

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES LE GRÉSIVAUDAN

OCTOBRE 2022





CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Lucie ANZIVINO, chargée d'études en santé environnement

Abdoul SONKO, statisticien

Eve GIOVANNINNI, chargée d'études

Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives

À la demande et financé intégralement par la communauté de communes Le Grésivaudan

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

Remerciements

L'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce Diagnostic local de santé et tout particulièrement :

- Mathilde CHOPARD et Alice COSTE, cheffes de projets Action sociale à la communauté de communes Le Grésivaudan
- Stéphane FUSSY, Directeur Autonomie, Santé & Solidarités à la Communauté de communes Le Grésivaudan

Pour leur aide précieuse notamment dans la mise en place des rencontres avec les professionnels de terrain, sans lesquelles nous n'aurions pu réaliser cette étude ;

Ainsi que les professionnels, les bénévoles et habitants rencontrés, pour leur disponibilité, leur intérêt pour cette démarche et leur excellente participation.

Sommaire

CONTEXTE	9
OBJECTIF	10
METHODOLOGIE DE L'ETUDE	11
DONNÉES QUANTITATIVES	13
1. Contexte socio-démographique	15
2. Contexte environnemental	27
3. Offre et recours aux soins	38
4. État de santé.....	44
5. Focus chez les 15-24 ans	65
6. Focus chez les plus de 65 ans	69
7. Synthèse	72
DONNÉES QUALITATIVES	75
1. Cadre de vie et santé-environnement.....	79
2. Accès aux soins	86
3. Santé mentale	90
4. Santé des jeunes (0-25 ans).....	98
5. Autonomie.....	104
6. Synthèse	109

Contexte

La communauté de communes Le Grésivaudan a été créée le 1er janvier 2009 et se déploie pour partie sur le massif de la Chartreuse et pour partie sur le massif de Belledonne, en étant traversée par l'Isère. Ce territoire est à la fois rural, montagneux, péri-urbain et situé à proximité de pôles urbains de première importance. Le Grésivaudan, sur sa partie sud, est mitoyen de l'agglomération grenobloise, deuxième pôle urbain de la région Auvergne-Rhône-Alpes, doté de ressources majeures en santé mais aussi au plan éducatif, culturel et deuxième bassin d'emploi de la région. La communauté de communes jouxte aussi, au nord, l'agglomération chambérienne, autre pôle urbain très dynamique au plan économique et regroupant également de nombreuses ressources. Cette communauté de communes est composée de 43 communes, dont les plus peuplées sont Pontcharra (au nord) et Crolles (au sud) et elle compte au total plus de 101 000 habitants, habitant à 90 % les aires péri-urbaines. Ce territoire présente ainsi de forts contrastes : outre les aires périurbaines, les surfaces agricoles et les forêts représentent respectivement 17 % et 53 % du territoire. Le Grésivaudan est par ailleurs doté de six stations de ski et de deux stations thermales : tout à la fois destination de loisirs et de villégiature, il constitue un bassin d'emploi qualifié, notamment dans le domaine des technologies de pointe (électronique, nanotechnologies...), avec un pôle microélectronique qui comprend de nombreuses entreprises (STMicroelectronics, Soitec) et PME innovantes (informatique, biotechnologies, énergies renouvelables...).

Fort de la dynamique existante, soucieux de porter attention à toutes les populations qui le composent, aussi bien en urbain, péri-urbain que rural et soucieux d'intégrer la santé dans les grands axes de développement du territoire, Le Grésivaudan souhaite aujourd'hui se doter d'une réelle planification en santé. Pour ce faire, la réalisation préalable d'un diagnostic local de santé a été décidée, afin de faire le point sur la situation sanitaire du territoire, les constats des professionnels et les besoins des habitants.

Objectifs

Le diagnostic local de santé est un outil de planification s'inscrivant dans une démarche de projet. Il s'agit ainsi d'améliorer la connaissance de la situation sanitaire locale en identifiant les principaux besoins de santé (en termes de soins, de prévention, de déterminants liés au cadre de vie) d'une population et des différents groupes qui la composent sur un territoire donné et de recenser et d'analyser l'offre de prévention et de soins locale, en termes de présence, d'actions, de partenariats entre acteurs, afin de mettre à jour les points forts et éventuels points faibles de cette offre au regard des besoins de la population.

Ce diagnostic doit permettre de disposer d'un état des lieux sur la situation sanitaire du territoire, l'offre de soins et de prévention locale et de repérer les principaux enjeux concernant l'état de santé de la population du territoire.

Il permettra ainsi d'alimenter la future programmation territoriale en santé en favorisant une analyse de la situation partagée par les différents partenaires et en mettant à jour des pistes de réflexion et d'action, en lien et en accord avec les partenaires en présence.

Méthodologie de l'étude

Dans un diagnostic local, la santé est entendue dans son acception la plus large, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Cette définition inclut les notions de capacités physique, psychique et sociale d'une personne à agir dans son milieu et renvoie aux différents déterminants de santé, qui dépassent largement l'absence de maladie :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

OMS, 1946

De ce fait, de nombreuses thématiques peuvent être abordées, elles dépassent la question du soin à proprement parler et touchent aux conditions de vie des personnes, comme le logement, les possibilités de lien social, la maîtrise de la langue...

Afin d'atteindre les objectifs tels que définis, l'étude a été menée en deux volets :

- Un premier volet quantitatif qui présente des données statistiques sur la santé et le recours aux soins des habitants, à partir des bases de données accessibles à l'ORS ;
- Un second volet, qualitatif, qui explore plus avant la structuration de l'offre de soin et de prévention sur le territoire, ainsi que les besoins en santé de la population, au travers de rencontre avec les professionnels et les habitants.

Différents outils ont été utilisés pour réaliser ce diagnostic qui repose sur trois sources d'informations principales :

- des **indicateurs** quantitatifs issus des principaux systèmes d'information : données démographiques, sociales et sanitaires, en incluant des éléments d'offre, de consommation de soins et indicateurs environnementaux ;
- des **personnes-ressources** : interviewées par entretiens semi-directifs collectifs réalisés auprès d'acteurs de terrain, intervenant dans le domaine de la santé (soins et prévention), du social, de l'insertion et de l'éducation. Ces personnes ressources ont été rencontrées collectivement à deux reprises dans le cadre de groupe constitués selon une entrée thématique ;
- des **habitants** : interviewés par entretiens semi-directifs collectifs. Trois groupes d'habitants ont été rencontrés.

Cette étude a été réalisée sous la forme d'un diagnostic partagé : les principaux résultats de l'étude ont été restitués en deux temps aux acteurs du territoire qui ont pu enrichir les constats réalisés et débattre des pistes d'actions qu'il serait possible d'envisager. Ces restitutions se sont tenues le 10 mai

et le 27 mai 2021 pour les données quantitatives et le 23 juin 2022 pour les données qualitatives.
L'ensemble de la démarche s'est déroulé d'octobre 2021 à octobre 2022.

Données quantitatives

Méthode

La partie quantitative de ce diagnostic traite de divers thèmes à travers la présentation d'indicateurs socio-démographiques, d'offre de soins et d'état de santé de la population du territoire.

Ces données sont présentées à l'échelle de la communauté de communes Le Grésivaudan et des trois sous-territoires définis par la collectivité : Haut-Grésivaudan, Moyen-Grésivaudan et Sud-Grésivaudan, du département de l'Isère et de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les sources employées sont les suivantes :

- **Données socio-démographiques**

Les données socio-démographiques présentées proviennent principalement des bases de données du recensement de la population de l'Insee disponibles au moment de l'analyse (données du recensement de population 2018). Plusieurs indicateurs sont analysés : population, emploi, chômage, qualification, catégories socioprofessionnelles.

- **Données de l'Assurance maladie (SNIIRAM DCIR ou SNIIRAM référentiel médicalisé)**

Les données de l'Assurance Maladie, issues du Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM – DCIR), permettent de disposer d'indicateurs sur l'offre de soins libérale (au 01/01/2020), le niveau de recours aux différents professionnels de santé libéraux (année 2019), le remboursement de traitements médicamenteux (année 2019), les bénéficiaires des programmes de prévention (année 2019). Ces données concernent les assurés du régime général, du régime agricole, de l'Assurance maladie des professions indépendantes (soins remboursés par les caisses de la région Auvergne-Rhône-Alpes).

Les données des affections de longue durée (ALD) concernent les bénéficiaires d'une ALD au 31/12/2019 selon le référentiel médicalisé et dont le NIR (Numéro d'inscription au répertoire) n'est ni fictif ni provisoire.

Pour les taux calculés, la population du dénominateur est composée de tous les bénéficiaires ayant eu au moins un remboursement d'une prestation entre 2015 et 2019 (date de soin) dont le NIR n'est ni fictif ni provisoire, non décédés au 2 janvier 2019. Les bénéficiaires composant les effectifs ainsi que la population au dénominateur sont domiciliés dans leur dernière commune connue au moment du soin.

- **Données d'hospitalisation du PMSI MCO (ATIH)**

Les données d'hospitalisation analysées sont issues de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) diffusée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Tous les séjours concernent les patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et hospitalisés au cours de l'année 2019 dans les établissements MCO publics et privés de France métropolitaine.

Les données d'hospitalisation sont disponibles à l'échelle du code PMSI. Le code PMSI est le code géographique utilisé dans les bases d'hospitalisation, il correspond au code postal ou à un regroupement de codes postaux. Les effectifs et taux présentés sont des estimations. En effet, les bases de données pour ces thèmes étant disponibles uniquement au code PMSI, les effectifs communaux ont été estimés par sexe et par âge quinquennal au prorata de la population au RP 2017. Pour les taux calculés, la population du dénominateur est celle du recensement de la population de 2017 (RP 2017).

- **Données de la psychiatrie (RIM-P ATIH)**

Les données du Résumé d'information médicale en psychiatrie (RIM-P), diffusées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), traitent des actes ambulatoires et/ou séquences et des hospitalisations en établissement spécialisé en psychiatrie des patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et ayant fait l'objet d'une prise en charge en établissement de psychiatrie durant l'année 2019. Les données de psychiatrie sont disponibles à l'échelle du code PMSI. Les effectifs et taux de patients suivis en établissements spécialisés de psychiatrie présentés sont estimés au prorata de la population au recensement de 2017 (comme pour les données d'hospitalisation en MCO). Pour les taux calculés, la population du dénominateur est celle du recensement 2017.

- **Données de mortalité (Inserm CépiDc)**

Les données de mortalité présentées proviennent des bases de données transmises par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm¹, qui recueille les certificats médicaux de décès. Les données concernent les décès sur la période 2012-2016. Pour les taux calculés, la population du dénominateur est celle du recensement de la population de 2014 (RP 2014).

Précisions méthodologiques

Les indicateurs de santé (taux) présentés sont, pour la majorité d'entre eux appelés « taux standardisés ». Ils sont construits lorsque les données sont sensibles à la structure par âge de la population étudiée. Ainsi, par exemple, pour les remboursements de médicaments, le recours à l'hospitalisation ou encore la mortalité, les taux sont systématiquement standardisés sur la structure d'âge d'une population de référence (population France Métropolitaine 2012). Ils permettent ainsi de comparer les territoires d'étude à la région Auvergne-Rhône-Alpes, à structure d'âge identique.

¹ Institut national de la santé et de la recherche médicale

1. Contexte socio-démographique

Les données socio-démographiques constituent des éléments de cadrage essentiels pour donner du sens à l'ensemble des informations sanitaires. En effet, les caractéristiques sociales et démographiques d'une population constituent des déterminants majeurs de la santé. L'état de santé de la population est fortement lié à son niveau socio-économique (gradient social de la santé²). La défavorisation sociale³ est ainsi un déterminant majeur du mauvais état de santé de la population. Ce constat, largement documenté (notamment par l'OMS⁴), est vérifié dans tout type de territoire.

1.1. Le territoire du Grésivaudan



Au 1^{er} janvier 2018, la communauté de communes du Grésivaudan compte 101 729 habitants répartis dans 43 communes et s'étend sur 676 km².

² Les inégalités sociales de santé sont présentes à tous les âges de la vie, dès la grossesse : les principaux indicateurs de santé présentent ainsi des gradients sociaux.

³ Il existe plusieurs définitions et indices de la défavorisation sociale. L'indice de désavantage social - FDEP (French DEPrivation index) de Walid Ghosn (CépiDc-Inserm, 2018) peut être cité.

⁴ https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/

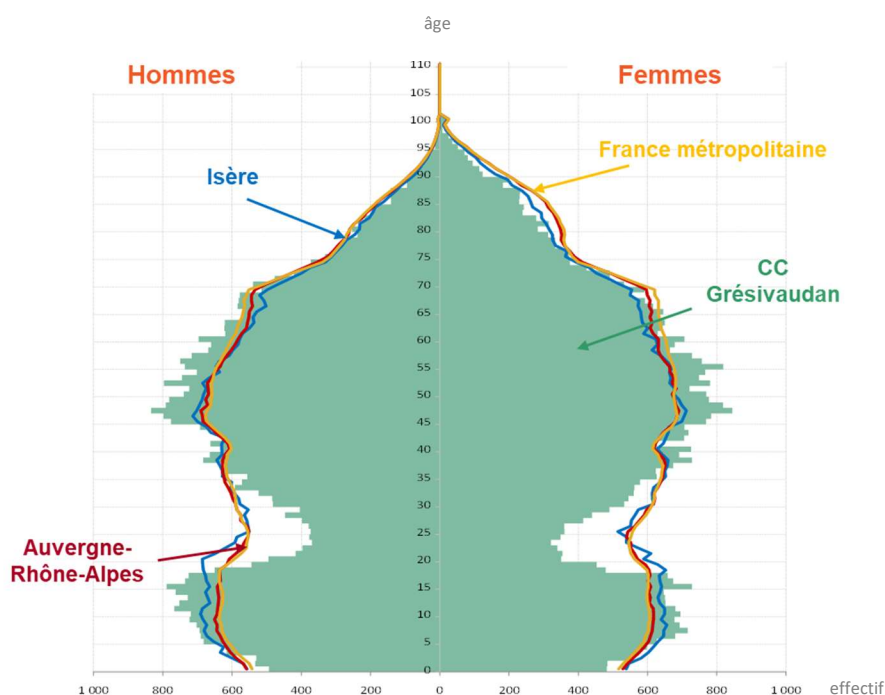
Trois sous-territoires constituent cette communauté de communes :

- Le Haut-Grésivaudan avec 33 179 habitants (17 communes)
- Le Moyen-Grésivaudan avec 35 977 habitants (13 communes)
- Le Sud-Grésivaudan avec 32 573 habitants (13 communes)

1.2. La population

L'analyse de la pyramide des âges nous indique que la part des moins de 15 ans est légèrement plus importante dans le Grésivaudan que dans le département de l'Isère et qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. Cependant une sous-représentation marquante des habitants âgés de 19 à 30 ans et une sur-représentation des habitants de 45-60 ans sont observés tandis que les femmes de plus de 75 ans sont légèrement moins nombreuses.

Figure 1 : Pyramide des âges

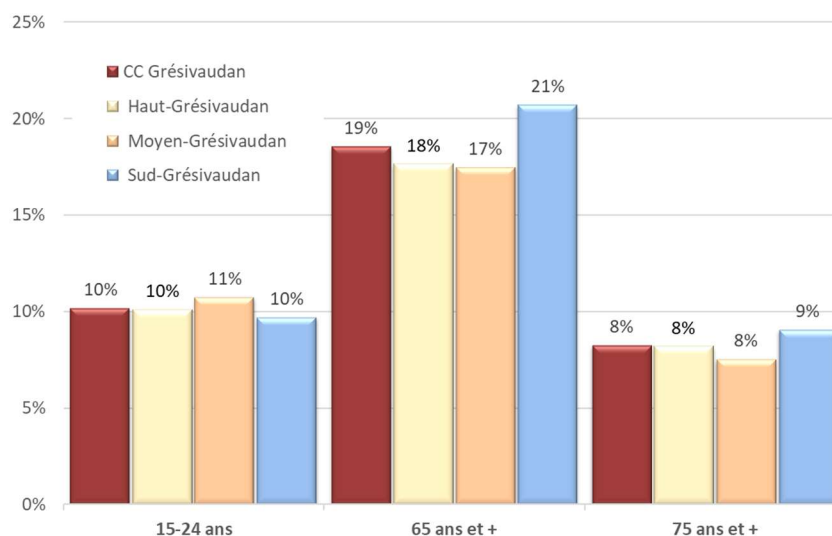


Source : Insee (Recensement -2018) – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

À l'échelle des sous-territoires, le Sud-Grésivaudan a la part des 65 ans et plus la plus élevée avec 21 % (contre 17,5 % dans le Haut et le Moyen Grésivaudan). C'est également dans le Sud-Grésivaudan que la part des 75 ans et plus est la plus élevée avec 9,1 % (contre 7,6 % dans le Moyen-Grésivaudan et 8,2 % dans le Haut-Grésivaudan).

La part des 25-64 ans, qui varie de 51 % (Sud Grésivaudan) à 52,2 % (Haut-Grésivaudan) est plus importante pour l'ensemble du territoire du Grésivaudan (51,8 %) que dans le département de l'Isère (50,2 %) et la région (50,2 %).

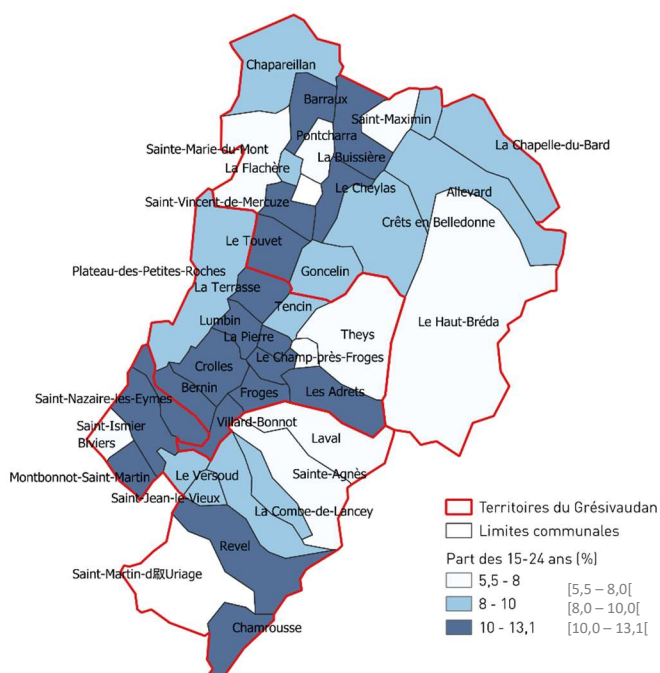
Graphique 1 : Répartition de la population par classes d'âges (%) en 2018



Source : Insee (Recensement 2018) - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La part des 15-24 ans est de 10 % sur l'ensemble du territoire du Grésivaudan et de 12 % en Auvergne-Rhône-Alpes. Plus on s'éloigne de l'axe routier principal traversant, plus la part de cette population diminue. Ainsi, 20 communes du territoire à proximité immédiate de cet axe routier ont plus de 10 % de jeunes âgés de 15 à 24 ans, 14 communes entre 8 et 10 % et 9 communes moins de 8 %.

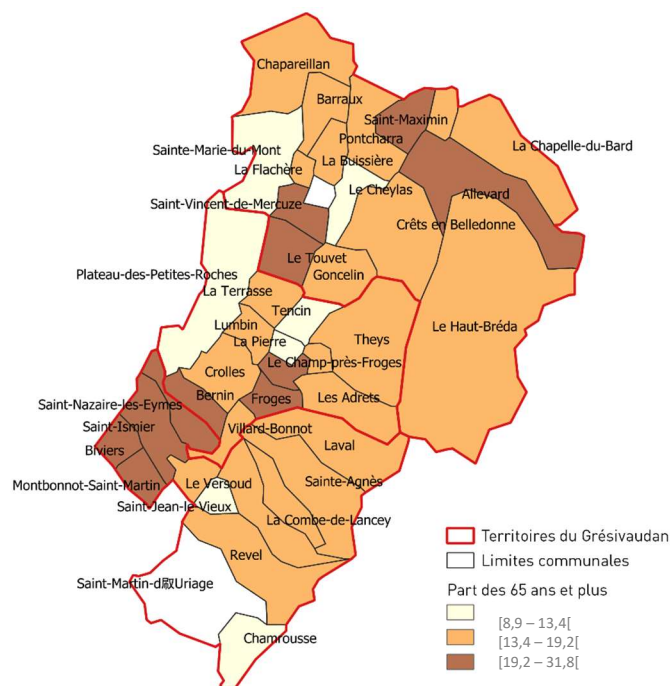
Carte 1 : Part communale des 15-24 ans (%) en 2018



Source : Insee (Recensement 2018) - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La part des habitants âgés de 65 et plus est de 19 % pour l'ensemble de la communauté de communes Le Grésivaudan, du même ordre de grandeur que pour la région (20 %). 14 communes ont plus de 19 % de leur population de personnes âgées de 65 ans et plus. Un quart de la population est âgé de 65 ans et plus dans les communes de Saint-Ismier (qui compte ~6 800 habitants) et de Saint-Vincent-de-Mercuze (1 500 habitants). Cette part atteint presque 32 % dans la commune de Biviers (2 300 habitants).

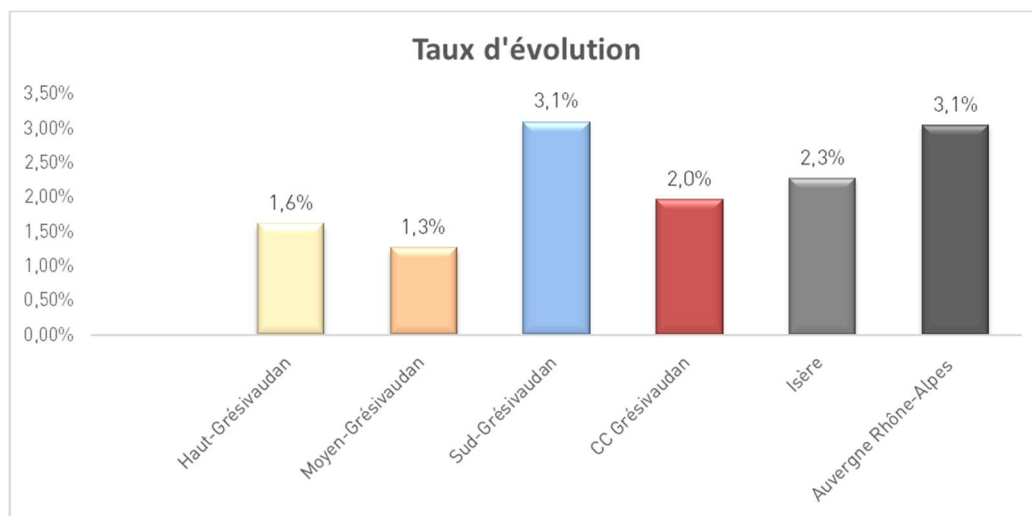
Carte 2 : Part communale des 65 ans et plus (%) en 2018



Source : Insee (Recensement 2018) - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'évolution de la population entre 2013 et 2018 montre une plus faible dynamique dans le Haut-Grésivaudan (1,6 %) et le Moyen-Grésivaudan (1,3 %) alors qu'elle est de 2 % dans l'ensemble de la communauté de communes (proche de l'évolution départementale de 2,3 %). C'est dans le Sud-Grésivaudan qu'elle est la plus élevée (3,1 %).

Graphique 2 : Évolution de la population entre 2013 et 2018

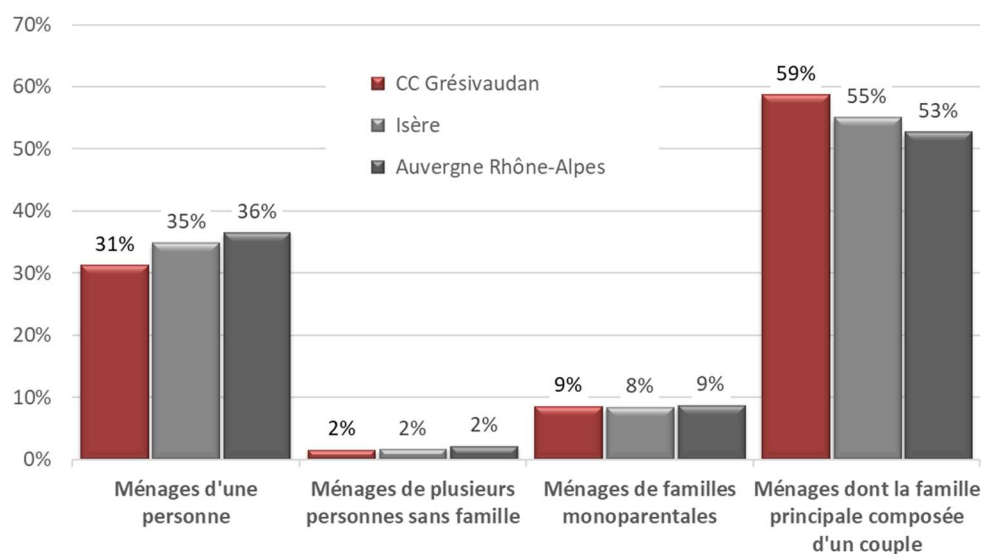


Source : Insee (Recensement 2018), Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

1.3. Les caractéristiques socio-économiques

La part des ménages d'une personne (31 %) vivant dans le Grésivaudan est moins élevée que dans le département (35 %) et la région (36 %). La part des ménages composés d'un couple est supérieur de 6 points à la valeur régionale (59 % versus 53 %).

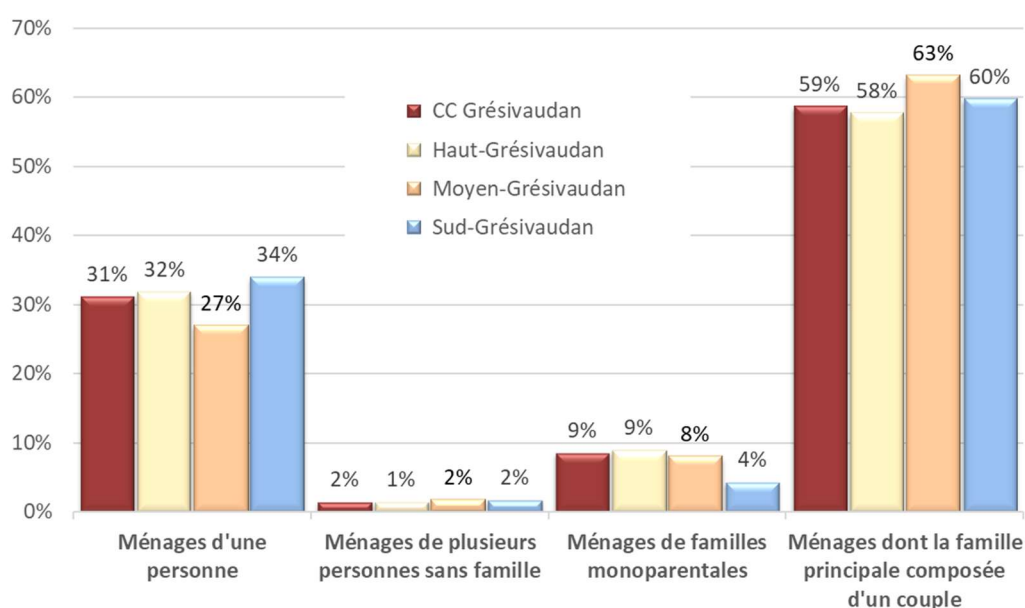
Graphique 3 : Structure des ménages en 2018



Source : Insee (Recensement 2018), Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La structure des ménages est différente selon les territoires. Le territoire du sud Grésivaudan présente deux fois moins de familles monoparentales que le Haut et Moyen Grésivaudan mais a plus de ménages composés d'une personne (34 % vs 31 % dans l'ensemble du territoire). Cela est à mettre en relation avec la part de personnes âgées de 65 ans et plus importante dans ce territoire.

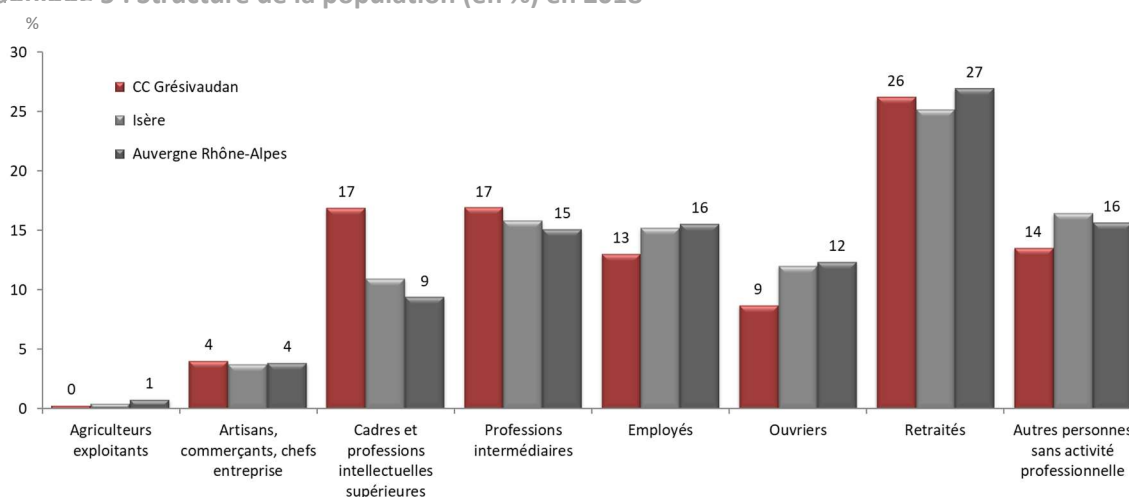
Graphique 4 : Structure des ménages par territoire en 2018



Source : Insee (Recensement 2018), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

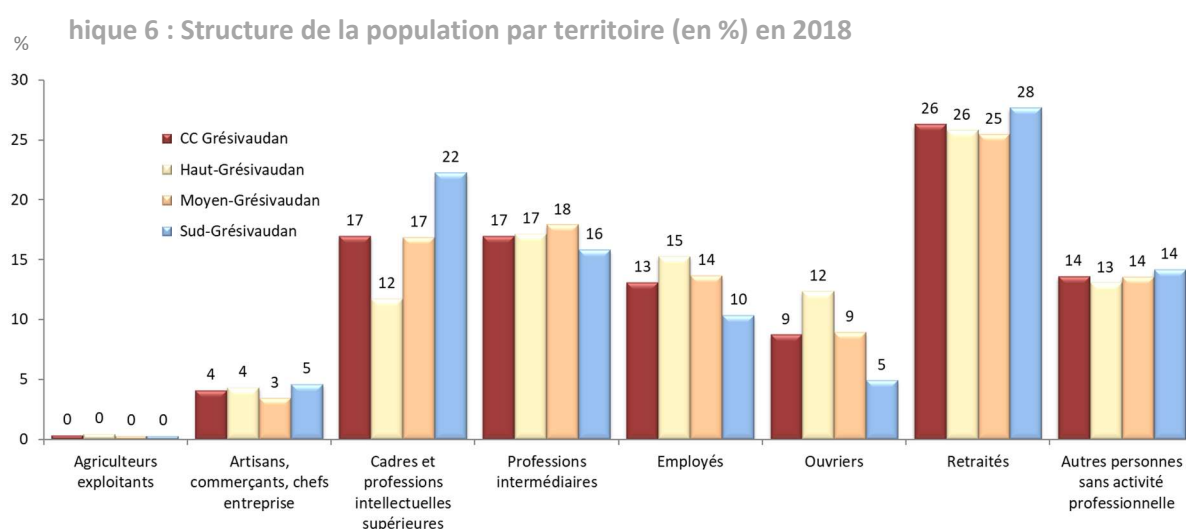
Dans le Grésivaudan, la part des ouvriers (9 %) et la part des employés (13 %) au sein de la population active ayant un emploi sont inférieures par rapport au département et la région. En revanche, la part de cadres, professions intellectuelles supérieures est près de 2 fois plus élevée (17 % vs 9 % dans la région).

Graphique 5 : Structure de la population (en %) en 2018



Source : Insee (Recensement 2018), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

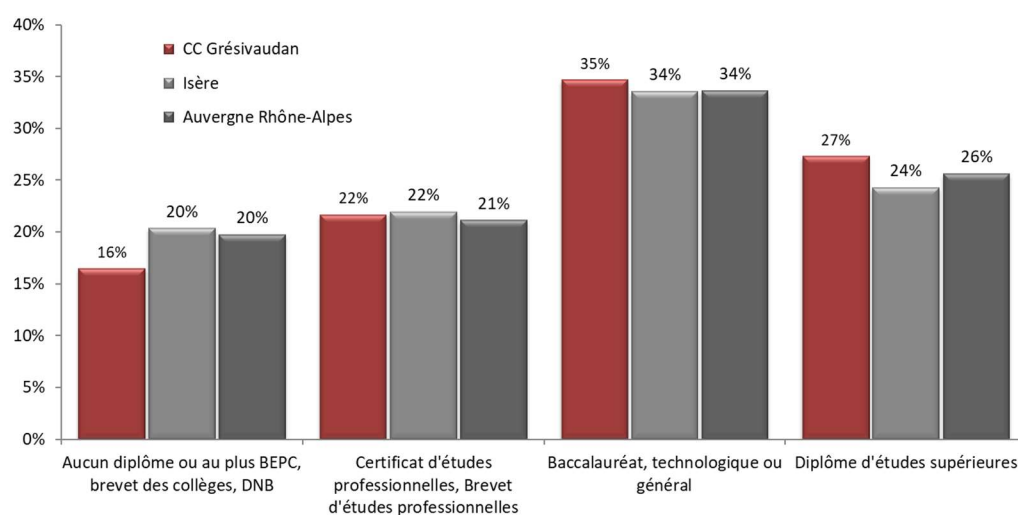
Le Sud Grésivaudan a la part des cadres, professions intellectuelles supérieures la plus importante (22 %) alors que le Haut Grésivaudan a la plus faible (12 %). C'est également dans le Sud que la part des retraités est légèrement plus élevée.



Source : Insee (Recensement 2018), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le niveau de formation est globalement plus élevé dans le Grésivaudan par rapport au département de l'Isère et de la région Auvergne-Rhône-Alpes. En effet, seuls 16 % des 15-24 ans n'ont aucun diplôme ou au plus le brevet des collèges alors que 27 % possèdent un diplôme d'études supérieures.

Graphique 7 : Répartition des niveaux d'études chez les 15-24 ans en 2018

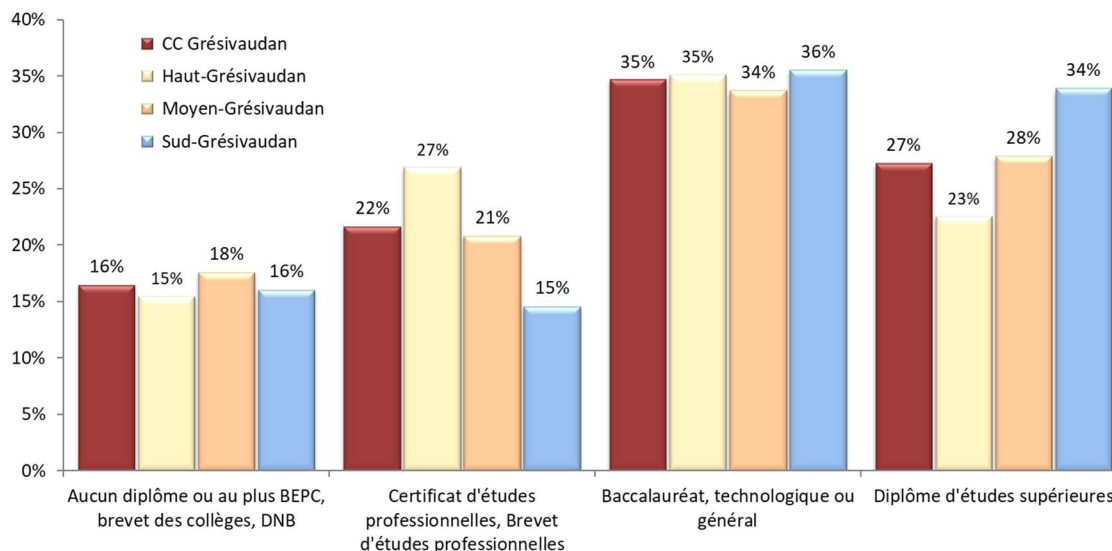


Source : Insee (Recensement 2018), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Au niveau des territoires, le Sud Grésivaudan a la part la plus élevée de jeunes de 15-24 ans possédant un diplôme d'études supérieures (34 % vs 27 % pour l'ensemble du Grésivaudan et 26 % pour la région) tandis que le Haut Grésivaudan a le taux de jeunes de 15-24 ans ayant un certificat d'études

professionnelles ou un brevet d'études professionnelles le plus élevé (27 % vs 22 % pour le Grésivaudan et 21 % pour la région).

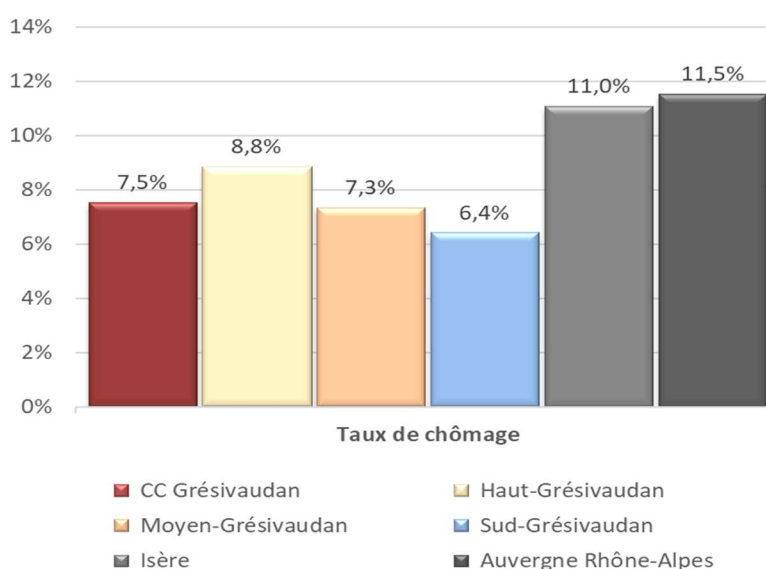
Graphique 8 : Répartition des niveaux d'études chez les 15 -24 ans par territoire en 2018



Source : Insee (Recensement 2018), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2018, le taux de chômage, au sens du recensement, s'élève à 7,5 % dans le Grésivaudan, bien inférieur à ceux observés dans le département de l'Isère (11 %) et en Auvergne-Rhône-Alpes (11,5 %). Le Sud Grésivaudan a le taux de chômage le plus faible (6,4 %) et le Haut Grésivaudan le plus élevé (8,8 %).

