

# Analyse des Besoins Sociaux

2016





# SOMMAIRE ABS

<b>Introduction</b>	<b>page 4</b>
<b>Partie I - L'environnement social grenoblois</b>	<b>page 8</b>
1 - Démographie-population	page 9
2 - Logement	page 15
3 - Économie-emploi	page 23
4 - Revenus	page 30
5 - Santé	page 36
<b>Partie II - Les publics cibles de l'action sociale</b>	<b>page 44</b>
1 - Les jeunes enfants	page 45
2 - Les personnes âgées	page 53
3 - Les ménages en situation de précarité	page 62
<b>Partie III - Focus : la santé des enfants grenoblois</b>	<b>page 70</b>
1 - Environnement périnatal : des jalons posés dès la naissance pour une bonne santé future	page 72
2 - Des inégalités sociales de santé marquées mais des oppositions territoriales en évolution	page 73
3 - Des questions de santé à forts enjeux qui demandent un investissement marqué des acteurs sur le territoire grenoblois	page 80
<b>Conclusion</b>	<b>page 85</b>
<b>Annexes</b>	<b>page 86</b>



# INTRODUCTION

## La démarche d'Analyse des besoins sociaux

Conformément à l'article R123-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles modifié par le décret du 21 juin 2016, « les centres communaux et intercommunaux d'action sociale produisent une analyse des besoins sociaux de l'ensemble de la population du territoire de leur ressort. L'analyse des besoins sociaux consiste en un diagnostic sociodémographique à partir des données d'observation sociale du territoire. [...] L'analyse des besoins sociaux fait l'objet d'un rapport présenté au conseil d'administration au cours de l'année civile qui suit chaque renouvellement général des conseils municipaux. Les années suivantes, des analyses complémentaires, notamment thématiques, peuvent être présentées au conseil d'administration lors du débat d'orientation budgétaire ou, à défaut, lors du vote du budget.»

Démarche d'observation et de veille sociale, l'ABS constitue un outil de compréhension **des spécificités du territoire en matière démographique, sociale et économique, de ses enjeux présents et de ses évolutions.**

Elle aboutit à la production d'un **document ressource, accessible à tous par l'intermédiaire du site internet de la Ville de Grenoble**, permettant d'accompagner et de nourrir le débat et les orientations politiques.

## L'ABS 2016 : objectifs et contenu

L'ABS 2016 du CCAS de Grenoble est **généraliste**.

Elle vise donc à :

- améliorer la connaissance du territoire de Grenoble, de ses secteurs et quartiers
- étudier les évolutions et mettre en évidence les enjeux actuels et à venir en matière de besoins sociaux pour chacun des publics et chacune des thématiques de l'action sociale et médico-sociale
- contribuer à la mise en réseau et au travail partenarial, aux démarches d'animation territoriale, ainsi qu'à la démocratie locale

Le document est structuré en **3 parties complémentaires** :

### Partie 1 : L'environnement social grenoblois

Cette première partie apporte des repères, approfondit la connaissance du territoire grenoblois et de ses secteurs et peut nourrir de façon pertinente les diagnostics territoriaux ainsi que les travaux produits par l'Obs'Y à l'échelle du territoire de la Métropole.

**Elle propose une analyse des caractéristiques et évolutions des secteurs et quartiers grenoblois sur 5 thématiques principales :**

- démographie/population
- logement
- économie/emploi
- revenus/précarité
- santé

L'analyse est construite à partir d'une observation réalisée à différentes échelles territoriales :

- un positionnement de Grenoble au sein d'un panel de villes de comparaison<sup>1</sup> et au sein de la métropole
- une comparaison des six secteurs administratifs de la ville
- l'identification des quartiers statistiquement différents de la moyenne communale.

1. Le panel de comparaison a été établi pour l'observation sociale et territoriale. Il permet de positionner Grenoble par rapport à des villes de taille comparables, à savoir Rennes, Dijon, Brest, Nîmes, Toulon, Saint-Etienne, Le Havre, Angers, Reims et Le Mans. 4

## Partie 2 : Une approche par les publics usagers du CCAS

Cette deuxième partie a pour objet les caractéristiques et évolutions des publics du CCAS, c'est-à-dire ceux connus des dispositifs, des services et des établissements.

Trois publics seront donc étudiés :

- les enfants de moins de 3 ans
- les personnes âgées
- les ménages en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

## Partie 3 : Focus sur la santé des enfants grenoblois

Par ce zoom, il s'agit d'approfondir les caractéristiques, besoins et évolutions relatifs à la santé des enfants sur le territoire grenoblois. L'étude porte principalement sur les enfants de 0 à 11 ans. Des données quantitatives et qualitatives permettent de rendre compte des tendances observées, problématiques de santé, besoins et difficultés des familles et inégalités sociales de santé, dans une approche large de la santé.

### L'ABS 2016 : méthodologie

La démarche de l'ABS 2016 repose sur une approche **à la fois quantitative et qualitative**.

En ce qui concerne les données quantitatives, **plusieurs sources ont été mobilisées et peuvent être classées selon trois catégories :**

Données générales	Données spécifiques aux thématiques traitées	Données illustratives
INSEE RP fichiers détails (2008 et 2013) INSEE FILOSOFI (2012) CAF (2008 et 2015) Pôle Emploi (2008-2016) ARS (2013)	RPLS 2014 DREAL – SITADEL Données de la santé scolaire (2008-2009 et 2014-2015)	Rapports d'activité et bases de données des services CCAS et Ville (2014-2015) Rapports d'activité et bases de données de partenaires (2015)

Les données statistiques portent sur plusieurs échelles d'observation. La maille la plus fine est celle des IRIS (cf. encart ci-dessous). Ils permettent de reconstituer les six secteurs de la Ville de Grenoble (cf. annexe). La situation grenobloise est également comparée (notamment dans la 1<sup>ère</sup> partie de l'ABS) à celle des villes du panel de comparaison et mise en perspective avec des études ou éléments de cadrage locaux ou nationaux.

#### **Rappel :**

*L'IRIS (Ilôt Regroupé pour l'Information Statistique) constitue la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales produites par l'INSEE. Il respecte des critères géographiques et démographiques et a des contours identifiables sans ambiguïté et stables dans le temps. Grenoble compte 70 IRIS, dont 2 IRIS non habités.*

Une partie de ces données a été traitée **en collaboration étroite avec l'Agence d'Urbanisme de la Région Grenobloise (AURG)**.

L'analyse de l'environnement social grenoblois est complétée par des **regards d'habitants recueillis dans le cadre de la démarche SPIRAL** déployée en 2015 et 2016 sur trois territoires de la ville :

- Mistral (2015)
- Secteur 4 (2016)
- Secteur 5 (2016)

37 groupes soit 350 habitants mobilisés

1570 verbatims recueillis :

- *Composantes et facteurs du bien-être et du mal-être*
- *Attentes vis-à-vis des pouvoirs publics pour améliorer le bien-être*
- *Pistes d'engagement habitants*

### **La démarche SPIRAL**

*La méthode SPIRAL (Societal Progress Indicators for the Responsibility of All) a été mise en place en 2008 par le conseil de l'Europe<sup>2</sup>, dans un contexte européen où les enjeux de soutenabilité et de durabilité des politiques publiques se rassemblaient autour de la question des inégalités sociales et territoriales.*

*Le déploiement de la démarche SPIRAL interroge les habitants de manière qualitative sur les questions de bien-être et de mal-être à visée de diagnostic, de participation citoyenne et de co-construction de l'action publique. Il s'agit, de s'appuyer sur une pluralité de regards pour envisager ce qu'est le bien-être et le mal-être pour les habitants sur les territoires vécus et de partir de leurs attentes vis-à-vis des pouvoirs publics et des pistes d'actions pouvant être portées en « co-responsabilité » pour améliorer le bien-être de tous. Il s'agit de passer de préoccupations individuelles à une pensée collective.*

*Quatre questions sont posées aux citoyens dans le cadre de cette démarche :*

- *Qu'est-ce que le bien-être pour vous ?*
- *Qu'est-ce que le mal-être pour vous ?*
- *Qu'êtes-vous prêts à faire, en tant que citoyen, pour assurer le bien-être collectif (bien-être de tous) ?*
- *Que seriez-vous prêt à faire aujourd'hui, en tant que citoyen, pour assurer aux générations futures l'accès à ce bien-être, tels que nous le définissons aujourd'hui ?*

*9 dimensions du bien-être (moyens de vie, cadre de vie, relations avec et entre les organisations, relations personnelles, équilibres sociétaux, équilibres personnels, sentiments de bien/mal être, attitudes et initiatives, relations dans la société) se déclinant eux-mêmes en 68 composantes sont pré-identifiés et permettent le codage des expressions habitantes.*

Le **focus sur la santé des enfants grenoblois** a été réalisé à partir d'éléments statistiques produits par la Direction de la santé publique et environnementale de la Ville de Grenoble (service santé scolaire) et de la Direction de l'action sociale petite-enfance du CCAS ainsi que d'éléments qualitatifs recueillis dans le cadre d'entretiens semi-directifs individuels ou collectifs : **une quinzaine d'acteurs du territoire ont donc été rencontrés** (cf. annexe 2). A noter également que d'autres professionnels ont été rencontrés dans le cadre de la présentation des données statistiques « petit-enfance » dans les 6 commissions 0-6 ans coordonnées par la DEJ à l'échelle des secteurs (cf. annexe 2).

## Précisions et limites

Les données du recensement de population (INSEE) sont celles disponibles au moment de la finalisation de l'ABS. Ce sont les **données millésimées 2013**. Avec la nouvelle méthode de recensement, elles résultent du traitement statistique des **données recueillies par sondage sur 5 années d'enquête, entre 2011 et 2015**. Les évolutions sont calculées sur la période 2008-2013 suivant ainsi les recommandations de l'INSEE.

*Point d'attention : les données INSEE à l'échelle d'un IRIS ne sont pas destinées à être analysées comme tel, les valeurs absolues et parts à cette échelle sont arrondies et doivent être prises avec précaution. Elles sont en revanche pertinentes dans le cadre de comparaison pour positionner les quartiers les uns par rapport aux autres.*

Les données de la CAF de l'Isère sont également celles disponibles au moment de la finalisation de l'ABS, soit **les données 2015**. Des évolutions sont calculées entre 2008 et 2015. A noter que les données portent sur **les allocataires de la CAF et leurs ayants-droits**. Les personnes non-allocataires de la CAF telles que les familles en demande d'asile ne sont pas comptabilisées dans ces données.

## **PARTIE 1**



# **L'ENVIRONNEMENT SOCIAL GRENOBLOIS**

## 1.1 DEMOGRAPHIE - POPULATION

### Les chiffres clés

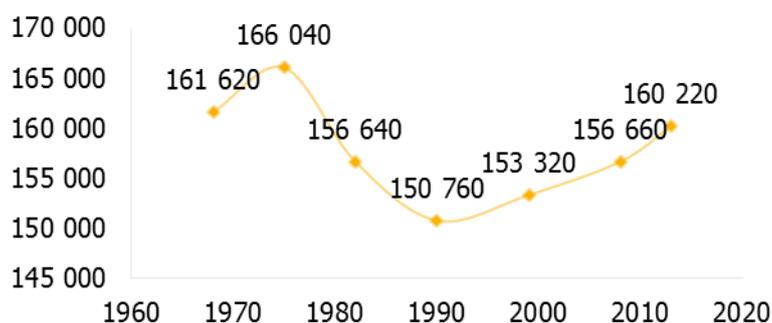
Données générales	
<b>Nombre d'habitants</b>	160 220
<i>Évolution 2008-2013</i>	0,4%
<b>Taux de natalité</b>	14,9
<b>Solde naturel</b>	0,8%
<b>Solde migratoire</b>	-0,4%
Population par âge	
<b>Part des moins de 15 ans</b>	15%
<i>Évolution 2008-2013</i>	2%
<b>Part des 15-29 ans</b>	30%
<i>Évolution 2008-2013</i>	-1%
<b>Part des 60 ans et plus</b>	20%
<i>Évolution 2008-2013</i>	1%
Structure des ménages	
<b>Part des ménages d'une personne</b>	50%
<i>Évolution 2008-2013</i>	2%
<b>Part des familles avec enfants</b>	24%
<i>Évolution 2008-2013</i>	1%
<b>Part des 15-64 ans diplômés du supérieur</b>	<b>38%</b>

### Un dynamisme démographique plus soutenu mais toujours moins marqué que celui de la métropole ou du département

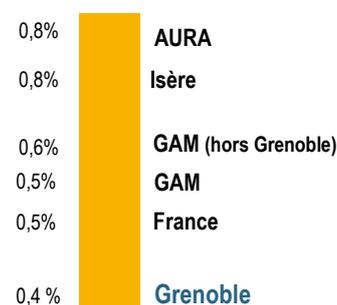
Entre 2008 et 2013, la commune de Grenoble connaît une évolution démographique positive avec une croissance de population de 0,4% par an. Grenoble compte ainsi 160 220 habitants contre 156 660 en 2008. Après la baisse enregistrée entre 1980 et 1990, Grenoble ne retrouve toutefois pas son niveau de population de 1975. Mais cette variation annuelle traduit un dynamisme démographique plus soutenu que sur la période précédente (augmentation de 0,2 points).

Ce dynamisme est toutefois à nuancer car il demeure moins marqué que celui de la métropole, du département de l'Isère et de la région AURA. **Comme pour beaucoup de villes-centre, Grenoble ne constitue plus le moteur de la croissance démographique du territoire.**

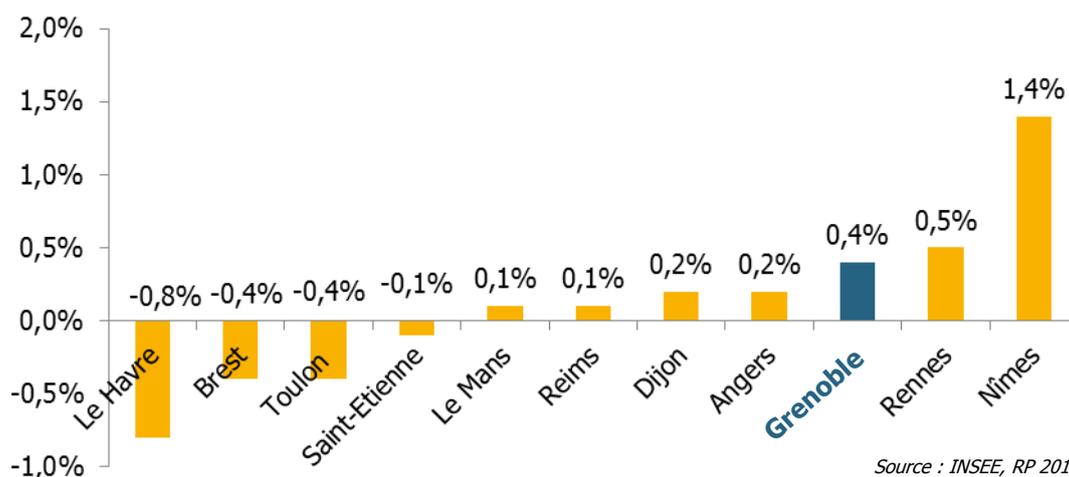
Évolution de la population grenobloise de 1968 à 2013



Évolution annuelle de la population entre 2008 et 2013



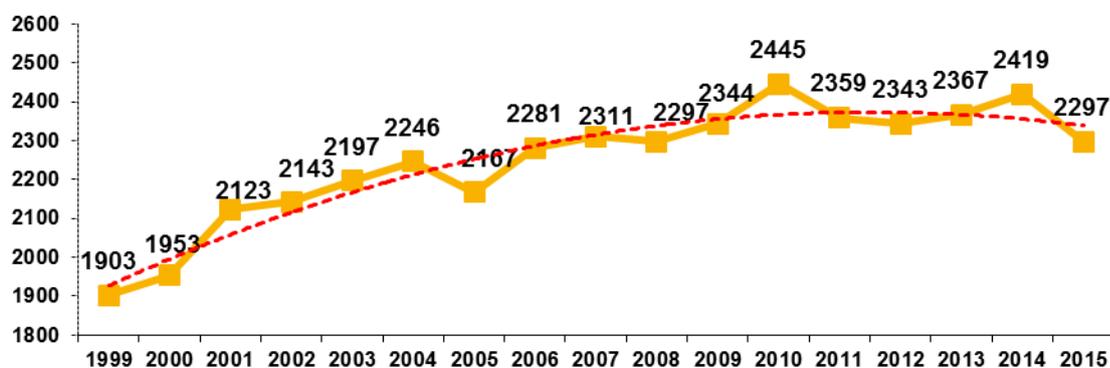
## Évolution annuelle de la population grenobloise entre 2008 et 2013



**Grenoble souffre d'un solde migratoire déficitaire qui s'établit à -0,4%/an. Aussi, la croissance de la population est uniquement tirée par le solde naturel, positif (0,8%/an) du fait d'un taux de natalité relativement élevé (14,9) qui permet de compenser ce déficit.**

Depuis le début des années 2000, les naissances sont en hausse à Grenoble. On recense 2359 naissances par an en moyenne sur la période 2008-2015 contre 2147 sur la période 1999-2007.

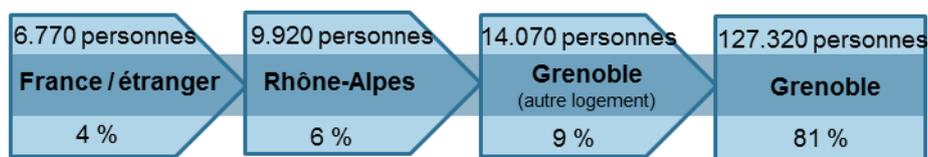
## Nombre de naissances domiciliées à Grenoble



En lien avec le solde migratoire négatif, la part des personnes venant de l'extérieur ayant emménagé à Grenoble au cours de l'année précédant le recensement est plutôt faible. **9 personnes sur 10 habitaient déjà Grenoble un an auparavant. En revanche, particularité des villes-centre, le taux de rotation au sein de la ville est important avec près d'un ménage sur 10 qui a déménagé au sein même de la commune entre 2012 et 2013.**

**Chiffre clé : +0,4%/an de croissance annuelle moyenne de la population grenobloise entre 2008 et 2013**

## Lieu de résidence des grenoblois un an auparavant

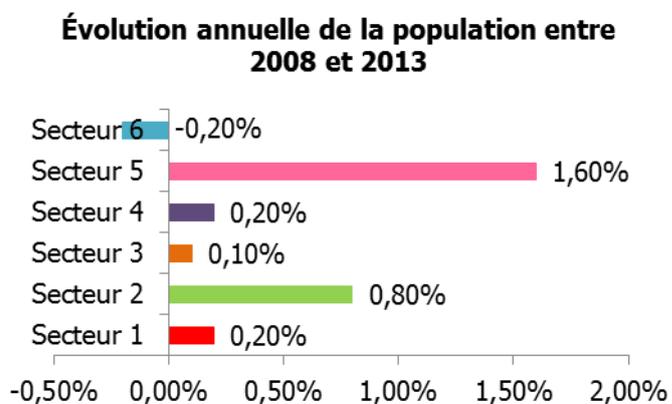
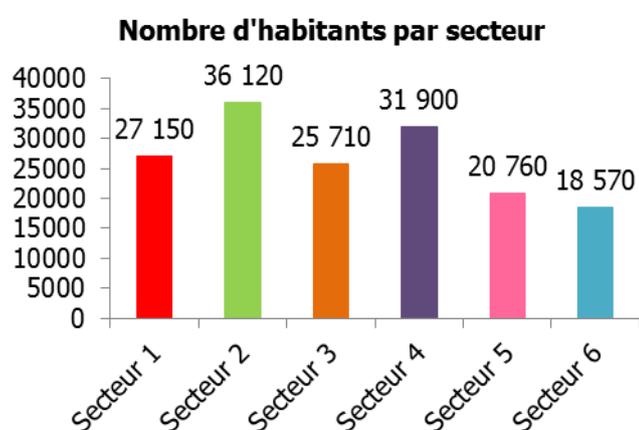


Source : INSEE, RP 2013

**A l'échelle infra-communale, les secteurs 2 et 4 présentent une population équivalente à celles des plus grandes communes de la métropole. Cet élément est central dans l'analyse qui peut être faite des données démographiques et socioéconomiques ainsi que dans l'appréciation des besoins.** En effet, avec 36 120 habitants, le secteur 2 est près de deux fois plus peuplé que le secteur 6.

**On soulignera également une nécessaire prudence à respecter quant à l'étude des secteurs 1 et 3. En effet, le découpage administratif des secteurs tend à fausser l'image et l'appréciation des besoins sur ces deux secteurs.** Le secteur 3 compte 25 710 habitants mais une partie des habitants des quartiers situés le long des Grands Boulevards (Drac-Ampère, Clinique Mutualiste, Jaurès-Vallier et Vallier) semble davantage tournée vers les services et équipements du secteur 1. La prise en compte de ces IRIS impacte largement les effectifs de population, augmentant celle du secteur 1 de plus de 4000 habitants au détriment du secteur 3.

**L'évolution de la population diffère entre secteurs. Tandis que les secteurs 2 et 5 enregistrent une augmentation de population supérieure à la moyenne communale (respectivement +0,8%/an et +1,6%/an), les secteurs 1, 3 et 4 connaissent plutôt une stagnation et le secteur 6 une légère décroissance.**

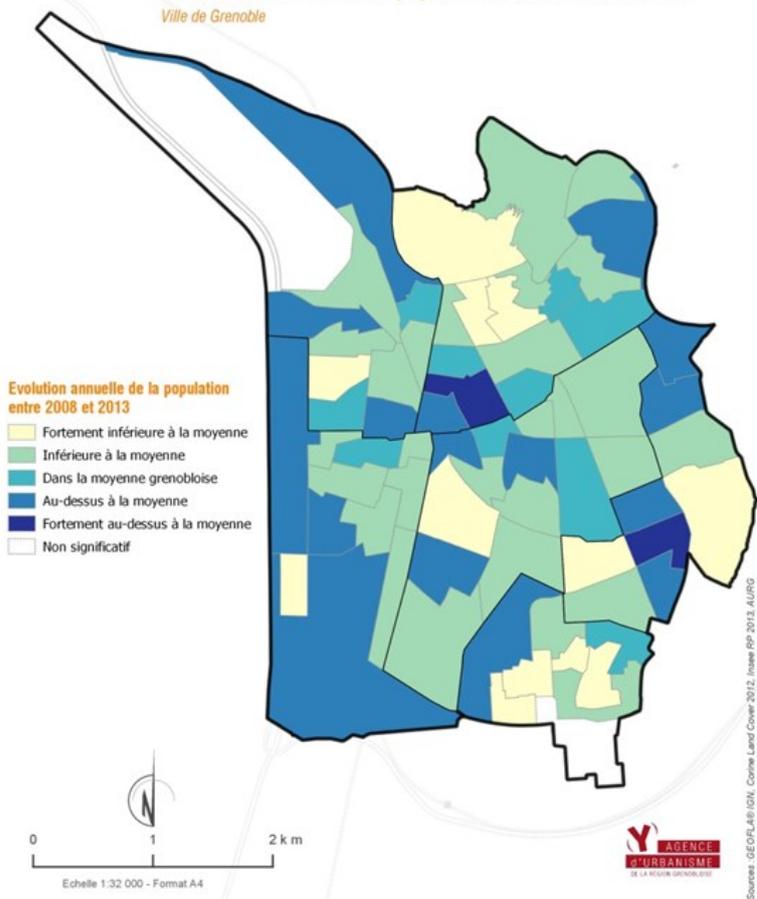


Source : INSEE, RP 2013

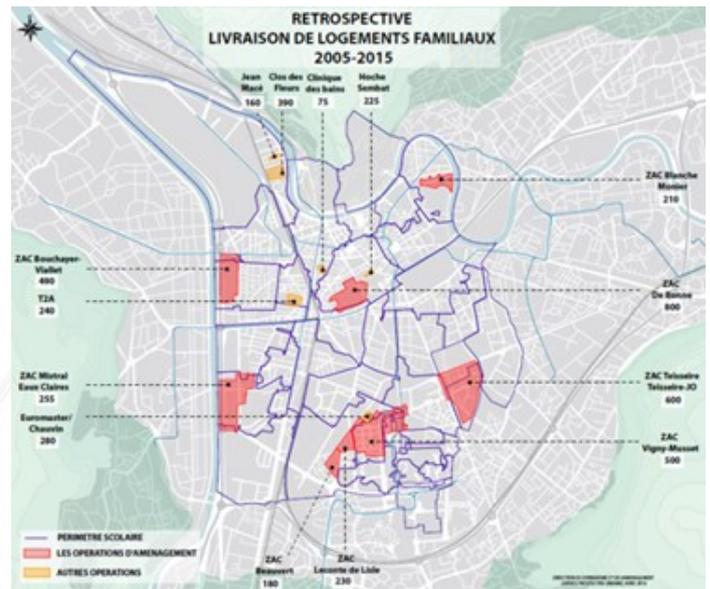
**Chiffres clés : + de 30 000 habitants dans les secteurs 2 et 4 contre 20 000 ou moins dans les secteurs 5 et 6**

### Evolution annuelle de la population entre 2008 et 2013

Ville de Grenoble



A l'échelle des quartiers, ressortent comme ayant une dynamique de population forte, ceux ayant accueilli des constructions récentes. On citera notamment Caserne de Bonne, Paul Cocat et Teisseire ou encore Drac-Ampère, Jean Macé et Ile Verte-Saint Roch.



Source : Direction de l'Urbanisme, Ville de Grenoble

## Une commune à la fois jeune et âgée

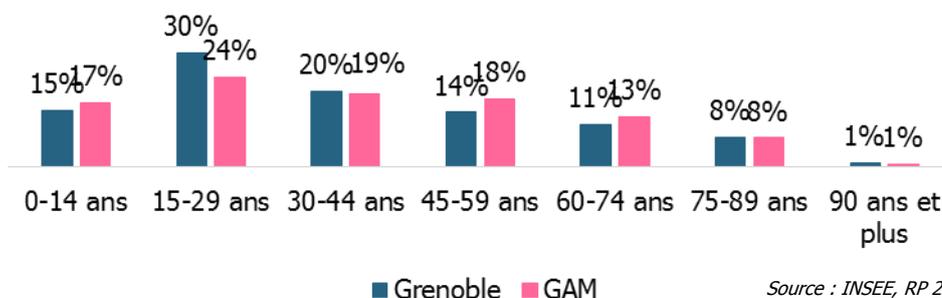
**Comparativement à la métropole, Grenoble compte une part plus importante de 15-29 ans (30% contre 24%). Toutefois, entre 2008 et 2013, les 15-29 ans enregistrent une diminution de 0,6% sur le territoire communal.** Les territoires les plus emblématiques de cette caractéristique grenobloise sont les secteurs 1 et 2 où les jeunes de cette tranche d'âge représentent 37% de la population (contre 23% pour le secteur 6).

Le poids des personnes âgées de 75 ans et plus est quant à lui similaire à la moyenne métropolitaine. Si Grenoble est une ville « jeune » de par son attractivité pour les étudiants et les jeunes ménages en âge de fonder une famille, **elle est aussi une ville « âgée » comparativement aux communes de 2<sup>nd</sup>e et 3<sup>ème</sup> couronnes.** En effet, l'histoire urbaine du territoire influence fortement la démographie actuelle. Ainsi, trois personnes âgées du territoire sur cinq vivent dans les quatre plus grosses communes de la Métropole (Grenoble, Echirolles, Saint-Martin d'Hères et Fontaine). A l'inverse, les communes périurbaines de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> couronnes, développées plus récemment, abritent une population jeune (à l'exception des communes de la rive droite du Grésivaudan du fait du coût du foncier) (Obs'Y 2016).

Les autres classes d'âge sont sous-représentées. La sous-représentation la plus marquée se situe sur les 45-59 ans. Elle s'explique notamment par un départ des familles vers d'autres communes où le marché immobilier et la maison individuelle sont plus accessibles. Cette spécificité s'est renforcée sur ces 5 dernières années avec une diminution annuelle de -0,5%.

Les classes d'âge ayant connu les plus fortes évolutions sont les 0-14 ans (+1,8%) et les 30-44 ans (+1,5%).

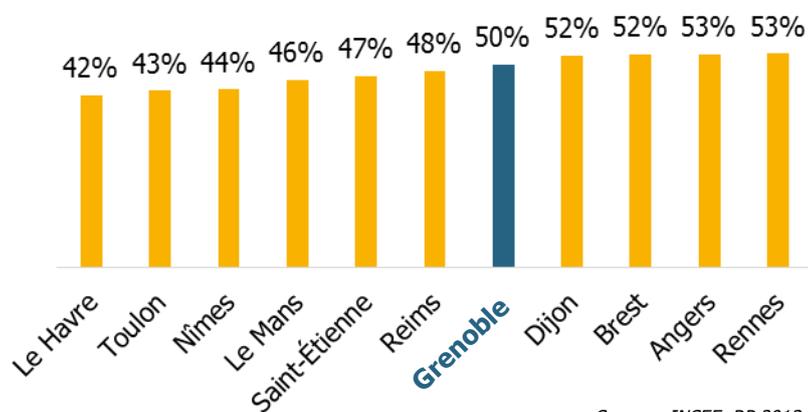
## Répartition de la population par âge



## Une majorité de ménages composés d'une personne seule

Un ménage grenoblois sur 2 est une personne seule en 2013. C'est une spécificité de la ville-centre par rapport au territoire métropolitain (40% à l'échelle de GAM), toutefois Grenoble reste dans la moyenne des villes de taille similaire.

## Part de personnes seules en 2013



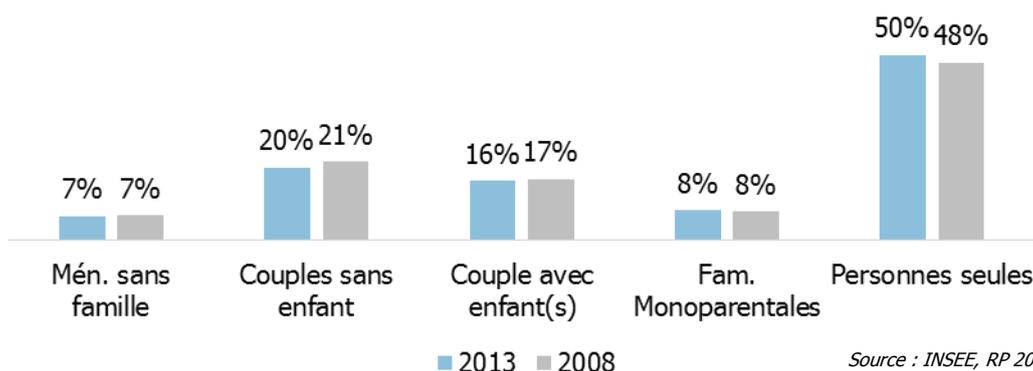
**Chiffre clé : La moitié des ménages composés d'une personne seule**

A l'inverse, les couples avec enfant(s) sont sous-représentés (16% des ménages contre 23% sur GAM). Les familles monoparentales représentent quant à elles 8% des ménages. Leur nombre est en croissance, +2% par an, croissance similaire à celle des ménages d'une personne et supérieure à celle des couples avec enfants dont le nombre a tendance à rester stable.

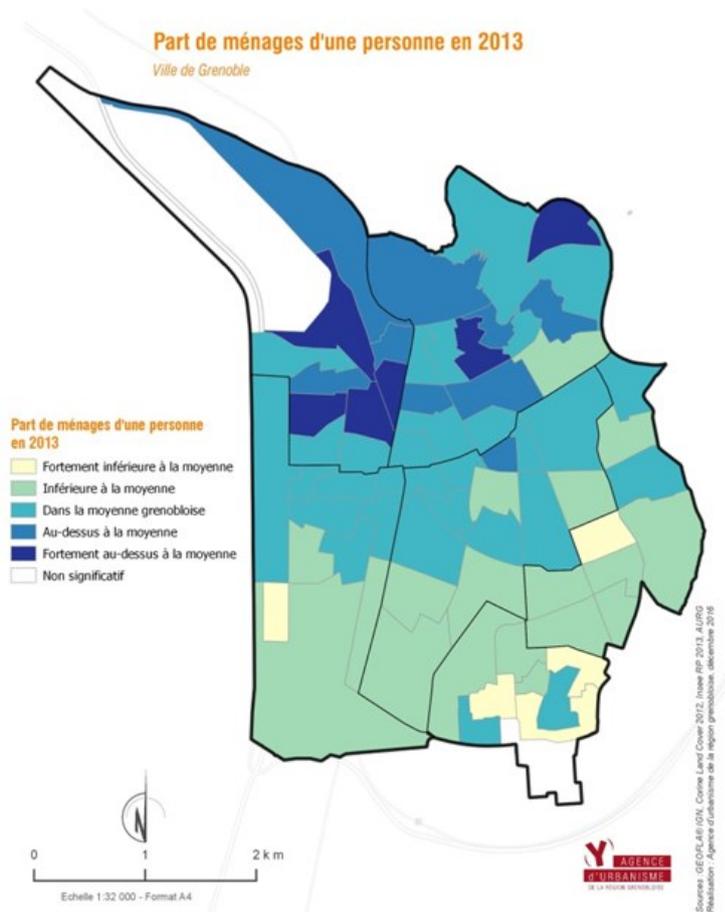
Ainsi, l'évolution de la structure des ménages est peu marquée sur ces 5 dernières années mais elle tend néanmoins à confirmer le profil grenoblois : +2 points pour les personnes seules et -1 point pour les couples (avec et sans enfant).

