

2020

# Diagnostic Territorial Atelier Santé Ville de Vallauris Inégalités sociales de santé



# SOMMAIRE

<b>OBJECTIFS DE L'ETUDE.....</b>	<b>1</b>
----------------------------------	----------

<b>LES METHODES ET LES ETAPES .....</b>	<b>3</b>
---	----------

1.1	UNE ANALYSE TERRITORIALE « POPULATION-SANTE » .....	4
1.2	LE PARTENARIAT SUR LE TERRITOIRE.....	4
1.3	LE RECUEIL DES BESOINS DU POINT DE VUE DE LA POPULATION .....	5
1.3.1	<i>La création d'un focus-group « participatif » à partir du Pôle santé-solidarité .....</i>	<i>5</i>
1.3.2	<i>Le questionnaire destiné à la population .....</i>	<i>6</i>

<b>ANALYSE DU TERRITOIRE ET DES INEGALITES DE SANTE.....</b>	<b>7</b>
--	----------

2.1	LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET TERRITORIALES .....	8
2.2	DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE : LA SITUATION DES HABITANTS DE VALLAURIS.....	12

<b>ANALYSE DES ENTRETIENS PARTENAIRES .....</b>	<b>22</b>
---	-----------

3.1	LES ENTRETIENS AUPRES DE PARTENAIRES IDENTIFIES SUR LE TERRITOIRE .....	23
3.2	LA PRECARITE AU CENTRE DES PREOCCUPATIONS DES PARTENAIRES DE L'ALFAMIF .....	23
3.3	LES DISCRIMINATIONS DANS L'ACCES AUX SOINS DES PLUS VULNERABLES.....	25
3.4	LES INEGALITES FACE AUX DEMARCHES ADMINISTRATIVES .....	27
3.5	Une augmentation des troubles psychiques et du comportement .....	29
3.6	LA SANTE DES JEUNES .....	30
3.7	LA SEXUALITE DES JEUNES EN QUESTION : LA NECESSITE DE METTRE EN PLACE DES ACTIONS DE PREVENTION.....	32
3.8	LA SANTE : UN PROBLEME SOCIAL DIT « PARTAGE ».....	34

<b>ANALYSE DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE .....</b>	<b>36</b>
---	-----------

4.1	L'ECHANTILLON ET LE MODE DE PASSATION .....	37
4.2	LES AIDES ET LES DROITS.....	39
4.3	L'ACCES ET LE RENONCEMENT AUX SOINS.....	40
4.4	LE POINT DE VUE DE LA POPULATION SUR L'OFFRE .....	46

<b>LES PRECONISATIONS ET ACTIONS A MENER.....</b>	<b>48</b>
---	-----------

## ANNEXES

I.	RÉPERTOIRE DES RESSOURCES MÉDICALES ET MÉDICO SOCIALES SUR LE TERRITOIRE DE VALLAURIS .....	I
II.	GUIDE D'ENTRETIEN PARTENAIRES.....	IX
III.	QUESTIONNAIRE POPULATION .....	XI
IV.	GRAPHIQUES ET TABLEAUX ISSUS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE .....	XVI



# OBJECTIFS DE L'ETUDE

Ce document se veut être un diagnostic territorial partagé dans le cadre de l'Atelier Santé Ville.

Au carrefour des politiques publiques de santé et des politiques de la ville, nous interrogerons la question des inégalités sociales de santé ainsi que les inégalités sociales d'accès aux soins.

L'objectif principal est de mieux connaître le territoire dans ses différentes dimensions (besoins, partenariat, offre) dans l'objectif d'améliorer la coordination locale.

Cette étude visera à :

- Décrire la population et ses évolutions sur le territoire (données socio-démographiques)
- Décrire les problématiques de santé sur le territoire concerné
- Recenser les différents acteurs intervenants dans le champ de la santé et de la précarité (ou au carrefour de ces deux champs)
- Recueillir le point de vue d'acteurs locaux sur les inégalités sociales de santé et d'accès
- Recueillir les besoins du point de vue de la population
- Associer les habitants à la démarche d'enquête

Pour cela le travail se déclinera autour de 3 axes décrits dans la partie « Les étapes » :

- Une analyse territoriale « population-santé »
- Le partenariat sur le territoire
- Le recueil des besoins du point de vue de la population

# Les méthodes et les étapes

## 1.1 Une analyse territoriale « population-santé »

Comparativement au diagnostic formulé en 2008 sur le territoire de Vallauris, de nouveaux outils sont apparus qui permettent de faire une analyse du territoire sur un nombre important d'indicateurs.

Nous avons démarré notre méthodologie d'analyse en dressant un portrait du territoire (au niveau communal pour de nombreux indicateurs et parfois infra-communal pour quelques indicateurs) sur différents domaines qu'il peut être intéressant de croiser et de comparer à des moyennes départementales (ou régionales), à l'aide du Système d'information régional en santé<sup>1</sup> (SIRSé Paca).

L'intérêt de cet outil est de pouvoir faire une analyse du territoire, à l'aide de tableaux de données, exportables sous Excel sur plusieurs années pour mesurer des évolutions ou sous forme de cartes interactives pour une meilleure lisibilité et d'ainsi disposer d'informations sur la santé à l'échelle du territoire infra régional.

Ces indicateurs sont présentés sous formes cartographiques mais aussi sous forme de tableaux dont les données sont extraites. Ils permettraient dans le cadre de ce diagnostic non seulement de préciser les grandes données socio démographiques du territoire, mais aussi comme on peut le voir, de formuler des indicateurs directement liés à la santé et à la précarité (autant du point de vue de « prévalences » de certaines problématiques de santé comme du point de vue de l'offre de soins).

Cette première étape pose les bases d'un portrait détaillé du territoire dans ses différentes dimensions. Ces éléments sont présentés dans la partie 2.

## 1.2 Le partenariat sur le territoire

Cette seconde étape est liée à certains indicateurs déjà identifiés dans la partie précédente concernant l'offre de soins. Il s'agit de prendre en compte, comme cela a été fait en 2008, les différents partenaires sur le territoire concerné.

Dans un premier temps un annuaire a été réalisé (annexe 1). Ce recensement (ou cette mise à plat) va certes nourrir le diagnostic mais aussi devenir un potentiel outil pour le pôle santé-solidarités, mais aussi éventuellement pour d'autres acteurs de la politique de la ville œuvrant au carrefour des problématiques de santé et de précarité.

Dans le précédent diagnostic, une enquête par entretiens a été menée avec les différents partenaires. Nous avons reproduit cette démarche auprès d'un certain nombre de partenaires (n=10).

La sélection des partenaires que nous avons rencontrés (5 entretiens réalisés par l'ALFAMIF et 5 entretiens réalisés par l'IESTS) a fait l'objet d'une décision en comité de pilotage. Les précédents entretiens (en 2008) étaient exhaustifs, et visaient notamment à récolter des données d'ordre général en plus des points de vue sur les questions de santé. En ce qui nous concerne nous avons privilégié les questions de santé (voir guide d'entretiens partenaires en annexe 2). Les résultats de l'analyse en cours sont présentés en partie 4 de ce document.

---

<sup>1</sup> SIRSé a pour objectif de donner accès à des informations sur l'état de santé de la population nationale et certains déterminants à l'échelle de différentes zones géographiques et de réaliser des portraits de territoire.

### 1.3 Le recueil des besoins du point de vue de la population

Les données de l'ORS (Observatoire régional de la santé) fournissent déjà un ensemble d'éléments concernant les besoins de la population, et ses éventuelles particularités au regard d'autres territoires. Toutefois ces données comportent des limites. En effet, comme nous l'avons déjà mentionné, les indicateurs sont souvent disponibles au niveau communal, mais assez peu le sont à un niveau infra-communal. Autrement dit, il est difficile de repérer des besoins qui pourraient être spécifiques à certains territoires (Quartiers Politique de la Ville par exemple, qui sont particulièrement ciblés dans la démarche Atelier Santé Ville). Nous mettrons bien évidemment en lien les besoins repérés de manière générale avec l'offre qui sera particulièrement étudiée dans la seconde partie (« Le partenariat sur le territoire »). Toutefois, la tension entre des besoins généraux, d'une part, et l'offre de soins disponible d'autre part, ne peut constituer, à elle seule et de notre point de vue, un véritable diagnostic partagé. Les données générales sur les besoins sont bien souvent le reflet d'une activité de soins (certes réelle), mais qui occulte parfois les difficultés de recours ou d'accès. De fait, il nous semble essentiel de recueillir le point de vue des personnes concernées.

Associer les personnes concernées à l'enquête peut se faire à différents niveaux de participation : l'information, la consultation, la concertation (ou la co-construction), et la codécision. Nous proposons deux méthodologies d'enquête auprès de la population qui se situeront donc au niveau de la « consultation » (un questionnaire dans une approche quantitative). Nous avons aussi proposé la création d'un *focus group* « participatif », qui sera le fil conducteur de la mise en œuvre des méthodologies de consultation mais aussi de traitement des données ; ce *focus group* se situe à un niveau de concertation. Enfin, la codécision reste dévolue au COPIL.

#### 1.3.1 La création d'un focus-group « participatif » à partir du Pôle santé-solidarité

En nous appuyant sur le souhait de l'association ALFAMIF, nous avons créé conjointement un focus group « participatif » dans l'objectif de co-construire les outils d'enquêtes avec les chargés d'étude, mais aussi d'échanger sur les résultats et sur des préconisations.

Le *focus group* est une technique d'entretien de groupe qui permet d'aborder des sujets précis et ciblés. Elle est particulièrement recommandée lorsqu'il s'agit de faire émerger une pluralité d'opinions, des différences de perspectives et faire émerger des idées par un processus d'interaction entre les participants, mais pas nécessairement pour aboutir à un consensus. Ici, nous détournons légèrement la technique puisque l'objectif est d'aller vers la construction collective des outils d'enquête (et donc de glisser d'une simple logique de consultation à une logique de co-construction).

Ce groupe a été constitué au maximum de huit personnes (hors chargés d'étude) ; il a été proposé aux personnes se rendant au Pôle Santé Solidarité d'ALFAMIF de participer à ce groupe. En effet, il s'agit de s'appuyer sur les savoirs expérimentiels de ces personnes. Or, le fait de se rendre à ce Pôle constitue de fait un parcours dans l'accès aux soins (quelle que soient sa nature et sa durée).

Nous avons envisagé 5 temps répartis en 7 demi-journées (les 3 premiers temps sont déjà réalisés à ce jour) :

- Échanges sur les problématiques d'accès, supports aux propositions des outils pour les chargés d'étude (2 demi-journées espacées d'au moins une semaine)
- Présentation d'un questionnaire et échanges avec le *focus group* pour modifications, améliorations, etc. (Une demi-journée)
- Présentation de la grille d'entretien et échanges avec le *focus group* pour modifications, améliorations, etc. (Une demi-journée)
- Présentation des résultats de l'enquête et échanges pour partage des analyses (deux demi-journées)
- Préconisations formulées par le *focus group* (une demi-journée)

Le *focus group* pourra être associé aux différents temps de restitution et de communication des résultats, afin de ne pas limiter la participation à sa dimension *instrumentale*.

### 1.3.2 Le questionnaire destiné à la population

Afin d'obtenir une image la plus « représentative » des publics, de leurs usages et de leurs attentes, nous avons mis en œuvre un questionnaire à destination de la population. Les thèmes abordés sont relatifs à la couverture santé, à l'accès aux droits, l'accès et le renoncement aux soins, ainsi que le point de vue sur l'offre.

Le questionnaire est consultable en annexe III.

Il a été diffusé à certains partenaires de l'ALFAMIF pour la passation auprès de la population. Nous avons ainsi récolté 82 réponses qui apportent des éléments complémentaires au diagnostic. Les premiers résultats sont présentés en partie 5 de ce document.

# ANALYSE DU TERRITOIRE ET DES INEGALITES DE SANTE

## 2.1 Les inégalités sociales de santé et territoriales

Depuis 1950, l'espérance de vie des Français ne cesse d'augmenter. En 2018, l'espérance de vie d'une femme s'élevait à 85,4 années et à 79,5 ans pour un homme<sup>2</sup>. Cette avancée peut être allouée aux progrès de la médecine et au système de santé français, considéré comme l'un des meilleurs au monde.

Pour autant, des disparités sociales en matière de santé perdurent en France. Ces inégalités sociales vis-à-vis de la santé se traduisent par une différence d'espérance de vie à 35 ans de 6,4 années entre les ouvriers et les cadres sur la période courant de 2009 à 2013 (Tableau 1). Cette différence se reproduit lorsque l'on met en corrélation le niveau d'éducation et l'espérance de vie à 35 ans. Les hommes ayant poursuivi leurs études au-delà du baccalauréat parviennent à une espérance de vie à 35 ans de 7,2 années en leur faveur en comparaison aux hommes non diplômés (tableau 2).

Si ces écarts significatifs entre cadres et ouvriers, diplômés et non-diplômés alimentent l'hypothèse d'une distribution de la santé polarisée entre riches et pauvres, toute l'échelle socio-économique est touchée. On observe une distribution de la santé qui suit une échelle socio-économique, où plus un individu occupe une position économiquement défavorable, plus il est en mauvaise santé. C'est ce que l'on nomme le gradient social de santé.

**Tableau 1 : Espérance de vie à 35 ans par catégorie socioprofessionnelle en 2009-2013**

Catégorie socioprofessionnelle	2009-2013	
	Hommes	Femmes
Agriculteurs	46,2	51,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	46,0	51,4
Cadres	49,0	53,0
Professions intermédiaires	46,7	51,9
Employés	44,9	51,1
Ouvriers	42,6	49,8
Inactifs non retraités	33,1	47,6
<b>Ensemble</b>	<b>44,5</b>	<b>50,5</b>
Rapport cadres/ouvriers	6,4	3,2

**Lecture** : en 2009-2013, l'espérance de vie des hommes cadres de 35 ans est de 49,0 ans, soit 6,4 ans de plus que celle des hommes ouvriers.

**Champ** : France métropolitaine.

**Source** : Insee, échantillon démographique permanent.

<sup>2</sup> <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>

**Tableau 2 : Espérance de vie à 35 ans par diplôme en 2009-2013**

Diplôme	2009-2013	
	Hommes	Femmes
Diplôme supérieur au baccalauréat	48,2	52,2
Baccalauréat	46,4	51,8
CAP, BEP	44,7	51,2
Brevet, CEP	43,6	50,5
Sans diplôme	40,7	48,0
<b>Ensemble</b>	<b>44,5</b>	<b>50,5</b>
Écart supérieur au baccalauréat-sans diplôme	7,5	4,2

**Lecture :** en 2009-2013, l'espérance de vie des hommes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat est de 48,2 ans, soit 7,5 ans de plus que celles des hommes sans diplôme.

**Champ :** France métropolitaine.

**Source :** Insee, échantillon démographique permanent.

Si l'impact des déterminants sociaux est central dans la répartition de la santé, d'autres déterminants agissent sur l'état de santé des populations. À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socio-économique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel. Ces facteurs sont désignés comme les déterminants de la santé. Ils n'agissent pas isolément, mais c'est la combinaison de leurs effets qui va influencer sur l'état de santé.

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs d'inégalités sociales de santé. Il existe plusieurs modèles qui visent à rendre compte de la façon dont les déterminants sociaux sont reliés aux états de santé, et peuvent interagir entre eux, dont le modèle développé par Dahlgren et Whitehead. Sa forme en arc-en-ciel demeure l'une des illustrations les plus efficaces des déterminants de la santé et a eu un impact considérable sur la recherche sur les inégalités et les influences en matière de santé. Les individus sont placés au centre et sont entourés des différentes couches d'influences sur la santé. Ces différents niveaux ne sont pas indépendants les uns des autres, mais interagissent.



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health.

Figure 1 : Modèle des déterminants de santé selon Dahlgren et Withehead, 1991

Certains modèles d'études vont privilégier le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient des fondements créateurs des inégalités. D'autres se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie. Ces courants peuvent être complémentaires. Ce modèle dynamique nous amène à penser que l'action pour obtenir un bon état de santé doit se réaliser tout au long du parcours de vie. Certaines actions ou comportements qui surviennent dans l'enfance peuvent avoir des conséquences plus tardivement dans le parcours de vie et sur l'état de santé des individus. Il est alors indispensable d'intervenir dès le plus jeune âge sur les déterminants de santé.

En reprenant les différents déterminants de santé du modèle de Dahlgren et Whitehead, plusieurs déterminants agissent sur l'état de santé des individus. Afin d'appréhender l'état de santé des habitants de Vallauris, il apparaît essentiel d'analyser les déterminants de santé de cette population. Parmi ces déterminants, on peut noter l'influence du ou des :

- **Revenu et statut social** : Les personnes en situation de pauvreté ou de précarité ont une moins bonne santé que les personnes aisées. L'écart des revenus dans une société est un élément clé. Plus l'écart est important entre les personnes « riches » et les personnes « pauvres », plus les différences sont importantes sur le plan de la santé.
- **Les réseaux de soutien social** : L'appui des familles, des amis et de la communauté contribue à une meilleure santé. Ce type de soutien aide les personnes à surmonter leurs difficultés.
- **L'emploi et les conditions de travail** : Le chômage est relié à une moins bonne santé. Ceux qui ont un emploi ont une meilleure santé lorsqu'ils ont plus de contrôle sur leurs conditions de travail.
- **L'éducation** : Un bon nombre de recherches ont été effectuées pour démontrer le lien entre les problèmes d'alphabétisation et la santé. Plus nous sommes éduqués, plus nous avons de chances d'être en bonne santé.
- **L'environnement physique** : La qualité de l'air, de l'eau ; des habitations et des routes sécurisées contribuent à un bon état de santé.
- **Habitudes personnelles et les habiletés d'adaptation** : Il s'agit des habitudes alimentaires, les addictions (alcool, tabac...). Les habiletés d'adaptation sont les façons dont nous entretenons des rapports avec les personnes qui nous entourent et arrivons à contrôler les situations de stress et à surmonter les obstacles dans notre vie.
- **Le développement sain de l'enfant** : Les événements traumatisants qui nous arrivent lors de notre enfance ont un effet sur notre santé. Ces expériences ont un effet pendant le reste de notre vie.
- **Les services de santé** : Les personnes ont une meilleure santé s'ils ont accès à des services de prévention des maladies, ainsi que de maintien et de promotion de la santé.
- **Le sexe et la génétique** : ce sont des niveaux/facteurs non modifiables, ayant trait aux caractéristiques individuelles (les caractéristiques biologiques et génétiques, l'origine ethnique, le sexe et l'âge). Les individus n'ont aucune possibilité de modifier ces déterminants « héréditaires ».
- **La culture** : Les coutumes et les traditions des individus ainsi que les croyances de la famille et de la communauté ont un effet sur la santé.

D'autres modèles, comme celui de Pathway proposé par la commission des Déterminants Sociaux de la Santé (CDSS) de l'organisation mondiale de la santé, identifient le contexte socio-économique et politique comme source des inégalités sociales de santé. Les déterminants sociaux s'organisent en déterminants structurels et déterminants intermédiaires. Les déterminants structurels sont liés au contexte socio-économique d'un pays et politique d'un

pays et influencent la distribution inégale des déterminants intermédiaires. « *Les déterminants intermédiaires renvoient aux conditions matérielles (logement, consommation alimentaire, environnement de vie et professionnel, etc.), psychologiques (stress, soutien social, etc.), aux facteurs biologiques et génétiques, aux comportements individuels (nutrition, activité physique, consommation de tabac et d'alcool, etc.) et à l'accès au système de santé* »<sup>3</sup>.

Les problèmes de santé sont étroitement liés à l'environnement social et économique des individus (figure 3).

Figure 2 : Modèle de Pathway de la CDSS de l'OMS

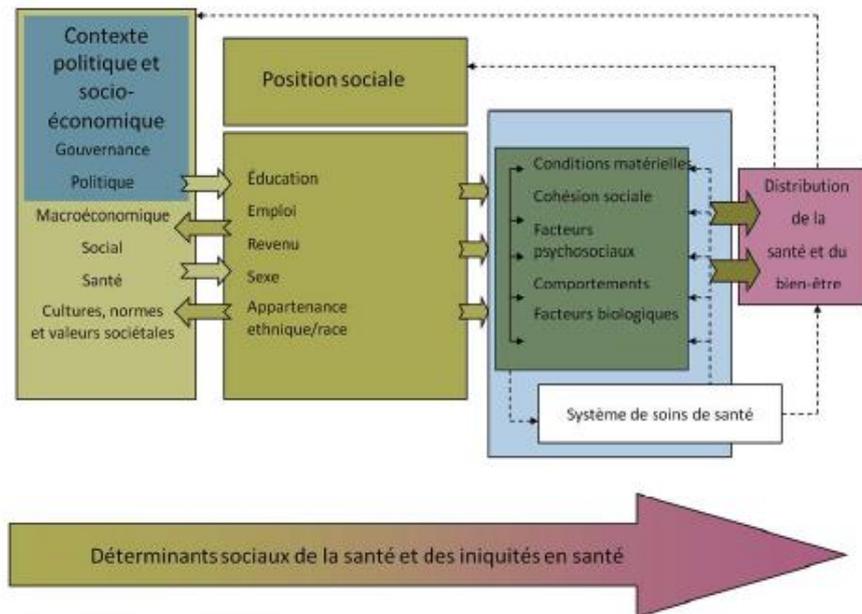


Figure 3 : Estimation de l'impact des déterminants sociaux de santé

Figure 3 : Estimation de l'impact des déterminants sociaux de santé

<sup>3</sup> MOQUET M.J., POTVIN L. Inégalités sociales de santé : connaissances et modalités d'intervention. La santé de l'homme, n°414, 08/2011, pp.7-8. Disponible en ligne <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-414.pdf>

## 2.2 Déterminants sociaux de la santé : la situation des habitants de Vallauris

Au regard des travaux sur les déterminants sociaux de santé abordés dans le paragraphe précédent, il nous a semblé pertinent que cette partie du diagnostic territorial de santé s'attache à repérer, en ce qui concerne la population de Vallauris, un certain nombre d'indicateurs considérés comme déterminants de la santé qu'il s'agisse d'indicateurs marqueurs de position sociale ou territoriale.

La position socio-économique des individus est considérée « *comme déterminant structurel de santé et utilisée comme mesure des inégalités sociales de santé* »<sup>4</sup>. Afin d'évaluer la situation des habitants de Vallauris en matière de santé, nous avons retenu différents déterminants, liés à la fois à la position sociale mais également au contexte territorial.

Les indicateurs nous permettant de mesurer la situation de la population au niveau communal et/ou infra communal sont ainsi retenus. Parmi les données infracommunales, le découpage par Ilots Regroupés pour l'Information Statistique (IRIS) d'habitat<sup>5</sup> ou par carreaux<sup>6</sup> permet de décrire le territoire à un niveau plus fin.

### ⇒ Revenus et précarité : la situation des habitants de Vallauris

Vallauris, commune située à l'ouest du département des Alpes-Maritimes, rassemblait 25 966 habitants en 2015 sur 13km<sup>2</sup> (9<sup>ème</sup> ville du département). La densité globale de la commune est élevée avec 1991 habitants au km<sup>2</sup> (11<sup>ème</sup> ville du département). Cet ensemble urbain est organisé autour de deux centres qui concentrent la majorité des habitants : le centre de Vallauris situé à l'intérieur des terres et Golfe-Juan sur le littoral. Ces deux ensembles sont distants de 2 km.

En 2014, le Décret n° 2014-1750 du 30 décembre 2014 a redéfini les quartiers prioritaires de la politique de la ville. À ce titre, le quartier « Cœur de Ville-Hauts de Vallauris » est directement concerné par les politiques de la ville. Le quartier du « Fournas » est placé en dispositif de veille des politiques de la ville.

En 2015, 18% de la population municipale de Vallauris vivait sous le seuil de pauvreté<sup>7</sup> (4<sup>ème</sup> taux le plus important du département des Alpes-Maritimes), et 20% des jeunes de moins de 30 ans vivent sous ce même seuil (3<sup>ème</sup> taux le plus important du département des Alpes-Maritimes).

