires non "sains"

Dégradation des conditions de travail

Un des constats formulés par les professionnels de santé des Grésilles, est l'augmentation des troubles musculo-squelettiques et de la souffrance psychique, notamment des situations de harcèlement moral. La précarité et la fragilisation des liens sociaux ne touchent pas uniquement les personnes sans emploi mais une partie des salariés précarisés. Cette frange du salariat que Robert Castel nomme la « déstabilisation des stables »[n] confrontés à des conditions de travail de plus en plus difficiles (horaires atypiques, précarité de l'emploi, multiplication des vacations, des contrats à durée déterminée). Si un CDD peut être enrichissant, en revanche, la multiplication des emplois peu valorisés, des « *bad jobs* » semblent exprimer un mal-être lié aux pressions exercées dans le milieu professionnel.

Maux physiques et psychiques liés à la précarisation de l'emploi et la dégradation des conditions de travail

[n] CASTEL Robert, *L'insécurité sociale*, Paris, 2003, Seuil, voir aussi *La métamorphose de la question sociale, une chronique du salariat,* Paris, 1995, Fayard.

Des problèmes psychiques en progression sur le quartier de la Fontaine d'Ouche

Les professionnels interrogés soulignent l'importance des troubles psychiatriques et de la souffrance psychique sur le quartier de la Fontaine d'Ouche. Ce constat renvoie aux remarques transversales formulées par les travailleurs sociaux. De manière générale, les professionnels s'alertent de la dégradation des indicateurs sociaux sur la Fontaine d'Ouche. De nombreux travaux ont montré les liens entre l'augmentation des symptômes de souffrances psychiques et la dégradation des ressources socio économiques. Du côté de la prise en charge, les professionnels insistent sur les difficultés liées à l'orientation difficile des personnes vers la prise en charge psychologique. Si de nombreux facteurs font obstacles à l'accès aux soins de santé mentale, la stigmatisation qui pèse sur ce type de soins semble, selon les professionnels, particulièrement importante.

Dégradation des indicateurs sociaux et progression des symptômes de souffrances psychiques sur la Fontaine d'Ouche

ACCÈS AUX SOINS

Problématiques communes

Freins d'accès aux soins majorés pour les détenteurs de la CMUC

Un premier constat fait état d'une représentation contrastée concernant l'accueil des personnes bénéficiaires de la CMUC.

D'un côté, les médecins généralistes et dentistes interrogés accueillent et prennent en charge les bénéficiaires de la CMUC au même titre que les autres assurés sociaux. Un des professionnels de santé indiquait par ailleurs, *« l'orientation de l'ensemble des patients de la CMU vers son cabinet par ses collègues »*. Alors que ces professionnels de santé des Grésilles n'ont jamais repéré un refus de prise en charge des patients en raison de leur affiliation sociale, les habitants (Fontaine d'Ouche comme Grésilles) et professionnels de l'intervention sociale dénoncent, *a contrario*, la fréquence de ces refus. Certains médecins spécialistes et des dentistes n'acceptent pas (ou pas facilement) la CMU et les publics en très grande précarité. Les bénéficiaires doivent parfois contacter plusieurs spécialistes avant d'en trouver un qui acceptera de les prendre en charge.

Les bénéficiaires de la CMUC confrontés aux refus de soins de certains spécialistes médicaux

Si l'accueil des personnes bénéficiaires de la CMUC ne pose pas problème pour des consultations de médecine générale, il n'en va pas de même pour les consultations spécialisées et les soins dentaires. Ces formes d'exclusion ne sont pas nécessairement frontales mais plutôt indirectes : les habitants se voient proposer des délais de rendez-vous particulièrement étendus : à 4 ou 6 mois ; certaines habitantes rapportent être régulièrement confrontées à des dépassements d'honoraires. Par ailleurs, les personnes bénéficiaires de la CMU se voient proposer des prestations de moindre qualité : « dentier CMU ». Ces pratiques dissuasives et stigmatisantes ne condamnent pas seulement l'accès physique aux soins, elles tendent à renvoyer une image ou même une identité sociale

dévalorisante des patients et favorisent des attitudes de report, d'évitement et de non recours aux soins.

Difficultés de suivi gynécologique pour les femmes de plus de 45 ans

Si sur Fontaine d'Ouche, les femmes de plus de 45 ans ont évoqué le mauvais accueil par certains gynécologues, aux Grésilles ce sont surtout les professionnels qui relatent ce constat.

ENVIRONNEMENT

Problématiques communes

Isolement social

Préalablement il convient de préciser les relations entre isolement et solitude. Parmi les personnes interrogées, certaines ont connu des situations de ruptures familiales mais d'autres ont encore leur famille à proximité. Or, avoir sa famille à proximité n'exclut pas le sentiment de solitude. Les habitants peuvent se sentir seuls ou isolés alors qu'ils sont relativement entourés. Il convient aussi d'attirer l'attention sur la composition des réseaux sociaux. Quels sont les liens qui importent pour ces personnes ? Par ailleurs, appréhender l'isolement social, c'est enregistrer l'importance des relations avec la sphère associative (clubs, bénévolats, actions collectives etc.) qui tend à se réduire ou à disparaître avec l'installation de l'individu dans la précarité[o].

Un sentiment d'isolement social fortement exprimé sur Fontaine d'Ouche

Problématiques spécifiques

Sur Fontaine d'Ouche : un isolement installé

Le sentiment d'isolement est un état de fait présent sur les deux quartiers, toutefois il a été plus fortement souligné par les professionnels et les habitants de Fontaine d'Ouche, notamment les femmes. Ce sentiment d'isolement fait écho à une atomisation des relations de voisinage, la rareté des relations amicales dans le quartier, la volonté de « *ne pas se mélanger »,* de ne pas *« étaler sa vie privée »*, sont des expressions fréquemment relevées sur Fontaine d'Ouche alors que les résidents des Grésilles déclarent plus fréquemment avoir des amis dans le quartier des Grésilles.

Situation de non emploi de longue durée sur les Grésilles

Une des problématiques importantes du quartier est la situation de non emploi de longue durée. Cette difficulté augmente avec la précarisation des emplois, qui touche surtout les femmes. Ces emplois précaires, regroupant des contrats d'intérim, des contrats à durée déterminée, des vacations, s'accompagnent d'une précarité des revenus et des conditions de vie, qui n'est pas sans impact sur l'accès aux soins.

---

[o] PAUGAM Serge, *la disqualification sociale,* Paris, PUF.

3. Points forts, atouts à développer

Recompositions des liens sociaux : évolution de l'intervention sociale, développement d'actions collectives et participatives

Dans la mesure où l'accès aux soins et les représentations de la santé, du bien-être ou de l'isolement sont inextricablement liés à la composition et à l'état de réseaux sociaux des individus, l'activité collective des structures sociales questionne fortement la transformation de la prise en charge des personnes vulnérables. Alors que les années 80 et 90 avaient été marquées par l'individualisation du traitement social de la précarité, récemment, la prise en charge individuelle semble s'enrichir de modes d'intervention plus collectifs et moins stigmatisants.

Les actions collectives et les loisirs : pierre angulaire pour la santé mais des injonctions à la participation problématiques pour les professionnels et les habitants

Ces actions collectives sont ponctuelles ou régulières (immeubles en fêtes, petits déjeuners santé, matinée santé). Ce sont aussi des activités liées aux loisirs qui représentent un facteur déterminant la santé (perçue et les comportements).

Les actions collectives (les sorties, les ateliers loisirs ou les groupes de paroles) mises en place par les intervenants sociaux visent le « mieux vivre ensemble ».