Du fait de cette typologie marquée et caractéristique des villes-centre, la taille moyenne des ménages est faible avec 1,9 personne par ménage, seuil qui semble se stabiliser depuis quelques années.

## Structure des ménages



A l'échelle infra-communale, la structure des ménages distingue nettement les secteurs du nord de la ville des secteurs sud. Les secteurs 1 et 2 présentent une nette surreprésentation des ménages composés d'une personne (respectivement 59% et 55%), en lien étroit avec les caractéristiques du parc de logement (logement ancien, de petite taille, en locatif privé). On citera quelques quartiers particulièrement concernés : Europole, Gabriel Péri, Saint-Bruno, Berriat-Ampère ou encore Grenette et Ile Verte-Maréchal Randon.



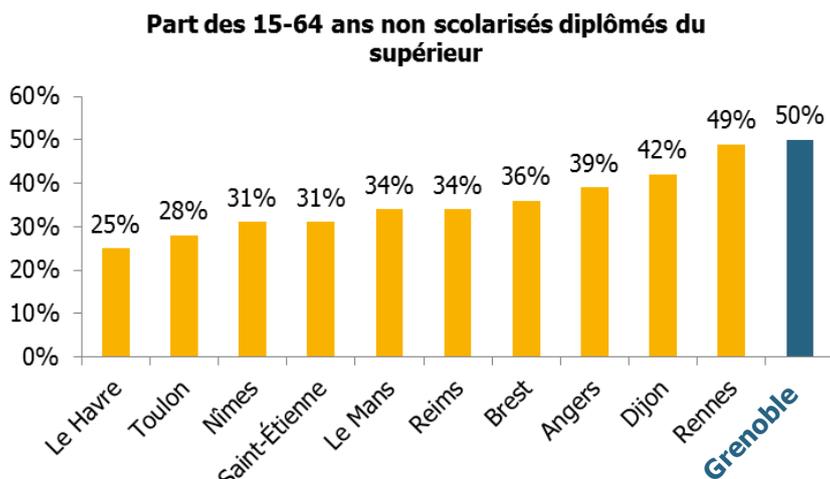
A l'inverse, avec respectivement 20% et 27% des ménages, ce sont dans les secteurs 5 et 6 que les couples avec enfants sont les plus représentés. De même, les familles monoparentales pèsent également plus dans l'ensemble des ménages sur ces deux secteurs (11% dans le secteur 5 et 13% dans le secteur 6 contre 6% dans les secteurs 1 et 2).

**A noter toutefois que la taille des secteurs impacte l'analyse puisque, bien que ne représentant que 16% et 8% des ménages, c'est dans le secteur 4 que les couples avec enfants ainsi que les familles monoparentales sont les plus nombreux (2750 couples avec enfants contre 2050 dans le secteur 6, 1280 familles monoparentales contre 980 dans le secteur 6).**

**Les diplômés du supérieur, un marqueur du territoire grenoblois qui ne doit pas masquer les fortes inégalités**

**Grenoble se caractérise par une représentation importante des personnes diplômées du supérieur.** En effet, 50% des personnes de 15-64 ans (sorties du système scolaire) sont diplômées du supérieur, part la plus importante des villes retenues pour la comparaison.

Principalement expliqué par un effet de génération, l'effectif des personnes diplômées du supérieur enregistre une hausse depuis de nombreuses années tandis que le nombre de personnes faiblement diplômées diminue.



**Chiffres clés : 1 personne de 15-64 ans sur 5 peu ou pas diplômée, 65% d'entre elles vivent dans les secteurs 5 et 6**

## 1.2 LOGEMENT

### Les chiffres clés

Données générales	
<b>Parc de logements</b>	95 330
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>1,6%/an</i>
Ancienneté du parc	
<b>Avant 1946</b>	20%
<b>De 1946 à 1970</b>	41%
<b>De 1971 à 1990</b>	20%
<b>De 1990 à 2005</b>	6%
<b>Après 2005</b>	11%
Taille des logements	
<b>1-2 pièces</b>	37%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>0,2%/an</i>
<b>4 pièces et plus</b>	35%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>0,7%/an</i>
Statut d'occupation	
<b>Propriétaires</b>	38%
<b>Locataires du parc privé</b>	43%
<b>Locataires du parc social</b>	16%
<b>Logés gratuitement</b>	2%
Coût du logement	
<b>Prix du loyer moyen/m<sup>2</sup></b>	12 euros
<b>Prix médian à l'achat – appartements anciens</b>	2200 euros
<i>Évolution 2010-2015</i>	<i>-6,8%</i>

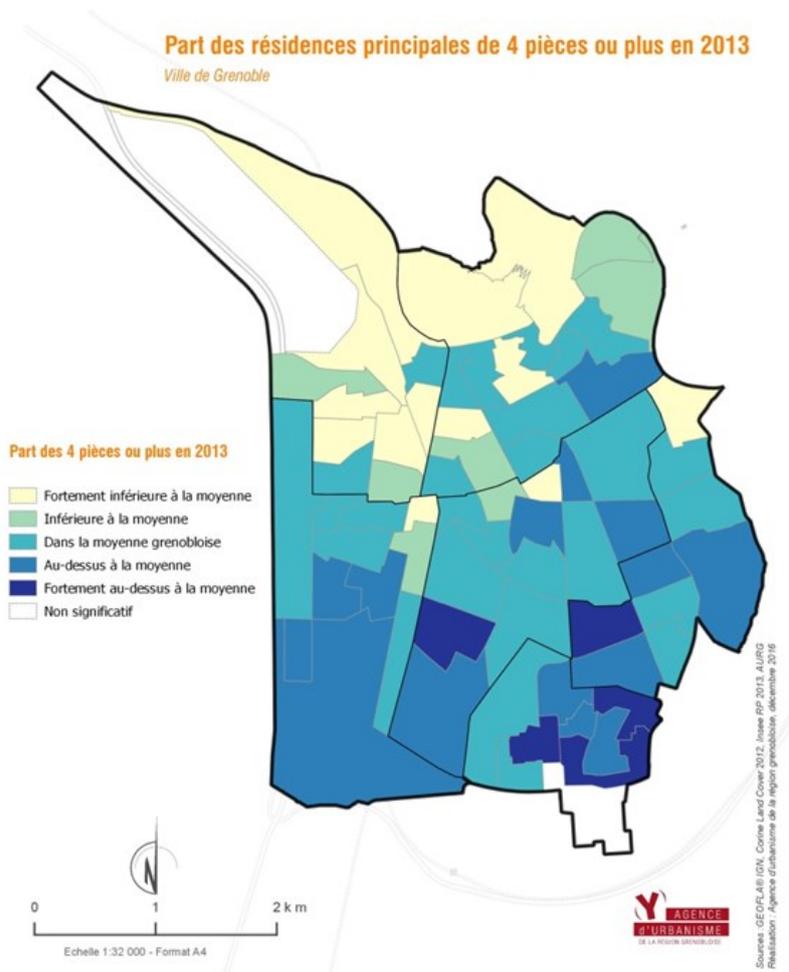
### Une offre de logement en progression

#### A Grenoble, l'offre en logement est composée de :

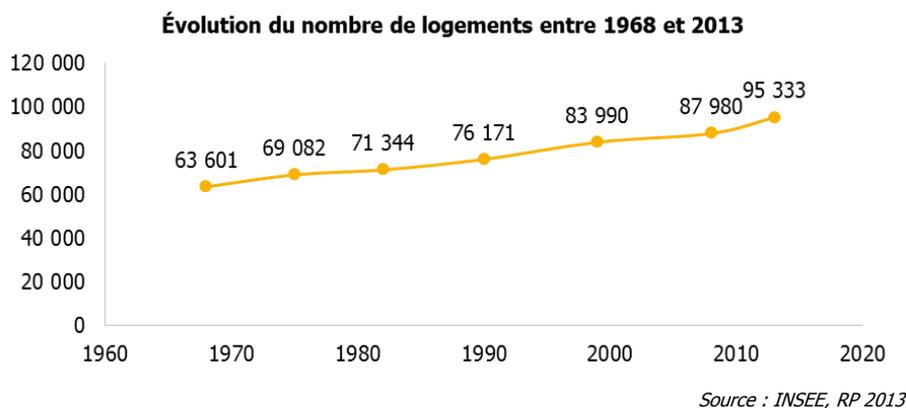
- 83 390 résidences principales en 2013, soit 87% du parc (79 660 en 2008)
- 2480 résidences secondaires en 2013, soit 3% (1460 en 2008)
- 9450 logements vacants en 2013, soit 10% du parc selon l'INSEE-recensement de population. A noter que la vacance des logements est difficile à comptabiliser avec précision et liée à plusieurs motifs. Un travail porté par Grenoble-Alpes-Métropole est cours sur cette problématique.

**Le parc de logements est constitué à 97% d'appartements. En moyenne, les logements sont plus petits que sur l'ensemble de la métropole avec 36% de T1 et T2 (contre 25% pour la métropole), 29% de T3 (contre 25% pour la métropole) et 35% de T4 et plus (contre 50%).**

Au sein de la ville, les différences de typologie de logement sont marquées. Les secteurs 1 et 2 sont caractérisés par une offre de petits logements conséquente, attractive pour les étudiants, mais qui influe sur les possibilités de stabilisation des familles avec enfants (respectivement 53% et 45% de T1 et T2). Au nord, seul le quartier Mutualité présente une part de grands logements supérieure à la moyenne communale. A l'inverse, les grands logements sont plus représentés dans les secteurs sud (42% dans le secteur 5 et 50% dans le secteur 6 de T4 et +), notamment dans les quartiers Alps, Malherbe, Village Olympique Nord, Constantine-Géants et Helbronner.



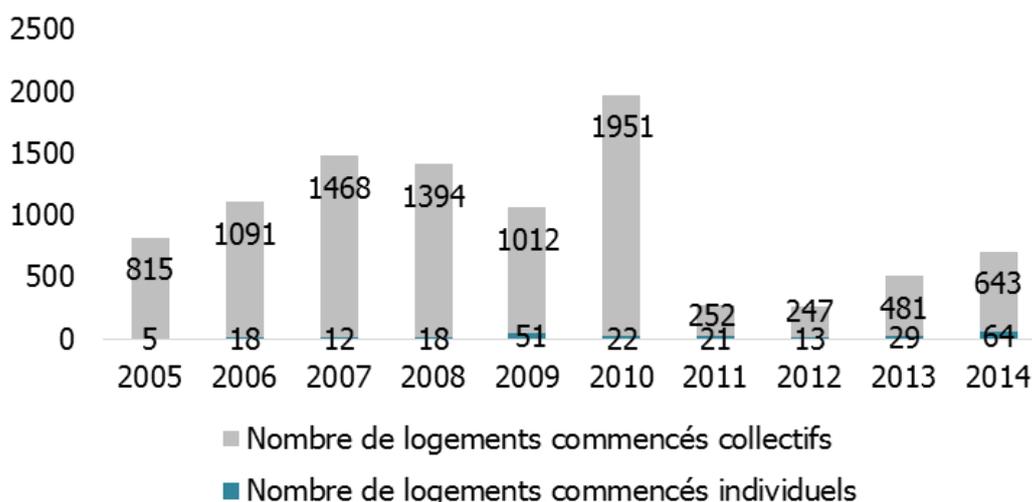
**Depuis 1968, Grenoble enregistre une augmentation constante de l'offre de logements.** En 2013, Grenoble compte 31 730 logements de plus qu'en 1968 et entre 2008 et 2013, le parc de logements a augmenté de 7300 logements.



**Chiffre clé : 7300 logements supplémentaires en 2013 par rapport à 2008**

Cette augmentation tient à une dynamique de construction relativement forte toutefois moins marquée à partir de 2011. Comme à l'échelle métropolitaine la moyenne de logements commencés entre 2005 et 2014 est de 6 logements pour 1000 habitants, ces démarrages de construction étant davantage concentrés sur la période 2007-2010. A noter que 97% des logements commencés sur la période sont des logements collectifs.

## Évolution du nombre de logements commencés à Grenoble



Source : DREAL Sitadel – logements commencés en date réelle

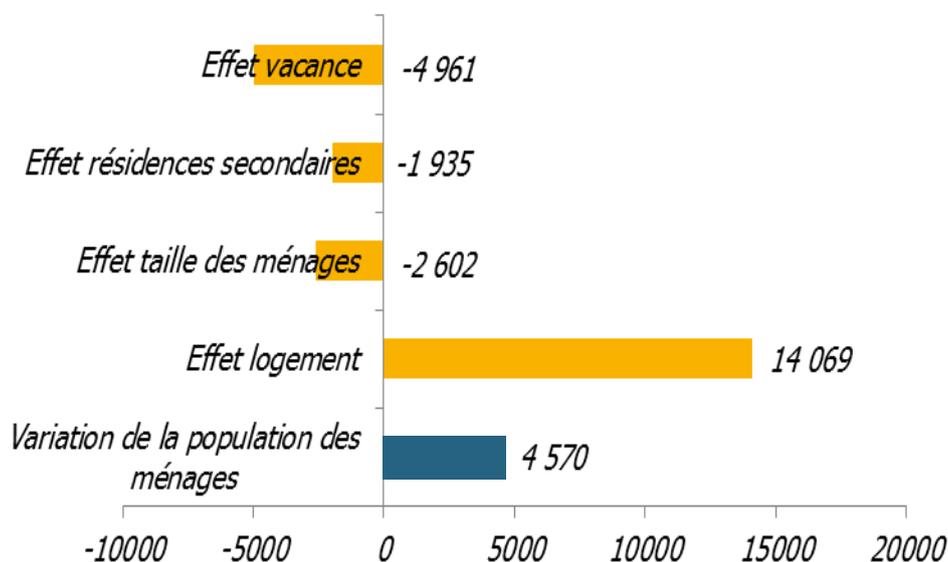
### **zOOM : quel lien entre croissance de l'offre de logement et dynamique démographique ?** (données INSEE, RP 2013)

Une question se pose régulièrement : pour quelles raisons l'augmentation du parc de logement ne débouche pas systématiquement sur une augmentation de la population ?

Ces quelques données apportent des éléments de réponse. Si dans les logements supplémentaires du parc grenoblois, la taille moyenne des ménages avait été celle de l'ensemble du parc en 2008, l'augmentation de la population liée à ces logements serait de plus de 14 000 habitants. Or, un phénomène d'augmentation de la vacance est observé entre 2008 et 2013 diminuant de près de 5000 le nombre d'habitants, de même le nombre de résidences secondaires s'accroît impactant également le nombre d'habitants. Enfin, la taille des ménages tend à diminuer (diminuant le nombre d'habitants potentiels de 2600) du fait du vieillissement de la population, de la décohabitation des ménages (jeunes qui quittent le foyer familial et couples qui se séparent) ainsi que du solde migratoire négatif qu'enregistre Grenoble pour les familles avec enfants.

A noter néanmoins que les données de vacance de logement sont à interpréter avec précaution. Un travail approfondi mené par la Direction du logement Grenoble Alpes Métropole est en cours visant à préciser les types de vacance et éléments d'explication.

### **Décomposition de la variation de la population des ménages grenoblois entre 2008 et 2013**

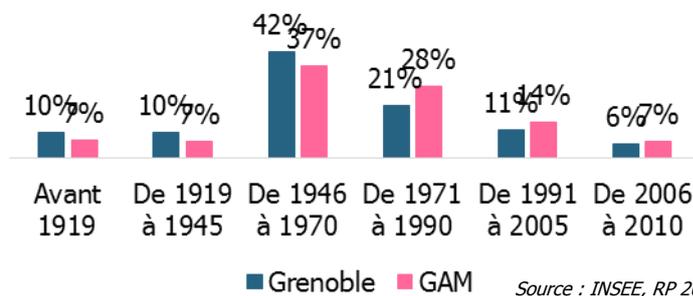


## Un parc ancien à requalifier

**Plus ancien que le parc métropolitain, 62% du parc de logements grenoblois date d'avant 1970**, soit avant la mise en place des premières réglementations thermiques qui datent de 1975. 20% des logements ont été construits avant 1945.

Ce sont dans les secteurs du nord de la ville que les parts de logements anciens sont les plus importantes (26% et 47% des logements construits avant 1945 dans les secteurs 1 et 2). A l'inverse, les secteurs sud se sont développés plus récemment à partir des années 1960 notamment. Dans les 4 autres secteurs la part de logements construits avant 1945 est de moins de 8%.

**Ancienneté des résidences principales en 2013**



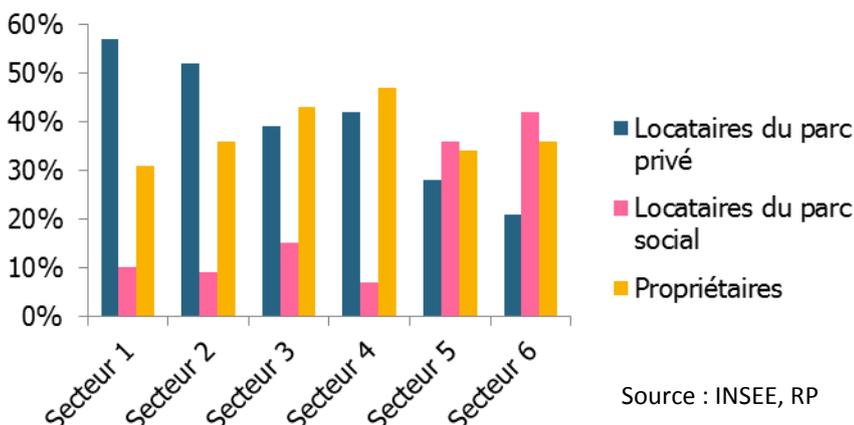
**Chiffre clé : 62% du parc de logements construit avant 1970**

## Des logements occupés majoritairement par des locataires

**A Grenoble, du fait de la typologie du parc de logement, de son statut de ville-centre et de son attractivité pour le public étudiant, 59% des résidences principales sont occupées par des locataires (du parc privé et du parc social) contre 39% à l'échelle métropolitaine.** 38% sont donc propriétaires et 2% hébergés à titre gratuit. Ce dernier statut concerne donc un peu plus de 2000 ménages, soit environ 4000 personnes. Comme expliqué dans l'ABS 2013, cette catégorie du mal-logement reste peu connue bien qu'en développement en particulier chez les jeunes adultes, les primo-arrivants ou encore les ménages monoparentaux.

Le statut d'occupation des résidences principales est différent selon les secteurs en lien avec la typologie du parc, l'histoire des quartiers et leur attractivité. Ainsi, les secteurs 1 et 2 sont à dominante de ménages locataires du parc privé tandis que le secteur 4 est un secteur où les propriétaires sont les plus représentés. Les secteurs 5 et 6 présentent quant à eux, une majorité de ménages locataires du parc social.

**Répartition des ménages par statut d'occupation**



**Chiffres clés : 59% des ménages locataires contre 39% à l'échelle métropolitaine**

## Une offre de logements sociaux importante qui reste toutefois insuffisante face aux obligations de la loi Duflot de 2014

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, on recense 18 985 logements sociaux au sens de la loi SRU à Grenoble. Cette offre de logements sociaux se répartit comme suit :

- 13 416 logements (appelés aussi logements familiaux)
- 1 724 places en foyers
- 3 845 logements autres bailleurs<sup>3</sup>

Aussi, **Grenoble regroupe 41% du parc de logements sociaux de la métropole**. Ce parc est très concentré puisque 77% de celui-ci se situe sur les 5 communes ayant un quartier identifié prioritaire par la politique de la ville.

A l'instar du taux métropolitain, **les logements sociaux représentent 22% du parc de logements grenoblois**. En 2015, seules 4 communes présentent un taux supérieur à 25% : Saint-Martin d'Hères (41%), Echirolles (40%), Le Pont-de-Claix (30%) et Saint-Martin le Vinoux (26%). Viennent ensuite Fontaine (24%) et Vizille (23%).

**Chiffre clé : 22% de logements sociaux à Grenoble en 2015**

Contrairement aux représentations, la **typologie des logements sociaux est très proche de celle de l'ensemble du parc de logements**, avec même une sous-représentation des grands logements. Les T1/T2 représentent 1/3 du parc (contre 36%), les T4 et plus, 30% du parc (contre 35%).

**En revanche, le parc de logements sociaux est plus récent que l'ensemble du parc de logements**, la moitié ayant été construit après 1977 et 14% entre 2007 et 2013.

### Logement social ...

...ce que dit la loi

#### **Une obligation d'atteindre 25% de logement social à horizon 2025**

Au moins 2700 logements sociaux doivent être réalisés à Grenoble à l'horizon 2025

#### **Une obligation de rattrapage triennale**

##### Modalités de rattrapage :

2014-2016 : 25 % du déficit

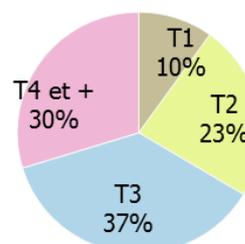
2017-2019 : 33 % du déficit

2020-2022 : 50 % du déficit

2023-2025 : 100 % du déficit

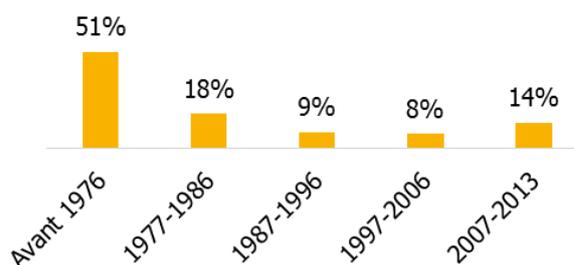
#### **Une obligation de produire au moins 30% de logement social dans la production nouvelle**

### Typologie des logements sociaux



Source : RPLS 2014 – Fichier détail

### Époque de construction du parc de logements



Source : RPLS 2014 – Fichier détail

3. Non gérés par les bailleurs sociaux mais comptabilisés dans le décompte SRU comme, par exemple, les logements conventionnés du parc privé

## zOOM sur la demande de logement social (à partir des données de la fiche PDH 2015)

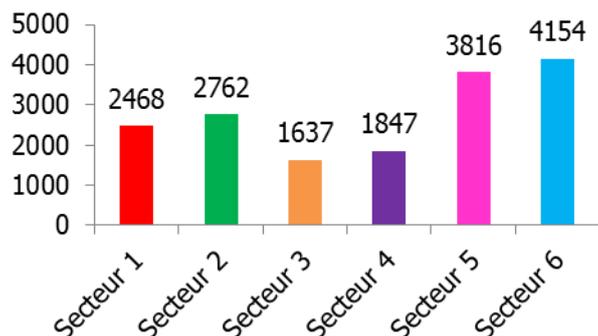
A Grenoble, un peu plus de 40 000 ménages sont éligibles au logement social (relevant du plafond PLUS). Parmi ces 40 000 ménages, plus de 21 000 ménages seraient éligibles au logement très social (relevant des plafonds PLAI).

Début 2014, 8020 demandes sont actives, en attente d'un logement sur la commune dont 4390 ont été enregistrées au cours de l'année 2013. Ainsi, 46% des demandes datent quant à elle de plus de un an. 63% des demandes se portent sur des logements T2 ou T3. Un tiers des ménages demandeurs se compose d'au moins un actif en emploi stable et 14% d'au moins un actif en emploi précaire.

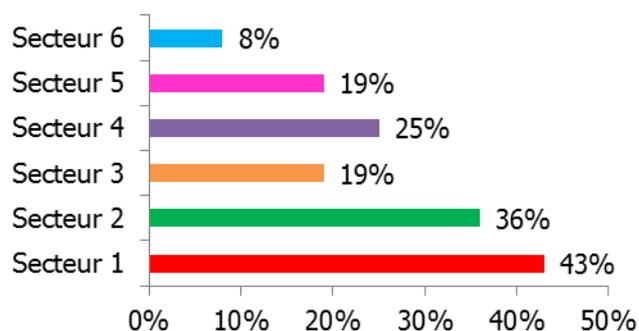
### Des logements sociaux concentrés dans les secteurs 5 et 6 mais un rééquilibrage en cours

A Grenoble, parmi les 16 700 logements sociaux SRU hors logements en foyer, 48% se situent dans les secteurs 5 et 6. Toutefois, les nouvelles constructions tendent, en lien avec le Plan Local de l'Urbanisme, à aller vers un rééquilibrage de cette répartition du parc social sur l'ensemble de la commune. Aussi, on soulignera les évolutions fortes du nombre de logements sociaux enregistrés dans les secteurs 1, 2 et 4 notamment avec respectivement 43%, 36% et 25% de croissance entre 2008 et 2015.

Effectif de logements sociaux SRU en 2015 (hors logements en foyer)



Évolution du nombre de logements sociaux familiaux entre 2008 et 2015



Source : Direction du logement, Grenoble-Alpes-Métropole

### Un coût du logement élevé, néanmoins en baisse pour l'achat dans l'ancien

#### Les dépenses liées au logement constituent un enjeu particulier pour la politique d'action sociale.

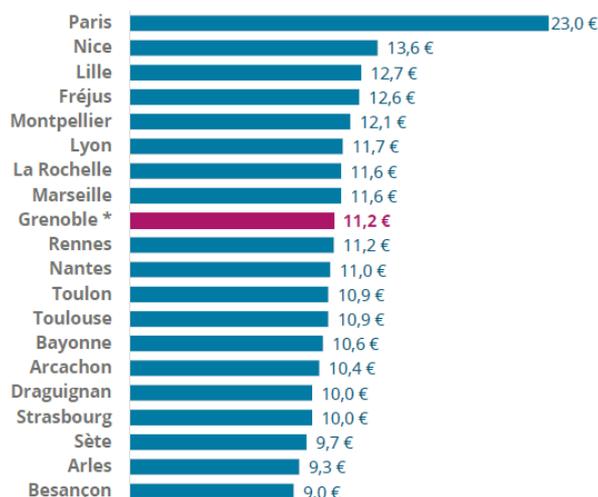
Prenant une place croissante dans le budget des ménages, les inégalités se renforcent entre ces derniers, entre propriétaires et locataires d'une part mais également entre locataires du parc social et locataires du parc privé.

Les premières données de l'Observatoire local des loyers de la région grenobloise estiment à 11,2 euros du m<sup>2</sup> le coût médian de la location dans le parc privé à Grenoble en 2016 (contre 10,3 euros en moyenne sur la région grenobloise).

**Ce loyer médian place Grenoble dans la moyennes des villes dotées d'un observatoire des loyers.**

Loyer médian des villes-centre

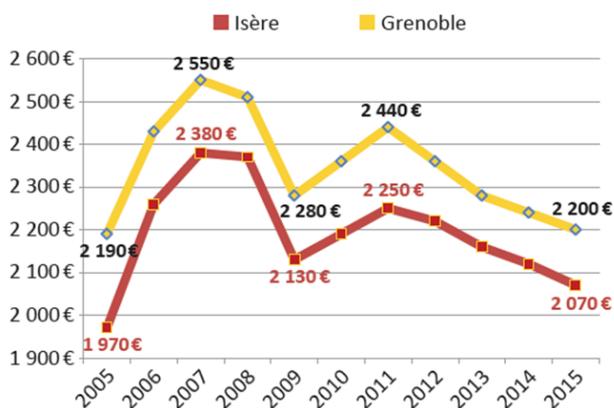
Source : Anil, 2015 et 2016 (\*)



Source : AURG

En ce qui concerne les ventes d'appartements anciens, selon les données de l'Observatoire des notaires de l'Isère, Grenoble représentent 34% des transactions du département en 2015. **Bien que supérieur à la moyenne départementale, le prix du m<sup>2</sup> médian est en baisse depuis 2012 à Grenoble.** Entre 2014 et 2015, il a baissé de 1,9% (contre 1,2% au niveau départemental) et de près de 7% en cinq ans. Ainsi, le prix médian est retombé à 2200 euros (contre 2080 euros/m<sup>2</sup> en Isère), similaire à celui constaté 10 ans plus tôt. Mais ce sont principalement les prix des studios et des 2 pièces qui enregistrent une diminution.

Prix du m<sup>2</sup> médian des appartements anciens dans l'Isère et à Grenoble au 31 décembre 2015



Parmi les communes de province de plus de 150 000 habitants, Grenoble est la 11<sup>ème</sup> plus onéreuse tandis qu'elle occupait la 3<sup>ème</sup> place en 2005.

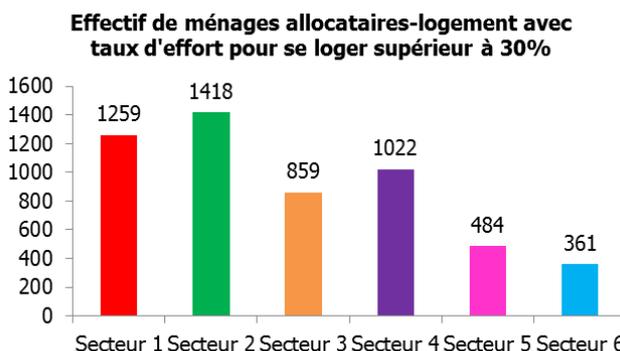
A l'échelle infra-communale, des disparités importantes sont observées entre quartiers. En 2015 tandis que le prix médian au m<sup>2</sup> est de 2630 euros à l'Île Verte enregistrant une hausse de 0,5% sur une année, il est de 2150 euros sur les Grands Boulevards en diminution de 4% et de 1690 euros à Villeneuve-Village Olympique en diminution de 1%.

**Dans le neuf, la tendance grenobloise est inverse à celle observée au niveau départemental.** Tandis que le prix du m<sup>2</sup> médian des appartements neufs en Isère a augmenté en 2015 de plus de 2%, à Grenoble il diminue de 8% pour s'établir à 3750 euros du m<sup>2</sup> (contre 3380 euros/m<sup>2</sup> en Isère).

### z00m : Quelle part des revenus consacrée au logement chez les plus précaires ? (données CAF 2015)

Observer la part des revenus consacrée au logement constitue une approche limitée de la notion de reste pour vivre des ménages mais toutefois plus juste que l'étude circonscrite aux revenus. Au lieu de prendre en compte uniquement les revenus dans l'analyse d'une plus ou moins grande précarité, le taux d'effort pour se loger intègre les charges fixes liées au loyer.

A Grenoble, au 31/12/2015, 5400 allocataires-logements (hors étudiants) présentent un taux d'effort pour se loger de plus de 30%, soit un peu plus d'un quart d'entre eux. 84% des ménages qui sont dans cette situation sont logés dans le parc privé. **Cet indicateur est particulièrement pertinent pour approcher les difficultés particulières que peuvent avoir les ménages précaires dans les secteurs où le parc social est moins développé. Il nuance également le niveau de précarité des ménages des secteurs 5 et 6.** En effet, tandis que le nombre de ménages concernés par un taux d'effort particulièrement important est de 484 dans le secteur 5 et de 361 dans le secteur 6, il est de 1259 dans le secteur 1 et de 1418 dans le secteur 2. Ainsi, est mis en évidence le rôle social majeur que joue le parc social dans les secteurs où il est particulièrement développé.