Vallauris se distingue par l'un des niveaux de vie médians les plus faibles des villes du littoral des Alpes-Maritimes (19 688 euros), ainsi qu'une part des ménages fiscaux imposés parmi les plus faibles (54%, 7<sup>ème</sup> ville du département).

De surcroît, la commune se caractérise par des écarts importants entre les individus en termes de revenus. L'analyse des besoins sociaux produites par la commune a mis en évidence que 10% des ménages les plus riches (35 378 euros en moyenne) ont des revenus 3,8 fois supérieurs aux 10% des plus pauvres (13 030 euros en moyenne). « Ces inégalités de revenus peuvent s'expliquer d'une part, par la présence de ménages aisés au nord et sur le littoral de la commune

---

<sup>4</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, L'état de santé de la population en France, Rapport 2017, p.54

<sup>5</sup> Les communes peuvent être découpées en IRIS (Ilots Regroupés pour l'Information Statistique). Leur population se situe en général entre 1 800 et 5 000 habitants. Ils sont homogènes quant au type d'habitat et leurs limites s'appuient sur les grandes coupures du tissu urbain (voies principales, cours d'eau, voies ferrées...)

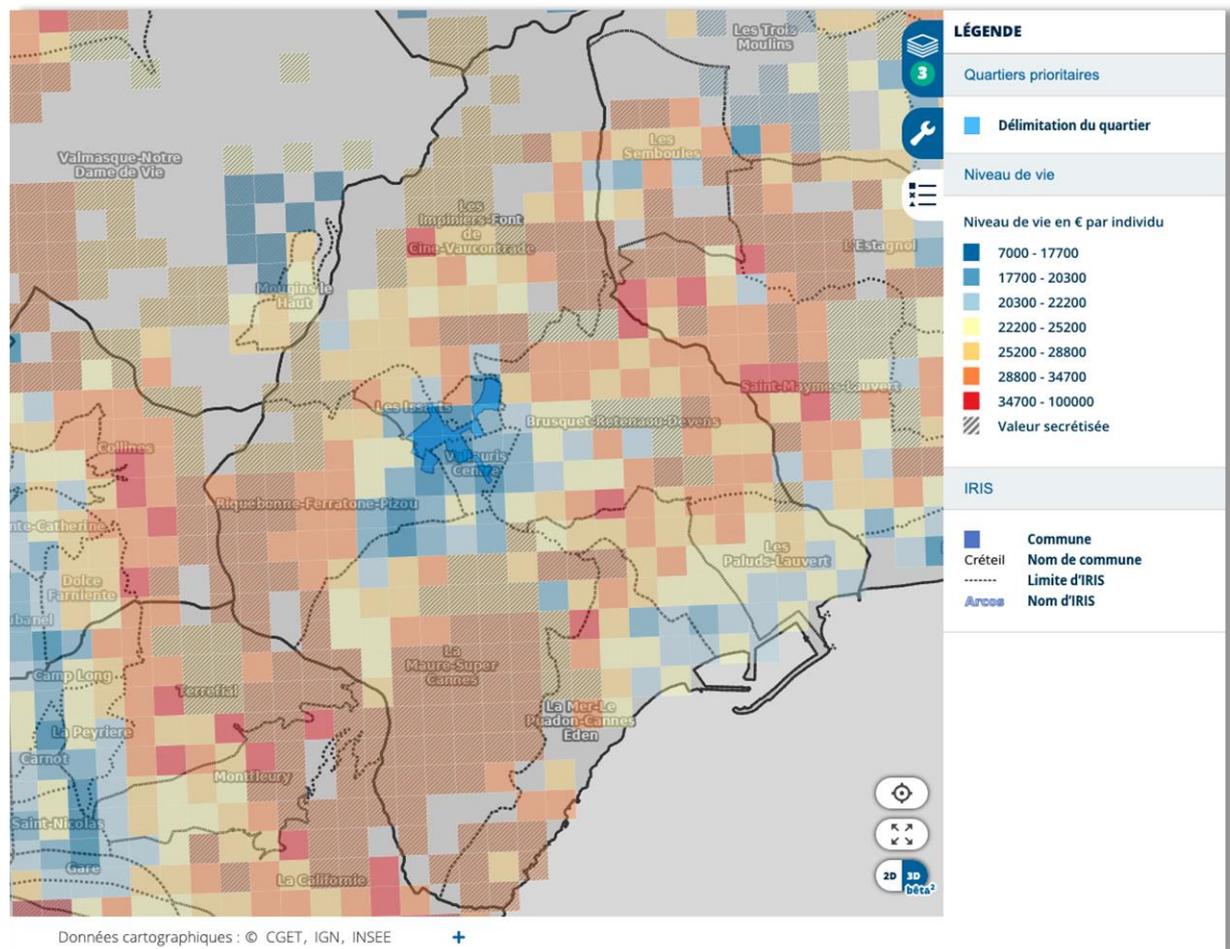
<sup>6</sup> Le carroyage est une technique de quadrillage consistant à découper le territoire en carreaux pour y diffuser de l'information statistique à un niveau faiblement agrégé (Pavage du territoire par des carreaux de 200 mètres de côté).

<sup>7</sup> Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60% du niveau de vie médian.

(notamment à Golfe-Juan) et, d'autre part, par celle de ménages affectés par la pauvreté en centre-ville »<sup>8</sup>.

Les données carroyées mises à disposition par l'INSEE (Carte n°1) permettent de visualiser ces écarts sur le territoire de Vallauris. La population la plus économiquement défavorisée se concentre au centre de Vallauris qui englobe les quartiers délimités par les politiques de la ville. On observe également qu'une partie de cette population vit près du littoral au cœur du quartier de Golfe-Juan.

Carte 1 : Niveau de vie par individu et par an sur la commune de Vallauris



Source : Fichier localisé local et fiscal 2015, INSEE

<sup>8</sup> CCAS de Vallauris Golfe-Juan, DROS PACA, Analyse des besoins sociaux, Juin 2018

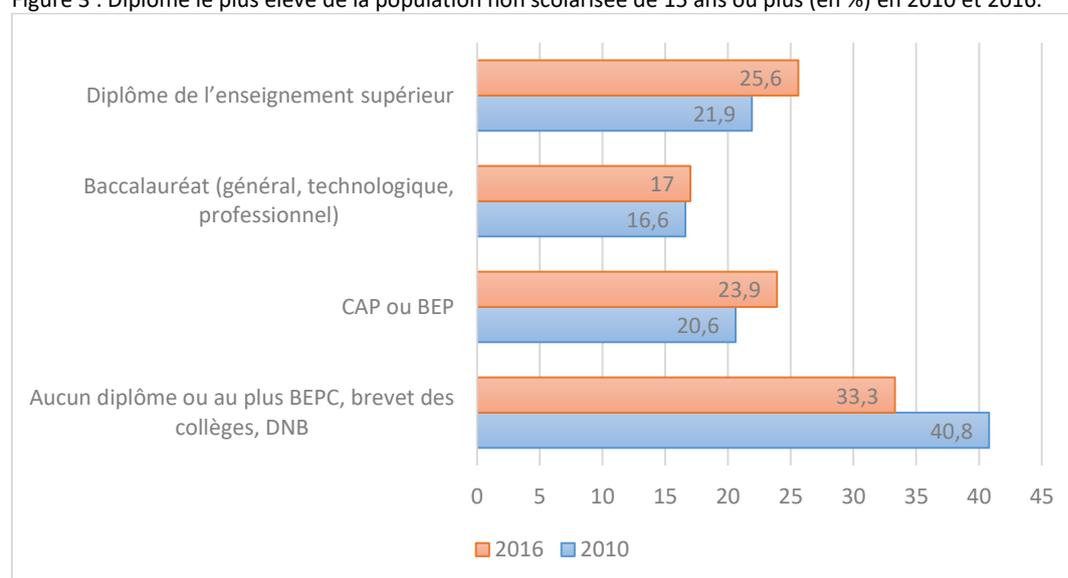
### ⇒ Diplôme : La part des Vallauriens sans diplômes diminue

En 2016, le taux de scolarisation<sup>9</sup> des enfants âgés de 2 à 5 ans sur Vallauris était de 69,5 %. La part des enfants scolarisés entre 6 et 17 ans atteint 98,3 %. Ce score chute à 42,3 % chez les 18-24 ans. Dans cette tranche d'âge, ce sont les femmes (45,7 %) qui poursuivent majoritairement leur scolarisation. Les hommes obtiennent un score de 39,3 %, soit 6,4 points de moins que leurs homologues féminines.

La proportion des personnes n'ayant aucun diplôme diminue de 7,5 points entre 2010 et 2016 (Figure 3). Nous pouvons constater que les Vallauriens augmentent leur niveau de qualification entre 2010 et 2016 : +3,3 points pour les diplômés d'un CAP ou BEP, + 0,4 point pour les bacheliers et + 3,7 points pour les diplômés de l'enseignement supérieur

Malgré cette tendance, le taux des Vallauriens n'ayant pas de diplôme reste plus élevé que la population des Alpes-Maritimes (+ 3,7 points). La part des habitants de Vallauris ayant obtenu un diplôme de l'enseignement supérieur est moins élevée que la population des Alpes-Maritimes (-5,5 points).

Figure 3 : Diplôme le plus élevé de la population non scolarisée de 15 ans ou plus (en %) en 2010 et 2016.



Sources : Insee, RP2010 (géographie au 01/01/2012) et RP2016 (géographie au 01/01/2017), exploitations principales.

Champ : Vallauris

### ⇒ La population active : 72,7% des 15-64 ans

Le taux d'activité se définit comme le rapport entre le nombre d'actifs (actifs ayant un emploi et chômeurs) et la population totale correspondante.

En 2015, à Vallauris, le taux d'activité de la population âgée de 15 à 64 ans est de 72,7% soit légèrement inférieur au score du département 74,2%. Au sein même de la commune, il existe des disparités importantes entre certains quartiers. Ainsi, l'IRIS Subreville/Issart offre le taux le plus bas de la commune (66 %), alors que la population de Vallauris centre présente le taux le plus élevé (78,6 %). Par ailleurs, ce taux est en augmentation depuis 1999 (+ 3,9 points), même si sa croissance est moindre que celle de l'ensemble du département (+ 5,9 points).

<sup>9</sup> Le taux de scolarisation est le rapport entre le nombre d'élèves, d'étudiants et d'apprentis en formation initiale d'un âge déterminé, inscrits dans un établissement d'enseignement, et le nombre de jeunes de cet âge.

Sur la commune, le taux d'activité des hommes (78,7 %) est supérieur à celui des femmes (67,7 %). Pour autant, les femmes tendent à combler cet écart où 61,6 % des femmes étaient considérées comme actives en 1999 contre 76,1 % des hommes, soit une augmentation de 5,6 points en faveur des femmes contre 2,6 % pour les hommes entre 1999 et 2015.

⇒ **La situation face à l'emploi : 16,4 % en population générale, 33,5 % chez les jeunes**

En 2015, le taux d'emploi de la commune de Vallauris était de 60,8 % dont 66,3 % des hommes et 55,8 % des femmes. Ce taux est légèrement inférieur au score du département des Alpes-Maritimes (64 %). Sur la commune, le taux de chômage chez les 15-64 ans était de 16,4 % en 2015. Ce taux est plus élevé chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans avec un score de 33,5 % sur la commune contre 30 % au niveau du département. Ce sont les jeunes hommes qui sont le plus touchés avec 35,5 % de chômeurs contre 30,9 % chez les jeunes femmes. Ces taux sont encore plus élevés sur certains territoires : 45,9 % à Subreville/Issarts, 40,8 % à Vallauris centre et 55,8 % aux Paluds/Lauvert.

20,8 % de la population est ouvrière, soit 2258 personnes. 32,9 % de la population a un statut d'employé (3577 personnes) et 14,1 % le statut de cadre (1537 personnes). 6408 personnes ont un emploi stable (CDI ou poste de la fonction publique) soit de 84,8 % de la population active. La part des personnes en emploi précaire<sup>10</sup> est de 15,2 % (1151 personnes), soit le taux le plus important des villes du littoral des Alpes-Maritimes. Deux quartiers sont touchés de manière plus marquée sur la commune, Subreville/Issarts (22,4 %) et La Mer - Le Puadon - Cannes Eden (20,3%).

⇒ **Les bénéficiaires des minima-sociaux**

Le nombre total d'allocataires de la Caisse d'Allocations Familiales qui perçoivent au moins une allocation au regard de leur situation familiale et/ou monétaire en 2015 était de 12 241 individus, soit un taux de couverture de 46,5 % sur la commune de Vallauris. La part des enfants couverts est de 96,5% en 2015 sur la commune, soit une augmentation de 13,8 points depuis 2011 (82,7%) et un écart de + 10,7 points par rapport au score du département des Alpes-Maritimes (87,8%) en 2015.

La part des allocataires isolés en 2015 est de 38,4% de l'ensemble des allocataires. Ce taux est stable depuis 2011. Il est légèrement inférieur au score des Alpes-Maritimes (41%). Cela représente 1912 allocataires isolés.

Sur cette même période, la part des allocataires dont les prestations sociales représentent 100 % des ressources<sup>11</sup> est de 15,6 % (16,8 % PACA, 14 % France métropolitaine), soit 775 personnes.

La part des personnes percevant une allocation d'adultes handicapés (AAH) est 37,3 pour 1000, soit 463 personnes en 2015. Ce chiffre est relativement stable comparé à 2011 où 459 personnes percevaient l'AAH.

On observe une augmentation du nombre et du taux d'enfants concernés par l'allocation d'éducation d'enfants handicapés. Le taux passe de 11,1 enfants pour 1000 à 18,8 enfants pour 1000 (+ 7,7 points).

---

<sup>10</sup> Attention à ne pas confondre pauvreté et précarité ; par précaire on entend l'incertitude du statut (par exemple emplois saisonniers).

<sup>11</sup> Part d'allocataires dont les prestations représentent 100 % des ressources (ressources brutes déclarées + prestations familiales).

On constate également une augmentation significative d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA). En 2011, 1598 individus percevaient le RSA, contre 1990 en 2015 (+ 392 personnes) dont 1452 personnes percevaient le RSA socle<sup>12</sup> et 538 le RSA activité<sup>13</sup>. Le taux de personnes couvertes à bas revenus<sup>14</sup> sur la commune est de 17,4 % en 2015, soit une augmentation de 2,6 points par rapport à 2011 (14,8 %). Autrement dit, le nombre de personnes couvertes à bas revenus passe de 4170 (2011) à 4588 (2015). Le part des familles monoparentales à bas revenus est stable. Il est de 63,3 % en 2015, soit 597 familles.

#### ⇒ Une augmentation du nombre de bénéficiaires de la CMU-C

Selon les données de l'enquête ESPS (enquête santé et protection sociale) de 2014, les bénéficiaires de la CMU-C<sup>15</sup>, « sont une population jeune, féminine, appartenant le plus souvent à des familles monoparentales, au sein desquelles les ouvriers et les employés, particulièrement ceux exposés au chômage sont surreprésentés »<sup>16</sup>.

Le taux de personnes de moins de 65 ans est en augmentation depuis 2010 (5,5 %) pour atteindre un taux de 7,8% en 2017. Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est également en augmentation depuis 2010. En 2018, 1511 personnes sont bénéficiaires de la CMU-C (1034 personnes en 2010), soit 7,8 % parmi les 24 808 personnes de moins de 65 ans assurées du régime général de l'Assurance maladie sur la commune de Vallauris (5,5 % en 2010). Cependant, ce taux reste inférieur de 3 points à PACA (10,8 %).

6,7 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans assurés de l'Assurance maladie sont bénéficiaires de la CMU-C sur cette même période (8,1 % de jeunes femmes et 5,1 % de jeunes hommes), soit 95 personnes. Ce score est inférieur au taux observé en PACA sur cette même période (9,3 %). En 2010, la part des jeunes étaient de 4,3 %, soit 69 jeunes âgés de 18 à 24 ans bénéficiaires de la CMU-C.

Ces scores peuvent nous questionner sur la question de l'ouverture des droits des populations en situation de précarité.

#### ⇒ Des logements sociaux regroupés au cœur de Vallauris

En 2015, Vallauris disposait de 824 logements sociaux, 6,9 % de la part des résidences principales sur la commune. Ce taux est inférieur au score du département (9 %), de la région PACA (11,6 %) et la France (14,7 %). La plupart des logements de type HLM sont situés à Riquebonne (29,2 % des résidences principales) et Subreville (21,8 % des résidences principales), soit 639 des 824 logements HLM de la commune.

La part des logements sans confort, autrement dit la part des résidences principales sans baignoire ni douche, est faible sur la commune de Vallauris (0,3 %). Elle est proche des moyennes nationales (0,5 %) et identique aux moyennes régionales et départementales (0,3 %).

---

<sup>12</sup> Le RSA socle est la partie du RSA permettant d'atteindre le montant forfaitaire. Les foyers peuvent percevoir uniquement le RSA socle s'ils n'ont aucun revenu d'activité. Ils peuvent également percevoir le RSA socle + RSA activité si le revenu d'activité est inférieur au montant forfaitaire. Au 1<sup>er</sup> avril 2019, le montant du RSA socle s'élève à 559,74 euros pour une personne seule, 839,62 pour un couple et 1175,45 lorsque le foyer assume 2 enfants.

<sup>13</sup> Le RSA activité seul est versé aux foyers dont le revenu d'activité est supérieur au montant forfaitaire mais inférieur au revenu garanti.

<sup>14</sup> Le seuil des bas revenus de référence est calculé par l'Insee qui l'établit à 60 % du revenu disponible médian par unité de consommation, avant impôt.

<sup>15</sup> Il est à noter que depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS).

<sup>16</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *L'état de santé de la population en France, Rapport 2017*, repéré à <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>, p.61

Ces logements sans confort se situent essentiellement au sein de l'IRIS Subreville et au centre de Vallauris.

La part des logements de moins de 40m<sup>2</sup> est de 18,9 %, soit 2254 logements. Si cette part des logements de moins de 40m<sup>2</sup> est proche de la moyenne départementale (17,3 %), elle est supérieure à la moyenne régionale PACA (12,7 %) et nationale (10,5%). L'IRIS où ce taux est le plus élevé est celui de Subreville où près d'un tiers des logements correspondent à ce critère (29,7 %).

Enfin, en 2013, 6,2 % des logements privés sont classés comme potentiellement indignes<sup>17</sup>, soit 779 logements. Vallauris présente le taux le plus élevé des villes du littoral des Alpes-Maritimes.

#### ⇒ **Une part importante de personnes de nationalité étrangère**

Une hypothèse, connu sous le nom de l'*healthy migrant effect* « suppose tout d'abord que les migrants ont un meilleur état de santé en moyenne que la population de leur pays d'origine, les personnes en meilleur état de santé étant plus aptes à migrer et les opportunités de travail dans le pays d'accueil étant plus élevées pour les travailleurs migrants en bonne santé »<sup>18</sup>. Malgré cette hypothèse, plusieurs études tendent à démontrer que l'état de santé des migrants se dégrade avec la durée de résidence dans leur pays d'accueil (statistiquement plus touchés par le chômage, acculturation, isolement...).

Si la santé des migrants fait l'objet de peu d'études, il paraît nécessaire de se questionner sur leur rapport à la santé, notamment en ce qui concerne les enfants (habitudes de vie, culture du soin...).

Quelques chiffres de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENOR) permet d'avoir quelques tendances du phénomène où l'on « observe un moindre recours aux soins dans la population immigrée. De plus, 16% des personnes ayant une faible aisance en français n'ont consulté aucun médecin (tout confondu) au cours de l'année écoulée et 56% n'ont pas consulté de spécialistes »<sup>19</sup>.

#### ⇒ **Vallauris : classée « zone d'actions complémentaires »**

Le nouveau zonage de la région PACA a été arrêté le 23 février 2018 après concertation et validation de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie, de l'Assurance maladie et de l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux. Ils identifient les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins. L'objectif de ces zonages est de rééquilibrer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et de lutter contre les disparités géographiques en s'appuyant sur un indicateur national dit « d'accessibilité potentielle localisée » au médecin, développé par la DRESS (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

---

<sup>17</sup> Sont considérés comme « potentiellement indignes » les logements de catégories cadastrales 6,7 et 8 (la classification communale, qui s'applique tant aux maisons individuelles qu'aux appartements, comprend huit catégories allant de 1 (logement de grand luxe) à 8 (logement médiocre)) occupés par des ménages à très faibles ressources (Revenu fiscal de référence en dessous de 70 à 150 % du seuil de pauvreté).

<sup>18</sup> Jusot, F., Silva, J., Dourgnon, P. & Sermet, C. (2009). Inégalités de santé liées à l'immigration en France : Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? *Revue économique*, vol. 60(2), p.386

<sup>19</sup> Migrations et Santé n°34, p.5, juin 2018 repéré à [http://odenore.msh-alpes.fr/actualites/Des\\_chiffres\\_du\\_non-recours?page=1](http://odenore.msh-alpes.fr/actualites/Des_chiffres_du_non-recours?page=1)

Deux types de zone en tension sont déterminés : les zones d'intervention prioritaire, les zones d'actions complémentaires. Les professionnels qui souhaitent y exercer seront éligibles à des aides financières en fonction de leur projet et de leur profession.

Vallauris a été identifiée comme **une zone d'actions complémentaires**.

18 médecins généralistes libéraux (dont 12 étaient de 55 ans ou plus en 2018), soit une densité de 69,3 médecins pour 100 000 habitants. Vallauris se trouve être la ville avec le score le plus faible des villes de plus de 10 000 habitants des Alpes-Maritimes.

⇒ **Visite et consultations médicales et actes paramédicaux : une pratique plutôt féminine**

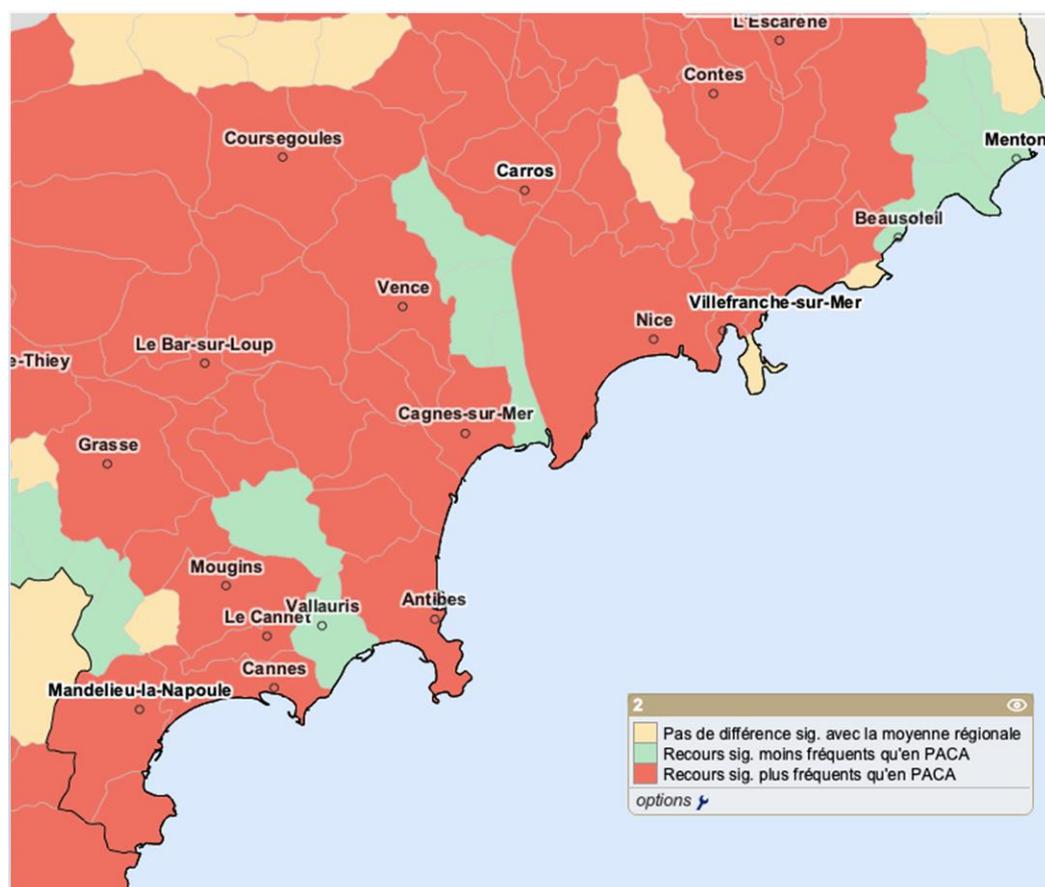
En 2017, 69,1 % des personnes sur Vallauris ont eu au moins un recours à un médecin généraliste, recours significativement moins fréquent qu'en PACA (73 %). Les femmes (73,7 %) ont un score supérieur à celui des hommes (64,1 %).