La dynamique de groupe permet aux usagers de sortir « momentanément » du registre de l'assistance, de lever la labellisation de « social » et de s'extraire temporairement de l'identité d'assisté pour permettre aux acteurs de réhabiliter leurs compétences et de se réapproprier leurs savoir-faire.

Ces pratiques appellent en retour une transformation de la relation entre aidé et aidant, et interrogent la place des travailleurs sociaux. Sans effacer la frontière entre savant et profane, l'objectif est de réduire l'asymétrie de la relation entre professionnels et usagers. Lors de ces activités, le sens de la relation de service s'inverse, on n'apporte plus seulement de l'aide à l'usager, c'est l'usager qui apporte sa contribution au groupe, c'est lui qui fait le groupe. Ces ateliers représentent un levier pour ces habitants. L'objectif pour les intervenants sociaux et les habitants étant de faire perdurer les liens en dehors du groupe. L'idée de santé communautaire semble sous-tendre la création de ces liens sociaux où les habitants prennent en charge leur santé en se mobilisant mutuellement pour recourir aux professionnels de santé ou pratiquer une activité physique. C'est également le souhait des habitantes du groupe de l'atelier socio-linguistique rencontrées de pratiquer une activité sportive ensemble.

Malgré l'intérêt de ces actions collectives, l'injonction à la participation[p] pose un double défi aux professionnels :

- Des difficultés internes aux services : ces actions souffrent à l'heure actuelle d'un manque de reconnaissance et de légitimité institutionnelle interne au sein de certains services. Les travailleurs sociaux doivent apporter la preuve qu'ils ne font pas que

[p] DONZELOT Jacques, *Faire société. La "politique de la ville" aux Etats-Unis et en France,* Paris, 2003, Seuil.

« *s'amuser avec le public* », ce qui est d'autant plus difficile qu'il faut convaincre que l'on doit travailler sur de petits effectifs. Or le montage et le financement des projets font de la mobilisation des habitants une contrainte forte pesant sur les ressources et l'autonomie des projets sociaux.

- Des difficultés auprès de la population concernée : malgré les succès rencontrés, les travailleurs sociaux doivent gérer le maintien des projets face à la faible participation des publics, notamment sur Fontaine d'Ouche.

L'accès aux droits : dimension relationnelle et réhabilitation des liens de citoyenneté…

L'accès aux droits sociaux de santé : importance de la relation de guichet

L'accès aux droits pour les personnes en situation de précarité et de vulnérabilité sociale ne signifie pas seulement l'octroi de ressources financières ou matérielles, il réhabilite l'individu dans ses liens sociaux. Les professionnels du domaine social donnent une interprétation de leurs activités où la logique de guichet s'articule au lien de citoyenneté. Il s'agit pour ces professionnels de ne pas cantonner l'accès aux droits au statut d'assisté. Cette dimension relationnelle représente une ressource dans le travail des assistantes sociales et l'établissement d'un lien d'intégration entre usagers et professionnels. Ces valeurs sont toutefois contrariées, d'après les propos recueillis, par la standardisation et l'automatisation des droits. Les professionnels y dénoncent « l'impersonnalisation » de la relation avec les usagers et les inégalités d'accès pour les usagers éloignés de l'écriture et de l'internet.

Développement de dispositifs d'accompagnement psycho sociaux

Ces dispositifs visent à réhabiliter les compétences, la représentation de soi (Atelier Miroir de soi sur Fontaine d'Ouche) ou encore à faciliter l'aide psychologique avec l'association EAC (Écoute, aide et conseil) présente sur les deux quartiers. Ces initiatives contribuent à renvoyer une image valorisante, un temps d'écoute et du lien social aux personnes.

D. LES PERSONNES ÂGÉES

1. Quelques chiffres

Selon les données de la CPAM, en 2007, près de 11% des Dijonnais assurés au régime général d'assurance maladie avaient entre 60 et 74 ans et 9,5% avaient 75 ans ou plus.

Globalement, sur le quartier de la Fontaine d'Ouche, la proportion de 60-74 ans diffère peu de la moyenne communale, mais elle est nettement plus élevée dans l'IRIS Tire Pesseau (15%) et dans une moindre mesure celui de Champs Perdrix (12%). Dans l'ensemble du quartier des Grésilles les 60-74 ans représentent près de 13% des assurés, avec un plus forte proportion sur l'IRIS Lochères (14,6%), et dans une moindre mesure ceux de York et Grésilles centre (12,5%).

Une population vieillissante dans les quartiers « politique de la ville » . Des personnes âgées vivant plus souvent à domicile sur les Grésilles

Les 75 ans ou plus sont faiblement présents sur l'ensemble du quartier de la Fontaine d'Ouche que dans la ville de Dijon, à l'exception, ici aussi, de l'IRIS Tire-Pesseau (12%). Dans le quartier des Grésilles, les 75 ans ou plus sont proportionnellement aussi nombreux que dans la commune avec une surreprésentation dans l'IRIS York (14,7%).

Tableau 36 : Proportion de personnes âgées parmi les assurés sociaux de la CPAM dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et dans la commune, en 2007

	Assurés CPAM	60-74 ans	> 74 ans
DIJON - TIRE PESSEAU	1 679	15,2%	12,2%
DIJON - LE LAC	2 851	8,5%	3,8%
DIJON - EDOUARD BELIN	3 142	8,9%	3,0%
DIJON - CHAMP PERDRIX	1 801	12,3%	8,1%
Fontaine d'Ouche	9 473	10,5%	5,8%
DIJON - YORK	2 143	**12,5%**	14,7%
DIJON - LOCHERES	1 253	**14,6%**	7,7%
DIJON - GRESILLES CENTRE	1 830	**12,5%**	4,9%
DIJON - CASTELNAU	748	11,6%	8,2%
ZUS Grésilles	5 974	12,8%	9,4%
Dijon	**116 678**	**10,8%**	**9,5%**

Source : CPAM Côte d'Or (2007), exploitation CCAS (ABS Dijon)

En 1999, on dénombrait 5 700 personnes âgées de 75 ans et plus, vivant seules à Dijon dont 264 aux Grésilles et 512 à Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne). Parmi ces personnes âgées dijonnaises 431 résidaient en foyer logement et 757 en maison de retraite dont respectivement 73 et 75 à Fontaine d'Ouche (sans IRIS La Montagne). Enfin 20 personnes des Grésilles logeaient en foyer logement.

Tableau 37 : Lieux de vie des personnes âgées de 75 ans et plus dans les quartiers des Grésilles, de Fontaine d'Ouche et la ville de Dijon, en 1999

	Pers agées de 75 ans et + vivant seules	Pop des foyers logements	Pop des maisons de retraite
Grésilles	264	20	0
Fontaine d'Ouche	552	73	147
Fontaine d'Ouche sans IRIS La Montagne	512	73	75
Ville de Dijon	5712	431	757

Source : Insee (RP 99), ABS Dijon

En 2007, 1 639 Dijonnais étaient bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile dont 111 dans le quartier "politique de la ville" des Grésilles et 122 dans celui de Fontaine d'Ouche. Les taux de bénéficiaires sont plus élevés dans les deux quartiers (20% et 22%) que sur la commune (14%).

Dans la Ville de Dijon, 25% des bénéficiaires de l'APA sont particulièrement dépendants, évalués comme relevant des Groupes ISO-Ressources (GIR) 1 ou 2 (cf. définitions dans l'encadré). La proportion est plus élevée dans le quartier des Grésilles (27%), et plus réduite (20%) dans celui de Fontaine d'Ouche.

La grille AGGIR comporte six groupes, les quatre premiers pouvant ouvrir droit à l'APA.