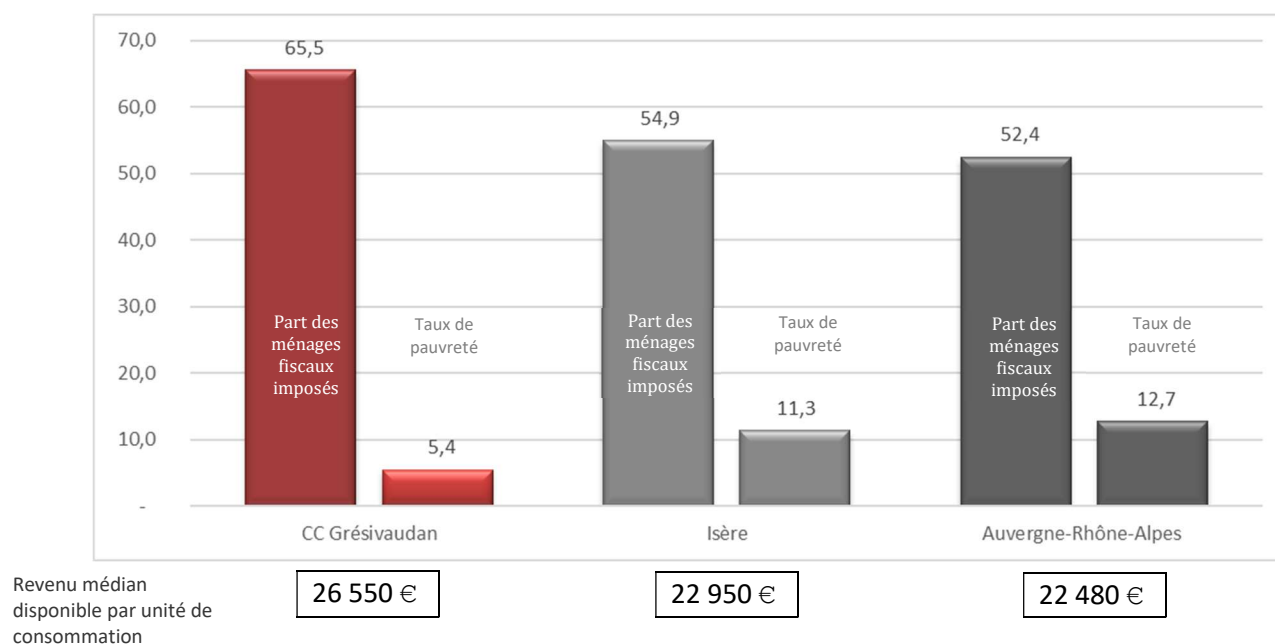
Graphique 9 : Taux de chômage (au sens de l'Insee) chez les 15-64 ans en 2018



Le revenu médian disponible par unité de consommation du Grésivaudan est plus élevé que celui du département de l'Isère (+ 3 600 €) et celui de la région (+ 4 075 €). La part des foyers fiscaux imposés s'élève à 65,5 % en 2018 contre 54,9 % dans le département et 52,4 % en Auvergne-Rhône-Alpes.

Le taux de pauvreté⁵ (5,4 %) est inférieur de 6 points à celui du département et de 7 points à celui de la région Auvergne-Rhône-Alpes (12,7 %).

Graphique 10 : Revenus médians, part de ménages fiscaux imposés et taux de pauvreté



Sources : Insee, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Cmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2021 ;
Exploitation Ors Auvergne-Rhône-Alpes

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources⁶. Les données relatives à la CMUc sont tronquées pour l'année 2019 car ce dispositif a été remplacé par la complémentaire santé solidaire (C2S) en novembre 2019.

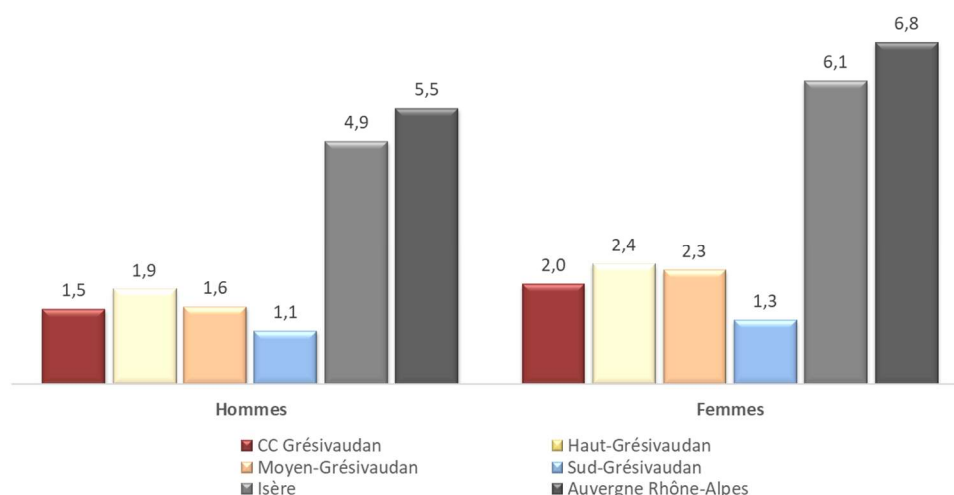
En 2019, 1 869 personnes (assurés sociaux et affiliés ayant eu au moins un remboursement de soins dans l'année) sont bénéficiaires de la CMUc dans le Grésivaudan, soit un taux de bénéficiaires du CMUc de 1,5 %, bien inférieur au taux observé dans le département de l'Isère (4,9 %) ou en Auvergne-Rhône-

⁵ Le taux de pauvreté correspond au pourcentage de personnes dont le revenu est inférieur à un seuil fixé par rapport à la médiane du revenu de l'ensemble de la population. À défaut d'autres précisions, ce seuil est défini à 60 % dans la plupart des statistiques françaises et européennes. Un taux de pauvreté de 10 % signifie donc que 10 % de la population gagne moins de 60 % du revenu médian (qui correspond au chiffre séparant la population en deux moitiés égales, l'une gagnant plus et l'autre moins que ce revenu). Si le revenu médian est par exemple de 1000 €, un taux de pauvreté de 10 % signifie qu'un dixième de la population gagne moins de 600 €.

⁶ Le plafond de ressource annuel à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMUc s'élevait à 8 951 euros en mars 2019 pour une personne. Ce plafond varie en fonction de la composition du foyer.

Alpes (5,5 %). Au niveau des sous territoires, le Sud Grésivaudan a le taux le plus faible (1,1 %) et le Haut Grésivaudan le plus élevé (1,9 %).

Graphique 11 : Taux (%) de bénéficiaires de la CMUc- tous régimes, 2019

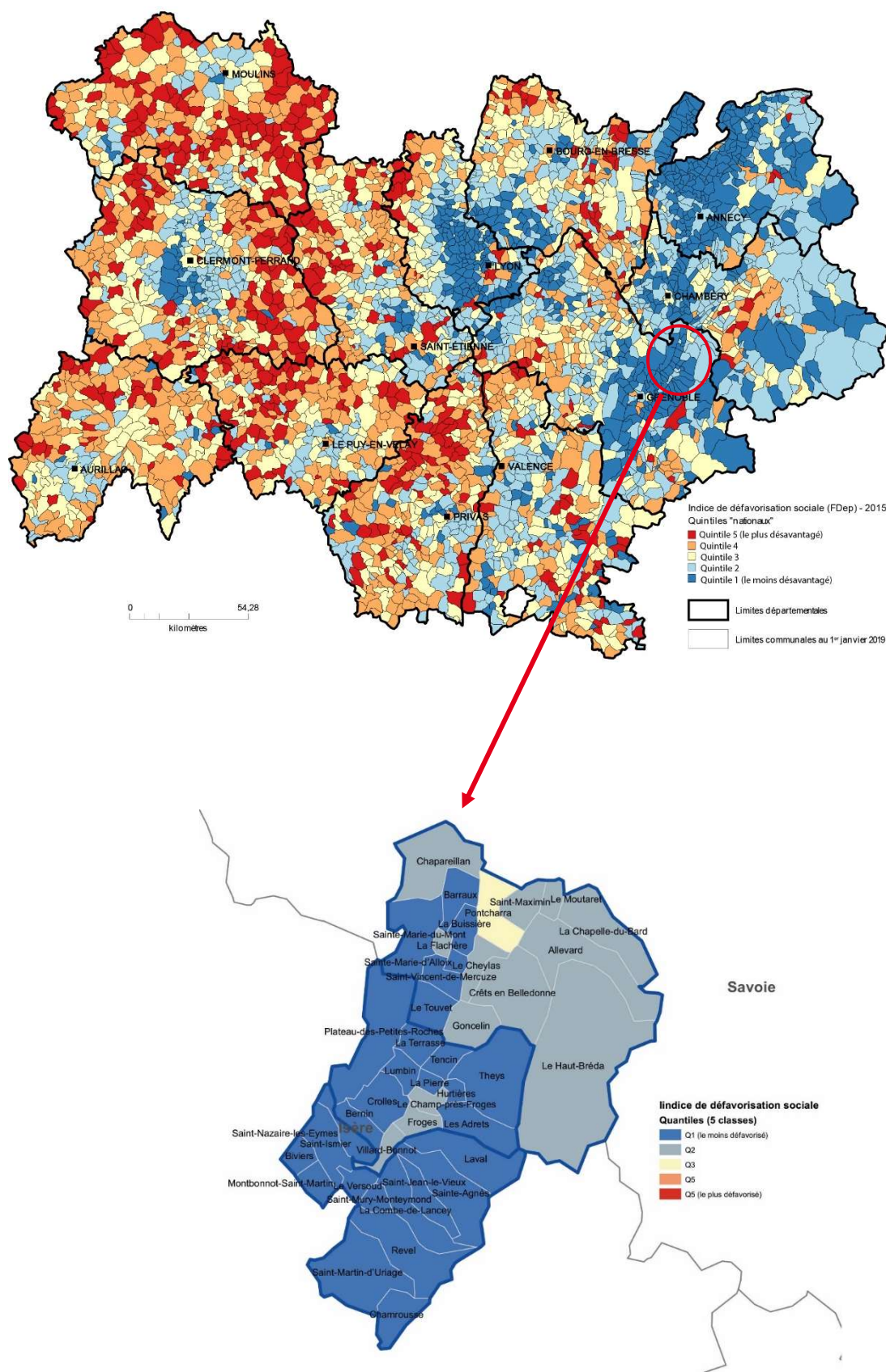


Sources : Cnam (SNIIRAM DCIR - 2019), Cnam (SNIIRAM DCIR - 2015-2019)

L'indice de désavantage sociale appelé « FDep » est un indicateur composite qui rend compte de la précarité à l'échelle communale. Le désavantage social est considéré comme un cumul de désavantages matériels et sociaux à l'échelle géographique. Il est construit à partir de données spatiales : le pourcentage d'ouvriers dans la population active, le pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus, le pourcentage de chômeurs dans la population active et le revenu médian par foyer. Cet indicateur a été développé dans le contexte français par l'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale).

Le Grésivaudan apparaît globalement très favorisé sur le plan socio-économique par rapport à certains territoires de la région Auvergne-Rhône-Alpes (en rose/rouge sur la carte générale). Toutefois, la commune de Pontcharra est la moins favorisée (en jaune pâle sur la carte).

Carte 3 : Indice de désavantage sociale (Fdep) – Distribution par quintile



Sources : Inserm CépiDc (2015) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2. Contexte environnemental

L'environnement est un déterminant important de la santé humaine, à travers différents facteurs. La qualité de l'air que nous respirons, les lieux dans lesquels nous vivons, l'eau que nous buvons, les aliments que nous mangeons, les objets que nous utilisons ou le bruit que nous subissons sont autant de facteurs qui influencent notre santé de manière positive ou négative. Ils agissent sur le corps humain à travers les voies respiratoires, le système digestif, la peau et les organes des sens (olfactif, visuel et auditif).

L'Organisation Mondiale de la Santé estime que les problèmes liés à l'environnement sont la cause de 24 % des maladies dans le monde et 23 % du nombre total de décès sont attribuables à des facteurs environnementaux.

2.1. La qualité de l'air

- Les particules fines

Même à de faibles niveaux, l'exposition aux polluants peut provoquer, le jour même ou dans les jours qui suivent, des symptômes irritatifs au niveau des yeux, du nez et de la gorge mais peut également aggraver des pathologies respiratoires chroniques (asthme, bronchite...) ou favoriser la survenue d'un infarctus du myocarde, voire provoquer le décès.

Les particules PM₁₀ ont un diamètre inférieur à 10 micromètres (10µm) et les PM_{2,5} ont un diamètre inférieur à 2.5 micromètres (2.5µm). Les sources principales sont le résidentiel tertiaire (chauffage au bois), les activités économiques (industrielles et agricoles) et les transports.

Plus les particules sont fines, plus elles pénètrent profondément dans les voies respiratoires. Les particules PM_{2,5} ont ainsi un impact sanitaire plus important que les particules PM₁₀. Elles peuvent irriter et altérer la fonction respiratoire. Certaines particules ont des propriétés mutagènes et cancérogènes du fait de leur propension à adsorber des polluants et les métaux lourds.

De nombreuses études montrent un rôle de la pollution atmosphérique sur la perte d'espérance de vie et la mortalité, mais également sur le développement de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires et du cancer du poumon. Ainsi, 6 à 11 % des décès par cancer du poumon seraient attribuables à l'exposition chronique aux particules fines. En revanche, l'impact des polluants de l'air sur la survenue d'autres cancers (vessie, voies aérodigestives supérieures, hémopathies malignes, etc.) reste à préciser⁷.

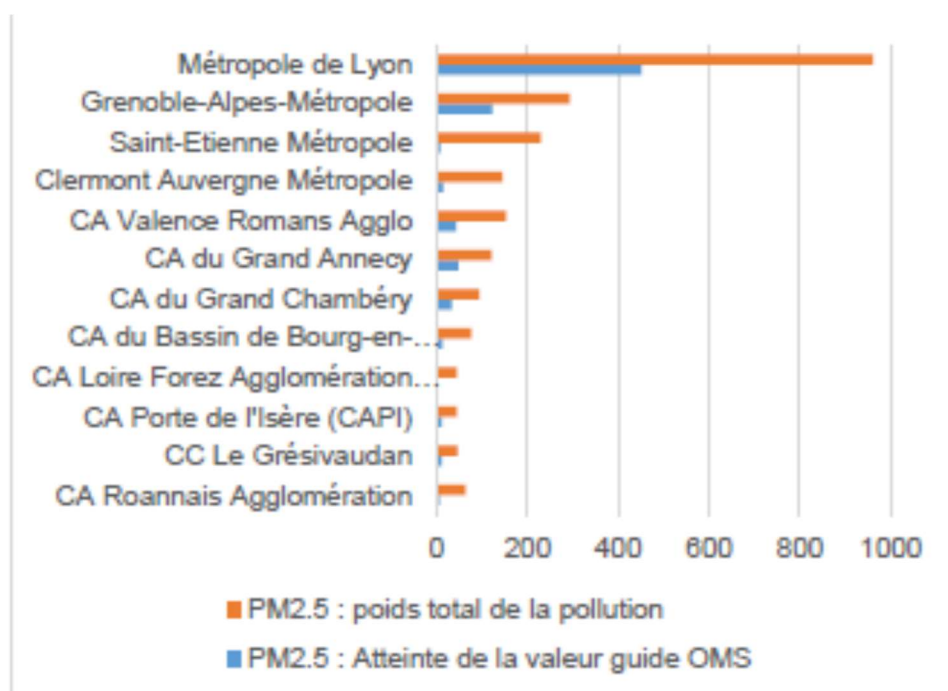
À l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes, la pollution aux particules fines seraient responsable de 4 300 décès (soit 7 % de la mortalité annuelle) et 959 décès (10 %) pour la Métropole de Lyon⁸.

Le nombre de décès annuels attribuables au poids total de la pollution aux PM_{2,5} dans le Grésivaudan est estimé à 46, il serait réduit à 11 si la valeur seuil de l'OMS de 10 µg/m³ était respectée⁸.

⁷ Fondation pour la recherche sur le cancer

⁸ Yvon JM, Yvroud M. Évaluation quantitative d'impact sur la santé (EQIS) de la pollution de l'air ambiant en région Auvergne-Rhône-Alpes, 2016-2018. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2021.

Figure 2 : Nombre de décès attribuables aux PM_{2,5} pour les EPCI de plus de 100 000 habitants, Auvergne-Rhône-Alpes, 2016-2018



Source : Santé Publique France, 2021

Les concentrations annuelles moyennes en PM_{2,5} sont plus diffuses sur l'ensemble du territoire, avec une contribution visible du trafic routier, mais la principale source (+ de 50 %) reste le résidentiel.

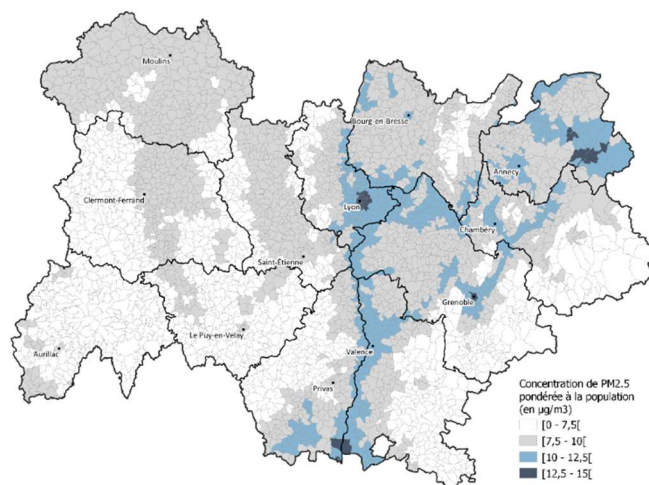
L'exposition moyenne communale⁹ au PM_{2,5} estimée varie de 5 µg/m³ (cette valeur correspond à la valeur guide issue des nouvelles lignes directrices de l'OMS publiées le 22 septembre 2021) pour des communes rurales très éloignées des centres urbains à plus de 14 µg/m³ pour certaines grandes agglomérations comme Lyon, Grenoble ou dans la vallée de l'Arve soit une exposition moyenne estimée supérieure à l'ancienne valeur guide¹⁰ de l'OMS de 10 µg/m³.

⁹ Le choix de calculer l'exposition moyenne de la population communale à partir de la moyenne pondérée par la densité de la population repose sur l'hypothèse que l'exposition au lieu de résidence est la meilleure façon de représenter l'exposition moyenne d'un individu même si cette exposition peut être surestimée pour certains ou sous-estimée pour d'autres.

¹⁰ L'OMS recommande des niveaux d'exposition (concentrations et durées) au-dessous desquels il n'a pas été observé d'effets nuisibles sur la santé humaine ou sur la végétation.

En septembre 2021, l'OMS a publié de nouvelles lignes directrices sanitaires pour les principaux polluants de l'air. L'OMS a particulièrement revu à la baisse les seuils sanitaires de référence par rapport à ceux édictés en 2005 ; divisant par deux le seuil sanitaire des PM_{2,5} (passant de 10 µg/m³ en moyenne annuelle à 5 µg/m³).

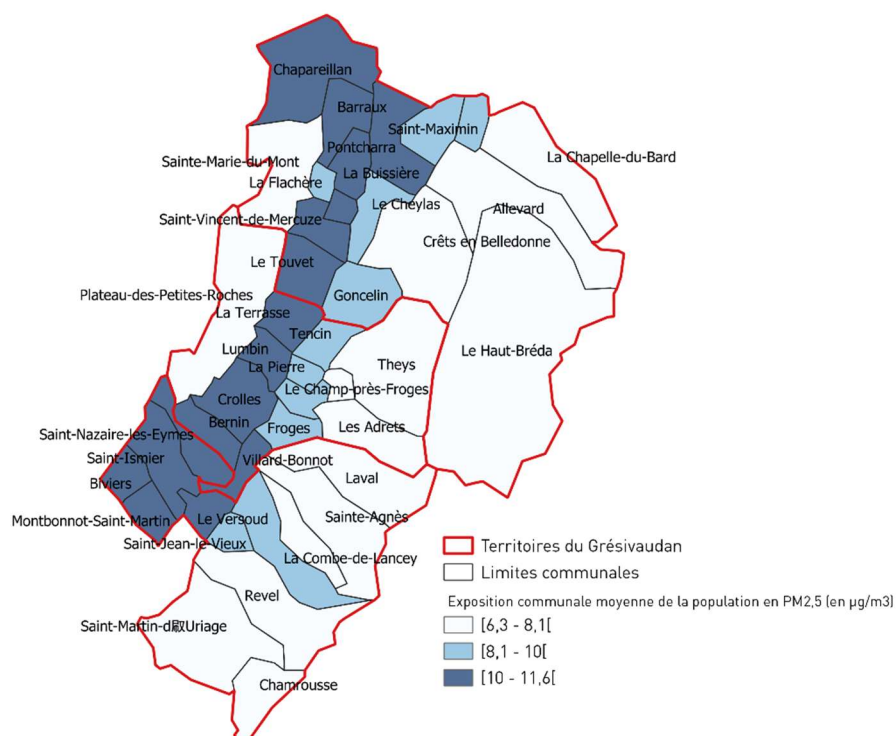
Carte 4 : Exposition communale moyenne de la population en PM_{2,5} (en µg/m³) en Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Atmo AuRA / 2017-2018

Dans le Grésivaudan, l'exposition moyenne communale aux PM_{2,5} varie de 6,3 à 12, 5 µg/m³. Les communes situées le long de l'autoroute sont celles qui ont l'exposition la plus élevée.

Carte 5 : Exposition communale moyenne de la population en PM_{2,5} (en µg/m³) dans le Grésivaudan



Source : Atmo AuRA / 2017-2018 ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- Les pollens d'ambroisie

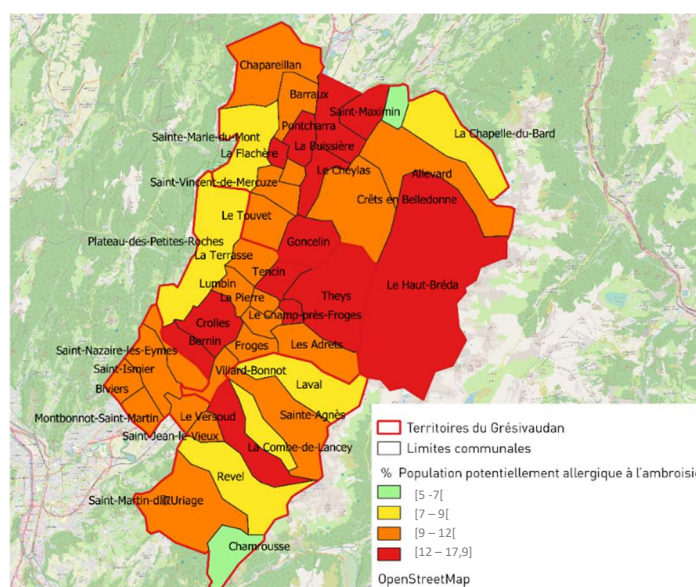
D'après l'Organisation mondiale de la Santé, les allergies respiratoires sont à la 4^{ème} place des maladies chroniques¹¹ et une personne sur 4 serait concernée par l'allergie respiratoire. Le nombre de personnes atteintes par cette allergie saisonnière augmente depuis plusieurs années. Cette pathologie a un impact non négligeable sur la qualité de vie des personnes allergiques (concentration, vigilance, sommeil, etc.) et sur les dépenses de santé (consommation médicamenteuse, arrêt de travail, etc.).

L'ambroisie est une plante annuelle invasive d'origine nord-américaine qui colonise les sols nus (chantiers, bords de route, parcelles agricoles, etc.). Son pollen, émis essentiellement en août et septembre, est particulièrement allergisant et le vent peut le transporter sur des centaines de kilomètres. En fin d'été, l'ambroisie est la principale cause d'allergies. La région Auvergne-Rhône-Alpes est historiquement la région française la plus touchée par la diffusion des pollens d'ambroisie, avec une concentration le long de la vallée du Rhône. Le département de l'Isère est particulièrement concerné.

Dans le Grésivaudan, les taux standardisés de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins en lien avec l'allergie à l'ambroisie varient de 6,1 % au Moutaret et 6,9 % à Chamrousse à 17,6 % à Hurières et 17,9 % à La Combe-de-Lancey. La moyenne pour l'ensemble du territoire est de 11 %. Ainsi, plus de 11 000 habitants seraient potentiellement allergiques à l'ambroisie.

Certaines communes avec un nombre d'habitants inférieur à 1 500 ont des taux supérieurs à 12 % du fait d'une part des petits effectifs et d'autre part, les données des assurés sociaux étant domiciliées, les habitants peuvent être aussi sous l'influence des pollens d'ambroisie sur leurs lieux de travail.

Carte 6 : Taux standardisés de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins en lien possible avec l'allergie à l'ambroisie par commune en 2019



Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019), Insee (Recensement - 2012 et 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

¹¹ https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf?ua=1

- Les pesticides

La contamination de l'air par les pesticides est une composante de la pollution atmosphérique qui demeure moins documentée que d'autres milieux. Ainsi, il n'existe pas à ce jour de plan de surveillance national, ni de valeur réglementaire sur la contamination en pesticides dans les différents milieux aériens. C'est en 2000 que les premières mesures de pesticides dans l'air ont été réalisées par les Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air (AASQA) afin d'établir un premier état des lieux de la présence de ces substances dans l'atmosphère sur le territoire national. Malgré la grande richesse de ces données, l'exposition aux pesticides présents dans l'air ambiant des populations agricoles, riverains de zones agricoles ou de la population générale, reste difficile à estimer. En effet, en l'absence de réglementation spécifique, la connaissance des niveaux de contamination en pesticides dans l'air ambiant demeure partielle et hétérogène.

Des mesures réalisées par Atmo-Rhône-Alpes en 2015 ont permis d'évaluer les concentrations de pesticides dans l'air selon une méthodologie précise sur le secteur Sud Grésivaudan concerné par la nuciculture¹².

Les résultats indiquaient que sur le secteur de noyers du Sud Grésivaudan, 11 substances avaient été quantifiées dans l'air et 3 dans les retombées atmosphériques. Les concentrations mesurées étaient globalement faibles. L'influence des cultures de noyers dans le secteur était visible sur le site, avec notamment le thiaclopride, insecticide employé contre la mouche du brou ainsi que l'une influence des grandes cultures avec la présence de substances herbicides comme le s-métolachlore. En regard des concentrations mesurées sur le secteur de l'Isère rhodanienne l'année précédente et notamment celles du chlorpyrifos-éthyl, les niveaux d'insecticides mesurés sur le site du Sud Grésivaudan étaient faibles.

Depuis juillet 2021, un suivi à vocation pérenne des pesticides dans l'air à l'échelle nationale a été mis en place en 18 sites du territoire (1 par région), représentatifs de bassins de vie urbain/péri-urbain, répartis selon différents profils agricoles (grandes cultures, viticulture, arboriculture, maraîchage). Les premières données devraient être accessibles d'ici la fin de l'année 2022.

2.2. Les nuisances sonores

Les sources de nuisances sonores sont nombreuses : infrastructures de transports, activités économiques, nuisances de voisinage.

Le bruit induit deux types d'effets sur la santé : des effets auditifs (lésions auditives) et des effets extra-auditifs qui peuvent être immédiats (perturbations du sommeil, gêne) ou à plus long terme (pathologies cardiovasculaires, pathologies psychiatriques ou psychosomatiques, troubles de

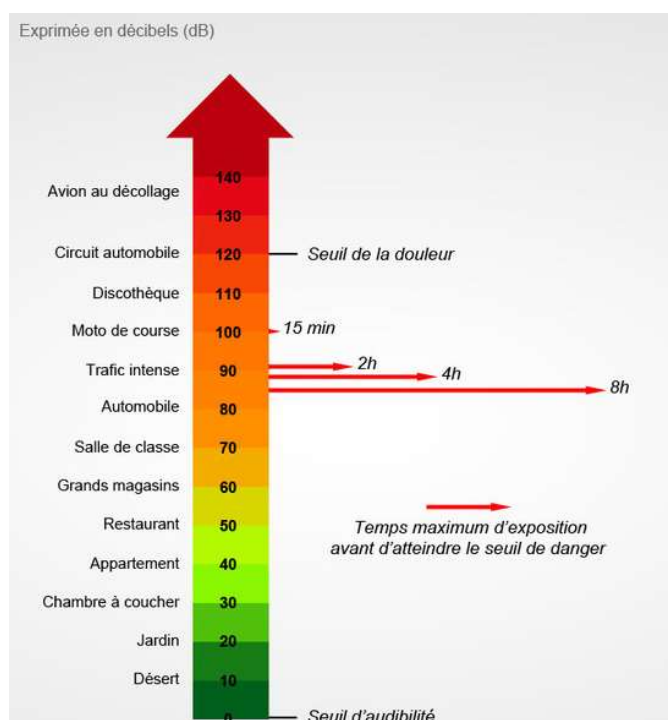
¹² © Air Rhône-Alpes (2016) Suivi des pesticides dans l'air ambiant – Mesures réalisées en 2014-2015 sur le secteur de nuciculture du Sud-Grésivaudan et le secteur urbain de Valence. https://www.atmo-auvergnerhonealpes.fr/sites/aura/files/content/migrated/atoms/files/rapport_pesticides_2_sites_2014_2015.pdf

l'apprentissage scolaire)¹³. Compte tenu de leur niveau d'émission, les infrastructures de transports sont essentiellement à l'origine d'effets extra-auditifs, quantifiables pour des niveaux d'exposition même relativement faibles (> 50 dB(A)).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, le bruit représente le second facteur environnemental provoquant le plus de dommages sanitaires en Europe¹⁴ derrière la pollution atmosphérique : environ 20 % de la population européenne (soit plus de 100 millions de personnes) se trouve ainsi exposée de manière chronique à des niveaux de bruit préjudiciables à la santé humaine.

Les seuils de dangerosité pour l'oreille dépendent du niveau sonore mesuré en dB(A) (lequel pondère les fréquences selon la fragilité de l'oreille) et de la durée d'exposition. Ainsi, les risques auditifs sont limités si une exposition à 85 dB(A) dure moins de 8 heures, ou 4 heures à 88 dB(A), moins de 2 heures à 91 dB(A) ou moins de 15 minutes à 100 dB(A), etc.

Figure 3 : Échelle du bruit exprimée en dB(A)



Source : Haut Conseil de santé publique

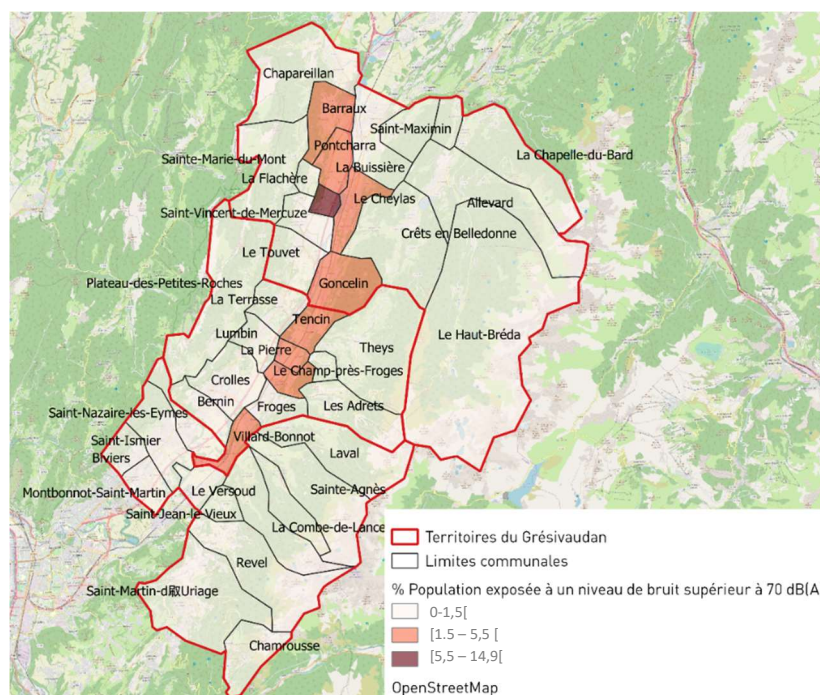
Le coût social total du bruit est estimé en France à 147,1 milliards d'euros chaque année, sur la base des données et études existantes¹⁵.

¹³ ANSES, <https://www.anses.fr/fr/content/impacts-sanitaires-du-bruit>

¹⁴ OMS, 2018. Lignes directrices relatives au bruit dans l'environnement dans la Région européenne

¹⁵ ADEME, I CARE & CONSULT, et al. 2021. Estimation du coût social du bruit en France et analyse de mesures d'évitement simultané du bruit et de la pollution de l'air.

Carte 7 : Part de la population exposée à des niveaux de bruit supérieur à 70 dB(A)



Sources : Acoucity/Cerema, 2016 – 2018 ; Insee (RP 2013-2014) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans le Grésivaudan, environ 2 % de la population est exposée à des niveaux de bruit supérieurs à 70 dB(A). Les communes concernées sont principalement situées de part et d'autre de l'autoroute A41.

2.3. Les mobilités

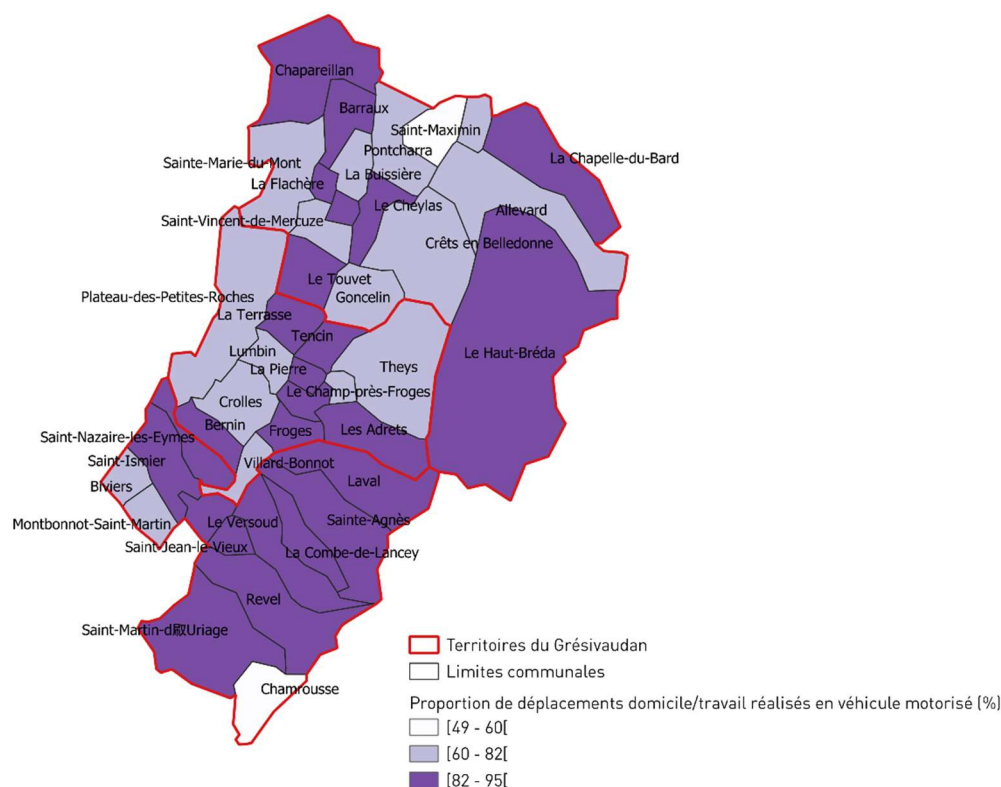
Il est aujourd'hui scientifiquement démontré que la pratique de mobilités quotidiennes a un impact important sur la santé humaine, l'environnement et le budget des ménages. En effet, faire au moins 30 minutes d'activité physique par jour permet de prévenir de nombreuses pathologies chroniques tout en améliorant la qualité de vie, la condition physique. Par ailleurs, la réduction de l'usage de la voiture au profit du vélo ou de la marche contribue à réduire la pollution atmosphérique, les émissions de gaz à effet de serre et les nuisances sonores, à moindres coûts.

La sédentarité est l'une des quatre causes majeures des maladies chroniques¹⁶. De plus, depuis quelques décennies, une baisse constante de l'activité physique a été constatée parmi tous les groupes d'âge. Cette situation s'explique en grande partie par la mécanisation du travail et des tâches quotidiennes, par l'utilisation accrue des voitures, la sédentarisation du travail, et l'augmentation des loisirs inactifs (temps passé devant les écrans : télévision, ordinateur, etc.).

¹⁶ Organisation mondiale de la santé, Global health risks, Geneva, World Health Organization, 2009.

Dans le Grésivaudan, plus de 80 % des déplacements domicile-travail quotidiens en 2018 se faisaient en véhicule motorisé. À Chamrousse, 37 % de ces déplacements se faisaient en marchant. À Saint-Maximin, 22 % des déplacements se font en transport en commun.

Carte 8 : Proportion de déplacements domicile/travail réalisés en véhicules motorisés



Source : Insee (Recensement - 2017), Cerema (2019) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2.4. La qualité de l'eau d'alimentation

L'eau destinée à la consommation humaine constitue un enjeu majeur de santé publique. En effet, les usages sanitaires que sont l'eau de boisson, le lavage, la cuisson ou la préparation des aliments, la toilette corporelle, le lavage de la vaisselle, du linge... représentent 150 à 200 litres par habitant et par jour (source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes).