Les habitants de la commune de Vallauris, ayant eu accès à au moins une consultation dans l'année, ont accès en moyenne à 4,6 consultations ou visites chez un médecin généraliste en libéral en 2017. Cette moyenne est proche de la moyenne du département des Alpes-Maritimes sur la même période (4,8 consultations ou visites). Sur la commune, les femmes (4,9) consultent plus que les hommes (4,2). On observe le même phénomène au niveau du département où les femmes consultent à hauteur de 5,1 sur l'année 2017 contre 4,4 consultations pour les hommes. Le recours à un psychiatre en libéral est significativement moins fréquent qu'en PACA. 3,7 % des habitants de Vallauris ont eu recours au moins une fois à un psychiatre en libéral pendant l'année 2017. Ce taux est plus important chez les femmes (4,4 %) que chez les hommes (3,9 %). Les individus ayant eu au moins une consultation dans l'année avec un psychiatre en libéral ont accès en moyenne à 6,5 consultations (5,8 chez les hommes, 6,9 chez les hommes).

En 2017, le taux de recours à un chirurgien-dentiste en libéral est de 39,2 %. On observe un écart important de 9,1 points entre les hommes (34,4 %) et les femmes (43,5 %).

Enfin, sur la même période le taux de recours à un infirmier en libéral (IDE) est de 20,1 % sur la commune de Vallauris. Les femmes (22,6 %) ont un score supérieur à celui des hommes (17,5 %). Le recours à un infirmier libéral est significativement moins important qu'en PACA. Vallauris se distingue de la plupart des communes des Alpes-Maritimes qui ont généralement un recours significativement plus important aux IDE en libéral.

Carte 2 : Significativité de l'indice comparatif de recours à un infirmier libéral (PACA) en 2017



Source 1 : DRSM PACA Corse

⇒ **Une sous-mortalité générale, une mortalité prématurée non significative, mortalité évitable et mortalité infantile**

Vallauris se distingue par une sous-mortalité significative<sup>20</sup> en comparaison avec la mortalité générale observée en PACA et en France métropolitaine. Au regard du taux comparatif de mortalité<sup>21</sup> toutes causes, il apparaît un léger recul entre les périodes 2005-2009 et 2009-2013. Ce taux est de 4031 décès pour 100 000 personnes pour la période 2005-2009 et de 3465,1 décès pour 100 000 individus entre 2009 et 2013. Si l'on rapporte ce taux aux catégories socio-professionnelles « employés ouvriers », sur la période 2004-2013 on observe un taux de 210,4 pour 100 000 personnes ce qui est supérieur au taux observé en PACA (197,1). En termes de mortalité prématurée<sup>22</sup>, le taux s'élève à 145,8 pour 100 000 personnes (soit 47 décès prématurés annuel en moyenne) entre l'année 2005 et 2009 et de 150,4 sur la période entre 2009 et 2013 (soit 43 décès prématurés annuel en moyenne). L'indice comparatif de mortalité prématurée n'est pas significativement différent sur la commune de Vallauris comparé à PACA et la population de France métropolitaine.

<sup>20</sup> Le test de significativité de l'indice comparatif de mortalité permet de savoir si la sur ou sous-mortalité observée dans la population étudiée est significative par rapport à la population de référence (Région PACA, France Métropolitaine sur une période donnée).

<sup>21</sup> Le taux comparatif de mortalité est le taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence (population totale de la France métropolitaine).

<sup>22</sup> La mortalité prématurée est la mortalité toutes causes survenues avant l'âge de 65 ans.

Il en est de même pour la mortalité évitable<sup>23</sup> sur la commune. Celle-ci est non-significative en comparaison avec PACA et à la France métropolitaine. On observe un léger recul entre 2005-2009 (81,2/100 000) et 2009-2013 (76/100 000).

La mortalité infantile<sup>24</sup> est très faible (1 décès annuel en moyenne) sur la période de 2009 à 2013. Enfin, aucune maladie ou causes de décès ne se distinguent sur le territoire (tableau 4) par une surmortalité qui serait significative comparé à PACA ou la France.

**Tableau 4 : Nature et significativité de la mortalité sur la commune de Vallauris sur la période 2009-2013**

Nature du décès	Décès		Significativité de l'indice comparatif de mortalité	
	Nombre annuel moyen	Taux /100 000	PACA	France
Maladies de l'appareil circulatoire	68	140,6	Sous- mortalité	
Maladies de l'appareil digestif	10	24,4	Non significatif	Sous- mortalité
Maladies de l'appareil génito-urinaire	7	13,1	Non significatif	
Maladies de l'appareil respiratoire	21	43,2	Non significatif	
Maladies du système nerveux et des organes du sens	26	53,2	Non significatif	
Maladies endocriniennes, nutrition, métabolisme	10	24,9	Non significatif	
Maladies infectieuses et parasitaires	7	14	Non significatif	
Pathologies liées à l'alcool	9	25	Non significatif	
Traumatismes, accidents, suicides	20	51,7	Non significatif	
Troubles mentaux et du comportement	15	28,4	Non significatif	
Tumeurs, cancers	85	205,5	Non significatif	Sous- mortalité
Symptômes et états morbides mal définis	40	86,5	Non significatif	Surmortalité

**Lecture :** 68 décès annuels par maladies de l'appareil circulatoire ont été observés sur la commune de Vallauris pour la période 2009-2013, soit un taux de 140,6/100 000 personnes. On constate donc une sous mortalité significative en comparaison à PACA et la France.

**Champ :** Vallauris, PACA, France

**Source :** INSEE, INSERM CépiDC

#### ⇒ Un recours aux psychotropes significativement moins fréquent qu'en PACA

En 2017, le taux de consommation de l'ensemble des psychotropes sur Vallauris est de 15,7 %. Les femmes (19,2%) sont davantage consommatrices que les hommes (11,9 %). Le taux de consommation d'antidépresseurs (6,5 %) est plus important chez les femmes (8,4 %) que chez les hommes (4,1 %). Le constat est le même pour la consommation d'anxiolytiques-hypnotiques (13,2 %) où les femmes (15,8%) présentent un score supérieur aux hommes (10,1%). Seuls les neuroleptiques (1,6 %) sont partagés de manière égale entre les sexes (1,6%).

Les prescriptions de l'ensemble des psychotropes sont en grande partie réalisées par les médecins généralistes (76,1 % des prescriptions). La part des prescriptions réalisées par les psychiatres est nettement inférieure (18,7 %). Les écarts observés pour la prescription d'antidépresseurs (73,4 % méd. Gén., 21,3 % psychiatre) et d'anxiolytiques-hypnotiques (81,5 % méd. Gén., 12,9 % psychiatre) montrent également un recours plus important aux médecins

<sup>23</sup>La mortalité évitable est la mortalité survenant avant 65 ans ou pour certains groupes d'âge par infection intestinale (0-14 ans), tuberculose (0-64 ans), autres infections (diphtérie, tétanos, poliomyélite) (0-64 ans), coqueluche (0-14 ans)...

Liste exhaustive : [http://www.sirsepaca.org/ors93/pdf/note\\_methodologie\\_mortalite\\_SIRSePACA.pdf](http://www.sirsepaca.org/ors93/pdf/note_methodologie_mortalite_SIRSePACA.pdf), p7

<sup>24</sup> La mortalité infantile est la mortalité survenue avant l'âge de 1 an.

généralistes. Seule la prescription des neuroleptiques passe plus souvent par un psychiatre (46,3 %), même si le score des médecins généralistes reste supérieur (50,2 %).

En 2017, l'ensemble des psychotropes prescrits par un médecin généraliste s'élève à 28 698 psychotropes et à 7039 lorsqu'ils ont été prescrits par un psychiatre. Le recours aux psychotropes est significativement moins fréquent qu'en PACA.

⇒ **La vaccination contre la grippe en recul**

En 2017, 40,2 % des assurés âgés de 65 ans et plus ont été vaccinés contre la grippe, ce qui constitue un recul de 7,6 points depuis 2010 où 47,8 % des assurés du même âge avaient participé à la campagne de vaccination. Ce score est inférieur au taux du département des Alpes-Maritimes (44,3%) et de la région PACA (46,4 %)

⇒ **Une diminution des dépistages du cancer du sein**

La part des femmes âgées de 50 à 64 ans ayant eu au moins un remboursement pour une mammographie dans le cadre du dépistage organisé ou individuel du cancer du sein diminue sur la commune. Sur la période 2008-2009, 65,5 % d'entre elles ont eu recours à un dépistage du cancer du sein contre 60,6 % sur la période de 2014-2015. Cette tendance ne varie pas en fonction du statut vis-à-vis de la CMU-C. Effectivement, 64,8 % des femmes âgées de 50 à 64 ans n'ayant pas de CMU-C avaient participé à un acte de dépistage du cancer du sein sur la période 2008-2009 contre 59,5% en 2014-2015. Ce constat se vérifie auprès des femmes prétendant à la CMU-C où l'on observe un recul de 5,1 entre ces 2 périodes (2008-2009 = 57,6 %, 2014-2015 = 52 %).

⇒ **Santé bucco-dentaire : un recours aux chirurgiens-dentistes en augmentation à tous les âges de la vie**

De manière générale, le taux de recours à un chirurgien-dentiste dans la population municipale de Vallauris est en augmentation depuis 2010. Les écarts observés les plus importants entre 2010 et 2017 sont à l'âge de 12 ans (+ 11 points) et de 6 ans (+ 5,5 points) où 45,5 % des enfants âgés de 6 ans et 61 % des enfants âgés de 12 ans ont eu recours à un chirurgien-dentiste. Ce score peut s'expliquer par la prise en charge d'un rendez-vous par l'assurance maladie. Un mois avant la date anniversaire de l'enfant, quand il va avoir 3 ans, 6 ans, 9 ans, 12 ans, cet organisme envoie un formulaire de prise en charge.

42,2 % des enfants de 6 ans ont rencontré ce professionnel de santé pour un bilan buccodentaire, contre 25,7 % des enfants de 12 ans.

Ce sont les jeunes âgés de 18 à 24 ans qui consultent le moins leur chirurgien-dentiste. Seulement 28,7% d'entre eux ont recours au moins une fois dans l'année pour un soin dentaire.

# ANALYSE DES ENTRETIENS PARTENAIRES

### 3.1 Les entretiens auprès de partenaires identifiés sur le territoire

Nous avons retenu 10 partenaires du territoire qui nous ont semblé pertinents à rencontrer dans le cadre de ce diagnostic.

Ci-dessous la liste des 9 partenaires rencontrés (1 entretien prévu n'a pas pu être réalisé).

- CMP Adultes
- CMP Enfants
- MSD
- CCAS
- CSAPA
- Prévention Spécialisée
- Mission Locale
- Apprentis d'Auteuil
- Emploi Service 06

Le guide d'entretien qui a été utilisé pour mener les entretiens est consultable en annexe II.

### 3.2 La précarité au centre des préoccupations des partenaires de l'ALFAMIF

Les publics « vulnérables » sont au cœur des actions des partenaires de l'ALFAMIF. Le rapport 2018 sur la pauvreté en France met l'accent sur « les concepts de « vulnérabilité » ou de « fragilité » qui ont l'intérêt de mettre l'accent sur l'instabilité des situations causées par un ensemble de critères (diplôme, statut d'emploi, revenu, santé, etc.). Ils révèlent des situations qui risquent de conduire à un basculement vers la pauvreté<sup>25</sup>. En France, pour analyser la pauvreté, les statisticiens s'appuient sur des critères administratifs ou monétaires. Une autre méthode consiste à comptabiliser les personnes qui, au regard de leur situation, perçoivent un revenu minimum : les minima sociaux. Les principaux minima sociaux sont versés sous conditions de ressources (minimum vieillesse, Allocation adulte handicapé, RSA...).

Cependant, les statistiques ne prennent pas en considération l'ensemble des situations de vulnérabilité. Une partie de cette population est concentrée dans les quartiers prioritaires des politiques de la ville (QPV). Effectivement, la géographie des quartiers prioritaires de la politique de la ville se fonde sur le critère unique de la pauvreté, c'est-à-dire la concentration des populations ayant des ressources inférieures à 60 % du revenu médian, soit 1026 euros pour une personne seule en 2019<sup>26</sup>.

Pour autant, les professionnels interrogés du champ sanitaire, social et médico-social s'inquiètent de la précarisation de certains publics : les invisibles des statistiques et les personnes non éligibles aux dispositifs des QPV.

*« Quand on se retrouve avec des familles, des jeunes, qui sont... parce qu'ils ont changé juste de rue, ils ne font plus partie des quartiers prioritaires ! Pourtant, les*

---

<sup>25</sup>[https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/web\\_rapport\\_sur\\_la\\_pauvrete\\_en\\_france\\_2018\\_observatoire\\_des\\_inegalites\\_et\\_compas.pdf](https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/web_rapport_sur_la_pauvrete_en_france_2018_observatoire_des_inegalites_et_compas.pdf), p.36

<sup>26</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676666?sommaire=3696937>

*problématiques elles n'ont pas changé. Pas changé, ou même accentuées parce qu'ils ont fait le choix de prendre un loyer un peu plus cher. »*

Ces personnes « invisibles », au même titre que les personnes statistiquement identifiées, sont confrontées aux inégalités sociales de santé. Cette population a des visages très différents : SDF, personnes âgées isolées, personnes ayant des biens immobiliers sans ressources... A ce titre, une part de la population en situation de précarité a été identifiée suite aux inondations d'Octobre 2015 sur la commune.

*« En 2015, on a eu de grosses inondations sur Vallauris. On a été surpris, nous même de voir des gens en grande précarité sur la bande littorale qui étaient inconnus de nos services pour des raisons de pudeur, etc. On a trouvé des gens qu'on ignorait, qui n'avaient jamais franchi les portes du CCAS ou de la MSD et qui étaient dans une panade pas possible... Parfois on a des surprises. La précarité, ce n'est pas que les QPV, même s'il y en a. »*

Une partie de cette population n'a jamais franchi les portes d'une association ou d'un organisme qui leur permette d'accéder à des aides pour faire face à des difficultés pour se loger, se soigner... Ainsi, alors qu'elles pourraient ouvrir les mêmes droits que certaines personnes disposant de faibles ressources, elles n'en bénéficient pas. C'est ce que l'on nomme le non-recours. Le non-recours peut s'expliquer en partie par la complexité des démarches. Mais « d'autres ignorent, faute d'informations, qu'elles sont concernées par ces aides. Certains ayants droits potentiels refusent tout simplement ces aides, de peur de se voir assimilés à des « assistés » et d'être considérés comme « pauvres », ou parce qu'ils estiment une telle aide inutile ou injustifiée »<sup>27</sup>. Cette population, non identifiée, constitue un enjeu majeur pour réduire les inégalités sociales de santé. A titre d'exemple, « le non-recours reste massif aujourd'hui en raison principalement de complexités qui rendent le système peu lisible pour les personnes éligibles. 30% des personnes qui pourraient recourir à la CMU-C et disposer ainsi d'une couverture santé complète sans frais n'y recourent pas »<sup>28</sup>.

Que ce soit pour les habitants des QPV ou pour les « invisibles », la part des dépenses contraintes va les engager vers un renoncement aux soins. Ces dépenses comprennent par exemple les charges liées au logement (loyer, électricité, gaz...) auxquelles il faut ajouter les dépenses incontournables telles que l'alimentation, les transports, voir les dettes cumulées pour des crédits...

*« Ils sont tellement dans des problématiques compliquées que la santé ça vient en dernier ça vient en dernier ce n'est pas un problème la santé pour eux.*

...

*Oui, je pense que ce n'est pas un problème. On le voit bien ils arrivent dans des états dramatiques et ils sont tellement préoccupés par le logement, par manger, par toutes ces questions-là... la famille qui voit plus, les enfants il y a d'autres problèmes beaucoup plus importants que la santé. La santé vient en dernier. Et pourtant on a beau leur dire que sans la santé on ne peut rien faire... »*

Le reste à vivre peut-être de quelques euros, voire négatif. Les ménages se retrouvent dans une situation budgétaire déséquilibrée en permanence. Les dépenses contraintes entrent alors en compétition avec les dépenses de santé et vont ainsi favoriser le renoncement aux soins. Par

<sup>27</sup> <https://www.inegalites.fr/Le-non-recours-aux-droits-en-France>

<sup>28</sup> <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU72.pdf>

exemple, les professionnels nous ont rapporté que certaines familles ne se rendaient pas à l'hôpital pour effectuer des soins de peur de contracter des dettes vis-à-vis de l'administration. L'exemple rapporté par deux des professionnelles sur le secteur de Vallauris illustre ce phénomène :

- « *Je ne veux pas la Croix Rouge parce que...Parce qu'ils vont m'envoyer mon enfant l'hôpital* »,
- « *Oui ils vont m'envoyer mon enfant à l'hôpital et s'ils envoient mon enfant à l'hôpital, je vais avoir des dettes !*
- *Je vais avoir des dettes je ne vais pas pouvoir payer ! » donc cette maman fait le choix de pas soigner son enfant. »*

Si l'on observe une inégalité dans l'accès aux soins liée aux situations de précarité chez certains habitants, un autre phénomène repéré par les acteurs de l'action sociale et médico-sociale sur Vallauris participe aux difficultés d'accès aux soins : les discriminations.

### 3.3 Les discriminations dans l'accès aux soins des plus vulnérables

L'accès aux soins des ménages défavorisés est facilité par la prise en charge de leurs dépenses de santé par plusieurs dispositifs : la prestation universelle maladie (PUMA), la couverture maladie universelle (CMU-C), l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et l'aide médicale d'État (AME).

Or, malgré ces dispositifs censés favoriser l'accès aux soins des plus démunis, les partenaires de l'ALFAMIF constatent un refus de soins discriminatoire à l'égard des personnes bénéficiaires de la CMU-C de la part de certains praticiens sur la commune.

En décembre 2019, un rapport<sup>29</sup> commandité par le défenseur des droits met en avant le caractère discriminatoire de l'accès aux soins des plus démunis. Ce rapport fait suite à la réalisation d'une opération de *testing* auprès de 1500 cabinets (4500 demandes effectives de rendez-vous couvrant 3 spécialités) en vue de mesurer le refus de soins discriminatoire à l'encontre des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Les résultats montrent un écart significatif entre une patiente de référence (non-bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS) et une patiente titulaire de la CMU-C ou de l'ACS. 12 % des cabinets contactés ont refusé un rendez-vous à la patiente qui bénéficiait de la CMU-C ou de l'ACS alors qu'ils ont systématiquement proposé un rendez-vous à la patiente de référence. Selon une étude de la DREES, « 10% des demandes de rendez-vous médicaux (généralistes et spécialistes) n'aboutissent pas. Un tiers de ces demandes non satisfaites débouchent sur un renoncement aux soins et 3% sur une consultation aux urgences »<sup>30</sup>.

Cet exemple au niveau national illustre en partie le phénomène repéré par les professionnels sur la commune. Certains professionnels préfèrent orienter les usagers de leur service vers des praticiens identifiés comme acceptant des patients titulaires de la CMU-C ou de l'ACS sur les communes environnantes.

---

<sup>29</sup> Chareyron, Sylvain, Yannick L'Horty, et Université Paris-Est Marne-la-Vallée. « Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales », s. d., 42

<sup>30</sup> Alternative Eco n°384, novembre 2018, p.95 repéré sur [https://odenore.msh-alpes.fr/actualites/Des\\_chiffres\\_du\\_non-recours](https://odenore.msh-alpes.fr/actualites/Des_chiffres_du_non-recours)

*« ...Il faut prendre les bus, etc. Il pourrait y avoir une maison de santé. Pendant un moment, je pensais qu'ils avaient un projet sur le centre hélio-marin, mais ça ne s'est pas fait...Et puis en plus de ça, sans parler des médecins qui ne prennent pas la CMU, (...)*

*Moi, j'envoie sur Antibes. Je connais des médecins qui ne vont pas faire d'histoires parce que ce sont des gens qui sont à la rue ».*

*« On a des familles qui n'ont pas de rendez-vous parce qu'elles ont la CMU, on les accepte simplement que s'ils ont l'argent, s'ils payent avant d'avoir la consultation. Oui oui, on se retrouve avec des situations comme ça ».*

Si le refus de soins discriminatoires à l'encontre des patients titulaires de la CMU-C ou de l'ACS est illicite au regard du code de la santé publique<sup>31</sup>, certains refus ne relèvent pas nécessairement d'une discrimination. Le manque de médecin sur la commune pourrait expliquer en partie certains refus de recevoir par manque de places lié à la surcharge de travail de certains praticiens.

Pour autant, plusieurs formes de discrimination peuvent être constatées<sup>32</sup>. La discrimination peut être directe. Par exemple, certains praticiens refusent de recevoir les titulaires de la CMU-C ou les porteurs d'une maladie mentale. La discrimination peut porter sur les délais de rendez-vous, le temps de consultation ou l'abaissement des normes de prise en charge. C'est ainsi que certaines personnes n'honorent pas leur rendez-vous. La temporalité est trop longue. Les familles oublient leur rendez-vous.

La discrimination peut être aussi indirecte et aboutir à l'éviction de certains profils de patients sans intention initiale de discriminer. Par exemple, les modalités de prises de rendez-vous (par internet par exemple), les modes de paiement ou les tarifs pratiqués peuvent engager les patients vers un renoncement aux soins.

La situation la plus fréquente reste le refus du médecin d'appliquer les conditions spécifiques de paiement pour les bénéficiaires de la CMU (refus du tiers payant) et du tarif opposable (application de dépassements d'honoraires). Le fait de proposer des conditions que les bénéficiaires de la CMU ou de l'ACS ne pourront pas remplir constitue une discrimination indirecte.

D'autres phénomènes constituent des freins dans l'accès aux soins sans pour autant constituer une discrimination. A titre d'exemple, la surcharge d'activité des praticiens ou de certains dispositifs est un obstacle repéré par les professionnels sur le territoire de Vallauris. L'exemple le plus souvent cité est les délais de rendez-vous important pour obtenir une consultation au CMP.

*« Je vais rajouter qu'au CMP, pour avoir rendez-vous... ils sont à 2, 3, 4 mois les rendez-vous au CMP. C'est énorme !*

*(...)*

*Ils oublient leur rendez-vous ».*

---

<sup>31</sup> Selon l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique, « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du Code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus articles L. 861-1 et L. 863-1 du Code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles. [...] »

<sup>32</sup> [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/2017\\_03\\_27\\_rapport\\_final\\_medecins\\_et\\_patients\\_precaires.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/2017_03_27_rapport_final_medecins_et_patients_precaires.pdf)

*« Enfin souvent, on est en liste d'attente donc la prise en charge n'est pas effectuée. Parce que c'est aussi un travail d'être dans l'acceptation de rencontrer un psychologue. Et que, quand on y arrive, on n'a pas de rendez-vous parce qu'ils ne peuvent pas accueillir tout le monde... c'est aussi une réalité, on se retrouve à avoir de nouveaux freins. Après ça, la famille n'est plus dans l'acceptation ».*

Un autre phénomène apparaît sur la commune : « la rareté de l'offre de soins dans certaines zones géographiques constitue un frein contextuel à l'accès aux soins, qui, même s'il concerne l'ensemble de la population d'un territoire, est porteur de discriminations potentielles »<sup>33</sup>.