Le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle ; la majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

Le GIR 4 comprend deux catégories de personnes âgées : celles n'assumant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement ; elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage ; celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

Le GIR 5 comprend des personnes âgées assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes de la vie courante.

2. Difficultés, besoins du point de vue des professionnels et des habitants rencontrés

PROBLÈMES DE SANTÉ, REPRÉSENTATIONS ET PRATIQUES DE SANTÉ

Problématiques communes

Malnutrition et dénutrition

Globalement, l'ensemble des personnes âgées déclare se nourrir assez peu. Si la dénutrition est fréquemment repérée parmi les personnes âgées, elle est surtout à mettre en relation avec le sentiment de solitude exprimé par les personnes âgées. Au-delà des quartiers, c'est une problématique plus générale qui traverse la société dans son ensemble.

La malnutrition : un effet de l'isolement des personnes âgées sur les deux quartiers, relativement compensée par les lieux de restauration collective

Les personnes interrogées déclarent intégrer régulièrement des fruits et légumes dans leur alimentation, des plats carnés ou du poisson. A contrario, une minorité dit se nourrir de yaourts ou de pain de mie. Davantage que le contenu de l'assiette, ce sont les modes alimentaires, la fréquence des repas, qui se modifient. Les personnes âgées ont souvent déclaré ne faire qu'un seul repas par jour. La baisse de la sociabilité et le sentiment de solitude sont des facteurs aggravant cette situation de dénutrition. Face à cela, les foyers et les centres sociaux proposent des moments de restauration collective particulièrement prisés par les personnes âgées.

Certaines personnes âgées ont regretté la taille des portions proposées dans les supermarchés. Les chaînes de grandes distributions ne proposeraient pas assez fréquemment des portions individuelles. La standardisation des produits aurait tendance à dissuader les femmes d'acheter des fruits et légumes en grand nombre.

Au regard de ces problématiques de dénutrition et de malnutrition, le problème du diabète est également préoccupant pour les personnes âgées, à l'instar des autres classes d'âge, et plus particulièrement sur les Grésilles.

Représentation de la santé axée sur l'autonomie

Les personnes âgées rencontrées livrent une définition éminemment sociale de la santé où il s'agit d'assurer la continuité entre les activités antérieures et la vie actuelle malgré les différentes incapacités qui apparaissent avec l'avancée en âge.

Une définition de la "bonne santé" centrée sur l'autonomie pour les habitants des deux quartiers

Ces personnes âgées ont fréquemment mis en avant le clivage entre leur perception de la santé et celle biomédicale des professionnels de santé. Ainsi, certaines préfèreraient avoir du cholestérol ou un peu de diabète plutôt que de se retrouver immobilisées par les traitements anti cholestérol ou des problèmes musculaires ou osseux. Si les maux physiques, les

pathologies sont a priori bien repérées et suivies médicalement, c'est surtout la dépendance qui caractérise pour les femmes âgées rencontrées un mauvais état de santé.

Une surmédication des personnes âgées

Les professionnels médicaux et sociaux alertent sur les risques accrus de iatrogénèse consécutive de l'auto médication et de la surmédication des personnes âgées. Ces pratiques engendrent des interactions médicamenteuses responsables de troubles importants (chutes, problèmes cardiovasculaires, perte de mémoire, etc.).

Santé mentale : les personnes âgées désorientées

Bien que minoritaire, ce phénomène est en progression à Dijon comme ailleurs. Les troubles cognitifs peuvent s'avérer relativement légers comme particulièrement lourds (maladie d'Alzheimer). Les professionnels et les élus relèvent les problèmes non seulement de dépistage mais de prises en charge de ces personnes. Ils attirent l'attention sur les techniques à développer pour communiquer avec ces personnes et les appuyer dans leur vie quotidienne. L'éventail des aides disponibles n'est pas semble-t-il toujours bien repéré par les professionnels et les familles.

ACCÈS AUX SOINS

Problématiques communes

La fin de vie : recours excessif aux urgences pas spécifique aux quartiers

Une des difficultés majeures soulevées par les professionnels de santé des urgences est l'orientation systématique des personnes âgées vers ces services, arrivant dans un état de santé dégradé mais pour lequel le passage aux urgences n'est pas approprié. Les services d'urgences sont institués comme nouveaux modes de gestion de la fin de vie. Ils sont amenés de ce fait, au-delà de leur mission d'intervention dans l'urgence, à se substituer aux services de soins palliatifs et aux établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Les professionnels dénoncent non seulement cette tendance à l'hospitalisation systématique des personnes âgées, mais aussi plus largement la médicalisation généralisée de la fin de vie. Pour ces praticiens, cette surmédicalisation présente un double problème :

- organisationnel : les lits proposés à ces personnes âgées en fin de vie ne sont pas adaptés aux situations médicales. Ces dysfonctionnements renvoient d'une part à l'écart entre l'offre d'accompagnement de fin de vie et les besoins réels, et d'autre part à la prise en charge de la personne âgée en fin de vie dans les établissements d'hébergement collectif.

- éthique : la réflexion interroge également la place et le rôle attribués à la personne âgée dans l'appropriation de sa propre fin de vie.

Sur Fontaine d'Ouche

Les personnes âgées de Fontaine d'Ouche expriment un sentiment de vulnérabilité sanitaire quant à la prise en charge des soins le week-end et en soirée. Le fait d'être basculé sur un répondeur vocal ou d'être redirigé vers SOS médecin apparaît comme anxiogène pour ces personnes.

Aux Grésilles

Méconnaissance des droits et résiliation des mutuelles

Les professionnels de l'intervention sociale auprès des personnes âgées ont mis en exergue la méconnaissance des droits.

Les personnes âgées font notamment souvent la confusion entre ALD et 100%. L'absence de mutuelle a de lourdes conséquences sur les appareillages auditif et dentaire, qui sont négligés. Les dentistes des Grésilles ont indiqué que pour certains retraités, la cessation d'activité s'accompagnait de la résiliation de la mutuelle entrainant par conséquent un accès plus restreint aux soins, soins dentaires à un moment où les problèmes dentaires sont susceptibles de s'aggraver.

Méconnaissance des droits

ENVIRONNEMENT

Problématiques communes

Nuisances sonores et incivilités

Si des nuisances sonores et nocturnes sont reportées par les personnes âgées, elles ne sont pas homogènes sur l'ensemble des quartiers, aux Grésilles comme à Fontaine d'Ouche. Selon les rues où elles sont domiciliées, les personnes âgées, comme d'autres catégories d'habitants, sont plus ou moins exposées au bruit. Ce sont surtout les vrombissements des véhicules motorisés à deux roues qui font l'objet de plaintes.

Ces nuisances sonores semblent renforcées par des actes de vandalisme : poubelles brûlées, vitres de voitures brisées. Là aussi, ces actes ne sont pas diffus à l'ensemble des quartiers. Si les personnes âgées témoignent une certaine inquiétude à l'égard de ces troubles, elles affirment se sentir relativement en sécurité. Plutôt qu'un sentiment d'insécurité, il s'agirait davantage d'un sentiment de fragilité, de vulnérabilité générale, certaines ayant déclaré s'être fait insulter ou caillasser par de tout jeunes enfants sur le quartier des Grésilles.

Des disparités en matière de mobilité

Globalement, l'ensemble des personnes âgées interrogées se déplace à pied ou en bus. La mobilité reste un problème avec l'avancée en âge.

L'accès aux bus n'est pas perçu comme adapté aux personnes à mobilité réduite.

Par ailleurs, la topographie du quartier des Grésilles peut faire obstacle à la circulation des personnes âgées vers les commerces situés sur l'avenue des Grésilles.