Source : INSEE, RP

## Au-delà du logement, le cadre d'habitat et de vie comme facteur de bien-être ou de mal-être majeur

Observation à partir des propos recueillis dans le cadre de la démarche SPIRAL déployée dans le quartier Mistral du secteur 3, le secteur 4 et le secteur 5

**Globalement, parmi les 1570 verbatims recueillis auprès des habitants ayant participé à la démarche SPIRAL sur l'un des trois territoires concernés, plus de 300 concernent la catégorie « cadre de vie », soit près d'une expression sur cinq.**

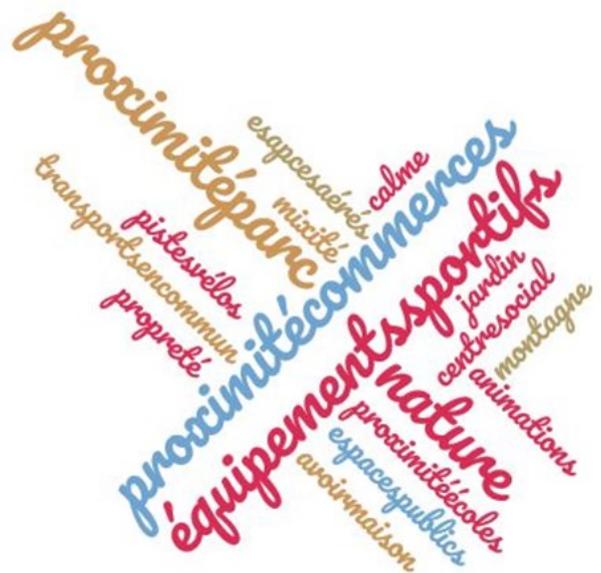
A cette catégorie a été fait le choix de rattacher : les éléments relatifs au cadre de vie en général, à la salubrité, la pollution et le bruit, aux infrastructures et équipements de base et de services, aux lieux de rencontres et de loisirs, à l'espace et au paysage ainsi qu'au logement et à son aménagement. On note donc l'importance accordée, par les habitants, à l'environnement de proximité impactant pour beaucoup directement leur bien-être ou leur mal-être.

On soulignera en revanche, que **l'importance de cette thématique diffère fortement entre les quartiers**. En effet, si dans le secteur 4, près d'une expression sur trois concerne un des items relatifs au cadre de vie (soit 150 expressions), celui-ci recueille moins d'une expression sur cinq à Mistral (98 expressions) et une expression sur dix chez les habitants du secteur 5 (61 expressions).

A titre d'exemple, on retiendra les mots clés utilisés par les habitants du secteur 4. Parmi les 150 expressions recueillies relatives au cadre de vie, 51 ont été citées pour qualifier le bien-être et 99, soit les 2/3, pour caractériser le mal-être.

On soulignera qu'une grande partie des expressions qualifient **le quartier d'habitation et apportent donc des éléments concrets sur les forces et faiblesses du territoire de proximité**.

Pour ce qui est du **bien-être**, ce sont principalement les publics d'âge actif et âgés qui citent en priorité cette thématique (habitants du Clos d'Or, jardiniers de Beauvert, etc.). Ils mettent en avant **la proximité** des équipements sportifs, des parcs, des écoles ou encore des commerces. Le bien-être renvoie également à des éléments plus généraux, qui ne concernent pas directement le quartier. On note notamment l'importance des **espaces et paysages** avec des expressions telles que « jardin », « espaces aérés », « nature », « montagne ».



Du côté du **mal-être**, abordée par tous les groupes, la catégorie « cadre de vie » ressort très nettement, recueillant près de la moitié des expressions négatives. La quasi-totalité des expressions portent un jugement direct sur les quartiers d'habitation. Plus de 20 verbatims pointent **une problématique de saleté** des espaces publics ou des montées d'immeuble. Le **manque de « lieux pour se réunir »** dédié aux jeunes ou tout publics, la **fermeture prochaine du centre social des Alpains**, les **problématiques de stationnement** ou encore le **bruit** sont également des éléments cités à plusieurs reprises par les habitants. Enfin, outre les lieux de réunion, plusieurs manques sont identifiés : services, bancs, équipements, animations ou encore espaces verts.



## 1.3 ÉCONOMIE - EMPLOI

### Les chiffres clés

Économie	
<b>Nombre total d'emplois</b>	94 645
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>0,4%/an</i>
<b>Part des emplois sphère présentielle</b>	66%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>-0,2%/an</i>
<b>Part des emplois sphère productive</b>	34%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>1%/an</i>
Emploi	
<b>Nombre d'actifs de 15-64 ans</b>	77 650
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>1%/an</i>
<b>Taux d'activité des 15-64 ans</b>	70%
<b>Nombre de chômeurs de 15-64 ans</b>	11 770
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>4%/an</i>
<b>Taux de chômage des 15-64 ans</b>	15%
<b>Nombre de chômeurs de 15-24 ans</b>	3020
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>4%/an</i>
<b>Taux de chômage des 15-24 ans</b>	24%
<b>Part des actifs occupés à temps partiel</b>	21%
<b>Part des actifs occupés en emploi instable</b>	
Catégories socioprofessionnelle	
<b>Nombre d'actifs cadres</b>	22 090
<b>Part des actifs cadres parmi les actifs</b>	28%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>2%/an</i>
<b>Nombre d'ouvriers et employés</b>	30 840
<b>Part des actifs employés et ouvriers</b>	40%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>0%</i>

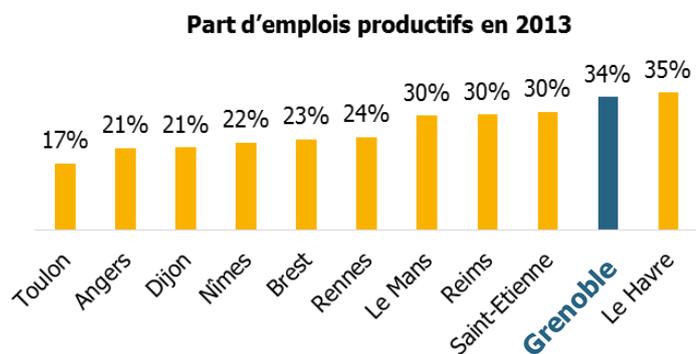
### Une ville-centre pourvoyeuse d'emplois mais un nombre d'emplois dans la sphère présentielle en recul

Grenoble compte 94 645 emplois en 2013 ce qui représente 43% des emplois de la métropole (pour 36% des habitants du territoire métropolitain). 89% des emplois sont des emplois salariés.

**Chiffre clé : 43% des emplois du territoire métropolitain situés à Grenoble**

Entre 2008 et 2013, l'emploi total a augmenté de 0,4% par an soit un rythme similaire à la croissance démographique.

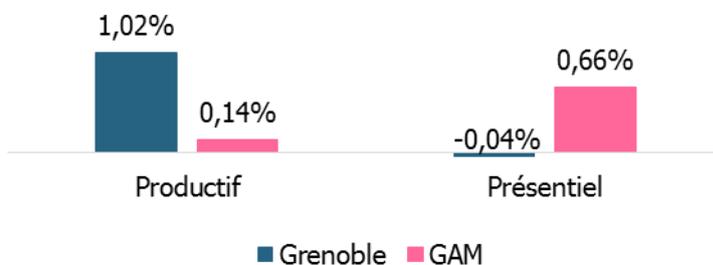
**Près de 7 emplois sur 10 dépendent de la sphère présenteielle** sur Grenoble tandis qu'un tiers des emplois est lié à la sphère productive. Si le poids des emplois productifs peut paraître peu important, **Grenoble fait partie des villes du panel de comparaison où ce type d'emploi est le plus représenté.** A titre d'exemple, moins d'un emploi sur cinq est lié à la sphère productive à Toulon.



Source : INSEE, RP 2013

Contrairement aux représentations associées à la crise économique, les **emplois productifs sont en croissance à Grenoble sur la période récente** (+1% par an soit 1580 emplois supplémentaires entre 2008 et 2013) tandis que les **emplois présentsiels enregistrent un léger recul** (-0,04 % par an soit une perte de 130 emplois sur 5 ans). **Ces tendances sont inverses à celles que connaît le territoire métropolitain.**

### Évolution de l'emploi selon la sphère économique entre 2008 et 2013



### Une ville centre aux fonctions métropolitaines développées

**38% des emplois grenoblois sont liés à des fonctions métropolitaines contre 30% pour le territoire métropolitain hors Grenoble.** Les fonctions métropolitaines concernent les domaines de la gestion, des prestations intellectuelles, de la culture et des loisirs, du commerce interentreprises ou encore de la conception-recherche. Très fortement concentrées en Ile-de-France, la dynamique de décentralisation à partir du début des années 1980 a généré l'augmentation importante de ces fonctions métropolitaines dans les régions et notamment dans les aires urbaines.

**Tout comme le niveau métropolitain, 42% des emplois sont liés à la présence de population : santé, action sociale, distribution, éducation, services de proximité, administration publique.**

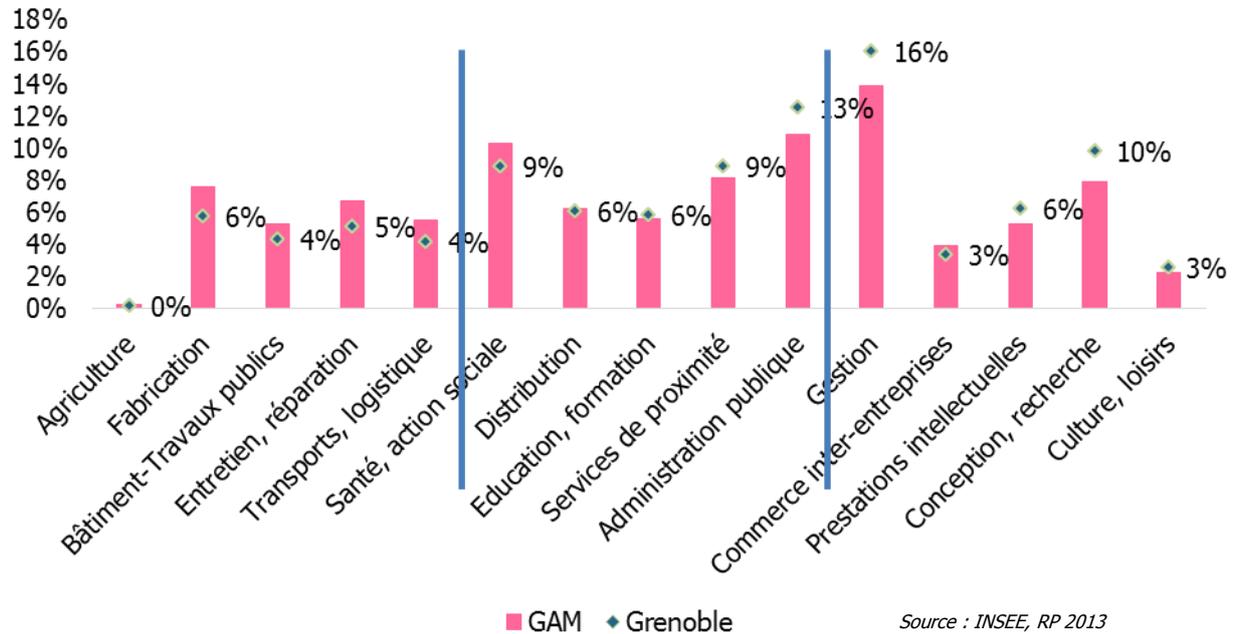
Enfin, un emploi sur 5 est lié à des fonctions de production et des fonctions intermédiaires.

Parmi ces fonctions, deux secteurs représentent plus d'un emploi sur 10 : la gestion et l'administration publique et sont donc les pourvoyeurs d'emplois les plus importants. De par son statut de ville-centre, ils sont surreprésentés sur Grenoble par rapport au reste de la métropole. Comparativement à d'autres villes-centre, ce sont principalement les emplois du domaine de la conception-recherche qui sont surreprésentés sur le territoire grenoblois, au détriment des emplois dans la fabrication, le BTP ou encore le transport logistique.

On rappellera, en référence à l'ABS 2015, que la structure de l'économie grenobloise et plus largement du territoire de la métropole implique **une tendance à la tertiarisation des emplois depuis une vingtaine d'années ainsi qu'une dominante forte des emplois demandant de hauts niveaux de qualification et d'exigences.**

Deux conséquences peuvent attirer l'attention. D'une part, le constat est fait que les emplois du secteur tertiaire ne permettent pas de compenser les pertes d'emplois dans les autres secteurs. D'autre part, malgré le développement de certains secteurs (aide à domicile, employés de commerce, etc.), **les opportunités pour la main d'œuvre peu qualifiée et/ou peu expérimentée sont limitées** à l'origine de difficultés d'accès à l'emploi et de situations d'exclusion du marché du travail.

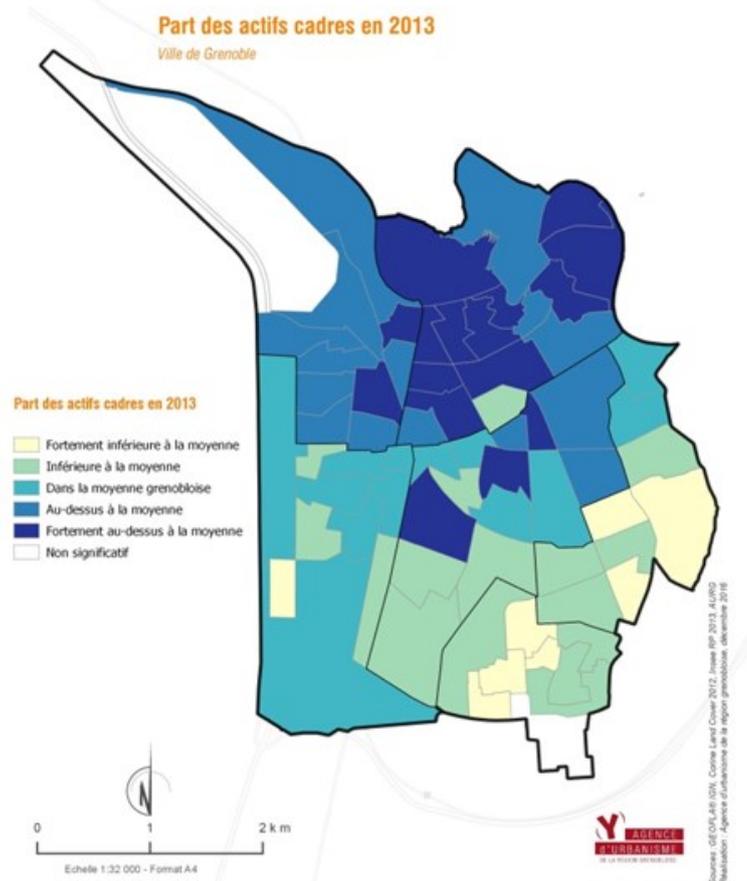
### Répartition fonctionnelle de l'emploi en 2013



Source : INSEE, RP 2013

### Comme pour le niveau de diplôme, une forte présence des catégories socioprofessionnelles élevées qui ne doit pas masquer la diversité des situations

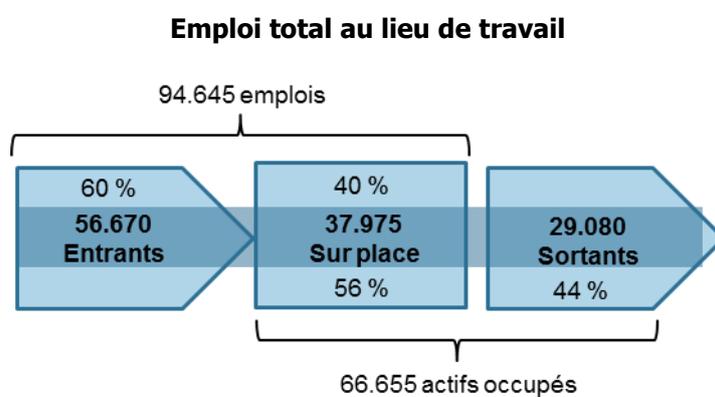
Historiquement, Grenoble se caractérise par une surreprésentation des catégories socioprofessionnelles élevées. **En effet, plus d'un actif sur deux est cadre ou occupe une profession intermédiaire, plaçant Grenoble en tête des villes du panel de comparaison.** Cette part atteint même 64% des actifs dans le secteur 1 et 68% dans le secteur 2 contre 40% dans le secteur 5 et 34% dans le secteur 6. A l'échelle des quartiers, Gare, Grenette, Préfecture, Trois-Tours, Ile-Verte-Maréchal Randon, Reynies, Diables Bleus, Championnet sont particulièrement représentatifs de cette structure sociale grenobloise. A l'inverse les actifs cadres sont quasi-absents de quartiers tels que Mistral, Les Trembles, Cocat ou Village Olympique nord.



## z00m : Quelle adéquation emploi / résidents grenoblois ? (données INSEE RP 2013)

**Les habitants de Grenoble présentent le même profil socio-professionnel que les emplois du territoire grenoblois.** Pour exemple, 32 % des actifs occupés résidant à Grenoble sont cadres tandis que 30% des emplois installés sur la commune sont des emplois de niveau cadre. De la même façon, 13% des actifs occupés sont ouvriers et de même 11% des emplois le sont également.

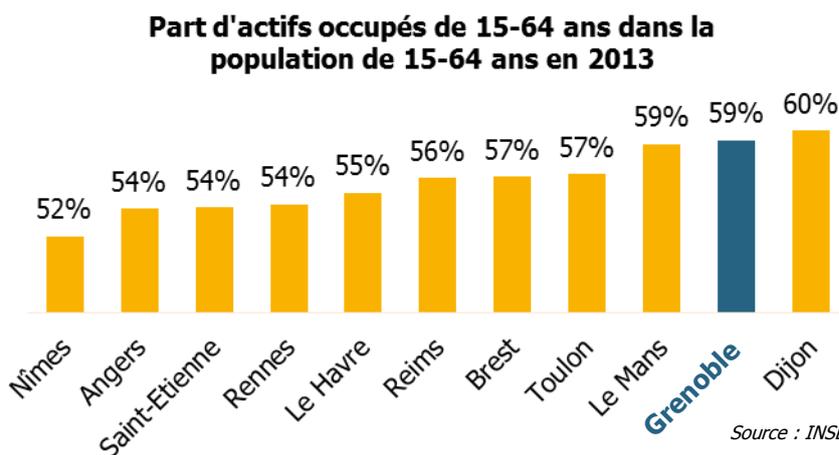
Toutefois, cette bonne adéquation CSP/types d'emploi n'évite pas les nombreux flux de déplacements quotidiens relatifs au travail pour lesquels le territoire grenoblois est particulièrement concerné. Pour rappel, avec 56% des actifs travaillant dans leur commune de résidence, Grenoble présente la part la plus faible des villes retenues pour la comparaison. **44% des grenoblois ayant un emploi travaillent à l'extérieur soit plus de 29 000 flux sortants quotidiens.** Les actifs occupés de Grenoble travaillant à l'extérieur se dirigent principalement vers 9 communes : Saint-Martin d'Hères, Echirolles, Meylan, la Tronche, Montbonnot Saint-Martin, Crolles, Eybens, Fontaine et Saint-Egrève. A l'inverse, **56 670 emplois sont pourvus par des actifs n'habitant pas Grenoble.** Ces actifs viennent massivement de 9 communes : Saint-Martin d'Hères, Echirolles, Fontaine, Saint-Egrève, Meylan, Sassenage, Seyssinet-Pariset, Eybens et Pont-de-Claix.



## Une ville active au chômage relativement contenu mais des territoires sud particulièrement touchés

Pour rappel (cf. ABS 2015), le taux d'activité des 15-64 ans (personnes en emploi ou qui en recherchent un sur l'ensemble personnes de la tranche d'âge) est de 70% à Grenoble, taux faisant partie des plus élevés parmi les villes du panel de comparaison tout en étant toutefois inférieur de 4 points à la moyenne départementale (s'expliquant par la forte concentration d'étudiants à Grenoble).

Parmi les actifs, les personnes en emploi représentent 85% de l'ensemble. **Les personnes au chômage représentent quant à elles 15% des actifs (soit 11 400 grenoblois), taux le plus faible des villes retenues pour la comparaison après Dijon (13%).** Au global ce sont donc près de 60% des personnes âgées de 15-64 ans qui sont actives occupées.



Source : INSEE, RP 2013

L'étude du chômage à l'échelle infra communale amène plusieurs constats :

- Les secteurs 1, 2 et 4 présentent des taux inférieurs à la moyenne communale, compris entre 11% et 14%
- Les secteurs 5 et 6 sont particulièrement touchés avec plus d'une personne sur cinq concernée dans le secteur 5 et une sur quatre dans le secteur 6
- Le secteur 3 présente un taux similaire à la moyenne communale avec cependant un quartier très en difficulté, Mistral

Par tranche d'âge, on sait que les jeunes sont particulièrement touchés avec un jeune actif sur quatre qui se déclare au chômage contre 14% des 25-54 ans et moins de 10% des personnes de 55 ans et plus. On nuancera néanmoins cette donnée car les jeunes de moins de 25 ans sont minoritaires à être actifs : 37% d'entre eux contre 90% des 26-54 ans et 58% des 55 ans et plus. **Ainsi, avec 3020 chômeurs de moins de 25 ans à Grenoble, cette situation concerne 9% de la tranche d'âge (contre 13% des personnes de 25-54 ans et 5% des séniors).**

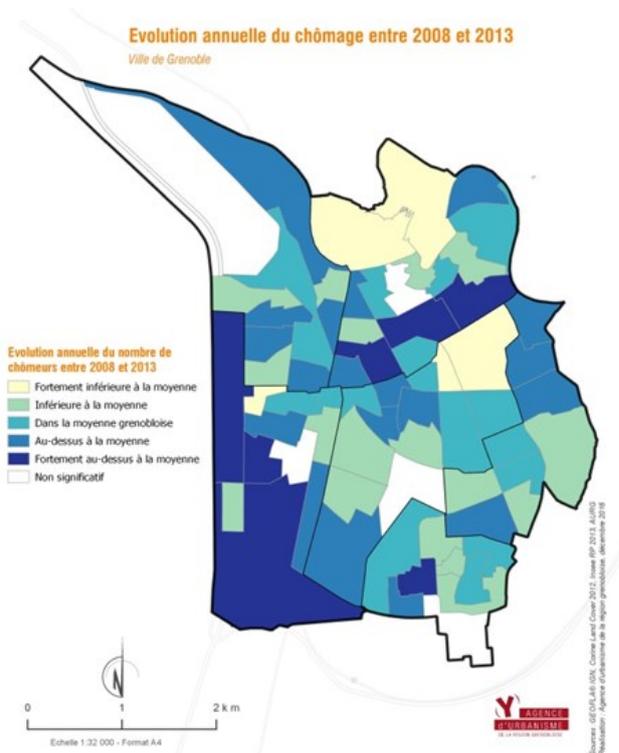
**Chiffre clé : 3020 chômeurs de moins de 25 ans, soit 9% de la tranche d'âge**

**Le chômage des jeunes est particulièrement présent dans les secteurs sud de la ville.** En effet, un tiers des actifs de 15-24 ans est au chômage dans le secteur 5 et 37% dans le secteur 6. **A noter toutefois qu'au vu des différences de taille entre secteurs, c'est dans le secteur 2 qu'ils sont les plus nombreux (570 contre 460 dans le secteur 6).**

**Une augmentation plus marquée dans les quartiers ayant accueilli de nouvelles constructions ainsi que ceux peu touchés jusqu'à récemment**

**A l'échelle communale, le nombre de chômeurs augmente de 4% par an entre 2008 et 2013, passant ainsi de 9490 à 11 770. Cette augmentation est similaire à celle observée à l'échelle métropolitaine. On notera donc que l'augmentation est plus rapide que celle de la population active qui est de 1% par an sur la même période.**

Si tous les secteurs sont concernés par cette hausse, le secteur 1 se distingue tout particulièrement avec une hausse de plus de 7% par an. A l'échelle des quartiers, on soulignera les augmentations fortes dans plusieurs quartiers ayant accueilli des constructions récentes : Drac-Ampère, Championnet, Jean Macé ainsi que dans plusieurs quartiers plutôt favorisés et peu concernés par le chômage jusqu'à récemment : Mutualité, Préfecture, Eaux Claires, Ile Verte-Maréchal Randon, Jean Jaurès, etc.



**Chiffre clé : +4%/an du nombre de chômeurs entre 2008 et 2013**

## **z00m : Une dégradation de la qualité des emplois ?** (données INSEE RP 2008 et 2013)

**A Grenoble, un peu plus d'un actif sur cinq occupe un emploi à temps partiel, soit 13 870 personnes. Plus de 70% d'entre elles sont des femmes.**

**Même si les différences entre secteurs sur cet indicateur sont peu marquées, on note une légère surreprésentation des temps partiels dans les secteurs 5 et 6 (24%).** Toujours pour des raisons d'hétérogénéité de taille des secteurs, le secteur 2 présente l'effectif le plus important, 3330 personnes concernées, soit plus du double de l'effectif du secteur 5 (1630) et du secteur 6 (1520). Néanmoins, on peut faire l'hypothèse d'une forme de temps partiel différente entre ces secteurs, pouvant être pour une part plutôt choisi et pour une autre imposé par le marché du travail et les contraintes sociales et familiales.

De façon inverse à ce qui est observé dans la période récente sur plusieurs territoires, notamment chez nos voisins étrangers, **le nombre d'emplois à temps partiel n'enregistre pas de croissance particulière.** Passant d'un peu plus de 13 500 personnes concernées en 2008 à 13 870 en 2013, l'augmentation est inférieure à celle de la population active (0,5% par an contre 1% pour la population active). Seul le secteur 5 connaît une hausse du temps partiel, de plus de 3% par an sur la période.

**En ce qui concerne les emplois instables, 14 180 grenoblois sont concernés, soit un quart des personnes en emploi salarié.** Parmi ces personnes qui n'occupent pas un emploi considéré comme stable (CDI ou titulaires de la fonction publique), plus de 2900 sont des apprentis et stagiaires. Aussi, occupent un CDD, un emploi intérimaire ou un emploi aidé 19% des grenoblois en emploi salarié. Ces emplois instables touchent les hommes et les femmes dans les mêmes proportions.

A l'échelle des secteurs, on rappellera (cf. ABS 2015) que ce sont les secteurs 1 et 2 qui présentent les parts les plus élevées (respectivement 22% et 20% contre 17% et 18% dans les autres secteurs).

Les évolutions constatées sont à interpréter avec prudence. En effet, une stagnation du nombre de personnes en emploi stable est enregistrée. Il en est de même pour les emplois en CDD. Le nombre de personnes en emploi intérimaire et aidé, quant à lui, diminue laissant penser que les destructions s'opèrent prioritairement sur ce type d'emplois.

**Si les données ne traduisent pas une dégradation massive de la qualité de l'emploi des grenoblois par davantage de temps partiel et d'instabilité, elle témoigne plutôt de l'augmentation des situations de chômage.**

## L'emploi une préoccupation de tous qui ressort toutefois peu dans les facteurs de bien-être ou de mal-être exprimés

Observation à partir des propos recueillis dans le cadre de la démarche SPIRAL déployée dans le quartier Mistral du secteur 3, le secteur 4 et le secteur 5

Les questions relatives à « l'emploi et au travail » sont, dans la codification SPIRAL, une sous-catégorie de la thématique « accès aux moyens de vie ». Le choix a été fait pour l'analyse des besoins sociaux d'isoler cette sous-catégorie et de lui ajouter les expressions relatives à « l'emploi du temps et l'équilibre des activités » ainsi que celles concernant « l'équité et la mobilité sociale ».

**De façon assez surprenante, relativement peu d'expressions relèvent de ces trois sous-catégories. Avec 54 verbatims recueillis, les questions d'emploi, de travail, d'emploi du temps et de mobilité sociale représentent 3% des éléments retenus par les habitants pour caractériser le bien-être ou le mal-être** : 13 expressions sont citées par les habitants de Mistral, 18 par ceux du secteur 4 et 23 par ceux du secteur 5.

Du côté du **bien-être**, tout territoire confondu, on retiendra trois groupes d'expressions :

- le fait d'avoir, soi-même ou ses proches (notamment pour les personnes plus âgées), un emploi
- la possibilité de pouvoir choisir son organisation, son emploi du temps et plus largement son rythme de vie
- le fait d'avoir du temps libre, du temps dédié à la famille, aux proches et aux loisirs



En ce qui concerne le mal-être, les expressions traduisent les inquiétudes liées au chômage et au manque d'emploi, au niveau national mais également plus localement. On note également un mal-être généré par la charge de travail et le manque de temps.



## 1.4 REVENUS

### Les chiffres clés

Revenus disponibles par UC	
Revenu médian annuel	19 400 euros
Revenu mensuel des 10% les plus pauvres	800 euros
Revenu mensuel des 10% les plus aisés	3 100 euros
Revenu médian mensuel du quartier le plus précarisé	900 euros
Revenu médian mensuel du quartier le plus favorisé	2 500 euros
Taux de pauvreté	
Taux de pauvreté global	17,9%

Le niveau de revenu des ménages est un indicateur central du suivi et de l'analyse des besoins sociaux, permettant d'approcher le niveau de vie des ménages, d'expliquer certaines difficultés socioéconomiques et d'objectiver les inégalités économiques.

Depuis 2015, l'INSEE publie des données localisées à la commune sur le revenu disponible (intégrant les prestations sociales reçues et déduisant les impôts versés) et la pauvreté monétaire des ménages.

En publiant ces données, l'INSEE propose une analyse au niveau national qui pointe notamment l'importance des taux de pauvreté dans les villes-centre des grandes aires urbaines (à l'exception de Paris et de Lyon) et met en évidence une plus grande pauvreté chez les jeunes ménages, les familles monoparentales ainsi que les familles nombreuses.

Il s'agit dans cette partie de compléter les éléments développés dans l'ABS 2015 avec une lecture infra-communale des données de revenus et de pauvreté.

#### Rappels

Le revenu fiscal correspond à la somme des ressources inscrites sur la déclaration des revenus avant tout abattement. Il comprend les revenus d'activité salariée et non salariée, les pensions d'invalidité, les retraites (hors minimum vieillesse), les pensions alimentaires reçues (déduction faite des pensions versées), certains revenus du patrimoine ainsi que les revenus sociaux imposables : indemnités de maladie et de chômage (hors RSA et autres prestations sociales).

Le revenu disponible correspond au revenu déclaré augmenté des prestations sociales et diminué des impôts directs (impôts sur le revenu, taxe d'habitation, contribution sociale généralisée et contribution à la réduction de la dette sociale) et des prélèvements sociaux.



Source : INSEE

Le revenu disponible par unité de consommation (UC) relativise le niveau de revenu par rapport à la composition du ménage fiscal. Il prend en compte les économies d'échelle résultant de la vie en groupe : selon la définition utilisée par l'INSEE, le 1er adulte compte pour 1 UC, les autres personnes de 14 ans et plus comptent chacune pour 0,5 UC, les enfants de moins de 14 ans pour 0,3 UC.

Les déciles de revenus distribuent les revenus par tranches de 10% des personnes.

Le revenu médian est celui qui partage la population étudiée en deux groupes ; la moitié des personnes appartient à un ménage qui déclare un revenu par UC inférieur à cette valeur et l'autre moitié à un ménage qui déclare un revenu par UC supérieur à cette valeur.

Le rapport inter-décile (D9/D1) des revenus rapporte le revenu 10% les plus aisés à celui des 10% les moins aisés. Il constitue une des mesures des inégalités de revenus présentes dans une population donnée.

Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. Un seuil à 60 % de la médiane des niveaux de vie a été privilégié.

La composition du revenu des grenoblois est donnée et analysée dans ce document. Est détaillée la contribution de chaque type de ressource (dont le total est supérieur à 100%) ainsi que des prélèvements obligatoires (qui viennent donc en déduction) dans la formation du revenu disponible des grenoblois. A Grenoble, 75 % du revenu disponible est composé de revenus d'activités (salaires, traitements ou prestations chômage), 25% proviennent des pensions et retraites, 11% sont des revenus du patrimoine et 6% des prestations sociales.

Les impôts étant retranchés aux sommes perçues, ils sont comptés négativement (- 17 %).

Ainsi, si le revenu disponible était égal à 1000 euros sur Grenoble, il serait composé de 750 euros de revenus d'activités, 60 euros de prestations sociales, 110 euros de revenus du patrimoine et 250 euros de pensions, retraites et rentes. A cela, il serait déduit 170 euros d'impôts.

## Une ville aisée à forte concentration de ménages précarisés

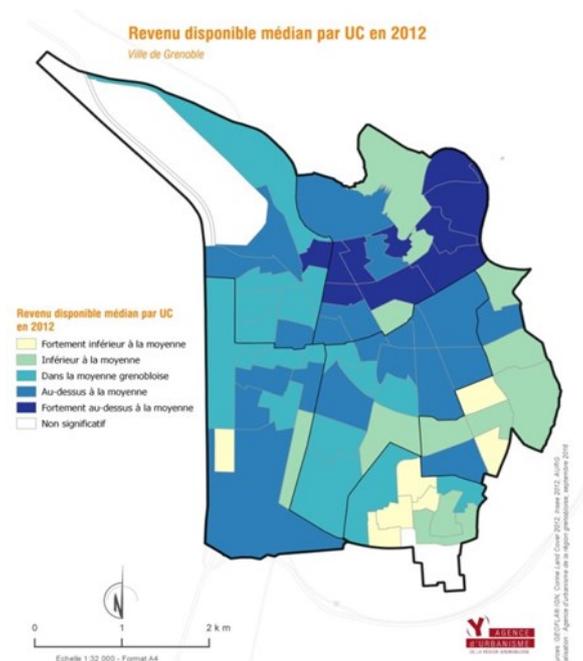
En 2012, la moitié des ménages grenoblois vit avec un revenu disponible annuel supérieur à 19 400 euros par unité de consommation (UC) soit un peu plus de 1 600 euros par mois. Grenoble est la 3<sup>ème</sup> ville la plus favorisée du panel de comparaison derrière Dijon et Rennes.