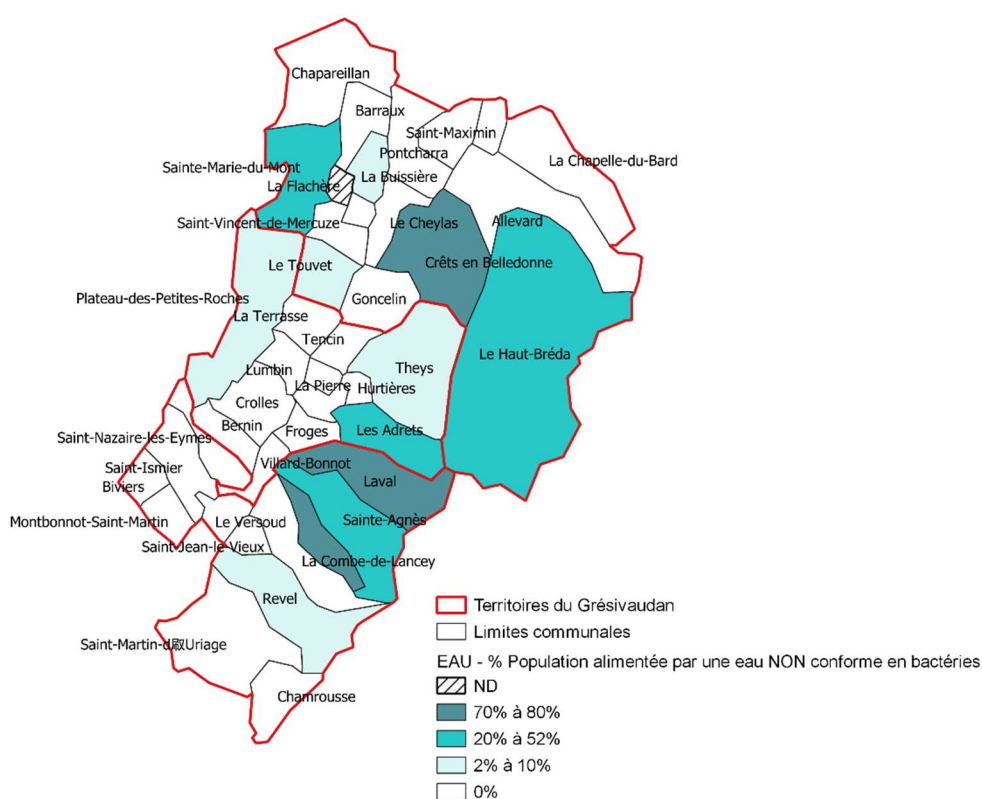
La protection de la santé publique contre les risques d'origine hydrique impose des règles strictes de moyens et de résultats pour ce qui concerne la production et la distribution de l'eau jusqu'au robinet du consommateur.

Sur la période 2017-2019, 13 communes du Grésivaudan présentent des problèmes de non-conformité des eaux d'alimentation¹⁷, soit environ 6 % de la population.

De 70 % à 80 % des habitants des communes de Laval (69 %), de Crêts-en-Belledonne (73,8 %) et de Saint-Mury-Monteymond (79,0 %) sont alimentés par une eau non conforme en bactéries.

Cette non-conformité bactériologique concerne également 51,5 % des habitants des Adrets, 35 % de ceux de Sainte-Agnès, 29,2 % des habitants du Haut-Bréda et 20,4 % de ceux de Sainte-Marie-du-Mont.

Carte 9 : Part de population alimentée par une eau non conforme d'un point de vue bactériologique



Sources : ARS-Base de données SISE-Eaux, (2017-2019) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

¹⁷ Une eau non conforme est une eau présentant un taux de conformité des résultats des analyses du contrôle sanitaire inférieur ou égal à 90 % pour la microbiologie (entérocoques et E. coli).

2.5. Le potentiel radon

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle, inodore, incolore et inerte chimiquement.

Ce gaz est issu de la désintégration du radium issu de la famille de l'uranium présent dans la croûte terrestre et plus particulièrement dans les roches granitiques et volcaniques. Il migre dans l'air ambiant à travers les pores du sol et les fissures des roches.

Dans l'air extérieur, le radon se dilue rapidement et sa concentration moyenne reste généralement très faible. Mais dans les espaces clos où l'air est confiné (pièces d'habitation au rez-de-chaussée, lieux de travail, caves, vides sanitaires...), il peut s'accumuler dans l'air intérieur pour atteindre des concentrations parfois très élevées.

Cette accumulation résulte :

- de paramètres environnementaux (concentration dans le sol, perméabilité et humidité du sol, présence de fissures ou de fractures dans la roche sous-jacente notamment) ;
- des caractéristiques du bâtiment (procédé de construction, type de soubassement, fissuration de la surface en contact avec le sol, système de ventilation etc.) ;
- du mode d'occupation (ouverture des fenêtres insuffisante, calfeutrage des ouvrants, etc.).

Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé le radon comme cancérigène certain pour le poumon depuis 1987. À long terme, l'inhalation de radon conduit à augmenter le risque de développer un cancer du poumon. Cette augmentation est proportionnelle à l'exposition cumulée tout au long de sa vie. En France, l'exposition au radon est le second facteur de risque de cancer du poumon après le tabac. Cela correspond à environ 10 % des cancers du poumon (environ 3 000 morts par an).

L'exposition à la fois au radon et au tabac augmente de façon majeure le risque de développer un cancer du poumon. En effet, les fumeurs exposés au radon encourent un risque majoré car les substances cancérogènes contenues dans la fumée du tabac et les rayonnements alpha émis par le radon renforcent mutuellement leurs effets nocifs.

Les sols granitiques libèrent plus de radon que les terrains sédimentaires en raison des plus grandes concentrations d'uranium qu'ils contiennent naturellement.

L'Institut de radioprotection et du risque nucléaire a effectué une cartographie indiquant les zones où des concentrations élevées dans les bâtiments sont plus probables.

Le code de la santé publique fixe le niveau de référence de l'activité volumique moyenne annuelle en radon dans les immeubles bâtis à 300 Bq/m³. Il répartit également les communes du territoire français en **3 zones à potentiel radon** sur la base de critères géologiques :

- zone à potentiel radon faible (risque faible) ;
- zone à potentiel radon faible mais sur lesquelles des facteurs géologiques particuliers peuvent favoriser le transfert du radon vers les bâtiments (risque moyen) ;
- zone à potentiel radon significatif (risque fort).

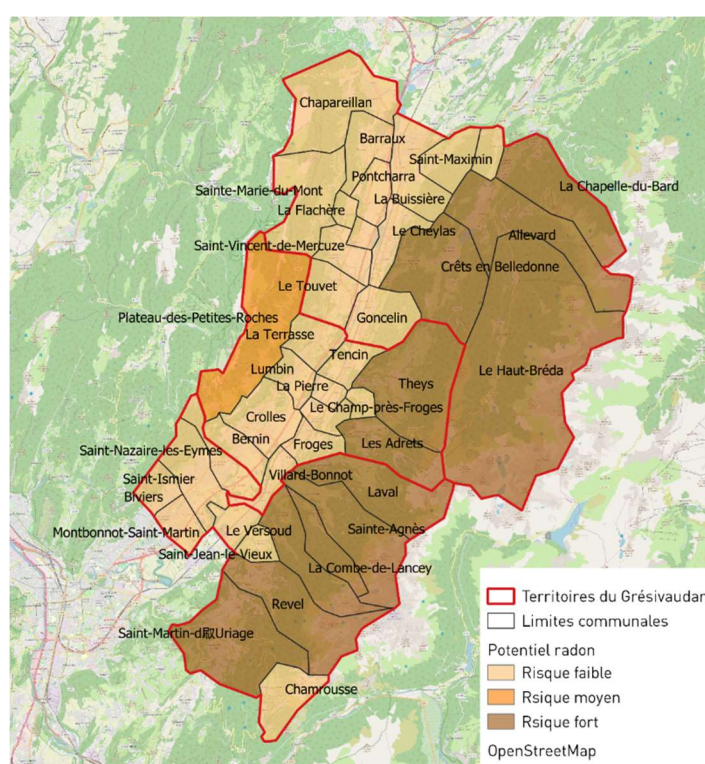
Le code de la santé publique impose aux propriétaires de certains établissements recevant du public de faire réaliser les mesures de l'activité volumique en radon avant le 1^{er} juillet 2020 pour les

communes situées en zone 3. Elles ont obligation de mettre en œuvre les actions correctives si des niveaux mesurés sont supérieurs à 400 Bq/m³ et faire réaliser des mesures de vérification de l'atteinte des 300 Bq/m³.

Toutes les activités professionnelles sont concernées dès lors qu'elles sont exercées au sous-sol ou au rez-de-chaussée de bâtiments situés dans les zones où l'exposition au radon est susceptible de porter atteinte à la santé des travailleurs et/ou dans certains lieux spécifiques de travail. Enfin, depuis le 1^{er} juillet 2018, la réglementation impose l'information des acquéreurs ou locataires de biens immobiliers situés dans des zones à potentiel radon de l'existence de ce risque.

Dans le Grésivaudan, 12 communes situées sur le massif de la Belledonne sont considérées comme ayant un risque fort d'exposition au radon, soit environ 20 % de la population.

Carte 10 : Potentiel radon des communes



Source : Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire, 2021 ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3. Offre et recours aux soins

3.1. Offre et recours aux soins libéraux

- L'offre libérale

Les professionnels de santé libéraux recensés correspondent aux praticiens considérés en activité par l'Assurance maladie en 2019. Ils peuvent exercer leur activité libérale en cabinet, en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), en centre de santé, à l'hôpital public ou privé sur les territoires observés.

Globalement le territoire du Grésivaudan a une densité de professionnels de santé supérieure à celles de la région particulièrement pour les médecins généralistes, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes.

La problématique du renouvellement de certains praticiens peut apparaître lorsque ces derniers atteignent l'âge de 55 ans. Ainsi, même si la densité d'ophtalmologistes est bonne, il est à noter que 71 % d'entre eux ont plus de 55 ans.

Tableau 1 : Effectifs et densité* (pour 100 000 habitants) des professionnels de santé, 2019

	CC Grésivaudan				Isère	Auvergne-Rhône-Alpes	
	Effectif	Densité	% 55 ans +	% Secteur 2	Densité	Densité	% 55 ans +
Médecins généralistes	121	118,9	37%	10%	95,0	92,2	45,8%
Chirurgiens-dentistes	55	54,1	22%		53,3	56,8	
Ophtalmologues	7	6,9	71%	43%	6,4	6,5	59,5 %
Psychiatres	5	4,9	40%	20%	10,6	9,2	57,9 %
Sages-femmes*	16	77,2	13%		60,3	55,7	
Infirmiers	152	149,4	30%		146,4	151,3	
Masseurs kinésithérapeutes	177	174,0	12%		136,3	117,4	
Gynécologues*	4	19,3	75%	50%	30,3	30,0	51,9 %
Pédiatres	5	4,9	40%	20%	4,4	3,8	
Orthophonistes	36	35,4	19%		35,7	35,2	
Dermatologues	6	5,9	50%	50%	4,2	3,7	55 %

* Densité : effectif de sages-femmes ou gynécologues libéraux divisé par l'effectif de la population féminine des 15-49 ans au RP 2017



Densité significativement supérieure à celle de la région

Densité significativement inférieure à celle de la région

Sources : Cnam (SNIIRAM - 31/12/2019), Insee (Recensement - 2017) ; Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les différents professionnels sont assez bien répartis dans les trois territoires, le sud ayant des densités toutefois souvent significativement plus élevées. Les spécialistes sont classiquement installés dans les plus grandes villes.

Tableau 2 : Effectifs et densité* (pour 100 000 habitants) des professionnels de santé, 2019 par territoire

	Haut-Grésivaudan		Moyen-Grésivaudan		Sud-Grésivaudan	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Médecins généralistes	39	117,5	41	114,0	41	125,9
Chirurgiens-dentistes	21	63,3	19	52,8	15	46,1
Ophtalmologues	1	3,0	2	5,6	4	12,3
Psychiatres	-	-	2	5,6	3	9,2
Sages-femmes*	6	86,7*	5	67,1*	5	78,7*
Infirmiers	55	165,8	56	155,7	41	125,9
Masseurs kinésithérapeutes	54	162,8	51	141,8	72	221,0
Gynécologues*	2	28,9*	1	13,4 *	1	15,7*
Pédiatres	-	-	4	11,1	1	3,1
Orthophonistes	14	42,2	9	25,0	13	39,9
Dermatologues	1	3,0	2	5,6	3	9,2

*Densité : effectif de sages-femmes ou gynécologues libéraux divisé par l'effectif de la population féminine des 15-49 ans au RP 2017



Densité significativement supérieure à celle de la région

Densité significativement inférieure à celle de la région

Sources : Cnam (SNIIRAM - 31/12/2019), Insee (Recensement - 2017) ; Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- Le recours aux soins libéraux

Le taux de recours aux professionnels de santé libéraux représente le pourcentage d'habitants ayant consulté au moins une fois dans l'année les différents professionnels de santé.

En 2019, 81,7 % des habitants du Grésivaudan ont consulté au moins une fois un médecin généraliste libéral soit plus qu'en région (79,5 %). Ce taux atteint presque 84 % des habitants du Haut-Grésivaudan.

D'une manière générale, le recours aux professionnels de santé est plus important sur le territoire du Grésivaudan, particulièrement le recours aux chirurgiens-dentistes (41,4 % vs 36,3 % en région) et aux médecins spécialisés.

Tableau 3 : Taux (en %) de la population ayant recours à un professionnel de santé, 2019

	CC Grésivaudan	Haut- Grésivaudan	Moyen- Grésivaudan	Sud- Grésivaudan	Isère	Auvergne Rhône- Alpes
Médecins	81,7	84,0	81,6	79,4	80,1	79,5
Chirurgiens-dentistes	41,4	40,9	41,1	42,2	36,8	36,3
Ophthalmologues	28,4	26,1	29,5	29,3	27,8	25,5
Infirmiers*	15,2	22,8	13,0	10,5	13,1	15,4
Masseurs Kinésithérapeutes	20,9	20,2	20,9	21,6	17,7	16,2
Gynécologues**	12,2	10,7	12,0	13,8	10,1	9,1
Sages-femmes**	10,5	10,7	10,8	10,0	12,0	11,9
Dermatologues	12,4	9,9	12,6	14,7	8,4	7,1
Cardiologues	3,4	2,3	3,8	3,9	2,8	2,4
Psychiatres	2,4	1,6	2,6	2,9	2,2	2,1
Pédiatres***	20,4	9,7	24,0	27,4	17,4	17,7
Orthophonistes***	2,8	2,9	2,8	2,6	2,4	2,3

* Taux brut rapporté à la population des personnes âgées de 75 ans et plus

** Taux rapporté à la population des femmes de 15-49 ans

*** Taux brut rapporté à la population de jeunes de moins de 15 ans

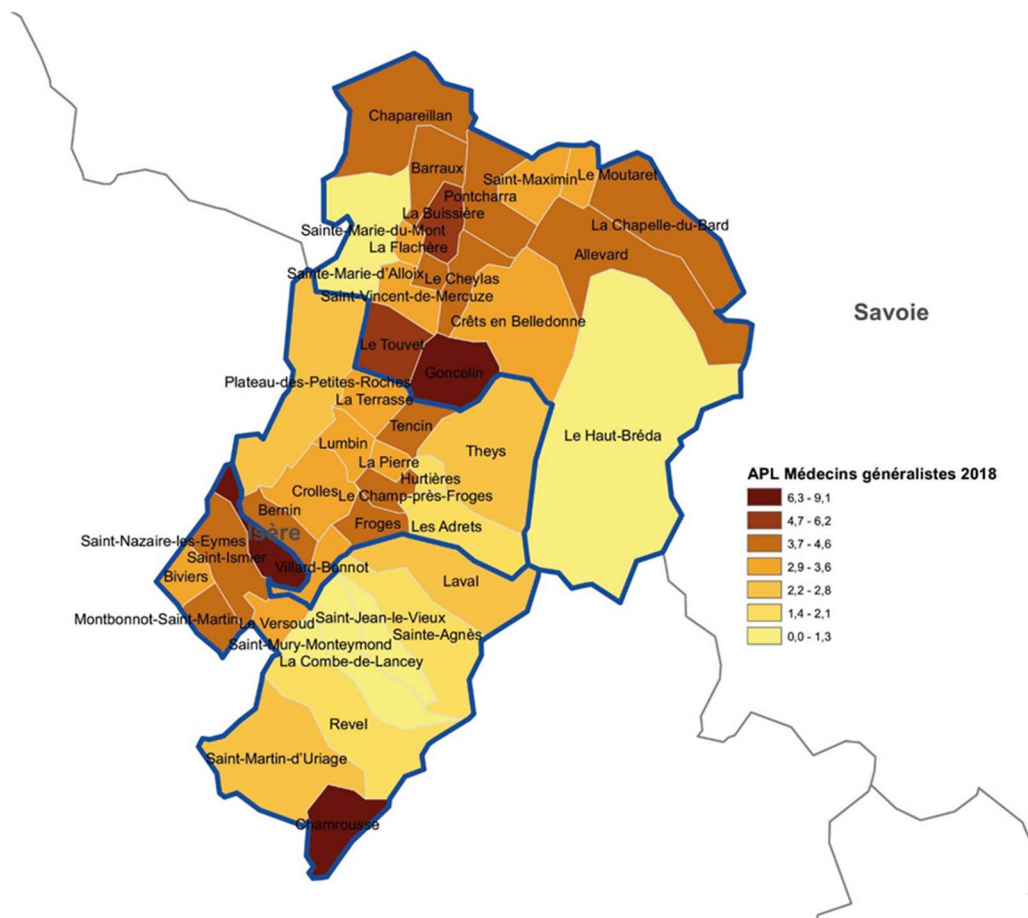
Sources : Cnam (SNIIRAM - 31/12/2019), Insee (Recensement - 2017) ; Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- L'accessibilité potentielle localisée

L'APL est un indicateur qui é été développé par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique) et l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé). Cet indicateur tient compte de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale, de l'âge de la population et de l'activité des médecins généralistes (nombre de consultations et de visites). Il se mesure en nombre de consultations/visites accessibles à moins de 20 minutes (trajet en voiture) par habitants et par an.

L'analyse sur le territoire du Grésivaudan indique que l'accessibilité aux médecins généralistes est bonne aux abords des axes routiers mais moindre sur les hauteurs en dehors de Chamrousse.

Carte 11 : L'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes

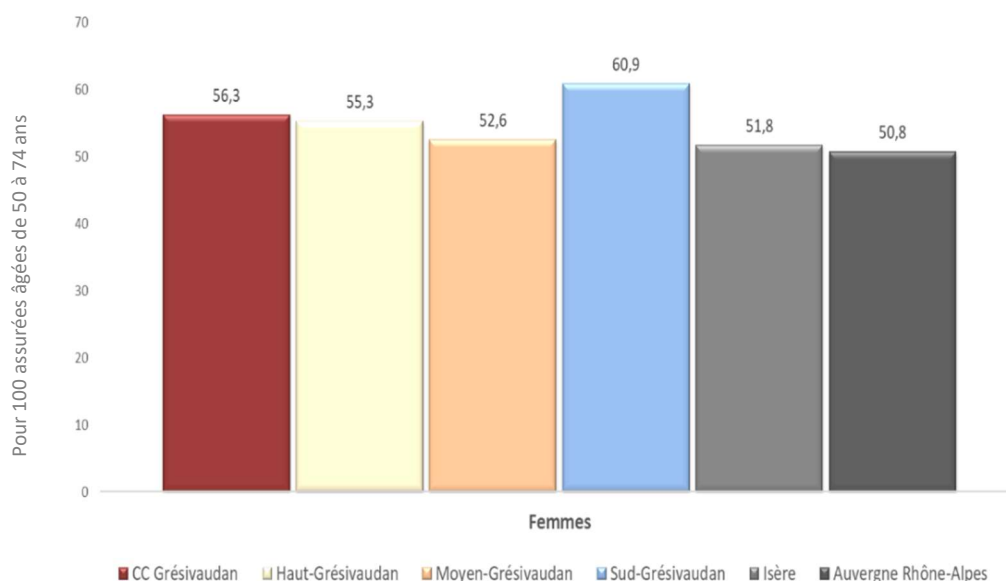


Source : SNIIRAM 2018, EGB 2018, CNAM-TS ; populations par sexe et âge 2016, distancier METRIC, INSEE ; traitements DREES, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.2. Recours à la prévention

Les taux de recours à la mammographie dans le cadre du dépistage organisé pour les femmes de 50 ans et plus sont plus élevés dans le Grésivaudan (56,3 %) que dans l'ensemble de la région (50,8 %) particulièrement dans le sud où il atteint 60,9 %.

Graphique 12 : Taux de femmes âgées de 50 à 74 ans ayant réalisé une mammographie dans le cadre du dépistage organisé, 2019



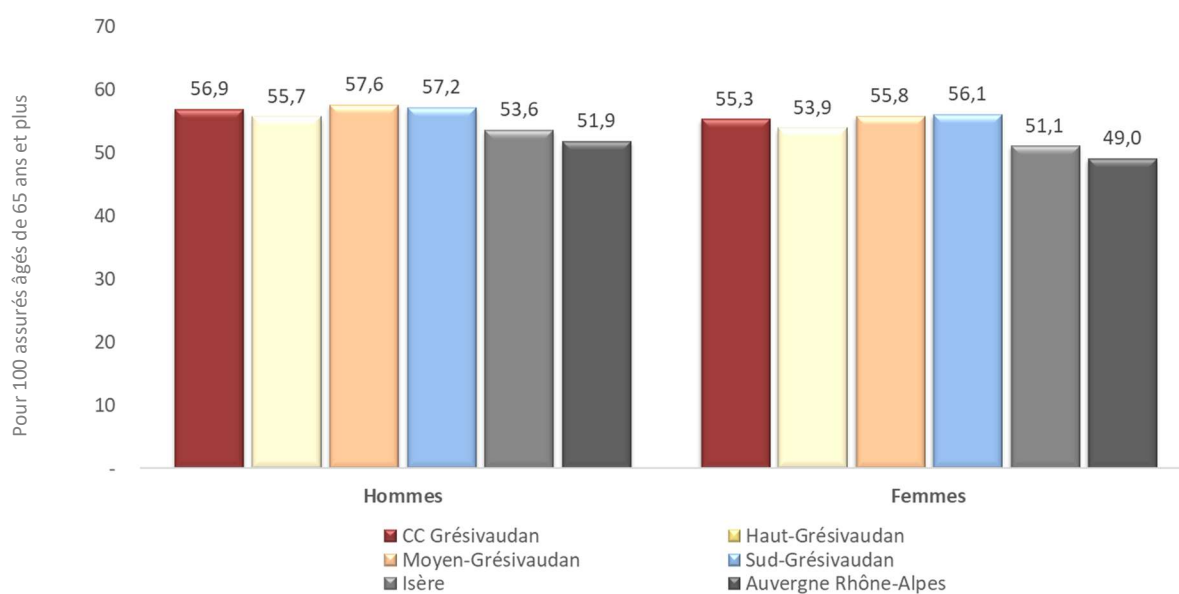
Sources : Cnam (SNIIRAM DCIR - 2019), Cnam (SNIIRAM DCIR - 2015-2019) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Concernant la vaccination contre la grippe pour les 65 ans et plus, les taux de recours sont également plus élevés dans le Grésivaudan (56,3 %) que dans l'ensemble de la région (50,8 %) surtout dans le sud où il atteint 60,9 %.

Des marges de progrès sont néanmoins encore possibles. Dans tous les territoires observés, comme au niveau français, les taux de couverture du dépistage organisé du cancer du sein restent en deçà de l'objectif européen de 70 % qui permettrait une baisse significative de la mortalité par cancer du sein (1^{ère} cause de décès par cancer chez les femmes)¹⁸.

¹⁸ <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/publications-du-circ/handbooks-prevention-des-cancers-depistage-du-cancer-du-sein/>

Graphique 13 : Taux de bénéficiaires de 65 ans et plus ayant eu un remboursement du vaccin contre la grippe, 2019



Sources : Cnam (SNIIRAM DCIR - 2019), Cnam (SNIIRAM DCIR - 2015-2019) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4. État de santé

Clé de lecture : les taux en rouge sont significativement supérieurs à ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Ceux en vert sont à l'inverse significativement moins élevés.

4.1. Les affections de longue durée

Définition et interprétation

Le dispositif des Affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies psychiatriques de longue durée, etc.). Cette obtention est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical.

En pratique, la quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité est couverte par le champ des ALD.

Les déclarations d'ALD ne sont pas forcément systématiques. Parfois des personnes bénéficiant d'ALD à d'autres titres ne font pas de déclaration d'une nouvelle ALD. Ainsi, ces indicateurs soulignent des tendances mais ils sont à interpréter avec prudence et sont à croiser avec les indicateurs présentés par la suite.

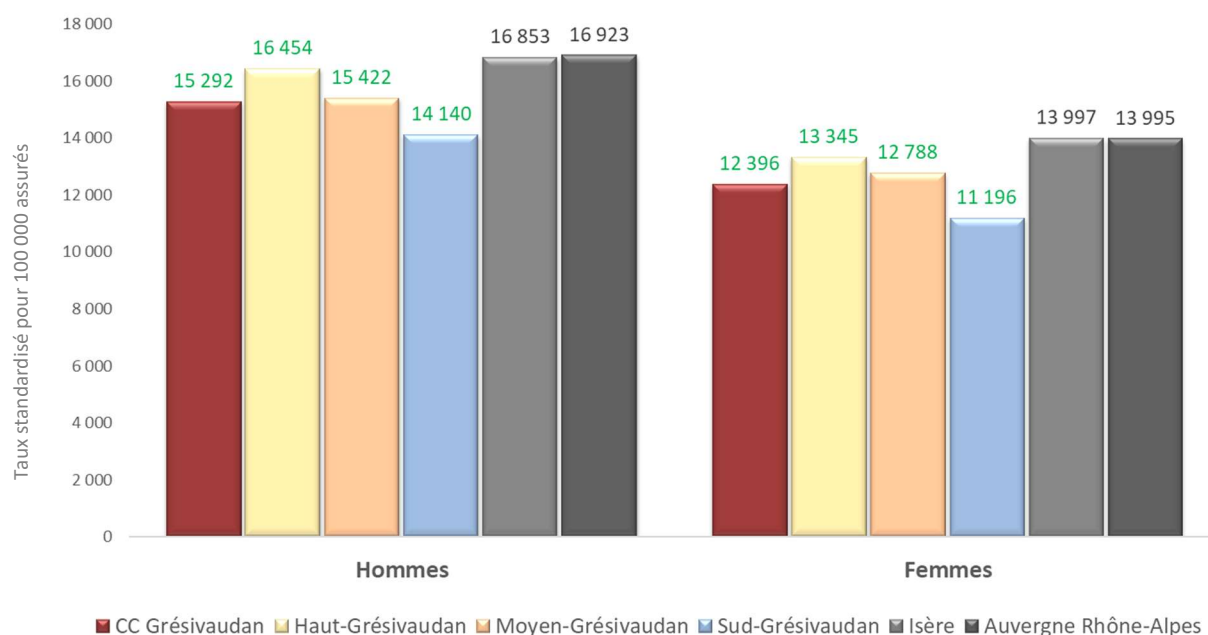
Définition de la prévalence : Nombre de cas d'une maladie dans une population à un moment donné, englobant aussi bien les cas nouveaux que les cas anciens. Ainsi quand il est fait référence au taux de prévalence, ce dernier indique le nombre de cas existants au sein de la population.

En 2019, 15 785 détenteurs d'une ALD (dont 8 259 hommes et 7 526 femmes) sont décomptés dans le territoire. Les taux de prévalence des ALD (tous motifs confondus) dans le Grésivaudan sont significativement inférieurs aux taux régionaux, chez les hommes (15 292 pour 100 000 hommes contre 16 923) et chez les femmes (12 396 pour 100 000 femmes contre 13 995).

L'analyse par territoire montre également que les taux de prévalence des ALD (tous motifs confondus) sont significativement plus faibles particulièrement pour les habitants du Sud Grésivaudan tant pour les hommes (14 140 pour 100 000 soit 2 711 patients) que pour les femmes (11 196 pour 100 000 soit 2 345 femmes).

Le Haut Grésivaudan présente les taux les plus élevés avec un taux d'affection de longue durée de 16 454 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 13 345 pour 100 000 chez les femmes (soit respectivement 2 697 hommes et 2 538 femmes).

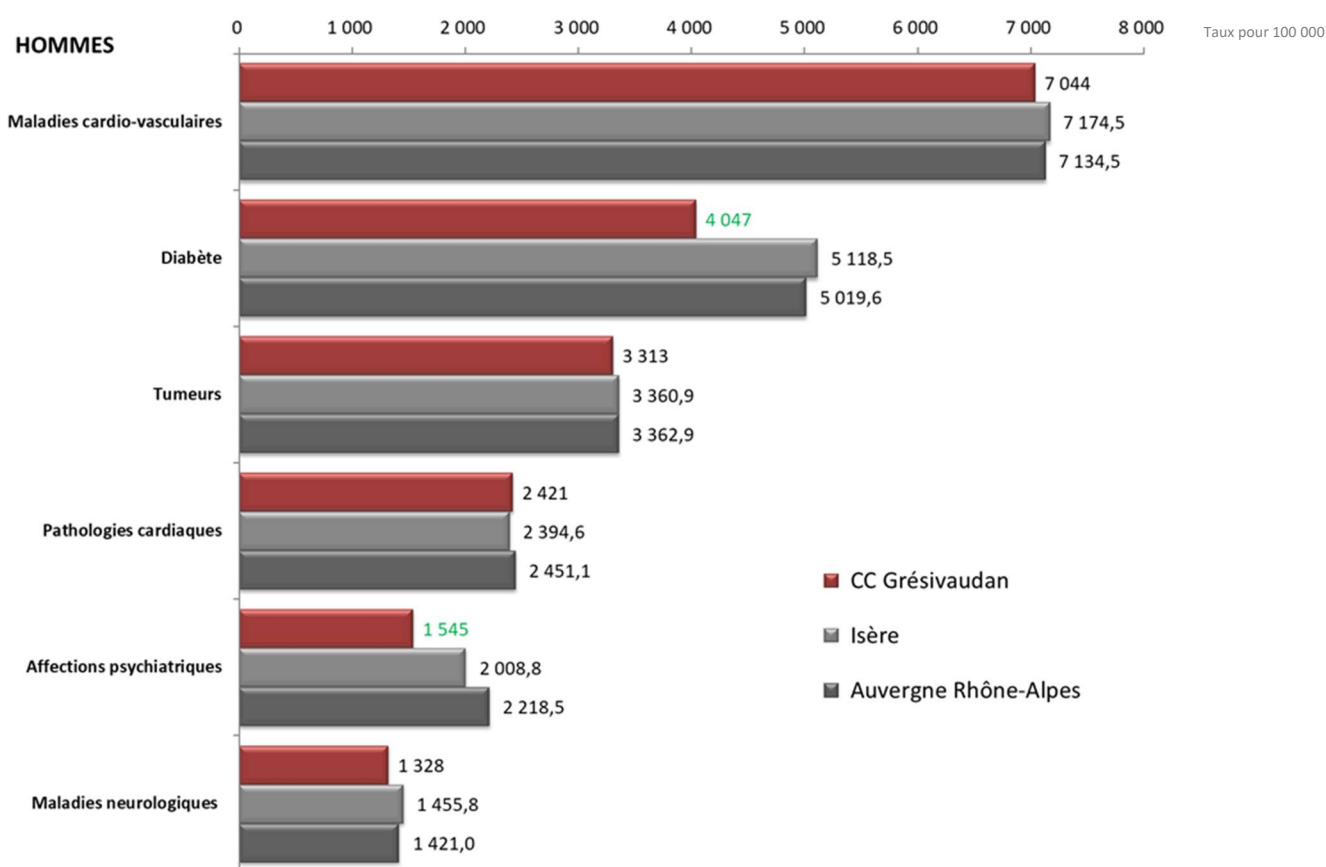
Graphique 14 : Taux standardisé de prévalence des bénéficiaires d'affection de longue durée toutes causes, 2019



Sources : Cnam (SNIIRAM référentiel médicalisé 31/12/2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019) Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'analyse des taux de prévalence des ALD par grandes causes montre des taux de prévalence des ALD significativement plus faibles pour le diabète et les affections psychiatriques comparés à la région Auvergne-Rhône-Alpes chez les hommes et chez les femmes. Chez les hommes, les deux premières causes d'admission en ALD sont les maladies cardio-vasculaires et le diabète ; chez les femmes, les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs.

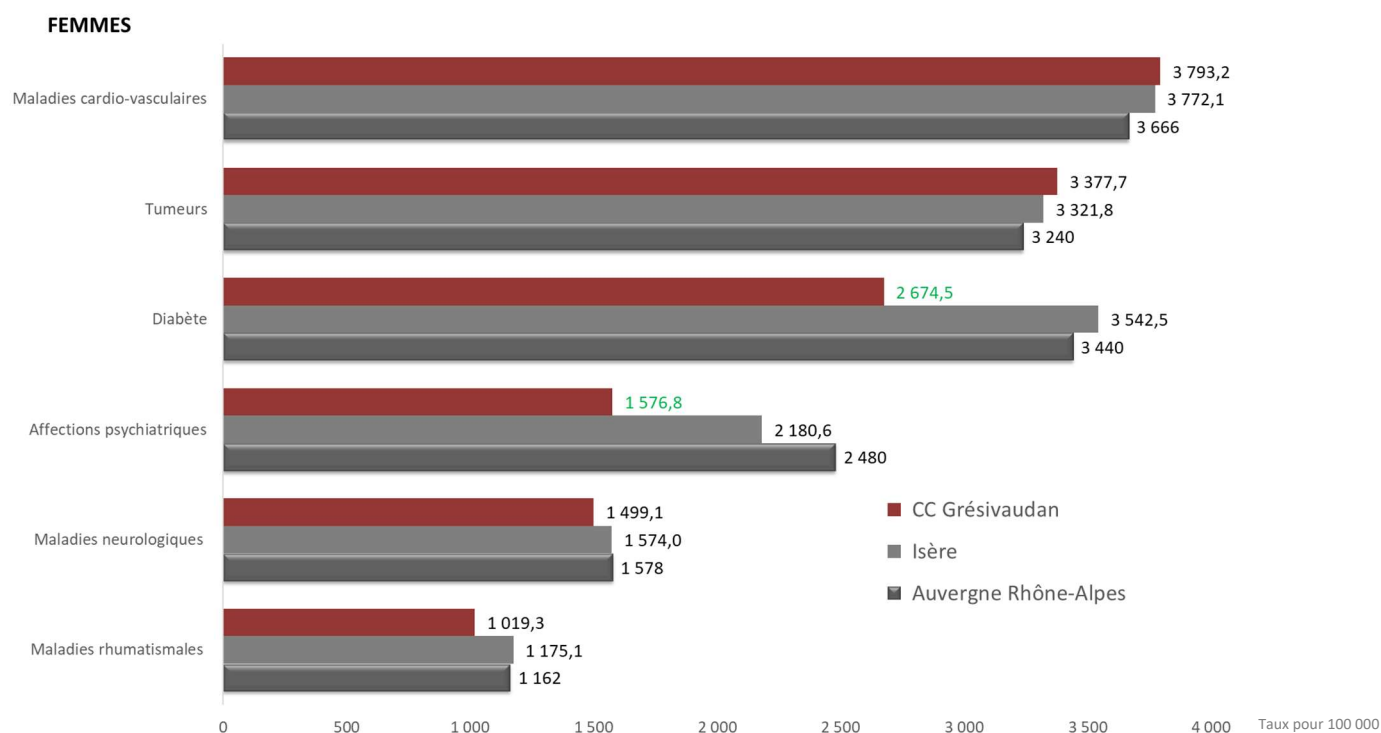
Graphique 15 : Taux standardisé* de prévalence des ALD chez les hommes pour les principaux motifs, 2019



*Taux pour 100 000 habitants

Sources : Sources : Cnam (SNIIRAM référentiel médicalisé 31/12/2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019) Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Graphique 16 : Taux standardisé* de prévalence des ALD chez les femmes pour les principaux motifs, 2019



*Taux pour 100 000 habitants

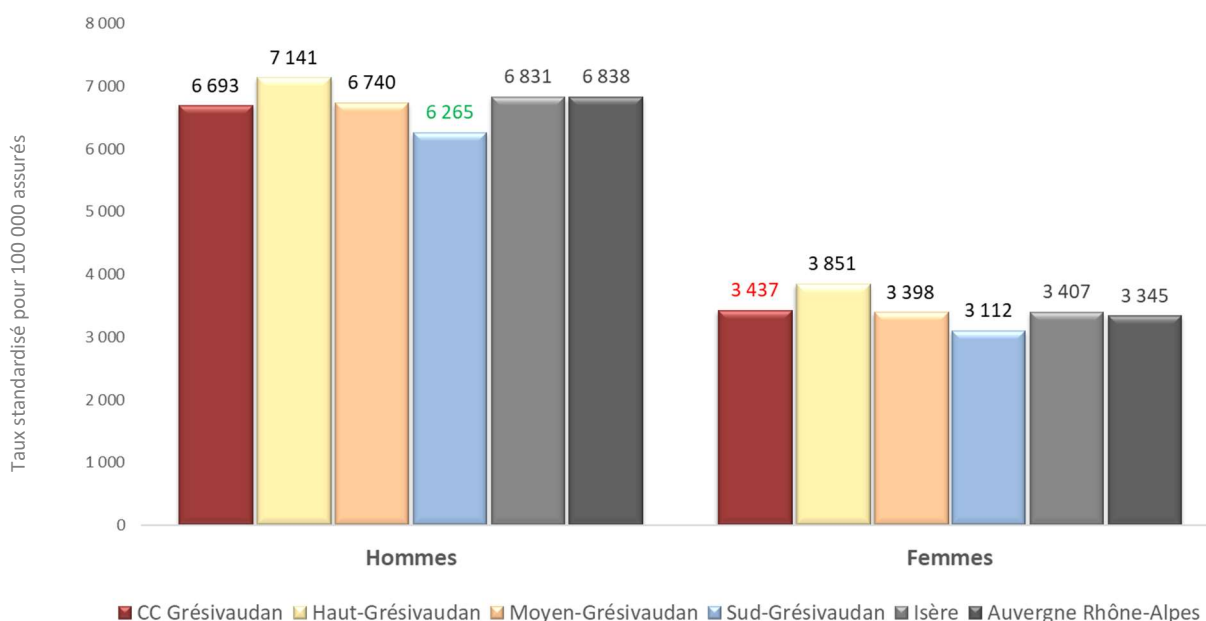
Sources : Cnam (SNIIRAM référentiel médicalisé 31/12/2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019) Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2019, dans le territoire du Grésivaudan, le taux de prévalence d'**ALD pour maladies cardiovasculaires** (sans l'hypertension artérielle) est significativement plus élevé pour les femmes (3 437 pour 100 000 soit 2 199 femmes contre 3 354 pour 100 000 en région) et comparable à la valeur régionale pour les hommes (6 693 pour 100 000 soit 3 558 hommes contre 6 838 pour 100 000 en région).

Les taux les plus élevés, 7 141 pour 100 000 chez les hommes et 3 851 pour 100 000 chez les femmes sont relevés dans le Haut-Grésivaudan.

Le taux est significativement plus faible dans le sud Grésivaudan pour les hommes par rapport à celui de la région (6 265 pour 100 000 vs 6 838).