La mobilité : une ressource inégalement distribuée selon les quartiers et les ressources financières et informationnelles

Leur mobilité est aussi retreinte par les attitudes stigmatisantes que peuvent rencontrer les personnes âgées.

Afin de faciliter l'accès des services aux personnes âgées, à mobilité réduite et de rompre l'isolement, *l'Escale d'Alembert* dispose d'un service d'accompagnement. Seules les personnes des Grésilles ont évoqué ce type de services dont elles apprécient l'utilité. Le service d'accompagnement permet aux personnes d'accéder aux professionnels et service de santé en centre ville. L'accompagnement peut aussi devenir l'occasion pour les personnes âgées d'assurer, épisodiquement, la continuité entre leur vie antérieure et leur vie actuelle. Une consultation médicale peut être l'occasion d'un détour par les lieux familiers, autrefois fréquentés par la personne âgée avant que ne s'installe la dépendance.

Néanmoins, l'écart entre l'offre et les besoins d'accompagnement contraint les personnes âgées à se tourner vers des services payants. Les taxis sont ainsi occasionnellement sollicités. Les possibilités de déplacements sont liées aux ressources financières des personnes. L'association *L'Ange gardien*, utilisée par les personnes âgées des Grésilles, constitue un moyen intermédiaire entre le service d'accompagnement gratuit et les taxis. Selon les personnes enquêtées, cette prestation présente un double intérêt : financier et relationnel, les prestataires accompagnent les personnes âgées sur l'intégralité de leur itinéraire.

Les personnes âgées utilisent en fin de compte plusieurs moyens pour se déplacer, la famille, lorsque celle-ci est disponible, les services de la Ville, les associations ou les prestataires privés. Or là les inégalités sociales persistent, la mobilité étant conditionnée par le tissu relationnel et les ressources financières. Les informations concernant l'existence de l'association *Ange gardien* sont diffusées par bouche à oreille, ce qui exige d'avoir maintenu un minimum de liens sociaux.

Conflits intra familiaux

Toujours sur les Grésilles, les professionnels de l'intervention sociale, notamment en direction des personnes âgées ont insisté sur les conflits intra familiaux, notamment lorsque survient la dépendance. Ce sont fréquemment des conflits qui opposent les hommes âgés aux enfants ou aux épouses plus jeunes. Comme nous l'avons développé, la cohabitation familiale est liée aux logiques familiales et religieuses, où les jeunes adultes, notamment les filles, restent dans leur famille tant qu'ils ne peuvent pas fonder leur propre foyer. Les enfants sont fréquemment sollicités pour prendre en charge l'économie domestique, le soin aux parents âgés ou en invalidité, ce qui en retour n'est pas sans engendrer des tensions intra familiales.

Des conflits intergénérationnels sur les Grésilles

Peu d'initiatives intergénérationnelles

A partir des observations et entretiens réalisés, aucun projet intergénérationnel n'a été repéré. Si éventuellement de tels dispositifs sont mis en place sur les quartiers, leur visibilité demeure problématique. Les initiatives intergénérationnelles présentent deux atouts majeurs : elles sont pourvoyeuses de liens sociaux et favorisent le décloisonnement entre les générations dans le domaine relationnel, de l'urbanisme.

3. Points forts, atouts : des ressources en direction des personnes âgées

Place des personnes âgées dans la société civile

Le vieillissement est souvent associé à un désinvestissement des personnes âgées des activités sociales, amorcé par le retrait de la sphère professionnelle et sociale. Toutefois cette représentation de la vieillesse est grandement réductrice[q]. Si une certaine déprise[r] à l'égard de certaines activités est observée, c'est omettre les stratégies que peuvent mettre en place les personnes âgées au quotidien pour maintenir leur cadre de vie. Grâce à l'appui de trois relais, les personnes âgées parviennent à réhabiliter leurs compétences et privilégier les activités qui leur sont chères :

La sphère associative et sociale : des moyens de promotion des « compétences » et centres d'intérêt des personnes âgées

- Les structures sociales, en l'occurrence l'exemple de l'Escale d'Alembert où les équipes ont permis à quelques femmes de former un groupe, un club de tricot dont les productions sont destinées à une association. Ce club est exemplaire de la façon dont les personnes âgées parviennent à ré asseoir leurs places sociales. Au sein de ce type de club associatif, les femmes n'ont pas seulement mis en œuvre leurs savoir-faire actuels (travaux manuels et récréatifs) mais ont pu reconvertir des compétences professionnelles en compétences associatives (écrire une lettre aux autorités concernées pour obtenir une salle, renouveler la demande, inciter les personnes du foyer à venir, mobiliser les participantes pour obtenir les matériaux suffisants, s'intéresser à la destination de leurs ouvrages, etc.). D'une part, ces personnes déclarent retrouver une fonction active dans la société civile et une reconnaissance sociale et symbolique significative, d'autre part, elles y développent des espaces de sociabilité, des liens sociaux.
- La famille. Si la présence des enfants et des petits enfants permet de maintenir les liens affectifs et la place de la personne âgée dans la filiation, la présence des collatéraux, des membres de la famille de la même génération (fratrie, cousins) est particulièrement importante mais limitée pour les personnes âgées. Ces collatéraux représentent une présence rassurante et apportent une forme de complicité complémentaire, qui n'existent pas forcément avec les descendants. Cette relation est importante mais il n'est pas toujours aisé de la maintenir : l'avancée en âge engendre le rapprochement géographique des personnes âgées et des descendants mais du coup provoque aussi l'éloignement avec les collatéraux.
- Les aides à domicile : elles permettent non seulement le maintien à domicile, mais comme la famille, elles assurent un lien affectif et maintiennent le lien entre la personne âgée (notamment celles qui ont une mobilité réduite) et l'extérieur, en conversant, échangeant des informations avec la personne âgée. Parallèlement aux aides à domicile des intervenantes de la DRPA (Direction des retraités et des personnes âgées) se chargent également de visiter les personnes âgées à leur domicile.

---

[q] CARADEC Vincent, *Sociologie de la Vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan.

[r] Ibid.