*« Sur la question des gynécologues par exemple, c'est pratiquement le désert. Quand on voit les mamans pour les orienter, souvent elles vont soit sur Antibes soit à Cannes. Les médecins, pour certains, ce n'est pas non plus toujours ça ».*

A ces démarches s'ajoutent la complexité des démarches administratives qui peuvent participer à la question non du recours aux soins.

### 3.4 Les inégalités face aux démarches administratives

Les professionnels de terrain observent des phénomènes d'exclusion de certains publics liés à la complexité des démarches administratives. Ce phénomène apparaît comme un élément majeur dans le renoncement aux soins et participe au non recours aux droits.

*« Il y en a qui les connaissent très bien parfois même mieux que nous..., mais pour beaucoup, c'est le bazar dans leurs papiers. Ils ne savent pas le gérer, ils perdent leurs papiers etc. Moi j'ai des sans-abris... il y a des gens qui ne sont pas du tout administratif. Et donc, il y a un non recours aux droits et il y en a beaucoup qui ne connaissent pas la prime d'activité par exemple. Il faut qu'on leur en parle pour qu'ils l'actionnent et... sans parler des bilans de santé etc, etc... Voilà, il y a plein de choses qu'ils ne font pas ».*  
(...)

*« Une méconnaissance, une désorganisation, et... une instabilité ... qui font que les papiers sont perdus et qu'il n'y a pas d'organisation, de classification ».*

L'enquête sur l'accès aux droits<sup>34</sup>, commanditée par le défenseur des droits en 2017, a mis en évidence que 21% de la population française éprouve des difficultés à accomplir les démarches administratives du fait de la complexité des procédures. Pour les personnes en situation de précarité ou qui ne vivent que des prestations sociales, la difficulté à engager des démarches administratives a des conséquences directes sur leurs conditions de vie. Ces personnes peuvent se retrouver en difficulté financière pour assumer les soins (ophtalmologie, soins dentaires, orthodontie...)

La même enquête confirme que les situations de précarité et les difficultés d'accès à l'information administrative sont intimement liées. « Plus la précarité est importante, plus les personnes concernées sont susceptibles d'être pénalisées par des démarches administratives à

<sup>33</sup> Cornu Pauchet, M. (2018). Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité. Regards, 53(1), p. 50.

<sup>34</sup> <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/enquete-relations-usagers-servpublics-v6-29.03.17.pdf>

effectuer en ligne »<sup>35</sup>. Les administrations au centre de ces difficultés sont le Trésor public, la CPAM, la CAF, la préfecture, la mairie, l'hôpital...

*« La question de la dématérialisation...on fait des ateliers pour les impôts parce qu'ils sont complètement perdus. Même pour nous, ... parfois ce n'est pas facile d'aller sur le site.... Mais oui oui, bien sûr, ce sont les mêmes questions, ce sont les mêmes freins ».*

*« Nous on reçoit beaucoup de personnes en difficulté avec les démarches administratives. Encore hier j'avais deux dames âgées qui ont 70 -80 ans et qui sont noyées dans les paperasses à faire, qui ne savent pas utiliser internet donc du coup elles ne savent pas quoi faire ».*

Contrairement aux idées reçues, les démarches administratives en ligne sont également complexes pour les jeunes, malgré une aisance supposée sur les outils multimédias. Leur usage d'internet se concentre sur la lecture de vidéos, pour jouer à des jeux vidéo, écouter de la musique ou à aller sur les réseaux sociaux. Ils montrent peu d'intérêt pour ces démarches administratives.

*« - Déjà pour eux le site AMELI, c'est très compliqué...*

- Donc, ils n'y vont pas. Je ne sais pas s'ils ont une phobie de ce site ?*
- Si c'est pas facebook, ils n'y vont pas. Ils s'en fichent du site AMELI.*
- Et donc ils vont nous donner les codes et à nous d'y aller pour leurs sortir l'attestation AMELI ou autre chose, mais ils n'iront pas le consulter ».*

La nature des difficultés rencontrées fait écho aux difficultés observées par les professionnels sur la commune. Les difficultés les plus fréquemment rapportées sont les demandes répétées de pièces justificatives, les difficultés à contacter quelqu'un, le manque d'information, l'absence de réponses, les dossiers perdus, le mauvais accueil.

Les problèmes d'alphabétisation et d'accès à la langue française sont également des freins aux démarches administratives.

*« Donc, c'est un peu compliqué pour ce public là et puis il y a toujours des familles en difficulté avec la langue. Il y a beaucoup de femmes, de familles qui ne parlent pas français ou qui le parlent très mal. Donc, au niveau des démarches, c'est compliqué. Quand il faut téléphoner pour prendre un rendez-vous, pour comprendre ce qui est dit. Donc on fait ce lien avec les instances pour prendre des rendez-vous, pour aider à faciliter les choses ».*

C'est ainsi que le bilinguisme de certains professionnels devient un levier pour accéder aux droits et aux soins.

Pour répondre à ces difficultés d'accès au numérique et favoriser l'accessibilité aux services dématérialisés, les Maisons de Services au Public (MSaP) ont été déployées sur l'ensemble du territoire. Le défenseur des droits dans un rapport publié en décembre 2018<sup>36</sup> estime que ces dispositifs restent *« une réponse généraliste très insuffisante par rapport aux besoins*

---

<sup>35</sup> Ibid, p.15

<sup>36</sup> <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport-demat-num-21.12.18.pdf>

*d'accompagnement* »<sup>37</sup>. Elles ne peuvent pas répondre de manière efficiente aux besoins d'accompagnement des démarches administratives en ligne, car « *les MSaP ne bénéficient pas de la compétence et l'expertise des agents des services d'accueil des services publics* ». De surcroît, le choix d'implantation géographique de la MSaP de Vallauris semble être un frein à l'accès pour tous à ce dispositif. En effet, l'implantation de ce dispositif au sein du quartier prioritaire des « Hauts de Vallauris » exclut une partie de la population qui ne souhaite pas se rendre au sein du quartier. L'accessibilité géographique pose problème (difficulté d'accès) et le quartier souffre d'une stigmatisation importante qui apparaît comme un frein majeur à sa fréquentation par le plus grand nombre.

*« Ils ont créé une maison des services au public qui devrait répondre à ça. Il y a des permanences de la CAF, mais c'est au cœur du quartier. Les gens n'ont pas forcément envie de se voir stigmatisés. Ben tiens, je vais là parce que j'ai un problème en fait parce qu'il y a le CMP, parce qu'il y a ceci, il y a la Croix Rouge. Alors c'est super mais c'est peut-être aussi stigmatisant ».*

La plupart des partenaires de l'ALFAMIF orientent alors les usagers de leur service vers le Pôle « santé solidarités » pour une aide à la constitution de dossier administratif en lien avec la santé.

### 3.5 Une augmentation des troubles psychiques et du comportement

Les partenaires interrogés s'inquiètent également de la santé mentale des habitants de Vallauris. Effectivement, ils observent une augmentation de personnes souffrant de troubles mentaux et/ou de troubles du comportement sur la commune et ce de plus en plus jeunes. Il est à noter que « *la charge de morbidité mentale n'affecte pas tous les groupes sociaux uniformément. Ce sont ceux dont la situation est défavorable et les ressources sont les plus minces qui y sont le plus exposés* »<sup>38</sup>.

*« Il y a des gens qui sont en souffrance psychique, c'est d'une évidence ! Je veux dire toute la journée, ils font le même trajet, ils viennent se poser au même endroit et... ils entrent, ils parlent à tout le monde. Des jeunes femmes complètement hagardes, enfin une vraie population visible dont personne ne s'occupe ».*

S'il n'y a pas de chiffres sur le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux dans l'espace public, les professionnels s'inquiètent du phénomène. Selon les spécialistes, cette situation est le reflet d'un défaut de prise en charge des malades (réduction du nombre de lits en hôpital psychiatrique, absence de prises en charge alternative). À ce phénomène s'ajoutent les délais de rendez-vous trop long dans les cabinets de ville. C'est le cas pour obtenir un rendez-vous dans les centres médico-psychologiques, notamment sur la commune de Vallauris. Sans diagnostic, les malades sont davantage livrés à eux-mêmes.

La consommation de produits psychoactifs est également un phénomène repéré par les acteurs de terrain. Ils constatent une augmentation des consommations. Ce phénomène s'expliquerait en partie par la facilité d'accès aux drogues (cannabis, cocaïne...). Un lien entre trouble mental et consommations de substances psychoactives a pu être établi. « *Classiquement, ces troubles*

---

<sup>37</sup> Ibid, P. 42

<sup>38</sup> Funk, Michelle, et Organisation mondiale de la santé. *La situation de la santé mentale*. Genève : OMS, 2004. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/situation\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/situation_sante_mentale.pdf).

*qui sont, soit des troubles de l'humeur, soit des troubles du comportement, soit des troubles de la personnalité, soit des troubles psychotiques, sont préexistants à l'usage de drogues, ou au contraire sont générés par les consommations »<sup>39</sup>.*

Les personnes touchées par les troubles mentaux et/ou concernées par les addictions constituent une population vulnérable. C'est une population qui va peu vers l'extérieur, ce qui complique les soins. Les représentations sociales négatives qu'ils ont de la maladie mentale ne les conduit pas à envisager l'entrée dans un parcours de soins.

Le recours aux professionnels spécialisés va de pair avec la conscience d'un trouble psychique. Il en va de même pour la question des addictions où l'un des principaux obstacles à l'entrée dans un parcours de soins est le déni des personnes quant à leurs pratiques addictives.

Une veille devrait s'opérer sur la communauté Capverdienne qui, selon les professionnels, serait plus exposée aux risques d'une addiction à l'alcool<sup>40</sup>. Cette population au cœur du centre ancien serait peu ouverte vers l'extérieur et ne fréquenterait que trop peu les services de santé du point de vue des partenaires.

*« Sur Vallauris il y a une communauté Cap Verdienne et qui est fortement alcoolisée à partir de 16.30-17h, qui occupe la place et il se passe des choses terribles ».*

*« Effectivement, il y a une problématique avec la communauté Capverdienne. On en a, mais c'est tellement fermé que ça fait partie des gens avec qui on a du mal. C'est fermé et ils ont beaucoup de mal à nous amener leurs enfants (...) Pour le coup, c'est une population où ce sont beaucoup les associations qui nous les orientent (...). On en entend beaucoup parler, mais on n'en a pas tant que ça en suivi. Souvent, ce que l'on fait ressortir, c'est que ça va mal, mais qu'ils n'osent pas venir. (...) Nous, on fait le lien. Ils boivent beaucoup. Du coup, ils sont plus enclins à la violence. Il y a les enfants qui assistent à ça ».*

### 3.6 La santé des jeunes

De manière générale, les jeunes sont une population en bonne santé. Pour autant, les professionnels observent, au même titre que chez les adultes, une augmentation des troubles psychiatriques et/ou du comportement chez les plus jeunes. Certains professionnels expliquent ce phénomène par les conditions de vie précaires des enfants. Cette augmentation serait contextuelle. Certains vivent des situations de violence ou de tension au sein même de la famille. Par exemple, il n'est pas rare que des enfants vivent avec des parents qui se sont séparés, mais qui vivent encore sous le même toit car ils n'arrivent pas à assumer les charges d'un logement seul. L'enfant apparaît alors comme un « enfant-symptôme » d'un fonctionnement familial particulier. Les enfants sont parfois orientés vers le CMP par l'école, cependant les familles n'ont pas le même regard sur la situation de leur enfant. Le soin n'est pas engagé, car pour ces dernières, il n'y a pas de difficultés. L'orientation vers les services psychiatriques reste difficile pour plusieurs raisons : les représentations sociales de la psychiatrie, la peur du jugement (crainte de voir remettre en question leur parentalité), l'incompréhension des missions des services médico-sociaux (crainte qu'on leur enlève leurs enfants).

<sup>39</sup> <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/87/?sequence=9>

<sup>40</sup> A ce sujet, le gouvernement Cap-verdien a déclaré l'alcoolisme, problème de santé public. En 2008, chaque citoyen cap-verdien dépensait 1,9% de ses ressources dans l'alcool et le tabac, alors qu'il ne dépensait que 0,9% dans la santé.

*« Au départ, venir nous voir, alors que sa peur c'est qu'on lui enlève son enfant, c'est très dur. (...) Je pense que ça arrive à d'autres personnes. Ils ne savent pas bien ce que l'on fait et la psychiatrie, ça fait peur ».*

De surcroît, pour certains professionnels, plus les familles sont en difficultés, plus il est difficile de demander de l'aide. Certains besoins entrent en compétition avec la santé comme les dépenses contraintes pour assumer le minimum vital. Ces familles sont souvent isolées. Elles éprouvent des difficultés à assumer leur rendez-vous.

Les professionnels s'inquiètent également de l'accessibilité des produits psychoactifs chez les jeunes. Ils observent des pratiques addictives de plus en plus jeunes (cannabis). L'engagement vers le soin est rendu difficile par le déni des adolescents sur leur pratique. De surcroît, certaines consommations sont partagées au sein même de la structure familiale, ce qui est un frein à l'instauration d'un suivi médico-social.

- *« Nous, on a eu le cas. Ce n'était pas sur le secteur de Vallauris. Quand je travaillais à Cannes, on a eu le cas d'un jeune, le premier joint il l'a fumé à 7 ans !*
- *7 ans ?*
- *Oui 7 ans et ... ce jeune nous explique qu'en fait son père... fume régulièrement après le travail (...) il s'est dit pourquoi je ne fais pas comme papa ! Voilà, le mimétisme. Alors, il n'était pas sur une consommation à 7 ans, mais il a essayé. La première fois qu'il a fumé le joint, il avait 7 ans ».*

*« Les addictions, beaucoup de jeunes sont sous l'emprise ... du cannabis clairement. Cette addiction qui est très prégnante. On se rend compte aussi que pendant les soirées, ils consomment de plus en plus, même les drogues dures, l'alcool, le cannabis, la cocaïne. Pour certains, c'est juste dans le discours mais il n'y a rien, mais il y en a d'autres qui sont déjà dans ces pratiques... déjà ancrées ».*

Le poids du quartier engage également les plus jeunes dans des pratiques par mimétisme de leurs aînés.

*« ... et puis il y a le poids du quartier ... nous on est choqués quand on voit qu'à 8 ans ou à 10 ans, ils sont déjà dans ce système.  
(...) »*

De manière générale, les jeunes ne se sentent pas concernés par la santé. Ils ont le sentiment d'être invulnérables. Ils ne connaissent pas ou peu leurs droits et sont également confrontés comme leurs aînés aux difficultés d'ordre administratif. « En 2019, 23 % des jeunes déclarent ainsi ne pas avoir bénéficié de dispositifs, allocations, droits, aides ou tarifs sociaux auxquels ils auraient eu droit ; une part en progression depuis 2016 (+ 5 points). Une part plus importante encore de jeunes (32 %) ne savent pas s'ils ont été en situation de non-recours au cours des 12 derniers mois »<sup>41</sup>. Le soin est parfois abandonné pour des raisons financières, notamment chez les jeunes logés chez leurs parents qui dépassent de peu le plafond pour accéder à la CMU-C. Ils ne contractent pas de contrat pour avoir une complémentaire santé du fait d'un coût financier qu'ils ne peuvent pas assumer en l'absence de revenu.

<sup>41</sup> <https://injep.fr/wp-content/uploads/2019/11/rapport-2019-12-barometre-djepva-2019.pdf>, p.40

*« J'ai remarqué effectivement, qu'on a des jeunes qui sont à la charge de leurs parents. Les parents perçoivent un petit revenu (...) les enfants viennent demander... ces jeunes-là viennent nous demander la CMU. Et vu qu'ils habitent chez les parents, c'est aux parents de demander la CMU. Et comme les parents, ils n'ont pas le droit parce qu'ils dépassent un petit peu du plafond et automatiquement ces jeunes n'ont pas accès à la CMU. Et ils préfèrent ne pas avoir de couverture complémentaire parce que c'est minimum 20 € par mois et ils refusent les soins ... ça les freine pour aller voir le dentiste ».*

Peu de statistiques permettent d'avoir une vision précise de la santé des jeunes sur la commune. Pour autant, les professionnels de l'action sociale et médico-sociale ont repéré des problématiques récurrentes comme l'hygiène bucco-dentaire et les problèmes d'alimentation. En France, « 40% des enfants des familles défavorisées ne mangent pas à la cantine contre 17% des élèves issus de familles de catégories socioprofessionnelles supérieures. Le sujet est loin d'être anecdotique tant l'accès à la cantine scolaire et le fait de pouvoir manger à sa faim chaque midi conditionne la réussite à l'école »<sup>42</sup>.

*« Alors, nous, nous avons beaucoup de retours des familles autour de l'alimentation des enfants.*

*(...)*

*Par rapport à la cantine, par rapport au repas mais aussi par rapport à ce qu'ils peuvent manger. Parce qu'on travaille beaucoup sur l'alimentation, on travaille sur le salé sucré, on fait des ateliers cuisine avec les enfants. Et, ils ne mangent pas toujours de très bonnes choses, donc on travaille beaucoup là-dessus et on essaye de faire passer le message que l'alimentation, c'est aussi faire la cuisine. C'est aussi acheter des produits du moment. L'autre jour on avait pris 5 -6 tomates de différentes variétés. Ils ne savent pas ce que c'est, les enfants. Donc il y a vraiment un apprentissage, je pense qu'il faut que ce soit au niveau de la municipalité. Qu'il y ait un programme au niveau des écoles peut être, au niveau de la cantine pour que les enfants apprennent à connaître les produits. Parce que c'est par les enfants qu'on fait passer des messages. Mais, à part boire du coca, des jus de fruit qui sont extrêmement sucré ... ».*

### 3.7 La sexualité des jeunes en question : la nécessité de mettre en place des actions de prévention

Les professionnels sur la commune s'inquiètent de l'apparition de pratiques sexuelles à risque chez les jeunes. Ils observent du michetonnage, autrement dit « *le fait pour une personne vulnérable (notamment du fait de sa minorité et/ou d'un contexte de souffrance psychosociale et/ou de précarité sociale) de s'engager dans une conduite à risques, où la mise en danger de soi est liée à des relations sociales et affectives structurées par des transactions économico-*

---

<sup>42</sup> La Gazette.fr, L'école française propose-t-elle un cadre de vie favorable aux apprentissages et au bien-être de l'élève ? Rapport d'étude, menée par le Cnesco, le Conseil national d'évaluation du système scolaire octobre 2017

*sexuelles qui ne prennent pas la forme d'une rémunération d'actes sexuels tarifés, ou pas explicitement, ou encore, qui ne sont pas perçus comme tels (mais, par exemple, comme un « cadeau » valorisant, un « soutien », etc.)»<sup>43</sup>.*

*« Ça a été une problématique importante quand même pour nous en tout cas sur le secteur de Vallauris depuis quelques temps autour de la sexualité, des sexualités déviantes, des jeunes filles qui entrent dans des pratiques comme le michetonnage, même pour certaines la prostitution. »*

Ces pratiques s'expliquent parfois par une précarité financière où les jeunes filles vont s'engager dans certaines pratiques pour répondre à des besoins primaires (se nourrir, s'habiller).

*« L'année dernière, on a été quand même amenés à effectuer 15 IP pour des jeunes filles âgées de 12 ½ ans à 16 ans qui postaient sur des sites hébergeurs des photos de nus, très suggestives, enfin des photos vraiment pornographiques... On ne peut que le constater puisqu'on a vu les photos donc c'est des faits avérés. Des jeunes filles qui nous verbalisent le fait que oui en effet quand elles vont faire des soirées où les pratiques c'est faire des fellations, d'avoir des rapports sexuels consentis ou non consentis ou quand c'est consenti c'est en échange d'un joint, en échange de vêtements... »*

*(...)*

*« Pour certains clairement, il y a la difficulté financière.*

- C'est alimentaire*
- Certaines l'expliquent comme ça. Elles l'expriment. Quand elles n'ont plus rien à manger dans le frigo ou dans la maison ... en effet ça devient alimentaire pour certaines »*

Pour d'autres, c'est trouver une place au sein du quartier. Elles sont en manque de repères. Les professionnels pointent la facilité d'accès à des sites pornographiques qui engagent les jeunes vers le culte de la performance. Ils pointent également le manque d'information sur la vie sexuelle et affective chez les jeunes. Il n'est pas rare de voir des adolescents qui ne connaissent pas les modes de contraception. A ce sujet, il semblerait que les jeunes filles n'aillent pas consulter la PMI sur Vallauris de crainte de croiser des familles du quartier et laisser entrevoir une partie de leur intimité.

Les professionnels s'accordent donc sur la nécessité de développer des actions sur l'éducation à la vie affective et sexuelle en direction des jeunes.

*« Les raisons de cibler le groupe des adolescents sont nombreuses : l'adolescence apparaît à la fois comme la période de la découverte de la sexualité marquée par une relative instabilité et éventuellement un plus grand nombre de partenaires sexuels, ce qui en fait une cible prioritaire de la prévention. Elle est présentée aussi comme une période de relative instabilité psychologique marquée par un sentiment d'invulnérabilité »<sup>44</sup>.*

*« L'infirmière du collège travaille là-dessus. Et il y aussi quels sont les moyens de contraception ? Puis il y a toutes ces questions taboues qu'ils se posent. Est-ce qu'un film pornographique... est-ce que c'est ça faire l'amour avec quelqu'un ? C'est ce qu'ils s'imaginent. On est sur la question des performances. Concrètement ... ça dure 2*

---

<sup>43</sup> <https://www.rvh-synergie.org/comportements-sexuels-a-risque/896-le-michetonnage-comme-conduite-a-risque-adolescente.html>

<sup>44</sup> <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/175/?sequence=12>

*heures ? Cela fait 4 ans qu'on a mis en place cette action éducative et on a eu à chaque fois des orientations qui ont été effectuées vers la PMI. Il y a quand même cette prise de conscience des jeunes qui disent avoir eu un rapport non protégé. Pour eux, le sida ça se guérit avec une prise de sang et un vaccin ! On en est là quand même ! Donc oui, il n'y a rien de mortel. Il y a le côté adolescent. On sent qu'il y a un manque d'information. »*

Pour répondre à ce type de problématique, les professionnels tentent de travailler en partenariat avec les services permettant de répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes en proposant des actions de prévention sur le territoire.

### 3.8 La santé : un problème social dit « partagé »

Tout au long de cette étude, il est apparu que les questions de santé sont intimement liées aux questions d'inégalités sociales. La question de la santé des habitants de Vallauris est partagée par un certain nombre d'acteurs : État, collectivité territoriale, Département, associations, entreprises, praticiens en libéral... Les réponses dépassent le cadre exclusif de la réponse médicale. La santé apparaît comme un problème social indivisible. Dès lors, le mode de réponse des acteurs est de privilégier le partenariat.

C'est d'ailleurs la volonté de l'ensemble des acteurs sur le territoire. L'ensemble des acteurs rencontrés souhaitent travailler ensemble de manière plus efficiente pour répondre de manière coordonnée à des problématiques rencontrées par chacun d'entre eux.

*« Tous les jours, on peut vérifier que ça crée du lien entre les partenaires, que le fait de se connaître, de connaître les contraintes de chacun en termes de délais, de place, de cahier des charges, des modalités de prise en charge, c'est super important. Quand on a une situation réelle en face de nous on sait à qui on va s'adresser pour telle ou telle raison. »*

La notion de problème indivisible engage les acteurs à se rencontrer et à s'organiser pour résoudre le problème. Il n'y a pas un propriétaire d'un problème et de sa solution. Le problème et la solution sont copossédés. Il y a donc nécessité de trouver des espaces de rencontre pour échanger sur les missions de chacun, sur les situations, et pour identifier les acteurs ou les dispositifs ressources du territoire.