Graphique 17 : Taux standardisé de prévalence d'ALD pour maladies cardiovasculaires (sans HTA), 2019

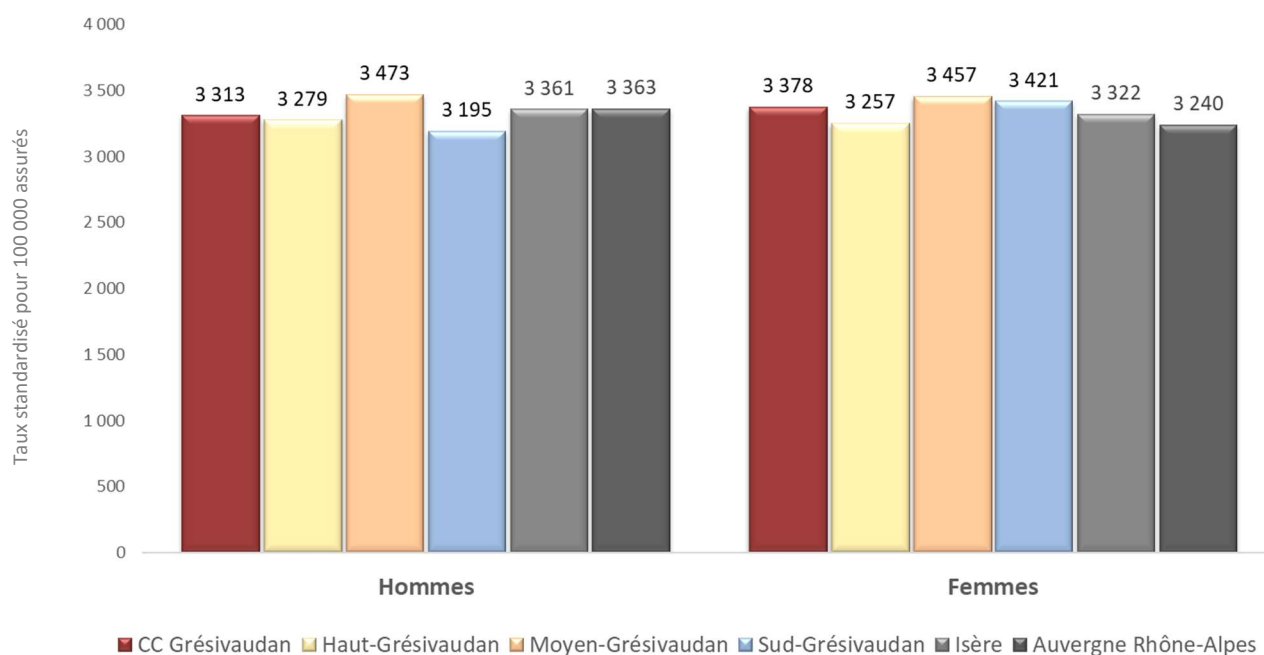


Sources : Cnam (SNIIRAM référentiel médicalisé 31/12/2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019) Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2019, dans le territoire du Grésivaudan, le taux de prévalence d'**ALD pour tumeurs** sont du même ordre de grandeur dans chaque sous territoire, les différences n'étant pas significatives par rapport à la valeur régionale. Les taux varient de 3 195 à 3 279 pour 100 000 pour les hommes (3 363 pour la région) et de 3 2 57 à 3 4 57 pour 100 000 pour les femmes (3 240 pour la région).

C'est dans le territoire du Moyen Grésivaudan qu'on dénombre les taux les plus élevés, 3 473 pour 100 000 chez les hommes (soit 623 hommes) et 3 457 pour 100 000 chez les femmes (soit 707 femmes).

Graphique 18 : Taux standardisé de prévalence d'ALD pour tumeurs, 2019

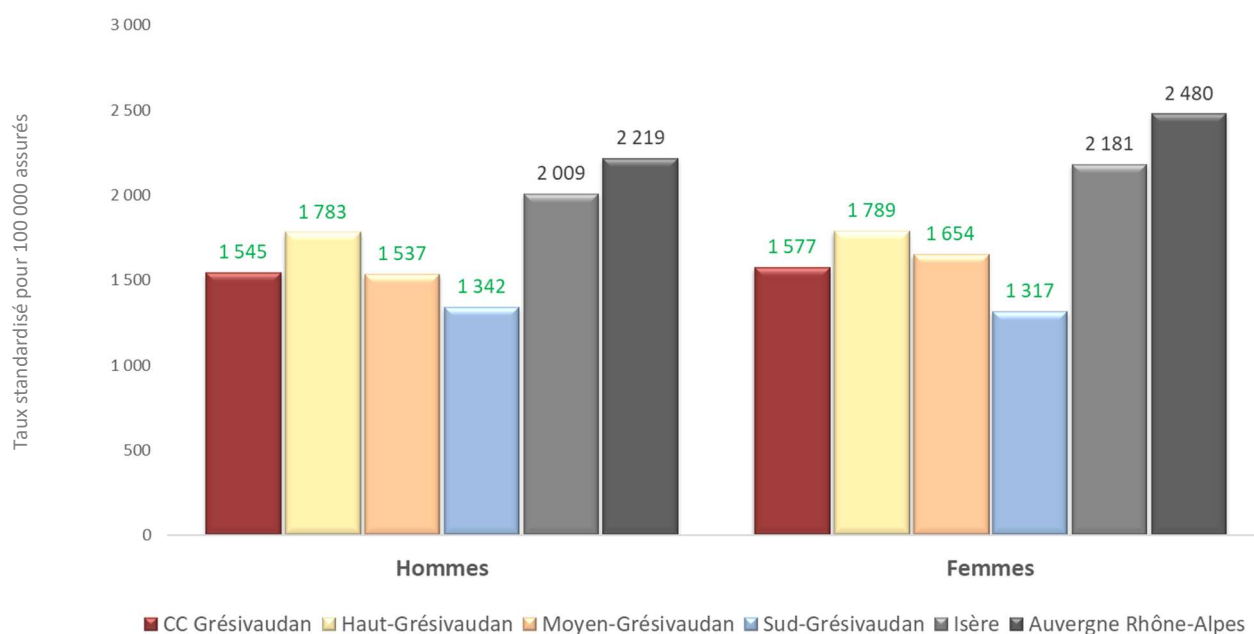


Sources : Cnam (SNIIRAM référentiel médicalisé 31/12/2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019) Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2019, dans le territoire du Grésivaudan, les taux de prévalence d'ALD pour affections psychiatriques sont significativement plus faibles pour les hommes (1 545 pour 100 000 soit 844 hommes) et les femmes (1 577 pour 100 000 soit 906 femmes) par rapport aux taux régionaux (respectivement 2 219 pour 100 000 chez les hommes et 2 480 pour 100 000 chez les femmes).

Les taux sont les plus élevés dans le Haut Grésivaudan, 1 783 pour 100 000 chez les hommes (soit 296 hommes) et 1 789 pour 100 000 chez les femmes (soit 331 femmes).

Graphique 19 : Taux standardisé de prévalence d'ALD pour affections psychiatriques, 2019



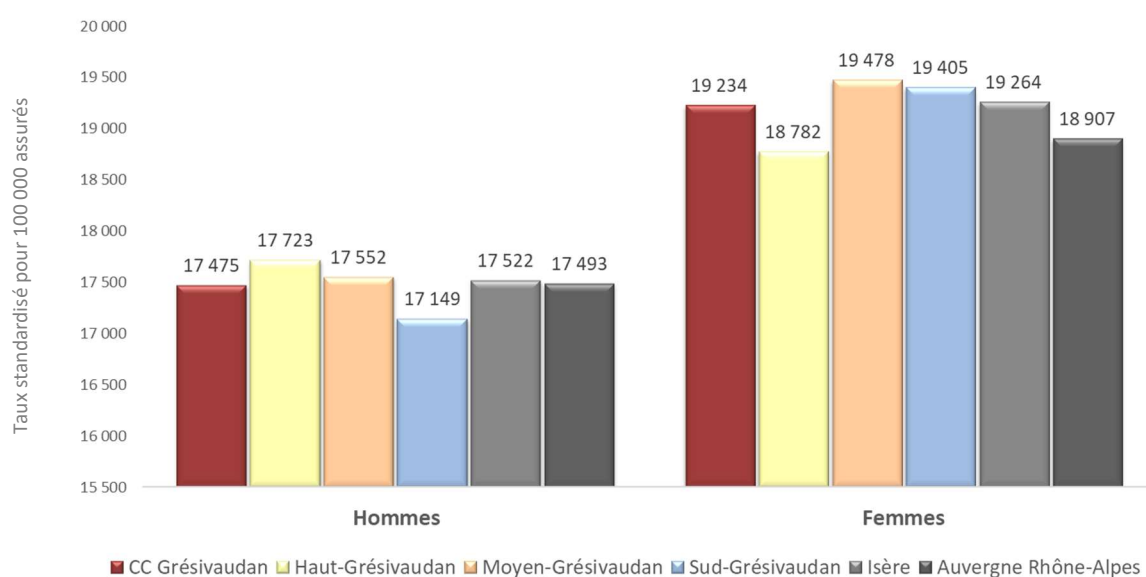
Sources : Cnam (SNIIRAM référentiel médicalisé 31/12/2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019) Insee (Recensement - 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4.2. Les hospitalisations en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO)

En 2019, 18 270 patients (8 481 hommes et 9 789 femmes) ont été hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique dans le territoire du Grésivaudan, soit un taux de 17 475 pour 100 000 pour les hommes (proche du taux régional de 17 493) et 19 234 pour 100 000 pour les femmes (légèrement plus élevé que le taux régional de 18 907).

Les taux sont plus élevés pour les femmes que pour les hommes, particulièrement dans le Moyen et le Sud Grésivaudan.

Graphique 20 : Taux standardisés de patients hospitalisés tous motifs confondus, 2019



Sources : ATIH (PMSI – 2019), Insee (Recensement 2012 et 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Chez les hommes, les hospitalisations pour maladies de l'appareil digestif sont la première cause d'hospitalisation et le taux (5 249 pour 100 000) est significativement supérieur au taux régional (4 601 pour 100 000). Il est à noter que toutes les hospitalisations relatives à des soins en stomatologie sont inclus dans cette catégorie et en particulier les extractions de dents de sagesse.

Le deuxième motif d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil circulatoire, 4 953 hospitalisations pour 100 000 hommes, taux significativement supérieur à celui de la région (4 673 pour 100 000).

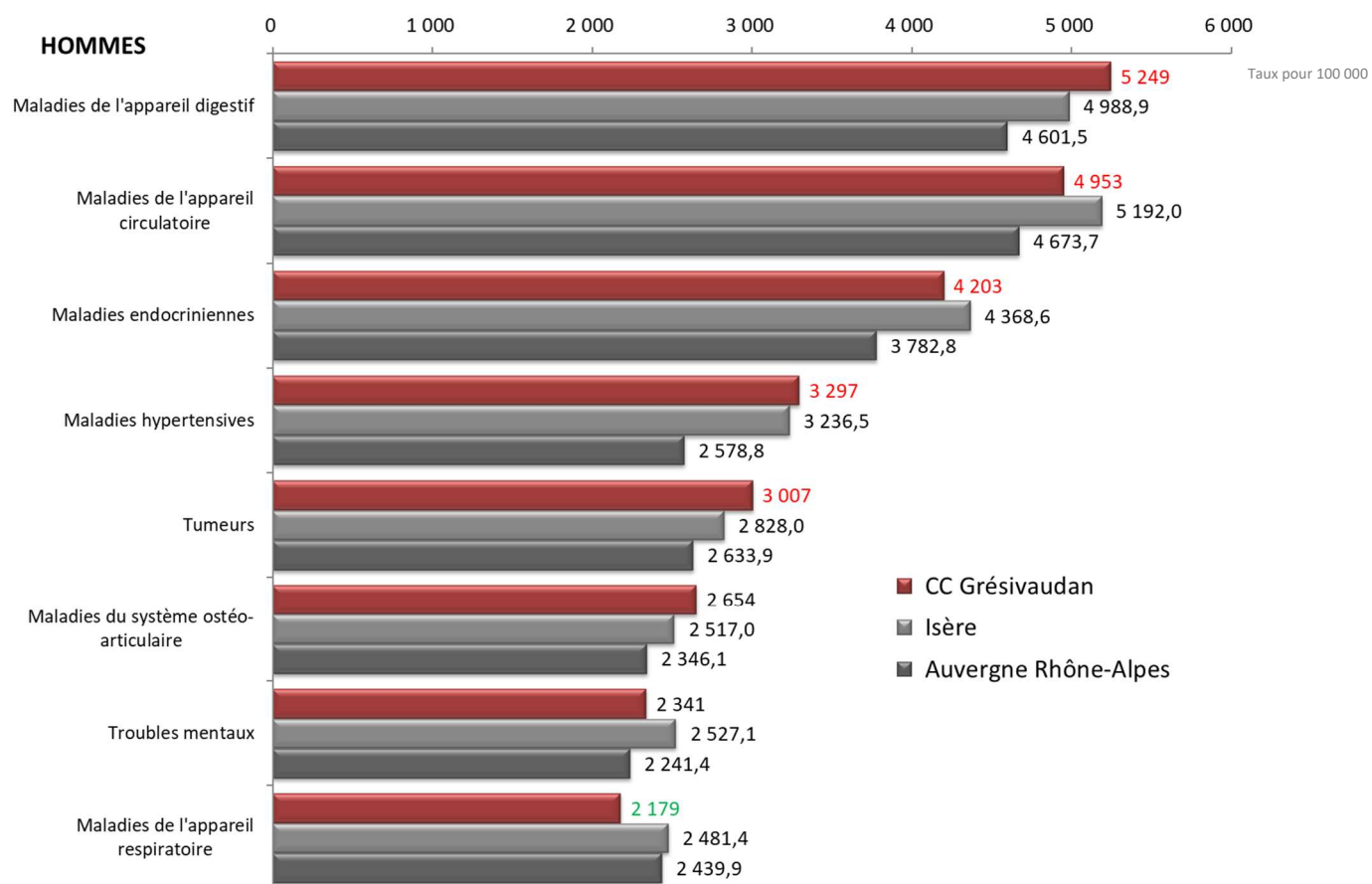
Viennent ensuite les maladies endocriniennes (4 203 pour 100 000), les maladies hypertensives (3 297 pour 100 000) et les tumeurs (3 007 pour 100 000), tous significativement supérieurs aux taux régionaux.

Chez les femmes, la première cause d'hospitalisation sont également les maladies de l'appareil digestif, taux significativement supérieur au taux régional (4 894 vs 4 216 pour 100 000 femmes).

Le deuxième grand motif d'hospitalisation sont les maladies endocriniennes, 3 542 hospitalisations pour 100 000 femmes, taux significativement supérieur à celui de la région (3 333 pour 100 000).

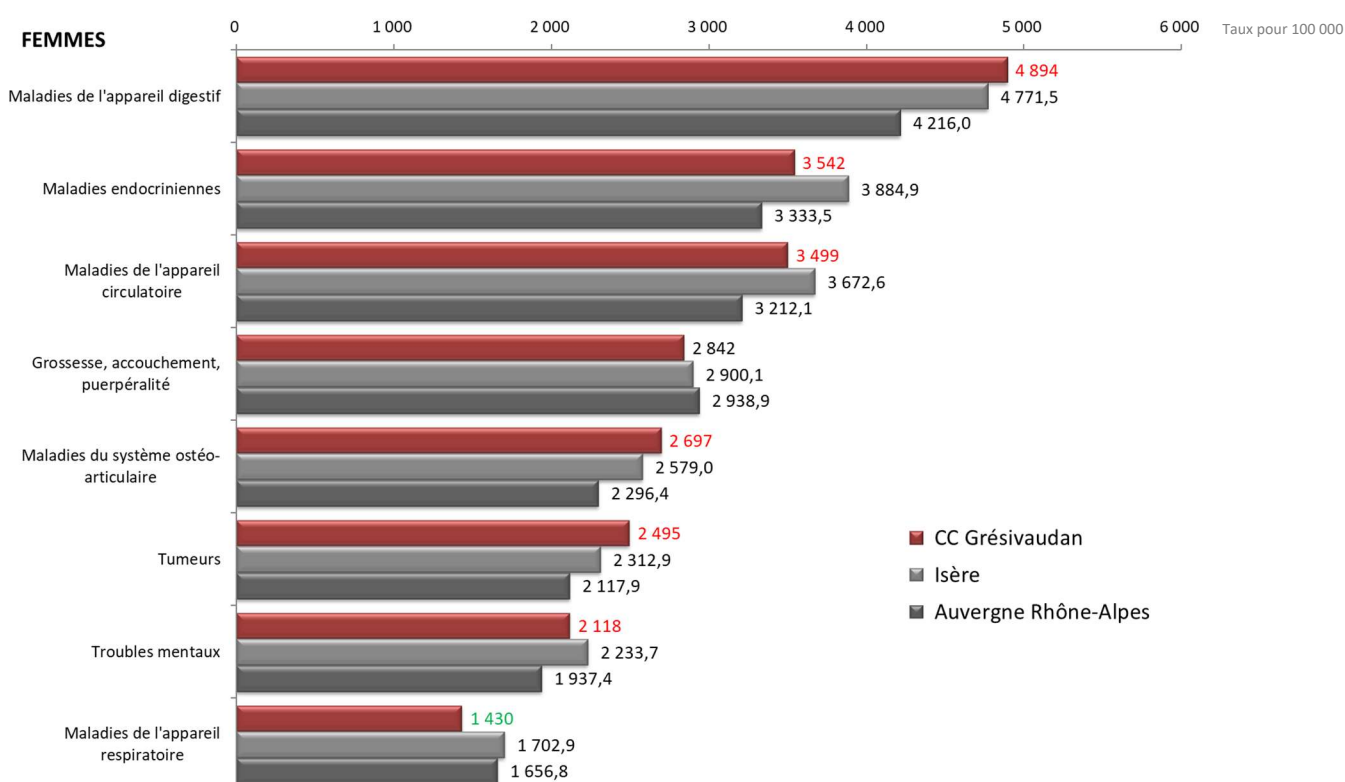
Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (3 499 pour 100 000), les grossesses et accouchements (2 842 pour 100 000, différence non significative), les maladies du système ostéo-articulaire (2 697 pour 100 000) et les tumeurs (3 007 pour 100 000).

Graphique 21 : Taux standardisés d'hommes hospitalisés par grands motifs, 2019



Sources : ATIH (PMSI - 2019), Insee (Recensement 2012 et 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Graphique 22 : Taux standardisés de femmes hospitalisées par grands motifs, 2019



Sources : ATIH (PMSI - 2019), Insee (Recensement 2012 et 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Causes spécifiques d'hospitalisation

Certaines causes spécifiques d'hospitalisation se démarquent sur le territoire du Grésivaudan, particulièrement les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies endocriniennes.

- **Maladies de l'appareil digestif**

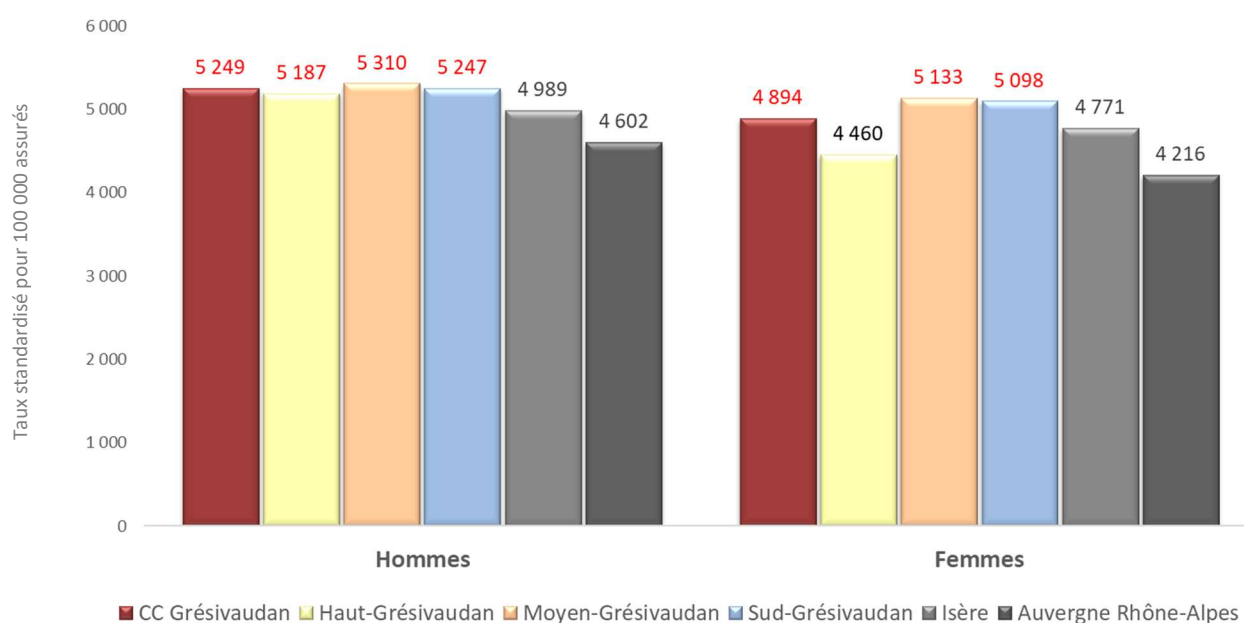
En 2019, 5 172 patients (dont 2590 hommes et 2582 femmes) ont été hospitalisés pour maladies de l'appareil digestif.

Les taux d'hommes hospitalisés pour ce motif sont tous significativement plus élevés que les taux régionaux. Seul le taux pour les femmes dans le Haut Grésivaudan est plus faible.

Chez les hommes, les taux sont homogènes dans les trois sous territoires. Ainsi, 808 patients ont été hospitalisés pour ce motif dans le Haut Grésivaudan (soit un taux de 5 187 pour 100 000), 914 patients dans le Moyen Grésivaudan (taux de 5 130 pour 100 000) et enfin 868 patients dans le Sud Grésivaudan (taux de 5 247 pour 100 000).

Chez les femmes, les taux sont moins homogènes dans les trois sous territoires. Ainsi, 759 patientes ont été hospitalisées pour ce motif dans le Haut Grésivaudan (soit un taux de 4 460 pour 100 000), 951 patientes dans le Moyen Grésivaudan (taux de 5 133 pour 100 000) et enfin 872 patientes dans le Sud Grésivaudan (taux de 5 098 pour 100 000).

Graphique 23 : Taux standardisés de patients hospitalisés pour maladies de l'appareil digestif, 2019



Sources : ATIH (PMSI - 2019), Insee (Recensement 2012 et 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

• Les maladies endocriniennes

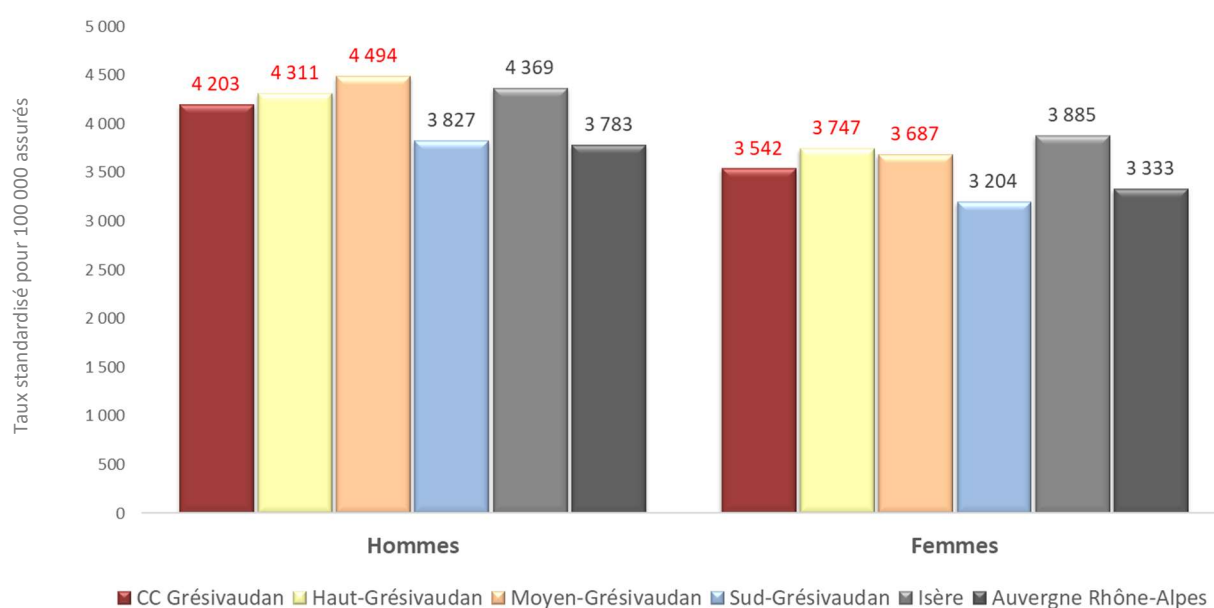
En 2019, 3 845 patients (1922 hommes et 1923 femmes) ont été hospitalisés pour maladies endocriniennes. Le taux de patients hospitalisés pour ce motif est significativement supérieur au taux régional.

En dehors du Sud Grésivaudan qui présente les taux les plus faibles, les taux sont significativement plus élevés que les taux régionaux. Les taux chez les hommes sont supérieurs aux taux chez les femmes.

Chez les hommes, 624 patients ont été hospitalisés pour ce motif dans le Haut Grésivaudan (soit un taux de 4 311 pour 100 000), 700 patients dans le Moyen Grésivaudan (taux de 4 494 pour 100 000) et enfin 598 patients dans le Sud Grésivaudan (taux de 3 827 pour 100 000).

Chez les femmes, 667 patientes ont été hospitalisées pour ce motif dans le Haut Grésivaudan (soit un taux de 3 747 pour 100 000), 685 patientes dans le Moyen Grésivaudan (taux de 3 687 pour 100 000) et enfin 571 patientes dans le Sud Grésivaudan (taux de 3 203 pour 100 000).

Graphique 24 : Taux standardisés de patients hospitalisés pour maladies endocriniennes, 2019



Sources : ATIH (PMSI - 2019), Insee (Recensement 2012 et 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

• Les maladies de l'appareil circulatoire

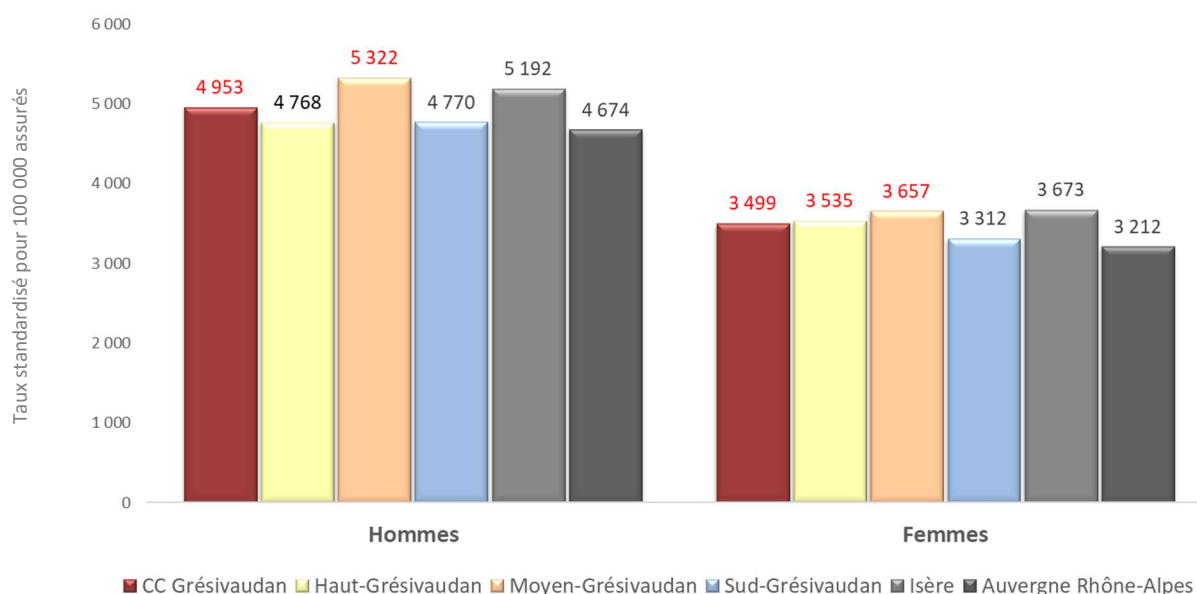
En 2019, 4 181 patients (dont 46 % de femmes) ont été hospitalisés pour maladies de l'appareil circulatoire. Le taux d'hommes et de femmes hospitalisés pour ce motif dans le Grésivaudan sont significativement supérieurs au taux régional.

Les taux chez les hommes sont supérieurs aux taux chez les femmes, le Moyen Grésivaudan présentant les taux les plus élevés.

Chez les hommes, 679 patients ont été hospitalisés pour ce motif dans le Haut Grésivaudan (soit un taux de 4 768 pour 100 000), 806 patients dans le Moyen Grésivaudan (taux de 5 322 pour 100 000) et enfin 757 patients dans le Sud Grésivaudan (taux de 4 770 pour 100 000)

Chez les femmes, 643 patientes ont été hospitalisées pour ce motif dans le Haut Grésivaudan (soit un taux de 3 535 pour 100 000), 685 patientes dans le Moyen Grésivaudan (taux de 3 657 pour 100 000) et enfin 611 patientes dans le Sud Grésivaudan (taux de 3 312 pour 100 000).

Graphique 25 : Taux standardisés de patients hospitalisés pour maladies de l'appareil circulatoire, 2019



Sources : ATIH (PMSI - 2019), Insee (Recensement -2012 et 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

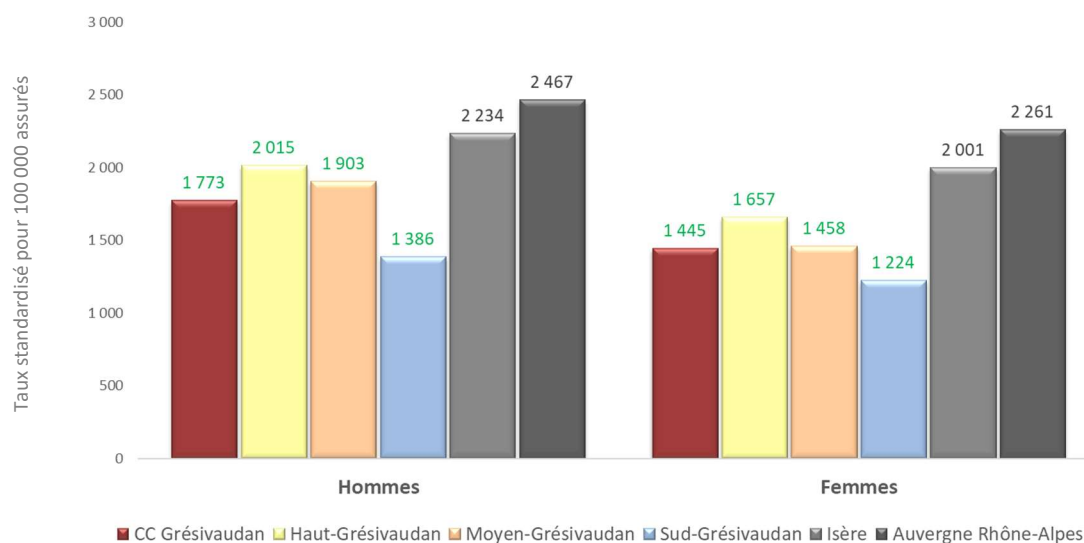
4.3. Les soins spécialisés en psychiatrie

En 2019, 1 647 personnes de 15 ans et plus (dont 45 % de femmes) domiciliées dans le Grésivaudan ont été prises en charge dans un établissement de psychiatrie, **exclusivement en ambulatoire** (CMP, CATTP...).

Le taux standardisé de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire chez les habitants de 15 ans et plus sont significativement plus faibles chez les hommes (1 773 pour 100 000 habitants) et chez les femmes (1 445 pour 100 000) par rapport à ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 2 467 et 2 261 pour 100 000).

Les taux les plus faibles sont observés dans le Sud Grésivaudan où 221 hommes et 191 femmes ont été pris en charge exclusivement en ambulatoire. Cette prise en charge a concerné 344 hommes et 279 femmes dans le Haut Grésivaudan et 345 hommes et 267 femmes dans le Moyen Grésivaudan.

Graphique 26 : Taux standardisés de patients de 15 ans et plus vus exclusivement en ambulatoire, 2019



Sources : ATIH (RIM-P - 2019), Insee (Recensement 2012 et 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La même année, 448 patients de 15 ans et plus (dont 53,5 % de femmes) ont été hospitalisés **à temps complet ou partiel**.

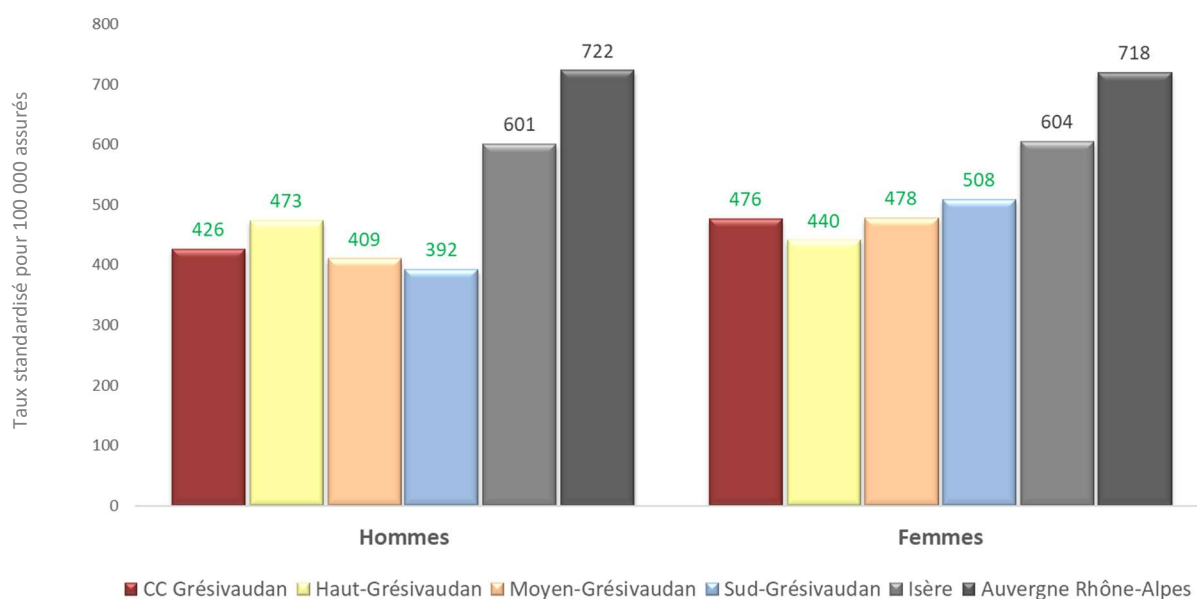
Dans chaque sous territoire le nombre de patient pris en charge reste faible.

Le taux standardisé de patients pris en charge **à temps complet ou partiel** chez les habitants de 15 ans et plus sont significativement plus faibles chez les hommes (426 pour 100 000 habitants) et chez les femmes (476 pour 100 000) par rapport à ceux de la région Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 722 et 718 pour 100 000).

Le taux le plus faible est observé pour les hommes dans le Sud Grésivaudan où 61 hommes ont été pris en charge. Cette prise en charge a concerné 76 hommes dans le Haut Grésivaudan et 72 hommes dans le Moyen Grésivaudan.

Chez les femmes, le taux le plus faible est observé dans le Haut Grésivaudan avec 75 femmes prises en charge. Dans le Sud Grésivaudan, 79 femmes ont été hospitalisées à temps complet ou partiel et 86 femmes dans le Moyen Grésivaudan.

Graphique 27 : Taux standardisés de patients de 15 ans et plus vus à temps complet ou partiel, 2019



Sources : ATIH (RIM-P-2019), Insee (Recensement 2012 et 2017), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

4.4. La prescription régulière de traitements médicamenteux

Les taux de prescription régulière de traitements médicamenteux (au moins trois prescriptions par an) sont significativement inférieurs pour les habitants du Grésivaudan comparativement aux taux en Auvergne-Rhône-Alpes.

Chez les hommes, la différence est particulièrement importante pour les psychotropes (6 035 vs 12 448 pour 100 000) et les antidiabétiques (4 037 vs 5 136 pour 100 000).

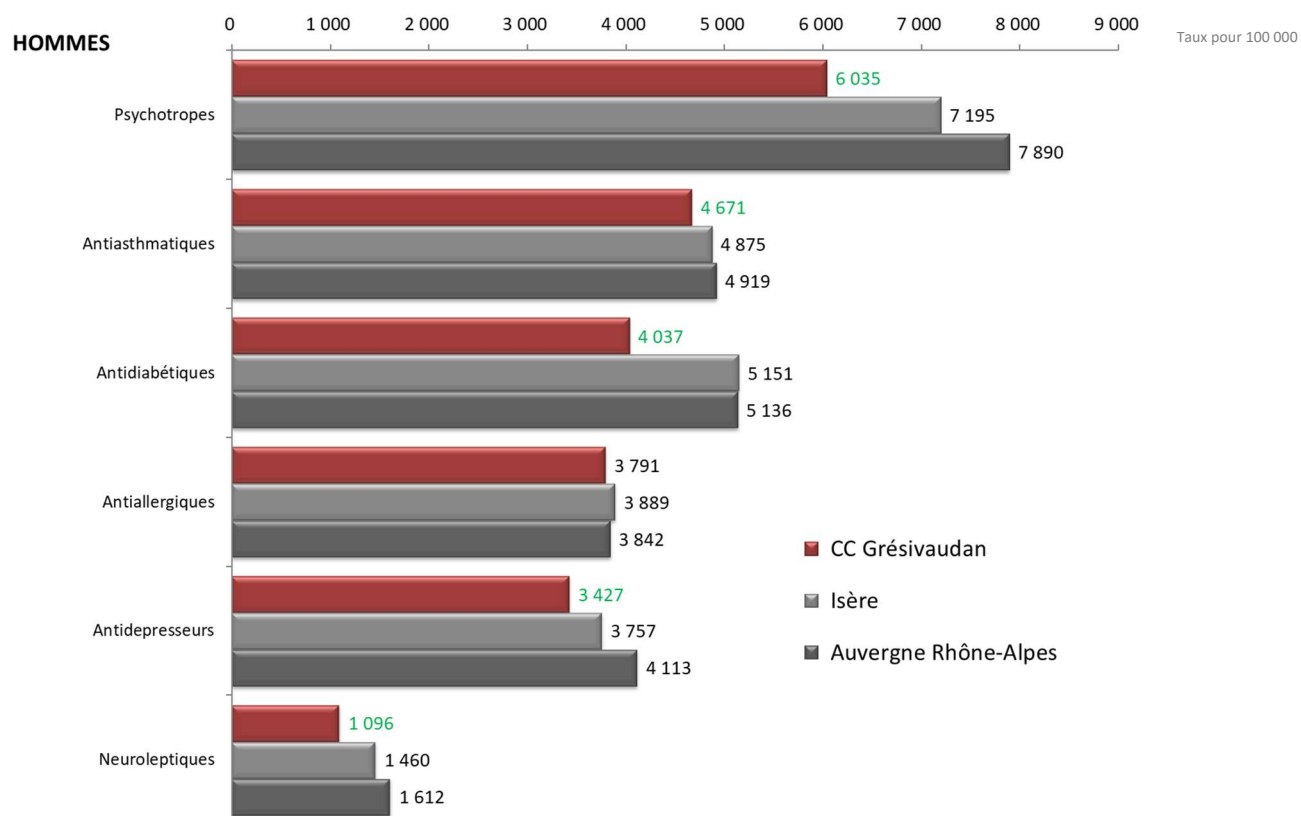
Chez les femmes, la différence est aussi particulièrement importante pour les psychotropes (10 104 vs 7 890 pour 100 000) et les antidiabétiques (2 634 vs 3 488 pour 100 000).