Le réseau Présage

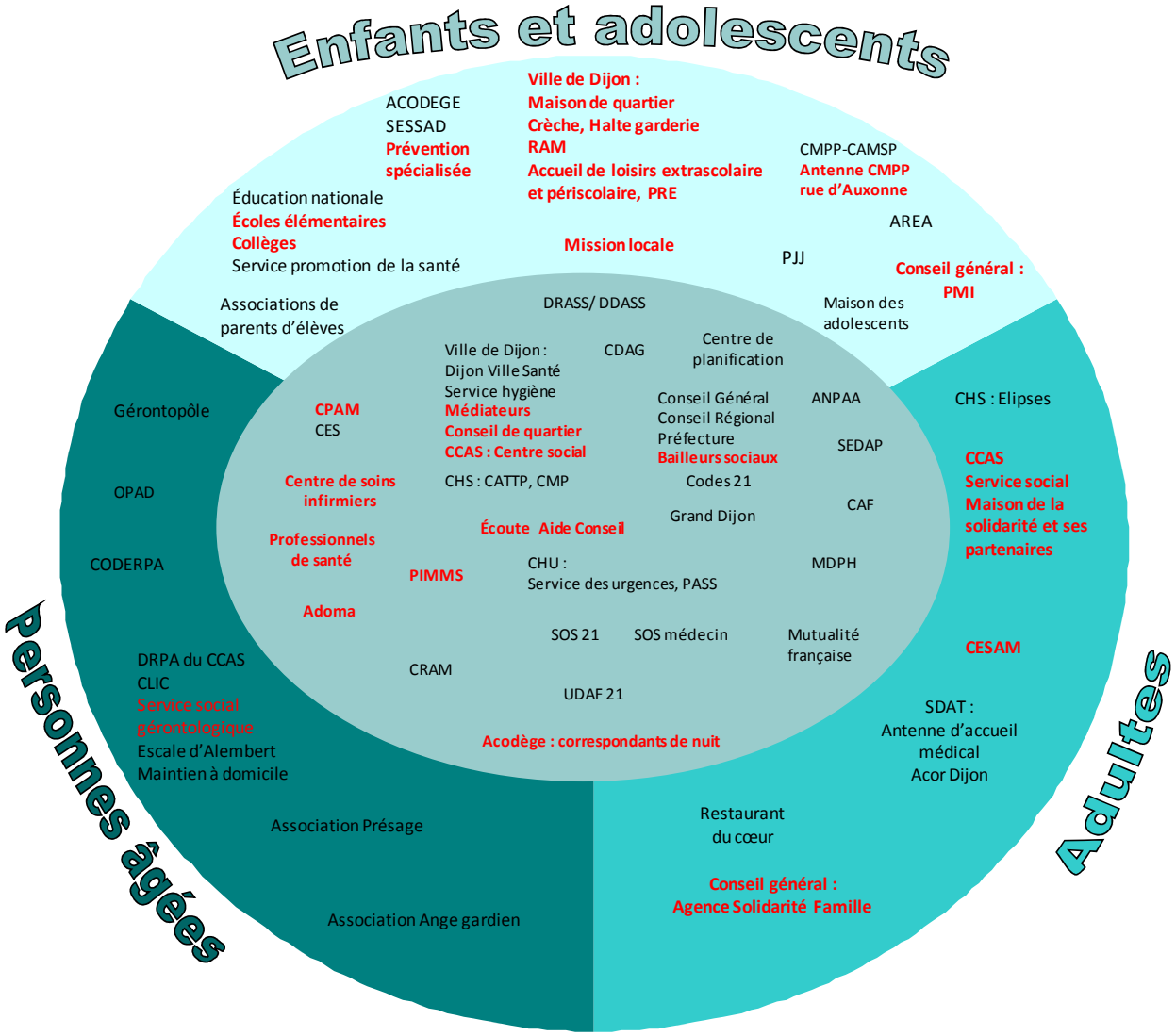
Ce réseau fait partie de l'unité gérontologique, financée par la DDASS, le CHU et le Conseil général. Il est constitué d'un médecin, une psychologue et une infirmière coordinatrice, qui répondent aux urgences 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 sur l'ensemble de la ville de Dijon. Cela permet a minima de désencombrer les urgences hospitalières, en évitant l'hospitalisation systématique des personnes âgées. Toutefois la réduction des financements a entraîné une réduction de leurs interventions au domicile des personnes âgées.

4. LES PARTENARIATS

Les figures 1 et 2 présentent les professionnels, associations…, susceptibles d'être mobilisés dans le cadre d'un programme d'actions de santé dans chacun des quartiers "politique de la ville" de Dijon concernant les trois groupes d'âge : enfants et adolescents, adultes, personnes âgées, et communs à tous.

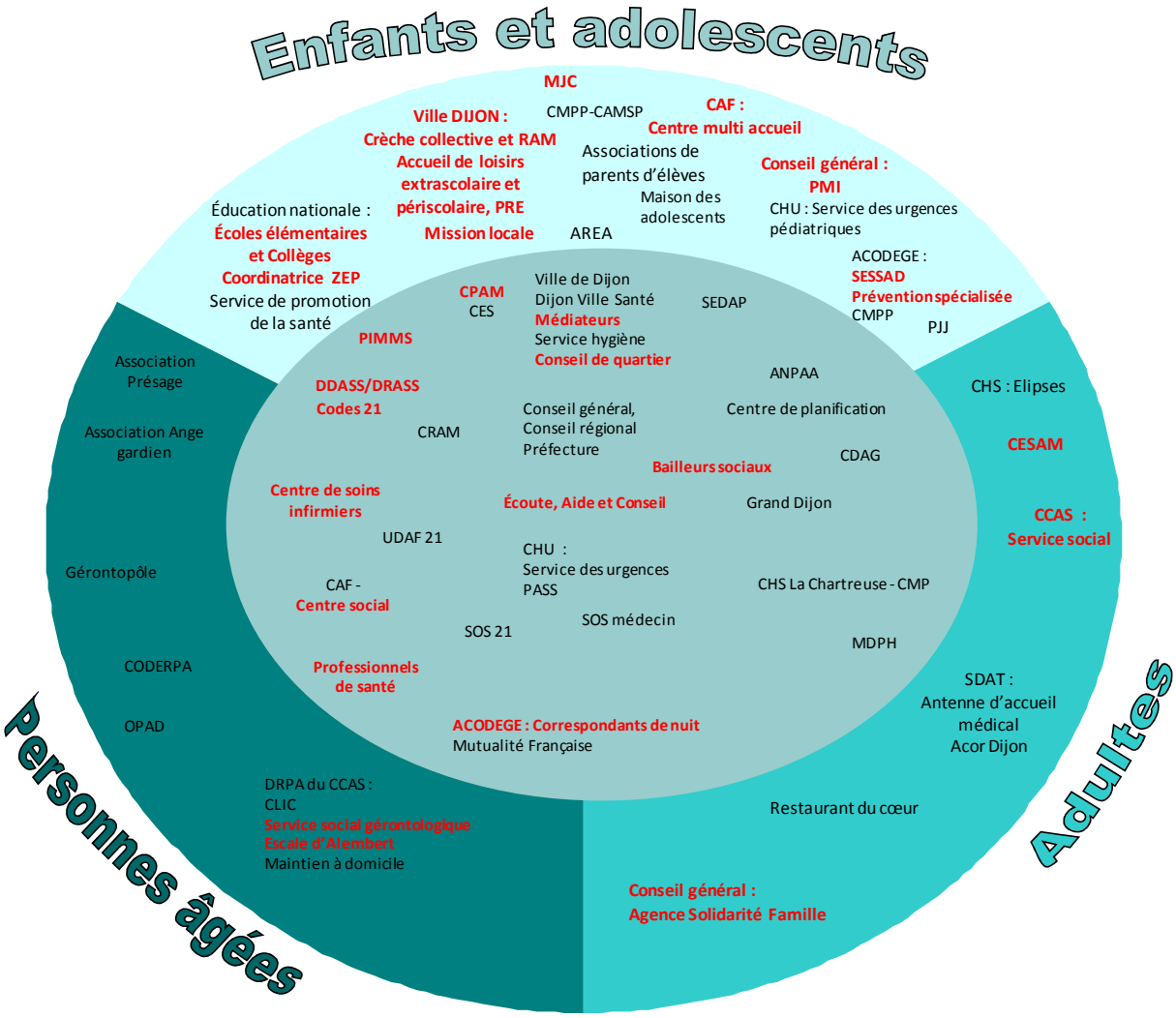
Ce recensement réalisé dans le cadre du recueil d'informations du diagnostic santé est susceptible d'être complété dans les phases ultérieures du programme territorialisé de santé.

Figure 1 : Carte partenariale sur le quartier de Fontaine d'Ouche



Légende :
Parmi les partenaires pouvant être mobilisés, apparaissent en rouge ceux localisés géographiquement sur les quartiers (structures, permanences, antennes, instances...) et/ou ceux y assurant une intervention spécifique.

Figure 2 : Carte partenariale sur le quartier des Grésilles



Légende :
Parmi les partenaires pouvant être mobilisés, apparaissent en rouge ceux localisés géographiquement sur les quartiers (structures, permanences, antennes, instances...) et/ou ceux y assurant une intervention spécifique.