Ce revenu médian cache toutefois de fortes disparités entre quartiers puisqu'il est compris entre 900 euros mensuels par unité de consommation pour le quartier le moins favorisé (Mistral) à 2500 euros mensuels pour le plus favorisé (Créqui-Victor Hugo). Les revenus médians les plus élevés se situent tous dans le secteur 2 dans les IRIS de l'Île Verte, Trois Tours ou encore Hébert-Mutualité. A l'inverse, les revenus médians les plus faibles trouvent dans les quartiers où la proportion de logements sociaux est forte et notamment au sein des quartiers prioritaires du contrat de ville : Mistral, Village Olympique, Arlequin, Teisseire, Jouhaux, etc.

Logiquement, le taux de pauvreté apparaît relativement contenu à Grenoble. Avec 17,9%, Grenoble se place en 4<sup>ème</sup> position parmi les villes du panel, derrière Dijon, Brest et Rennes. Néanmoins, on notera que ce taux est de près de 4 points supérieur à la moyenne nationale (14%), les phénomènes de pauvreté étant principalement concentrés dans les grandes villes.

Chiffre clé : un revenu disponible médian de 19 400 euros

Chiffre clé : un revenu disponible médian de 900 euros pour le quartier le plus défavorisé



**zOOm : L'ouest de la ville plus homogène que l'est, regards sur les disparités de revenus internes aux secteurs (données Filosofi 2012)**

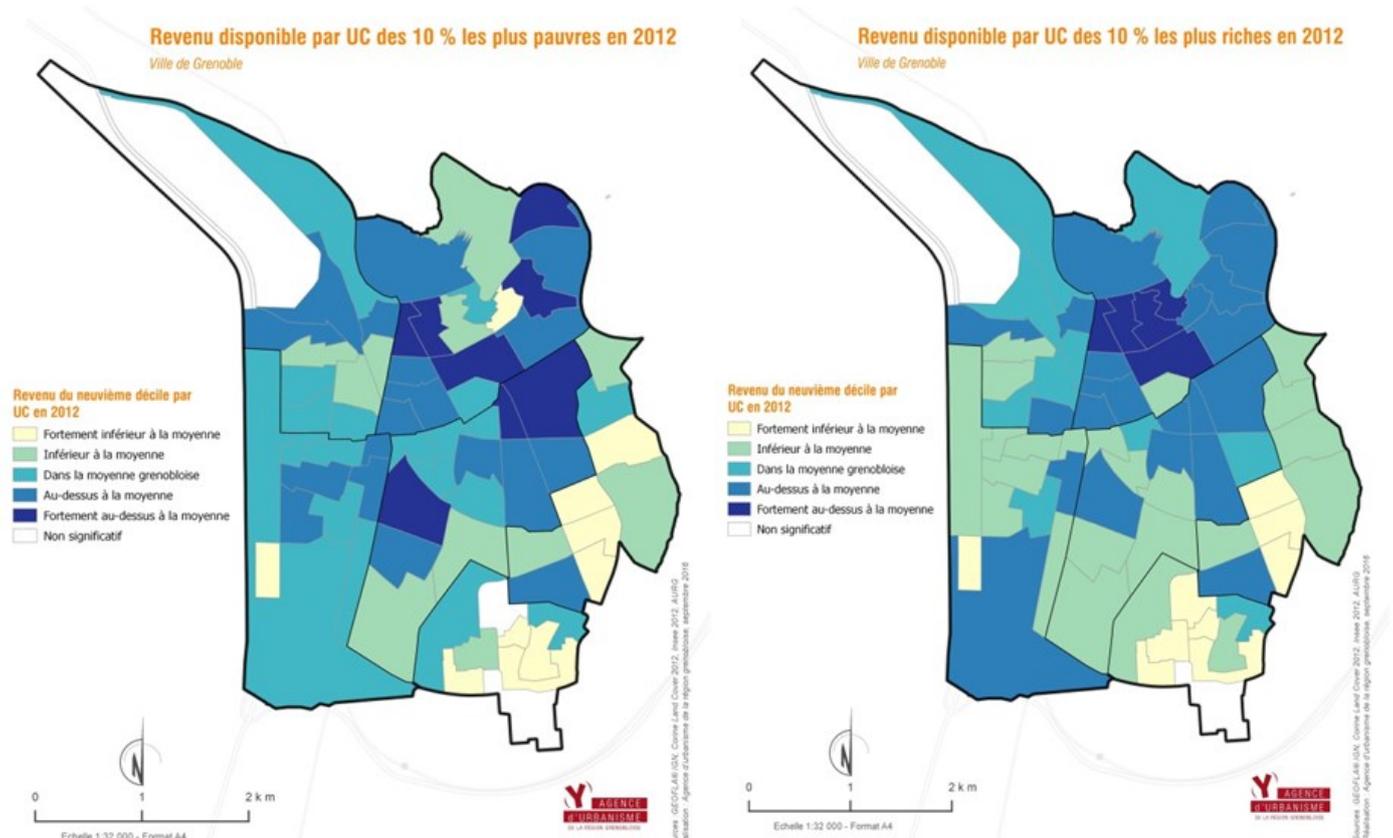
Les 10% de ménages grenoblois les plus pauvres (1<sup>er</sup> décile) disposent de moins de 800 euros par mois et par unité de consommation soit un montant inférieur au seuil de pauvreté. Ce montant mensuel varie fortement d'un quartier à un autre allant d'environ 1100 euros pour les quartiers les plus favorisés à 550 euros pour ceux où la précarité est fortement présente. Quant aux 10% les plus riches, ils disposent de plus de 3100 euros par mois et par unité de consommation. Ce montant mensuel varie lui aussi fortement d'un quartier à l'autre s'échelonnant de 1600 à plus de 5400 euros

**Les secteurs 1 et 3 apparaissent les plus homogènes** puisque le revenu des 10% les plus pauvres se situe dans la moyenne grenobloise à l'exception de Mistral dans le secteur 3 et, dans une moindre mesure, des quartiers Gare, Saint-Bruno et Gabriel Péri dans le secteur 1.

**Le secteur 2 est le plus hétérogène** avec des quartiers où le revenu du premier décile est fortement supérieur à la moyenne (Trois tours, Préfecture) et d'autres où il est largement inférieur à la moyenne communale, plus proche de ce qui est observé dans les quartiers en Politique de la Ville (Notre-Dame, Grenette, Saint-Laurent-Lavalette).

**Les secteurs 4 et 5 se décomposent en deux sous-secteurs** : le nord où le revenu des 10% de ménages les plus pauvres est au-dessus de la moyenne grenobloise (Clémenceau, Reynies, Diabes bleus, etc.) et le sud, beaucoup plus précarisés (Poterne, Jouhaux, Beauvert, etc.).

**Le secteur 6 apparaît de son côté relativement homogène** avec un premier décile bien au-dessous de la moyenne grenobloise à l'exception de l'iris Helbronner.

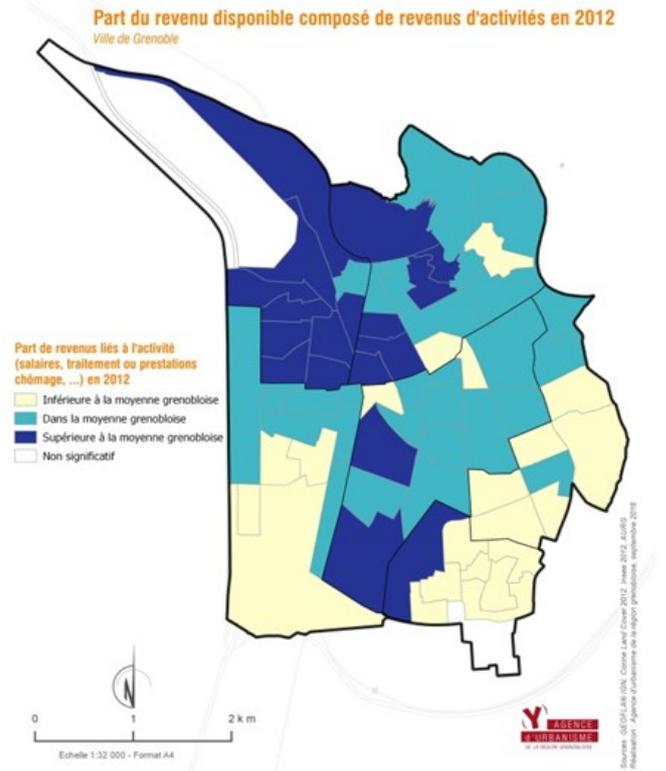


## Une part de revenus liés à l'activité professionnelle élevée dans les quartiers ayant accueilli des constructions récentes

**La part des revenus liés à l'activité professionnelle représente les  $\frac{3}{4}$  des revenus des ménages grenoblois.**

Là encore, ce taux diffère entre quartiers allant de 50% à plus de 95% de l'ensemble des revenus des ménages résidents dans le même IRIS. Ces différences s'expliquent par les caractéristiques démographiques (population plus ou moins âgée et donc présence plus ou moins importante de retraités) et sociales (part plus ou moins importantes de ménages sans activité).

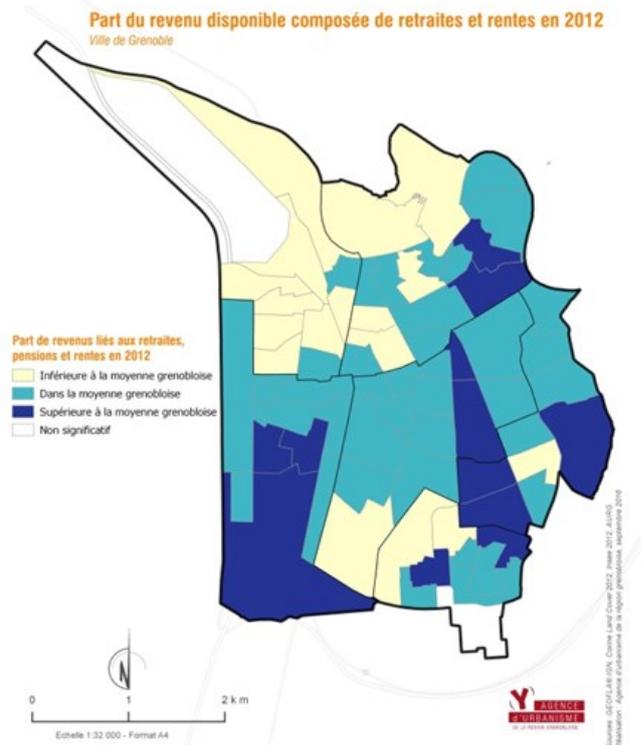
Les plus fortes parts de revenus d'activités se retrouvent majoritairement dans les quartiers accueillant des ménages en emploi ainsi que dans ceux en forte modification (construction importante) ayant donc une faible part de ménages âgés (Jean Macé, Europole, Diderot, Championnet, Vigny Musset, etc.).



## Une part de revenus liés aux pensions et retraites caractéristique du profil démographique des quartiers

**Représentant 25%, la part des revenus liés aux pensions et retraites est la deuxième plus importante derrière celle liée aux revenus d'activités.**

Cette part varie d'un quartier à un autre se situant entre 10% et 45% des revenus des ménages. Elle met en évidence les quartiers âgés où la proportion de retraités est élevée (dans le secteur 3 : Rondeau-Libération, Houille blanche, dans le 5 : La Bruyère, Malherbe, Poterne, dans le 4 : Bajatière ouest, Diables bleus) et en creux, ceux ayant connu un fort renouvellement de leur population ou contenant une part de construction neuve importante.

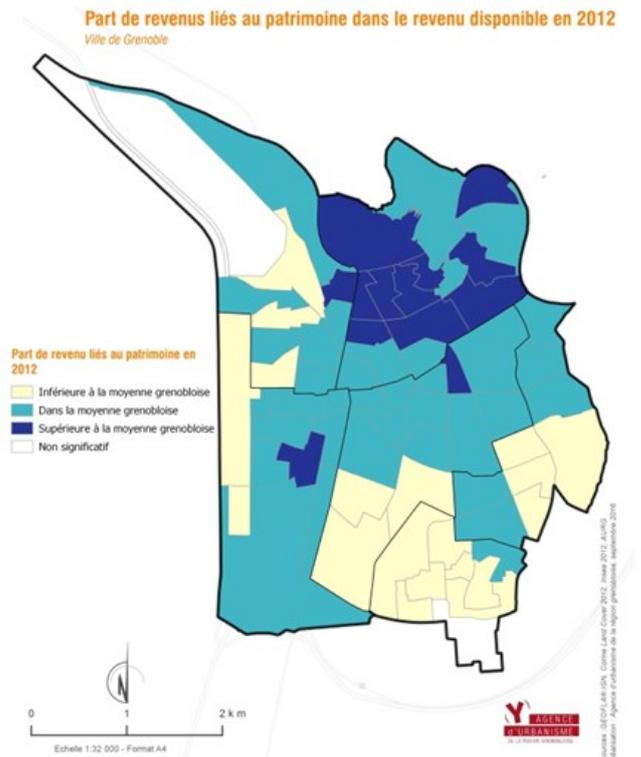


## Une part de revenus liés au patrimoine représentatif du niveau de richesse des ménages

Si le niveau des revenus d'activité explique une partie des différences de situation économique et sociale entre ménages, le patrimoine est encore plus inégalitaire.

**La part des revenus liés au patrimoine représente 11% du revenu disponible des ménages grenoblois.** Elle inclut les revenus fonciers nets (loyers, fermage, SCI, ...), les revenus accessoires (bénéfices industriels et commerciaux, recettes brutes de location de meublée, ...) ainsi que les revenus de valeurs et de capitaux mobiliers déclarés à l'administration fiscale.

**Cette part est comprise entre 2% et 25% de l'ensemble des revenus des ménages selon les quartiers.** Elle est largement supérieure à la moyenne grenobloise dans les quartiers les plus aisés et notamment dans le secteur 2 avec plusieurs IRIS concernés (Grenette, Préfecture, Hébert-Mutualité, etc.). A l'inverse, les quartiers apparaissant les plus précarisés et où la proportion de logements locatifs sociaux est importante présentent une faible part de revenus liés au patrimoine. On retient ainsi la quasi-totalité des IRIS du secteur 6, le sud des secteurs 4 et 5 ainsi que dans le secteur 3 les IRIS Mistral et Drac-Ampère



## Une forte part du revenu composé de prestations sociales dans les quartiers d'habitat social

**La part des revenus liés aux prestations sociales (minimas sociaux, prestations familiales, prestations logement) représente 6% du revenu global des grenoblois.**

**Cette part diffère fortement à l'échelle infra-communale allant elle aussi de 2% à 25% selon les quartiers.**

Le secteur 2 est celui qui présente la plus faible part de revenus liée aux prestations sociales avec  $\frac{3}{4}$  des IRIS se situant en-dessous de la moyenne grenobloise. Seuls trois d'entre eux comportent un parc social important (Hoche, Saint-Laurent-Lavalette et Notre-Dame) et présentent donc une plus forte part des revenus liés aux prestations sociales.

Les secteurs 1, 3 (à l'exception de Mistral) et 4 (à l'exception d'Alliés-Clos d'Or) se situent dans la moyenne grenobloise. Ce résultat s'explique notamment par la présence de ménages aux statuts d'occupation variés (propriétaires, locataires du privé et sociaux).

Les secteurs 5 et 6 présentent, quant à eux, une part de revenus liée aux prestations sociales supérieure à la moyenne grenobloise. Seuls 5 IRIS qui accueillent des ménages un peu plus aisés et plus souvent propriétaires se situent dans la moyenne : Valmy, Jeanne d'Arc, Helbronner, La Bruyère et Malherbe.

**A noter : Une analyse précise de la pauvreté des ménages grenoblois à partir des données CAF 2015 est développée en partie 2 de ce document.**

## L'accès aux biens de subsistance, des expressions fortes mais relativement rares

Observation à partir des propos recueillis dans le cadre de la démarche SPIRAL déployée dans le quartier Mistral du secteur 3, le secteur 4 et le secteur 5

La catégorie de « l'accès aux biens de subsistance » est, dans la codification SPIRAL, particulièrement large et englobante. Aussi, a été fait le choix de l'étudier par sous-parties.

C'est tout d'abord **les éléments relatifs aux ressources financières, au pouvoir d'achat et à l'accès aux droits dits « de base »**, tels que l'alimentation ou le logement qu'on retiendra pour illustrer cette partie de l'ABS. **Toutefois, peu d'expressions sont recensées : sur les trois territoires, 34 expressions connotées à un sentiment de bien-être et 30 à celui de mal-être, soit 4% de l'ensemble.** Les habitants ayant cité cette thématique sont très divers, que ce soit en termes de territoire d'habitation, de sexe ou d'âge.

On soulignera que le fait d'avoir de l'argent pour vivre et pour faire vivre sa famille est une expression récurrente côté bien-être. Le fait d'avoir accès à l'alimentation et à une « alimentation de qualité », à un « logement correct » ou à l'hygiène sont également des points importants pour une partie des habitants. A l'inverse, côté mal-être ressort « le manque d'argent », le fait de « mal manger », de « ne pas avoir de logement » ainsi que plusieurs éléments relatifs à la gestion financière : « problèmes financiers », « mauvaise gestion », « augmentation des factures ».



Ces éléments relatifs aux ressources financières et à l'accès aux droits de base peuvent être complétés par deux thématiques :

- l'accès à l'éducation cité une vingtaine de fois principalement pour caractériser le bien-être : « avoir le droit à l'éducation », « apprendre des choses à l'école », « l'école car c'est le lieu où on apprend », « aller à l'école », « avoir accès à l'alphabétisation, aux connaissances culturelles et aux valeurs », etc.

- l'accès aux loisirs, au sport et à la culture, thématique citée plus d'une centaine de fois pour caractériser principalement le bien-être. Toutefois, cette thématique est problématique pour l'analyse, il est particulièrement difficile de distinguer ce qui relève de « l'accès aux loisirs, au sport et à la culture » avec des expressions telles que « trouver une activité pour les enfants à l'année », « faire du sport et des activités gratuitement », « les événements qui font vivre le quartier », ou encore « fuir la semaine pour les loisirs », de ce qui procure plus directement du bien-être ou du mal-être : « quand je fais du vélo », « j'aime jouer au foot », « travailler dans le jardin », « faire du sport », etc.

## 1.5 SANTÉ

### Les chiffres clés

Indicateurs socioéconomiques	
Part des bénéficiaires de la CMU-C	13%
Part des affiliés du régime général sans couverture	18%
État de santé et recours aux soins	
Part des affiliés du régime général en ALD	16%
Taux de recours au médecin généraliste	66%
Taux de recours au dentiste	30%
Offre de soins	
Densité de médecins généralistes libéraux pour	12,5
Densité de dentistes libéraux pour 10000 habitants	9
Densité d'infirmiers libéraux pour 10000 habitants	16,7
Part des médecins généralistes de plus de 55 ans	61%

La santé est une préoccupation majeure des individus. Dans le rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social dirigé par Stiglitz, Sen et Fitoussi en 2009, la santé apparaît au premier rang des éléments subjectifs et objectifs facteurs de qualité de vie. « *La santé est un élément de base déterminant à la fois la durée et la qualité de vie* ».

Aussi, la santé est l'un des rares postes de consommation qui globalement augmente chez les ménages, traduisant la place centrale que prend la santé pour les individus, mais également la part croissante des frais de santé qui restent à la charge des patients.

Transversales à tous les publics et traversées par la problématique majeure des inégalités sociales, les questions de santé sont majeures pour la politique publique tant nationale que locale.

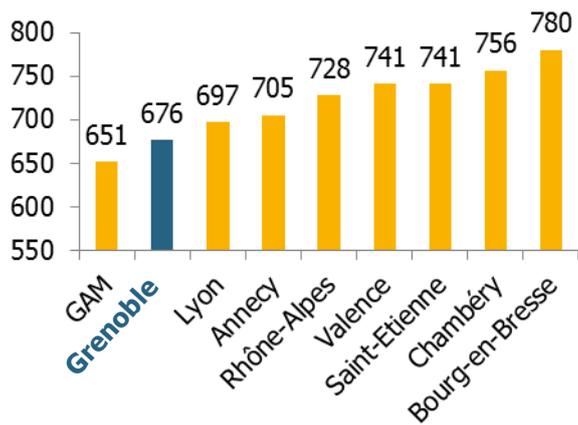
**L'état de santé des populations peut être caractérisé par plusieurs indicateurs : des indicateurs objectifs, de mortalité, de morbidité et de consommation de soins et des indicateurs subjectifs tels que l'état de santé perçu.** Cet état des lieux est réalisé à partir de données objectives issues des bases de données de l'ORS et de l'ARS Rhône-Alpes. A noter que les données statistiques fournies par l'ORS et l'ARS sont standardisées sur l'âge, c'est-à-dire que les effets des différences de structure par âge des territoires sont gommés.

### Des indicateurs de santé globaux plutôt favorables

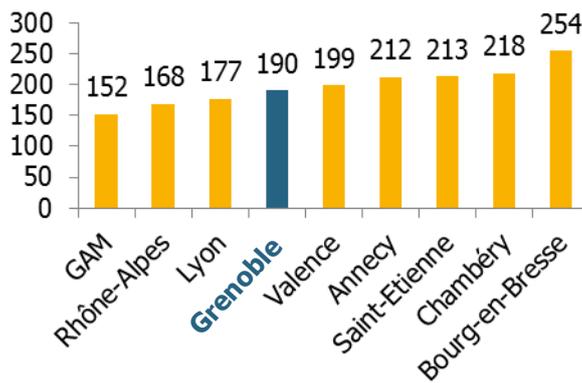
« *Alors que notre pays se classe à la seconde place en matière d'espérance de vie chez les femmes (85,1 ans), il n'est que 16<sup>ème</sup> lorsque l'on interroge la mortalité prématurée (décès avant 65 ans)* » (La santé des habitants de l'agglomération grenobloise, Obs'Y, juillet 2015).

Cette phrase qui résume la situation observée au niveau national est également caractéristique de la situation grenobloise. **Tandis que le taux de mortalité est inférieur à la moyenne régionale (ainsi qu'à celui de toutes les grandes communes de la région), le taux de mortalité prématurée reste inférieur à celui de la plupart des communes de comparaison mais est supérieur à la moyenne régionale ainsi qu'à celui de la métropole grenobloise (et de la plupart des grandes agglomérations régionales).** Ces deux constats s'expliquent notamment par l'étude des caractéristiques sociales de la population. Grenoble présente à la fois des parts de cadres et de personnes à haut niveau d'éducation importantes pouvant expliquer la situation favorable en termes de mortalité et une concentration de publics plus défavorisés caractéristique des villes-centre, impactant la mortalité prématurée.

**Taux de mortalité pour 100 000 habitants**



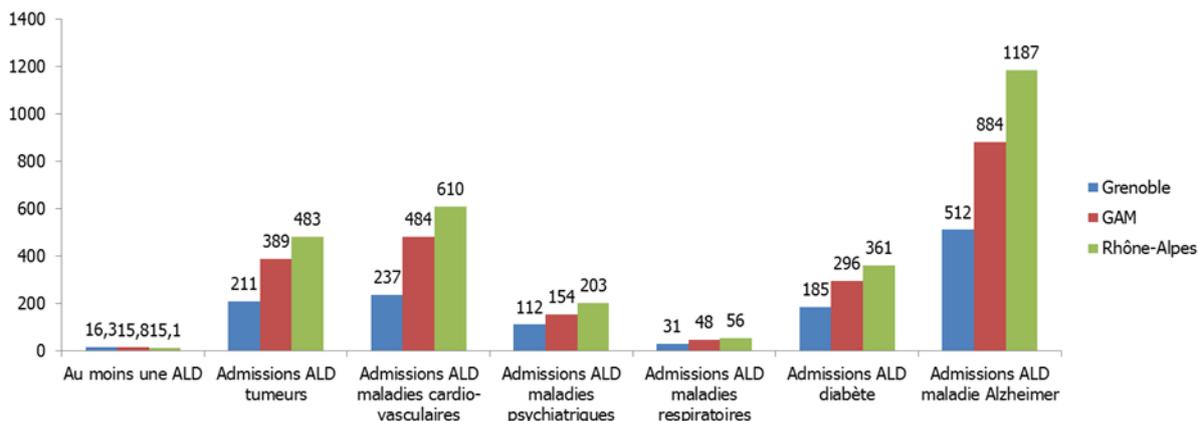
**Taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) pour 100 000 habitants**



Source : INSEE, RP 2013

**En ce qui concerne la morbidité, les taux d'admission en affection de longue durée sont significativement inférieurs aux taux régionaux sur toutes les principales pathologies.**

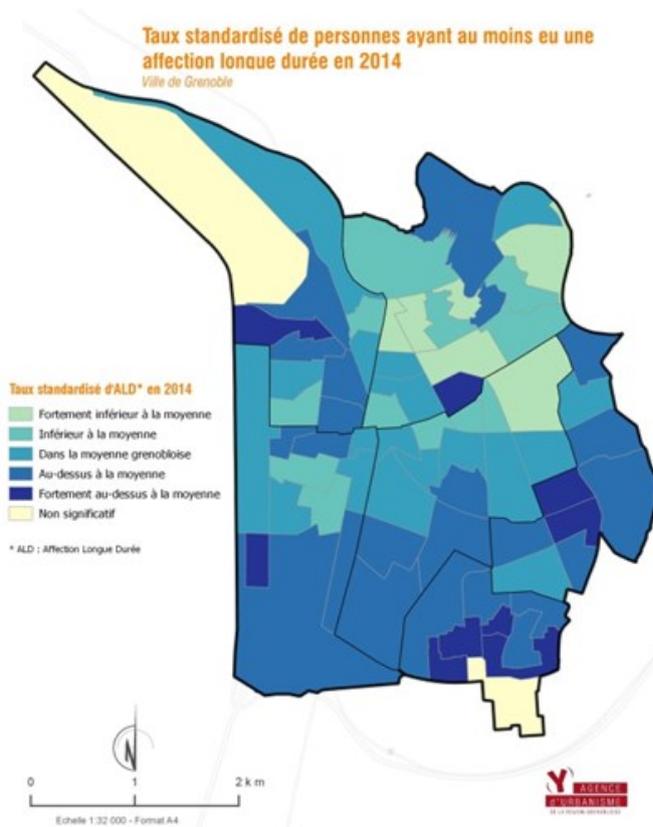
**Prévalence et admission en affection de longue durée**



Si les indicateurs sont particulièrement favorables pour Grenoble, **ce constat amène à deux points de vigilance** :

- une **présence de publics présentant un état de santé plus dégradé, notamment de publics en difficulté économiques et/ou sociales**. A ce titre, on notera que les taux d'affection de longue durée sont plus élevés dans les quartiers d'habitat social faisant partie ou non de la politique de la ville : Villeneuve, VO, Mistral, Paul Cocat, Jouhaux mais également Cours Berriat, Hoche, etc.
- un questionnement sur l'identification des pathologies et l'accès aux droits.

**Taux standardisé de personnes ayant au moins eu une affection longue durée en 2014**  
Ville de Grenoble



## **Un territoire urbain à l'offre de 1<sup>er</sup> recours relativement abondante et diversifiée mais toutefois vieillissante et inégalement répartie**

**L'accès aux services de santé est pleinement influencé par la capacité du système à offrir les différents services nécessaires à la santé et au bien-être de chacun.** La problématique est complexe et recouvre trois dimensions principales :

- Spatiale et quantitative : l'offre existe-t-elle en quantité suffisante face aux besoins ? y-a-t-il une couverture équitable du territoire ?

- Financière : les habitants ont-ils la capacité financière d'accéder à l'offre de soins ? le coût des soins est-il adapté aux caractéristiques et possibilités des habitants ?

- Sociale : les habitants détiennent-ils les informations et les capacités pour mobiliser l'offre de services de santé ? l'organisation de l'offre favorise-t-elle des parcours cohérents et adaptés ?

*« L'accès à la santé recouvre les possibilités, pour un individu, de bénéficier de tous les accompagnements existants (préventifs, éducatifs ou curatifs ; il diffère donc du recours aux soins, qui relève d'une démarche individuelle de mobilisation de l'offre de service de santé. » (La santé des habitants de l'agglomération grenobloise », Obs'Y, juillet 2015).*

En tant que ville-centre, Grenoble bénéficie d'une offre de santé relativement développée dont l'accès est facilité par les réseaux de transport. En effet, le territoire compte près de 200 médecins généralistes libéraux soit 12,5 professionnels pour 10 000 habitants contre 11,5 pour la métropole grenobloise et moins de 10 pour 10 000 au niveau régional.

A cette offre libérale, il convient d'ajouter l'offre des cinq centres de santé polyvalents gérés par l'AGECSA qui regroupent notamment 29 médecins généralistes (26 ETP en 2015).

En ce qui concerne l'offre dentaire, Grenoble compte 140 chirurgiens-dentistes libéraux, soit un peu moins de 9 professionnels pour 10 000 habitants contre 6,5 à l'échelle métropolitaine et 5,5 au niveau régional. A cette offre s'ajoutent deux centres de santé dentaire mutualistes.

Pour ce qui est de l'offre paramédicale, les densités d'infirmiers et de kinésithérapeutes sont respectivement de 16,7 et 21,6 professionnels pour 10 000 habitants contre 13,5 et 17,6 pour la métropole et 12,9 et 11 en Rhône-Alpes.

Par ailleurs, cette offre de proximité est complétée par les services de santé des acteurs institutionnels (protection maternelle et infantile, service communal d'hygiène et de santé, santé scolaire, Centre départemental de santé, etc.) et associatifs (planning familial, Médecins du Monde, centre de soins infirmiers Abbé Grégoire, etc.), offre développée dans les villes-centre qui porte une attention particulière sur des problématiques ciblées peu prises en charge en secteur libéral et/ou sur les publics vulnérables et éloignés du système de santé (Obs'Y, 2015).

Néanmoins, il convient de souligner la limite d'une analyse de données à l'échelle communale pour ce qui est des densités de professionnels de santé. En effet, en tant que ville-centre Grenoble concentre une part importante de l'offre médicale de 1<sup>er</sup> recours du territoire métropolitain et encore davantage pour ce qui est de l'offre médicale spécialisée, mais de nombreux résidents d'autres communes ont recours à cette offre. Selon les données ARS 2013 — Cartosante, la consommation d'actes de médecins généralistes libéraux concernent à 72% des grenoblois, soit donc environ 28% des actes délivrés à des personnes extérieures à la commune. Pour ce qui est des centres de santé de l'AGECSA, c'est un peu moins de 20% de la patientèle qui réside en dehors de Grenoble. La fonction de ville-centre est donc pleinement exercée dans le domaine de la santé, vient nuancer la bonne couverture du territoire communal en matière d'offre libérale et peut expliquer certains délais de rendez-vous et difficultés d'accès.

***zOOM : Les centres de soins de l'AGECSA, une offre polyvalente qui prend en charge un public fragilisé (à partir des données du rapport d'activité de l'AGECSA 2015)***

*Les 5 centres de l'AGECSA, tous situés au sein des quartiers « politique de la ville », proposent une offre de services de santé pluridisciplinaires ouverte à tous et adaptée aux publics fragilisés.*

*En effet, le regroupement de plusieurs professionnels sur un même lieu (médecins généralistes, pédiatres, psychiatre, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciennes, psychologue et professeur d'activité physique adaptée), la pratique du tiers payant, les tarifs de secteur 1 ainsi que les pôles d'accueil qui ont une attention particulière sur les droits et les situations complexes, tendent à faciliter l'accès aux soins des publics défavorisés et/ou éloignés de l'offre de services de santé libérale.*

*En 2015, 19 513 patients ont été pris en charge dans les 5 centres de santé (allant de 2200 au centre de l'Abbaye à 8450 pour celui de l'Arlequin), représentant près de 135 700 actes.*

*Aussi, on soulignera, à partir de plusieurs indicateurs, plusieurs particularités de profil des patients des centres de santé :*

*- Forte fréquentation des enfants de 0-14 ans : 27% de la patientèle contre 15% de la population grenobloise et à l'inverse plus faible présence des jeunes et jeunes adultes : 13% de la patientèle contre 20% de la population*

*- Représentation des publics âgés similaire à la moyenne communale (20%), à l'exception du centre Vieux Temple situé dans le quartier Alma/Très-Cloître/Chenoise où les personnes de 60 ans et plus représentent 27% de la patientèle*

*- Surreprésentation des bénéficiaires de la CMU-C : 22% de la patientèle contre 13% des grenoblois affiliés au régime général ainsi que des patients sans couverture complémentaire : 25% contre 18% à Grenoble*

*- Sous-représentation des patients en affection de longue durée du fait principalement de la surreprésentation des enfants dans la patientèle : 12% contre 16% des affiliés du régime général à Grenoble, à l'exception du centre Vieux Temple (16%)*

**Toutefois, deux éléments problématiques sont à retenir : l'âge avancé des professionnels médicaux et leur vieillissement à venir et les inégalités territoriales qui distinguent le sud du nord de la ville.**

Outre le manque de professionnels et les délais d'accès à certaines spécialités (ophtalmologues notamment) qui sont régulièrement pointés par les habitants et professionnels de terrain, la difficulté majeure mise en évidence par les données statistiques est celle liée au vieillissement des professionnels.