Des différences importantes sont relevées selon les traitements médicamenteux entre les hommes et les femmes. Ainsi, les taux de traitements psychotropes sont plus d'une fois et demi supérieurs chez les femmes par rapport aux hommes (10 104 vs 6 035 pour 100 000). De même, les taux de prescription d'antidépresseurs sont près de deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes (6 651 vs 3 427 pour 100 000).

A contrario, le taux de traitements antidiabétiques est une fois et demie plus faible chez les femmes (2 634 vs 4 037 pour 100 000).

Ces différences sont également observées à l'échelle régionale.

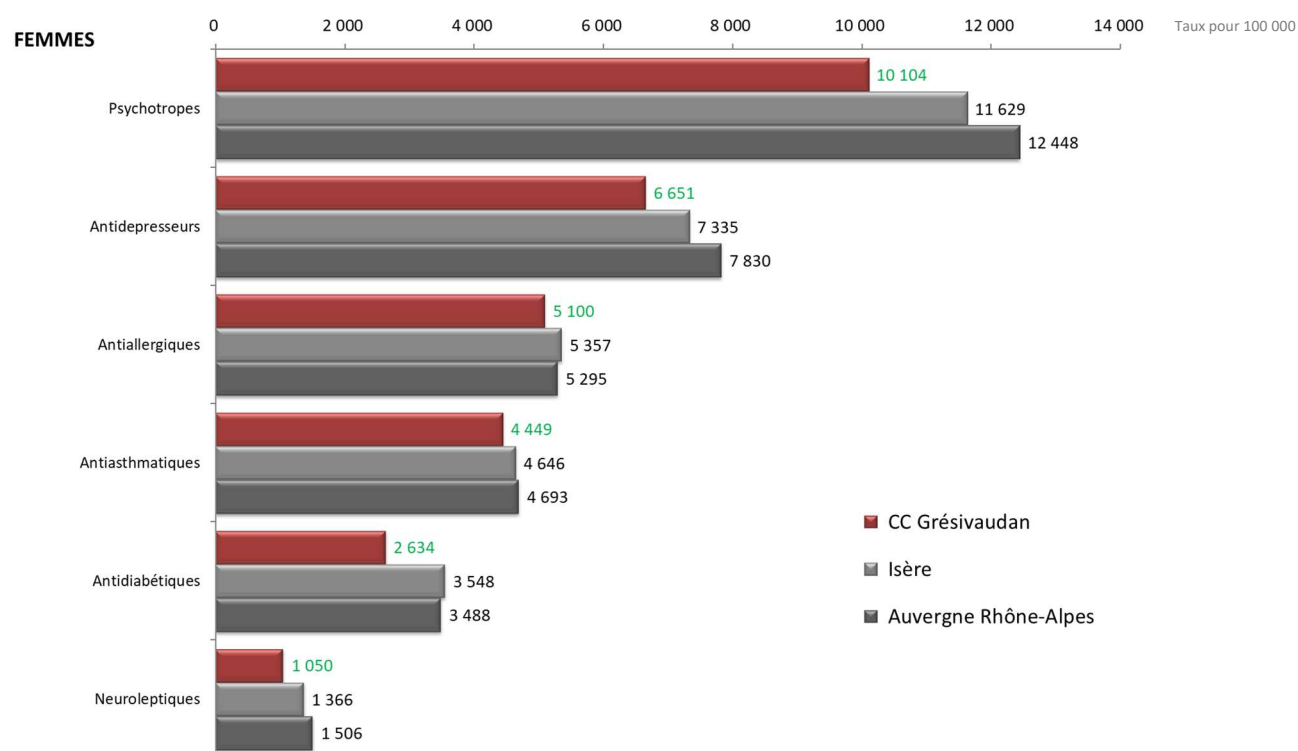
Graphique 28 : Taux d'hommes affiliés ou ayants droit sous traitements médicamenteux réguliers*, 2019



* au moins 3 remboursements dans l'année

Sources : Cnam (SNIIRAM DCIR - 2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019), Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Graphique 29 : Taux standardisés de femmes affiliées ou ayants droit sous traitements médicamenteux réguliers*, 2019

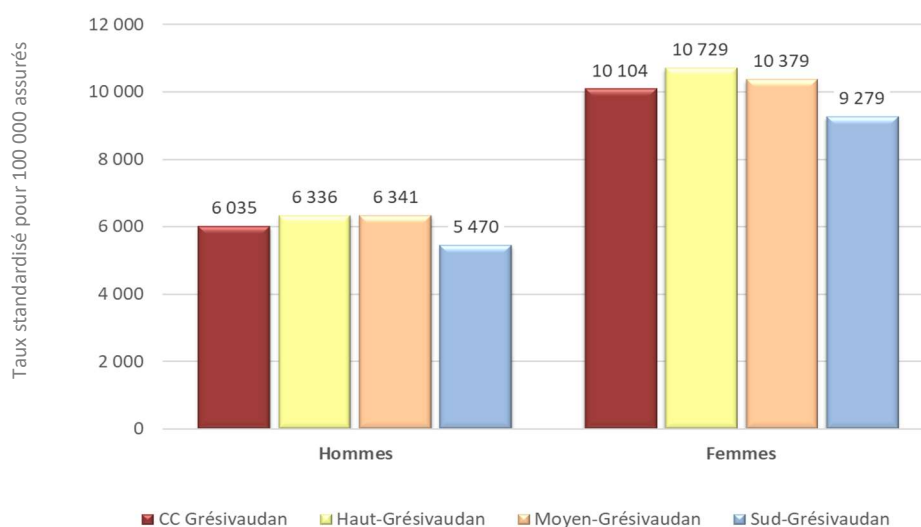


* au moins 3 remboursements dans l'année

Sources : Cnam (SNIIRAM DCIR - 2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019), Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Concernant la prescription régulière de psychotropes, il est observé peu de différence entre les sous territoires, le Sud Grésivaudan présentant les taux les plus faibles (5 470 pour 100 000 chez les hommes et 9 279 pour 100 000 chez les femmes).

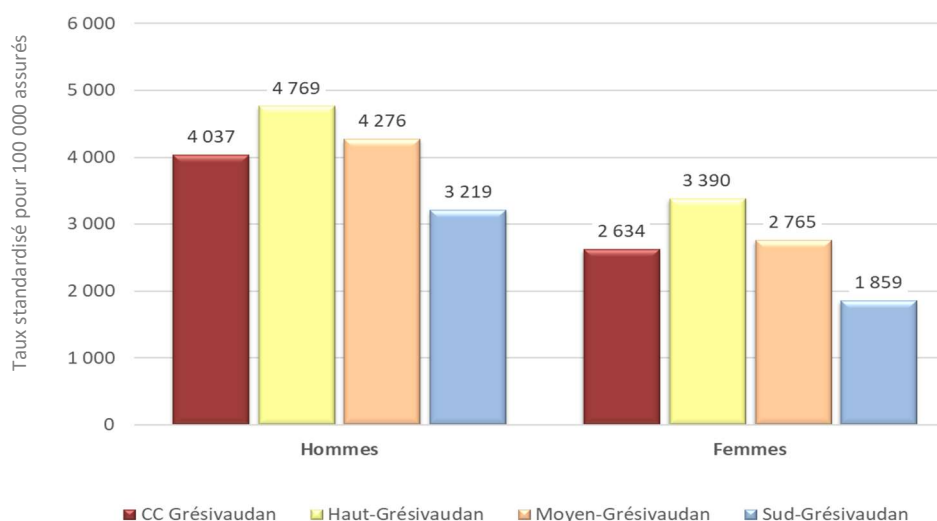
Graphique 30 : Taux standardisés de patients affiliés ou ayants droit sous traitements psychotropes réguliers par territoire, 2019



Sources : Cnam (SNIIRAM DCIR - 2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019), Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Concernant la prescription régulière d'antidiabétiques, les différences sont un peu plus marquées entre les territoires, le Sud Grésivaudan présentant les taux les plus faibles (3 219 pour 100 000 chez les hommes et 1 859 pour 100 000 chez les femmes) et le Haut Grésivaudan des taux plus élevés (4 769 pour 100 000 chez les hommes et 3 390 pour 100 000 chez les femmes).

Graphique 31 : Taux standardisé de patients affiliés ou ayants droit du régime général sous traitements antidiabétiques réguliers par territoire, 2019



Sources : Cnam (SNIIRAM DCIR - 2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019), Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

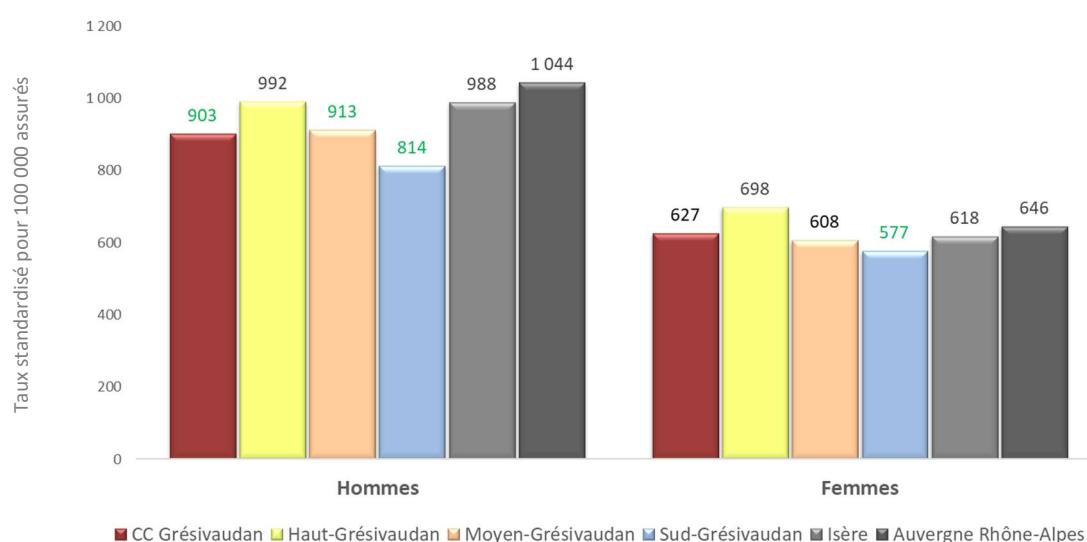
4.5. La mortalité

Sur la période 2012-2016, 650 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année dans le Grésivaudan (320 hommes et 330 femmes). Le taux standardisé de mortalité générale (toutes causes confondues) est de 745 pour 100 000 significativement plus faible que celui de la région (813 pour 100 000).

Au niveau des territoires, le Haut Grésivaudan a le taux de mortalité toutes causes le plus élevé avec 238 décès (soit un taux de 823 pour 100 000), suivi par le Moyen Grésivaudan avec 214 décès (taux de 737 pour 100 000) et enfin le Sud Grésivaudan où 198 personnes décèdent en moyenne chaque année (taux de 681 pour 100 000).

Chez les hommes, les différences observées dans chaque sous territoire par rapport au taux régional sont plus élevées que chez les femmes. La mortalité concerne, en effectif, approximativement autant d'hommes que de femmes.

Graphique 32 : Taux standardisé annuel moyen de mortalité générale, 2012-2016



Sources : Inserm CépiDc (BCMD - 2012-2016), Insee (Recensement 2012 et 2014) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La mortalité prématurée concerne la mortalité enregistrée chez les personnes de moins de 65 ans. Une partie de la mortalité prématurée est considérée comme évitable par une réduction des comportements individuels à risque, incluant le tabagisme, la consommation nocive d'alcool ou encore la conduite routière dangereuse¹⁹.

Sur la période 2012-2016, 108 décès prématurés ont été enregistrés en moyenne chaque année dans le Grésivaudan (70 hommes et 37 femmes), soit un taux standardisé de 103,7 pour 100 000,

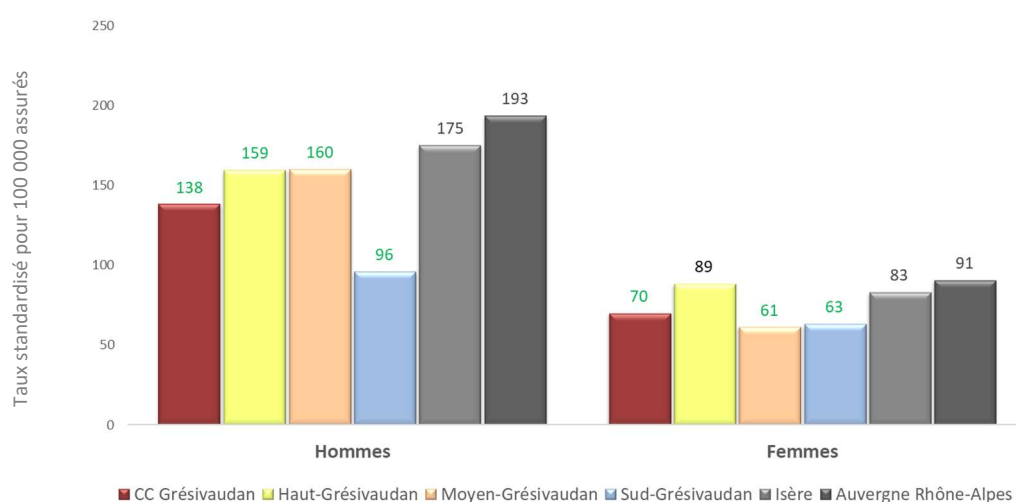
¹⁹ Les causes de décès évitables par les comportements individuels intègrent ainsi les cancers des voies digestives aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, les psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

significativement inférieur au taux régional (141,1 pour 100 000). Cette mortalité prématurée touche deux à trois fois plus les hommes que les femmes.

Dans les sous territoires, les taux standardisés sont significativement inférieurs à ceux de la région hormis chez les femmes dans le Haut Grésivaudan.

À l'échelle des territoires, le Haut Grésivaudan a les taux sont les plus élevés avec 159 pour 100 000 chez les hommes et 89 pour 100 000 chez les femmes (soit 26 hommes et 15 femmes). Dans le Moyen Grésivaudan les taux sont de 160 pour 100 000 chez les hommes et 61 pour 100 000 chez les femmes (28 hommes et 12 femmes) et enfin dans le Sud Grésivaudan, 96 pour 100 000 chez les hommes et 63 pour 100 000 chez les femmes (16 hommes et 11 femmes).

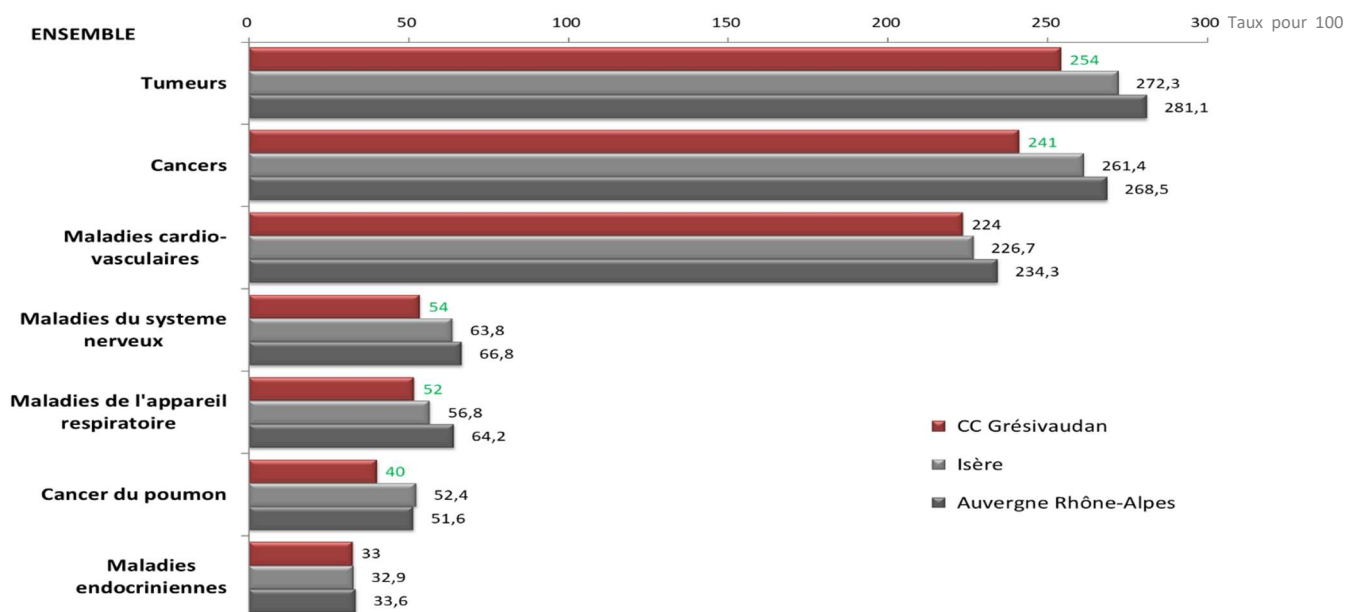
Graphique 33 : Taux standardisé annuel moyen de mortalité prématurée, 2012-2016



Sources : Inserm CépiDc (BCMD - 2012-2016), Insee (Recensement 2012 et 2014) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les tumeurs, les cancers et les maladies cardio-vasculaires sont les premières causes de mortalité. Les taux standardisés pour ces causes de décès restent inférieurs à ceux de la région de manière significative sauf pour les maladies cardiovasculaires.

Graphique 34 : Principales causes de décès



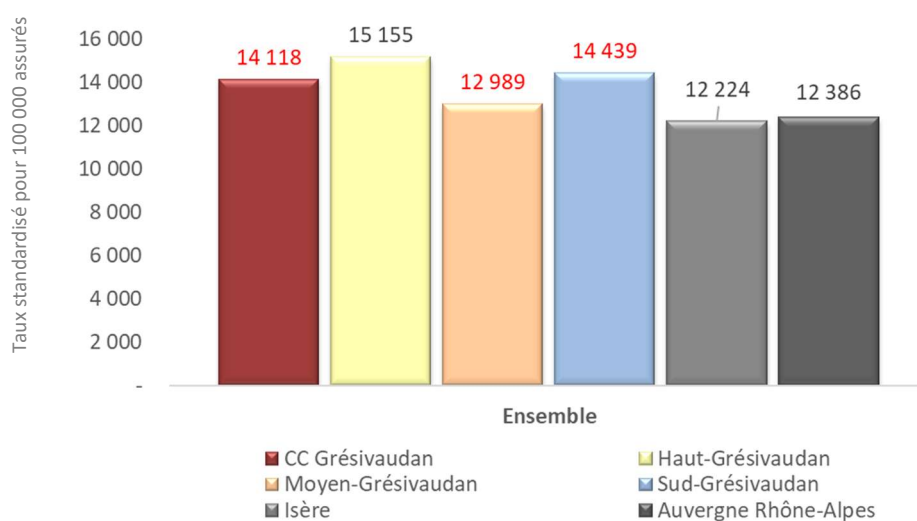
Sources : Inserm CépiDc (BCMD - 2012-2016), Insee (Recensement 2012 et 2014) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

5. Focus chez les 15-24 ans

5.1. Hospitalisations et recours aux soins

En 2019, 1 494 jeunes âgés de 15 à 24 ans (721 hommes et 773 femmes) ont été hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique dans le territoire du Grésivaudan, soit un taux de 14 118 pour 100 000 significativement supérieur au taux régional (12 386 pour 100 000).

Graphique 35 : Taux de jeunes âgés de 15 à 24 ans hospitalisés tous motifs confondus, 2019



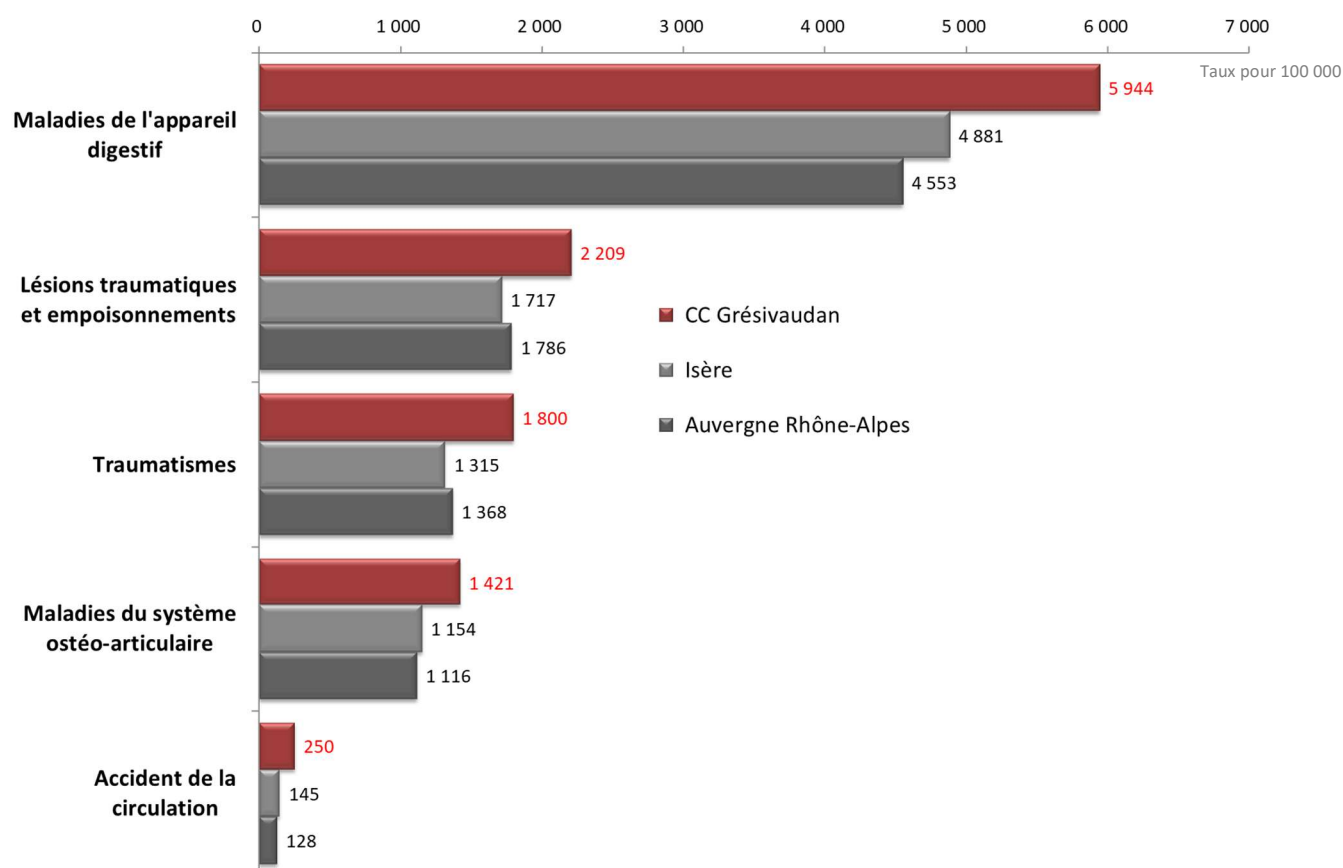
Sources : ATIH (PMSI – 2019), Insee (Recensement - 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les principaux motifs d'hospitalisation sont :

- les maladies de l'appareil digestif (qui incluent les extractions des dents de sagesse) ;
- les lésions traumatiques et empoisonnements (qui comprennent les lésions traumatiques superficielles de la tête et les séquelles associées) ;
- les traumatismes qui concernent les lésions traumatiques superficielles de plusieurs parties du corps, les plaies ouvertes, les fractures diverses, luxations, entorses et foulures, écrasements de plusieurs parties du corps, amputations traumatiques et séquelles associées aux lésions traumatiques.

Le taux d'accidents de la circulation est 2 fois plus important dans le Grésivaudan que le taux régional.

Graphique 36 : Taux de patients âgés de 15 à 24 ans hospitalisés par grands motifs, 2019



Sources : ATIH (PMSI – 2019), Insee (Recensement - 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

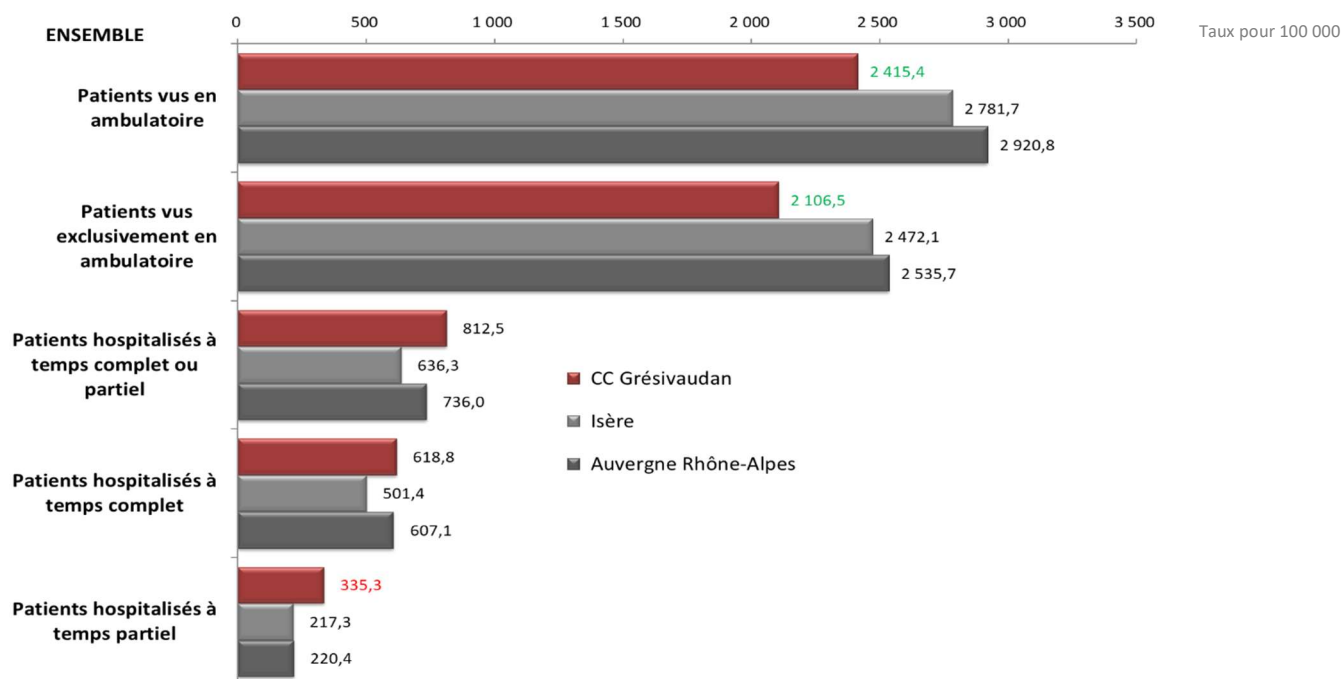
Les jeunes âgés de 15 à 24 ans ont également des taux de recours aux soins significativement plus élevés dans le Grésivaudan, particulièrement le recours aux dentistes (32,6 pour 100 000 contre 29,9 en région) et de recours aux masseurs kinésithérapeutes (13,9 pour 100 000 contre 9,9 en région), particulièrement dans le Sud Grésivaudan où le taux est de 14,3 pour 100 000.

5.2. Santé mentale

Les taux standardisés de jeunes âgés de 15 à 24 ans pris en charge en soins psychiatriques en ambulatoire sont significativement plus faibles dans le Grésivaudan par rapport à ceux de la région.

Les taux standardisés de jeunes âgés de 15 à 24 ans hospitalisés en soins psychiatriques en soins complets ou partiels ne sont pas significativement différents dans le Grésivaudan par rapport à ceux de la région hormis pour les **hospitalisations à temps partiels chez les filles** où le taux est significativement supérieur (485,7 pour 100 000 contre 239,4 en région).

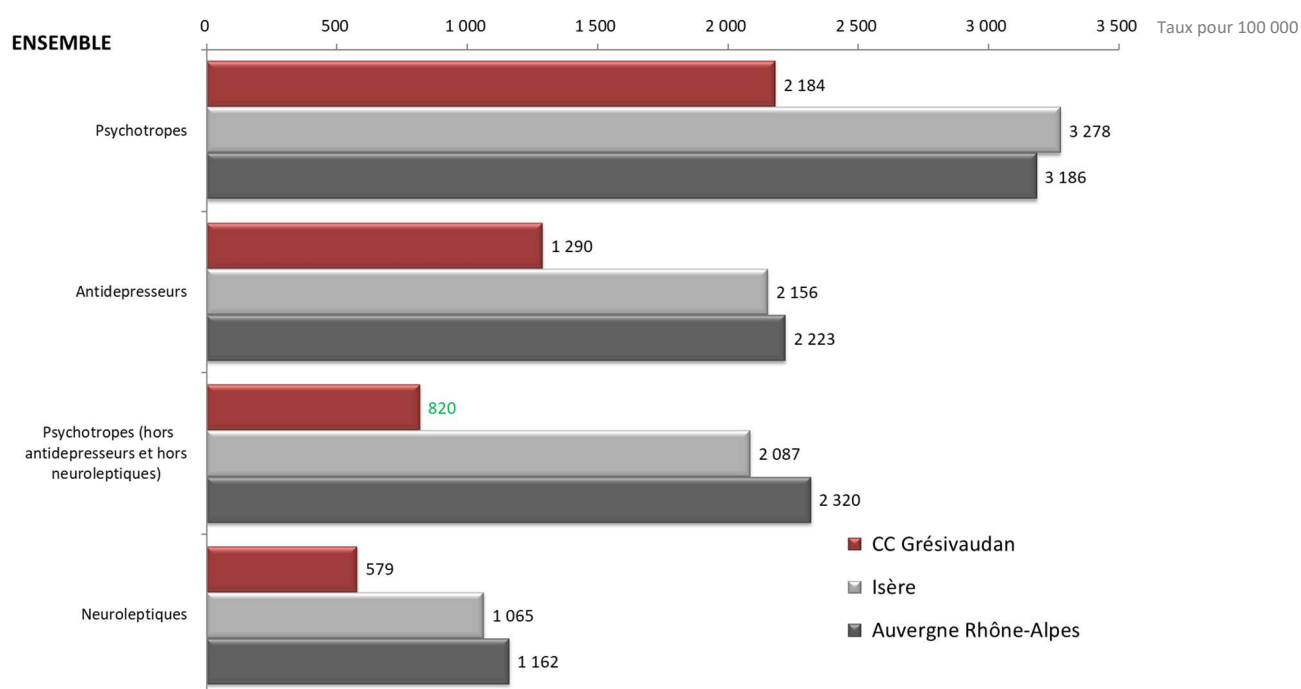
Graphique 37 : Taux de patients âgés de 15 à 24 ans et plus vus en établissements psychiatriques, 2019



Sources : ATIH (RIM-P - 2019), Insee (Recensement 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le taux de jeunes ayant recours à un psychiatre est également significativement supérieur dans le Grésivaudan par rapport à la région (2,2 pour 100 000 contre 1,4) mais il n’y a pas de différences significatives entre les taux de jeunes sous traitements réguliers de psychotropes, d’antidépresseurs, ou de neuroleptiques que ce soit chez les garçons ou les filles.

Graphique 38 : Taux de jeunes âgés de 15 à 24 ans sous traitements médicamenteux réguliers*, 2019



* au moins 3 remboursements dans l'année

Sources : Cnam (SNIIRAM DCIR - 2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019), Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

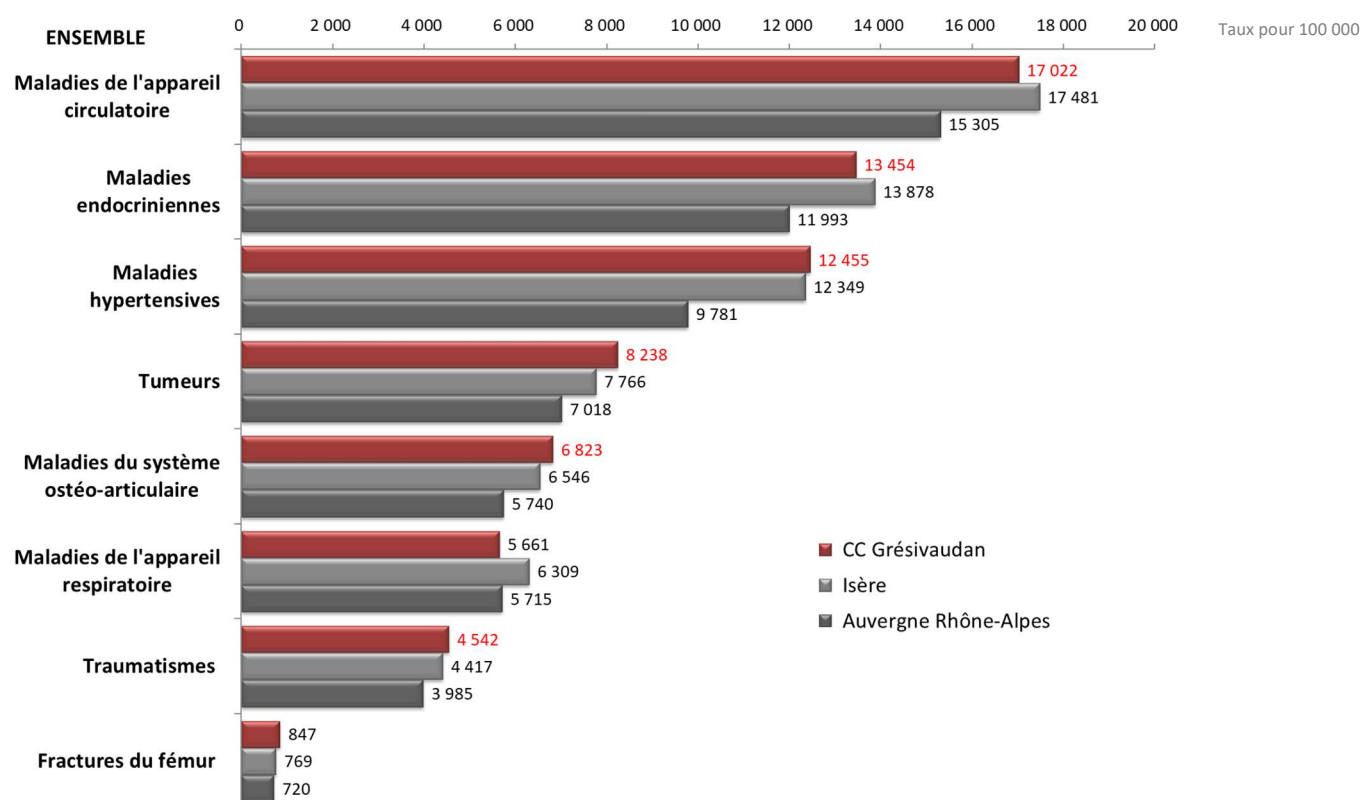
6. Focus chez les plus de 65 ans

6.1. Hospitalisations et recours aux soins

En 2019, 6 072 personnes âgées de 65 ans et plus (3 004 hommes et 3 068 femmes) ont été hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique dans le territoire du Grésivaudan, soit un taux de 33 945 pour 100 000, significativement supérieur au taux régional (32 815 pour 100 000).

Les principaux motifs d'hospitalisation sont les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies endocriniennes, les tumeurs, les traumatismes et les maladies ostéo-articulaires. Le taux de personnes hospitalisées dont significativement plus élevés que les taux régionaux, hormis pour fracture du fémur.

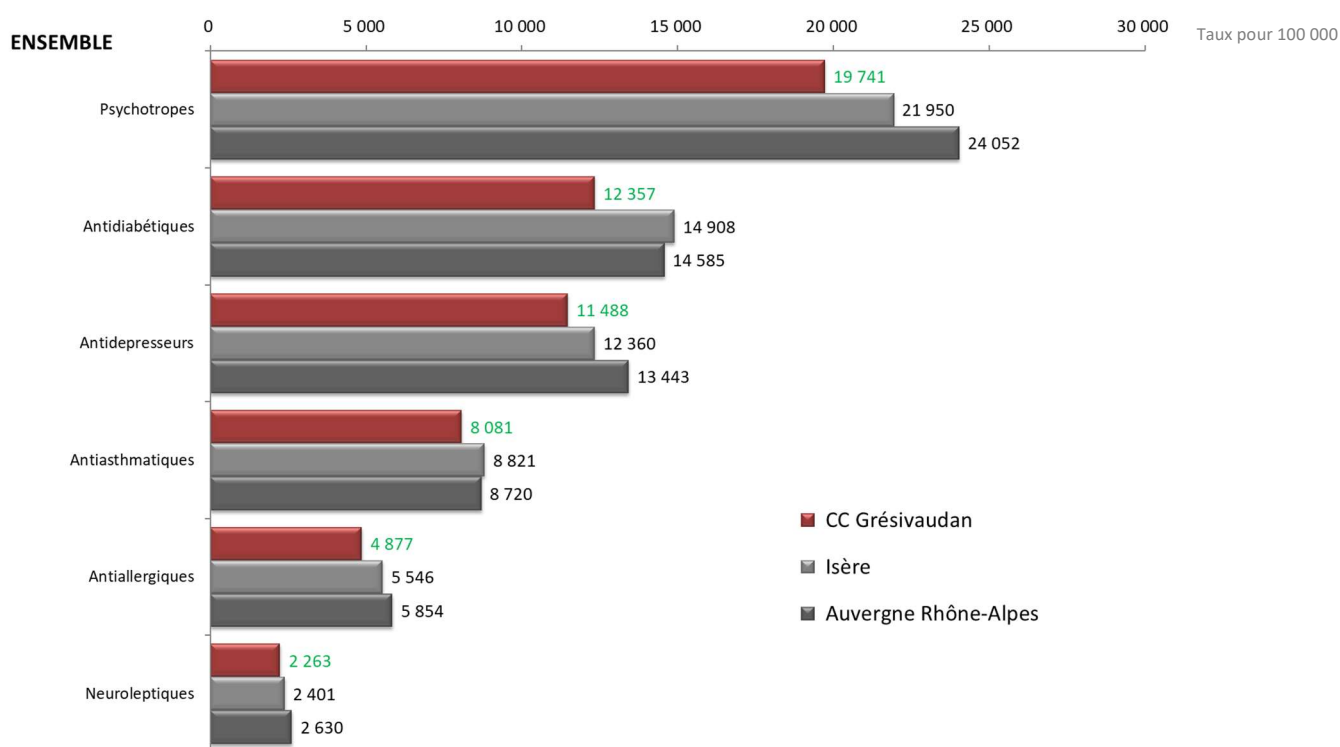
Graphique 39 : Taux de patients âgés de 65 ans et plus hospitalisés par grands motifs, 2019



Sources : ATIH (PMSI – 2019), Insee (Recensement - 2017) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les personnes âgées de 65 ans et plus ont significativement plus recours aux professionnels de santé dans le Grésivaudan que dans l'ensemble de la région. Les taux de patients sous traitements médicamenteux réguliers sont toutefois moins élevés dans le territoire.