*« Je viens d'une autre région où on avait des réunions de réseau (vous en parliez tout à l'heure) où on se réunissait tous les un mois et demi je crois. Il y avait différents partenaires qui se réunissaient pour parler des problématiques du territoire et éventuellement évoquer des situations compliquées. Ça permettait aussi de ne plus avoir le nez dans le guidon. Et puis d'avoir le regard d'autres collègues qui pouvaient nous donner d'autres pistes quand on était un peu devant un mur ».*

Enfin, tous les acteurs sont confrontés à la territorialisation de l'action publique. Or, l'action publique est en permanence en recherche du bon territoire pour développer son action. Les territoires sont mouvants. La géographie des QPV en est l'illustration. La définition du bon territoire s'inscrit dans un processus qui vise à dépasser un découpage arbitraire de certains territoires. Pour ce faire, la coordination du partenariat est une réponse qui peut permettre d'imaginer des solutions communes à l'image du réseau « santé précarité » développé sur la ville d'Antibes ou le conseil de santé mentale. Certains partenaires s'interrogent sur l'existence

de ces dispositifs sur une ville où il n'y a pas de QPV alors qu'au regard de la situation de Vallauris, ce type d'organisation pourrait constituer une réponse adéquate aux problèmes de santé sur la commune.

# ANALYSE DES RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

#### 4.1 L'échantillon et le mode de passation

Le mode de recueil des questionnaires a de fait influencé les caractéristiques de l'échantillon. Il a été administré depuis plusieurs structures d'accompagnement social et de santé sur le territoire de Vallauris :

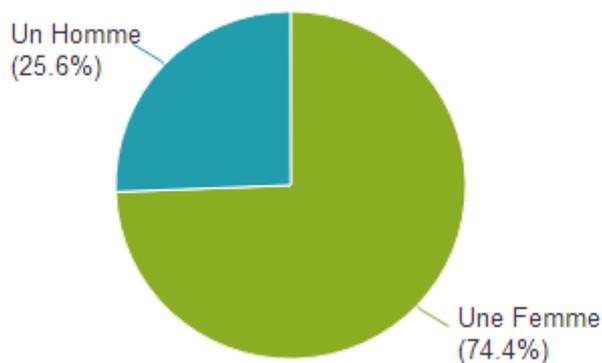
- Le pôle Santé Solidarité ALFAMIF
- La mission locale
- La MSD
- Le CMP

Notre objectif était de cibler les personnes ayant potentiellement eu des difficultés d'accès aux droits et aux soins en lien avec d'éventuelles situations précaires.

L'échantillon n'est donc pas représentatif de la structure socio-démographique de la commune de Vallauris. Toutefois, il est composé de personnes potentiellement cibles dans le cadre de l'Atelier Santé Ville et **l'effectif total est de 82 réponses.**

Tout d'abord la répartition entre les sexes est assez inégale puisque notre échantillon est composé de 74.4 % de femmes et de 25.6 % de hommes.

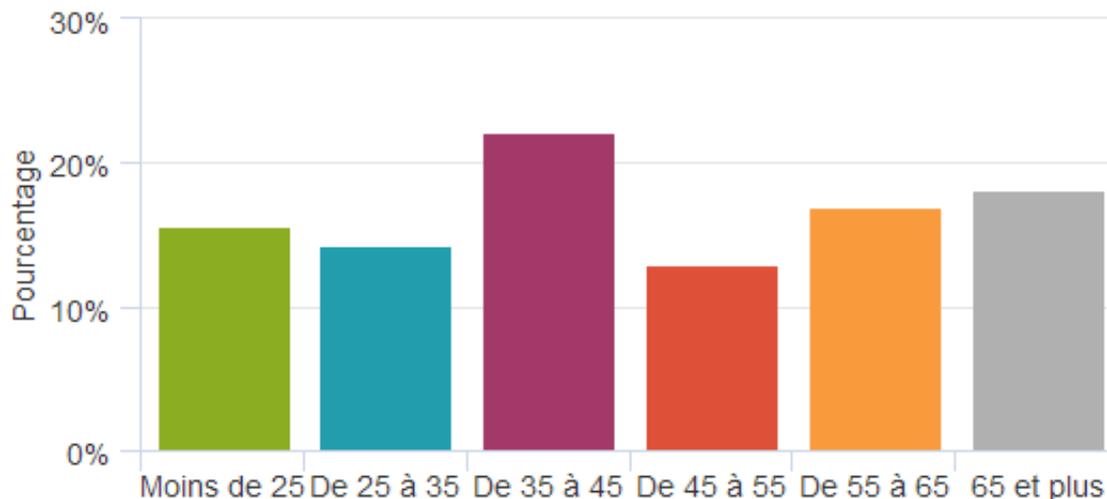
**Graphique 1.** Répartition de l'échantillon par sexe



Réponses effectives : 82  
Taux de réponse : 100,0%

Par contre, la répartition par âge des répondants nous a semblé satisfaisante dans le sens où toutes les tranches d'âge sont représentées dans l'échantillon (voir graphique ci-dessous).

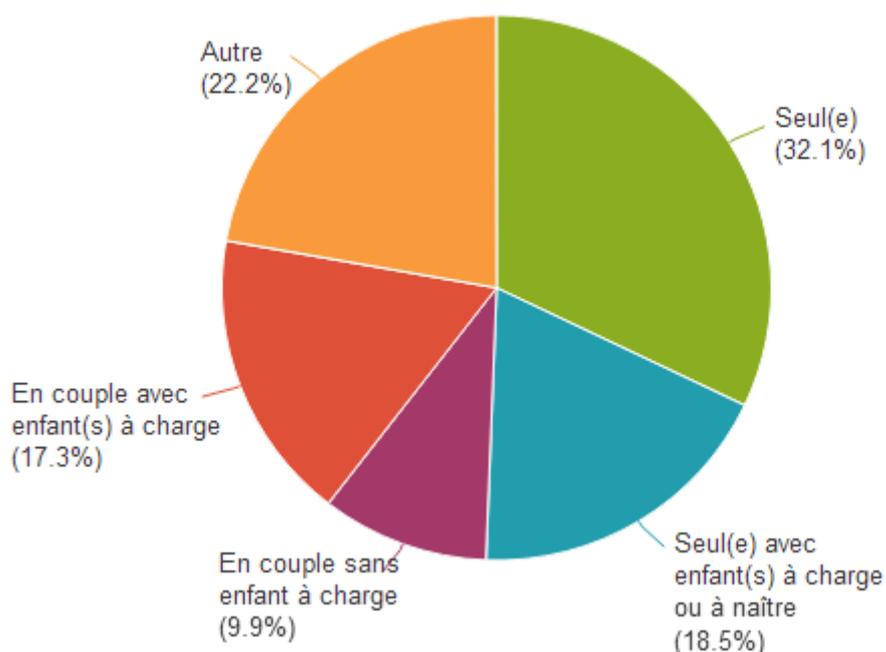
**Graphique 2.** Répartition de l'échantillon par âge



Réponses effectives : 77  
Taux de réponse : 93,9%  
Moyenne : 45,2

Enfin, les situations familiales observées sont elles aussi variées dans l'échantillon.

**Graphique 3.** Situation des personnes



Réponses effectives : 81  
Taux de réponse : 98,8%

En ce qui concerne la structure sociale, nous avons une population caractéristique des milieux populaires et, pour une part importante, en potentielle situation de précarité.

Plusieurs indicateurs valident ce constat. Tout d'abord seulement 22% sont en emploi déclaré, et 30,5% en recherche d'emploi, 11% sont inactifs, et moins de 5% étudiants ou élèves. De plus, lors que l'on regarde les Professions et Catégories sociales, plus de 58% sont employés

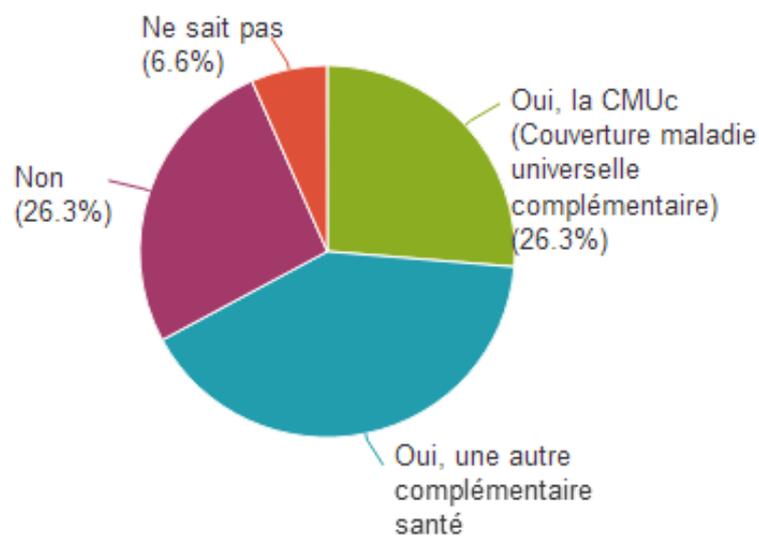
ou ouvriers et plus de 25% dans la catégorie « *autres sans activité professionnelle* ». Pour finir, les niveaux de diplôme montrent que plus de 60% des personnes qui ont répondu ont un niveau inférieur au baccalauréat (tous les graphiques sont consultables en annexe 4). Cette composition de la population ne constitue ni une surprise, ni une difficulté, eu égard à notre mode de récolte des données et à nos objectifs pour cette étude.

## 4.2 Les aides et les droits

Parmi les personnes qui ont répondu, on observe que celles-ci disposent d'une assez bonne couverture santé. En effet, 94.9% sont affiliées à la sécurité sociale (graphique en annexe 4). Cependant, rappelons que les personnes qui ont répondu se sont déjà rendues dans des lieux où elles peuvent bénéficier d'une aide ce qui est lié au mode de récolte des données. Parmi elles 27.6% bénéficient de la CMU, 22.4% de l'ACS, et seulement 1.4% de l'AME.

En ce qui concerne la complémentaire santé de manière générale, il nous semble important de noter que 26.3% déclarent ne pas avoir de complémentaire santé (graphique 4).

**Graphique 4.** Couverture mutuelle

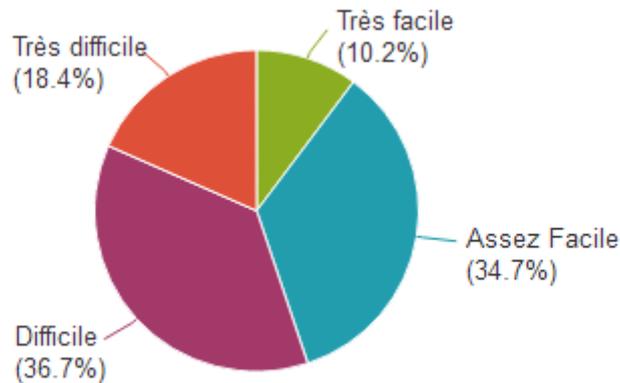


Réponses effectives : 76  
Taux de réponse : 92,7%

Lorsque l'on s'intéresse aux raisons c'est l'aspect « démarche compliquée » qui ressort principalement (voir en annexe 4). Cette dimension reviendra ensuite sur l'accès aux aides.

En ce qui concerne les différents types d'aide, on observe que 55% des personnes trouvent que l'accès à celles-ci a été difficile.

**Graphique 5.** Point de vue sur l'accès aux aides (CMU, AME, ACS, CMUc, Aide effet de Seuil)



Réponses effectives : 49  
Taux de réponse : 59,8%

Lorsque l'on regarde les raisons dans les verbatims, 3 principales raisons sont évoquées :

- Les problèmes liés à la maîtrise de la lecture et de l'écriture, qui s'articulent parfois avec la question de la maîtrise de la langue française pour certains non francophones
- Les difficultés dans la gestion des démarches administratives qui apparaissent comme « trop compliquées », « trop longues »
- Les seuils considérés parfois comme trop bas pour accéder à certaines aides

#### 4.3 L'accès et le renoncement aux soins

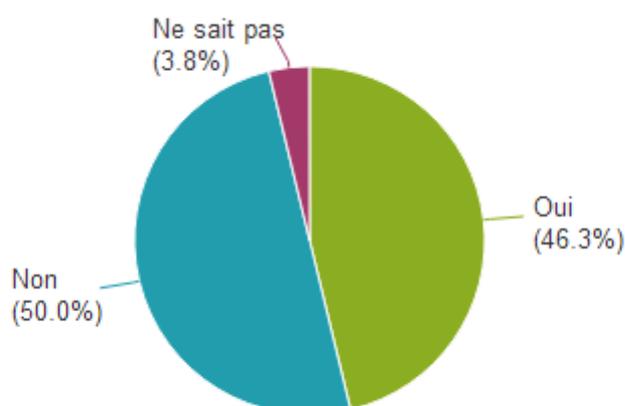
Pour commencer, on observe que la très grande majorité des personnes déclarent avoir un médecin traitant (95%) et 85% déclarent avoir consulté ce dernier dans les 6 derniers mois. Ces deux indicateurs sont positifs au regard de l'accès aux soins.

Toutefois lorsque l'on questionne les personnes sur le renoncement, il apparaît que 46.3% des répondants déclarent avoir refusé au moins une fois des soins au cours des 12 derniers mois.

## Graphique 6. Refus de soins au moins une fois au cours des 12 derniers mois

Réponses effectives : 80

Taux de réponse : 97,6%



Réponses effectives : 80

Taux de réponse : 97,6%

Nous avons tenté de croiser cette réponse avec d'autres variables (voir en annexe). Il apparaît alors :

- Une relation significative entre le sexe et le renoncement aux soins de manière générale ; cette relation se confirmera ensuite sur le renoncement à la consultation d'un généraliste sur les 12 derniers mois
- Une absence de relation entre l'âge et le renoncement aux soins, qui se confirme sur les différentes déclinaisons du renoncement (généralistes, spécialistes)
- Une absence de relation entre le lieu de naissance (France ou étranger) et le renoncement aux soins qui se confirme elle aussi sur tous les aspects du renoncement.

Sur le rapport genré aux soins, des travaux existent et ont déjà montré cette relation. En effet, les femmes sembleraient plus sujettes au renoncement<sup>45</sup> aux soins et ce, d'autant plus en situation de précarité. Ainsi, un rapport a été produit par le Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes en 2017 et pointant l'urgence sur l'accès aux soins des femmes en situation de précarité. Des préconisations sont formulées qui pourraient être un support à réflexion car le territoire semble particulièrement concerné. Pour finir, nous pensons que cette dimension peut être interrogée dans des entretiens semi-directifs car Héléna REVIL, spécialiste de la question, note un défaut d'enquête qualitative sur ces questions. De plus une réflexion pourrait être menée localement et dans un cadre partenarial sur une prise en charge qui pourrait être spécifique pour les femmes (adaptation des pratiques, orientation vers des acteurs spécialisés...).

<sup>45</sup> REVIL Héléna, Femmes et hommes face au renoncement aux soins, *La santé en Action*, n° 441, septembre 2017

En ce qui concerne le renoncement aux soins de manière plus détaillée, nous observons (tous les graphiques sont disponibles dans les pages suivantes 32 à 34) :

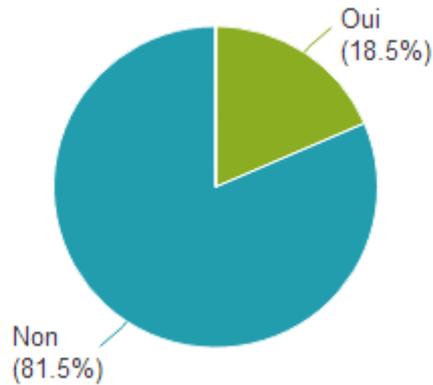
- 18.2 % de renoncement à une consultation chez un généraliste au cours des 12 mois
- 39.5 % de renoncement à une consultation chez un dentiste au cours des 12 mois
- 33.3 % de renoncement à une consultation chez un spécialiste au cours des 12 mois

Chez les spécialistes, il apparaît que ce sont les consultations en ophtalmologie et en gynécologie qui sont de loin les plus concernées.

Pour finir, indépendamment du type de consultation, ce sont bien les raisons financières qui sont évoquées comme les principales raisons au renoncement. Toutefois, il nous semble aussi pertinent de noter que la peur du médecin ou du diagnostic sont évoquées et pourraient faire l'objet d'un approfondissement dans une enquête qualitative. L'objectif serait de mieux comprendre ces appréhensions afin de mieux les prendre en compte dans l'accueil et l'accompagnement vers le soin.

## Principaux graphiques sur le renoncement

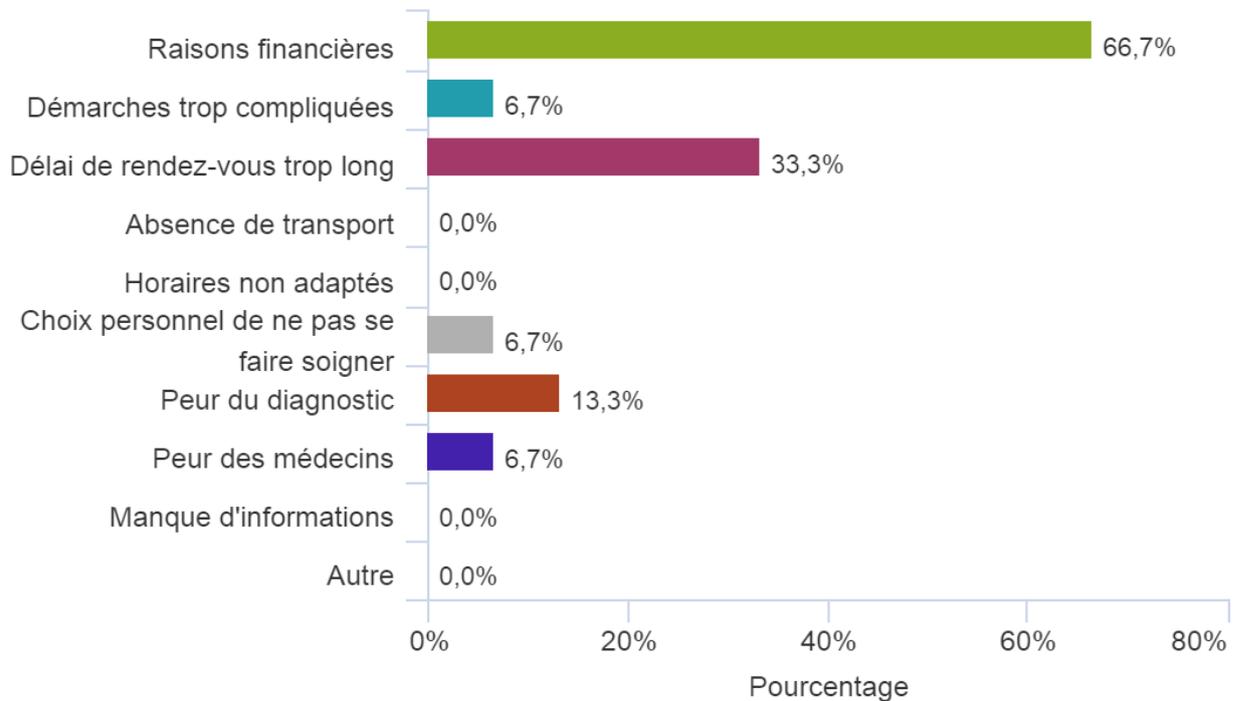
Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé à une consultation chez un médecin généraliste ?



Réponses effectives : 81  
Taux de réponse : 98,8%

### Si oui, quelles étaient les raisons ?

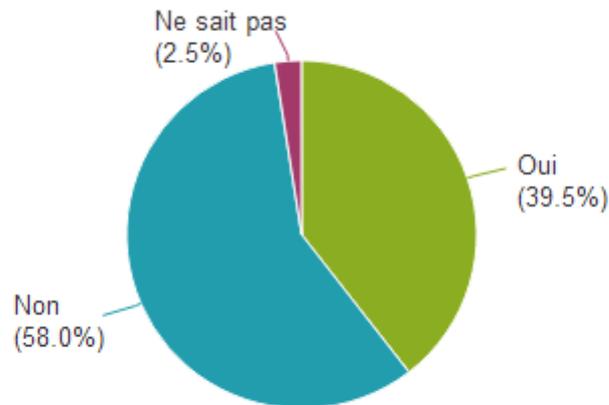
Réponses effectives : 15  
Taux de réponse : 93,8%



**Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé à une consultation chez un dentiste ?**

Réponses effectives : 81

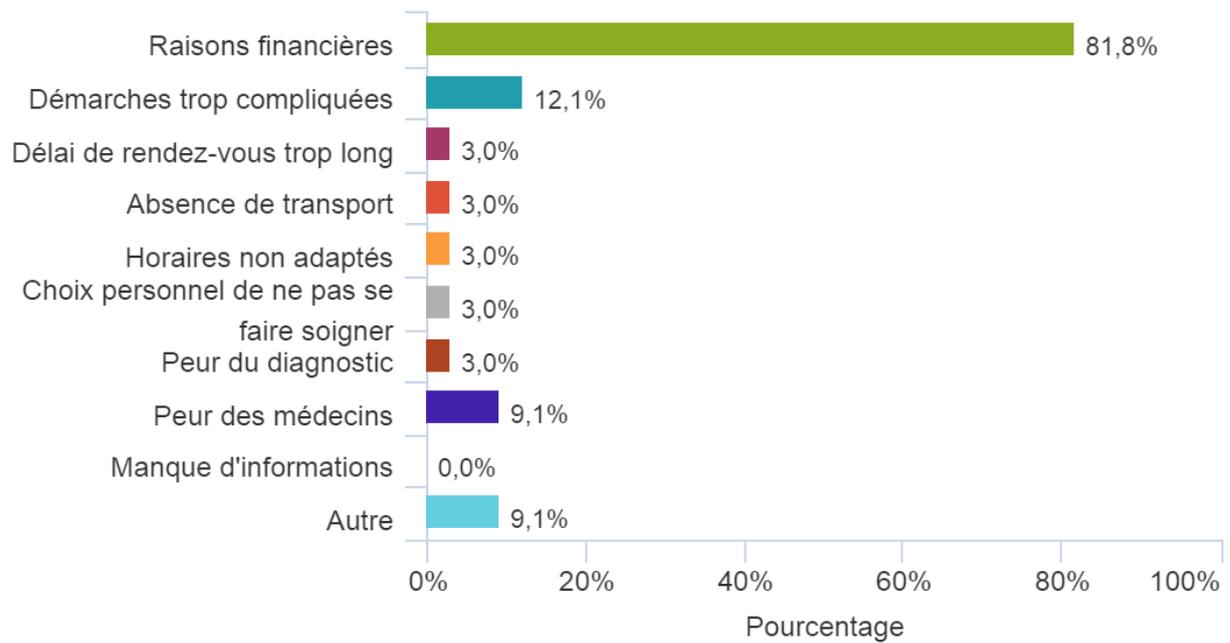
Taux de réponse : 98,8%



**Si oui, quelles étaient les raisons ?**

Réponses effectives : 33

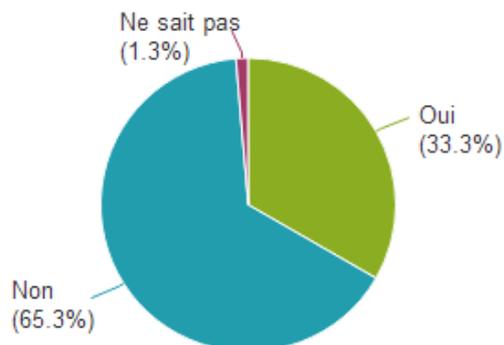
Taux de réponse : 94,3%



**Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé à une consultation chez un autre spécialiste (Ophtalmologiste, Gynécologue, Psychiatre, Cardiologue...)?**