PERSPECTIVES : LA DÉMARCHE DE PROGRAMMATION

La Ville de Dijon a souhaité faire de la **santé** une question centrale de la politique municipale, en développant très tôt de nombreuses actions de prévention au travers de son service Dijon Ville Santé, en s'inscrivant dans le Réseau français des Villes Santé de l'OMS, et en recrutant début 2009 une coordinatrice pour la mise en œuvre de l'Atelier Santé Ville.

Le **diagnostic santé** confié à l'ORS en 2009 prend sa place dans la phase d'analyse de la situation avant l'organisation pratique de l'Atelier Santé Ville**.** Il s'agit de concevoir, à l'échelle des deux quartiers prioritaires de la "politique de la ville", un programme territorialisé de santé, adapté aux problématiques des habitants. Les objectifs sont de "*rapprocher les acteurs et professionnels de la santé avec ceux de la "politique de la ville" pour définir une stratégie commune favorisant l'accès aux soins et la baisse des inégalités territoriales*". La démarche a par ailleurs vocation à s'élargir par la suite aux communes du Grand Dijon.

La Ville de Dijon présentait au début des années 2000 une situation socio-sanitaire plutôt favorable. Certains indicateurs récents font s'interroger sur la pérennité des avantages en termes d'état de santé observés auparavant. Cette interrogation renvoie à la vulnérabilité croissante d'une partie de la population et l'existence de besoins de santé non couverts, notamment dans les quartiers en difficultés, du fait de freins à l'accès aux soins d'ordre économique et socioculturel.

Le diagnostic a permis d'identifier l'état de l'offre, ainsi que les besoins/carences/demandes identifiés en matière de santé au sens large. Dans le délai imparti, les données quantitatives ont été recueillies à partir de diverses sources, plus ou moins précises, et à des échelons géographiques variables. Des données sociodémographiques utiles à la compréhension des déterminants de la santé sont recueillies chaque année à l'échelle des quartiers dans le cadre de l'analyse des besoins sociaux. Dans le domaine de la santé, les données ainsi disponibles sont très restreintes. Dans les suites de ce travail, il peut être envisagé l'enrichissement de ce système d'information (par exemple sur les admissions en affections de longue durée, la consommation de traitements traceurs de pathologies fréquentes et invalidantes). Par ailleurs, des réseaux plus ou moins formels, des partages de savoir faire et des échanges de pratique, méritent d'être rendus visibles et communiqués aux acteurs concernés (personnes ressources et population) avec des moyens adaptés.

Cet **état des lieux** a été présenté à l'ensemble des acteurs concernés réunis dans le comité de pilotage élargi pour qu'ils l'amendent et le valident (septembre 2009). Ils ont ensuite été invités à **définir des priorité**s, puis **des objectifs** en prenant en compte l'importance du problème, sa perception par les acteurs concernés et la faisabilité d'actions locales permettant d'y répondre (octobre 2009).

Ces premiers éléments ont été présentés au comité de pilotage restreint qui les a complétés (novembre 2009). Le travail, poursuivi en groupes thématiques, doit conduire, début 2010, à l'élaboration du programme territorialisé de santé correspondant aux objectifs, qui, une fois validé par le comité de pilotage restreint, sera développé dans le cadre de l'Atelier Santé Ville de Dijon.

ANNEXE : ACTUALISATION DES RÉSULTATS DU RP EN 2006

(NOTAMMENT UTILISÉS DANS LA SYNTHÈSE DU RAPPORT)

Population par âge dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon, et la commune, en 2006

Libellé de l'IRIS	Pop 0-2 ans en 2006 (princ)	Pop 3-5 ans en 2006 (princ)	Pop 6-10 ans en 2006 (princ)	Pop 11-17 ans en 2006 (princ)	Pop 18-24 ans en 2006 (princ)	Pop 25-39 ans en 2006 (princ)	Pop 40-54 ans en 2006 (princ)	Pop 55-64 ans en 2006 (princ)	Pop 65-79 ans en 2006 (princ)	Pop 80 ans ou plus en 2006 (princ)	Population en 2006 (princ)
Tire Pesseau	52	45	85	91	153	386	399	299	361	143	2 013
Le Lac	129	185	296	328	223	541	556	310	161	40	2 770
Edouard Belin	161	147	264	359	302	581	592	274	158	48	2 887
Champ Perdrix	72	71	98	161	193	364	418	236	250	95	1 958
Fontaine d'Ouche	**415**	**447**	**743**	**938**	**871**	**1 871**	**1 965**	**1 119**	**931**	**326**	**9 628**
York	92	74	61	120	316	523	489	166	297	249	2 387
Locheres	70	43	44	133	431	286	262	197	155	70	1 690
Gresilles Centre	104	83	121	218	394	416	350	236	160	35	2 119
Castelnau	37	23	28	55	110	131	112	53	75	15	639
Grésilles	**303**	**222**	**254**	**526**	**1 251**	**1 356**	**1 213**	**653**	**687**	**369**	**6 834**
Dijon	***4 775***	***4 199***	***6 282***	***9 514***	***28 332***	***33 352***	***26 842***	***14 705***	***15 273***	***8 231***	***151 504***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

Proportion de la population par âge dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune, en 2006

Libellé de l'IRIS	Pop 0-2 ans en 2006 (princ)	Pop 3-5 ans en 2006 (princ)	Pop 6-10 ans en 2006 (princ)	Pop 11-17 ans en 2006 (princ)	Pop 18-24 ans en 2006 (princ)	Pop 25-39 ans en 2006 (princ)	Pop 40-54 ans en 2006 (princ)	Pop 55-64 ans en 2006 (princ)	Pop 65-79 ans en 2006 (princ)	Pop 80 ans ou plus en 2006 (princ)	Population en 2006 (princ)
Tire Pesseau	2,6%	2,3%	4,2%	4,5%	7,6%	19,2%	19,8%	14,9%	17,9%	7,1%	100,0%
Le Lac	4,7%	6,7%	10,7%	11,8%	8,1%	19,5%	20,1%	11,2%	5,8%	1,5%	100,0%
Edouard Belin	5,6%	5,1%	9,2%	12,4%	10,5%	20,1%	20,5%	9,5%	5,5%	1,7%	100,0%
Champ Perdrix	3,7%	3,6%	5,0%	8,2%	9,9%	18,6%	21,4%	12,1%	12,8%	4,8%	100,0%
Fontaine d'Ouche	**4,3%**	**4,6%**	**7,7%**	**9,7%**	**9,1%**	**19,4%**	**20,4%**	**11,6%**	**9,7%**	**3,4%**	**100,0%**
York	3,9%	3,1%	2,5%	5,0%	13,2%	21,9%	20,5%	7,0%	12,4%	10,4%	100,0%
Locheres	4,1%	2,5%	2,6%	7,9%	25,5%	16,9%	15,5%	11,7%	9,1%	4,1%	100,0%
Gresilles Centre	4,9%	3,9%	5,7%	10,3%	18,6%	19,6%	16,5%	11,2%	7,6%	1,7%	100,0%
Castelnau	5,7%	3,5%	4,4%	8,6%	17,2%	20,5%	17,5%	8,3%	11,8%	2,4%	100,0%
Grésilles	**4,4%**	**3,3%**	**3,7%**	**7,7%**	**18,3%**	**19,8%**	**17,7%**	**9,6%**	**10,1%**	**5,4%**	**100,0%**
Dijon	***3,2%***	***2,8%***	***4,1%***	***6,3%***	***18,7%***	***22,0%***	***17,7%***	***9,7%***	***10,1%***	***5,4%***	***100,0%***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