Graphique 40 : Taux de patients âgés de 65 ans et plus sous traitements médicamenteux réguliers*, 2019

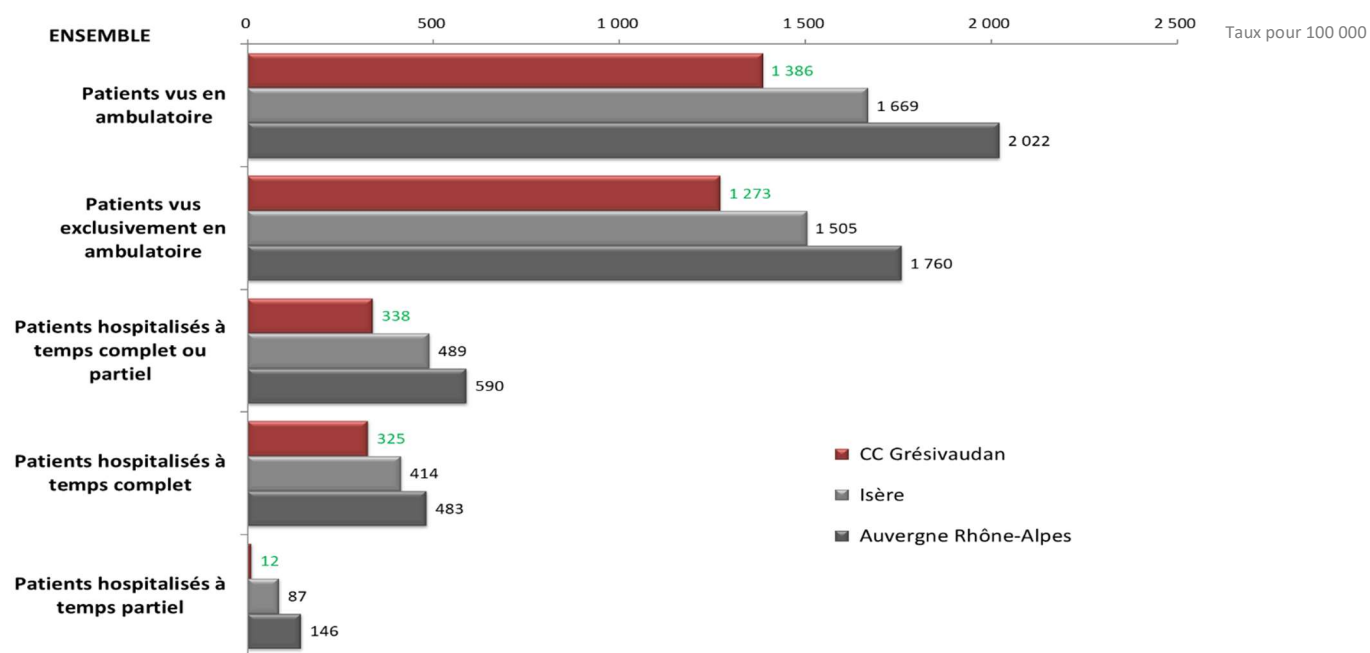


* au moins 3 remboursements dans l'année

Sources : Cnam (SNIIRAM DCIR - 2019), Cnam (SNIIRAM DCIR 2015-2019), Insee (Recensement - 2012) ; exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les indicateurs relatifs à la santé mentale des personnes âgées de 65 ans et plus sont relativement favorables avec des taux de prise en charge en soins psychiatriques significativement inférieurs dans le Grésivaudan par rapport à la région. Les taux de patients sous traitements psychotropes, antidépresseurs et neuroleptiques sont également significativement inférieurs aux taux régionaux.

Graphique 41 : Taux de patients âgés de 65 ans et plus vus en établissements psychiatriques, 2019



Sources : ATIH (RIM-P - 2019), Insee (Recensement 2017), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

7. Synthèse

7.1. Un contexte socio-économique plutôt favorable

Le territoire est constitué de 101 700 habitants et représente 8 % de la population du département de l'Isère, la population est répartie en 3 sous-territoires (le Haut, le Moyen et le Sud Grésivaudan) ayant chacun un peu plus de 30 000 habitants.

Une répartition inégale des 15-24 ans et des plus de 65 ans est observée sur le territoire, les jeunes étant essentiellement regroupés autour de l'axe routier principal avec une part assez faible dans certaines communes de montagne. La population plus âgée est globalement bien répartie sur le territoire, avec toutefois une part plus importante dans le Sud Grésivaudan. L'évolution de la population entre 2013 et 2018 est la plus importante dans le Sud Grésivaudan (+3 %).

Concernant les catégories socio-professionnelles, il y a presque 2 fois plus de cadres et de professions intellectuelles supérieures et plus de professions intermédiaires dans le Grésivaudan par rapport à la région. La part des cadres et professions intellectuelles supérieures est la plus importante dans le Sud Grésivaudan, à mettre en lien avec le pôle d'activités présent sur ce territoire.

Le constat précédent est corroboré par un niveau de diplômé plus élevé, principalement dans le Sud et moins élevé dans le Haut Grésivaudan. Le taux de chômage est plus faible dans le Grésivaudan par rapport au taux régional mais reste plus élevé dans le Sud par rapport aux 2 autres sous-territoires.

Le revenu médian et la part de ménages imposés sont plus importants avec un taux de pauvreté est près de 2,5 fois inférieur à celui de la région.

L'indice de défaveur sociale se situe entre le quintile 1 et 2 ce qui indique que le territoire bénéficie d'une favorisation sociale. Le taux de bénéficiaires de la CMUc reste très inférieur à celui de la région.

7.2. Quelques problématiques environnementales

Sur le territoire, l'exposition moyenne communale de la population aux particules fines est meilleure que dans les grandes agglomérations mais atteint par endroit des valeurs supérieures à l'ancienne valeur guide de l'OMS de 10 µg/m³. L'influence des grands axes routiers est nette sur le sujet. La voiture tient encore une place importante car plus de 80 % des déplacements domicile-travail se font en véhicules motorisés sauf à Chamrousse où la part des déplacements en marchant atteint presque 40 %. De la même manière, les axes routiers sont une source de nuisances sonores.

Certaines communes du Grésivaudan ont des taux de personnes potentiellement allergiques à l'ambrosie supérieurs à 12 % qui est la moyenne régionale. Certaines communes avec un nombre d'habitants inférieur à 1 500 ont des taux supérieurs à 12 % du fait d'une part des petits effectifs et d'autre part, les données des assurés sociaux étant domiciliées, de l'influence probable des pollens d'ambrosie sur leurs lieux de travail.

On remarque que les communes les plus impactées sont celles sur les hauteurs ce qui semblent ne pas correspondre avec le développement de la plante. Toutefois, les données étant domiciliées, on peut supposer que les personnes allergiques descendent dans les vallées où la présence de la plante est plus marquée et sont donc en contact durant leurs activités professionnelles ou autres.

Les campagnes de mesures de pesticides d'Atmo Rhône-Alpes sur le secteur de noyers du Sud Grésivaudan révélaient des concentrations globalement faibles. L'influence des cultures de noyers dans le secteur était visible sur le site, ainsi que l'influence des grandes cultures avec la présence de substances herbicides.

Certaines petites communes situées sur les hauteurs connaissent des problèmes d'alimentation en eau potable de bonne qualité bactériologique. Ce problème est souvent lié à la distribution à partir de petites unités de distribution.

Enfin, près d'un tiers des communes sont sur des sols à risque fort d'émanation de radon, gaz naturel radioactif cancérigène naturellement présent dans les sols granitiques.

7.3. Un très bon recours aux soins, une prévention à améliorer

Globalement la densité de professionnels de santé est supérieure à celle de la région particulièrement pour les médecins généralistes, les sages-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes. L'offre est assez bien répartie dans les trois territoires, le Sud ayant des densités toutefois souvent significativement plus élevées. Les spécialistes sont classiquement installés dans les plus grandes villes.

Une problématique de vieillissement de certains professionnels de santé est à surveiller comme les gynécologues et les ophtalmologues nécessitant d'anticiper leur remplacement.

Les taux de recours aux professionnels de santé sont majoritairement significativement plus élevés, et l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes est bonne aux abords des axes routiers mais reste moindre sur les hauteurs (en dehors de Chamrousse).

Concernant le recours aux programmes de prévention, il est plutôt plus élevé que dans l'ensemble de la région surtout dans le Sud Grésivaudan. Des marges de progrès sont encore possibles pour atteindre une meilleure efficacité.

7.4. Un état de santé plutôt bon

Les taux de mortalité générale et prématurée ainsi que des taux d'admissions en affections longue durée sont inférieurs à ceux de la région surtout dans le Sud.

Les taux d'hospitalisation sont légèrement plus élevés, supposant une bonne prise en charge de certaines pathologies comme les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies endocriniennes et hypertensives. Les taux de patients sous traitements médicamenteux réguliers restent toutefois inférieurs.

Dans le territoire du Grésivaudan, même si les taux d'hospitalisation pour maladies cardio-vasculaires sont supérieurs, les taux d'admission en ALD sont inférieurs, sauf pour les femmes dans le Haut Grésivaudan. Les taux d'admission en ALD et de mortalité par pathologie cardiaques sont plus importants dans le haut Grésivaudan, particulièrement à Pontcharra.

Le même schéma se retrouve pour le diabète avec des taux d'hospitalisation supérieurs surtout dans le Moyen Grésivaudan mais des taux inférieurs pour les admissions en ALD sauf dans le Haut Grésivaudan, sous l'influence de Pontcharra, où les taux de patients sous traitements réguliers d'antidiabétiques sont plus élevés.

Les taux d'hospitalisation pour tumeurs sont significativement supérieurs dans le Grésivaudan, mais les taux d'admissions en ALD sont proches de ceux de la région et le taux de mortalité pour tumeurs est bien inférieur à celui de la région, indiquant une prise en charge précoce. Il est établi que, grâce au dépistage précoce, une grande partie des cancers peuvent être repérés rapidement. Il est également établi que ce niveau de détection permet d'atteindre de bons taux de guérison tout en réduisant considérablement l'agressivité des traitements appliqués.

Dans le Grésivaudan, les taux d'hospitalisations en MCO pour troubles mentaux et du comportement sont légèrement plus importants dans le Haut Grésivaudan mais cela n'est pas confirmé par les taux supérieurs dans les hospitalisations en établissements de psychiatrie ni dans les admissions en ALD ou les traitements médicamenteux (psychotropes et antidépresseurs). La question de la santé mentale reste à creuser chez les jeunes.

Les traumatismes semblent être également très fréquents chez les jeunes, avec une bonne prise en charge hospitalière à rapprocher notamment des pratiques sportives de haute montagne et les accidents de circulation.

Enfin, les personnes âgées de 65 ans et plus présentent également plus de traumatismes et de maladies ostéo-articulaires mais sont aussi bien prises en charge.

Les habitants du Grésivaudan sont donc plutôt en bonne santé et ont un très bon recours aux professionnels et aux hospitalisations.

Données qualitatives

L'approche qualitative permet de faire émerger des problématiques de santé spécifiques à un territoire, issues de la configuration locale des ressources et du profil de la population résidente. Elle rend possible l'exploration de thématiques qui ne sont pas abordées dans les données quantitatives et permet d'affiner certaines informations qui ont pu être mises à jour par les données chiffrées. Le recueil de données qualitatives est réalisé à partir de l'expérience, du vécu et aussi des représentations des acteurs du territoire que nous avons interviewés.

Des **entretiens collectifs**, d'une durée de 2h30 en moyenne, ont été menés en avril et mai 2022 avec des **professionnels et personnes ressources du territoire** selon une entrée thématique et populationnelle.

Cinq groupes ont été constitués :

- Cadre de vie et santé-environnement ;
- Accès aux soins et entrée dans le parcours de soins (avec une particulière pour les publics vulnérables) ;
- Santé mentale ;
- Éducation, promotion et accès à la santé du public jeune (0-25 ans y compris jeunes en situation de handicap) ;
- Autonomie des adultes en situation de handicap et des personnes âgées.

Les groupes ont rassemblé entre 6 et 19 professionnels et se sont réunis deux fois.

Le premier temps de travail a permis de dresser un état des lieux sur les thématiques de santé définies, à partir des connaissances de terrain de chacun et le second a permis de compléter l'état des lieux, de prioriser et de définir des pistes d'actions pour nourrir l'élaboration du contrat local de santé sous forme de « fiches actions » simplifiées.

Deux **entretiens individuels complémentaires** ont été menés afin d'interviewer des professionnels qui n'avaient pu participer aux entretiens collectifs.

Des **entretiens collectifs** semi-directif d'une durée de 2h00 environ ont été menés auprès des **habitants** sur la même période. Les habitants ont été rencontrés à une seule reprise. Trois groupes d'habitants ont été rencontrés : un groupe de jeunes, un groupe de personnes âgées et un groupe d'habitants membres du Conseil de développement du Grésivaudan.

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

Les 5 groupes de professionnels et personnes ressources, 65 personnes, qui ont été réunis deux fois dans le cadre d'entretiens collectifs étaient composés comme suit :

- Groupe Accès aux soins et entrée dans le parcours de soins (avec une particulière pour les publics vulnérables)
 - M. SECHET, Conseil de développement

- Dr ROBERT, médecin de crèche Communauté de communes Le Grésivaudan
- M. GUERRY et Mme BRUN-VILLIEN membre UNAFAM et ALHPI
- M. CHENAIS, association Accueil Migrants Grésivaudan
- Mmes MICHAUD et CHEVIGNY, référentes de parcours de santé complexe Maison des réseaux de santé de l'Isère (MRSI)
- Mme NOUVELOT, infirmière référente médico-sociale PA-PH, Département de l'Isère
- Mme GAMBA conseillère en économie sociale et familiale et Mme LAURENT assistante sociale, Département de l'Isère
- Mme KERVAON, conseillère Mission locale
- Mme IMBERT, directrice IME le HAMEAU
- Mme PLANET, chargée d'accompagnement social et professionnel entreprise solidaire Solidaction
- Mme DENURRA, responsable de secteur Mission locale
- Mme BAUDRIGHIEN, référente PLIE Communauté de communes Le Grésivaudan
- Mme VIAL, responsable partenariats service accès aux droits et aux soins CPAM de l'Isère

➤ Groupe santé mentale

- Mme DANO, cadre de santé CMP Adultes Crolles et Pontcharra, M. BELIN assistant social CMP Adultes Crolles Centre hospitalier Alpes Isère
- Mme MARTIN, assistante sociale CMP Crolles
- Mme BERTHON, éducatrice spécialisée APASE
- Mme BOURDELY assistante sociale, M. TAUNAY psychologue, Mme GARCIN assistant social aide sociale à l'enfance Département de l'Isère
- Mme BRUN-VILLIEN et M. VEYRE, bénévoles UNAFAM
- Mme FOREST, responsable de site et chef de service IME de THEYS La Sauvegarde de l'enfance
- Mme PLANET, chargée d'accompagnement social et professionnel entreprise solidaire Solidaction
- Mme LORY chargée emploi PLIE Communauté de communes Le Grésivaudan
- M. JOUANNEAY, psychologue Sauvegarde de l'enfance et activité libérale
- Mme DELBOS, conseillère conjugale et familiale CPEF Planning Familial
- Mme FUMEX, psychologue CPEF Agathe
- Mme POISSENOT, psychologue EHPAD Communauté de communes Le Grésivaudan
- Mme FOUBERT, thérapeute familiale

➤ Groupe éducation, promotion et à accès à la santé du public jeune (0-25 ans y compris jeunes en situation de handicap)

- Mme BOUTEILLE infirmière scolaire, Mme CARDONA et Mme HUCTIN infirmière conseillère technique du département Éducation nationale
- M. HARSENTI, éducateur spécialisé Aide sociale à l'enfance Département de l'Isère
- Mme KERVAON, conseillère Mission locale
- Mme LUGAN, responsable relais petite enfance Communauté de communes Le Grésivaudan,
- Dr MOURRE, médecin CPEF Agathe

- Mme MARTIN, conseillère conjugale et familiale CPEF Planning Familial
 - Dr MAWAZINI, médecin PMI et Autonomie Département de l'Isère
 - M. PISON, membre du Conseil des développement
 - M. ERPELDAIG, chef de service SESSAD, EMAS IMPRO Sauvegarde de l'enfance
 - M. RICHARD, référent handicap Communauté de communes Le Grésivaudan
- Groupe autonomie des personnes âgées et des adultes en situation de handicap
- M. VEYRE, UNAFAM
 - Mme REBIS, chargée d'accompagnement PLIE Communauté de communes le Grésivaudan
 - M. FAGES, chargé de mission gérontologie Communauté de communes Le Grésivaudan
 - Mme CABANES, responsable adjoint EHPAD Communauté de communes Le Grésivaudan
 - Mme OZANNE, cheffe de projet action sociale, Communauté de communes Le Grésivaudan
 - Mme IMBERT, directrice IME Le Hameau
 - Mme PEIRAZEAU, directrice du pôle social, handicap et développement durable Mairie de Pontcharra
 - Mme PETITEAU référente médico-sociale Autonomie Département de l'Isère
 - Mme BARILLET, administratrice Accorderie du Haut-Grésivaudan
 - Mme FOUBERT, thérapeute familiale
- Groupe cadre de vie et santé environnement
- Mme SALLEYRETTES, chargée de mission Plan local habitat Communauté de communes Le Grésivaudan
 - Mme BOUSSON, ex-membre du Conseil de développement
 - Mme HEWLETT, Conseil de développement
 - Mme ARRANEGA, médecin de PMI Département de l'Isère
 - Mmes RIZZI et BOURDELY, assistantes sociales Département de l'Isère
 - Mme HELLION, chargée de mission prévention des déchets Communauté de communes Le Grésivaudan
 - M. HIRIGOYEN, chargé de mission mobilités Communauté de communes Le Grésivaudan
 - Mme FORET, chargée de mission transition énergétique Communauté de communes Le Grésivaudan
 - M. GUERRY, bénévole UNAFAM et ALHPI
 - M. COCQUET, membre Accorderie du haut Grésivaudan

Deux entretiens individuels complémentaires ont été menés auprès des professionnels suivants :

- Dr JALLON, médecin généraliste, membre de l'ordre des médecins et co-président de l'association portant la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Grésivaudan
- Mme MAROTTE psychologue CMP Enfants Pontcharra et Mme SIRAND BORDE assistante sociale CMP Enfants Pontcharra et Saint-Ismier

Au total 67 professionnels et acteurs ressources ont pris part à l'étude.

15 habitants ont également été interviewés dans le cadre de l'étude

- Un groupe de jeunes en insertion suivis par la Mission locale de Crolles (5)
- Un groupe de seniors mobilisés par la Communauté de communes le Grésivaudan (5)
- Un groupe d'habitants membres du Conseil de développement du Grésivaudan (5 dont deux qui ont également participé aux groupes avec les professionnels et les acteurs ressources)

1. Cadre de vie et santé-environnement

1.1. Quelques éléments de contexte

- Le Grésivaudan, un territoire à la fois périurbain, rural et de montagne

La communauté de communes du Grésivaudan s'étend de la périphérie grenobloise jusqu'au département de la Savoie. Située au cœur du sillon alpin, le long de la vallée de l'Isère et de l'axe autoroutier qui relie Grenoble à Chambéry (A 41), elle s'étend sur les contreforts des massifs de la Chartreuse et de Belledonne.

Le Grésivaudan est principalement composé de communes périurbaines, dans la vallée, et de communes rurales de moyenne montagne, sur les balcons de la Chartreuse (plateau des Petites Roches) et de Belledonne.

Les communes situées sur la rive gauche sont marquées par l'ancienne activité industrielle et la présence d'une population ouvrière (la papèterie, la métallurgie, la chimie autour de Froges, Villard-Bonnot) tandis que la rive droite, autour de Crolles, est historiquement plus favorisée, accueille des activités industrielles de pointe (présence d'une activité industrielle dans des secteurs à haute valeur ajoutée comme l'électronique, les nanotechnologies).

- Crolles et Pontcharra, deux pôles de centralité et la proximité de Grenoble et Chambéry

Les deux principales villes du territoire, Crolles au sud et Pontcharra au nord, concentrent les principales ressources du territoire en termes de commerces, de services et de santé. Au-delà, Grenoble et mais aussi Chambéry, pour les habitants du nord-Grésivaudan, permettent aux habitants d'accéder à des ressources multiples et de tous type, y compris des ressources de santé de haut niveau comme le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble et le centre hospitalier de Chambéry.

- Un territoire globalement favorisé mais des habitants en situation de vulnérabilité socio-économique

Ainsi, si le Grésivaudan est globalement favorisé, la ville de Pontcharra présente des indicateurs socio-économiques moins favorables. La présence d'habitants en situation de précarité est particulièrement repérée dans cette commune, mais également, de manière plus diffuse dans l'ensemble du territoire, ce qui constitue un point de vigilance car dans un territoire favorisé leurs difficultés peuvent être invisibilisées. Par ailleurs, les habitants défavorisés des petites communes rurales sont fortement impactés par les problèmes de mobilité et l'éloignement des ressources.

1.2. Des atouts nombreux favorables à la santé des habitants

Le Grésivaudan est un territoire très attractif (Cf. solde migratoire positif), offrant un cadre de vie de qualité, à proximité de Grenoble et Chambéry. Habitants et professionnels s'accordent à décrire les nombreux atouts du territoire.

- Un cadre de vie de qualité

La proximité de la nature (parc de la Chartreuse), **de la montagne** est un élément de qualité de vie souligné par les habitants. Ils apprécient à la fois la beauté du paysage mais également un cadre de vie propice à l'activité physique et à la pratique du sport (marche à pied et activités liés à la montagne comme la randonnée, stations de ski ...). Les bienfaits de l'activité physique pour la santé physique (prévention des maladies cardio-vasculaires, du diabète, ...) et la santé mentale (réduction du stress, de l'anxiété, prévention de la dépression) sont valorisés et semblent bien identifiés par une partie des habitants rencontrés.

Si la pratique d'activité de montagne jouit d'un réel engouement dans le territoire, les entretiens montrent toutefois que tous les habitants n'ont pas cette culture « montagne » et ne profitent pas de ces opportunités d'activité de plein air, de sport, et qu'ils (surtout les publics en situation de précarité) ont besoin d'être accompagnés pour découvrir ces activités.

Le calme, le sentiment de tranquillité, dans ce territoire qui est effectivement globalement préservé du bruit (sauf aux abords de l'autoroute), sont également des atouts mis en avant et recherché par les habitants, en opposition aux espaces très urbanisés générateurs de stress de leur point de vue.

- Des ressources diversifiées

La présence de ressources variées, à Crolles et Pontcharra est valorisée par les habitants qui apprécient de pouvoir presque « tout faire sur place ». En effet, ces villes offrent une palette de ressources variées : commerces, services, éducation (présence de lycées) mais également de de santé (Cf. chapitre suivant sur l'offre de soins).

Par ailleurs, la **présence de ressources de proximité dans les centre-bourgs**, notamment commerces alimentaires, est appréciée, en particulier par les personnes âgées qui ne conduisent pas²⁰.

Le dynamisme du tissu associatif, la présence de ressources de lien social sont également soulignées. Cette offre est concentrée à Crolles et Pontcharra mais elle est également présente dans les centre-bourgs. De même, les initiatives portées par les « nouveaux habitants » (les habitants qui ne sont pas originaires du territoire, même s'ils habitent dans le Grésivaudan depuis de nombreuses années) sont saluées car elles permettent de dynamiser la vie locale et de réactiver le lien social (restaurants-épicerie, association l'Accorderie, lieux d'exposition...).

La présence d'une offre culturelle dans les principales villes (Crolles et Pontcharra), avec des cinémas, des salles de spectacle (bibliothèques, cinémas, espace Aragon à Villard-Bonnot, Le Coléo à

²⁰ Toutefois les habitants signalent l'absence de commerces alimentaires dans certains Bourg-centre comme au Cheylas (nécessité de se déplacer en voiture au Touvet à 6km ou à Pontcharra à 11km).

Pontcharra, Espace Paul Jargot à Crolles...) est également très appréciée des habitants. Ces opportunités d'activités culturelles sont également valorisées par les acteurs locaux, comme des leviers pour lutter contre l'isolement.

Enfin, **l'offre sportive** est également **très diversifiée et développée** dans l'ensemble du territoire, avec la présence de nombreux clubs et d'équipements sportifs de qualité dans les principales communes.

- Le possible accès à une alimentation locale et bio mais un point de vigilance sur les difficultés alimentaires des ménages en précarité

Une partie des habitants rencontrés ont le sentiment de pouvoir accéder facilement à une alimentation de qualité grâce à la présence d'une activité agricole dans le territoire dont une partie en agriculture biologique. Ils mettent notamment en avant la possibilité de se fournir en produits frais directement dans des fermes, dans des magasins de producteurs agriculteurs, dans les nombreux marchés du territoire à des prix jugés peu élevés.

Les questions d'alimentation en lien avec l'agriculture font l'objet d'une attention soutenue dans la communauté de communes. Dans le cadre de sa politique alimentaire et agricole de territoire (PAIT), la collectivité soutient les circuits courts, l'agriculture biologique et la préservation du foncier agricole. Un travail est également mené avec un grand nombre de communes pour augmenter la quantité de produits locaux et bio dans les cantines scolaires.

Les travailleurs sociaux pointent néanmoins les difficultés alimentaires des bénéficiaires des minimas sociaux et leurs difficultés pour s'alimenter de manière équilibrée (pour des raisons de coût mais aussi d'habitudes alimentaires). Les associations et structures qui gèrent des distributions alimentaires (Équilibre à Pontcharra, l'Abri Sous La Dent à Crolles, les CCAS par exemple de Saint Hilaire du Touvet, de Saint-Ismier, le Secours Populaire...) constatent une augmentation du nombre de bénéficiaires et notamment des retraités et des travailleurs pauvres. Ces structures signalent également que les fruits et légumes sont encore insuffisamment disponibles à la banque alimentaire, raison pour laquelle elles complètent leur approvisionnement en achetant ou en récupérant ces produits auprès de grandes enseignes. L'enjeu de l'accès des ménages précaires à une alimentation de qualité, à des fruits et légumes, apparaît comme un enjeu partagé par les acteurs locaux rencontrés.

1.3. Mais aussi des contraintes

Les contraintes du territoire sont néanmoins identifiées par les acteurs locaux, et tout particulièrement la mobilité, une problématique propre aux territoires périurbains et ruraux. Les questions de logement et de santé-environnement sont également des points d'attention.

- La mobilité, un enjeu transversal, notamment dans les communes de moyenne montagne

À l'image de ce qui est observé dans les territoires périurbains et ruraux et plus encore dans les communes de moyenne montagne, **la voiture est souvent indispensable** pour se déplacer (notamment pour rejoindre les centres urbains de Crolles ou Pontcharra et au-delà Grenoble et Chambéry – pour les habitants du nord du territoire). En effet, les transports en commun, malgré les améliorations récentes ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins.

Les actions en cours dans le Grésivaudan pour développer le covoiturage (Rezopouce²¹, M Covoit Ligne + ²² ...) et l'utilisation de la bicyclette (service Mvélo²³, vélo et trottinettes en libre-service, réseau de piste cyclables) sont saluées. Ces alternatives peuvent permettre de réduire l'usage de la voiture individuelle sans s'y substituer complètement, car non adaptées à tous les usages.

Plusieurs contraintes à l'usage de la bicyclette dans les parties montagneuses de la communauté de communes sont par exemple pointées par les acteurs rencontrés :

- Le dénivelé en moyenne montagne et les distances importantes à parcourir sont des obstacles à l'usage du vélo classique et l'achat d'un vélo électrique n'est pas accessible à tous les ménages ;
- L'étroitesse des routes en moyenne constitue un risque d'accident pour les cyclistes et ne permet pas de mettre en place des voies cyclables sécurisées.

Les difficultés de mobilité des habitants non véhiculés (les jeunes, les ménages en précarité socio-économique et les personnes âgées) sont une problématique largement soulignée. Habitants et professionnels constatent qu'elles constituent un obstacle de taille pour accéder aux ressources du territoire, notamment aux services de santé. Elles sont aussi un facteur d'isolement social et un frein pour l'emploi. En effet, au-delà du niveau de service des transports en commun (absence ou fréquence très limitée dans les communes éloignées des grands axes de circulation -uniquement des bus scolaires le matin et en fin de journée), la complexité des trajets en transport en commun pour circuler dans le territoire et rejoindre Grenoble est signalée :

- Manque de lisibilité des itinéraires des lignes de bus car plusieurs réseaux de bus circulent sur le territoire : celui de la communauté de communes du Grésivaudan – Tougo -, les lignes interurbaines de l'agglomération grenobloise – TAG- la ligne TER de la SNCF, les cars de la région) ;
- Plusieurs correspondances souvent nécessaires pour rejoindre Grenoble, par exemple depuis le Touvet ;
- Coût relativement élevé (18 euros aller-retour pour le trajet Grenoble-Pontcharra). Les aides financières pour bénéficier d'abonnement à tarif réduit ne semblent pas connus de tous et restent peu lisibles (système de tarification sociale différent entre la TAG et la SNCF).

Enfin, les acteurs locaux soulignent **l'impact négatif du trafic routier**, intense en certains points, et notamment sur l'axe autoroutier reliant Chambéry à Grenoble (A 41), sur la santé des habitants : le stress en raison d'un trafic très engorgé en particulier à l'entrée de Grenoble aux heures de pointe (mouvements pendulaires liés aux trajets domicile-travail) et la pollution de l'air.

²¹ Réseau d'auto-stop « spontané » de proximité

²² Covoiturage à haut niveau de service

²³ Location de vélo et trottinettes sur l'aire grenobloise et dans le Grésivaudan

- Le logement, encore des besoins

Le **manque de logements abordables pour les ménages des classes moyennes et modestes** est une problématique très repérée et difficile à résoudre notamment en raison du manque de foncier disponible. En effet, dans ce territoire, très attractif, le marché de l'immobilier est tendu et le prix des logements élevé. Les ménages de la classe moyenne et plus encore les ménages modestes rencontrent, de ce fait, des difficultés à se loger.

La **précarité énergétique** est également une problématique repérée pour les ménages modestes propriétaires de logements anciens, mal isolés et énergivores. Cette problématique est également repérée dans le logement social où une partie du parc est vieillissant.

L'impact défavorable de la précarité énergétique sur la santé physique et mentale est aujourd'hui bien documenté²⁴ et cette problématique fait l'objet d'une attention soutenue dans la Communauté de communes, dans le cadre de la stratégie « Territoire à énergie positive ». Cette dernière a, en effet, mis en place un accompagnement à la rénovation énergétique (dispositif Rénov'enerGIE²⁵) et des aides pour aider les particuliers à renouveler leurs appareils de chauffage au bois peu performants et très polluants (Prime Air Bois). Ces aides sont cumulables avec les aides nationales existantes. La collectivité a également récemment mis en place des permanences « Conseil Energie » pour accompagner les particuliers dans ces démarches. Au moment de l'étude ces aides étaient encore insuffisamment repérées et utilisées par les ménages les plus modestes, qui se heurtent, par ailleurs, au problème du reste à charge et de l'avance des frais. Les professionnels réunis ont ainsi souligné l'enjeu du repérage des situations de précarité énergétique et de l'information des ménages modestes et précaires sur les aides existantes notamment par les travailleurs sociaux (Conseil départemental et CCAS) et les acteurs associatifs en lien avec ces publics.

Enfin, des **besoins de logement ou d'hébergement pour des publics spécifiques** sont signalés.

Le manque de solution d'hébergement avec accompagnement social pour des femmes victimes de violence, des jeunes en rupture familiale ou des adultes en grande précarité a été abordé à plusieurs reprises par les professionnels. Faute de solution locale, les personnes sont orientées vers Grenoble, mais une partie d'entre-elles y renoncent car elles souhaitent rester dans le territoire, où elles ont des attaches (et où sont par exemple scolarisés les enfants de femmes victimes de violences conjugales). Quelques appartements existent (dans certaines communes) pour permettre une mise à l'abri mais leur nombre est limité. Par ailleurs, les personnes mises à l'abri dans ces appartements ne bénéficient pas, comme ce peut être le cas dans des centres d'hébergement et de réinsertion (CHRS) ou centre d'hébergement d'urgence (CHU), d'un accompagnement social dont elles ont pourtant besoin pour avancer dans leurs démarches d'insertion et pour accéder à des solutions de logement plus pérenne. Ces appartements, à l'origine prévus pour une mise à l'abri à court terme sont ainsi souvent occupés plusieurs mois, voire plus, par les mêmes personnes et ne sont ainsi pas disponibles pour accueillir de nouveaux besoins.

²⁴ « Les adultes exposés à la précarité énergétique mentionnent aussi plus fréquemment que le reste des Français quatre maladies chroniques la bronchite chronique (22 % contre 10 %), l'arthrose (32 % contre 28 %), l'anxiété et la dépression (41 % contre 29 %), et les maux de tête ou les migraines (48 % contre 32 %). C'est le principal constat : tant la santé physique – avec des maladies respiratoires et des pathologies ostéo-articulaires – que la santé mentale sont affectées. » Queruel Nathalie, Ledéser Bernard. La Santé en action, 2021, n°. 457, p. 20-21

²⁵ Conseils et aides financières pour améliorer l'isolation thermique des logements

Des besoins de « logement intermédiaires » pour des adultes en situation de handicap psychique sont également repérées (Cf. chapitre 3 sur la santé mentale). Enfin, pour répondre à l'enjeu de vieillissement de la population et du maintien à domicile, des besoins de logement adaptés aux personnes âgées en perte d'autonomie sont également signalées (Cf. chapitre 5 autonomie).

- La qualité de l'air extérieur : des expositions particulièrement repérées en certains points

La pollution de l'air aux particules fines liée à la fois au trafic routier, en particulier le long de l'A41 habitants (corroboré par les données de santé environnement Cf. volet quantitatif), et au chauffage au bois est un motif d'inquiétude pour une partie des professionnels et habitants qui signalent qu'une nappe de pollution est régulièrement visible au-dessus de la vallée de l'Isère.

L'utilisation de pesticides, insecticides, fongicides dans une partie des exploitations agricoles, par exemple les pesticides et les fongicides pour la culture de la noix dans le sud Grésivaudan, est également un sujet de préoccupation pour les acteurs du territoire. En effet si l'exposition des agriculteurs et des riverains (même à un niveau moins intense) à ces toxiques et leur impact sur la santé est avant tout mis en avant par les acteurs locaux, c'est également leur impact sur la biodiversité qui est souligné. À la croisée, des pratiques des agriculteurs et des inquiétudes des habitants, la question du respect de la distance minimale d'épandage par rapport aux habitations des riverains, et de l'information des riverains reste posée.

- La qualité de l'air intérieur : encore des besoins de sensibilisation

Moins connu du grand public, la pollution de l'air intérieur²⁶ est également un point de vigilance selon les acteurs rencontrés.

Le **manque d'information des habitants des communes du massif de Belledonne concernées par une forte potentialité d'émanation de gaz radon** est souligné par les professionnels. Les habitants concernés manquent globalement de connaissances sur les effets de cette exposition sur la santé (2^{ème} cause cancer du poumon²⁷) et les mesures de prévention, notamment la ventilation des logements.

Les professionnels pointent également la nécessité de bien prendre en compte le **système de ventilation lorsque des travaux d'isolation thermique** sont réalisés dans les logements afin d'éviter d'aboutir à des logements complètement étanches.

L'utilisation de **produits d'hygiène en collectivité**, est un point d'attention et un travail important a été réalisé dans les crèches du territoire pour limiter l'utilisation de produits contenant des substances chimiques nocives pour la santé.

²⁶ Les sources de pollution dans les logements, les établissements recevant du public sont nombreuses : moisissures, matériaux de construction, meubles, acariens, produits d'entretien, peintures, tabac... Ces polluants peuvent avoir des effets divers sur la santé humaine : allergies, irritations des voies respiratoires, maux de tête, intoxications, voire cancer.

²⁷ Son risque se cumule avec celui du tabac. <https://www.cancer-environnement.fr/fiches/cancers/cancer-du-poumon>

Une partie des femmes du territoire, notamment les plus diplômées, semble sensibilisée au risque d'**exposition à des toxiques environnementaux** (perturbateurs endocriniens, métaux lourds, autres produits chimiques) de l'enfant **durant la période périnatale** (vie *in utero* et petite enfance). Ces substances qui peuvent être inhalées (ou ingérées) sont en effet émises par de nombreux produits et objets du quotidien (matériaux de construction et de décoration, produits de bricolage et d'entretien, meubles, jouets, cosmétiques, combustion d'encens ou de bougies...).

Toutefois, les professionnels signalent que les mères de catégories sociales plus modestes manquent d'information et sont peu sensibilisées à ce risque. Par ailleurs, ils signalent que les puéricultrices, les assistantes maternelles ont le sentiment d'être insuffisamment formées sur ce sujet pour l'aborder avec les parents.

- Enjeu d'une vision transversale sur les questions de santé et santé-environnement à l'échelle intercommunale

Face aux enjeux de lutte contre les plantes invasives (par exemple l'ambrosie) et nuisibles (par exemple le moustique tigre), les acteurs du territoire relèvent la nécessité d'une coordination intercommunale (thématiques gérées à ce jour au niveau communal). Ils soulignent également l'intérêt d'une vision intercommunale sur les questions de santé-environnement et d'aménagement favorable à la santé, c'est-à-dire qui prenne en compte les enjeux de santé en favorisant l'activité physique, les liens sociaux, en luttant contre les îlots de chaleur etc.