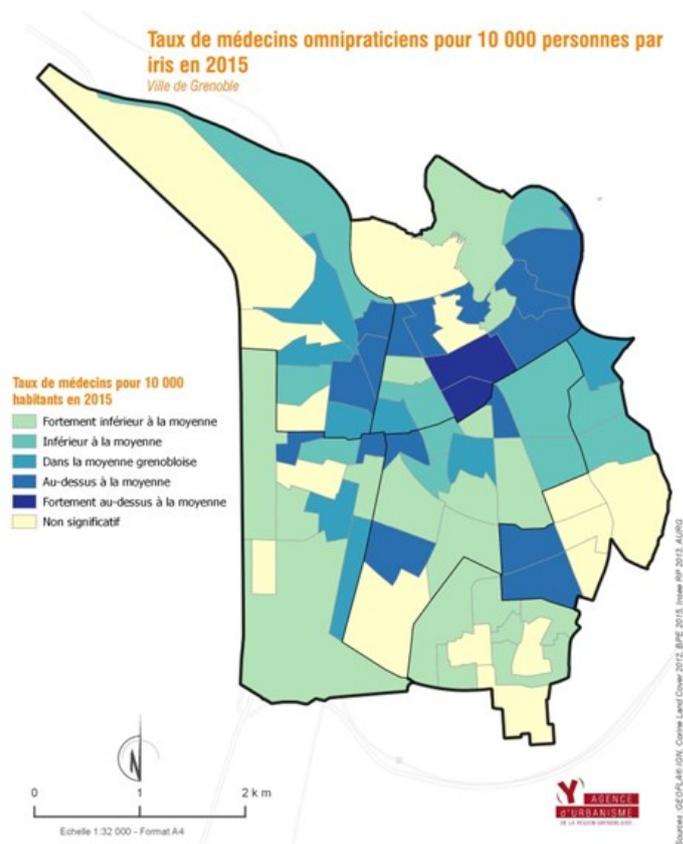
**Si les professions paramédicales et les chirurgiens-dentistes sont peu concernés, plus de 60% des médecins généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres et plus de 80% des gynécologues ont plus de 55 ans à Grenoble (contre 51% des médecins généralistes de la région et 70% des gynécologues).**

#### Effectifs, densités de professionnels de santé et part des plus de 55 ans

	Effectifs	Densités	Part des 55 ans et plus
<b>Médecins généralistes</b>	196	12,5	61%
<b>Ophtalmologues</b>	44	2,8	61%
<b>Gynécologues (densité pour 10000 femmes)</b>	37	8,6	84%
<b>Pédiatres (densité pour 10 000 enfants de moins de 18 ans)</b>	11	4,8	64%
<b>Psychiatres</b>	90	5,7	68%
<b>Dentistes</b>	140	8,9	40%
<b>Infirmiers</b>	263	16,7	24%
<b>Kinésithérapeutes</b>	340	21,7	21%
<b>Orthophonistes</b>	62	3,9	11%

Source : ARS, ORS 2014

Par ailleurs, des inégalités territoriales sont visibles au sein de la ville, entre le nord et le sud notamment. **Le centre-ville de Grenoble ainsi que les Grands boulevards concentrent une grande partie des professionnels médicaux libéraux laissant apparaître quelques zones blanches dans les quartiers d'habitat social notamment.** Si les centres de santé polyvalents de l'AGECSA pallient l'insuffisance de l'offre libérale de médecine générale et d'infirmiers notamment dans les secteurs 3, 5 et 6 (et la complètent dans le secteur 2), des difficultés d'accès aux soins dentaires sont soulignées pour certains publics et/ou dans certains quartiers. **On notera que les secteurs 3,5 et 6 accueillent plus de 40% de la population totale de Grenoble contre moins de 25% de l'offre de soins en médecine générale libérale.** La carte ci-dessous témoigne de ces inégalités territoriales. *Toutefois, le calcul de densités de professionnels de santé à l'échelle des IRIS fait apparaître des frontières inexistantes dans la réalité et demande quelques précautions d'analyse.*



## Des barrières financières d'accès aux soins qui persistent, liées notamment à une absence de couverture complémentaire

« L'accès à la santé renvoie inévitablement à la question économique. De nombreuses études montrent l'impact du niveau de couverture-maladie sur le recours aux services du système de santé » (La santé des habitants de l'agglomération grenobloise », Obs'Y, juillet 2015).

La couverture maladie universelle complémentaire permet depuis 15 ans aux personnes les plus défavorisées de disposer d'une couverture complémentaire gratuite. **Le taux de bénéficiaires de la CMU-C traduit donc à la fois l'accès aux droits de la population mais constitue également un indicateur de vulnérabilité économique et sociale. Aussi, avec 15 370 bénéficiaires de la CMU-C (affiliés au régime général), Grenoble concentre 51% des bénéficiaires de la métropole (contre 36% de la population).** Comparativement aux autres grandes communes de la région, Grenoble présente un taux de bénéficiaires de la CMU-C intermédiaire. On notera que l'ensemble de ces taux sont supérieurs à celui de Rhône-Alpes traduisant le phénomène urbain de concentration des publics en situation de précarité. A l'instar de plusieurs autres indicateurs de précarité, l'observation à un niveau infra-communal met en évidence de fortes disparités entre quartiers de la ville avec des taux particulièrement élevés dans les quartiers d'habitat social.

Si les études nationales ainsi que plusieurs acteurs locaux de terrain soulignent les évolutions positives en termes d'accès à la couverture-maladie complémentaire, l'accès à la protection sociale n'est pas banalisé, les taux de non-recours à la CMU-C et encore davantage à l'Aide Complémentaire Santé (ACS) restant élevés. **On soulignera qu'à Grenoble, plus de 16% des affiliés du régime général de plus de 25 ans<sup>4</sup>, n'ont pas de couverture complémentaire. Les complexités administratives, le manque d'information, les ruptures de droits et difficultés de renouvellement mais également les choix individuels constituent des facteurs explicatifs pertinents.** Cette part d'affiliés sans couverture complémentaire est similaire à la moyenne communale dans les quartiers en politique de la ville, à l'exception du quartier Alma/Très-Cloître/Chenoise où elle est de plus de 25%. **On note donc un enjeu fort en termes d'accès aux droits santé sur le territoire grenoblois.**

4. Il a été fait le choix d'observer cette donnée sur les plus de 25 ans afin d'écarter les biais pouvant être liés à la population étudiante nombreuse sur Grenoble. 40

Outre la problématique de l'accès à la couverture complémentaire, les avances de frais demandées lorsque le tiers-payant n'est pas mis en place et les coûts non pris en charge : dépassements d'honoraire pratiqués par les professionnels en secteur 2, franchises médicales, coût des prothèses (auditives, dentaires, oculaires, ...) constituent également des barrières financières d'accès aux soins. **Si, à Grenoble, les parts de professionnels médicaux exerçant en secteur 2 sont, pour plusieurs spécialités, inférieures à la moyenne régionale, ce choix d'exercice concerne 17% des médecins généralistes, ce qui n'est pas négligeable, ces derniers étant en première ligne pour l'accès aux soins.**

#### Part des professionnels de santé installés en secteur 2

	Grenoble	Rhône-Alpes
<b>Médecins généralistes</b>	17%	12%
<b>Ophthalmologues</b>	73%	62%
<b>Gynécologues</b>	54%	65%
<b>Pédiatres</b>	18%	33%
<b>Psychiatres</b>	19%	33%

A noter que les seules barrières financières ou le manque de professionnels et les délais que cela peut générer n'expliquent pas les reports et renoncements aux soins. **On retiendra notamment : la capacité des personnes à mobiliser les services de santé, la capacité des services de santé à informer et accompagner les personnes et la capacité des services de santé à coordonner les actions et prises en charge autour des personnes.**

*« Les barrières financières n'expliquent pas à elles seules les phénomènes de reports et renoncements aux soins. D'autres facteurs, principalement psychosociaux et culturels, sont identifiés. Ils traduisent un décalage entre le fonctionnement du système de santé et les représentations, attentes et comportements de certains publics, notamment les publics précaires. »* (La santé des habitants de l'agglomération grenobloise », Obs'Y, juillet 2015).

Ne pouvant pas être traduite pas les seules données statistiques, ces dimensions de l'accès à la santé ne sont pas traitées dans cette analyse des besoins sociaux mais une partie leur est dédiée dans le diagnostic de santé réalisé en 2015 dans le cadre du Plan Municipal de Santé ainsi que dans le Regards Croisés de l'Obs'Y sur les inégalités sociales de santé dans la métropole publié également en 2015.

#### **Des taux de recours aux soins plus faibles qu'à l'échelle métropolitaine et de grandes disparités entre quartiers**

Les comportements de recours aux services de santé (curatifs, préventifs ou éducatifs) sont la conséquence des éléments étudiés précédemment : caractéristiques démographiques, économiques et sociales qui influencent les besoins mais également les comportements ainsi que disponibilité des professionnels, coût, organisation, qui influencent la capacité de l'offre à permettre l'accès des populations.

*« Ces écarts [...] sont révélateurs de besoins de soins et de comportements pouvant être liés aux caractéristiques économiques et sociales des territoires aussi bien qu'aux différences en termes de disponibilité de l'offre de services de santé »* (La santé des habitants de l'agglomération grenobloise », Obs'Y, juillet 2015).

**En 2014, 66% des grenoblois affiliés au régime général ont eu recours au moins une fois à un acte de médecine générale. Ce taux de recours est inférieur de 7 points à celui de la métropole et de 8 points à la moyenne régionale.** Cet écart se retrouve également, de façon moins marqué chez les personnes de 75 ans et plus : 78% à Grenoble contre 82% aux échelles métropolitaine et régionale.

Plusieurs éléments d'explications peuvent être envisagés :

- Une forte représentation de publics ayant une catégorie socioprofessionnelle supérieure dont on connaît l'état de santé plutôt bon en moyenne
- Une concentration de publics qui présentent des comportements de non-recours aux soins

Ce second point doit retenir l'attention. En effet, **l'analyse infra-communale va dans le sens d'un moindre recours pour les populations les plus défavorisées. Aussi, le taux de recours au médecin généraliste est de 49% à Mistral/Lys Rouge/Camine, de 53% à Alma/Très-Cloître/Chenoise ou encore de 54% à Villeneuve/VO, soit plus de 10 points de moins que sur l'ensemble du territoire communal.** Le quartier Alma/Très-Cloître/Chenoise se distingue notamment avec des taux de recours particulièrement faibles, interrogeant ainsi l'accès aux droits et aux soins de ses habitants et notamment des migrants âgés. Outre le recours au médecin généraliste, on citera le taux de recours aux actes infirmiers des personnes de 75 ans et plus qui est de 30% contre 58% en moyenne à Grenoble et 70% à Villeneuve/VO où le centre de santé de l'AGECSA propose une offre infirmière. Concernant les soins dentaires, des différences existent mais sont moins marquées : 30% pour Grenoble contre 32% pour la métropole et 31% au niveau régional. Les écarts entre quartiers prioritaires ainsi que le clivage entre QPV et ensemble de la ville sont un peu plus contenus que pour la médecine générale et les soins infirmiers : les taux sont compris entre 24% pour Alma/Très-Cloître/Chenoise et 28% pour Teisseire/Abbaye/Jouhaux/Châtelet.

De la même façon les démarches de prévention et de dépistage ne sont pas systématiques pour tous.

**En 2014, une femme éligible sur deux a effectué une mammographie de contrôle à Grenoble, taux similaire à celui des grandes villes de la région retenues pour la comparaison, à la métropole et à la région Rhône-Alpes.** Des différences entre quartiers existent mais sont moins marquées que pour d'autres indicateurs analysés précédemment. On peut observer un non-recours un peu plus important dans les quartiers plus favorisés, les femmes ayant un suivi gynécologique régulier et effectuant le dépistage à titre individuel ainsi que dans les quartiers caractérisés par la présence de classes plus défavorisées dont les facteurs d'explication sont plutôt l'appréhension ou les difficultés à se projeter (Obs'Y, 2015).

Pour ce qui est de la prévention bucco-dentaire, **Grenoble présente un taux de 27% des enfants éligibles ayant bénéficié d'un examen gratuit. Celui-ci est significativement inférieur au taux métropolitain (31%) et au taux régional (34%).** Au niveau infra-communal, on note des taux de recours moindres dans la majorité des quartiers du sud de la ville.

## La santé, une thématique plus citée lorsque les problématiques sont là

Observation à partir des propos recueillis dans le cadre de la démarche SPIRAL déployée dans le quartier Mistral du secteur 3, le secteur 4 et le secteur 5

**Les questions de santé représentent près de 8% des expressions recueillies (119 verbatims).** Elles sont plus présentes dans les propos des habitants de Mistral (52, soit 10% des expressions) et du secteur 5 (44, soit 8%) que parmi ceux recueillis dans le secteur 4 (23, soit 5%).

Ce sont majoritairement les publics féminins (« Dames du quartier Mistral », « Maison de l'enfance Bachelard », « groupe d'accompagnement sociolinguistique du secteur 5, « femmes de Teisseire », etc.) ainsi que les enfants de CM1 et CM2 qui citent cette thématique prioritairement.

On soulignera une particularité pour cette thématique, côté bien-être, les expressions sont peu diversifiées tournant pour la plupart autour de la « bonne santé » pour soi et ses proches et du « repos », tandis que **les expressions caractérisant le mal-être sont beaucoup plus diversifiées, traduisant une certaine inquiétude chez les habitants.**

Ainsi, les expressions traduisent le mal-être associé au fait d'être malade ou à la crainte d'avoir une pathologie : « la maladie », « la mauvaise santé », « le cancer », « le diabète ». Plusieurs d'entre elles concernent également des éléments plus proches des questions de prévention et de mal-être global : « mal-être physique », « le manque de repos », « la fatigue » ou encore « la cigarette », « fumer ». Enfin, une dernière catégorie peut être identifiée, celle de l'accès aux soins : « ne pas avoir accès aux soins », « pas de droits à la santé », « manque de spécialistes ».



## **PARTIE 2**



# **LES PUBLICS CIBLES DE L'ACTION SOCIALE**

## 2.1 LES JEUNES ENFANTS

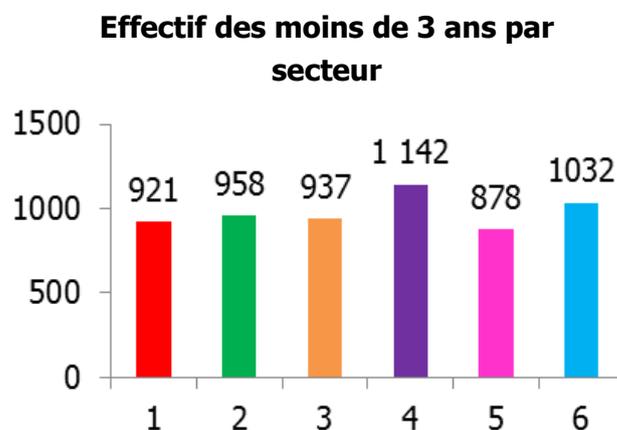
### Les chiffres clés

Données générales	
Effectif des moins de 3 ans	5 920
Part des moins de 3 ans	4%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>0,4%/an</i>
Caractéristiques socioéconomiques	
Effectif des moins de 3 ans vivant dans une famille monoparentale	900
Part des moins de 3 ans vivant dans une famille monoparentale	15%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>1,4%/an</i>
Effectif des moins de 3 ans vivant dans un foyer à bas revenus	1960
Part des moins de 3 ans vivant dans un foyer à bas revenus	33%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>3,3%/an</i>
Accueil du jeune enfant	
Part des enfants avec parents bénéficiaires du Complément mode de garde	30%
Part des enfants avec parents en congé parental	15%
Part des enfants accueillis en accueil régulier dans les EAJE du CCAS (instant T)	30%
Part des enfants accueillis en accueil occasionnel dans les EAJE du CCAS (instant T)	4%
Nombre d'enfants de 2-3 ans scolarisés	150
Part des 2-3 ans scolarisés	7%

### Des moins de 3 ans en nombre croissant dans les quartiers ayant accueilli des constructions récentes

Au 31/12/15, Grenoble compte 5920 enfants de moins de 3 ans connus de la CAF de l'Isère, soit 4% de la population totale. En lien avec le taux de natalité relativement soutenu du territoire, la tranche d'âge enregistre une légère croissance de son effectif entre 2008 et 2015, 0,4% par an, soit 160 enfants supplémentaires.

A l'échelle des secteurs, avec près de 1150 enfants de moins de 3 ans, c'est le secteur 4 qui en compte le plus, devant le secteur 6. Au vu de la différence de taille de ces deux secteurs (pour rappel, 31 900 habitants dans le secteur 4 contre 18 570 dans le secteur 6), on note la forte représentation des moins de 3 ans dans le secteur 6, plus de 6% de la population.

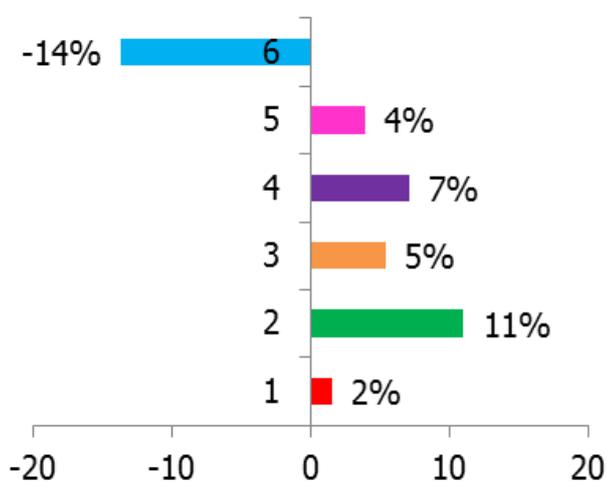


Source : CAF, 2015

Plus finement, il ressort une surreprésentation des enfants de moins de 3 ans dans les quartiers d'habitat social où les familles avec enfants et les familles nombreuses (3 enfants et plus) sont plus représentées.

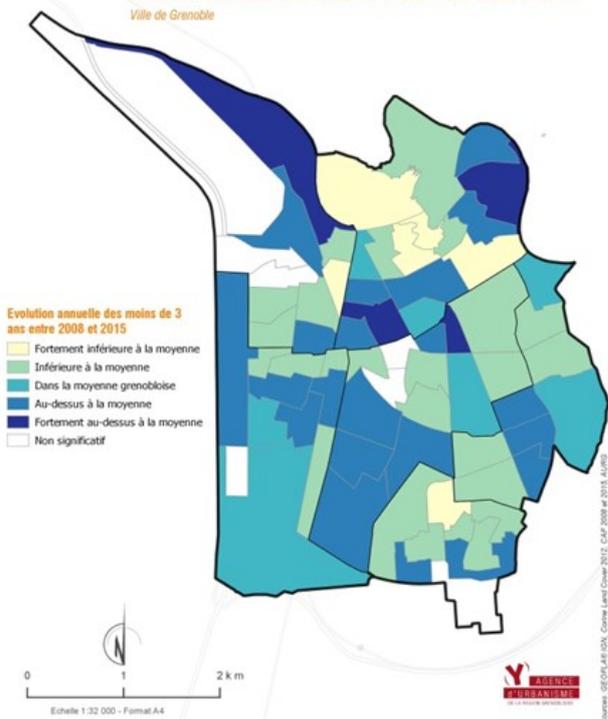
En dynamique, tous les secteurs à l'exception du secteur 6 enregistrent une croissance de l'effectif des moins de 3 ans. **Ces évolutions positives sont principalement tirées par les quartiers ayant accueilli des constructions récentes.** En effet, les quartiers Championnet (qui inclut le quartier Caserne de Bonne), Ile Verte Saint Roch (qui inclut la ZAC Blanche Monnier), Jean Macé et de façon moins marquée, Drac-Ampère (où se trouve la ZAC Bouchayer), Europole, Teisseire, etc. présentent des évolutions annuelles supérieures à la moyenne communale. En revanche, plusieurs quartiers du cœur des secteurs 1 et 2 ainsi que la quasi-totalité des quartiers du secteur 6 enregistrent plutôt une diminution.

### Évolution des moins de 3 ans entre 2008 et 2015 par secteur



Source : CAF, 2015

### Évolution annuelle des moins de 3 ans entre 2008 et 2015 Ville de Grenoble



### Des jeunes enfants particulièrement touchés par la précarité, notamment dans le sud de la ville

Trois indicateurs principaux caractérisant les conditions de vie des enfants de moins de 3 ans sont disponibles : la monoparentalité, la précarité monétaire des familles et le statut vis-à-vis de l'emploi des parents.

**A Grenoble, 900 enfants de moins de 3 ans vivent dans un foyer déclaré monoparental auprès de la CAF, soit 15% de la tranche d'âge.** Cette part a tendance à augmenter avec l'avancée en âge des enfants. Elle est de 22% chez les 3-5 ans.

Tandis que cette situation de famille concerne un peu plus d'un enfant sur dix dans les secteurs 2 et 4, elle touche un enfant sur cinq dans les secteurs 5 et 6. On soulignera que cet écart s'explique par le plus grand nombre d'enfants des familles davantage que par une fréquence beaucoup plus marquée de la monoparentalité. En effet, les familles monoparentales représentent 32% des familles avec enfants dans les secteurs 2, 4 et 6, 33% dans le secteur 1 et 35% dans les secteurs 3 et 5.

A l'instar de ce qui est observé au niveau national, le nombre d'enfants vivant dans un foyer monoparental est en croissance sur la période récente, de 1,4% par an entre 2008 et 2015 (soit environ 80 enfants de moins de 3 ans supplémentaires), augmentation plus rapide que celle que connaît la tranche d'âge.

L'indicateur de précarité des jeunes enfants distingue plus nettement les secteurs de la ville ainsi que les quartiers. **En 2015, 1960 enfants de moins de 3 ans vivent dans un foyer à bas revenus, soit un tiers de la tranche d'âge.** Là encore, cette part est plus élevée chez les 3-5 ans : 38%. **Cette situation concerne un enfant sur cinq dans les secteurs 1 et 2, un sur quatre dans le secteur 4, près d'un sur trois dans le secteur 3 et un sur deux dans les secteurs 5 et 6.**

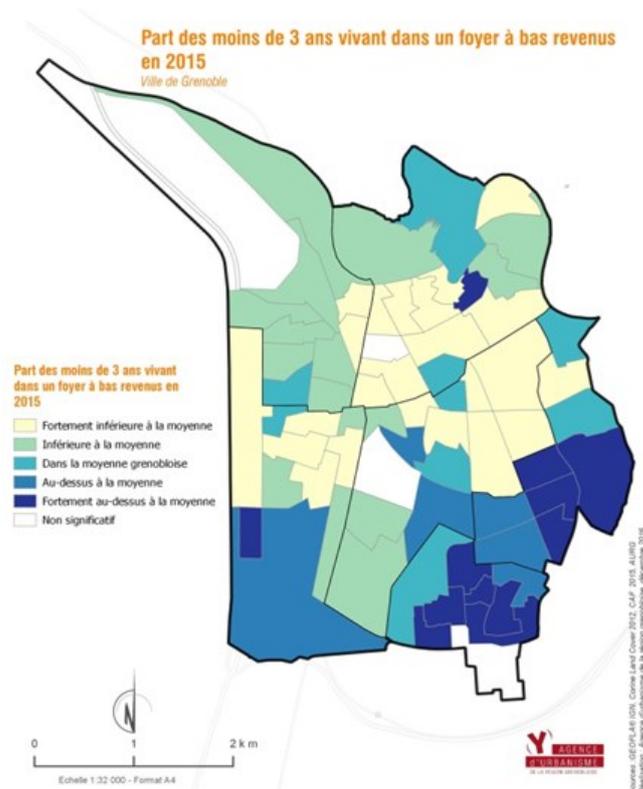
**Entre 2008 et 2015, 400 enfants de moins de 3 ans supplémentaires vivent dans cette situation économique, soit une augmentation de plus de 3% par an.** Celle-ci est particulièrement marquée dans les secteurs 2 et 4, jusque-là plus préservés de la pauvreté ainsi que dans le secteur 3.

**Chiffres clés : 1/3 des moins de 3 ans vivant au sein d'un foyer pauvre**

**Effectif en croissance de 3% par an**

Cet indicateur segmente nettement le sud du nord de Grenoble. En effet, la quasi-totalité des quartiers de la bande sud de la ville présentent une part d'enfants vivant dans un foyer à bas revenus supérieure ou très supérieure à la moyenne communale, les quartiers en « politique de la ville » étant les plus touchés. Au nord, Notre Dame, où se trouve le quartier Alma/Très-Cloître/Chenoise est lui aussi particulièrement concerné.

A l'inverse, les quartiers Reynies, Génissieu, Jean Jaurès, Gare, Grenette, Préfecture, Mutualité, Ile-Verte Maréchal Randon, Saint-André, Clémenceau comptent très peu de jeunes enfants dans cette situation.

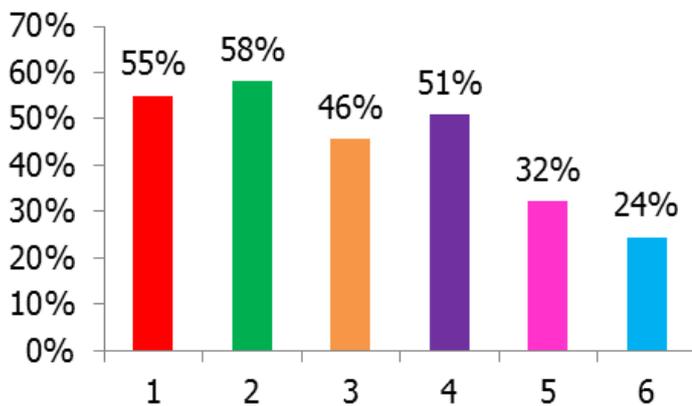


De même, le statut vis-à-vis de l'emploi des parents de jeunes enfants témoigne des disparités géographiques fortes de Grenoble.

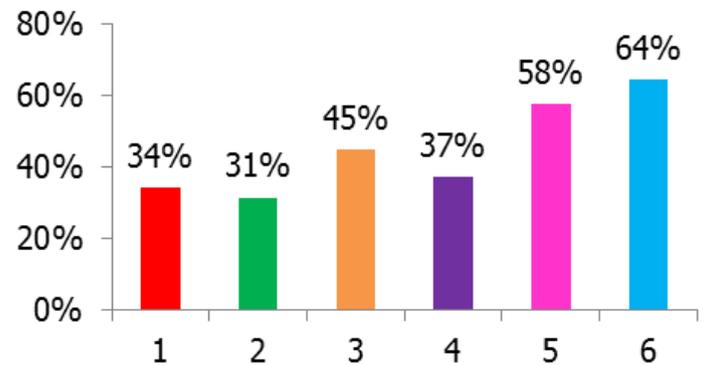
On recense environ 2600 enfants dont les deux parents (ou le monoparent) sont en emploi et le même nombre d'enfants dont au moins l'un des deux (ou le monoparent) est inactif, soit environ 45% dans les deux cas (les 10% restants étant des enfants dont les parents sont concernés par une situation de chômage).

Si la part des enfants avec parents en emploi est de 51% à 58% dans les secteurs 1, 2 et 4, elle est de 24% dans le secteur 6 et de 32% dans le secteur 5. A l'inverse, la part des enfants avec au moins un parent inactif est de plus d'environ 60% dans les secteurs 5 et 6 contre moins de 40% dans les secteurs 1, 2 et 4. Aussi, les deux graphiques présentés côte à côte forment quasiment un miroir.

**Part des enfants dont les parents (ou le monoparent) sont en emploi**



**Part des moins de 3 ans dont au moins un des parents (ou le monoparent) est inactif**



Source : CAF, 2015

## Une adéquation offre-demande d'accueil du jeune enfant pas toujours évidente

### Précisions

Les modes d'accueil du jeune enfant sont multiples :

- garde parentale qui fait l'objet d'un congé parental (soit une cessation temporaire d'activité complète d'un des deux parents)
- garde familiale donnant lieu à aucune prestation spécifique (parent n'ayant pas d'activité professionnelle antérieure, autre membre de la famille, etc.)
- accueil individuel par un assistant maternelle faisant l'objet d'une prestation versée par la CAF directement aux familles (complément mode de garde)
- accueil collectif en établissement d'accueil du jeune enfant, ceux-ci pouvant être publics, privés associatifs ou encore privés d'entreprise pour lequel la prestation CAF n'est pas individualisée mais payée aux établissements
- accueil familial par un assistant maternel salarié d'un établissement le plus souvent public et encadré par une puéricultrice, un médecin ou un éducateur de jeunes enfants
- accueil collectif en micro-crèche, le plus souvent privée donnant également lieu au versement direct aux familles du complément mode de garde
- une garde à domicile par un assistant maternel donnant également lieu au versement direct du complément mode de garde

Grenoble compte en 2016, 1629 places d'accueil collectif du jeune enfant dont 1278 dans les 28 établissements du CCAS, 170 places en micro-crèches et 181 places en crèches associatives, parentales et d'entreprise. **Cette offre équivaut à 26 places pour 100 enfants de moins de 3 ans, soit une couverture de 10 points supérieure à la moyenne nationale.**

**Chiffre clé : 26 places d'accueil collectif pour 100 enfants de moins de 3 ans à Grenoble**

Malgré cela, les délais d'attente pour l'obtention d'une place en accueil collectif peuvent être importants selon l'établissement ou le secteur géographique souhaité par les parents, la date de la demande, le temps d'accueil demandé et l'âge de l'enfant. En 2015, 1711 demandes ont été enregistrées par le Pôle d'accueil petite-enfance, 1415 propositions ont été faites aux familles dont un peu plus de 70% ont débouché sur une inscription.

En octobre 2016, 180 demandes de place pour des enfants de moins de 16 mois et 57 pour des enfants de plus de 16 mois (tout temps d'accueil régulier confondu, pour une entrée avant fin décembre 2016) restent non satisfaites. Plus de 70% des demandes portent sur les secteurs 1 et/ou 2 de la ville.

Aussi, malgré des demandes en attente certaines places des structures du sud de la ville ainsi qu'en crèche familiale sont difficiles à pourvoir.

	Nombre de places d'accueil collectif	Nombre de places pour 100 enfants de moins de 3 ans
<b>SECTEUR 1</b>	404	44
<b>SECTEUR 2</b>	433	43
<b>SECTEUR 3</b>	183	18
<b>SECTEUR 4</b>	190	16
<b>SECTEUR 5</b>	175	20
<b>SECTEUR 6</b>	246	23
<b>Grenoble</b>	1 629	26

En ce qui concerne l'offre d'accueil individuel, un peu plus de 800 assistants maternels sont recensés actifs sur le territoire communal, proposant environ 2020 places d'accueil « temps complet » et un peu moins de 400 places d'accueil « périscolaire ». **Grenoble présente un taux d'un peu plus de 33 places pour 100 enfants d'âge préscolaire, taux similaire à la moyenne nationale.**

En mai 2016, on observe des taux importants de places disponibles notamment chez les professionnels résidant sur les territoires des Relais Assistants Maternels (RAM) Bajatière et Prémol couvrant les secteurs 5 et 6. Ces disponibilités s'expliquent par l'image de certains quartiers qui peinent donc à attirer les familles en demande de garde ainsi que par les contraintes et exigences des parents et des professionnels.

A l'inverse, le secteur 1 bénéficie du plus grand nombre de places d'accueil collectif pour 100 enfants de moins de 3 ans et présente le taux de disponibilité des places en accueil individuel le plus faible, traduisant un déplacement de la demande des familles vers ce secteur.