Proportion de la population par groupe d'âge quinquennal dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune, en 2006

Libellé de l'IRIS	Pop 0-14 ans en 2006 (princ)	Pop 15-29 ans en 2006 (princ)	Pop 30-44 ans en 2006 (princ)	Pop 45-59 ans en 2006 (princ)	Pop 60-74 ans en 2006 (princ)	Pop 75 ans ou plus en 2006 (princ)	Population en 2006 (princ)
Tire Pesseau	11,2%	16,6%	19,2%	21,4%	19,9%	11,7%	100,0%
Le Lac	29,0%	18,3%	21,8%	18,8%	8,7%	3,4%	100,0%
Edouard Belin	26,1%	22,8%	20,6%	19,2%	8,2%	3,2%	100,0%
Champ Perdrix	16,8%	20,6%	19,3%	21,9%	12,2%	9,3%	100,0%
Fontaine d'Ouche	**21,9%**	**19,8%**	**20,4%**	**20,1%**	**11,6%**	**6,3%**	**100,0%**
York	12,0%	23,2%	19,9%	19,3%	10,4%	15,3%	100,0%
Locheres	12,8%	37,0%	13,6%	17,7%	13,1%	5,8%	100,0%
Gresilles Centre	20,2%	30,1%	17,2%	18,5%	10,3%	3,6%	100,0%
Castelnau	17,6%	30,9%	17,3%	16,2%	14,4%	3,6%	100,0%
Grésilles	**15,2%**	**29,5%**	**17,3%**	**18,4%**	**11,4%**	**8,2%**	**100,0%**
Dijon	***13,5%***	***30,6%***	***18,8%***	***17,7%***	***10,7%***	***8,8%***	***100,0%***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

Population dans les résidences principales selon le statut d'occupation des logements dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune, en 2006

Libellé de l'IRIS	Rés princ occupées Propriétaires en 2006 (princ)	Rés princ occupées Locataires en 2006 (princ)	total rés. Principales occupées	% Propriétaires	% locataires
Tire Pesseau	540	641	1 181	45,7%	54,3%
Le Lac	4	1 080	1 084	0,4%	99,6%
Edouard Belin		1 034	1 034	0,0%	100,0%
Champ Perdrix	671	188	859	78,1%	21,9%
Fontaine d'Ouche	**1 215**	**2 943**	**4 158**	**29,2%**	**70,8%**
York	552	577	1 128	48,9%	51,1%
Locheres	69	802	871	7,9%	92,1%
Gresilles Centre	8	745	753	1,1%	98,9%
Castelnau	26	226	252	10,4%	89,6%
Grésilles	**655**	**2 350**	**3 005**	**21,8%**	**78,2%**
Dijon	***32 825***	***41 055***	***73 880***	***44,4%***	***55,6%***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

Taux de scolarisation de la population jeune dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune, en 2006

Libellé de l'IRIS	Pop scolarisée 2-5 ans en 2006 (princ)	Pop scolarisée 6-14 ans en 2006 (princ)	Pop scolarisée 15-17 ans en 2006 (princ)	Pop scolarisée 18-24 ans en 2006 (princ)	Pop scolarisée 25-29 ans en 2006 (princ)	Pop scolarisée 30 ans ou plus en 2006 (princ)
Tire Pesseau	66,7%	97,2%	100,0%	41,5%	11,5%	0,7%
Le Lac	83,6%	95,3%	100,0%	29,6%	2,5%	0,8%
Edouard Belin	73,0%	98,3%	97,4%	46,9%	9,3%	1,3%
Champ Perdrix	74,5%	96,0%	100,0%	47,9%	8,8%	1,0%
Fontaine d'Ouche	**77,0%**	**96,7%**	**98,9%**	**41,7%**	**8,0%**	**0,9%**
York	79,6%	94,5%	100,0%	47,0%	10,9%	0,9%
Locheres	70,4%	98,2%	87,1%	77,3%	15,5%	2,0%
Gresilles Centre	58,1%	96,0%	92,9%	59,1%	9,1%	1,1%
Castelnau	52,8%	100,0%	86,2%	28,5%	12,2%	1,6%
Grésilles	**66,7%**	**96,5%**	**92,1%**	**59,6%**	**11,7%**	**1,2%**
Dijon	***72,3%***	***98,4%***	***96,2%***	***70,8%***	***16,4%***	***1,6%***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

Répartition en % de la population de 15 ans ou plus non scolarisée, selon le niveau de diplôme, dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune, en 2006

Libellé de l'IRIS	Pop 15 ans ou plus non scol. Sans diplôme en 2006 (princ)	Pop 15 ans ou plus non scol. CEP en 2006 (princ)	Pop 15 ans ou plus non scol. BEPC, brevet collèges en 2006 (princ)	Pop 15 ans ou plus non scol. CAP-BEP en 2006 (princ)	Pop 15 ans ou plus non scol. BAC-BP en 2006 (princ)	Pop 15 ans ou plus non scol. BAC+2 en 2006 (princ)	Pop 15 ans ou plus non scol. Sup. BAC+2 en 2006 (princ)	Pop 15 ans ou plus non scolarisée en 2006 (princ)
Tire Pesseau	16,8%	17,6%	9,0%	27,7%	14,3%	8,4%	6,2%	100,0%
Le Lac	29,3%	14,6%	4,5%	29,9%	12,4%	6,0%	3,3%	100,0%
Edouard Belin	42,6%	7,6%	7,5%	27,9%	7,9%	4,1%	2,4%	100,0%
Champ Perdrix	17,5%	14,2%	8,7%	27,8%	14,8%	9,2%	7,7%	100,0%
Fontaine d'Ouche	**27,2%**	**13,4%**	**7,4%**	**28,4%**	**12,2%**	**6,8%**	**4,7%**	**100,0%**
York	22,6%	12,5%	7,8%	27,3%	13,8%	8,6%	7,5%	100,0%
Locheres	49,9%	10,3%	4,5%	19,5%	8,3%	5,0%	2,5%	100,0%
Gresilles Centre	54,0%	6,8%	2,8%	20,4%	7,6%	4,5%	3,9%	100,0%
Castelnau	47,6%	11,3%	3,5%	22,3%	9,1%	3,6%	2,6%	100,0%
Grésilles	**40,0%**	**10,2%**	**5,2%**	**23,1%**	**10,3%**	**6,2%**	**4,9%**	**100,0%**
Dijon	***15,3%***	***9,7%***	***6,4%***	***21,0%***	***16,2%***	***14,3%***	***17,1%***	***100,0%***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

Répartition en % des ménages selon que les membres vivent seuls, en famille, en couple ou en famille monoparentale, dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune en 2006

Libellé de l'IRIS	Ménages 1 personne en 2006 (compl)	Ménages Hommes seuls en 2006 (compl)	Ménages Femmes seules en 2006 (compl)	Ménages Autres sans famille en 2006 (compl)	Ménages avec famille(s) en 2006 (compl)	Mén fam princ Couple sans enfant en 2006 (compl)	Mén fam princ Couple avec enfant(s) en 2006	Mén fam princ Famille mono en 2006	Ménages en 2006 (compl)
Tire Pesseau	53,8%	21,0%	32,8%	3,1%	43,1%	25,5%	10,9%	6,7%	100,0%
Le Lac	31,3%	14,2%	17,0%	1,5%	67,2%	13,4%	31,1%	22,7%	100,0%
Edouard Belin	25,9%	10,0%	15,9%	2,6%	71,5%	15,2%	35,2%	21,1%	100,0%
Champ Perdrix	35,4%	11,0%	24,4%	1,9%	62,6%	24,0%	27,2%	11,5%	100,0%
Fontaine d'Ouche	**37,3%**	**14,5%**	**22,8%**	**2,3%**	**60,4%**	**19,5%**	**25,5%**	**15,4%**	**100,0%**
York	41,3%	14,6%	26,7%	10,4%	48,2%	22,8%	16,2%	9,3%	100,0%
Locheres	57,2%	23,5%	33,8%	2,6%	40,2%	17,6%	17,2%	5,4%	100,0%
Gresilles Centre	30,2%	13,2%	17,0%	8,7%	61,1%	18,0%	25,9%	17,2%	100,0%
Castelnau	38,2%	14,5%	23,6%	1,7%	60,1%	21,8%	28,0%	10,3%	100,0%
Grésilles	**42,8%**	**16,8%**	**26,0%**	**7,0%**	**50,2%**	**20,0%**	**19,9%**	**10,3%**	**100,0%**
Dijon	***48,8%***	***19,4%***	***29,4%***	***4,3%***	***46,9%***	***22,9%***	***16,9%***	***7,2%***	***100,0%***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