L'intérêt de prendre en compte de manière transversale les questions de santé dans les différentes programmations et politiques menées sur le territoire est ainsi souligné. Ils sont ainsi bien conscients de la nécessité d'articulation entre le futur programme territorial de santé et le Plan Air climat, la politique alimentaire et agricole, le plan de mobilité, le futur plan local de l'habitat ont ainsi été abordées à plusieurs reprises par les professionnels rencontrés.

2. Accès aux soins

2.1. Ressenti d'un accès globalement bon

- L'offre de soins de proximité : une situation équilibrée

En lien avec une présence relativement importante de **médecins généralistes** dans le territoire (cf. données quantitatives), l'accès aux médecins généralistes est globalement qualifié de « *relativement facile* », « *correct* » (facilité à trouver un médecin traitant pour les nouveaux habitants dans la majorité des communes par exemple).

En revanche, des difficultés pour répondre à des besoins de soins non programmés sont identifiées (pas de possibilité de consultation dans la journée, voire dans les deux jours, chez les médecins généralistes). Ce besoin de consultations non programmées de médecine générale est bien identifié par les médecins généralistes du territoire et devrait trouver une réponse dans le cadre de la future Communauté professionnelle territoriale de santé du Grésivaudan (Cf. mise en place de consultations non programmées).

Les habitants regrettent également que les médecins généralistes (et les masseurs-kinésithérapeutes) se déplacent de moins en moins à domicile, un constat qui n'est pas spécifique au territoire, mais qui n'en est pas moins problématique pour la prise en charge des personnes à mobilité réduite.

Concernant les **autres professionnels de santé de proximité**, en particulier les chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes, les acteurs du territoire constatent que les délais d'attente s'allongent.

- La présence de médecins spécialistes dans le territoire, à Grenoble et Chambéry

La **présence de médecins spécialistes dans le territoire** notamment de spécialistes en accès direct (pédiatres, psychiatres, gynécologues, ophtalmologues), mais également de cardiologue, ORL, dermatologue ... est saluée par les habitants qui apprécient de pouvoir consulter en proximité. Ces médecins spécialistes sont concentrés dans le sud Grésivaudan, notamment à Crolles.

Au-delà du territoire, les habitants bénéficient de la **proximité de Grenoble et Chambéry** et de ses ressources spécialisées : médecins spécialistes libéraux et salariés (notamment au CHU de Grenoble et CH de Chambéry).

Sur ce territoire aussi, les patients sont confrontés à des délais d'attente de plusieurs mois pour avoir accès à des spécialistes.

- Des difficultés d'accès géographiques aux ressources d'addictologie

Les ressources d'addictologie les plus proches sont situées à **Grenoble et Chambéry** (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie- CSAPA- , Consultations Jeunes Consommateurs – CJC- services hospitaliers). De ce fait, des difficultés d'accès à une prise en charge en addictologie (renoncements, discontinuité des prises en charge) sont observées pour des jeunes et des habitants

en situation de précarité concernés par une addiction, en raison de la distance et des difficultés de mobilité de ces publics.

2.2. La future CPTS du Grésivaudan : un atout pour répondre aux besoins de santé

Le pré-projet de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)²⁸ du Grésivaudan a été validé en mars 2022 par l'Agence régionale de santé de la CPAM et la validation définitive devait intervenir à l'automne 2022.

Au moment de l'étude, la CPTS du Grésivaudan réunissait 72 professionnels de santé libéraux dont 22 médecins généralistes, des médecins spécialistes et d'autres professionnels de santé comme des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes. Au-delà des professionnels de santé, d'autres structures étaient également associées à la CPTS, comme la Communauté de communes Le Grésivaudan, des CCAS et un EHPAD.

Dans le cadre du projet de santé de la CPTS du Grésivaudan, plusieurs axes de travail sont en réflexion pour améliorer l'accès aux soins de la population et la qualité des parcours de soins :

- La mise en place de plages de consultations non programmées dans le territoire ;
- La mise en place de parcours de soins pour l'insuffisance cardiaque, le diabète et les fins de vie ;
- La mise en place de téléconsultations de médecins spécialistes en EHPAD ;
- L'amélioration de l'articulation entre médecins généralistes et psychiatres libéraux : possibilité pour le médecin généraliste d'obtenir un avis par téléphone pour un patient et un rendez-vous pour une consultation si besoin.

La liste des axes de travail cité ci-dessous n'est pas exhaustive et pourrait évoluer en fonction des besoins de santé identifiés sur le territoire. Elle constitue dans tous les cas un atout fort du territoire pour améliorer l'articulation des acteurs du champ sanitaire, social et médico-social avec les professionnels de santé libéraux et répondre aux besoins de la population.

2.3. Points de vigilance sur l'accès aux soins des publics vulnérables

Les difficultés d'accès aux droits et aux soins des habitants en situation de vulnérabilité, à savoir les personnes âgées, les habitants en situation de fragilité socio-économique, les personnes en situation de handicap sont bien connues et repérées par les professionnels du territoire.

²⁸ Une CPTS est constituée de l'ensemble des acteurs de santé (professionnels de santé de ville, qu'ils exercent à titre libéral ou salarié ; des établissements de santé, des acteurs de la prévention ou promotion de la santé, des établissements et services médico-sociaux, sociaux...) qui souhaitent se coordonner sur un territoire, pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'ils ont identifiées. Ce dispositif visant à faciliter l'exercice des professionnels de santé, à améliorer l'organisation des prises en charge des patients.

Les difficultés administratives pour ouvrir des droits à une couverture sociale, les difficultés de déplacement et les contraintes financières pour les plus modestes se conjuguent et engendrent des retards et des renoncements aux soins. Les acteurs pointent en particulier :

- la fermeture des guichets de proximité des services publics comme la CPAM, la CARSAT qui complexifie l'ouverture des droits en santé ;
- le phénomène de fracture numérique : les habitants qui n'ont pas l'équipement nécessaire, de connexion internet et de compétences numériques ne peuvent réaliser de manière autonome leurs démarches d'accès aux droits (prendre rendez-vous en ligne pour une consultation ou encore télé consulter) et ont besoin d'être aidés.

- Les renoncements aux soins des publics en situation de précarité

Les ressources d'aide en matière d'accès à une couverture santé et aux soins pour les publics en précarité sont bien repérées par les acteurs du champ sanitaire et social. On identifie notamment :

- La CPAM, avec la ligne « Urgence précarité » pour faciliter l'ouverture de droits en cas de dossier complexe et le « coaching téléphonique » pour motiver et aider des assurés sociaux éloignés du soin à entreprendre des démarches de soins (motivation, aide et suivi pour la prise de rendez-vous pour des consultations) ;
- L'association ISBA-Santé qui propose des bilans de santé gratuits pour les assurés sociaux de la CPAM (à Grenoble) ;
- Les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) des centres hospitaliers de Grenoble et Chambéry ;
- La Maison des réseaux de santé de l'Isère (MRSI), au travers du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) peut accompagner et coordonner le parcours de soin de publics isolés, précaires et éloignés du soin, quel que soit leur âge.

Le constat d'un état de santé globalement moins favorable chez les adultes en situation de précarité est partagé par les acteurs du territoire (professionnels et bénévoles). Ils pointent l'importance des problématiques de santé somatique et mentale non prises en charge dans ce public : renoncements aux soins et discontinuité des prises en charge sont fréquemment repérées.

Par ailleurs, au-delà des problématiques d'ouverture de droits, de mobilité et de ressources économiques, les professionnels repèrent, pour les personnes isolées, en grande précarité, éloignées du soin, le besoin d'accompagnement individuel pour les aider à reprendre des démarches de soin, à s'orienter dans le système de santé, voire, pour les accompagner physiquement aux rendez-vous médicaux.

Enfin, d'autres points d'attention sont relevés concernant l'accès aux soins des publics en situation de précarité :

- Le manque d'information des jeunes en difficultés d'insertion sur la couverture sociale et les complémentaires santé constitue, pour ceux qui sont rupture familiale ou qui ne sont pas couverts par les parents, un obstacle pour accéder aux soins ;
- La barrière de la langue pour les migrants et le besoin d'interprétariat en santé ne leur permet pas toujours d'accéder à une prise en charge de qualité ;

- Les discontinuités de prises en charge pour les gens du voyage : les changements de domicile engendrent des ruptures de soins.
- Les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap, notamment autisme et handicap psychique

Certains enfants et adultes en situation de handicap et notamment les personnes autistes ou ayant des troubles psychiques sévères et chroniques peuvent être difficiles à prendre en charge dans le cadre de consultations classiques. En effet, en lien avec leur handicap et pour certains des difficultés de comportement, leur prise en charge nécessite, a minima, un temps de consultation long mais aussi des modalités d'examen clinique et de soin adaptées. Toutefois, peu de professionnels de santé, y compris dans le Grésivaudan, sont sensibilisés et formés à la prise en charge des différents types de handicap. Si la prise en charge santé somatique des patients hospitalisés en psychiatrie publique (au Centre hospitalier Alpes Isère) fait l'objet d'une attention particulière, il n'existe pas de possibilités de consultations de spécialistes adaptées pour les personnes ayant un handicap psychique suivies uniquement en ambulatoire.

De même, les ressources de consultations de médecins spécialistes adaptées pour des patients autistes sont rares (uniquement à Lyon en Auvergne-Rhône-Alpes). De ce fait, de grandes difficultés d'accès aux examens, aux consultations de spécialistes et aux chirurgiens-dentistes sont constatées pour ces publics.

Ces difficultés soulignent, plus globalement, l'enjeu de formation des professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de handicap.

3. Santé mentale

La santé mentale est un point d'attention pour les professionnels : les conséquences délétères de la crise sanitaire du COVID sur la santé mentale de la population et les difficultés d'accès aux soins psychiques des enfants, des adolescents et des jeunes sont particulièrement repérées.

3.1. Les enfants

- Accès aux soins en santé mentale

Les **difficultés d'accès aux soins psychiques des enfants** sont un sujet d'inquiétude pour les professionnels. La saturation des CMP infanto juvénile du territoire (Saint-Ismier et Pontcharra) et files actives des pédopsychiatres libéraux qui ne prennent plus de nouveaux patients, est constaté par tous.

Ainsi, Au CMP de Saint-Ismier, les délais d'attente pour un premier rendez-vous avec le pédopsychiatre peuvent atteindre deux ans. Les professionnels soulignent que ces délais d'attente engendrent retards et renoncements aux soins, certains parents étant découragés, ce qui constitue un risque d'enkystement et d'aggravation des difficultés et troubles de l'enfant.

Le CMP de Pontcharra, dont le poste de pédopsychiatre est vacant mais qui a dans son équipe un psychologue, a modifié son organisation pour proposer des premiers rendez-vous dans un délais court (un mois environ alors qu'il s'élevait auparavant à un an). Ce premier rendez-vous, réalisé par deux professionnels différents (assistant sociale, psychologue, éducateur spécialisé ou infirmier), permet d'évaluer la situation et de proposer une prise en charge ou de réorienter l'enfant vers d'autres ressources. Proposer un premier rendez-vous rapide permet de réduire le phénomène de découragement et de renoncements aux soins des familles, même si la prise en charge ne se met en place que plusieurs mois plus tard. L'absence de pédopsychiatre dans ce CMP reste toutefois très problématique pour la mise en place des traitements médicamenteux. Par ailleurs, les médecins généralistes peu formés sur les traitements psychotropes, ne peuvent contacter aucun pédopsychiatre du CMP pour être guidé dans la mise en place ou l'ajustement des traitements lorsqu'un enfant en a besoin.

Les **besoins de prises en charge en santé mentale des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance sont très importants** du fait de leur vulnérabilité²⁹. Toutefois, les changements parfois répétés de lieux de vie (changement de famille d'accueil, foyer, retour chez les parents) ne permettent pas une continuité des soins, car la psychiatrie publique est sectorisée (la commune de résidence détermine le lieu de consultation en CMP).

²⁹ Coordination entre services de protection de l'enfance et services de pédopsychiatrie. Note de cadrage HAS 13 avril 2021. « Les enfants accompagnés par les services de la protection de l'enfance peuvent avoir subi des maltraitances et/ou des négligences aux conséquences délétères, parmi lesquelles des troubles psychiques. À cela peuvent s'ajouter des facteurs d'ordre institutionnel susceptibles d'engendrer des souffrances psychiques et d'affecter la santé mentale des enfants : placement non adapté, délais excessifs d'exécution des mesures, instabilité des lieux d'accueil et de la référence éducative engendrant des ruptures, retours en famille insuffisamment préparés, etc. Ainsi ces enfants présentent davantage de risques de souffrir de troubles psychiques (dépressions, troubles anxieux, troubles des conduites, addictions, tentatives de suicide, etc.) à court et long terme ».

- Problématiques repérées

En lien avec les confinements organisés mis en place dans le cadre de la crise sanitaire du COVID, les professionnels constatent une **augmentation du mal-être, des troubles anxieux** et notamment des phobies scolaires, et ce, chez les enfants dès neuf ans ³⁰, alors qu'ils avaient auparavant le sentiment que ces difficultés concernaient plutôt les enfants et adolescents à partir de 12 ans.

Les acteurs du territoire rappellent également qu'une partie des difficultés de santé mentale des enfants sont liées à des problématiques familiales, à des difficultés relationnelle ou d'attachement parent-enfants. Ils soulignent l'enjeu de prévenir les difficultés de liens parents-enfants très tôt (périnatalité), le besoin d'écoute psychologique enfants et parents et plus globalement **le besoin de prise en charge des enfants dans leur dynamique familiale**.

3.2. Les adolescents et les jeunes

- Les ressources de lien social, facteurs de prévention de l'isolement social et du mal-être

Les ressources de lien social sont des leviers pour soutenir la santé mentale (lutte contre l'isolement et prévention du mal-être adolescent). Celles qui concernent particulièrement les jeunes sont concentrées dans les deux principales villes du territoire. Crolles et Pontcharra disposent effectivement de MJC, d'une offre sportive, culturelle, artistique diversifiée et d'équipements sportifs en accès libre, comme le skatepark de Crolles, qui semblent bien repérés et utilisés par les adolescents et les jeunes. Cette offre est par contre limitée dans les communes de petite taille et les jeunes résidant dans les communes éloignées de Crolles et Pontcharra n'y ont pas accès, à moins d'être accompagnés en voiture par leurs parents. Si certains adolescents se retrouvent entre pairs dans l'espace public, parfois à un abribus, d'autres sont relativement isolés pendant leur temps libre.

Les regroupements de jeunes dans certains espaces publics n'est pas perçu de la même manière par tous les habitants. Ils semblent être mal perçus par une partie d'entre eux qui peuvent exprimer un sentiment d'insécurité et mettre en avant des nuisances sonores, en particulier s'il s'agit de regroupements nocturnes. D'autres habitants soulignent, au contraire, le besoin de socialisation, d'espace d'expérimentation entre pairs, loin du regard des adultes. Conscients du regard pas toujours bienveillant des adultes sur la jeunesse, ces habitants soulignent le besoin de développer un regard tolérant sur la jeunesse, mais aussi de concilier dans l'aménagement des espaces publics ce besoin de socialisation entre pairs des jeunes et de tranquillité des riverains.

De manière plus globale, des interrogations autour de la santé mentale des jeunes, de leur accès aux ressources du territoire se sont fait jour au sein du Conseil de développement (instance de démocratie participative de la Communauté de communes du Grésivaudan), qui a souhaité creuser cette thématique dans une étude spécifique (Cf. étude qualitative sur la santé mentale des jeunes de la Communauté de communes du Grésivaudan réalisé pour le Conseil de développement).

³⁰ Rapport 2021 Santé mentale des enfants : le droit au bien-être. Défenseur des droits.

- Accès aux ressources de santé mentale

Le territoire dispose de **ressources d'écoute gratuites** pour les adolescents et les jeunes qui sont saluées et semblent bien repérées par les professionnels :

- Les psychologues du CPEF³¹ Agathe situé à Pontcharra peuvent recevoir gratuitement les adolescents et les jeunes. Le CPEF propose en outre des « Permanences écoute collégiens » destinées aux 11-15 ans à Pontcharra, Goncelin et Allevard ;
- Les conseillères conjugales et familiales du CPEF de Villard-Bonnot (Planning familial) sont également repérées comme des professionnelles ressources à l'écoute des adolescents et des jeunes ;
- Le psychologue de la Mission locale peut recevoir les jeunes en difficultés d'insertion pour un soutien et une écoute psychologique, une première évaluation et si besoin une orientation vers des soins psychiques (notons toutefois que ce poste n'est pas pourvu depuis début 2022).

De fortes **inquiétudes** sont par contre exprimées par les professionnels concernant **l'accès aux soins psychiques des adolescents** et des jeunes.

Diverses ressources de soins psychiques pour les adolescents et les jeunes du territoire sont identifiées :

- les CMP enfants du territoire (CMP Enfants de Saint-Ismier et Pontcharra qui reçoivent les jeunes jusqu'à 18 ans) puis les CMP adultes au-delà de 18 ans (CMP Adultes de Crolles et Pontcharra) ;
- les dispositifs adolescents et jeunes du bassin grenoblois, parmi lesquels les dispositifs de psychiatrie publique portés par le CHAI, comme la Maison des Adolescents, l'équipe InterFAS³², l'unité d'hospitalisation Tony Lainé sont repérés. D'autres ressources précieuses comme la clinique du Grésivaudan qui propose une prise en charge des troubles de l'adolescents et du jeune adulte (15-25 ans) en hospitalisation complète et hospitalisation de jour, l'établissement de santé mentale de la MGEN pour les étudiants sont également salués.

Toutefois, l'ensemble de ces ressources sont saturées et ne peuvent répondre aux demandes de prise en charge ou alors avec des délais jugés très longs. La prise en charge des adolescents entre 16 et 18 ans est semble-t-il particulièrement problématique : ils ne peuvent être orientés vers les CMP infanto-juvénile du fait des délais de prise en charge très longs, 2 ans (ils seront âgés de 18 ans au moment de leur prise en charge effective et relèveront d'un CMP adultes), et sont orientés par fois directement vers des structures de soins pour adultes mais qui sont peu adaptés à leurs problématiques.

Les professionnels et notamment les professionnels de l'insertion, de l'enseignement expriment des inquiétudes fortes car, en raison de la saturation de ces dispositifs de soins, ils ne savent pas où orienter les jeunes en cas de perception de signaux d'alerte.

³¹ Centre de Planification et d'éducation familiale renommés depuis février 2022 Centre de santé sexuelle (CSS)

³² Le dispositif L'InterFas est destiné aux adolescents et jeunes adultes (12-21 ans) en difficulté psychique, sans aucun suivi, qui ne parviennent pas à accéder aux soins (repli au domicile, actes suicidaires, conduites de mise en échec...). Il est composé de deux dispositifs :

- Une équipe mobile qui intervient au domicile des adolescents, sur alerte de l'entourage ou d'un professionnel de soin ou éducatif, sans attendre une demande explicite ou directe de la part du jeune. Elle réalise des interventions limitées dans le temps avec pour objectif une évaluation de la situation, une adhésion aux soins du jeune et de sa famille et un relai vers une autre équipe de soin.
- Un accueil de jour, CATTP court séjour, qui peut être proposé pour permettre un soutien ambulatoire intensif pour des adolescents en situation psychique aiguë (post urgences), également pour une période courte adaptable.

Des réflexions pour la mise en place de permanences de la Maison des adolescents dans la Communauté de communes du Grésivaudan sont semble-t-il en cours.

L'accompagnement et la prise en charge des adolescents et jeunes en crise suicidaire et notamment l'accompagnement des adolescents et jeunes ayant réalisé une tentative de suicide est également un sujet de préoccupation pour les professionnels. En effet, ils constatent qu'après un passage aux urgences pour tentative de suicide, souvent, aucun relais de soin n'est mis en place. En effet, si les personnes ayant fait une tentative de suicide, sont systématiquement rappelées après un passage aux urgences dans le cadre du dispositif Vigilans³³, afin de prévenir les récurrences, elles ne sont pas systématiquement orientées vers un suivi spécialisé ou une hospitalisation, ce qui étonne et inquiète les professionnels qui ont le sentiment que les jeunes repartent à domicile dans une situation de grande fragilité. Au-delà du besoin de ressources de prise en charge et d'accompagnement sur la durée des jeunes ayant fait une tentative de suicide, les échanges entamés dans le cadre de ce diagnostic soulignent aussi le besoin d'information et de formation des professionnels de terrain sur la prise en charge de la crise suicidaire.

- Problématiques repérées

L'impact défavorable de la crise sanitaire sur la santé mentale des adolescents et des jeunes est constaté par tous, avec une augmentation du mal-être, de l'anxiété et notamment des phobies scolaires. Le harcèlement, la pression scolaire (une problématique plutôt repérée dans les territoires favorisés où les attentes et exigences des parents et des établissements scolaires peuvent être élevées), les difficultés d'orientation sont également des sources identifiées de mal-être.

L'importance du mal-être, des difficultés de santé mentale chez les jeunes en difficultés d'insertion est particulièrement soulignée par les professionnels. La faible estime de soi, le mal-être lié aux difficultés d'insertion sont rapportées pour une partie de ces jeunes.

Par ailleurs, la situation de certains **jeunes isolés à domicile, en souffrance psychique** est un point d'attention pour les professionnels de l'insertion. En effet, les professionnels ont le sentiment que ces jeunes (qui ne sont ni en emploi, ni en études, ni en formation ni suivis dans le cadre d'un dispositif d'insertion) sont repérés tardivement et nécessitent un accompagnement individuel renforcé pour entamer des démarches d'insertion et aller vers une prise en charge en santé mentale.

Les jeunes migrants sont un groupe particulièrement vulnérable sur le plan de la santé mentale, du fait, pour une partie d'entre eux, d'événements traumatiques vécus avant ou pendant leur émigration (stress post-traumatique), auxquels s'ajoutent la souffrance liée à l'exil, à l'isolement social, à la grande précarité et au parcours administratif complexe et long pour l'obtention de l'asile.

Certains jeunes migrants interviewés ont pu bénéficier de consultations à la Permanence d'accès aux soins de santé psychiatrique (PASS psy) de Grenoble mais après une ou deux consultations, dès lors qu'ils ont ressenti un premier soulagement, ils n'y sont plus retournés en raison de la contrainte de mobilité.

³³ Vigilans est un dispositif de veille et de maintien du lien auprès des personnes suicidantes à la sortie d'un service de soins. Ce dispositif est déployé dans 5 établissements de la région afin de couvrir tout le territoire régional : CH Alpes-Isère, CH Le Vinatier, CHU Clermont-Ferrand, CHU Saint-Etienne et CHU Grenoble-Alpes.

Les troubles psychiques émergents, l'entrée dans la maladie psychiatrique de jeunes (à partir de 15 ans mais le plus souvent à partir de 18, 20 ans) est également un point d'attention pour les professionnels et les associations de proches comme l'UNAFAM.

En effet, nombre de jeunes sont encore repérés, diagnostiqués et pris en charge tardivement, alors qu'une prise en charge précoce et adaptée limite le risque de transition vers la psychose ou le risque de psychose sévère et l'entrée dans la phase chronique de la maladie. Elle améliore aussi les chances de rémission. Toutefois, la problématique de l'adhésion aux soins, liées aux difficultés de reconnaissance des troubles (fréquent pour les troubles psychiques), aux représentations négatives sur la maladie mentale, la psychiatrie, retarde l'entrée dans le parcours de soins. De même, les effets secondaires des traitements médicamenteux (prise de poids, somnolence) renforcent le risque de rupture de soins.

L'équipe Calipso du CHAI, qui peut si besoin se déplacer à domicile, est une ressource saluée. De même, les formations aux « premiers secours en santé mentale » (PSSM) et le lancement récent des premiers secours en santé mentale Jeunes, auxquels peuvent se former professionnels et habitants, doit permettre d'améliorer le repérage des troubles psychiques chez les jeunes et faciliter l'accompagnement vers une prise en charge. Ces formations participent également à créer une culture commune sur la santé mentale (meilleure connaissance des maladies) et les soins en psychiatrie.

3.3. Les adultes

- Accès aux soins en santé mentale

À l'image de ce qui est observé dans de nombreux territoires, les **besoins et demandes de soins psychiques sont très importants au regard des ressources en présence.**

En libéral, au-delà de la question du coût (une partie des psychiatres libéraux exercent avec dépassement d'honoraire et donc peu accessibles pour les patients modestes) les files actives des psychiatres du territoire (et plus largement du bassin grenoblois) apparaissent saturées avec des délais d'attente longs et des refus de prendre en charge de nouveaux patients.

Face à cette demande, les CMP adultes du territoire (Crolles, Pontcharra) ont mis en place une organisation particulière pour proposer une première évaluation rapide, proposer une prise en charge ou réorienter les patients qui ne relèvent pas de la psychiatrie vers d'autres professionnels. L'organisation décrite par les professionnels du CMP est la suivante :

- Les deux CMP adultes du territoire proposent dans un délai relativement court (15 jours à 3 semaines à Pontcharra, 3 à 4 mois à Crolles) un premier rendez-vous infirmier pour évaluer la situation et proposer ensuite, si besoin, une consultation avec le psychiatre (dans un délai d'un moi, un mois et demi) ou réorienter vers un psychiatre libéral ou un psychologue les patients sans trouble sévère qui en ont les moyens financiers ;
- Le CMP adultes de Pontcharra dispose dans son équipe d'un infirmier de pratique avancée. Ce dernier, en coopération avec le médecin, prend en charge le suivi et le renouvellement des traitements médicamenteux pour les patients stabilisés. Ce qui permet (délégation de tâches), dans certains CMP : l'infirmier de pratique avancée (IPA) au CMP de Pontcharra réalise le suivi et le renouvellement des traitements des patients stabilisés en collaboration avec le psychiatre ;

Par ailleurs les CMP adultes ont la volonté de renforcer leur articulation avec les médecins généralistes du territoire : un adressage par le médecin traitant est demandé - mais n'est pas obligatoire - et un courrier est systématiquement envoyé par le CMP de Crolles en cas de réorientation vers un autre professionnel. Les psychiatres prennent également le temps de contacter par téléphone le médecin traitant du patient en début de prise en charge (avec l'accord du patient) pour partager des informations sur la prise en charge proposée et les traitements médicamenteux.

Les **difficultés d'accès à une écoute et suivi psychologique** pour les adultes sont également relevées par les professionnels : les psychologues libéraux du territoire sont saturés et peu accessibles aux ménages modestes. Des possibilités d'écoute psychologique gratuite par les psychologues du CPEF de l'association AGATHE existent à Pontcharra. Les conseillères conjugales du CPEF du Planning Familial à Villard-Bonnot peuvent également réaliser un travail d'écoute, mais plutôt destiné et repéré par des femmes rencontrant des problématiques conjugales ou familiales ou de violences conjugales. Ces deux CPEF (aujourd'hui dénomés centre de santé sexuelle- CSS) accompagnent notamment les personnes vivant des violences intrafamiliales.

- Problématiques repérées

Les professionnels se trouvent souvent démunis pour **accompagner des personnes repérées comme ayant des troubles psychiques mais qui ne sont pas suivies ou qui sont en ruptures de soins**. Les personnes peuvent poser des problèmes de comportements dans les services sociaux ou dans leur logement. Ces situations laissent souvent les professionnels démunis (travailleurs sociaux, bailleurs sociaux notamment) car ils souhaiteraient pouvoir intervenir en amont d'une dégradation plus importante de l'état de santé psychique des personnes mais ils n'ont pas de « réponse possible » si le patient n'est pas connu du CMP. En effet, ces situations qui posent parfois des problèmes d'ordre public ou dans le logement ne relèvent pas forcément de la psychiatrie et cette dernière ne peut intervenir qu'avec l'accord de la personne (sauf en cas de danger pour elle-même ou pour autrui pour lesquels des soins sans consentement peuvent être organisés).

Les **difficultés d'insertion des adultes ayant des troubles psychiques sévères et chroniques et des personnes en situation de handicap psychique** sont une autre problématique abordée par les professionnels et les associations de proches. Leur insertion relève à la fois d'une meilleure acceptation sociale de la maladie (destigmatisation), mais aussi d'un appui concret pour vivre dans un logement autonome. En effet, le besoin d'accompagnement au domicile est nécessaire pour sécuriser les personnes et les aider dans le quotidien. Dans ce domaine, les acteurs relèvent que le SAVS³⁴ et le SAMSAH³⁵ (portés par l'association ALHPI) manquent de place. Ils soulignent aussi l'intérêt des solutions de logement dits « intermédiaires » proposant par exemple des logements individuels regroupés avec la présence sur place d'un travailleur social qui puisse effectuer une forme de veille et également les aider dans les démarches d'insertion ou les démarches de santé.

³⁴ service d'accompagnement à la vie sociale

³⁵ et le service d'action médico-social pour adulte handicapés

L'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique est également difficile ici, comme ailleurs. Les difficultés de mobilité importantes de ce public est le premier obstacle, selon les acteurs rencontrés.

Par ailleurs, pour ceux qui peuvent prétendre à un emploi en milieu protégé, par exemple à l'ESAT de Lumbin (géré par l'AFIPH- initialement dédié aux personnes ayant une déficience intellectuelle mais qui accueille aussi des personnes en situation de handicap psychique), les professionnels relèvent que les emplois proposés sont encore peu diversifiés et adaptés pour les personnes ayant des troubles psychiques. Il s'agit souvent de postes dans les espaces verts, très exigeant physiquement et qui ne correspondent pas à tous.

Pour les personnes en situation de handicap psychique qui peuvent occuper un emploi en entreprise classique (dit « milieu ordinaire »), les acteurs soulignent le manque d'information sur les dispositifs d'aide pour accompagner les employeurs dans l'emploi des personnes ayant des troubles psychiques (par exemple « Embauche et suivi dans l'emploi » et « Joab coaching » par l'association MESSIDOR).

Le besoin de **soutien et de formation des proches de patients** ayant une pathologie psychiatrique est souligné par les associations de familles et les professionnels. Ces aidants qui accompagnent au quotidien leur proche malade sont souvent démunis lors de l'entrée dans la maladie de leur proche et très isolés pour les accompagner au quotidien.

Dans ce domaine, L'UNAFAM³⁶, fortement mobilisée pour la réalisation de ce diagnostic, est une ressource précieuse pour l'accompagnement des familles et de l'entourage de personnes ayant des troubles psychiques. Elle propose, à Grenoble, des permanences d'accueil, et des formations pour soutenir les proches et prévenir, dans la mesure du possible le risque d'épuisement psychique et physique. L'association porte également un dispositif d'écoute téléphonique, anonyme et gratuit, par des psychologues cliniciens. En lien avec les équipes du CHAI, l'UNAFAM propose aussi régulièrement à Grenoble un programme court de psychoéducation à destination des familles, dénommé « BREF ». Il a pour objectifs de motiver les aidants à se faire aider, d'informer sur la maladie, les traitements et les dispositifs existants, de développer l'alliance thérapeutique et d'individualiser l'accueil des familles.

3.4. Personnes âgées

L'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) qui dépend du CHAI est une ressource saluée par les acteurs du territoire. L'EMPSA peut être sollicitée pour des évaluations gériopsychiatriques des sujets âgés de 70 ans et plus présentant des troubles d'allure psychiatriques. Ces évaluations peuvent être réalisées à domicile ou en structure médico-sociale. L'équipe intervient également en soutien aux équipes des EHPAD du territoire, par des conseils, de la formation aux équipes soignantes.

Pour les personnes en situation de handicap psychique vieillissantes, l'EHPAD du Versoud, qui s'est spécialisée dans la prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques chroniques et sévères est également une ressource précieuse.

Le sous-repérage des difficultés de santé mentale chez les personnes âgées est un autre point d'attention selon les acteurs rencontrés. En effet, ces problèmes de santé mentale et notamment la dépression sont parfois banalisées et encore insuffisamment repérées, diagnostiquées et prises en

³⁶ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

charge chez les patients âgés, soulignant l'enjeu de la sensibilisation des médecins généralistes sur la psychiatrie du sujet âgé et en particulier la dépression. Par ailleurs, les personnes âgées isolées, à mobilité réduite, du territoire accèdent difficilement à des soins psychiques, à un suivi psychologique en raison de leurs difficultés de déplacement.

Enfin, pour les personnes âgées présentant des difficultés en lien avec des troubles neuro-dégénératifs, le besoin d'une approche globale est souligné mais des difficultés d'articulation entre la gériatrie et la psychiatrie publique sont souvent constatées, comme dans de nombreux territoires.

3.5. Améliorer le niveau de connaissance et le partenariat en santé mentale

Améliorer le niveau de connaissance du grand public, des professionnels, destigmatiser la santé mentale est une volonté des acteurs rencontrés. Dans ce domaine l'intérêt des formations aux premiers secours en santé mentale (PSSM³⁷) est souligné par les représentants de la psychiatrie publique et les associations des proches aidants (un module de formations spécifique « jeunes » est désormais proposé pour les adultes et professionnels au contact de ce public). Ces formations (qui sont conçues sur le modèle des formations aux gestes de premiers secours « somatiques ») sont destinées aux professionnels et au grand public pour permettre d'apporter une première aide à une personne qui vit le début d'un trouble de santé mentale, une aggravation d'un trouble de santé mentale ou qui est dans une phase de crise, dans l'attente d'une intervention professionnelle. Au-delà de l'intérêt de ces formations pour favoriser le repérage des difficultés en santé mentale, et apporter une première aide aux personnes concernées, ces formations concourent également à la destigmatisation des difficultés de santé mentale et des soins psychiques et peuvent faciliter une meilleure insertion sociale des personnes ayant des troubles psychiques.

Enfin, le **bon maillage et la volonté d'articulation entre les professionnels du champ sanitaire et social et la psychiatrie publique** autour des questions de santé mentale est saluée dans le territoire du Grésivaudan.

Les professionnels saluent par exemple l'existence du « Réseau enfance » sur le secteur de Pontcharra qui réunit tous les deux moins l'ensemble des structures intervenant dans le champ de l'enfance et de la famille (services PMI et de l'aide sociale à l'enfance du Département, CAMSP, la Sauvergarde de l'enfance, le RASED, service social du collège ...). Ce réseau, qui n'est pas centré sur les questions de santé mentale, permet l'interconnaissance des professionnels et de leurs missions et favorise la coordination des interventions.

L'appétence pour le travail en partenariat, la présence et l'implication **d'associations de proches et de familles**, comme l'UNAFAM, constituent des atouts forts pour répondre aux besoins de santé mentale de la population et favoriser l'insertion des personnes ayant des troubles psychiques chroniques.

³⁷ <https://pssmfrance.fr/> <https://www.unafam.org/isere/premiers-secours-en-sante-mentale-pssm>

4. Santé des jeunes (0-25 ans)

Au-delà des enjeux de santé mentale, déjà traité dans le chapitre précédent, l'état de santé des jeunes de 0-25 ans de la Communauté de communes du Grésivaudan (29,6% de la population du territoire en 2018³⁸) est globalement favorable. Bien que le territoire soit favorisé au plan économique et social, on note la présence de personnes très modestes voire en situation de précarité, une précarité qui peut aussi concerner les jeunes.

4.1. Les enfants

- Les enjeux de santé identifiés pour les enfants

Globalement en bonne santé, les enfants de ce territoire favorisé bénéficient d'un suivi médical régulier. Plusieurs problématiques et enjeux de santé sont néanmoins relevés pour cette tranche d'âge, notamment pour les enfants issus de familles modestes et précaires.

Les professionnels relèvent que les **enfants de familles en précarité ne bénéficient pas toujours d'un suivi de santé régulier**, en raison notamment des difficultés de mobilité des parents. Au moment de l'étude, une réflexion était ainsi en cours dans le service de PMI pour développer des permanences de proximité pour faciliter encore l'accès géographique aux parents non véhiculés (au moment de l'étude cinq lieux de consultation existaient : Villard-Bonnot, Barraux – à côté de Pontcharra-, le Cheylas, Crêt en Belledonne et Allevard).

L'**isolement social de certains parents d'enfants en bas-âge** et en particulier des mères isolées et précaires est une problématique bien connue des professionnels. Le territoire dispose de ressources diversifiées, comme les Lieux accueil enfants parents (6 LAEP maillent le territoire du Grésivaudan) et de propositions associatives (par exemple l'association la « Papote » à Lumbin). Toutefois tous les parents isolés ne souhaitent pas aller vers des activités collectives et les acteurs soulignent le besoin d'accompagnement individuel des parents isolés et précaires.

Les **difficultés et les troubles du langage** sont une problématique très repérée pour cette tranche d'âge et les délais d'attente pour une prise en charge jugés longs (1 an d'attente ou plus chez les orthophonistes libéraux selon les professionnels). L'enjeu de la prévention, des actions de stimulation langagière auprès des enfants en bas-âge est abordé par une partie des professionnels qui soulignent l'intérêt de sensibiliser et former les acteurs de la petite enfance (crèches, assistantes maternelles, PMI, ...), mais également les parents aux méthodes de stimulation langagière. Dans ce domaine, les acteurs du territoire pourraient bénéficier de l'expertise grenobloise, ville qui a développé depuis une dizaine d'année le programme « Parler BAMBIN³⁹ ».

Les rythmes et l'hygiène de vie d'une partie des enfants reste un sujet d'attention pour les professionnels qui constatent le besoin de sensibilisation de certains parents à ce sujet. Au-delà des

³⁸ Données du recensement de la population 2018

³⁹ « PARLER Bambin » approche mise au point par le Dr. Michel Zorman, médecin et chercheur en neurosciences à Grenoble. Dont l'objectif est de renforcer précocement le langage chez les 18-30 mois repérés comme « petits parleurs », pour lutter contre l'échec scolaire au premier cycle et ainsi réduire les inégalités sociales de santé.

questions d'alimentation, d'activité physique et de sommeil, la place des écrans retient tout particulièrement l'attention des professionnels. L'exposition précoce aux écrans de très jeunes enfants et notamment aux smartphones est un sujet de préoccupation. Les professionnels constatent qu'une partie des parents manquent de repères, d'information sur les conséquences de la surexposition aux écrans sur la santé des enfants⁴⁰. Ils ont le sentiment que certains parents connaissent les messages de prévention mais ont des difficultés à limiter le temps d'écran faute d'alternatives pour occuper ou calmer les enfants. Ils rappellent aussi qu'une partie des parents, dont les jeunes parents, sont eux-mêmes dans un usage très important du smartphone et des écrans.