Réponses effectives : 75

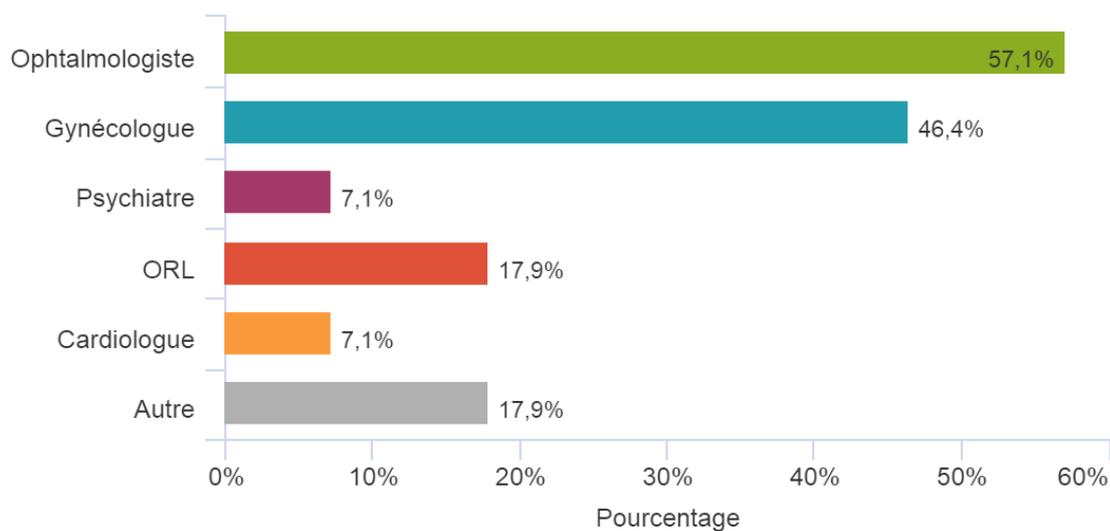
Taux de réponse : 91,5%



**Si oui, merci de préciser quel(s) spécialiste(s) ?**

Réponses effectives : 28

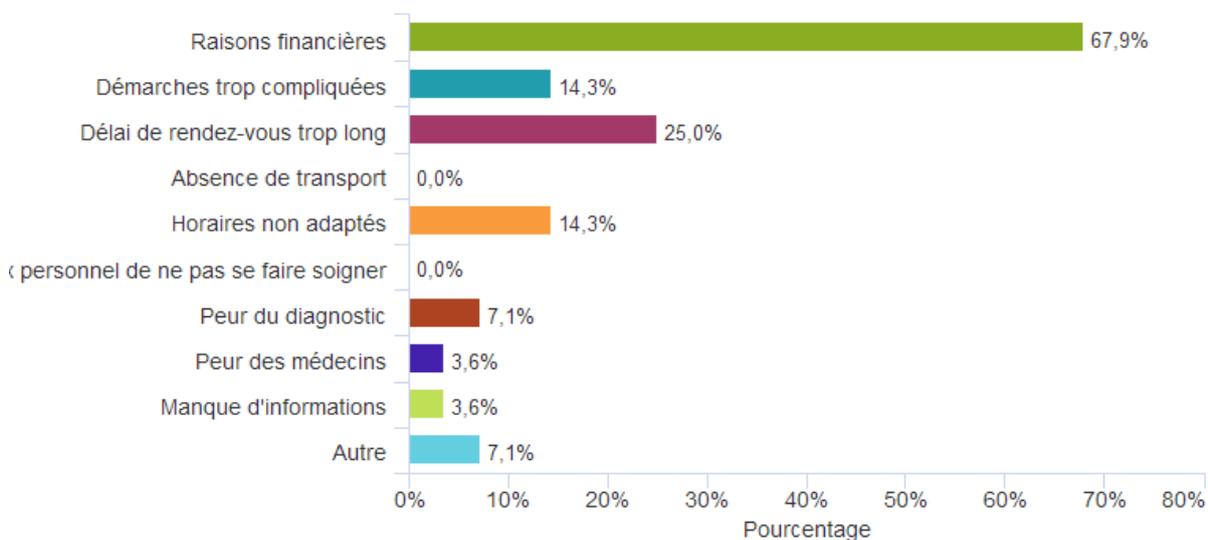
Taux de réponse : 84,8%



**Si oui, quelles étaient les raisons ?**

Réponses effectives : 28

Taux de réponse : 84,8%



#### 4.4 Le point de vue de la population sur l'offre

Ce questionnaire a aussi permis de recueillir le point de vue de la population sur l'offre de santé sur le territoire. Il s'agit d'une donnée subjective mais qui peut véritablement avoir un intérêt. En effet, dans la perspective où la population perçoit une offre non satisfaisante alors qu'objectivement il n'existe pas vraiment de sous-couverture, cela peut interroger sur des actions en termes de communication, de mise en lien des partenaires, etc.

Dans le graphique ci-contre (p.47), vous trouverez donc le point de vue des personnes selon le type de médecins, spécialistes, ou autre professionnel de santé.

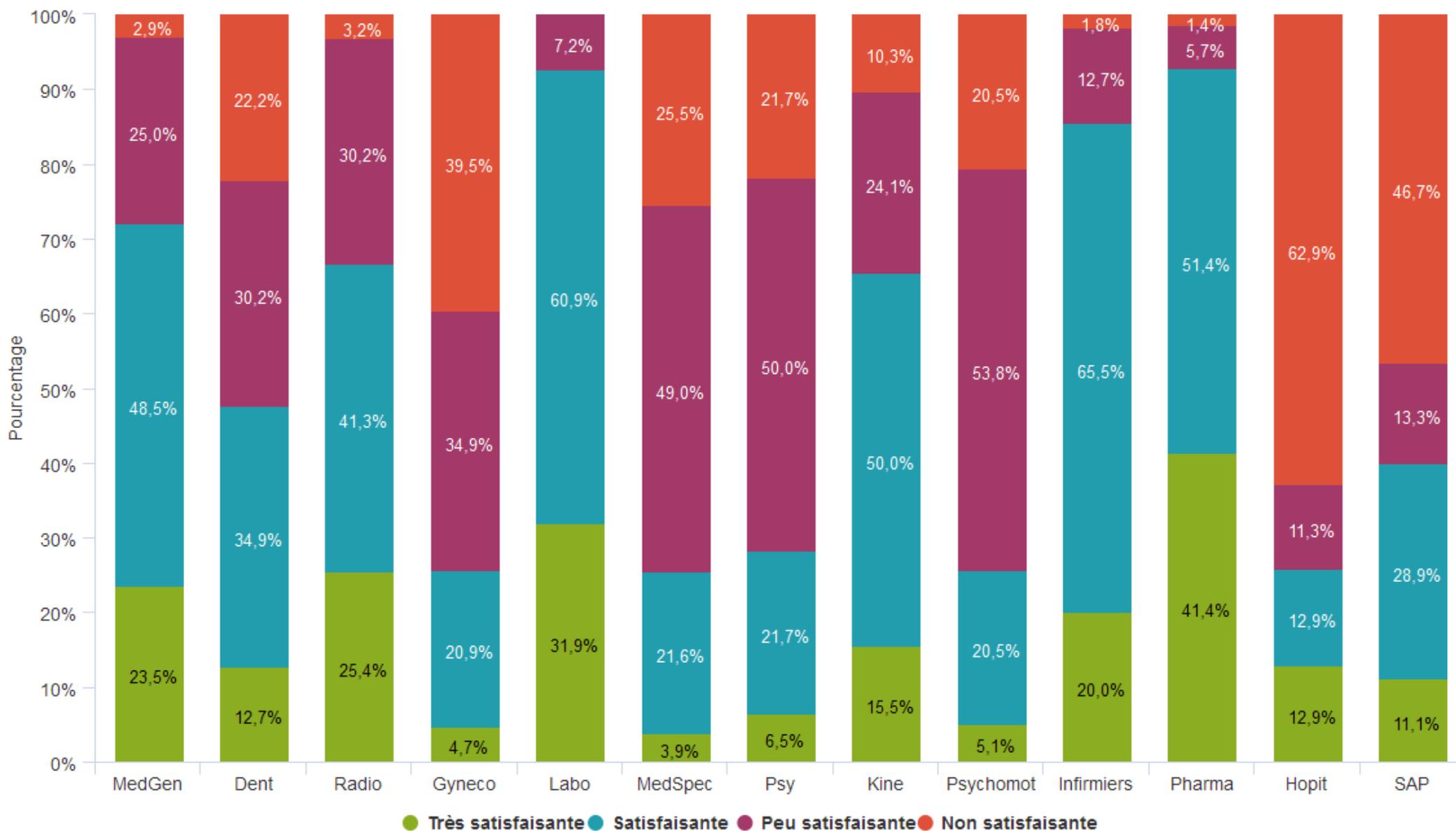
Ceux pour qui l'offre est perçue comme plutôt satisfaisante sont les suivants :

- Généralistes
- Laboratoires
- Infirmiers
- Pharmacie
- Radiologie

Ceux pour qui l'offre est perçue comme la moins satisfaisante sont les suivants :

- L'Hôpital
- Les Services à la personne
- Gynécologues
- Psychiatres
- Spécialistes en général

Point de vue sur l'offre sur le territoire de Vallauris



# Les préconisations et actions à mener

## Pistes pour les préconisations

### ⇒ Réseau-partenariat

- Souhait de développer un réseau santé précarité et un conseil de santé mentale
- Développer des instances où les acteurs peuvent échanger sur des situations concrètes et ainsi être plus efficace sur des situations préoccupantes + développer un poste de coordinateur de réseau
- Formation autour du secret partagé pour les partenaires impliqués
- Co-construction de fiches de l'offre sur le territoire avec les partenaires
- Développer les compétences inter-partenariales sur les différents dispositifs (ex : PSIDASS, AC2S...) en se formant entre partenaires (les uns les autres).

### ⇒ Offre sur le territoire

- Opportunité de développer une Maison de santé ou une CPTS qui a l'avantage de se penser hors les murs (dialogue ARS)
- Développer l'offre « santé mentale » (dialogue ARS)
- Sensibiliser les médecins aux aides à l'installation sur le territoire (dialogue CPAM)
- Rendre lisible l'offre sur le territoire pour la population (documents de communication papier, numériques co-construites avec la population)

### ⇒ Actions de prévention

- Développer un forum santé sur la commune, associé à des actions d'orientation et d'accompagnement
- Nouveaux outils de communication à destination de la population pour la prévention
- Actions co-construites avec les habitants (meilleure portée du message par les pairs) : CODES travaille sur la pair-aidance (santé mentale), et ARS via la plateforme pair-aidance

### ⇒ Population « Jeunes »

- Éducation à la santé depuis le plus jeune âge
- Thématiques de prévention en lien avec les problématiques repérées dans le diagnostic :
  - Alimentation
  - Sexualité
  - Addictions
  - Accès aux soins Dentaire

### ⇒ Accès aux droits

- Développer des solutions techniques pour améliorer les difficultés face aux démarches administratives (type « coffre-fort numérique »)
- Améliorer l'accès aux droits face à la « fracture numérique » liée à la dématérialisation (appui CPAM envisageable)

### ⇒ Autres préconisations

- Sensibilisation des professionnels : PSSM et autres thématiques ; formation de formateurs financée ARS
- Modifier le nom « pôle santé solidarité »

## Pistes de réflexion

Comme nous l'avons évoqué dans l'analyse du questionnaire, il semblerait qu'il existe une relation entre le genre et le renoncement aux soins<sup>46</sup>, et cela d'autant plus pour les femmes en situation de précarité. Ces éléments mis en évidence et confirmés par des études nationales nous amènent à réfléchir à une adaptation de l'accompagnement et/ou à une prise en charge spécifique. Pour autant, penser une forme d'intervention présuppose une meilleure compréhension du phénomène. Or, il semblerait que les études sur cette question font actuellement défaut. C'est pourquoi nous pensons qu'il peut être intéressant d'initier un travail qui porterait à la fois sur une meilleure compréhension de ce phénomène et en parallèle sur des actions spécifiques à mener.

---

<sup>46</sup> Surtout en ce qui concerne les médecins généralistes dans notre étude.

# Annexes

## TABLE DES ANNEXES

I.	RÉPERTOIRE DES RESSOURCES MÉDICALES ET MÉDICO SOCIALES SUR LE TERRITOIRE DE VALLAURIS .....	I
II.	GUIDE D'ENTRETIEN PARTENAIRES.....	IX
III.	QUESTIONNAIRE POPULATION .....	XI
IV.	GRAPHIQUES ET TABLEAUX ISSUS DE L'ENQUETE PAR QUESTIONNAIRE .....	XVI

## I. RÉPERTOIRE DES RESSOURCES MÉDICALES ET MÉDICO SOCIALES SUR LE TERRITOIRE DE VALLAURIS

### MÉDECINS ET SPÉCIALISTES

<b>GÉNÉRALISTES</b>			
ADOUARD Gérard	168 avenue de la Liberté	04 93 34 50 15	Secteur 2
BISROR Armand	54 avenue Marechal Juin	04 92 95 10 09	Secteur 1
CAPELLO Jean Christian	67 avenue Georges Clémenceau	09 67 59 17 42	Secteur 1
CATANEO FONTAINE Jacqueline	4 avenue de l'hôpital	04 93 64 41 12	Secteur 1
EL SAYED Yves	11 avenue du Midi	04 93 63 59 35	Secteur 1
GAFFOGLIO Patricia	114 avenue de la liberté	04 93 63 13 31	Non conventionné
HUSSON Nicolas	15 boulevard du Dr Ugo	04 93 64 57 00	Secteur 1
HUSSON Pascaline	15 boulevard du Dr Ugo	04 93 64 57 00	Secteur 1
LE HOANG BA Patrick	17 avenue du Midi	04 93 63 71 15	Secteur 2
LE LIBOUX Gilles	17 avenue de Belgique	04 97 21 89 16	Secteur 1
LOPES Carine	30 avenue de la Gare	04 93 63 45 11	Secteur 1
NEAGU Laura Crina	54 avenue Georges Clémenceau	04 92 93 11 22	Secteur 1
PHILIP Marie Claude	105 chemin des Potiers	04 93 63 08 98	Secteur 1 Ne facture que la part mutuelle
RAME Fernand	19 avenue Midi	09 82 50 99 89	Secteur 2
SOUBEIRAN Eric	3 avenue de Belgique	04 93 63 07 17	Secteur 1
TEXIER Jurga	14 avenue de l'Hôpital	04 93 64 41 12	Secteur 1
THIBAUD Bernard	41 avenue de Cannes	04 93 64 04 05	Secteur 1
VO Stéphanie	11 avenue du Midi	09 67 01 59 35	Secteur 1
<b>TOTAL</b>			<b>18</b>
<b>Dt secteur 1</b>			<b>14</b>
<b>DERMATOLOGUE</b>			
BOUVEROT Michel	146 avenue des Anciens Combattants AFN	04 93 64 44 33	Secteur 1
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>
<b>Dt secteur 1</b>			<b>1</b>
<b>HOMÉOPHATE</b>			
GAFFOGLIO Patricia	114 avenue de la Liberté	04 93 63 13 31	Non conventionné
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>
<b>Dt conventionné</b>			<b>0</b>
<b>RADIOLOGUES</b>			

AVIOTTI GASPERONI Alda	146 avenue des Anciens Combattants AFN	04 93 64 05 13	Secteur 1
MARTIN Eric	146 avenue des Anciens Combattants AFN	04 93 64 05 13	Secteur 1
ROURE Nicole et Daniel	34 rue Hoche	04 93 64 66 14	Secteur 1
<b>TOTAL</b>			<b>3</b>
<b>Dt secteur 1</b>			<b>3</b>
<b>GYNÉCOLOGUES</b>			
GVASALIA Guram	54 avenue du Maréchal Juin	04 93 34 76 40	Secteur 1
PALA CHEMOUL Catherine	54 avenue du Maréchal Juin	04 93 34 76 40	Secteur 2
<b>TOTAL</b>			<b>2</b>
<b>Dt secteur 1</b>			<b>1</b>
<b>SAGE FEMME</b>			
ALBEROLA Magali	Pôle santé Place ST ROCH	07 71 25 02 04	Conventionné
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>
<b>Dt conventionné</b>			<b>1</b>
<b>PSYCHIATRE</b>			
NOTTALE Elisabeth	17 bis rue Tours	04 93 64 65 59	Secteur 2
<b>TOTAL</b>			<b>1</b>
<b>Dt secteur 1</b>			<b>0</b>
<b>CARDIOLOGUES</b>			
LAMPONI Monica	27 avenue de la Gare	04 93 63 42 42	Secteur 1
MASMOUDI Housseem	27 avenue de la Gare	04 93 63 42 42	Secteur 1
MAURIZOT Jean- Claude	52 avenue Georges Clémenceau	04 93 64 61 70	Secteur 1
<b>TOTAL</b>			<b>3</b>
<b>Dt secteur 1</b>			<b>3</b>
<b>OPHTALMOLOGUES</b>			
AKNIN Isabelle	3 avenue de la Poste	04 93 63 08 88	Secteur 2
AMIC Pierre	8 rue Hoche	04 93 64 20 80	Secteur 2
<b>TOTAL</b>			<b>2</b>
<b>Dt secteur 1</b>			<b>0</b>
<b>PODOLOGUES</b>			
DUQUENNE Nathalie	33 avenue Georges Clémenceau	06 63 03 48 88	Conventionné
LETORT Delphine	Avenue Maréchal Juin	04 93 64 43 95	Conventionné
LOCATELLI Oriane	35 avenue Georges Pompidou	06 58 68 48 90	Conventionné
PIET Sébastien	17 avenue du Midi	04 93 63 13 63	Conventionné
TOESCA Emma	35 avenue Georges Clémenceau	06 95 84 19 91	Conventionné

<b>TOTAL</b>			<b>5</b>
<b>Dt conventionné</b>			<b>5</b>
<b>DENTISTES</b>			
BRENAC Audrey	19 avenue du Tapis Vert	04 93 64 17 20	Conventionné
CHICHE Franck	15 boulevard du Dr Ugo	04 92 95 11 92	Conventionné
DOGARESCU Radu	8 bis avenue de l'Hôpital	04 93 64 41 17	Conventionné
DUDEK PERSICO Annick	3 avenue du Général François Trestournel	04 93 64 44 88	Conventionné
GAVETTI Gianluca	36 avenue de la Gare	04 93 63 70 67	Conventionné
HOBEIKA Gaia	19 avenue du Tapis Vert	04 93 64 17 20	Conventionné
KERMARREC Charles	13 avenue de la Poste	04 93 63 77 55	Conventionné
MACON-VIEILLE Caroline	63 avenue de la Liberté	04 93 63 01 61	Conventionné
MILHET Philippe	37 chemin du Puissanton	04 93 64 22 27	Conventionné
O'NEIL Chloé	226 avenue des Anciens Combattants AFN	04 93 64 60 20	Conventionné
ROCA BARCELO José Maria	36 avenue de la Gare	04 93 63 70 67	Conventionné
SINET François	13 avenue de la Poste	04 93 63 77 55	Conventionné
VAGLIO-MALATRAS Michèle	19 avenue du Tapis Vert	04 93 64 17 20	Conventionné
VOVAN Christian	8 bis avenue de l'Hôpital	04 93 64 41 17	
<b>TOTAL</b>			<b>14</b>
<b>Dt conventionné</b>			<b>14</b>
<b>ORTHOPHONISTES</b>			
ARNAUD Anaïs	67 avenue Georges Clémenceau		Conventionné
BERNART MONGELLAZ Marine	Porte 3 – 1727 chemin de Saint Bernard	06 73 51 89 98	Conventionné
BOEYKENS Françoise	8 rue Hoche	04 93 64 15 09	Conventionné
DIEN Maryse	15 boulevard des 2 Vallons	04 93 64 32 10	Conventionné
FRONTIN Agnès	226 avenue des Anciens Combattants AFN	06 64 32 53 83	Conventionné
MARCOURT Ivana	15 boulevard du Dr Ugo	07 85 60 15 76	Conventionné
ONFRAY Constance	160 chemin des Potiers	04 93 61 14 22	Conventionné
VIENNE Juliette	160 chemin des Potiers	06 95 88 17 36	Conventionné
<b>TOTAL</b>			<b>8</b>
<b>Dt conventionné</b>			<b>8</b>

## INFIRMIERS

ADAM Emilien	2 avenue de l'Est	06 08 83 06 16	Conventionné
ADAM DIE Marie Andrée	2 avenue de l'Est	04 93 63 94 56 06 08 83 06 16	Conventionné
ANGELI Camille	12 avenue du Stade	04 93 64 54 64	Conventionné

		06 10 54 05 39	
ARNEODO Anne Françoise	1 avenue de Belgique	04 93 64 54 64	Conventionné
ARNOUX Emmanuel	3 avenue du Général François Trestournel	07 61 22 20 52	Conventionné
AUBRY PIASCO Agnès	27 avenue du Tapis Vert	06 71 81 36 80	Conventionné
AVON Laetitia	15 boulevard du Dr Ugo	06 48 60 93 25	Conventionné
BACHINO VERGNET Céline	Avenue Georges Clémenceau	07 78 07 49 25 07 78 68 45 26	Conventionné
BADEHAUSEN Gladys	12 avenue de l'Est	06 73 32 87 60	Conventionné
BELLIARD Nicole	9 avenue Clair Soleil	04 93 63 03 03	Conventionné
BELRIVO Julie	41 avenue de Cannes	06 35 56 27 72	Conventionné
BERGE Sylvie	221 chemin des petits Brusquets	04 93 64 56 57	Conventionné
BOHL Juliette	27 avenue de l'Hôpital	07 60 97 27 14	Conventionné
BOTTERMAN Magali	2 rue François Girard	04 93 64 37 13	Conventionné
BOURDEAU Anne France	3 rue du Maréchal Foch	06 10 10 40 92	Conventionné
BOYARD Alexandra	41 avenue de Cannes	06 58 18 56 52	Conventionné
BRUNO Valérie	188 avenue Georges Pompidou	06 60 29 29 95	Conventionné
CHASSEPOT Christine	54 avenue Maréchal Juin	06 18 15 40 97	Conventionné
COTS Alice	3 rue du Maréchal Foch	06 60 90 90 46	Conventionné
DANIEL Laurence	14 avenue Georges Clémenceau	06 61 57 05 14	Conventionné
DELOFFRE Marie- Christine	54 avenue du Maréchal Juin	06 64 64 10 60	Conventionné
DUCCI Delphine	2 rue François Girard	06 15 21 46 19	Conventionné
EDOUIN Alexandra	25 avenue de Cannes		Conventionné
EL MAZARI Ophélie	Avenue Georges Clémenceau	06 25 13 56 99 07 78 07 49 25	Conventionné
FLEURY Florence	27 avenue de l'Hôpital	06 60 12 63 72	Conventionné
FLEURY Isabelle	25 avenue de Cannes	06 48 38 46 24	Conventionné
FLEURY Nicolas	27 avenue de l'Hôpital	06 45 01 00 23	Conventionné
FROC Stéphanie	407 chemin des Courcettes	04 93 63 63 55	Conventionné
GRAC THIEBAULT Mélanie	12 avenue de l'Est	06 73 32 87 60 06 83 83 27 78	Conventionné
GROT Hélène	12 avenue du Stade		Conventionné
JOZWIAK Hélène	51 boulevard du Dr Ugo	07 78 47 01 78	Conventionné
LARDINOIS Lydie	8 bis avenue de l'Hôpital	07 81 87 58 91	Conventionné
LAURENT Virginie	27 avenue de l'Hôpital	06 82 03 87 39	Conventionné
LOUIS Chantal	1 avenue de Belgique	04 93 67 23 29	Conventionné