RAM	Nombre d'assistants maternels en activité (2016)	Nombre places « temps complet »	Nombre places « périscolaire »	Part des places « temps complet » disponibles	Part des places « périscolaire » disponibles
Chorier-Berriat	164	465	79	7%	11%
Vieux Temple	182	499	81	28%	19%
Eaux Claires	100	255	77	28%	16%
Bajatière	188	384	74	42%	49%
Prémol	172	423	87	46%	39%
TOTAL	804	2 026	398	30%	27%

**Aussi, la problématique de l'accueil du jeune enfant se pose moins en termes de nombre total de places d'accueil que de répartition qualitative de ces places : accueil collectif ou individuel, répartition géographique ou encore possibilités d'accueil d'enfants de moins de 16 mois.**

**Des modes d'accueil du jeune enfant à relier au statut vis-à-vis de l'emploi mais pas seulement ...**

Le croisement des données CAF au 31/12/15 et des données de la Direction action sociale petite-enfance du CCAS offre une photographie **de la répartition des moins de 3 ans sur les différents modes d'accueil à un instant T** (décembre 2015).

*A noter que les données présentées ci-après n'ont pas vocation à faire état de l'ensemble des enfants qui passent dans les établissements du CCAS sur une année complète : la durée des contrats étant très variable et des enfants de plus de 3 ans étant bien sûr accueillis dans l'attente de leur entrée à l'école.*

Au mois de décembre 2015, **près de 1500 enfants de moins de 3 ans, soit un sur quatre est accueilli par un assistant maternel** (ou bénéficie d'une garde à domicile ou encore d'un accueil en micro-crèche). On notera une sollicitation très différente de ce mode d'accueil selon les secteurs : plus d'un enfant sur trois concernés dans les secteurs 1, 2 et 4 contre environ un sur dix dans les secteurs 5 et 6. Le coût que représentent ces modes d'accueil pour les familles modestes ainsi que les besoins de garde expliquent en partie ces différences.

**Chiffre clé : 1/4 des enfants de moins de 3 ans accueilli par un assistant maternel ou une micro-crèche**

A l'inverse, la part d'enfants dont l'un des parents est en congé parental est plus importante dans les secteurs sud. **Cette garde parentale concerne 15% des moins de 3 ans à l'échelle communale mais 20% dans les secteurs 5 et 6 contre 11% dans le secteur 2 et 12% dans le 4.** Le choix d'aller vers un congé parental étant dépendant à la fois de choix éducatifs et de calculs coûts/avantages au regard de la qualité de l'emploi antérieur et du nombre d'enfants des familles.

**L'accueil régulier<sup>5</sup> (contractualisé et fixé sur au moins une journée par semaine) dans les établissements du CCAS, bénéficie à 30% des enfants de moins de 3 ans grenoblois (soit un peu plus de 1800 enfants).** Là encore les différences sont relativement marquées entre secteurs. Ce sont 41% et 35% des enfants des secteurs 1 et 2 qui sont accueillis contre 21% de ceux qui résident dans le secteur 3, 26% dans les secteurs 4 et 6 et 28% dans le secteur 5. Plusieurs éléments d'explication des différences observées peuvent être retenus :

- l'implantation géographique des structures, les secteurs 4 et 5 étant les moins couverts par l'offre du CCAS
- l'image de la disponibilité et du coût que représente l'accueil collectif
- les besoins des parents en lien étroit avec leur situation d'emploi

**Chiffre clé : A un instant t, près d'1/3 des moins de 3 ans en accueil régulier au sein de l'offre du CCAS**

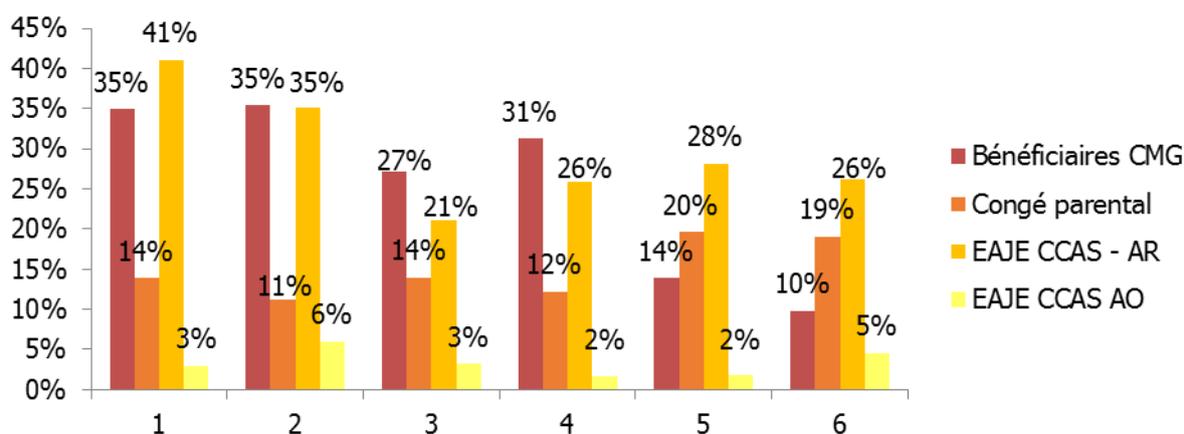
5. Parmi les 1800 enfants de moins de 3 ans accueillis dans les EAJE du CCAS en décembre 2015, 58% le sont sur un temps égal ou supérieur à 4 jours par semaine (1040 enfants), 12% entre 2 jours et demi et 3 jours et demi (225 enfants) et 30% sur 2 jours ou moins (540 enfants).

L'accueil occasionnel dans les établissements du CCAS concerne quant à lui 4% des moins de 3 ans (210 enfants de moins de 3 ans en décembre 2015), 2% dans les secteurs 4 et 5 contre 6% dans le secteur 2.

**Ces observations permettent globalement de conclure à l'existence de disparités de besoins d'accueil entre les territoires, ces besoins étant fortement liés au statut vis-à-vis de l'emploi des parents. Aussi, on note une nette surreprésentation des enfants résidant dans les secteurs 1 et 2 accueillis que ce soit en accueil individuel ou collectif et à l'inverse une sous-représentation dans les secteurs 5 et 6.**

Toutefois, il serait erroné de lier exclusivement les besoins d'accueil du jeune enfant au statut vis-à-vis de l'emploi des parents. **En effet, les objectifs de socialisation, de familiarisation avec un environnement éducatif différent ou encore la recherche de temps libre pour les familles sont des motifs forts de recours aux solutions d'accueil du jeune enfant.**

**Mode d'accueil des moins de 3 ans (parts sur le nombre de moins de 3 ans du secteur)**



**zOOM sur les profils et motivations des parents en fonction du temps d'accueil des enfants en EAJE du CCAS** (enquête réalisée en 2016)

Au début de l'année 2016, 100 parents d'enfants accueillis au sein des EAJE Mille-Pattes (secteur 1), Castors (secteur 4), Frênes (secteur 6) visant à préciser les raisons des accueils à « temps partiel », soit moins de 8 demi-journées par semaine.

Parmi les 100 parents interrogés, 77 sont concernés par un accueil à « temps partiel » pour leur(s) enfant(s). Parmi eux, la très grande majorité complète le temps d'accueil en EAJE CCAS par une garde parentale (80%) ou un autre membre de la famille (19%). Certains mobilisent un autre mode d'accueil extérieur à la cellule familiale, notamment un assistant maternel (12%) ou une autre structure (4%).

**Pour la majorité des parents, l'accueil à « temps partiel » de leur enfant n'est pas motivé par la situation vis-à-vis de l'emploi, le fait de travailler à temps partiel notamment. Outre les choix contraints par les structures, la volonté de socialisation de l'enfant et/ou de familiarisation avec d'autres environnements est citée par plus d'un tiers des familles. Le désir de partager son temps entre les obligations professionnelles et des temps dédiés à l'enfant est prioritaire pour 16% des parents. Le souhait, pour l'adulte, d'avoir du temps libre concerne 12% des cas. C'est notamment aux Frênes, EAJE situé sur un territoire précarisé où les parents en emploi stable sont peu représentés, que l'objectif de socialisation et le besoin de temps libre pour les parents sont fortement exprimés ; ils concernent respectivement 39% et 21% des familles interrogées.**

**z00m sur la scolarisation des 2-3 ans** (données Direction Enfance Jeunesse, Ville de Grenoble)

**La scolarisation à 2 ans concerne, à la rentrée 2016, les enfants nés entre janvier et août 2014 relevant des périmètres des écoles en réseau d'éducation prioritaires ou des écoles assimilées (J. Racine dans le secteur 5 et A. France dans le secteur 3), soit 13 écoles situées dans les secteurs 3, 4, 5 et 6. Cette scolarisation reste une « variable d'ajustement » des effectifs, aucune dérogation ou réorientation n'est possible, lorsqu'il n'y a pas de place dans l'école du périmètre d'habitation de l'enfant.**

Elle peut se faire de deux manières :

- dans une classe spécifique de « très petite section » dont l'effectif est au maximum de 20 enfants (2 classes de ce type à Grenoble : A. France dans le secteur 3 et J. Ferry dans le secteur 5)
- dans une classe mixte « très petite section – petite section » dont l'effectif est plutôt de 25 à 27 enfants

Des objectifs de scolarisation des 2-3 ans sont affichés au niveau national, les dernières orientations ayant fait de la scolarisation à 2 ans des enfants des quartiers en difficulté une prioritaire de l'Education Nationale : 30% de la cohorte<sup>6</sup> dans les périmètres scolaires en Réseau d'Education Prioritaire (REP) et 45% pour ceux en Réseau d'Education Prioritaire Renforcé (REP+).

**En octobre 2016, 150 enfants de 2-3 ans sont scolarisés à Grenoble dans les 13 écoles concernées.** Cet effectif était de 190 en 2004-2005, il est descendu à 66 en 2011-2012 pour ensuite remonter et atteindre le niveau actuel. Environ 22% des enfants de 2-3 ans relevant des écoles classées en REP et 45% de celles classées en REP+ sont scolarisés. Le nombre d'enfants accueillis dans les écoles concernées est dépendant, de la demande des parents, des places disponibles et du projet de la Direction de chaque établissement.

École	
Alphonse Daudet	12
Anatole France	19
Beauvert	7
Buttes	17
Fontaine	9
Frênes	13
Grand Chatelet	7
Jean Racine	5
Jules Ferry	19
Lac	14
Rampe	20
Verderet	8
<b>Total</b>	<b>150</b>

6. Une cohorte d'enfants de TPS est estimée à 1900 enfants à Grenoble, dont 675 en REP et assimilés et 150 en REP +.

## 2.2 LES PERSONNES ÂGÉES

### Les chiffres clés

Données générales	
<b>Effectif 60-74 ans</b>	18 060
<b>Part 60-74 ans</b>	11%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>1%/an</i>
<b>Effectif 75 ans et plus</b>	14 070
<b>Part 75 ans et plus</b>	9%
<i>Évolution 2008-2013</i>	<i>1%/an</i>
Structure des ménages âgés	
<b>Effectif 80 ans et plus vivant seules</b>	4990
<b>Part 80 ans et plus vivant seules</b>	54%
<i>Évolution 2008-2013</i>	
Vulnérabilité des personnes âgées	
<b>Taux de pauvreté des 60-74 ans</b>	15%
<b>Taux de pauvreté des 75 ans et +</b>	11%
<b>Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile</b>	1897
<b>Taux de bénéficiaires de l'APA (pour 100 personnes de 75 ans et plus)</b>	13,5

**Près de la moitié des personnes de 60 ans et plus vivent dans les secteurs 2 et 4**

**A l'échelle communale, on compte 18 060 personnes de 60-74 ans représentant 11% de la population et 14 070 personnes de 75 ans et plus, soit 9% de l'ensemble de la population. Parmi les publics âgés, les femmes sont surreprésentées.** En effet, si elles représentent 51,5% de la population grenobloise tout âge confondu, leur part s'accroît avec l'avancée en âge en lien avec la différence d'espérance de vie entre les genres. En effet, les femmes représentent 55% du public âgé de 60-74 ans et 65% du public de plus de 75 ans. A noter que cette surreprésentation est moins marquée dans le secteur 6, respectivement 51% et 60%.

Si plus d'une personne sur cinq à Grenoble est âgée de 60 ans ou plus, la ville reste relativement jeune au regard des villes du panel de comparaison. En effet, de longue date et comme présentée en 1<sup>ère</sup> partie de ce document, la structure par âge de Grenoble est principalement caractérisée par une surreprésentation des personnes âgées de 15-29 ans en lien avec son attractivité pour les étudiants qui démarrent ensuite sur place leur vie professionnelle.

**Chiffre clé : 1 Grenoblois sur 5 est âgé de 60 ans ou plus**

L'histoire urbaine de Grenoble (et plus largement du territoire métropolitain) a dessiné des dynamiques de populations différentes selon les secteurs de la ville (et de la métropole).

## Des explications aux disparités démographiques entre territoires de la métropole

Le vieillissement dans la métropole, Regards Croisés de l'Obs'Y, 2016, extraits obs'Y

« La cartographie des personnes âgées à l'échelle métropolitaine met en évidence d'importantes disparités entre communes, allant de moins de 5% (plutôt pour les communes peu denses du sud-ouest et du nord-est du territoire) à plus de 10% (la plupart des communes denses de 1<sup>ère</sup> couronne). Ces disparités s'expliquent par l'histoire urbaine (notamment le boom démographique des années 70, post jeux olympiques), le poids des étudiants dans certaines communes (Grenoble, Saint-Martin d'Hères), ou encore la nature et le prix du logement (Meylan, Corenc, etc.). »

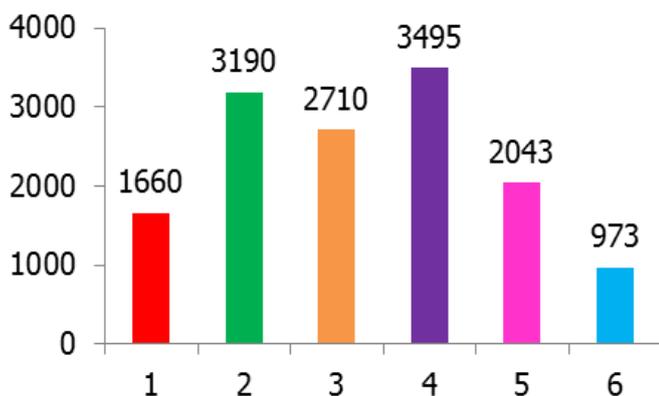
Aussi, en ce qui concerne les personnes de 60-74 ans, trois secteurs présentent une part supérieure à la moyenne communale : les secteurs 2, 4 et 5 avec 12%. En revanche, du fait de la taille inégale des secteurs les effectifs sont très différents entre ces territoires : 4130 dans le secteur 2, 3760 dans le secteur 4 et 2530 dans le secteur 5. **Ainsi, on notera que 44% des personnes de 60-74 ans vivent dans les secteurs 2 et 4.**

En ce qui concerne les 75 ans et plus, leur poids diffère plus fortement entre secteur. En effet, elles représentent 5% de la population dans le secteur 6 contre 11% dans les secteurs 3 et 4. Comme pour la tranche des 60-74 ans, les effectifs les plus importants se trouvent dans les secteurs 2 et 4, avec respectivement 3200 et 3500 personnes. **Près d'une personne de 75 ans et plus sur deux vit dans l'un de ces deux secteurs.**

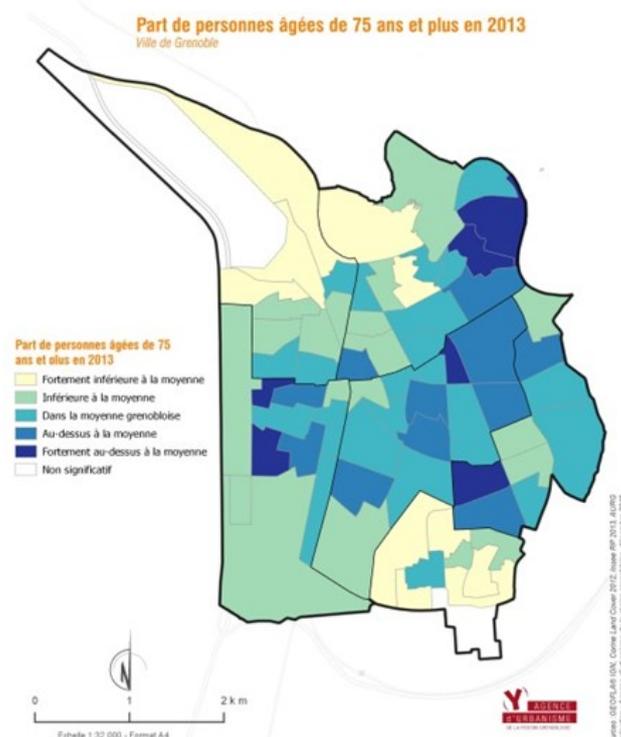
**Chiffre clé : Près de la moitié des personnes de 75 ans et plus vit dans les secteurs 2 et 4**

A l'échelle des quartiers, les 60-74 ans comme les 75 ans et plus sont surreprésentés à l'est de la ville, sur une bande allant de l'Île-Verte au nord à la Bruyère. On note néanmoins des différences entre les deux tranches d'âge, les parts de personnes de plus de 75 ans étant également importantes dans le quartier des Eaux Claires ainsi qu'à l'est du secteur 4 tandis que pour les 60-74 ans ce sont Villeneuve et VO ainsi que plusieurs quartiers du secteur 2 qui ressortent.

**Effectif de personnes de 75 ans et plus**



Source : INSEE, RP 2013



## Une augmentation des effectifs des plus âgés mais pas de vieillissement de la population

**Entre 2008 et 2013, le nombre de personnes de plus de 75 ans a augmenté de 1% par an (tout comme celui des 60-74 ans), passant de 13 400 à 14 070.** Si l'augmentation des effectifs des publics âgés est plus importante que celle de l'ensemble de la population (pour rappel, 0,4% par an), Grenoble se positionne ainsi au milieu des villes du panel de comparaison. N'étant pas concernée par un phénomène d'attractivité des publics âgés non originaires du territoire à l'image de certaines communes du sud de la région Rhône-Alpes et du sud de la France, Grenoble connaît un vieillissement sur place de sa population.

De plus, bien que les effectifs soient en croissance, Grenoble enregistre un vieillissement de sa population relativement contenu du fait d'une croissance plus marquée des effectifs de moins de 14 ans (près de 2% par an) et des 30-44 ans (1,5% par an). **Ainsi, le poids des 60-74 ans et des 75 ans et plus dans l'ensemble de la population n'augmente que très faiblement entre 2008 et 2013 et la moyenne d'âge des grenoblois reste inchangée.**

### A l'échelle des secteurs, la lecture est différente et les dynamiques territoriales hétérogènes.

On attribue souvent au secteur 4 l'image d'un territoire vieillissant, toutefois c'est un secteur dont le vieillissement s'est opéré il y a déjà plusieurs années. En effet, aujourd'hui la moitié des personnes de plus de 60 ans ont déjà plus de 75 ans, témoignant donc d'évolutions passées. **Entre 2008 et 2013, ce secteur enregistre une diminution du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus (-1,5% par an) et une stagnation des 60-74 ans. On peut donc en conclure que c'est un secteur âgé, où le poids des plus de 75 ans dans l'ensemble de la population est important mais non vieillissant.**

**Une situation similaire est observée pour le secteur 3** avec toutefois encore une légère croissance du nombre de personnes de 75 ans et plus entre 2008 et 2013 (0,8% par an).

**En ce qui concerne le secteur 1, le vieillissement est plutôt à venir.** En effet, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus est relativement faible (570 personnes) et sa croissance contenue sur la période récente (0,7% par an). En revanche, les 60-74 ans enregistrent une augmentation marquée, de plus de 3% par an, passant de 1990 en 2008 à 2330 en 2013. Aussi, on peut faire l'hypothèse qu'un vieillissement sur place de ces personnes va entraîner un vieillissement de la population dans les années à venir.

**Quant au secteur 5, l'effectif des personnes de 75 ans et plus augmente fortement sur la période récente** (plus de 4% par an) tandis que celui des 60-74 ans diminue (-0,7% par an). Toutefois, il n'est pas possible de parler de vieillissement au vu de l'augmentation équivalente voire supérieure des jeunes publics et personnes d'âge actif (près de 4% par an pour les moins de 14 ans, 2,4% par an pour les 15-29 ans et 1,3% par an pour les 30-44 ans).

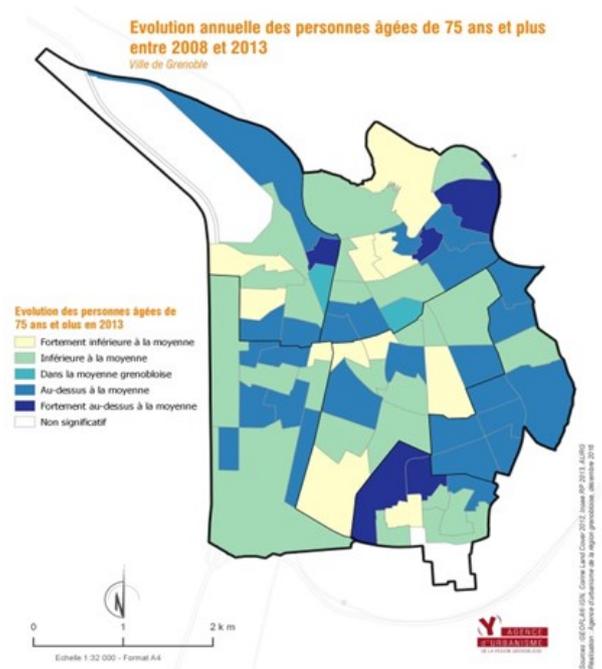
**Enfin, les secteurs 2 et 6 enregistrent, quant à eux à la fois, une croissance relativement marquée des effectifs de personnes de 60-74 ans et de celles de 75 ans et plus, de 2,5% et 1,7% dans le secteur 2 et de 3,5% et 2,9% dans le secteur 6.** Ces dynamiques sont couplées à des augmentations très contenues des moins de 14 ans et des 30-44 ans. Dans le secteur 6 notamment, les 60-74 ans et les 75 ans et plus augmentent nettement plus que toutes les autres tranches d'âge. **On peut donc avancer l'hypothèse d'un vieillissement en cours et à venir des deux secteurs.**

Ainsi, la répartition des 670 personnes de 75 ans et plus supplémentaires que compte Grenoble en 2013 par rapport à 2008, se fait comme suit :

<b>S1 = + 60</b>	<b>S2 = + 260</b>	<b>S3 = + 110</b>	<b>S4 = - 270</b>	<b>S5 = + 380</b>	<b>S6 = + 130</b>
------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------

A l'échelle des quartiers, on note une augmentation des effectifs de personnes de 75 ans et plus supérieure voire très supérieure à la moyenne communale :

- Dans la majorité des quartiers d'habitat social : Jouhaux, Paul Cocat, Teisseire, Mistral, Les Trembles, Abbaye, Poterne, Notre-Dame mais également, Valmy, Abry, etc.
- Dans plusieurs quartiers ayant accueilli des constructions récentes : Vigny Musset, Championnet, Jean Macé, Ile Verte-Saint Roch
- Dans quelques quartiers situés le long des Grands boulevards : Gare, Clinique Mutualiste, Vallier



## Le logement au cœur des problématiques d'avancée en âge

La question du logement des personnes âgées est centrale. En effet, dans un contexte où les personnes souhaitent majoritairement vieillir « chez elles », l'adaptation, la qualité et la proximité des services des logements constituent des points d'attention importants. Il s'agit de lier les questions de logement aux problématiques d'isolement des personnes, de déplacements mais aussi de ressources et de précarité.

A Grenoble, 95% du parc de logements est constitué d'appartements. Aussi, plus de 90% des personnes de plus de 75 ans occupent ce type de logement. 5% d'entre elles, soit 630 personnes vivent en maison et 2%, soit 250 personnes en logement-foyer. 75% des personnes âgées vivant en maison habitent les secteurs 3, 4 et 5, secteurs qui accueillent davantage de maisons que les trois autres secteurs.

Les personnes de plus de 75 ans sont 75% à occuper des logements construits entre 1946 et 1990. 18% vivent dans des logements datant d'avant 1946, anciens et donc sujets aux problématiques d'habitat dégradé, énergivore et peu accessibles. On notera que les différences sont importantes entre secteurs. **En effet, près de 40% des personnes de plus de 75 ans occupent un logement datant d'avant 1946 dans les secteurs 1 et 2 (soit 1800 personnes)**, cet élément pouvant constituer un point de vigilance en termes d'accessibilité des logements et d'isolement des personnes dans ces secteurs.

**Les personnes de plus de 75 ans occupent très majoritairement des logements de taille moyenne ou de grande taille. En effet, plus de 80% d'entre elles habitent au moins un T3 et 50% au moins un T4.** Cette dernière part est plus élevée dans les secteurs 4 et 6 (55% et 56%) ; à l'inverse dans le secteur 1 qui offre peu de grands logements, 40% des personnes de plus de 75 ans occupent un logement T4 ou plus. **En complément, on notera qu'environ un tiers des grands logements sont occupés par des personnes de plus de 65 ans.**

**Chiffre clé : La moitié des grenoblois âgés de 75 ans et plus vivent dans un T4 ou un T5**

## **z00m sur les personnes âgées logées dans les Résidences autonomie du CCAS**

Le CCAS gère 5 logements-foyer (devenus Résidences autonomie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017) pour un total de 305 places (dont 9 d'accueil temporaire) qui, outre les logements proposés, ont également des missions de restauration et d'animation ouvertes à tous, résidents et non-résidents. De longue date, un accompagnement global des personnes vivant au sein de ces logements-foyers a été assuré par une équipe pluri-professionnelle (infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique, agents de restauration et entretien, secrétaire, directeur) ainsi qu'une présence médicale permanente, permise par le forfait soins de l'ARS. Tout en maintenant un niveau de dépendance des résidents dans l'établissement n'imposant pas une médicalisation de l'établissement, cette particularité permet d'accueillir et d'accompagner les résidents jusqu'en fin de vie.

### **Profil type des demandeurs : une femme âgée de 80 à 89 ans**

La tranche d'âge la plus représentée dans les demandes d'entrée est celle des 80 à 89 ans, âge qui marque souvent l'entrée dans la fragilité. Si les femmes sont plus nombreuses parmi les personnes sollicitant l'accueil en foyer, les hommes (40%) effectuent leur demande plus tôt en âge.

### **... le plus souvent grenobloise**

Rester à proximité de son domicile initial : tel est le souhait des personnes qui demandent à entrer en logement foyer. A Grenoble, 85% de ces demandeurs sont donc grenoblois et cette tendance est accentuée dans le secteur 4 autour du logement-foyer des Alpines. 12% des résidents ne sont pas originaires du territoire grenoblois et recherchent un rapprochement familial.

### **... pour des raisons d'isolement, d'inadaptation du logement et de sentiment d'insécurité**

Avec près de 30% des demandes motivées par une problématique d'isolement puis respectivement 18% et 16% pour des raisons liées à l'inadaptation du domicile initial et à la recherche d'un habitat plus sécurisé, le logement-foyer présente une réelle utilité sociale.

### **Des résidents aux niveaux de ressources hétérogènes**

L'écart est de plus de 700 euros mensuels entre les ressources moyennes à l'entrée au logement-foyer Notre Dame et celles de la structure de Saint-Laurent, accueillant historiquement des publics précaires voire marginalisés. Tandis que la part de résidents bénéficiaires de l'aide sociale est de 5% à Notre Dame, elle est de plus de 60% à Saint-Laurent.

### **et des fragilités multiples qui vont au-delà de l'approche du niveau de dépendance que permet le GIR**

Outre la perte d'autonomie mesurée par le GIR qui concerne de nombreux résidents, les fragilités des résidents sont multiples et souvent combinées. Une grille d'analyse a été établie par la Direction du CCAS en charge des Résidences autonomie et met en évidence un nombre important de personne bénéficiant d'un suivi psychiatrique, présentant des troubles du comportement, ayant des troubles addictifs, handicapées vieillissantes ou encore ayant connu une vie à la rue.

## **Un public moins touché par la pauvreté néanmoins des inégalités entre ménages et entre territoires**

Les Grenoblois de plus de 60 ans sont, aujourd'hui, les moins concernés par les situations de pauvreté avec des taux de pauvreté de 15% chez les 60-74 ans et de 11% chez les plus de 75 ans contre 25% chez les moins de 30 ans et 21% chez les 40-49 ans.

Cette population doit cependant faire l'objet d'une attention particulière pour trois raisons principales :

- Premièrement, on constate des inégalités fortes entre ménages, voire une forme d'exclusion de certains publics
- Deuxièmement, une dégradation de la situation des personnes arrivant à la retraite est à anticiper, les actifs d'aujourd'hui étant davantage qu'avant confrontés à des périodes de chômage
- Enfin, les disparités entre secteurs observables sur l'ensemble de la population le sont également sur les plus âgés. Ainsi certains quartiers de la ville concentrent des publics âgés en situation de précarité.

Outre le taux de pauvreté et afin d'approcher les questions de pauvreté chez les publics âgés, **la CARSAT Sud-Est retient notamment la part de personnes retraitées du régime général exonérées de la CSG** (à noter que le plafond d'exonération de la CSG est le même que celui qui permet un allègement de la taxe d'habitation, soit un revenu fiscal de référence de 10 686 euros pour une personne seule + 2853 euros pour une demi-part supplémentaire). **Aussi, à Grenoble, en 2014, on compte 3313 personnes de 60-74 ans et 3034 âgés de 75 ans et plus dans ce cas, soit 25% des plus de 60 ans retraités du régime général (25 299 personnes en 2014).**

### **La précarité des personnes âgées observées par les CCAS**

*Le vieillissement dans la métropole, Regards Croisés de l'Obs'Y, 2016, extraits*

*« La vulnérabilité économique concerne notamment un public de femmes seules qui disposent de faibles ressources du fait, encore pour les générations âgées d'aujourd'hui, de carrières professionnelles réduites ou absentes. Par ailleurs les CCAS notent également l'arrivée progressive de nouvelles générations de seniors précaires. Ces jeunes retraités ont connu des problèmes de chômage, des carrières professionnelles en dents de scie impactant leur pension de retraite. Cette problématique s'illustre par la présence relativement marquée de ménages âgés parmi les demandeurs d'aides sociales facultatives (ASF). »*

A titre d'exemple la part des demandeurs d'aides sociales facultatives âgés de 60 ans et plus est de 19% à Echirolles, 20% à Saint-Martin d'Hères et 32% à Saint-Egrève.

A Grenoble, elle est de 21%, soit 402 personnes en 2015. Entre 2014 et 2015, les demandes de personnes âgées enregistrent une légère hausse alors que le nombre de demandes total est plutôt en baisse : +2% contre -4%. Toutefois cette analyse sur une année doit être nuancée car depuis 2008, les demandes de personnes âgées ont augmenté moins vite que l'ensemble des demandes (+22% contre +27% sur la période).

### **Des personnes âgées seules à domicile en proportion plus importante que dans le reste de la métropole**

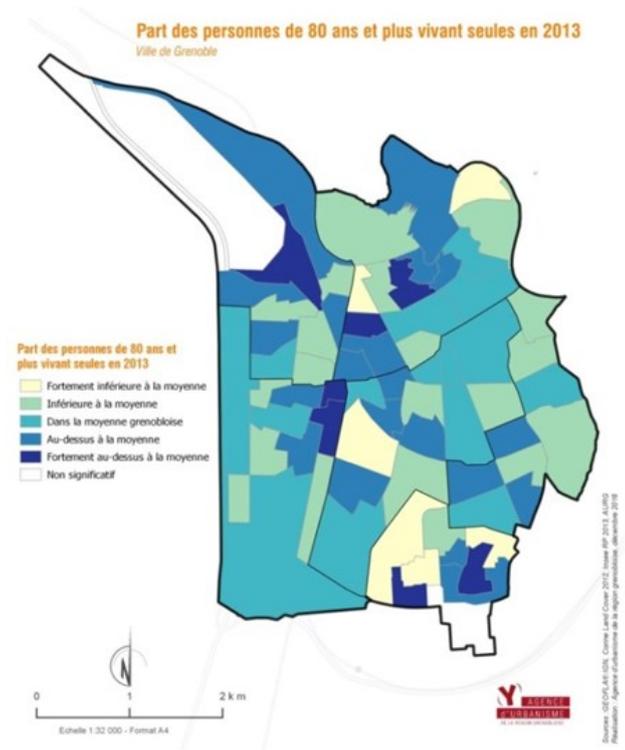
Pour rappel, à Grenoble, un ménage sur deux est composé d'une seule personne, soit environ 40 000 personnes.