Lutter contre la sédentarité des enfants est aussi un enjeu partagé par les acteurs du territoire. Au-delà de la proximité de la nature (qui offre des possibilités de marche à pied, d'activité physique de plein air) la présence de jeux extérieurs dans l'espace public, dans certaines communes, est soulignée comme un atout. L'aménagement des cours d'école pour encourager les enfants à se dépenser davantage lors des temps de pause est également une piste jugée comme très pertinente, lorsque l'espace le permet.

Par ailleurs, si le **surpoids et l'obésité** sont une problématique moins repérée que dans d'autres territoires (Cf. prévalence plus élevée chez les enfants de classes sociales moins favorisées), les professionnels constatent toutefois que la prise en charge des enfants concernés par cette maladie chronique reste longue et complexe et les échecs nombreux. Par ailleurs si des possibilités de prises en charge pluridisciplinaires existent dans le cadre du RÉPPOP 38, nombre de consultations et d'activités se déroulent à Grenoble et sont finalement peu utilisées par les enfants issus de familles modestes (Cf. difficultés de mobilité).

- La santé des enfants en situation de handicap

Les **difficultés d'accès aux diagnostics et aux prises en charge** des enfants en situation de handicap est un point d'attention pour les professionnels.

En effet, au-delà des difficultés d'acceptation du handicap par les parents, une étape douloureuse et parfois longue, la saturation des ressources publiques de diagnostic (comme le CMP enfants, le CAMSP, les centres ressource en deuxième intention comme le CADIPA⁴¹ pour les enfants avec suspicion de troubles du spectre autistique) et le coût de certains bilans en libéral (les bilans neuropsychologiques ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie) engendrent retards et renoncements aux diagnostics. Dans ce domaine, la mise en place récente des plateformes de coordination et d'orientation (PCO ANAIS en Isère) pour les enfants de moins de 7 ans ayant une suspicion de trouble neurodéveloppemental est saluée car elle prend financièrement en charge les bilans auprès de professionnels de santé libéraux.

⁴⁰ Sédentarité, manque et baisse de la qualité du sommeil, augmentation du surpoids et de l'obésité, mais également, même si la littérature sur le sujet apporte des éléments contradictoires, sur le développement cognitif de l'enfant, de ses apprentissages et sur les troubles de santé mentale

⁴¹ Centre Alpin de Diagnostic Précoce de l'Autisme est une des six unités d'évaluation du Centre ressource autisme Rhône-Alpes.

Pour les prises en charge, les mêmes contraintes sont repérées, auxquelles s'ajoutent les difficultés de mobilité des familles précaires. Si certains enfants bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire et sans avance de frais (et dans un lieu unique) en CMP ou en CAMSP, tous ne peuvent en bénéficier. En effet, ces structures publiques ne peuvent répondre à l'ensemble des demandes et une partie des enfants sont orientés vers des professionnels de santé libéraux. Néanmoins, les contraintes économiques et de mobilité des parents précaires (non véhiculées pour se déplacer sur des lieux de consultations parfois distants) entraînent des ruptures de prises en charge, des prises en charge irrégulières. Au bilan, les professionnels soulignent les inégalités sociales présentes également dans le champ du handicap : les enfants en situation de handicap issus de familles modestes ont moins de chance de bénéficier d'une prise en charge adaptée.

Le **besoin d'aide des familles au montage du dossier de reconnaissance du handicap** auprès de la Maison Départementale de l'Autonomie (MDA), dossier complexe, a également été abordé. Plusieurs ressources d'aide à la constitution des dossiers MDA sont repérées dans le territoire, comme les travailleurs sociaux des CMP pour les enfants qui sont pris en charge par la structure, la PMI (pour les enfants de moins de six ans), la médecine scolaire. Les médecins généralistes sont également sollicités par les familles pour la constitution de ces dossiers, mais cette tâche est chronophage et souvent ils manquent de formation sur le handicap et la constitution de ces dossiers. Ces médecins pourraient orienter leurs patients vers la PMI, rodée à ce type de dossier, mais les missions des médecins de PMI, comme dans de nombreux territoires, semble encore insuffisamment connue des médecins généralistes libéraux. Afin de renforcer l'articulation entre les médecins généralistes et la PMI des rencontres régulières ont été mis en place depuis 10 ans pour renforcer le partenariat et les collaborations entre professionnels de la PMI et les médecins libéraux du territoire.

Enfin, les **difficultés de scolarisation** des enfants en situation de handicap sont également une problématique repérée, dans ce territoire comme au niveau national. Le manque d'AESH, le manque de place dans les classes ULIS, les établissements et services médicaux sociaux (6 ans d'attente pour un SESSAD, selon les professionnels interviewés) sont pointés. Dans l'attente d'une scolarisation adaptée, certains enfants sont scolarisés à temps partiel ou déscolarisés ou maintenus à l'école mais sans les aménagements nécessaires, ce qui impacte négativement leur progression et leur scolarité.

4.2. Les adolescents

Les questions d'hygiène et de rythme de vie des adolescents retiennent l'attention des professionnels : le manque de sommeil, l'alimentation peu équilibrée (consommation excessive de produits sucrés et gras), la baisse du niveau d'activité physique, la place des écrans sont des thématiques repérées. Des difficultés autour de la gestion des **écrans**, des réseaux sociaux sont notamment fréquemment relevés. Les phénomènes de cyberharcèlement, d'addiction aux écrans et les répercussions de la surexposition aux écrans sur la santé des adolescents (la sédentarité et le manque de sommeil) sont pointés.

Malgré un cadre de vie propice à l'activité physique de plein air, une offre sportive riche, et une population jugée globalement « sportive », les professionnels constatent, comme souvent, une **baisse de la pratique sportive chez les adolescents** et en particulier parmi les filles et les adolescents issus de

milieux modestes. Nombre d'adolescents, alors même qu'ils ont jusqu'à 13 ans pratiqué en club renoncent à faire du sport dans un cadre organisé à l'adolescence. Si certains continuent à pratiquer dans des équipements sportifs en accès libre, c'est une minorité. En effet, ces équipements, présents dans les principales villes du territoire notamment à Crolles ou Pontcharra, ne sont pas accessibles pour les jeunes ruraux. Par ailleurs, ces équipements sont souvent des terrains de foot (« city-stade »), plutôt fréquentés par des garçons. Les professionnels ont ainsi souligné l'intérêt de proposer des équipements sportifs en accès libre en rural et de prendre en compte les enjeux de genre pour augmenter le niveau d'activité physique des adolescents, notamment des filles (qui présentent le niveau d'activité le plus faible⁴²).

En matière de **santé sexuelle et affective**, le territoire dispose de deux Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), l'un géré par l'association du Planning Familial à Villard-Bonnot et l'autre porté par l'association Agathe à Pontcharra. Ces structures semblent bien repérées par les adolescents du territoire et sont saluées par les professionnels, qui peuvent y orienter des jeunes et les solliciter pour réaliser des actions d'éducation à la sexualité (dans les établissements scolaires, à la Misson locale...).

En matière de santé sexuelle et affective, le besoin de mener encore, et de manière régulière des actions de prévention et d'éducation sexuelle est souligné. Dans ce domaine, les besoins de sensibilisation sur le consentement, l'égalité homme-femme, la pornographie (l'exposition des enfants à la pornographie sur internet est une problématique repérée dès l'école primaire) sont particulièrement repérées.

Les questions d'identité sexuelle et de genre sont également d'une grande actualité. Le fait que certains adolescents questionnent ouvertement leur identité sexuelle et de genre surprend et interroge une partie des professionnels. Ils repèrent également la souffrance que ces questionnements génèrent chez ces adolescents. Les professionnels sont souvent démunis pour les écouter et leur venir en aide car ils sont globalement peu sensibilisés et formés aux questions de santé sexuelle, d'identité sexuelle et de genre et par ailleurs ces questions peuvent heurter les représentations de certains.

La **consommation de tabac, de cannabis, d'alcool et autres substances psychoactives** est une autre thématique abordée par les professionnels au sujet des adolescents.

Concernant l'alcool, les professionnels ont le sentiment que les confinements durant la crise sanitaire ont accentué le phénomène de banalisation de la consommation d'alcool des parents dans le cadre familial. Les conséquences de cette banalisation sur les adolescents et les jeunes questionnent les professionnels.

La banalisation de la consommation de cannabis par les adolescents et les jeunes est unanimement constatée par les professionnels. Les risques pour la santé semblent largement méconnus par les jeunes (addiction, décompensation psychiatrique, conduites à risques comme les accidents de la circulation, les prises de risques sexuels...). Une partie d'entre eux consomment quotidiennement du cannabis, parfois dans une stratégie pour réduire le stress, l'anxiété ou « *tromper l'ennui* ». Au-delà de l'information sur les risques, l'enjeu de renforcer les compétences psychosociales des adolescents et des jeunes pour leur permettre notamment de développer leur esprit critique, de résister à la pression du groupe pour consommer (une stratégie d'intervention qui a montré des preuves

⁴² Activité physique et sédentarité de l'enfant et de l'adolescent. Nouvel état des lieux en France. ONAPS édition 2020. Consultable sur le site internet <https://onaps.fr/report-card-2020/>

d'efficacité pour prévenir les addictions) et l'intérêt de développer encore des interventions de ce type est souligné par les professionnels. Des actions de ce type sont notamment développées par l'IREPS et Addiction France et dans certains collèges du territoire, par exemple au Collège du Touvet où une partie de l'équipe (enseignants, conseiller principal d'éducation, infirmier scolaire) sont formées à ce type d'approche .

Enfin, les professionnels pointent les difficultés d'accès géographique aux ressources d'addictologie pour les adolescents et jeunes. En effet, les consultations jeunes consommateurs (CJC) les plus proches sont situées à Grenoble et Chambéry et les jeunes du Grésivaudan en difficulté avec leur consommation et désireux de se faire aider renoncent, le plus souvent, à s'y rendre.

4.3. Les jeunes adultes

- Les jeunes en difficulté d'insertion

Comme le montre la pyramide des âges (cf. données quantitatives), nombre de jeunes du Grésivaudan quittent le territoire pour poursuivre leurs études et débiter leur carrière professionnelle. De ce fait, une partie de ceux qui demeurent dans le territoire ne font pas d'études, ont un niveau de qualification relativement faible et rencontrent des difficultés d'insertion. Non véhiculés, sans revenus ou avec des revenus très modestes, ces publics sont particulièrement concernés par les difficultés de mobilité qui freinent leur accès à des ressources de tout type (emploi, socialisation...) y compris de santé.

Les jeunes en difficultés d'insertion présentent globalement un état de santé moins favorable que les jeunes en général. Les professionnels en lien avec ce public (les chargés d'insertion de la Mission locale ou les éducateurs spécialisés de l'APASE) relèvent en particulier des problématiques de santé bucco-dentaire, de santé mentale (évoquées dans le chapitre précédent) et d'addiction. Par ailleurs, ils signalent que ce public est particulièrement concerné par des difficultés d'accès aux soins, en raison de leur méconnaissance des démarches pour ouvrir des droits à une couverture sociale et de contraintes économiques et géographiques (notamment pour ceux qui résident dans des communes rurales).

Les difficultés d'accès à un logement des jeunes en difficultés d'insertion ont également été abordées lors des entretiens. En effet, le coût élevé de l'immobilier ne permet que très difficilement aux jeunes d'accéder à un logement autonome. Par ailleurs, les professionnels soulignent le manque de solutions d'hébergement avec un accompagnement social pour des jeunes en rupture familiale qui ont besoin d'être aidés et soutenus dans leurs démarches d'insertion.

- Les jeunes adultes migrants, demandeurs d'asile

Des ressources d'aide sont repérées et saluées dans le territoire pour les jeunes hommes migrants, précaires, demandeurs d'asile qui sont présent dans le territoire : l'Associations Accueil Migrants Grésivaudan et la Mission locale qui peut les accompagner dans leurs démarches d'insertion y compris d'accès à un logement. À ce sujet, les acteurs rencontrés en entretien soulignent l'impact défavorable des conditions de logement très précaires (hébergement provisoire) de ces jeunes migrants sur leur

santé (y compris santé mentale cf. chapitre précédent). En effet, l'insécurité des conditions de vie, la précarité du logement constituent un déterminant majeur d'un mauvais état de santé et une entrave à l'accès aux soins.

- Les jeunes en situation de handicap : des difficultés d'insertion professionnelle

Les professionnels de l'insertion constatent qu'une partie des jeunes qu'ils accompagnent sont en situation de handicap. Les difficultés décrites ci-dessous concernent surtout les jeunes en situation de handicap psychique ou ayant une déficience intellectuelle légère à modérée.

Certains n'ont pas bénéficié d'une prise en charge, ni d'un parcours scolaire adapté : faute de diagnostic, de prise en charge, d'aménagement tout au long de leur scolarité, ces élèves ont souvent été en échec scolaire et ont quitté le système scolaire à 16 ans, souvent sans qualification. D'autres ont effectué leur scolarité en milieu spécialisé mais vers 18 ans ils souhaitent s'affranchir de l'étiquette sociale de « personne en situation de handicap » et intégrer un parcours « classique » d'insertion.

Dans les deux cas de figure, l'acceptation du handicap par le jeune est difficile. Ils refusent la stigmatisation mais les formations, les emplois et les dispositifs d'insertion qui leur sont proposés se heurtent à leurs difficultés (cognitives notamment) et les mettent en échec.

Les professionnels de la Mission locale réalisent un travail d'accompagnement long auprès de ces jeunes jusqu'à la réalisation (le cas échéant) d'un diagnostic et l'obtention de la reconnaissance de travailleur handicapé (RQTH) qui leur permet d'accéder à des parcours d'insertion plus adaptés (avec des acteurs comme le CAP Emploi par exemple).

5. Autonomie

Les entretiens menés dans le cadre du groupe autonomie ont porté sur la santé des adultes en situation de handicap et les personnes âgées de 75 ans et plus.

5.1. Les adultes en situation de handicap

En 2017, 803 allocataires percevant l'allocation pour adultes handicapés (AAH) était dénombré dans la communauté de communes du Grésivaudan, soit 1,4 % des adultes âgés de 20 à 64 ans (contre 2,3 % en Isère et 2,7 % en Auvergne-Rhône-Alpes).

La situation des adultes en situation de handicap psychique a été longuement abordée par les acteurs en présence (Cf. chapitre précédent sur la santé mentale) mais les problématiques des habitants porteurs d'autres type de troubles invalidants n'a pas pu être creusée dans le cadre des entretiens mais pourrait être spécifiquement étudiée car il est essentiel de les différencier. En effet, selon les types du handicap et la sévérité des troubles les problématiques et les besoins sont différents.

- Une insertion sociale et professionnelle souvent plus difficile

La stigmatisation dont sont victimes les personnes en situation de handicap nuisent à leur insertion sociale et à leur santé globale, même si des avancées sont constatées dans la société française. En fonction du handicap et du degré de dépendance, la situation est certes différente, toutefois leur accès au logement, à l'emploi, à une vie sociale satisfaisante, à la santé est souvent moins bon qu'en population générale.

Concernant l'accès aux loisirs, une ressource précieuse est repérée à Crolles, l'association Handy'Namic qui propose des activités sportives, culturelles et artistiques aux enfants et adultes en situation de handicap. La question de l'inclusion des personnes en situation de handicap dans les associations et clubs sportifs du territoire n'a pas été abordée par les acteurs rencontrés mais mériterait éventuellement d'être creusée.

- Le besoin d'information et d'aide des aidants naturels

Les parents, conjoints et globalement les aidants naturels des personnes en situation de handicap sont souvent confrontés à un « parcours du combattant » pour faire valoir leurs droits, accéder à une prise en charge adaptée et manquent souvent d'information en début de parcours. Ces aidants sont également fréquemment isolés, parfois avec un sentiment de culpabilité important et peuvent s'épuiser sur le plan physique et moral. Les familles qui sont au quotidien auprès des personnes en situation de handicap et très dépendantes ont besoin d'être soutenues pour leur permettre de poursuivre leur activité d'aide.

Les associations de personnes en situation de handicap et de familles de personnes en situation de handicap sont situées dans les grandes villes à proximité du territoire : Grenoble (nombreuses

associations membres du réseau Handiréseau 38⁴³) et Chambéry. Les rencontres et activités proposées aux familles et aux aidants sont ainsi plus difficiles d'accès pour les habitants du territoire et tous ne peuvent en bénéficier. Toutefois, des propositions numériques existent, notamment des groupes sur les réseaux sociaux, des rencontres en visio-conférence, qui sont utilisées par les personnes à l'aise avec le numérique.

5.2. Les personnes âgées de 75 ans et plus

À l'image de la population régionale, le Grésivaudan connaît un phénomène de vieillissement de sa population. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 8,3 % de la population du territoire (contre 8,5 % en Isère et 9,4 % en région). Les 85 ans et plus représentent 2,6 % de la population de la Communauté de communes (respectivement 2,9 et 3,3 % dans le département de l'Isère et la région Auvergne-Rhône-Alpes).

Les échanges menés dans le cadre ce diagnostic ont avant tout porté sur les besoins de santé des personnes âgées de 75 ans et plus, âge à partir duquel les problématiques de perte d'autonomie et de dépendance se font plus fréquentes.

La présence de personnes âgées modestes dans le territoire est un point de vigilance, en effet à un âge où les besoins de santé et d'aide sont importants. en effet, le niveau de revenu impacte grandement la possibilité de se soigner, de se faire aider à domicile, au-delà des aides légales.

- Les difficultés de mobilité pour certains

La mobilité est une contrainte forte du territoire pour les personnes âgées (l'accès aux commerces et services, aux ressources de santé mais également aux ressources de lien social, essentielles à la bonne santé physique et mentale des personnes et à leur maintien à domicile). Ces difficultés sont particulièrement marquées pour les personnes âgées non véhiculées résidant dans des petites communes de moyenne montagne (les balcons) et pour les personnes âgées à mobilité réduite.

Des aides financières pour favoriser la mobilité des personnes âgées, comme les chèques Sortir+ de la Carsat, existent. Toutefois les entretiens menés montrent que ces aides sont encore insuffisamment connues et utilisées par les personnes âgées du territoire.

Les initiatives de communes du territoire dans le domaine, sont quant à elles bien repérées et saluées par les habitants. Ils citent par exemple les minibus mis en place par les communes de Montbonnot ou Saint-Ismier. Minibus qui prennent en charge les personnes âgées à leur domicile et les transporte une fois par semaine pour leur permettre de faire des courses au supermarché ou pour des sorties culturelles (par exemple au cinéma).

⁴³ <https://www.handireseaux38.fr>

- L'isolement social

Le territoire est riche de propositions et ressources de lien social pour les personnes âgées. Les clubs pour personnes âgées, les activités sportives, le bénévolat dans des associations caritatives, sont autant d'opportunités de maintenir et de tisser des liens sociaux.

L'isolement social d'une partie des personnes âgées (notamment les personnes âgées dont les enfants sont partis du territoire ou les personnes âgées qui se sont installés dans le territoire à la retraite) est toutefois un point d'attention pour les professionnels. Ils repèrent notamment des personnes âgées à mobilité réduite qui vivent seules à leur domicile et qui n'ont parfois que la visite des aides à domicile et de l'infirmier durant la journée. Cet isolement nuit à la santé physique, par manque de stimulation et le sentiment de solitude peut engendrer un risque de dépression.

- Le logement

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie se heurte à la problématique du logement⁴⁴.

Les logements inconfortables, inadaptés au vieillissement (absence de chauffage central, présence de marches, absence de salle de bain...) sont particulièrement repérés dans d'anciennes fermes dans les communes de moyenne montagne (sur les contreforts des Belledonne et de la Chartreuse), mais également dans des pavillons individuels ou des immeubles anciens (par exemple à Crolles). Les services d'aide et de soin à domicile repèrent par exemple des personnes âgées qui ne vivent plus que dans une pièce, car le reste du logement est rendu inaccessible par la présence d'escaliers.

Lorsque l'état de santé d'une personne âgée se dégrade rapidement (suite par exemple à une chute, à une hospitalisation), le maintien ou le retour à domicile devient impossible. Il est, en effet, difficile de trouver une solution satisfaisante dans le court terme : la réalisation de travaux d'aménagement nécessite du temps et l'intervention de services d'aides à domicile est difficile dans des logements très inconfortables (absence de salle de bain par exemple).

La difficulté psychologique à envisager son propre vieillissement, la perte d'autonomie et celui de ses proches, est souvent un frein à la réalisation des travaux de manière anticipée. Par ailleurs, le coût des travaux d'aménagement, l'avance des frais et la complexité des démarches pour obtenir des aides financières constituent des obstacles pour les retraités modestes.

Des besoins de sensibilisation des jeunes retraités, de leur entourage, mais également des professionnels des CCAS, des ressources bien repérées par les habitants, sur la nécessité d'anticiper ces questions de logement sont ainsi pointées.

Quelques logements et solutions d'habitat adapté aux vieillissements existent dans le territoire, mais les besoins restent importants, selon les professionnels. Dans ce domaine, les professionnels

⁴⁴ Recherche action « Anticipation Vieillissement habitat » menée par les associations AUEG et Alerte 38 en partenariat avec la Communauté de communes et le département de l'Isère. Dispositif « Mieux habiter et adapter son logement » porté par le département de l'Isère, pour les problématiques de mal-logement et d'adaptation du logement au vieillissement et au handicap.

rappellent la volonté des personnes âgées de rester à proximité de leur commune d'origine où elles ont des attaches et l'importance de garantir un bon accès aux commerces et services par une implantation en centre-bourg. Le besoin de logements de taille diversifiées (T1 à T3) pour permettre l'accueil de proches et accessibles d'un point de vue financier aux retraités modestes est également souligné.

- La non demande : l'enjeu du repérage des personnes âgées isolées et vulnérables et de l'acceptation de l'aide

Le repérage des personnes âgées isolées et vulnérables est un enjeu pour les acteurs du territoire. En effet, certaines personnes âgées (parfois des anciens agriculteurs « *durs au mal* », qui se sont toujours « *débrouillés seuls* ») ne font aucune demande, ne sont pas connus des professionnels et sont parfois repérées tardivement par le voisinage ou les pompiers en cas de chute, qui découvrent alors des conditions de vie et de logements parfois très difficiles. Par ailleurs, ces personnes âgées peuvent être très réticentes à accepter une aide professionnelle, à faire entrer à domicile une personne extérieure. Dans ce domaine, les acteurs du territoire reconnaissent les progrès réalisés au fil des crises sanitaires (canicules, COVID-19) avec un repérage plus systématique des personnes âgées isolées et la mise en place de systèmes de veille par les CCAS (appels et visites de professionnels ou bénévoles). Les CCAS semblent ainsi de mieux en mieux repérées par les personnes âgées isolées et l'aide plus facilement acceptée.

- L'aide et les soins à domicile en tension

Les métiers d'aide à domicile, d'auxiliaire de vie, d'aide-soignante sont en tension dans le Grésivaudan comme dans de nombreux territoires, en lien avec le manque d'attractivité des conditions de travail (niveau de rémunération faible, horaires coupés, déplacements longs, pénibilité ...). Les difficultés de recrutement dans ces métiers (encore accentuées avec la crise sanitaire du COVID) engendrent des difficultés pour le maintien à domicile des personnes âgées du territoire en perte d'autonomie et dépendantes. Les difficultés de recrutement se font également ressentir dans les EHPAD.

Des actions pour valoriser et professionnaliser le métier d'aide à domicile sont mises en place par les acteurs du secteur et de l'insertion du territoire : au moment de l'étude une entreprise du secteur envisageait de créer un centre de formation dans le territoire du Grésivaudan.

- Les sorties d'hospitalisation, la prise en charge aux urgences parfois problématique

La problématique des sorties d'hospitalisation insuffisamment préparées, parfois le vendredi en fin de journée, est particulièrement complexe à gérer pour les services d'aides à domicile et les infirmiers libéraux. Certaines personnes âgées sortent par exemple du CHU de Grenoble sans que les services d'aide et de soins à domicile n'en soient informés ou très tardivement. Les personnes se retrouvent ainsi parfois à domicile sans aucune aide, ce qui constitue un risque de chute et de ré-hospitalisation.

La prise en charge aux urgences des personnes âgées est également encore trop souvent problématique. Les personnes âgées sont prises en charge dans le flux des urgences, très saturés : l'attente est très longue et les retours, non préparés, se font parfois en pleine nuit, ce qui a un impact très délétère sur la santé de ces patients vulnérables.

- Autres problématiques de santé repérées

La **dénutrition** chez les personnes âgées (liée à la perte d'appétit, la dépression, la maladie d'Alzheimer ou des problèmes bucco-dentaire entraînant des difficultés pour mastiquer), reste souvent sous-repérée et prise en charge. Selon les acteurs rencontrés cette problématique, à l'image de la dépression est encore souvent **banalisée** par l'entourage et les professionnels.

Les difficultés d'accès aux soins dentaires des résidents en EHPAD n'ayant pas de proches à proximité pour les accompagner dans les cabinets dentaires est une autre problématique de santé repérée. Faute de soins, l'état de santé bucco-dentaire des personnes peut se dégrader entraînant des carences, de la dénutrition mais également des difficultés à communiquer, ce qui retentit globalement sur leur santé et leur qualité de vie.

Enfin, **l'impact défavorable de la crise sanitaire du COVID-19** sur l'état de santé général des personnes âgées est constaté par tous. En effet, au-delà des décès nombreux dans cette tranche d'âge, en particulier lors de la première vague d'épidémie, habitants et professionnels soulignent l'impact délétère du sentiment de solitude et de la perte de stimulation durant les confinements.

- Le risque d'épuisement des aidants naturels, parfois vieillissants

Le risque d'épuisement physique et psychique des aidants, parfois vieillissants, qui exercent parfois leur activité d'aide au détriment de leur propre santé et de leur vie sociale est une problématique bien identifiée dans ce territoire vieillissant.

Des espaces de soutien et d'écoute pour les aidants naturels existent dans le Grésivaudan (par exemple, le Café des aidants de Lumbin), toutefois le manque de solution de garde pour le proche âgé est souvent un frein et ne permet pas à l'aidant de participer à ce type de rencontre.

Des possibilités de répit existent également, par exemple en faisant intervenir une aide à domicile mais le coût est souvent un frein. En effet le nombre d'heure pris en charge financièrement par l'APA (allocation personnalisée d'autonomie versée par le Département) limité est souvent déjà intégralement utilisé pour d'autres tâches (aide aux repas, aide à la toilette ..) et au-delà le coût est souvent un frein, en particulier pour les plus modestes. On repère un accueil de jour pour des personnes ayant des troubles neuro dégénératifs (maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés) dans l'EHPAD Belle Vallée situé à Frogès.

6. Synthèse

Un territoire à la fois périurbain, rural et de montagne favorisé, mais des publics fragiles repérés

Dynamique d'un point de vue économique (présence d'activités industrielles de pointe), le territoire, est globalement favorisé et l'état de santé de la population est favorable. Des habitants en situation de vulnérabilité socio-économique sont toutefois repérés à Pontcharra et de manière diffuse dans le territoire.

Cadre de vie et santé-environnement favorable à la santé... mais des enjeux complexes de mobilité

La beauté des paysages, la nature et la montagne, propices à l'activité physique et le sport, la richesse de l'offre sportive, le dynamisme de la vie associative, la présence d'une offre culturelle de proximité sont des éléments de qualité de vie et des facteurs favorables à la santé physique et mentale des habitants.

Des contraintes sont néanmoins repérées notamment en termes de déplacements, particulièrement fortes dans les communes rurales de montagne pour les jeunes, les personnes âgées et les ménages précaires qui n'ont pas de véhicule, et qui peuvent se trouver « enclavés » avec un accès très contraint à toutes les ressources, y compris les ressources de santé.

Le manque de logements abordables pour les ménages des classes moyennes et modestes est une problématique soulignée ainsi que la précarité énergétique qui touche les ménages modestes propriétaires de logements anciens. Enfin, des besoins de logement ou d'hébergement pour des publics spécifiques sont signalés : les femmes victimes de violence, les jeunes en rupture familiale et les adultes en grande précarité.

Les difficultés des ménages précaires pour accéder à une alimentation de qualité, notamment à des fruits et légumes, est également une difficulté pour les ménages modestes et précaires.

Les questions de santé-environnement sont un sujet d'attention pour une partie des habitants et des professionnels rencontrés. La pollution de l'air liée à la fois au trafic routier, en particulier le long de l'A41, et au chauffage au bois est un point d'attention. L'exposition aux pesticides utilisés en agriculture est aussi une inquiétude. Le besoin de sensibilisation des habitants aux questions de qualité de l'air intérieur (risques liés au radon, à l'exposition à des toxiques durant la période périnatale ...) est constaté, notamment pour les publics socio-économiquement modestes.

Les acteurs du territoire relèvent l'intérêt d'une vision intercommunale sur les questions de santé-environnement et d'aménagement favorable à la santé (en favorisant l'activité physique, les liens sociaux, en luttant contre les îlots de chaleur etc). L'intérêt de prendre en compte de manière transversale les questions de santé dans les différentes programmations et politiques menées sur le territoire est ainsi souligné.

Accès aux soins : ressenti d'un bon accès aux professionnels de soins de proximité mais point de vigilance sur l'accès aux soins des publics vulnérables

Habitants et professionnels ont globalement le sentiment d'un bon accès aux médecins généralistes. La future Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) a par ailleurs le projet de mettre

en place des consultations non programmées dans le territoire pour mieux répondre aux besoins de la population. L'accès aux autres professionnels de soins de proximité (chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes) est également perçu comme convenable, même si les délais d'attente s'allongent. On note la présence de médecins spécialistes libéraux dans le territoire (notamment dans le sud Grésivaudan, à Crolles) et sinon à Grenoble et Chambéry (médecins spécialistes libéraux et salariés dans le centre hospitalier de Grenoble et au centre hospitalier de Chambéry). Les ressources d'addictologie les plus proches sont également situées à Grenoble et Chambéry.

La future CPTS constitue un atout fort pour améliorer l'articulation des acteurs du champ sanitaire, social, médico-social avec les professionnels de santé libéraux et mieux répondre aux besoins de la population.

Les difficultés d'accès aux droits et aux soins des habitants en situation de vulnérabilité, à savoir les personnes âgées, les habitants en situation de fragilité socio-économique, les personnes en situation de handicap sont un point de vigilance. Les difficultés administratives pour ouvrir des droits à une couverture sociale, les contraintes financières et de déplacement sont des obstacles dans le parcours de soins.

Les adultes en situation de précarité présentent un état de santé moins favorable : problématiques de santé somatique et mentale, renoncements aux soins et discontinuité des prises en charge fréquemment repérés. Le besoin d'interprétariat en santé, pour permettre aux migrants d'accéder à une prise en charge de qualité est également souligné.

Enfin, les difficultés d'accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap, notamment les personnes autistes ou ayant un handicap psychique est également un point d'attention qui renvoie au besoin de formation des professionnels de santé à la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Santé mentale : conséquences délétères de la crise sanitaire du COVID et difficultés d'accès aux soins psychiques, en particulier pour les enfants, les adolescents et les jeunes

L'augmentation du mal-être, des troubles anxieux, chez les enfants, les adolescents, les jeunes et toutes les tranches d'âge, en lien avec la crise sanitaire du COVID, est constaté dans ce territoire aussi.

Les difficultés d'accès aux soins psychiques des **enfants** sont un point d'attention. La saturation des CMP infanto juvénile du territoire et des files actives des pédopsychiatres libéraux est constatée par tous. Les besoins de prévention des difficultés d'attachement parent-enfant dans la période périnatale et de prise en charge des enfants sont importants.

Le territoire dispose de ressources d'écoute gratuite pour les **adolescents et les jeunes** (CPEF de Pontcharra, CPEF de Villard-Bonnot, psychologue de la Mission locale) bien repérées par les professionnels. Néanmoins de fortes inquiétudes existent concernant l'accès aux soins psychiques des adolescents et des jeunes : l'ensemble des dispositifs de pédopsychiatrie du territoire et du bassin grenoblois sont saturés et les professionnels ne savent pas où orienter les jeunes en cas de perception de signaux d'alerte (idées morbides...).

Les professionnels signalent la présence de certains jeunes en souffrance psychique, sans prise en charge, notamment chez les 16-25 ans en difficultés d'insertion et les jeunes adultes migrants.

Pour les **adultes** également, les besoins et demandes de soins psychiques sont très importants au regard des ressources en présence (files actives des psychiatres libéraux et des CMP Adultes saturées).

Face à cette demande, les CMP adultes du territoire ont mis en place une organisation particulière avec une première évaluation rapide puis orientation si besoin. Des difficultés d'accès à un suivi psychologique sont également relevées : les psychologues libéraux du territoire sont saturés et peu accessibles aux ménages modestes. Des possibilités d'écoute psychologique gratuites existent toutefois dans les CPEF.

L'insertion des adultes ayant des troubles psychiques sévères et chroniques et des personnes en situation de handicap psychique est une problématique soulignée qui relève à la fois d'une meilleure acceptation sociale de la maladie (stigmatisation), mais aussi d'un appui concret pour vivre dans un logement autonome. Dans ce domaine, les acteurs relèvent que le SAVS⁴⁵ et le SAMSAH⁴⁶ (portés L'ALHPI) manquent de place. Ils soulignent aussi l'intérêt de créer des logements dits « intermédiaires » regroupés avec la présence sur place d'un travailleur social qui puisse aider les résidents dans les démarches d'insertion et de santé.

Enfin, le besoin de soutien et de formation des proches de patients ayant une pathologie psychiatrique a été abordé. Ces aidants qui accompagnent au quotidien leur proche malade sont souvent démunis lors de l'entrée dans la maladie de leur proche et très isolés pour les accompagner au quotidien.

Chez les personnes âgées, le sous-repérage des difficultés de santé mentale (et notamment de la dépression) chez les personnes âgées, parfois banalisées et insuffisamment diagnostiquées et prises en charge, soulignent la nécessité de la sensibilisation des médecins généralistes sur la psychiatrie du sujet âgé et en particulier la dépression. Pour les personnes âgées présentant des troubles neuro-dégénératifs, des difficultés d'articulation entre la gériatrie et la psychiatrie publique font souvent obstacle à une approche globale, pourtant indispensable.

Cependant, le bon maillage et la volonté d'articulation entre les **professionnels** du champ sanitaire, social, associatif et de la psychiatrie publique autour des questions de santé mentale est saluée dans le territoire du Grésivaudan et constitue un atout fort pour mieux répondre aux besoins de la population et favoriser l'insertion des personnes ayant des troubles psychiques chroniques.

La santé des jeunes (0-25 ans) : globalement en bonne santé mais des difficultés repérées pour les enfants et jeunes précaires, les personnes en situation de handicap

Globalement en bonne santé, les enfants, adolescent et jeunes de ce territoire bénéficient d'un suivi médical régulier. Certains points de vigilance sont néanmoins soulignés

Concernant la **petite enfance et l'enfance**, l'enjeu de prévention des difficultés et troubles du langage par de la stimulation langagière est bien repéré. Les rythmes et l'hygiène de vie d'une partie des enfants sont également un point d'attention (alimentation, activité physique, écrans, sommeil). La lutte contre la sédentarité grâce à des aménagement encourageant les enfants à se dépenser davantage est un également enjeu partagé (espaces de jeux extérieurs, aménagement des cours d'école).

⁴⁵ service d'accompagnement à la vie sociale

⁴⁶ et le service d'action médico-social pour adulte handicapés

Les difficultés d'accès aux diagnostics et aux prises en charge des enfants en situation de handicap et leurs difficultés de scolarisation sont aussi un point d'attention pour les professionnels car elles ont un impact défavorable sur la progression, la scolarité et le bien-être de ces enfants.

La problématique des déplacements est centrale pour les **adolescents et les jeunes**, notamment pour ceux qui résident dans des communes rurales de montagne. Elle constitue un frein important pour l'accès aux ressources de sociabilité, d'insertion et de santé.

Des besoins de prévention sur l'alimentation, l'activité physique, les écrans, la vie affective et sexuelle, les addictions sont repérés pour cette tranche d'âge. Les professionnels soulignent l'intérêt des actions de prévention en lien avec toutes ces thématiques.

Certaines catégories de jeunes présentent un état de santé moins favorable que les jeunes en général. Les problématiques de santé sont davantage repérées chez les jeunes en difficultés d'insertion et ce public doit faire l'objet d'une attention particulière.

Enfin, les difficultés d'insertion des jeunes en situation de handicap, notamment les jeunes concernés par un handicap psychique ou une déficience intellectuelle légère ou modérée sont très repérées. Entre les contraintes de mobilité, les problèmes de stigmatisation, les difficultés sont multiples.

Autonomie : besoins de soutien des aidants naturels et besoins de santé des personnes âgées de 75 ans et plus

Le besoin de soutien des aidants naturels des personnes en situation de handicap et de personnes âgées très dépendantes est constaté par l'ensemble des professionnels et des associations du champ handicap (isolement social, risque d'épuisement physique et psychique des aidants parfois vieillissant).

Les échanges menés dans le cadre ce diagnostic ont avant tout porté sur les besoins et enjeux de santé pour les personnes âgées de 75 ans et plus, âge à partir duquel les problématiques de perte d'autonomie et de dépendance se font plus fréquentes. Le repérage des personnes âgées modestes, isolées, vulnérables est un point de vigilance, à un âge où les besoins de santé et d'aide sont importants.

La mobilité est une contrainte forte pour les personnes âgées non véhiculées résidant dans des petites communes de moyenne montagne et pour les personnes âgées à mobilité réduite. Elle peut freiner l'accès aux ressources de santé, aux services et au lien social.

Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie se heurte à la problématique du logement (présence de logements inconfortables, inadaptés au vieillissement...). Les difficultés d'adaptation du logement au vieillissement ne permettent pas toujours aux personnes de rester à leur domicile et le territoire manque encore de solutions de logement adapté et accessible aux personnes âgées modestes.

Les difficultés de recrutement dans les métiers d'aide à domicile, d'auxiliaire de vie, d'aide-soignante, encore accentuées avec la crise sanitaire du COVID, est très problématique pour le maintien à domicile des personnes âgées du territoire en perte d'autonomie.

Des difficultés au niveau des sorties d'hospitalisation insuffisamment préparées (risque de chute, de ré-hospitalisation si niveau d'aide insuffisant) et la prise en charge aux urgences des personnes âgées est encore trop souvent problématique (attente très longue et retours non préparés parfois en pleine nuit).

Enfin, la dénutrition, souvent sous-repérée et prise en charge chez les personnes âgées et les difficultés d'accès aux soins dentaires des résidents en EHPAD sont aussi des problématiques de santé repérée.



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Site de Lyon

9 quai Jean Moulin 69001 LYON
Tél. 04 72 07 46 20

contact@ors-auvergne-rhone-alpes.org
www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

Site de Clermont-Ferrand

58 allée du Pont de la Sarre 63000 Clermont-Ferrand
Tél. 04 73 98 75 50