NAVARRE Valérie	41 avenue de Cannes	06 50 32 68 60	Conventionné
NOGUEIRA Ricardo	12 avenue du Stade	06 10 54 05 39 06 41 08 19 50	Conventionné
OLAGNIER Elodie	15 boulevard du Dr Ugo	06 29 85 48 16 06 23 12 42 89	Conventionné
OLIVA Sabrina	14 avenue Georges Clémenceau	06 63 64 83 27	Conventionné
OLIVIER Laëtitia	6 rue François Donnet	04 93 64 37 70	Conventionné
PERTHUISOT Christopher	2 avenue de l'Est	06 08 83 06 16 06 24 86 89 76	Conventionné
PIAZZA Aurélie	35 avenue Georges Clémenceau	06 22 21 68 91	Conventionné
POMAREDE Stéphanie	27 avenue de l'Hôpital	06 25 86 46 87	Conventionné
REBILLARD Delphine	15 boulevard du Dr Ugo	06 21 03 41 58	Conventionné
REBBOAH Katy	3 rue du Maréchal Foch	06 75 58 98 61	Conventionné
SOLOMAS Nadège	27 avenue du Tapis Vert	06 69 53 17 09	Conventionné
SOLSE Sandrine	45 avenue de Cannes	06 68 17 81 17	Conventionné
TOUATI Hassina	31 rue Clément Bel	06 64 76 84 94	Conventionné
TREFFE Thecla	153 rue François Girard	06 17 61 71 20	Conventionné
TURI Sylvie	9 avenue Clair Soleil	04 93 67 92 01 06 67 70 68 93	Conventionné
VEREZ Elodie	3 avenue du Général François Trestournel	06 86 31 35 95	Conventionné
VITRANT Annes Virginie	15 boulevard du Dr Ugo	06 11 41 20 70	Conventionné
WATINE Juliette	51 boulevard du Dr Ugo	04 93 64 25 25	Conventionné
YOUSAF CORRAL Rosana	3 rue du Maréchal Foch	07 60 91 49 39	Conventionné
<b>TOTAL</b>			<b>53</b>
<b>Dt conventionné</b>			<b>53</b>

## PHARMACIES

PHARM. CLEMENTCEAU	19 avenue Clémenceau	04 93 64 17 05
PHARM. DE L'OPEN	35 avenue Georges Pompidou	04 93 63 06 75
PHARM. DES FLORALIES	45 avenue de Cannes	04 93 64 18 20
PHARM. DES ILES	36 avenue de la Gare	04 93 63 19 53
PHARM. DU GOLFE	74 avenue de la Liberté	04 93 63 70 01
PHARM. DU VAL D'OR	54 avenue du Maréchal Juin	04 93 64 27 02
PHARM. LE CALVEZ	3 avenue Georges Clémenceau	04 93 64 17 01
PHARM. PROVENCALE	4 avenue de Belgique	04 93 63 46 74
PHARM. SAINT PIERRE	16 avenue du Tapis Vert	04 93 64 40 28
PHARM. ROCHE	7 avenue des Martyrs de la Résistance	04 93 63 54 32
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>

## LABORATOIRES D'ANALYSES MÉDICALES

BIOESTEREL TAPIS VERT	VALLAURIS	16 avenue du Tapis Vert	04 93 64 96 00
BIOESTEREL GOLFE JUAN		76 avenue de la Liberté	04 93 63 43 44
LABO. DE LA FONTAINE		3 bis avenue de l'Hôpital	04 93 64 53 53
<b>TOTAL</b>			<b>3</b>

## MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES

BADOT Laetitia	LIPRANDI	8 boulevard de l'Hôpital	04 93 64 63 80	Conventionné
BEAUVIERE François	Jean-	8 boulevard de l'Hôpital	04 93 64 43 80	Conventionné
BENOIT Nathalie		51 boulevard du Dr Ugo	06 70 07 68 88	
BIGOZZI Chloé		37 chemin du Puissanton	04 97 21 87 67	Conventionné
BISROR Armand		54 avenue du Maréchal Juin	04 92 95 10 09	
CORBERAN Patrick		54 avenue du Maréchal Juin	04 93 64 05 45	Conventionné
COUTEAU Hervé		avenue Georges Clémenceau	04 93 64 67 46	Conventionné
DE CEARRIZ Gérard		2 avenue Clair Soleil	04 93 63 05 63	Conventionné
DELHOMME Michel		8 bis avenue de l'Hôpital	06 23 37 14 47	Conventionné
DUFFAUT Blandine		16 avenue de l'Hôpital	06 23 10 38 00	Conventionné
FERRAND Lyane		30 avenue de la Gare	04 93 64 37 70	
GLAS Laurence		92 chemin du Cannet	09 54 30 66 55	Conventionné
LAGAT Justine		16 avenue de l'Hôpital	07 63 37 10 00	Conventionné
LIPRANDI Laetitia		8 bis avenue de l'Hôpital	06 21 49 13 69	
MAGNIN Mélanie		3 avenue des Jasmins		Conventionné
MASSIOT Marc		37 chemin du Puissanton	04 97 21 87 67 06 08 50 13 33	Conventionné
MASSIOT Anne	Marie	246 chemin Bas Brusquets	06 81 91 50 48	Conventionné
MICHAUX Grégory		8 bis avenue de l'Hôpital	06 24 65 26 72	Conventionné
NICOLAS Sophie		51 boulevard du Dr Ugo	04 93 64 50 86	Conventionné

POILANE Sophie	1727 chemin Saint Bernard	06 62 21 09 97	Conventionné
THORIN Gregory	318 chemin du Clos	06 12 89 65 16	Conventionné
UGO Florence	16 avenue de l'Hôpital	04 93 74 97 03	Conventionné
UGO Gérard	51 boulevard du Dr Ugo	04 93 64 50 86	Conventionné
XERRY Lionel	51 boulevard du Dr Ugo	04 93 64 50 86	
<b>TOTAL</b>			<b>24</b>
<b>Dt conventionné</b>			<b>21</b>

## OSTÉOPATHES

BLONDET Cyril	35 avenue Georges Pompidou	04 93 63 13 12
BOISSET Maxime	2791 chemin Saint Bernard	04 93 34 58 07
BOUSSIDAN Thomas	7 avenue de Belgique	06 26 99 87 67
BUSNEL Guillaume	23 boulevard des deux Vallons	04 93 64 11 02
DOMENECH Claire	29 avenue des Frères Roustan	06 15 16 20 74
ELBAZ Marion	12 rue Subreville	04 93 64 10 39
HERLICQ Inès	avenue du Midi	06 70 78 30 30
JEAN Maxime	avenue Pierre Chalmette	06 24 47 45 54
PEREZ TOUZET Julia	739 voie Julia	06 26 99 33 60
PERGOLIZZI Elsa	7 avenue du Stade	06 24 51 22 71
RAY Nicolas	5 avenue de l'Hôpital 33 avenue Georges Clémenceau	06 34 44 42 44 04 93 67 83 60
RUBINO Marion	126 avenue Pablo Picasso	06 46 47 28 05
SFINIJ Myriam	45 avenue de Cannes	06 98 66 29 66
<b>TOTAL</b>		<b>13</b>

## MÉDICO SOCIAL

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE (CCAS)	2, avenue du Stade	04 93 63 35 60
CMP (Centre Médico Psychologique)	Boulevard des deux Vallons 2, avenue du Stade	04 92 90 75 70 04 92 90 75 72
CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)	9, rue du Dr Sénès (permanence locaux du PSS)	04 93 65 48 18
GEM (Groupe d'entraide mutuelle)	2, rue Vincent	04 22 10 79 84
MSD (Maison Départementale des Solidarités)	5, rue du Dr Sénès	04 89 04 35 80
PÔLE SANTÉ VALLAURIS	Place Saint Roch	04 93 64 72 00
RELAIS DE FEMMES	9, rue du Dr Sénès	04 92 38 06 84
PÔLE SANTÉ SOLIDARITÉ	9, rue du Dr Sénès	04 93 65 48 18

ALFAMIF D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE)	(CENTRE	3, avenue du Midi	04 93 63 36 26
AUTEUIL CONTINUE	FORMATION	67, avenue Georges Clémenceau	06 69 67 15 03
EVS (Espace de vie Sociale)		Les Hauts de Vallauris Bât 7 avenue Henri Pourtalet	04 93 34 72 96
Information Jeunesse Mme RODRIGUEZ		14, avenue de l'Hôpital	04 92 95 15 02
MJC		9, rue Hippolyte Ausseil	04 93 64 93 40
LAEP (Lieux d'Accueil Enfants Parents)		33, avenue Paul Dérignon	04 93 64 15 79
PMI (Protection Maternelle et Infantile)		1, rue du Dr Sénès	04 89 04 39 30
MSAP (Maison de Service Au Public)		Les Hauts de Vallauris Bât 8 avenue Henri Pourtalet	04 92 38 12 62
PASSAJ (Prévention et Actions Spécialisées de Soutien et d'Aide Aux Jeunes)		12, avenue du Stade	06 07 81 65 69 06 07 81 65 76
p@je (Prévention, médiation scolaire)		<a href="mailto:coordo.mediation.06ouest@gmail.com">coordo.mediation.06ouest@gmail.com</a>	06 66 88 55 36 06 66 89 89 58
ANTENNE DE JUSTICE		6, boulevard Jacques Ugo	04 92 19 76 20

## II. Guide d'entretien partenaires

*Bonjour, l'ALFAMIF élabore un diagnostic territorial partagé en matière de d'accès aux droits et à la santé sur le territoire de Vallauris. En tant que partenaire de l'ALFAMIF et acteurs sur ce territoire, nous souhaitons vous poser quelques questions sur votre expertise du territoire, de sa population, de ses besoins.*

### **Selon le partenaire :**

*Succinctement, pourriez-vous présenter votre structure ? Quelles sont ses principales missions ?*

*Quelle est la catégorie de population qui représente la part la plus importante de vos accompagnements ? (Enfants, jeunes, personnes âgées, personnes étrangères, personnes qui relèvent d'un quartier des politiques de la ville...)*

### **Besoins repérés**

Lorsque les personnes viennent pour la première fois quelles sont leurs demandes principales ? Et en matière de santé ?

Y a-t-il des populations plus vulnérables que d'autres sur le territoire ? Selon vous quels sont ces facteurs de vulnérabilité ?

Est-ce que les jeunes constituent une part importante de vos accompagnements ? Pourquoi ?

Que mettez-vous en place pour répondre aux besoins exprimés par ces personnes ?

### **Santé**

Quelles sont les problématiques de santé des habitants de Vallauris que vous rencontrez ?

À quoi attribuez-vous les problématiques de santé de vos usagers ?

Ces personnes peuvent-elles renoncer à certains soins ? Pourquoi ?

Si oui, quels sont les obstacles rencontrés ?

Pensez-vous que les personnes accompagnées éprouvent des difficultés à accéder à des informations concernant la santé ?

Pensez-vous que les supports proposés sont accessibles aux personnes accompagnées ? Si non, pourquoi ?

Comment les jeunes se situent vis-à-vis de la santé ? (*est-ce une préoccupation pour eux, besoins spécifiques*)

### **Accès aux droits**

Pensez-vous que les personnes accompagnées connaissent leurs droits sociaux ? Lesquels ? Et les jeunes ?

Selon vous quels sont les freins qui entraveraient l'accès aux droits universels de ces personnes ?

Quelles sont les aides principales demandées par ces personnes ?

### **Le partenariat sur la commune**

Êtes-vous amenés à travailler avec d'autres partenaires sur le territoire pour optimiser l'accompagnement de vos usagers ? Lesquels ? Sur quelles problématiques ?

Pouvez-vous nous décrire concrètement comment s'effectue ce travail en partenariat ?

Pensez-vous que le partenariat avec les associations, les structures sociales et médico-sociales, les établissements sanitaires, soit satisfaisant sur le territoire ?

Est-ce que le partenariat est possible avec l'ensemble des acteurs du territoire ? Si non, quels sont les freins que vous auriez repérés ?

Pensez-vous que la communication avec les différents partenaires est satisfaisante ?

Existe-t-il des instances qui vous permettent de vous rencontrer pour coordonner les parcours des usagers de vos services avec le réseau local ?

### **Offres médico-sociales et sanitaires**

Pensez-vous que l'offre de service est satisfaisante sur le territoire et quelle permet de répondre aux besoins des populations les plus en difficulté ? En Santé ?

Comment évalueriez-vous l'offre sanitaire sur le territoire de Vallauris ? (Établissements, professionnels libéraux, structure médico-sociale...)

### **Point de vue sur le pôle santé solidarité de l'ALFAMIF**

Connaissez-vous les missions du pôle santé solidarité de Vallauris ?

Vous arrive-t-il de travailler avec le pôle santé solidarité ? Dans quelle circonstance ?

Vous arrive-t-il d'orienter des usagers vers le pôle santé solidarité ? Pour quels publics ? Sur quelles problématiques ?

### **Pistes de préconisations**

Quels sont les points d'améliorations à mettre en œuvre pour faciliter le parcours de santé des habitants de Vallauris ? Avez des idées d'actions concrètes qui seraient importantes de mettre en place ?

Quels sont les points d'améliorations à mettre en œuvre pour développer le partenariat ?

Pensez-vous que vous avez un rôle à jouer sur ces problématiques de santé et d'accès aux soins ?

### III. Questionnaire Population

## Enquête Population-Santé Vallauris 2019

#### 1. Date de remplissage du questionnaire

#### 2. Lieu de réponse (Mission locale, MSD, CCAS, Pôle Santé, etc..)

#### 3. Personne qui remplit le questionnaire (si différent de l'utilisateur)

Exemple : conseiller, agent d'accueil, travailleur social, etc...

### Informations personnelles

#### 4. Vous êtes :

- Une Femme  Un Homme

#### 5. Quel est votre date de naissance ?

#### 6. Lieu de naissance :

- France  Etranger

Si "Etranger" précisez le pays :

#### 7. Si vous êtes né à l'étranger merci de préciser l'année d'arrivée en France :

#### 8. Vivez-vous ?

- Seul(e)  En couple avec enfant(s) à charge  
 Seul(e) avec enfant(s) à charge ou à naître  Autre  
 En couple sans enfant à charge

Si "autre" précisez :

#### 9. Si vous avez un ou des enfants, merci de préciser combien :

#### 10. Concernant votre logement, vous êtes :

- Locataire  Sans domicile  
 Propriétaire  En squat  
 Hébergé par un tiers (famille, amis...)  Autre  
 Dans un centre d'accueil ou foyer

Si 'Autre' précisez :

#### 11. Votre situation professionnelle actuelle :

- En emploi (déclaré)  Au foyer ou inactif  
 Travail non déclaré ("au noir")  Retraité(e)  
 En recherche d'emploi  Autre  
 Elève, étudiant, apprenti

Si 'Autre' précisez :

Plusieurs réponses possibles

## Enquête Population-Santé Vallauris 2019

12. Si vous avez un emploi, vous êtes :

- A temps plein  A temps partiel

13. Quel est votre emploi actuel (ou le dernier emploi occupé) :

*Merci d'être le plus précis possible*

14. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle (ou du dernier emploi occupé) :

- Agriculteurs exploitants  Employés  
 Artisans, commerçants, chefs entreprise  Ouvriers  
 Cadres, professions intellectuelles sup.  Autres sans activité professionnelle  
 Professions intermédiaires  Ne sait pas

15. Quel est votre niveau de diplôme :

- Aucun  Bac+2 BTS/DUT  
 Brevet des collèges BEPC  Bac+3 Licence  
 CAP BEP  Bac+5 Master  
 Bac  Autre

Si 'Autre' précisez :

16. D'où proviennent vos ressources ?

- Salaire ou autre revenu déclaré  Allocation logement (APL)  
 Retraite  Allocations familiales  
 Allocation chômage  Aides de la famille  
 RSA (Revenu de Solidarité Active)  Aucune ressource  
 AAH (Allocation Adulte Handicapé)  Autre  
 Petits boulots, travail non déclaré

Si 'Autre' précisez :

*Plusieurs réponses possibles*

### Couverture et droits

17. Avez-vous une carte vitale (êtes-vous affilié à l'assurance maladie) ?

- Oui  Ne sait pas  
 Non

18. Etes-vous bénéficiaire de de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?

- Oui  Ne sait pas  
 Non

19. Etes-vous bénéficiaire de de la AME (Aide médicale d'Etat) ?

- Oui  Ne sait pas  
 Non

20. Etes-vous bénéficiaire de l'ACS (Aide pour une Complémentaire Santé) ?

- Oui  Ne sait pas  
 Non

# Enquête Population-Santé Vallauris 2019

## 21. Avez-vous une complémentaire santé ?

- Oui, la CMUc (Couverture maladie universelle complémentaire)  Non
- Oui, une autre complémentaire santé  Ne sait pas

## 22. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, pouvez vous dire pourquoi ?

- Je n'en ai pas besoin  C'est trop compliqué
- Je n'ai pas les moyens (financiers)  Je suis déjà pris à 100%
- Je ne sais pas comment en avoir une  J'ai d'autres priorités
- Je suis dans l'attente d'en obtenir une  Autre

Si 'Autre' précisez :

*Plusieurs réponses possibles*

## 23. Si vous bénéficiez une de ces aides (CMU, AME, ACS, CMUc), pour pouvoir les obtenir considérez-vous que cela a été :

- Très facile  Assez Facile  Difficile  Très difficile

## 24. Si vous considérez l'accès comme "difficile" ou "très difficile" pouvez-vous expliquer pourquoi ?

## 25. Pour accéder à une ou plusieurs de ces aides (CMU, AME, ACS, CMUc) :

- Je l'ai fait tout(e) seul(e)  J'ai été aidé par des professionnels
- J'ai été aidé par des proches (familles, amis)  Autre aide

Si 'Autre aide' précisez :

## 26. Si vous avez été aidé par des professionnels, pouvez vous préciser lesquels et dans quelle structure ?

*Exemple : L'assistante sociale du CCAS, l'agent d'accueil du Pôle Santé...*

## Accès et renoncement aux soins

## 27. Avez-vous un médecin traitant (généraliste) ?

- Oui  Ne sait pas
- Non

## 28. Quand a eu lieu votre dernière consultation chez un médecin ?

- Au cours des 6 derniers mois  Depuis plus de 2 ans
- Entre 6 mois et un an  Je ne sais pas
- Entre plus d'1 an et 2 ans

## 29. Au cours des 12 derniers mois avez-vous été hospitalisé ?

- Oui  Ne sait pas
- Non

# Enquête Population-Santé Vallauris 2019

**30. Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé ou reporté des soins au moins une fois ?**

- Oui  Ne sait pas  
 Non

**31. Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé à une consultation chez un médecin généraliste ?**

- Oui  Ne sait pas  
 Non

**32. Si oui, quelles étaient les raisons ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raisons financières            | <input type="checkbox"/> Choix personnel de ne pas se faire soigner |
| <input type="checkbox"/> Démarches trop compliquées     | <input type="checkbox"/> Peur du diagnostic                         |
| <input type="checkbox"/> Délai de rendez-vous trop long | <input type="checkbox"/> Peur des médecins                          |
| <input type="checkbox"/> Absence de transport           | <input type="checkbox"/> Manque d'informations                      |
| <input type="checkbox"/> Horaires non adaptés           |   |

*Plusieurs réponses possibles*

**33. Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé à une consultation chez un dentiste ?**

- Oui  Ne sait pas  
 Non

**34. Si oui, quelles étaient les raisons ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raisons financières            | <input type="checkbox"/> Choix personnel de ne pas se faire soigner |
| <input type="checkbox"/> Démarches trop compliquées     | <input type="checkbox"/> Peur du diagnostic                         |
| <input type="checkbox"/> Délai de rendez-vous trop long | <input type="checkbox"/> Peur des médecins                          |
| <input type="checkbox"/> Absence de transport           | <input type="checkbox"/> Manque d'informations                      |
| <input type="checkbox"/> Horaires non adaptés           | <input type="checkbox"/> Autre                                      |

Si 'Autre' précisez :

*Plusieurs réponses possibles*

**35. Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé à une consultation chez un autre spécialiste (Ophtalmologiste, Gynécologue, Psychiatre, Cardiologue...) ?**

- Oui  Ne sait pas  
 Non

**36. Si oui, merci de préciser quel(s) spécialiste(s) ?**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste | <input type="checkbox"/> ORL         |
| <input type="checkbox"/> Gynécologue     | <input type="checkbox"/> Cardiologue |
| <input type="checkbox"/> Psychiatre      | <input type="checkbox"/> Autre       |

Si 'Autre' précisez :

**37. Si oui, quelles étaient les raisons ?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raisons financières            | <input type="checkbox"/> Choix personnel de ne pas se faire soigner |
| <input type="checkbox"/> Démarches trop compliquées     | <input type="checkbox"/> Peur du diagnostic                         |
| <input type="checkbox"/> Délai de rendez-vous trop long | <input type="checkbox"/> Peur des médecins                          |
| <input type="checkbox"/> Absence de transport           | <input type="checkbox"/> Manque d'informations                      |
| <input type="checkbox"/> Horaires non adaptés           | <input type="checkbox"/> Autre                                      |

Si 'Autre' précisez :

*Plusieurs réponses possibles*

# Enquête Population-Santé Vallauris 2019

38. Avez-vous déjà été dans un lieu où les soins sont dispensés gratuitement ?

- Oui  Ne sait pas  
 Non

39. Si vous n'avez jamais été dans un de ces lieux, pourquoi ?

- Je n'en ai pas besoin  J'en ai entendu parler mais personne ne m'a expliqué  
 Je ne pense pas y avoir droit  Je n'en ai jamais entendu parler  
 Je ne sais pas où ces centres se trouvent  Autre  
 Ces centres sont difficiles d'accès (transport...)

Si 'Autre' précisez :

*Plusieurs réponse possibles*

## Offre de soins

40. Que pensez-vous de l'offre de soin sur la commune de Vallauris ?

	Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Non satisfaisante
Médecins généralistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dentistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynécologues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratoires d'analyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres médecins spécialistes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinésithérapeute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychomotriciens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infirmiers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharmacies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hôpitaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Services à la personne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

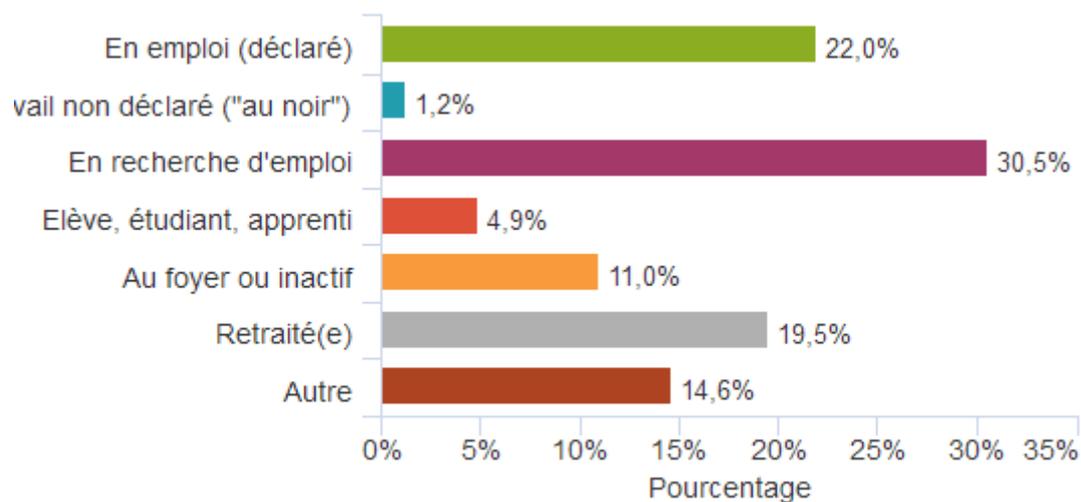
41. Avez-vous des commentaires ou propositions à ajouter ?