Plus d'un ménage d'une personne sur dix est composé d'une personne de 80 ans ou plus. **A l'échelle communale, les plus de 80 ans sont 4990 à vivre seules, soit 54% de la tranche d'âge.** Cet effectif connaît une croissance marquée, de près de 4% entre 2008 et 2013, soit plus de 800 personnes de 80 ans et plus vivant seules en 5 ans à Grenoble. Si les parts sont relativement similaires entre secteurs (à l'exception du secteur 6 avec 46%), les effectifs diffèrent fortement. **Cela concerne 240 personnes dans le secteur 6 contre 1230 dans le secteur 2 et 1320 dans le secteur 4.**

**Chiffres clés : 4 990 grenoblois de 80 ans et plus vivent seuls et leur nombre augmente de 4% par an**

Ce public potentiellement plus vulnérable est très représenté dans plusieurs quartiers :

- Pour certains plutôt aisés : Europole, Gabriel Péri, Grenette, Génissieu, Aigle, Saint-André, Reynies, Sidi-Brahim, etc.
- Mais aussi, d'autres plus fragiles : Saint-Laurent et Notre-Dame, Baladins, VO sud, Teisseire, etc. où problématique d'isolement et de précarité se cumulent souvent.



### Une nette surreprésentation des bénéficiaires de l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile dans le secteur 6

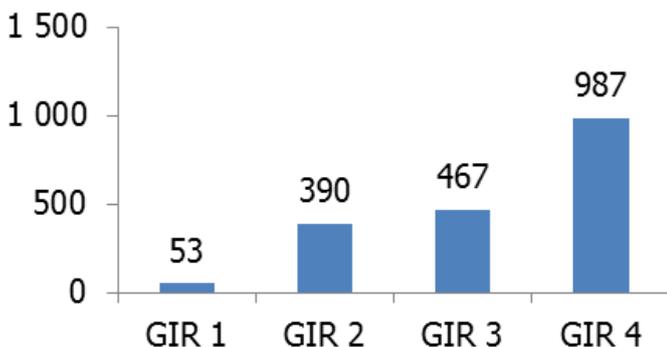
En 2016, Grenoble compte près de 1900 bénéficiaires de l'APA à domicile, soit un taux de 13,5 bénéficiaires pour 100 personnes de 75 ans et plus, taux légèrement inférieur à celui de la métropole (14,4%). Cet effectif est stable depuis 2013.

Parmi ces bénéficiaires :

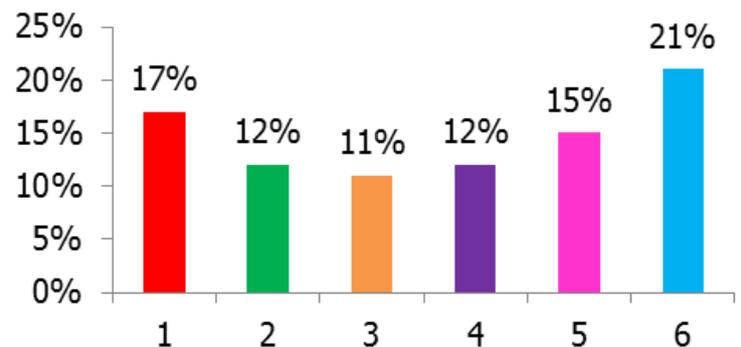
- 74% sont des femmes
- 66% vivent seuls
- plus de la moitié a 85 ans ou plus
- 48% est en GIR 1, 2 ou 3 (contre 44% à l'échelle métropolitaine)

Des disparités fortes entre secteurs existent pouvant traduire des différences à la fois en termes de dépendance des personnes et donc de qualité du vieillissement et en termes d'accès aux droits. **Le taux du secteur 6 est de 21%, soit 10 points de plus que dans les secteurs 2, 3 et 4.**

Effectif des bénéficiaires de l'APA à domicile par GIR en 2016



Taux de bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes de 75 ans et plus



Source : INSEE, RP 2013

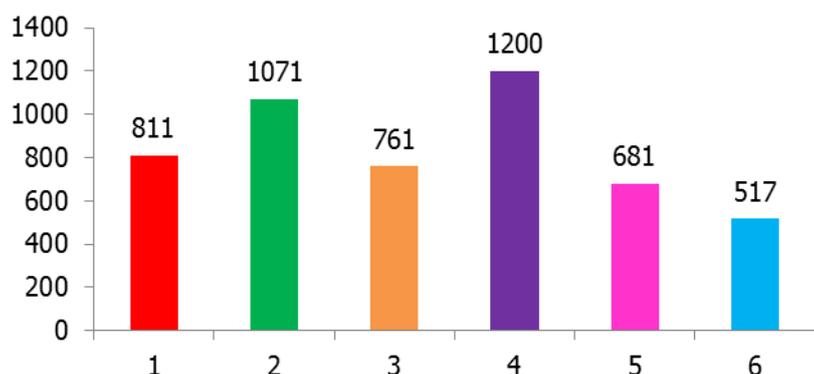
Le nombre de bénéficiaires de l'APA vivant en établissement (EHPAD) est quant à lui de 2137 en 2016, soit 11% de plus qu'en 2013, en lien notamment avec les créations récentes de places. Toutefois le territoire grenoblois et plus largement métropolitain reste particulièrement sous doté au regard des taux de couverture du département de l'Isère et de la France métropolitaine, impactant ainsi le niveau de dépendance des personnes vivant en établissement mais également à domicile (cf. Regards croisés sur le Vieillissement dans la métropole grenobloise, Obs'Y, 2016).

## Un accroissement des besoins de suivi social

Le SSPA est un service social polyvalent de catégorie, chargé de l'accompagnement social des personnes âgées de plus de 75 ans, et de leurs aidants familiaux, ainsi que des personnes relevant d'un dispositif APA, quel que soit leur âge.

**En 2015, 5057 personnes âgées ont été accompagnées par les agents du SSPA, dont 82% de personnes âgées de 75 ans et plus.** Près de la moitié des suivis concernent des résidents des secteurs 2 et 4, en lien avec les effectifs importants de personnes âgées dans ces deux secteurs. En revanche, les secteurs 1, 5 et 6 se distinguent avec des proportions plus importantes de personnes suivies à rapprocher de fragilités médico-sociales plus marquées pour les territoires sud.

**Nombre d'accompagnements SSPA par secteur en 2015**



**Chiffre clé : Plus d'un quart des grenoblois de 75 ans et plus usagers du SSPA**

Source : INSEE, RP 2013

Ces accompagnements concernent pour moitié des suivis sociaux et pour une autre moitié des besoins liés à la perte d'autonomie.

Pour ce qui est de l'accompagnement social, celui-ci est ouvert à toutes les personnes de 75 ans et plus (recentrage sur ce public depuis 2009) quel que soit leur niveau de revenus mais la majorité d'entre elles sont des personnes avec peu de moyens ou des personnes fragilisées par leur isolement. **Or, on observe un accroissement du nombre de suivis sociaux, passant de 1743 en 2012 à 2116 en 2015, soit 21% d'augmentation.**

## **z00m sur les migrants âgés**

*(Éléments recueillis dans le cadre du diagnostic de santé du quartier Alma/Très-Cloître/Chenoise (ATC) réalisé en 2015)*

*Le nombre d'immigrés vieillissants va augmenter dans les années à venir pour des raisons démographiques et sociales. En effet, à l'âge de la retraite, les personnes envisagent moins de revenir définitivement dans leur pays d'origine. Les explications sont diverses : décalage avec le pays d'origine et habitudes de vie en France, sentiment d'échec du projet migratoire si la situation économique ne s'est pas améliorée, risque de perdre une partie des droits sociaux liés à des conditions de résidence, etc.*

*Ces personnes âgées, pour la plupart, ont connu des conditions de vie et de travail qui ont fortement impacté leur état de santé. A cet élément s'ajoutent souvent des comportements peu favorable à la santé (tabagisme, alcoolisme, alimentation, manque d'exercice physique notamment depuis la retraite) ainsi que des retards de soins ou prises en charge partielles expliquées par un éloignement social et culturel de l'offre de services de santé ainsi que par des ruptures de prises en charge entraînées par les allers-retours fréquents entre la France et le pays d'origine.*

*Ainsi, il est souligné par les acteurs de terrain rencontrés les problématiques de diabète, de bronchites chroniques, de maladies cardiovasculaires, d'artériopathie, de rhumatologie ainsi que les séquelles motrices d'accidents du travail. Les situations de poly-pathologies sont fréquentes et demandent une poly-médication qui crée des difficultés importantes de gestion des traitements.*

*En matière de suivi et d'accompagnement, les professionnels sont confrontés, pour certains, à la difficulté de mettre en place des prises en charge continues des allers-retours effectués entre la France et le pays d'origine. Ceux-ci entraînent de longues parenthèses dans les traitements, des rendez-vous chez les spécialistes non honorés, des échanges avec la famille et les professionnels de santé dans le pays d'origine, une nécessaire réactivité au moment du retour pour remettre en place les droits et accompagnements et donc un besoin accru d'interface médical/social. Du côté des femmes, le suivi est également complexe du fait du plus grande méconnaissance des circuits et réseaux d'acteurs, d'une faible maîtrise de la langue ainsi que du positionnement des maris en tant qu'interprète dans les relations avec les professionnels médico-sociaux.*

*Enfin, le non-recours aux droits et les réticences à solliciter des aides caractérisent ce public. L'absence de couverture maladie complémentaire est notamment fréquente et s'explique par une méconnaissance des droits et dispositifs et une complexité des démarches renforcée par le manque d'interlocuteurs directs et de maîtrise des outils numériques ou encore les difficultés d'expression. Des situations de non-recours à l'APA, aux accompagnements à domicile et aux établissements pour personnes âgées dépendantes sont également constatées, le coût et la promiscuité entre résidents expliquant, pour ces derniers, en partie les réticences.*

## 2.3 LES MÉNAGES EN SITUATION DE PRÉCARTIÉ

### Les chiffres clés

Données générales	
Nombre de personnes sous le seuil de bas revenus CAF	29 866
Part dans l'ensemble des moins de 65 ans	21%
Évolution 2008-2015	3,6%/an

En complément de l'étude des revenus des ménages grenoblois présentée en 1<sup>ère</sup> partie du document, cette section sur les ménages en situation de précarité est introduite par une analyse des données relatives à la pauvreté en retenant l'entrée allocataires et ayant-droits à bas revenus de la CAF de l'Isère.

#### **Rappels**

Un allocataire CAF en 2015 est un ménage qui a perçu une prestation au titre du mois de décembre 2015.

Un allocataire à bas revenus est un allocataire dont les ressources mensuelles (revenus et prestations CAF) par unité de consommation sont égales ou inférieures à 60% de la médiane des revenus avant impôts des français. Ce seuil est de 1043 euros mensuels pour une personne seule en 2015, ce qui correspond à 1565 euros pour un parent isolé avec un enfant de moins de 16 ans, 2190 euros pour un couple avec deux enfants de moins de 16 ans.

Un allocataire fragile est un allocataire dont les ressources se situent au-dessus du seuil de bas revenus grâce aux prestations versées par la CAF.

En 2015, la CAF recense 45 530 allocataires pour un total de 88 310 personnes couvertes, soit 55% de la population grenobloise recensée par l'INSEE en 2013. **Du fait des prestations qu'elle verse, la CAF présente une très bonne couverture des personnes seules et familles à bas revenus ainsi que de l'ensemble des familles ayant au moins un enfant de moins de 3 ans.**

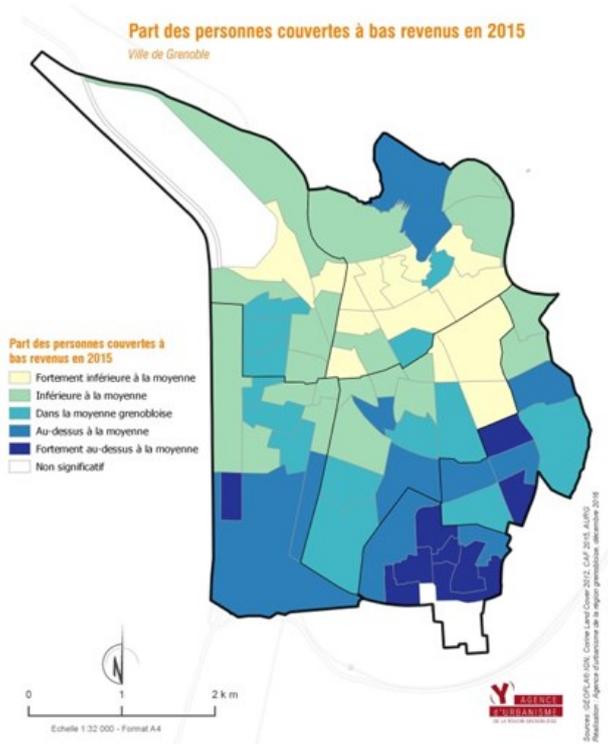
Toutefois quelques situations ne peuvent être connues et recensées par la CAF :

- personnes à bas revenus non bénéficiaires d'un minima social et dont la situation ne permet pas d'avoir une allocation logement : hébergés, propriétaires, locataires d'un logement qui appartient au conjoint ou à un membre de la famille en filiation directe, locataire d'un logement non décent, sans confort minimum ou non conforme aux normes de santé et de sécurité :
- étrangers en fonction de la durée et de la régularité de leur séjour
- ménages en situation de non-recours
- ménages relevant de régimes spéciaux et agricoles

### **Un grenoblois de moins de 65 ans sur cinq vit sous le seuil de bas revenus**

**A Grenoble, 21% des personnes de moins de 65 ans allocataires de la CAF vivent sous le seuil de bas revenus, ce qui représente 29 866 personnes. Entre 2008 et 2015, une croissance de 3,6% par an est enregistrée (soit 6620 personnes supplémentaires).**

A l'échelle infra-communale on note premièrement une surreprésentation de ces situations dans les secteurs 5 et 6 qui concentrent de nombreux ménages en difficulté économique et sociale : respectivement 32% et 39%. Plus finement, à l'échelle des quartiers, ce sont au-delà des quartiers en politique de la ville, les quartiers où l'habitat social domine qui sont les plus concernés : Villeneuve-Village Olympique, Teisseire-Abbaye-Jouhaux, Mistral mais également Hoche ou encore Valmy.

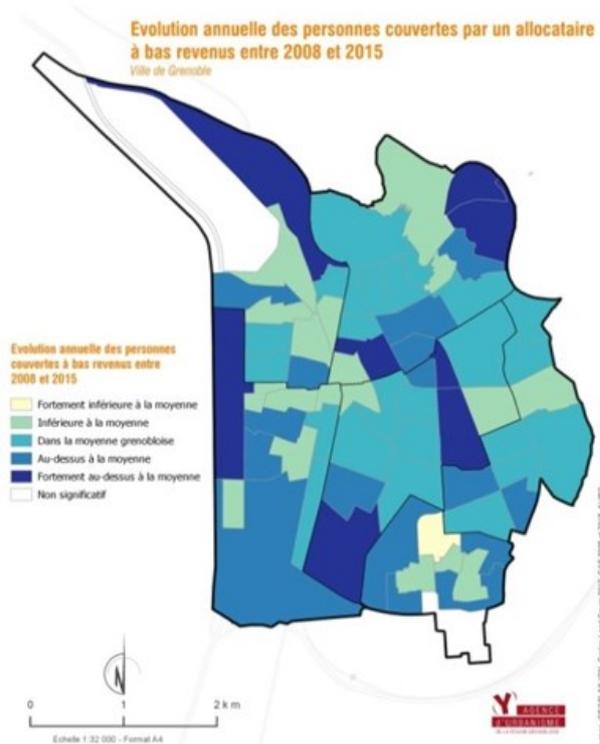


Pour rappel, les situations de pauvreté ne concernent pas les mêmes publics dans les secteurs 1, 2 et 4 d'un côté et 5 et 6 de l'autre. La pauvreté concerne des ménages de plus petite taille dans les secteurs 1, 2 et 4 (actifs vivant seuls, personnes âgées, familles monoparentales avec un enfant, etc.) que dans les secteurs 5 et 6 (couples avec enfants, familles monoparentales avec plusieurs enfants, etc.).

**Chiffre clé : + 6 620 personnes sous le seuil de bas revenus entre 2008 et 2015**

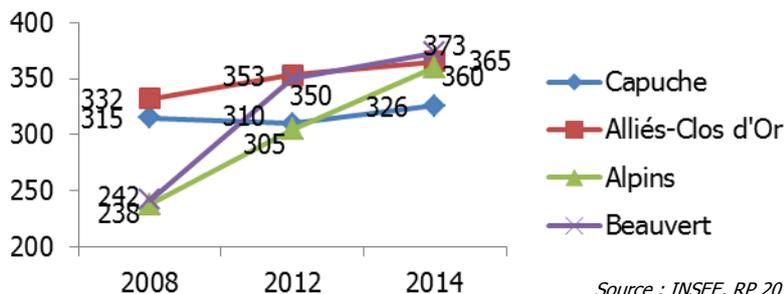
### Un accroissement du nombre de personnes vivant sous le seuil de bas revenus, plus forte dans les secteurs nord

L'étude des évolutions à l'échelle des secteurs impose de porter l'attention sur des secteurs jusque-là plus préservés des situations de pauvreté. **En effet, les secteurs 2 et 4 enregistrent, entre 2008 et 2015, une croissance de plus de 4% par an du nombre de moins de 65 ans connus de la CAF vivant sous le seuil de bas revenus**, soit une évolution plus marquée qu'à l'échelle communale. Aussi, ces éléments tendent à mettre en évidence un phénomène de décrochage récent, **sous l'effet de la dégradation du contexte économique pour partie. Le développement de l'habitat social peut également constituer un élément d'explication** à prendre en compte, les secteurs 2 et 4 accueillant davantage de ménages en difficulté dans les nouveaux parcs de logement. A titre d'exemple, on citera Drac-Ampère, Jean Macé, Championnet, Ile-Verte Saint-Roch dont les évolutions du nombre de personnes sous le seuil de bas revenus sont très supérieures à la moyenne communale.



**Le sud du secteur 4 mérite une attention particulière**, un décrochage par rapport au nord mais également au centre du secteur étant en train de s'opérer. En effet, on relève une augmentation importante du nombre de personnes vivant sous le seuil de bas revenus dans les quartiers Beauvert, Alpains et Alliés-Clos d'Or, se rapprochant de la situation que connaît le secteur 6.

**Évolutions 2008-2014 des effectifs de personnes de moins de 65 ans vivant sous le seuil de bas revenus**



**zOOM : Observe-t-on une aggravation de la pauvreté des ménages vivant sous le seuil de bas revenus ?** (données CAF 2007, 2010 et 2014)

**Dans le cadre d'un questionnaire sur l'évolution des demandes d'aide sociale facultative formulées auprès du CCAS, une analyse des ressources des ménages vivant sous le seuil de bas revenus a pu être réalisée visant à préciser l'évolution de la précarité à Grenoble.**

Il a été possible d'étudier la répartition et l'évolution du nombre de ménages vivant sous le seuil de bas revenus selon leur revenu par unité de consommation. Les données transmises distinguent les ménages constitués d'une personne (ou ménages isolés), les couples sans enfants et les couples avec enfants à charge.

A noter : Les données sont disponibles par tranche de 100 euros. Des regroupements ont été réalisés pour faciliter la lecture et l'analyse.

On soulignera trois éléments importants :

- une **augmentation du nombre de ménages vivant sous le seuil de bas revenus, notamment sur la période 2010-2014, qui concerne les ménages d'une personne et les familles avec enfants**. A l'inverse, le nombre de couples sans enfant vivant sous le seuil de bas revenus diminue sur la période.
- une **diminution du nombre de ménages (tout type de ménage) dont les ressources se situent dans les tranches de revenu les plus faibles** : -24% pour les isolés et les couples sans enfants et -31% pour les familles avec enfants entre 2007 et 2014 de ménages ayant un revenu par unité de consommation inférieur à 700 euros mensuels
- une **augmentation du nombre de ménages vivant sous le seuil de bas revenus qui s'explique uniquement par l'accroissement très important du nombre de ménages (tout type de ménage) qui se situent dans la tranche la plus élevée de revenu, tout en restant sous le seuil de bas revenus** : +106% pour les isolés, +33% pour les couples sans enfant et +92% pour les familles avec enfants.

Tranches de RUC	2007 seuil bas revenus : 871			2010 seuil bas revenus : 956			2014 seuil bas revenus 1028			Evolutions isolés			Evolutions couples sans enfants			Evolutions familles avec enfants		
	Isolés	Couples sans enfants	Familles avec enfants	Isolés	Couples sans enfants	Familles avec enfants	Isolés	Couples sans enfants	Familles avec enfants	2007-2010	2010-2014	2007-2014	2007-2010	2010-2014	2007-2014	2007-2010	2010-2014	2007-2014
0 - 400€	2075	356	507	1086	339	286	1378	272	240	-48%	27%	-34%	-5%	-20%	-24%	-44%	-16%	-53%
400 - 600€	1401	371	1347	1842	280	977	1891	251	687	31%	3%	35%	-25%	-10%	-32%	-27%	-30%	-49%
600 - 700€	1784	211	1013	1191	148	963	721	189	968	-33%	-39%	-60%	-30%	28%	-10%	-5%	1%	-4%
<b>Sous-total</b>	<b>5260</b>	<b>938</b>	<b>2867</b>	<b>4119</b>	<b>767</b>	<b>2226</b>	<b>3990</b>	<b>712</b>	<b>1895</b>	<b>-22%</b>	<b>-3%</b>	<b>-24%</b>	<b>-18%</b>	<b>-7%</b>	<b>-24%</b>	<b>-22%</b>	<b>-15%</b>	<b>-34%</b>
700 - seuil BR	1737	409	1893	2388	447	2456	3580	544	3246	37%	50%	106%	9%	22%	33%	45%	32%	92%
<b>Total</b>	<b>6997</b>	<b>1347</b>	<b>4560</b>	<b>6507</b>	<b>1214</b>	<b>4682</b>	<b>7570</b>	<b>1256</b>	<b>5141</b>	<b>-7%</b>	<b>16%</b>	<b>8%</b>	<b>-10%</b>	<b>3%</b>	<b>-7%</b>	<b>3%</b>	<b>10%</b>	<b>13%</b>

## **Près de 2000 ménages en demande d'Aide sociale facultative auprès du CCAS, une aide ponctuelle qui répond à une précarité durable**

**1905 ménages ont été demandeurs d'au moins une aide au cours de l'année 2015. A la suite d'une forte hausse enregistrée entre 2011 et 2013, le nombre de demandes connaît une légère diminution depuis cette date, - 9% en deux ans.** Alors que le contexte socioéconomique global est peu favorable, se traduisant par un accroissement important du nombre de personnes vivant sous le seuil de bas revenus dans tous les secteurs de la ville, cette diminution interroge.

Plusieurs hypothèses ont pu être formulées, notamment :

- la diminution du nombre de ménages cibles des dispositifs pouvant être expliquée en partie par une revalorisation des minimas sociaux
- les phénomènes de non-recours
- la réorganisation des équipes dans les SLS du département, un des principaux prescripteurs

Si les hommes restent majoritaires parmi les demandeurs (59%), les deux sexes connaissent une évolution inverse : entre 2013 et 2015, le public masculin demandeur a diminué de 10% et le public féminin a augmenté de 7%.

**Chiffres clés : une augmentation de 7% du nombre de femmes en demande d'aide sociale facultative (contre -10% chez les hommes)**

En ce qui concerne l'âge des demandeurs, une surreprésentation de la tranche 30-49 ans est observée chez les hommes tandis que chez les femmes ce sont celles de 55 ans et plus qui prédominent, du fait notamment de carrières en dents de scie, de périodes prolongées de travail à temps partiel et de l'évolution des cellules familiales.

Le nombre de jeunes de moins de 25 ans reste stable depuis ces trois dernières années. Ils représentent 2% de l'ensemble des demandeurs. Il s'agit principalement de personnes sans droit de séjour sur le territoire et ne pouvant donc prétendre à aucune ouverture de droit.

**L'analyse du public demandeur en fonction de la date de première demande au service permet de confirmer la persistance de la précarité financière. En effet, en 2015, 770 ménages sont connus du service depuis 3 ans ou plus (soit plus de 40%), témoignant donc de situations de précarité durables.** En référence à l'étude des travailleurs pauvres à Grenoble réalisée en 2015, la sortie de situation de pauvreté est particulièrement complexe et les facteurs de retour vers la précarité nombreux : allers-retours entre l'emploi et le chômage, arrêts maladie, soins, séparations des couples, voire imprévus matériels (panne de véhicule, etc.), etc.

86% des aides accordées concernent l'alimentation contre 80% en 2012 et 70% en 2008. Le montant moyen de l'aide est de 157 euros. Viennent ensuite les problématiques de logement (4%) puis les demandes relatives à la fourniture d'énergie (3%). **Ceci confirme le rôle d'urgence des aides facultatives et la nécessité d'apporter une réponse à des besoins de base.**

Toute aide confondue, sur les 1905 ménages demandeurs, 1695 ont été aidés en 2015, pour 54% d'entre eux une fois dans l'année, près de 40% entre 2 et 4 fois et un peu plus de 6%, 5 fois ou plus. A ce titre et spécifiquement sur le volet alimentaire, on soulignera que le nombre de ménages ayant bénéficié de 5 aides ou plus a doublé entre 2012 et 2015 (44 ménages à 84 ménages en 2015). **Aussi, au-delà d'un soutien pour faire face à une situation ponctuelle ou transitoire, l'aide facultative est un pilier pour compléter les ressources des ménages en situation de précarité.**

## Une problématique logement au cœur des situations de précarité qui mobilise le CCAS de façon croissante

Le mal-logement est un enjeu national majeur. La 22<sup>ème</sup> édition du rapport annuel sur l'état du mal-logement de la Fondation Abbé Pierre fait état de 4 millions de personnes sans abri, mal logées ou sans logement personnel.

La problématique du logement recouvre des situations diverses, du « public traditionnel » de sans domicile fixe aux personnes vivant dans un logement surpeuplé, en passant par celles vivant en squat et habitat précaire ou celles hébergées par des proches sur une période transitoire comme plus installée.

« En France, le nombre de personnes sans domicile a augmenté de 50 % entre 2001 et 2012. Celui des personnes en hébergement contraint chez des tiers de 19 % entre 2002 et 2013. Les personnes en surpeuplement sont de plus en plus nombreuses, alors que la tendance depuis des décennies était plutôt à la baisse : + 17 % entre 2006 et 2013 pour le surpeuplement accentué et + 6 % pour le surpeuplement modéré. »<sup>7</sup>

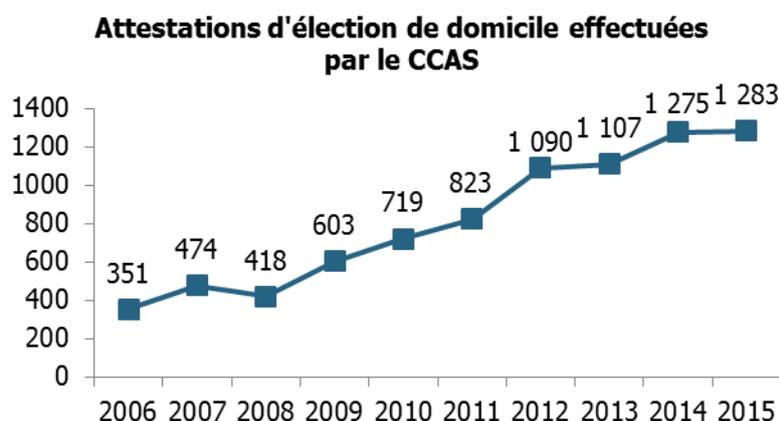
Le CCAS est concerné par ce public à plusieurs titres : élection de domicile, accompagnement social de catégorie, hébergement, maraudes, etc.

**Les élections de domicile validées par le CCAS, indispensables à l'accès aux droits et prestations, sont en hausse constante depuis 2008. A la fin de l'année 2015, 1283 élections de domicile sont actives, soit 260% de plus qu'en 2006.** Ces élections s'adressent à des personnes sans domicile stable, en habitat mobile, précaire (dont hébergement chez des tiers) traduisant donc les tensions existantes au niveau du logement touchant des publics divers et pour une partie non négligeable d'entre eux, en emploi.

**Chiffres clés : 1283 élections de domicile actives fin 2015, soit 260% de plus qu'en 2006**

On rappellera néanmoins que cette augmentation n'est pas le seul fait d'une hausse des situations individuelles. En 2009, la réglementation a été modifiée imposant la production d'acte à la personne au lieu du ménage. De plus, le partenariat s'est renforcé tout comme l'information réalisée auprès des publics en situation de précarité. Les élections de domicile proviennent de plus de 50 prescripteurs différents.

Elles concernent majoritairement des hommes. Les tranches d'âge de 18 à 55 ans sont les plus représentées. A noter que sur la tranche d'âge des 18-24 ans, l'écart entre les effectifs masculins et féminins est moins marqué, 118 jeunes femmes pour 140 jeunes hommes (contre 62 femmes pour 283 hommes âgés de 36-45 ans).



Une partie des personnes qui font face à une problématique logement sont connues du CCAS car elles bénéficient d'un accompagnement social par le Service d'accompagnement temporaire vers l'insertion sociale (SATIS). Ce service s'adresse aux personnes de plus de 25 ans isolées ou en couple, sans enfant à charge et sans référent social.

**En 2015, 139 nouveaux ménages et 335 personnes au total ont été accompagnés par le SATIS vers l'accès au logement et plus largement aux droits.** Le nombre de ménages accompagnés est un peu inférieur à l'année 2014 (497), s'expliquant non pas par une diminution des besoins mais par une volonté, au vu des moyens du service, de réguler le nombre de suivis. En effet, les situations accompagnées par le SATIS demandent un investissement important, tant dans la régularité des rendez-vous que dans la complexité des besoins (ouverture de droits, partenariat et mise en lien avec d'autres acteurs du territoire, etc.). Le Service Intercommunal d'Accueil (SIA)<sup>8</sup> qui constitue la porte d'entrée vers le SATIS a donc pris des engagements pour réduire le nombre d'orientations vers ce service.

### ***zOOM sur les parcours des personnes qui se présentent au SIA***

*Une étude des parcours des personnes ayant sollicité le SIA a été réalisée par le service Observation sociale en 2015 : 275 dossiers étudiés, soit la quasi-totalité des personnes qui se sont présentées au service entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin. Outre les difficultés d'accès à l'emploi stable et donc à des ressources financières suffisantes, six problématiques ont fait l'objet d'une attention particulière : les problématiques familiales, de santé, de dettes, de justice, d'exclusion sociale et les parcours par l'aide sociale à l'enfance. La présence de ces problématiques a été croisée avec l'origine, le sexe ainsi que la situation vis-à-vis du logement (rue, squat/habitat précaire, hébergement par un tiers notamment).*

***L'étude met en évidence l'importance des problématiques familiales dans les situations de grande précarité (35% des dossiers étudiés).*** Les séparations complexes expliquent, dans de nombreux cas notamment chez les hommes seuls, la perte du logement. ***Les problématiques de santé (usure, pathologie lourde, pathologie chronique, addiction) et de dettes sont également très présentes, elles concernent respectivement 37% et 33% des dossiers étudiés.***

*Les problématiques familiales sont plus fréquentes chez les personnes hébergées par des tiers ce qui peut être mis en lien avec le caractère récent de la situation d'une partie de ce public qui, suite à une séparation ou dans un contexte familial complexe, trouve un hébergement chez un autre membre de la famille ou des amis.*

*Les problématiques de santé sont quant à elles davantage représentées chez les personnes vivant à la rue ou dans un squat/habitat précaire, élément pouvant être rapproché de conditions de vie particulièrement difficiles, d'un éloignement psychologique parfois plus important des services de santé et d'un parcours de vie étroitement lié à la problématique de santé, celle-ci pouvant contribuer à la situation actuelle des personnes vis-à-vis du logement.*

*Les difficultés sont souvent cumulées. **En effet, plus de 40% des dossiers identifient au moins deux des six problématiques, celles-ci s'ajoutant à celles liées à l'emploi et aux ressources, communes à la plupart des situations.***

8. Le SIA propose un premier accueil à des ménages en grandes difficultés sociales et économiques, sans logement, confrontés à un moment de leur vie, à un besoin d'aide pour accéder à un hébergement ou à un logement, et/ou pour ouvrir des droits sociaux, et/ou pour réaliser des démarches administratives, et/ou pour accéder à des soins. Ces ménages ne sont pas suivis par un travailleur social, le service est une porte d'entrée vers d'autres dispositifs : domiciliation indispensable à l'ouverture de droits, accompagnement social de catégorie, etc.