Activité professionnelle et chômage dans la population de 15-64 ans des quartiers "politique de la ville" de Dijon et de la commune, en 2006

Libellé de l'IRIS	Pop 15-64 ans en 2006 (princ)	Actifs 15-64 ans en 2006 (princ)	taux d'activité pop15-64 ans	Chômeurs 15-64 ans en 2006 (princ)	taux de chômage RP 2006
Tire Pesseau	1 284	952	74,1%	115	12,0%
Le Lac	1 766	1 238	70,1%	297	24,0%
Edouard Belin	1 926	1 331	69,1%	403	30,3%
Champ Perdrix	1 285	943	73,4%	125	13,2%
Fontaine d'Ouche	**6 261**	**4 463**	**71,3%**	**939**	**21,0%**
York	1 555	1 198	77,1%	131	10,9%
Locheres	1 250	670	53,6%	198	29,5%
Gresilles Centre	1 496	889	59,5%	289	32,5%
Castelnau	436	286	65,6%	133	46,6%
Grésilles	**4 736**	**3 044**	**64,3%**	**751**	**24,7%**
Dijon	***107 591***	***73 454***	***68,3%***	***7 381***	***10,0%***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

Population active selon les groupes socioprofessionnels dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune en 2006

Libellé de l'IRIS	Actifs occ 15-64 ans Agriculteurs exploitants en 2006 (compl)	Actifs occ 15-64 ans Artisans, Comm., Chefs entr. en 2006 (compl)	Actifs occ 15-64 ans Cadres Prof. intel. sup. en 2006 (compl)	Actifs occ 15-64 ans Prof. intermédiaires en 2006 (compl)	Actifs occupés 15-64 ans Employés en 2006 (compl)	Actifs occupés 15-64 ans Ouvriers en 2006 (compl)	Actifs occupés 15-64 ans en 2006 (compl)
Tire Pesseau	0,0%	3,7%	7,4%	24,2%	37,1%	27,5%	100,0%
Le Lac	0,0%	0,8%	0,8%	8,6%	47,1%	42,6%	100,0%
Edouard Belin	0,0%	3,7%	1,1%	9,1%	44,1%	42,1%	100,0%
Champ Perdrix	0,0%	4,4%	6,7%	20,6%	35,5%	32,9%	100,0%
Fontaine d'Ouche	**0,0%**	**3,1%**	**3,8%**	**15,2%**	**41,2%**	**36,6%**	**100,0%**
York	0,0%	3,4%	8,2%	18,0%	36,8%	33,6%	100,0%
Locheres	0,0%	1,8%	3,2%	13,2%	34,5%	47,3%	100,0%
Gresilles Centre	0,0%	1,5%	4,0%	10,6%	36,9%	46,9%	100,0%
Castelnau	0,0%	3,2%	5,1%	14,4%	35,4%	41,8%	100,0%
Grésilles	**0,0%**	**2,6%**	**5,8%**	**14,8%**	**36,3%**	**40,5%**	**100,0%**
Dijon	***0,1%***	***3,9%***	***19,2%***	***29,5%***	***28,9%***	***18,4%***	***100,0%***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

Salariés et non salariés, ensemble emploi salarié précaire et % dans l'emploi salarié, dans les quartiers "politique de la ville" de Dijon et la commune en 2006

Libellé de l'IRIS	Non salariés 15 ans ou plus en 2006 (princ)	Salariés 15 ans ou plus en 2006 (princ)	Actifs occupés 15 ans ou plus en 2006 (princ)	total emplois salariés précaires	% emploi salarié précaire
Tire Pesseau	43	797	840	232	29,1%
Le Lac	20	922	941	408	44,3%
Edouard Belin	59	869	928	431	49,6%
Champ Perdrix	49	785	834	263	33,5%
Fontaine d'Ouche	**170**	**3 373**	**3 542**	**1 334**	**39,5%**
York	36	1 043	1 079	399	38,3%
Locheres	24	451	475	261	58,0%
Gresilles Centre	19	586	605	321	54,8%
Castelnau	7	146	153	88	60,1%
Grésilles	**86**	**2 226**	**2 311**	**1 069**	**48,0%**
Dijon	***5 262***	***61 362***	***66 624***	***22 249***	***36,3%***

Source : Insee (RP 2006), exploitation ORS

SIGLAIRE

AAH	Allocation adultes handicapés
ABS	Analyse des besoins sociaux
ACODEGE	Association Côte-d'Orienne de développement et de gestion
AGGIR	Autonomie gérontologie groupes iso-ressources
ALF	Allocation de logement familial
ALD	Affection de longue durée
ALS	Allocation de logement sociale
APL	Aide personnalisée au logement
ANPAA	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANPE	Agence nationale pour l'emploi
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
API	Allocation parent isolé
AREA	Accueil recherche écoute adolescents
ASV	Atelier santé ville
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BEPC	Brevet d'études du premier cycle
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CDD	Contrat à durée déterminée
CEP	Certificat d'études primaires
CES	Centre d'examens de santé
CFA	Centre de formation d'apprentis
CG	Conseil général
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIV	Comité interministériel des villes
CLIC	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
CODES	Comité départemental d'éducation pour la santé
CORES	Collège régional d'éducation pour la santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DEFM	Demandeurs d'emploi en fin de mois
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGI	Direction générale des impôts
DIV	Délégation interministérielle à la ville
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRPA	Direction des retraités et des personnes âgées (du CCAS de Dijon)
EAC	Écoute aide et conseil
EHPAD	Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
FEDOSAD	Fédération Dijonnaise des œuvres de soutien à domicile
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GINE	Grossesses interrompues, non prévues ou évitées
GIP	Groupement d'intérêt public
GIR	Groupe iso-ressources
HLM	Habitation à loyer modéré
IA	Inspection académique
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRIS	Îlots regroupés pour l'information statistique
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MJC	Maison des jeunes et de la culture
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONZUS	Observatoire national des zones urbaines sensibles
OPAD	Office des personnes âgées de Dijon
ORS	Observatoire régional de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PIMMS	Point d'information et de médiation multi services
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PRE	Programme de réussite éducative
PUF	Presses universitaires de France
QT	Quartier
RAM	Relais assistantes maternelles
RMI	Revenu minimum d'insertion
RP	Recensement de la population
RSI	Régime social des indépendants
SEDAP	Société d'entraide et d'action psychologique
SDAT	Société Dijonnaise de l'assistance par le travail
SESSAD	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
TSM	Taux standardisé de mortalité

UDAF	Union départementale des associations familiales
UNAFAM	Union nationale des amis et des familles de malades psychiques
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
ZEP	Zone d'éducation prioritaire
ZUS	Zone urbaine sensible