## IV. Graphiques et tableaux issus de l'enquête par questionnaire

### Votre situation professionnelle actuelle :

Réponses effectives : 82

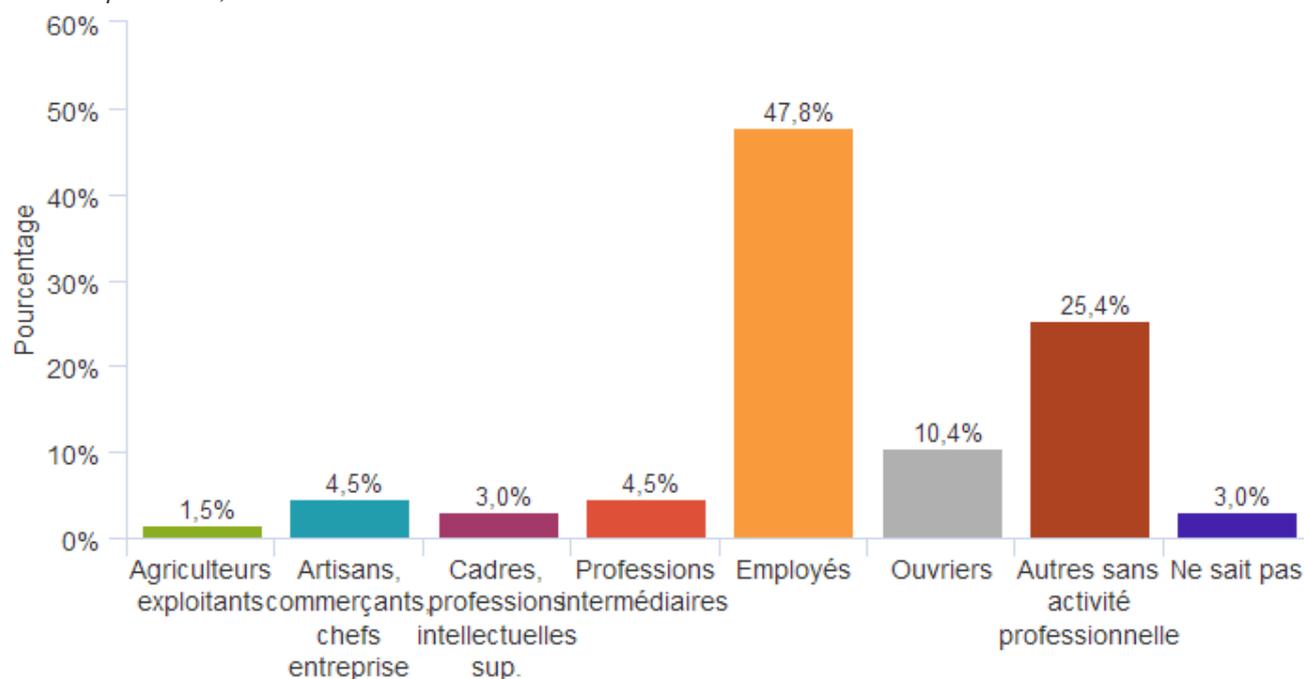
Taux de réponse : 100,0%



### Quelle est votre catégorie socio-professionnelle (ou du dernier emploi occupé) :

Réponses effectives : 67

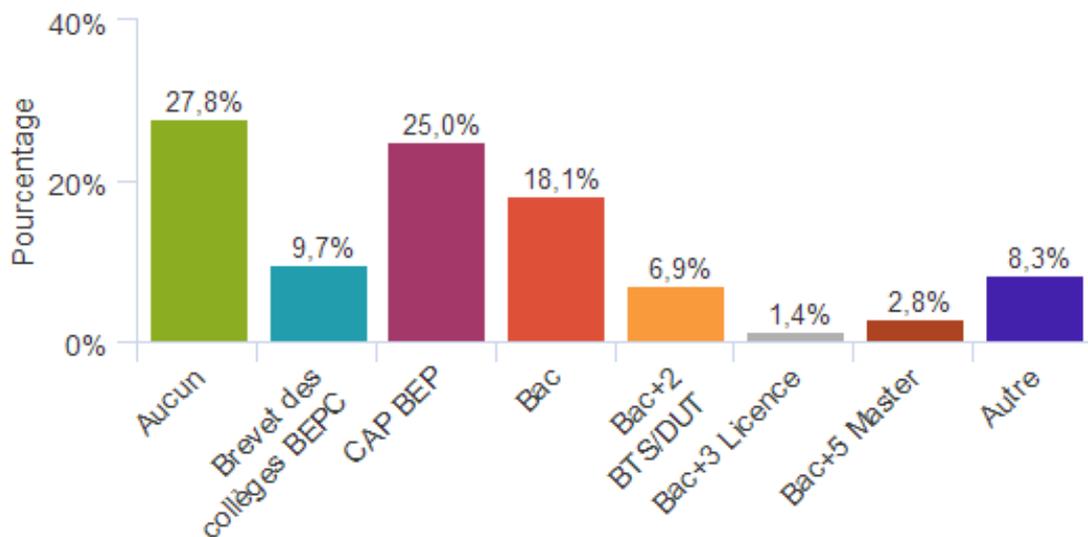
Taux de réponse : 81,7%



**Quel est votre niveau de diplôme :**

Réponses effectives : 72

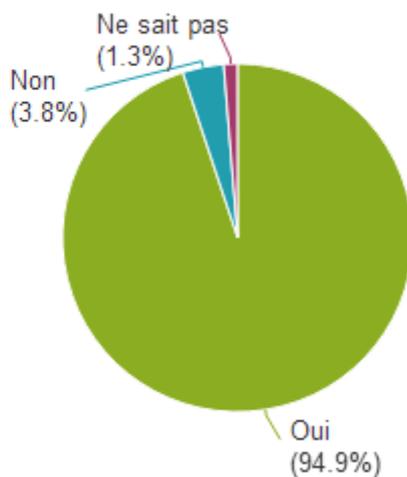
Taux de réponse : 87,8%



**Avez-vous une carte vitale (êtes-vous affilié à l'assurance maladie) ?**

Réponses effectives : 79

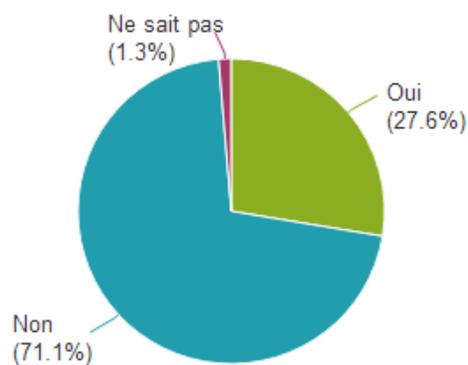
Taux de réponse : 96,3%



**Etes-vous bénéficiaire de de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?**

Réponses effectives : 76

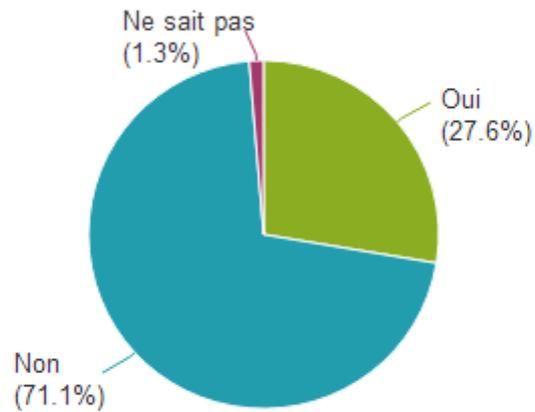
Taux de réponse : 92,7%



**Etes-vous bénéficiaire de de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?**

Réponses effectives : 76

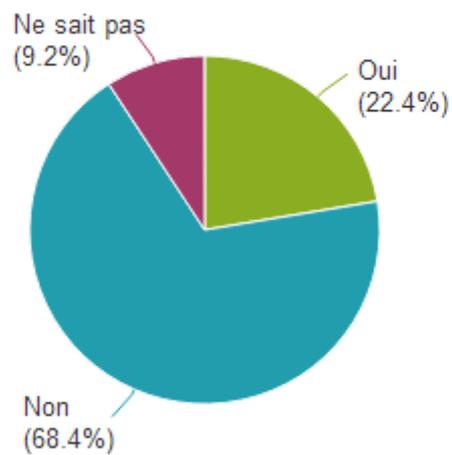
Taux de réponse : 92,7%



**Etes-vous bénéficiaire de l'ACS (Aide pour une Complémentaire Santé) ?**

Réponses effectives : 76

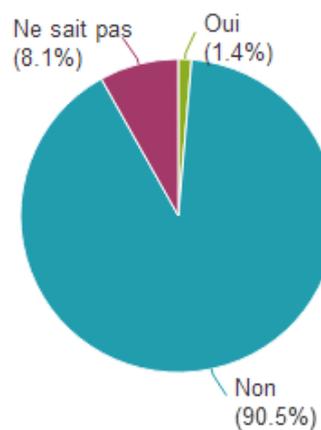
Taux de réponse : 92,7%



**Etes-vous bénéficiaire de de la AME (Aide médicale d'Etat) ?**

Réponses effectives : 74

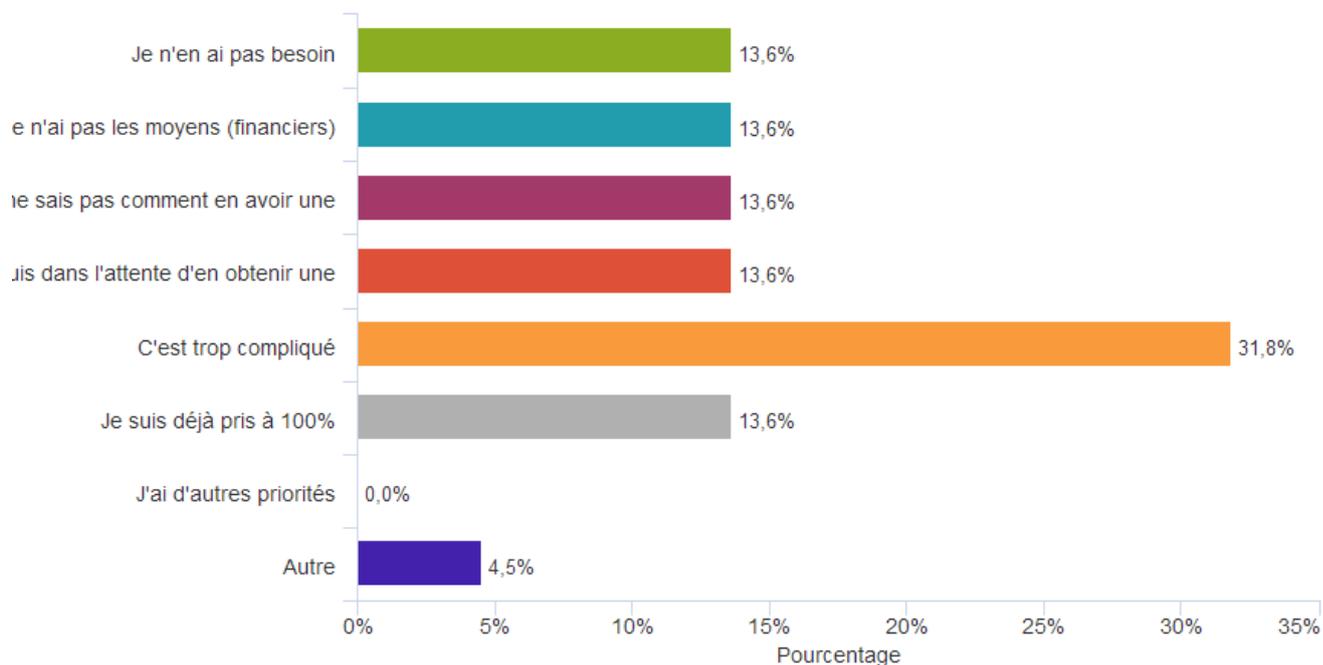
Taux de réponse : 90,2%



**Si vous n'avez pas de complémentaire santé, pouvez-vous dire pourquoi ?**

Réponses effectives : 22

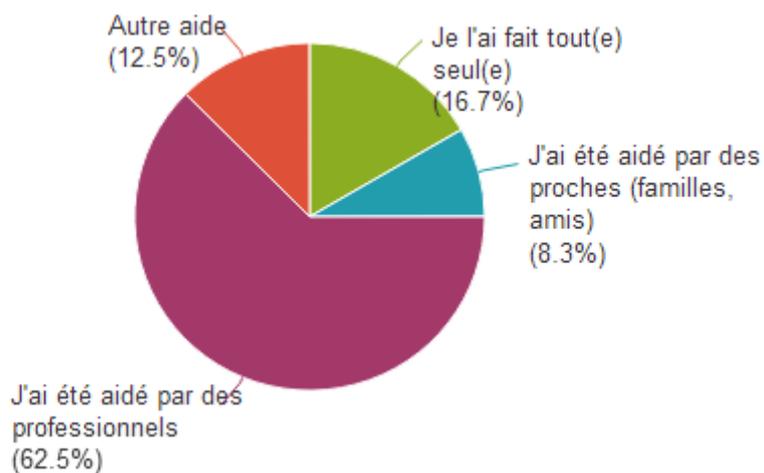
Taux de réponse : 71,0%



**Pour accéder à une ou plusieurs de ces aides (CMU, AME, ACS, CMUc) :**

Réponses effectives : 48

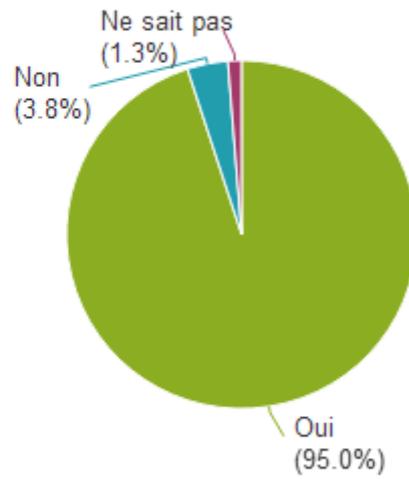
Taux de réponse : 58,5%



**Avez-vous un médecin traitant (généraliste) ?**

Réponses effectives : 80

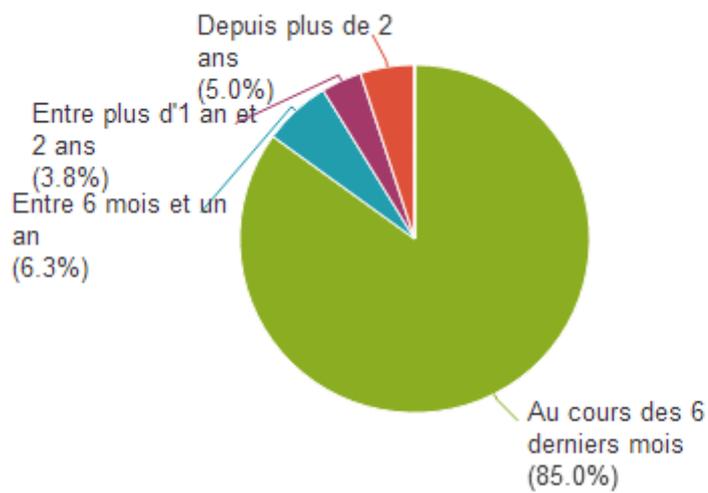
Taux de réponse : 97,6%



**Quand a eu lieu votre dernière consultation chez un médecin ?**

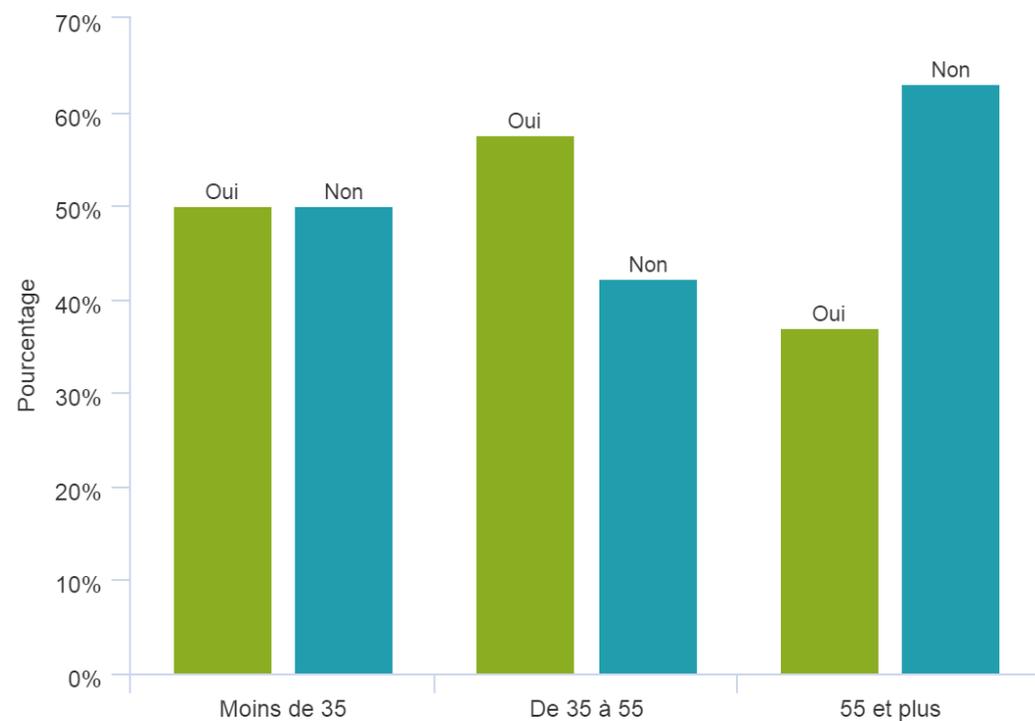
Réponses effectives : 80

Taux de réponse : 97,6%



Croisement : Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé ou reporté des soins au moins une fois ? / Age(DATENAISS,"aa")

QUESTION1	RENONCSOIN					
	OUI		NON		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Moins de 35	10	50,0%	10	50,0%	20	100,0%
De 35 à 55	15	57,7%	11	42,3%	26	100,0%
55 et plus	10	37,0%	17	63,0%	27	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>47,9%</b>	<b>38</b>	<b>52,1%</b>	<b>73</b>	

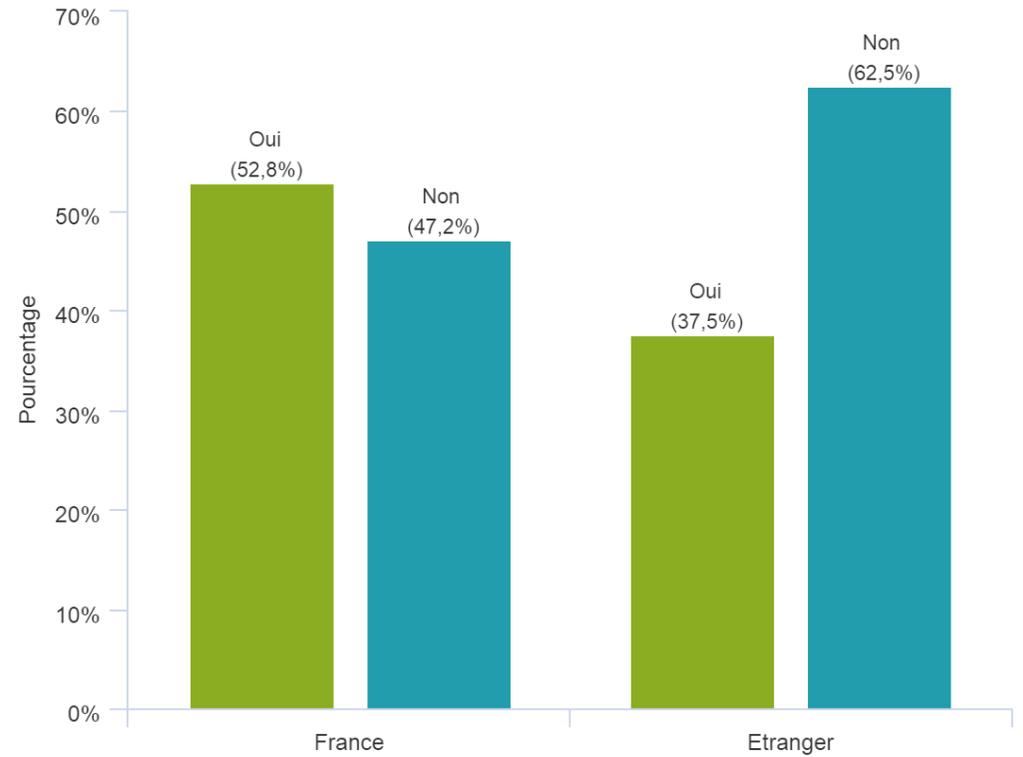


■ *Éléments sous-représentés* ■ *Éléments sur-représentés*

*p-value = 0,3 ; Khi2 = 2,3 ; ddl = 2. La relation n'est pas significative.*

Croisement : Lieu de naissance : / Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé ou reporté des soins au moins une fois ?

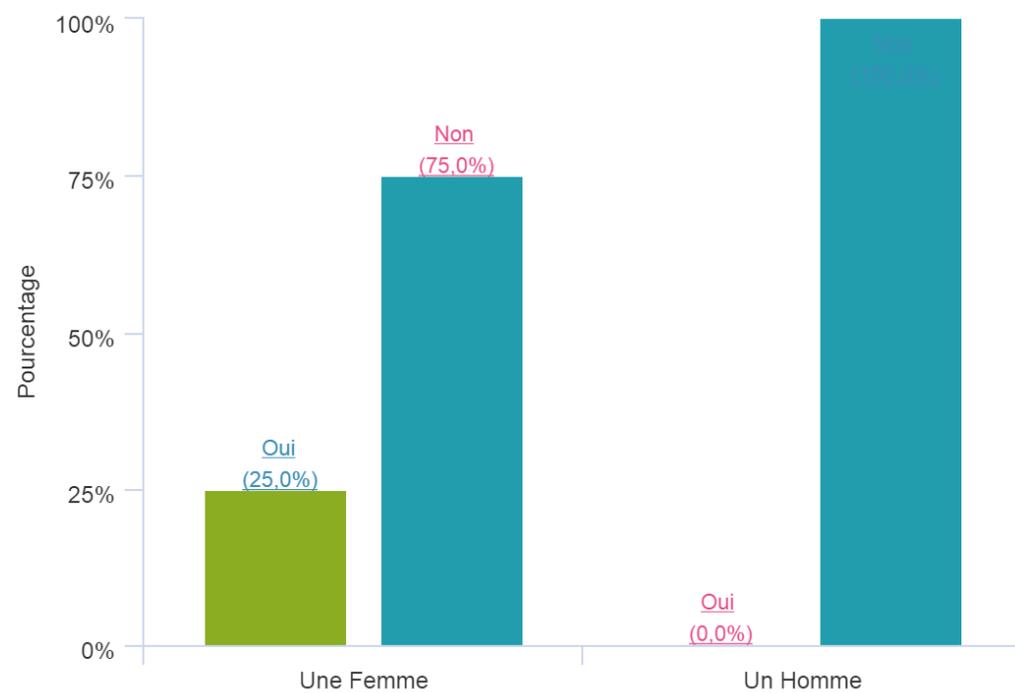
LIEUNAISS	RENONCSOIN					
	OUI		NON		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
France	28	52,8%	25	47,2%	53	100,0%
Etranger	9	37,5%	15	62,5%	24	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>48,1%</b>	<b>40</b>	<b>51,9%</b>	<b>77</b>	



*p-value = 0,2 ; Khi2 = 1,6 ; ddl = 1. La relation n'est pas significative.*

Croisement : Au cours des 12 derniers mois avez-vous renoncé à une consultation chez un médecin généraliste ? / Vous êtes :

SEXE	RENONCMED					
	OUI		NON		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Une Femme	15	25,0%	45	75,0%	60	100,0%
Un Homme	0	0,0%	21	100,0%	21	100,0%
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>18,5%</b>	<b>66</b>	<b>81,5%</b>	<b>81</b>	



■ Eléments sous-représentés ■ Eléments sur-représentés

$p\text{-value} = 0,0$  ;  $\text{Khi}2 = 6,4$  ;  $\text{ddl} = 1$ . La relation est significative.