En ce qui concerne l'accès aux dispositifs d'hébergement d'urgence, **le 115 enregistre en 2015, à l'échelle départementale, 31 816 appels effectués par près de 3800 ménages différents.** En 8 ans, le nombre d'appels enregistrés par le 115 a été multiplié par 6. **Sur ces 3800 ménages, 2704 vivent sur le territoire métropolitain.** Comme souligné par l'ABS 2013, on assiste toujours à une hausse du nombre de ménages de 18-25 ans et de familles avec enfants dans la demande d'hébergement d'urgence.

Avec 746 places d'hébergement d'urgence, le territoire concentre 73% de l'offre départementale. Pourtant, la saturation des dispositifs est une réalité. **Parmi les 2704 ménages demandeurs, seuls 26% ont bénéficié d'au moins une orientation et 2000 ménages sont donc restés sans réponse alors même que le manque d'accès à l'hébergement d'urgence prive les personnes d'un accompagnement social. Ces données traduisent la saturation des dispositifs de réponse face aux demandes croissances et de plus en plus diversifiées.** On notera que les taux d'orientation sont compris entre 15% pour le Grésivaudan et 9% pour l'Isère Rhodanienne.

**Chiffres clés : 2 704 ménages en demande d'hébergement d'urgence sur le territoire métropolitain, 1/4 d'entre eux bénéficiaires d'au moins une orientation**

Géré par le CCAS, le Centre d'Accueil Intercommunal fait partie de l'offre d'hébergement d'urgence. Il offre 71 lits ayant accueilli en 2015, 203 ménages. Ce sont en grande majorité des ménages isolés (47% d'hommes seuls et 35% de femmes seules mais les familles avec enfants représentent néanmoins 18% des ménages accueillis). Les motifs de séjour sont divers mais les plus réguliers sont les violences conjugales (25% des entrants en 2015, 26 femmes et 14 enfants), les situations d'errance et de désocialisation (23%), les séparations et divorces ainsi que les fins d'hébergement (15%). **L'évolution la plus notable est l'accroissement continu depuis plus d'une dizaine d'années de la durée moyenne de séjour qui passe de 46 jours en 2014 à 64 jours en 2015 pour les ménages sortants dans l'année, et de 201 jours en 2014 à 422 jours en 2015 pour les ménages présents au 31/12, impactant donc négativement le taux de rotation des ménages (le nombre de ménages accueillis était de 570 en 2012).** Cet accroissement s'explique principalement par le manque de solutions pour les personnes n'ayant pas de droits en France, par l'absence de solution adaptée pour les personnes présentant des problèmes de santé mais aussi, point plus positif, **par les nouvelles modalités de prise en charge qui permettent un investissement plus long pour l'élaboration d'un projet de sortie pérenne. Ainsi, le nombre de personnes sans solution d'hébergement ou de logement à la sortie du dispositif diminue.**

La résorption du dispositif hôtelier géré par le CCAS pour le compte de l'Etat depuis 1998 dédié à des familles sans solution d'hébergement ou de logement immédiate s'est opérée en 2015<sup>9</sup>. Au cours de l'année, a été mis à disposition, en tant qu'alternative à ce dispositif, 10 appartements vides dans les écoles primaires de la ville. Ces appartements ont accueilli 21 ménages en 2015.

Enfin, depuis décembre 2013, le CCAS, pour le compte des institutions locales, porte le pilotage technique et la coordination des acteurs de la Maîtrise d'œuvre Urbaine et Sociale d'agglomération visant à résorber l'habitat précaire. Ce dispositif intervient sur trois axes :

- le logement : 12 logements ayant accueilli 24 ménages en 2015
- le recensement des squats et des ménages qui y résident : 24 squats et terrains présents au 31 décembre 2015 dans l'agglomération pour 502 personnes recensées
- l'amélioration des conditions de vie dans les squats et la contribution à leur fermeture : 26 lieux de vie fermés en 2015

9. A noter que Le Conseil Départemental et l'Etat utilisent encore un dispositif hôtelier dont ils ont confié la gestion à une association.

En ce qui concerne l'hébergement d'insertion et le logement adapté<sup>10</sup> (CHRS, résidences sociales et maisons relais), ont été enregistrées plus de 4000 demandes sur le département en 2015 pour une offre importante de 5296 places (dont 1473 sur l'agglomération grenobloise), en hausse de 4% entre 2014 et 2015. A noter que les durées moyennes de séjour (de plus de 1 an en moyenne) limitent fortement le nombre d'admissions, 961 sur les 4000 demandes enregistrées en 2015.

**Le Pôle Orientation Hébergement Insertion de l'agglomération grenobloise a reçu 1285 demandes en 2015, soit près de 25 par semaine en moyenne.** Cette demande est relativement stable. Les demandes proviennent en majorité de personnes seules (54%). Viennent ensuite les femmes ou hommes seuls avec enfants (29%). **Près de quatre demandes sur dix ont été orientées vers une place disponible la même année.** Un quart des demandes ont été annulées traduisant une certaine volatilité : changements fréquents de situation et de mode de vie mais également mobilisation d'autres solutions face à des délais d'attente importants. Les motifs de demandes sont là encore nombreux néanmoins pour près d'un ménage sur deux, la fin de prise en charge ou la sortie de dispositif constituent la principale motivation.

**Chiffres clés : 1285 demandes d'hébergement d'insertion et de logement adapté sur le territoire de la métropole, 40% des ménages orientés, 25% de demandes annulées**

Géré par le CCAS, le CHRS Henri Tarze dispose de 47 places (dont 14 places en diffus). Deux enjeux majeurs sont identifiés : **la prise en charge de publics variés avec une augmentation des problématiques d'addiction, psychiatriques et de passé douloureux d'une part et les délais d'entrée.** Particulièrement longs ils induisent de la vacance et des échecs au moment de l'admission dans la structure.

10. Le territoire de la métropole grenobloise offre, par le biais du POHI, 1473 places d'hébergement d'insertion et de logement adapté, soit 28% des places du département : 120 en maisons relais, 576 en CHRS, 575 hors CHRS, 11 en stabilisation et 191 en intermédiation locative. 69

## **PARTIE 3**



# **FOCUS : LA SANTE DES ENFANTS GRENOBLOIS**

La santé est une préoccupation majeure des individus et occupe une place privilégiée dans les politiques sociales. Dans le rapport de la Commission sur la mesure des performances économiques et du progrès social dirigé par Stiglitz, Sen et Fitoussi (2009), la santé apparaît au premier rang des éléments subjectifs et objectifs facteurs de qualité de vie. Il est dit que **« la santé est un élément de base déterminant à la fois la durée et la qualité de vie » et ce, dès le plus jeune âge.**

Or, les travaux réalisés à l'échelle nationale soulignent, malgré un bon état de santé global des enfants, la persistance d'inégalités marquées qui se mettent en place dès le stade prénatal et la petite-enfance pour ensuite perdurer durant l'enfance et avoir des conséquences à l'âge adulte.

La santé est comprise dans son acception la plus large, correspondant à la définition de l'OMS (1946) : *« un état de bien-être complet, physique, mental et social »*. **Ses déterminants sont donc multiples : caractéristiques individuelles, milieux et conditions de vie ainsi que système de santé et offre de services de santé.** Aussi, les questions relatives à la prévention, au soin mais également aux liens entre parents et enfants, à l'éducation ou encore à l'identité culturelle et sociale sont des éléments constitutifs de la santé des enfants.

A Grenoble, ce sont 18 740 enfants de 0 à 10 ans<sup>11</sup> qui sont suivis par différents professionnels : professionnels de santé libéraux et hospitaliers, centres de santé de l'AGECSA, établissements spécialisés, service de protection maternelle et infantile du Département, réseaux de santé, mais également pôle médico-social de la Direction de l'action sociale petite-enfance du CCAS ainsi que service de santé scolaire de la Direction de la santé publique et environnementale de la Ville de Grenoble.

**Aussi, s'intéresser à la santé des enfants grenoblois s'inscrit dans une volonté d'affirmation du caractère transversal des questions de santé ainsi que dans une vision de long terme positionnant la santé comme un facteur de bien-être des Grenoblois.**

S'appuyant sur plusieurs sources de données, ce travail étudie les caractéristiques, évolutions et enjeux qui traversent la thématique de la santé des enfants à l'échelle de la ville de Grenoble. Il met en évidence les différences qui existent entre secteurs de la ville et groupes sociaux ainsi que les tendances, parfois communes à l'ensemble de la population qui préoccupent les acteurs sociaux et de santé.

#### **Éléments de méthode**

La méthodologie mobilisée se décline sur **deux volets complémentaires** :

- **une analyse statistique** aux échelles communale et infra-communale permettant de mettre en évidence des signaux forts à partir des données de la Direction de l'Action Sociale Petite-Enfance du CCAS et du service santé scolaire de la Direction de la Santé publique et environnementale de la Ville

- **une analyse qualitative** permise principalement par la réalisation d'entretiens semi-directifs avec un panel de professionnels (acteurs institutionnels et associatifs) intervenant dans le champ de la santé et auprès du public enfant (cf. liste des acteurs rencontrés en annexe).

**L'intérêt porté aux questions de santé par les enfants eux-mêmes a pu être approché par le biais de la méthode SPIRAL.** Plusieurs verbatims relatifs à l'équilibre physique et à la santé ont été cités par les enfants des classes de CM2 de l'école Anatole France en 2015, de CM1 de l'école Beauvert et de CM1 et CM2 des écoles Jules Ferry, Léon Jouhaux et Jean Racine en 2016 comme facteurs contributifs de leur bien-être et de leur mal-être.

### 3.1 ENVIRONNEMENT PÉRINATAL : DES JALONS POSÉS DÈS LA NAISSANCE POUR UNE BONNE SANTÉ FUTURE

L'OMS retient, dès le stade périnatal, plusieurs indicateurs d'appréciation de la santé et des risques de santé chez les enfants :

- l'âge de la mère au moment de la grossesse et de l'accouchement, les facteurs de risque étant accrus aux âges extrêmes
- l'âge gestationnel de l'enfant à la naissance, la prématurité (< 37 semaines de gestation) étant la principale cause de décès du nouveau-né au cours des quatre premières semaines de sa vie et la 2<sup>nd</sup>e (après la pneumonie) chez les enfants de moins de 5 ans
- le poids du nouveau-né à la naissance, le faible poids (< 2500 grammes), lié ou non à la prématurité, étant facteur de fragilité et demandant une prise en charge pédiatrique particulière et la macrosomie (> 4000 grammes) pouvant générer des complications pour la mère et l'enfant au moment de l'accouchement
- la part d'allaitement maternel dans les 1<sup>ers</sup> mois de l'enfant, reconnu comme ayant des bénéfices importants sur la santé de ce dernier.

**Les données du département de l'Isère sur la santé périnatale des enfants permettent de renseigner ces différents indicateurs et ainsi de faire état, pour la majorité des enfants grenoblois, de « bases » plutôt favorables à une bonne santé future.**

#### Précisions

Ces données sont issues :

- des certificats de santé du 8<sup>ème</sup> jour (CS8) des enfants domiciliés en Isère, nés en 2013. Les taux de retour du CS8 sont de 90,1% en Isère et de 86,6% à Grenoble permettant une analyse fine et fiable des éléments de santé périnataux.
- des certificats de santé du 24ème mois (CS24) dont le faible taux de retour (35% en Isère et 33% à Grenoble) en limite leur portée.

En 2013, Grenoble enregistre 2367 naissances vivantes (soit 15% des naissances domiciliées en Isère). La majorité des indicateurs relatifs à la santé des enfants au stade périnatal positionne favorablement le département de l'Isère comparativement à la moyenne nationale. **Quant aux données grenobloises, elles se distinguent assez peu de la moyenne départementale traduisant ainsi une bonne santé globale des nouveau-nés grenoblois.**

Si la **moyenne d'âge des mères à la naissance** du 1<sup>er</sup> enfant est de 28 ans en Isère et de 30,1 ans quel que soit le rang de naissance de l'enfant comme en France métropolitaine, les parts d'enfants nés de mères de moins de 20 ans ou de plus de 38 ans sont inférieures aux moyennes nationales, respectivement 1,4% et 8,2% contre 2% et 9,9%. **Avec 1,7% et 9,2%, les indicateurs grenoblois sont légèrement moins favorables qu'au niveau départemental tout en restant inférieur au niveau national.** On notera qu'en Isère, seule la couronne sud de la métropole grenobloise présente une part significativement supérieure d'enfants nés de mères jeunes (2,7%). A l'inverse, c'est la couronne nord-est du territoire qui se distingue avec une part plus importante d'enfants nés de mères de plus de 38 ans (12,7%).

De même, **Grenoble présente une part d'enfants nés prématurément proche de celle de l'Isère (6%), cette dernière étant légèrement plus favorable que la moyenne nationale (6,7%).** A noter néanmoins que, depuis 2007, le taux de naissances prématurées est en augmentation en Isère, celle-ci pouvant être expliquée par un meilleur retour des certificats de naissance pour ces enfants mais également par l'augmentation des grossesses multiples.

En 2013, le poids moyen des nouveau-nés isérois est de 3316 grammes pour les garçons et de 3200 grammes pour les filles. 6,4% sont de petits poids (< 2500 grammes) contre 6,8% au niveau national et 6,4% sont de poids supérieur à 4000 grammes contre 7% au niveau national. **Grenoble présente des résultats peu différents de ces moyennes quoi que légèrement supérieur au niveau départemental pour ce qui est des faibles poids (7,1%).**

On soulignera **l'importance de l'allaitement maternel à Grenoble**. Tandis qu'en France, l'allaitement maternel en sortie de maternité concerne 66,7% des nouveau-nés, cette part est de 71,5% en Isère et de 82,3% à Grenoble. A noter que l'allaitement maternel est plus fréquent chez les femmes artisans, cadres ou occupant une profession intermédiaire que chez les ouvrières et employées.

### 3.2 DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ MARQUÉES MAIS DES OPPOSITIONS TERRITORIALES EN ÉVOLUTION

Les travaux d'experts mettent en évidence les inégalités sociales et territoriales de santé qui existent en France. Celles-ci se traduisent notamment par une espérance de vie à la naissance inférieure pour les ouvriers comparativement aux cadres, par une prévalence plus importante de plusieurs pathologies (asthme, diabète, maladies cardiovasculaires, etc.) ainsi que par des taux de recours aux soins et à la prévention inférieurs dans les groupes sociaux et territoires les plus défavorisés (cf. Regards Croisés de l'Obs'Y « Inégalités sociales de santé dans l'agglomération grenobloise », 2015).

Ces inégalités sociales et territoriales de santé se manifestent dès la petite-enfance.

Le service de santé scolaire de la Ville de Grenoble apporte des éléments précieux sur cette problématique au travers des examens dentaires et de santé réalisés chaque année auprès de l'ensemble des enfants scolarisés en grande section de maternelle dans les écoles publiques et privées de Grenoble.

#### Précisions :

Créé en 1924, le service municipal de santé scolaire de la Ville de Grenoble a pour mission de faciliter l'accès à la santé des enfants scolarisés par le biais de dépistages et suivis réalisés au sein des écoles publiques et privées grenobloises. Pour ce faire, le service a une délégation à la fois de l'Éducation nationale et du Conseil Départemental de l'Isère.

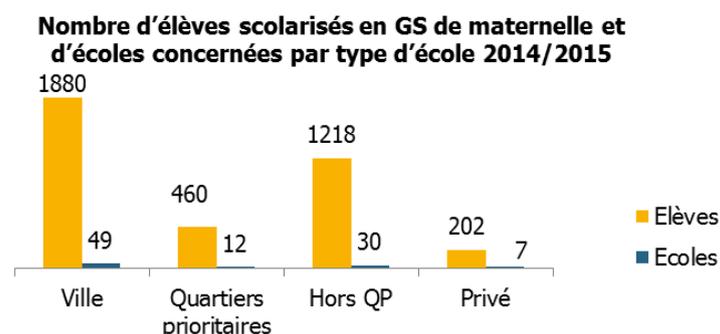
C'est ainsi que plusieurs bilans sont réalisés chaque année au sein des classes des écoles de la Ville de Grenoble tout au long de l'année scolaire. Les bilans sanitaires et dentaires sont effectués de manière obligatoire dans les classes de grande section de maternelle par les médecins scolaires et dentistes.

Sur l'année scolaire 2014/2015, on recense 49 écoles maternelles implantées sur la Ville de Grenoble, soit 1880 élèves de grande section selon le recensement effectué à la rentrée scolaire 2014.

Les écoles des « quartiers prioritaires » accueillent les élèves résidents des quartiers prioritaires au titre du **périmètre scolaire** sans être nécessairement implantées au sein de ces derniers. En 2014/2015, 12 écoles sont concernées, accueillant 460 élèves :

- Secteur 3 : Anatole France, Libération
- Secteur 5 : Grand Châtelet, Jean Racine, Léon Jouhaux
- Secteur 6 : les Buttes, la Fontaine, les Frênes, le Lac, Marie Reynoard, la Rampe, le Verderet

*A noter : L'appellation « quartiers prioritaires » a été volontairement maintenue à la place de celle des « quartiers politiques de la ville » afin de réaliser en toute cohérence des comparaisons entre les années scolaires 2008/2009 et 2014/2015.*



« Les inégalités sociales de santé se cumulent tout au long de la vie : une personne née dans un contexte social défavorisé aura moins de chances d'être en bonne santé et cumulera les risques durant sa trajectoire de vie. » (Regards Croisés de l'Obs'Y, « Les inégalités sociales de santé sur le territoire de l'agglomération grenobloise », 2015)

## Le surpoids, la santé buccodentaire et la prise en charge des troubles visuels, des marqueurs d'inégalités sociales

### Précisions : le bilan de santé dans les classes de grande section de maternelle en 2014/2015

Durant l'année 92% des enfants scolarisés en GS de maternelle à Grenoble ont été examinés dans le cadre du bilan de santé soit 1726 élèves. Ce taux atteint 95% dans les écoles accueillant des enfants résidant en quartiers prioritaires. Les différents indicateurs analysés sont les suivants : les troubles auditifs et visuels, le poids, la couverture vaccinale, le taux de signalés médicaux et la couverture santé. Les troubles du comportement et du langage non pris en charge font également partie des éléments signalés.

#### Définitions

Acuité visuelle : l'acuité évalue la capacité de l'œil à percevoir les détails à longue distance. Lorsque l'enfant possède une acuité visuelle inférieure ou égale à 8/10, alors il est atteint d'un trouble visuel.

Trouble auditif : l'enfant est diagnostiqué avec un trouble auditif lorsqu'il n'entend pas à 35 décibels (dB) ou plus pour au moins une fréquence passée à l'audiomètre.

Surpoids dont obésité : l'Indice de Masse Corporel (IMC), correspondant au rapport poids/taille, permet de définir le seuil de surpoids chez l'enfant. Le surpoids correspond donc à un IMC supérieur à la courbe du 97<sup>ème</sup> percentile.

Parmi les 1726 enfants examinés durant l'année scolaire 2014-2015, 201 élèves sont porteurs de lunettes (soit 12%, taux similaire à l'année scolaire 2008/2009).

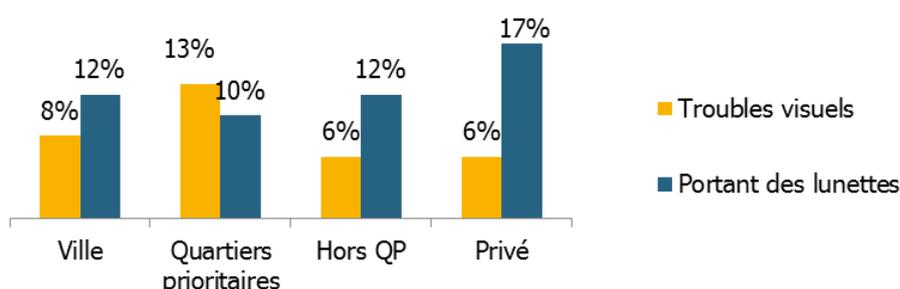
**139 élèves sont, quant à eux, recensés avec un trouble visuel non traité, soit 8% des enfants de grande section de maternelle.** L'évolution est peu significative entre les deux périodes étudiées (7% en 2008/2009).

La part d'élèves ayant des troubles visuels non pris en charge parmi l'ensemble de l'effectif examiné est particulièrement élevée dans les écoles du secteur 6 (16%), tout comme en 2008/2009 (17%) contre 3% dans le secteur 1.

Aussi, la majorité des enfants concernés sont scolarisés dans les écoles situées en **quartiers prioritaires : 50% des enfants ayant cette problématique tandis que les enfants scolarisés au sein des écoles situées dans ces quartiers représentent 33% de l'effectif total** des élèves de grande section. **La part des troubles visuels non pris en charge est deux fois plus élevée chez les enfants des écoles en quartiers prioritaires : 13% contre 6% en école hors quartiers prioritaires et en écoles privées.**

A titre d'exemple, ce taux atteint 31% pour l'école des Frênes (8 élèves pour un effectif de classe de 26) en 2014/2015 comme en 2008/2009.

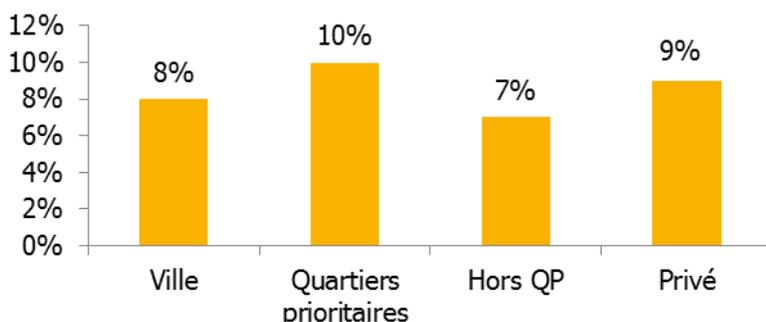
Part des élèves de GS de maternelle avec trouble visuel ou portant des lunettes par type d'école 2014/2015



**135 enfants scolarisés en grande section de maternelle sont diagnostiqués en surpoids (dont obésité) lors du bilan de santé, soit, comme pour les troubles visuels non traités, 8% de l'effectif total** (contre 7% en 2008/2009). Parmi ces enfants, on compte 52 enfants en situation d'obésité soit 3% de l'ensemble des enfants examinés.

Au sein des classes de grande section de maternelle situées en quartiers prioritaires, **10% des enfants examinés ont été diagnostiqués en situation de surpoids** (48 enfants dont 19 en situation d'obésité), **soit un taux supérieur à celui constaté pour les écoles hors quartiers prioritaires (7%)** mais en revanche proche de celui observé en écoles privées (9%).

**Taux d'enfants en surpoids dont obésité en GS de maternelle par type d'école**



Source : Service santé scolaire, DSPE, Ville de Grenoble

#### **Précisions : le dépistage dentaire dans les classes de grande section de maternelle en 2014/2015**

Le dépistage dentaire a été effectué au sein de 46 écoles maternelles soit 1 784 enfants concernés. On compte parmi eux 1605 élèves qui ont été examinés soit 85% de l'effectif total des enfants scolarisés en grande section en 2014/2015 (1 880 élèves recensés à la rentrée scolaire 2014). A noter que cette part est de plus de 92% dans les écoles des quartiers prioritaires s'expliquant par la priorisation donnée à ces écoles dans le cadre des politiques publiques de prévention sanitaire.

#### **Définition**

L'indice CAO permet de mesurer le niveau d'atteinte carieuse d'une population donnée. Il s'agit de la moyenne qui résulte du nombre de dents cariées, absentes pour cause de carie et obturées définitivement, divisé par le nombre de personnes examinées.

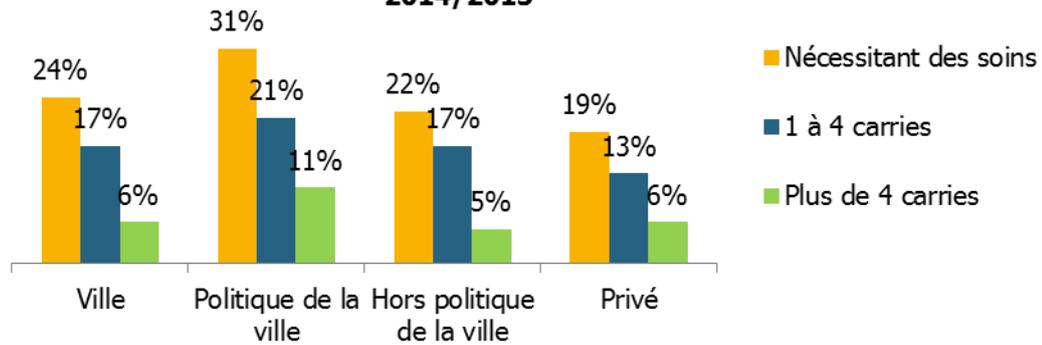
La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique indiquait dans ses objectifs que l'indice CAO devait atteindre 1,2 en 2008 pour les enfants âgés de 6 ans.

**En 2014/2015, 380 enfants scolarisés en grande section de maternelle nécessitent des soins dentaires, soit 24% de l'effectif total des enfants examinés. Parmi ces enfants non soignés, 276 ont 1 à 4 caries (soit 17% de l'ensemble des enfants examinés) et 104 élèves ont plus de 4 caries (soit 6%).**

La part d'enfants examinés non soignés diffère significativement entre les secteurs. Elle est en effet de 18% dans les secteurs 1 et 2 contre plus de 30% au sein du secteur 6 (79 enfants nécessitent des soins dans ce secteur). A noter que les écoles ayant la plus grande part d'enfants examinés nécessitant des soins dentaires sont Alphonse Daudet (secteur 4) et Gérard Philippe (secteur 5) avec respectivement 54% et 50% d'élèves concernés.

**Ainsi, la part d'élèves nécessitant des soins dentaires en quartiers prioritaires est de 31% (soit 125 enfants) contre 22% en école hors quartiers prioritaires et 19% dans les écoles privées.** De même, la part d'enfants examinés nécessitant des soins pour **1 à 4 caries atteint 21% en quartiers prioritaires** contre 17% en école située hors de ces zones, et 13% en écoles privées. La part d'enfants nécessitant des soins pour **plus de 4 caries s'élève à 11% pour les écoles des quartiers prioritaires** contre 5% en école hors quartiers prioritaires et 6% au sein des écoles privées.

**Part des élèves examinés  
nécessitant des soins dentaires  
2014/2015**

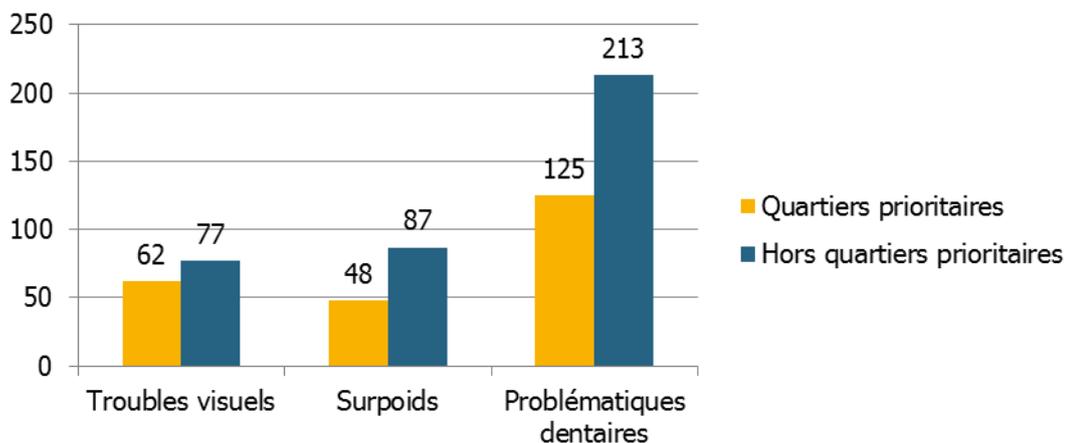


**De la même façon, l'indice CAO est de 1,06 en moyenne à Grenoble au sein des classes de grandes sections de maternelle.**

**Cet indice est en moyenne de 0,84 au sein des écoles situées hors quartiers prioritaires et de 0,67 au sein des écoles privées (soit un niveau « très bas ») contre 1,58 dans les écoles qui accueillent les enfants résidant en quartiers prioritaires (soit un niveau « bas »).** Ainsi, le dépistage dentaire 2014/2015 recense 502 caries en écoles situées en quartiers prioritaires contre 435 en écoles hors quartiers prioritaires alors que le nombre d'enfants dans ces écoles est nettement supérieur.

**A noter toutefois qu'au vu des effectifs scolarisés dans chaque type d'école, le nombre d'enfants concerné par chaque problématique est largement supérieur dans les écoles hors quartiers prioritaires. Ainsi les besoins sont très diffus sur l'ensemble du territoire bien que plus concentrés dans les écoles prioritaires.**

**Effectifs par trouble et type d'école en 2014/2015**



*Source : Service santé scolaire, DSPE, Ville de Grenoble*

Enfin, on ajoutera que les cumuls de difficultés sont plus fréquents chez les élèves des écoles situées en quartiers prioritaires. Suite à la réalisation du bilan de santé, les médecins scolaires ont effectué 728 signalements pour 577 enfants. Un enfant peut donc faire l'objet de plusieurs signalements. On observe que l'écart est le plus important dans le secteur 6 avec 160 enfants signalés pour 224 signalements (soit 1,4 signalement par enfant) contre 82 enfants signalés pour 91 signalements dans le secteur 2 (soit 1,1 signalement par enfant), peu d'enfants ayant plusieurs troubles faisant l'objet d'un signalement.

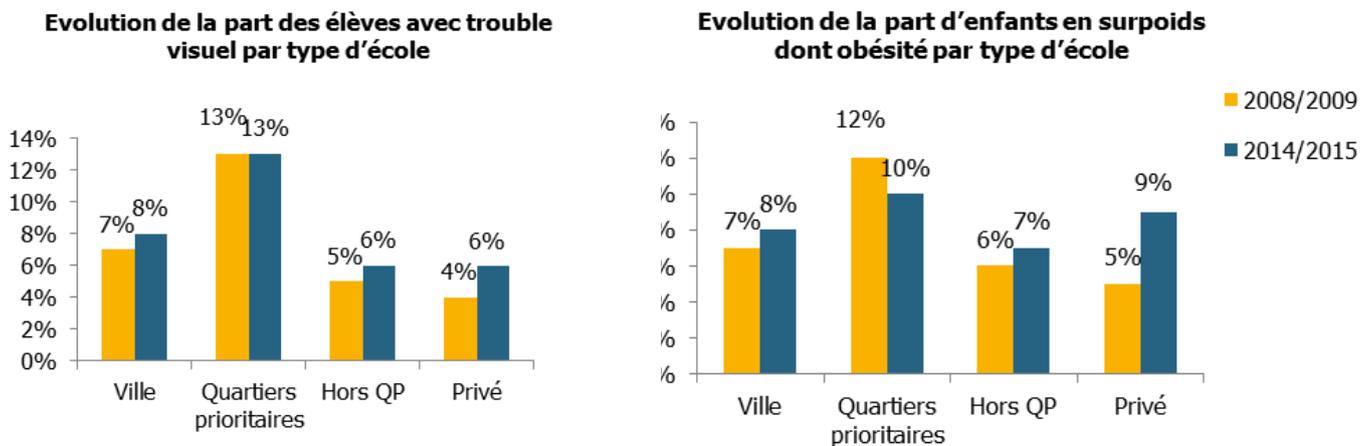
**Un rattrapage des quartiers prioritaires ou une dégradation des indicateurs sur le reste du territoire ?**

**Les évolutions observées sur les trois indicateurs précédents mettent en évidence un rapprochement entre les taux observés dans les écoles accueillant les enfants des quartiers prioritaires et ceux des autres écoles.**

**Toutefois, ce rapprochement s'explique moins par la diminution des taux observés dans les quartiers prioritaires (quoi que réelle pour ce qui est des problèmes de surpoids) que par une augmentation plus marquée des problématiques dans les écoles hors quartiers prioritaires.**

En effet, en ce qui concerne les troubles visuels non pris en charge, la part des enfants concernés augmente légèrement dans les écoles hors quartiers prioritaires ainsi que dans les écoles privées, tandis que celle des écoles des quartiers prioritaires enregistre une stagnation.

La différence est plus remarquable pour la problématique du surpoids. Les écoles des quartiers prioritaires enregistrent une diminution de la prévalence des enfants en situation de surpoids (de 12% en 2008/2009 à 10% en 2014/2015) alors que le taux passe de 6% à 7% dans les écoles hors quartiers prioritaires et surtout de 5% à 9% dans les écoles privées. A l'échelle des secteurs, les secteurs 5 et 6 enregistrent une diminution de la part d'enfants en surpoids, en passant respectivement de 12% en 2008/2009 à 7% en 2014/2015 et de 11% à 10%.

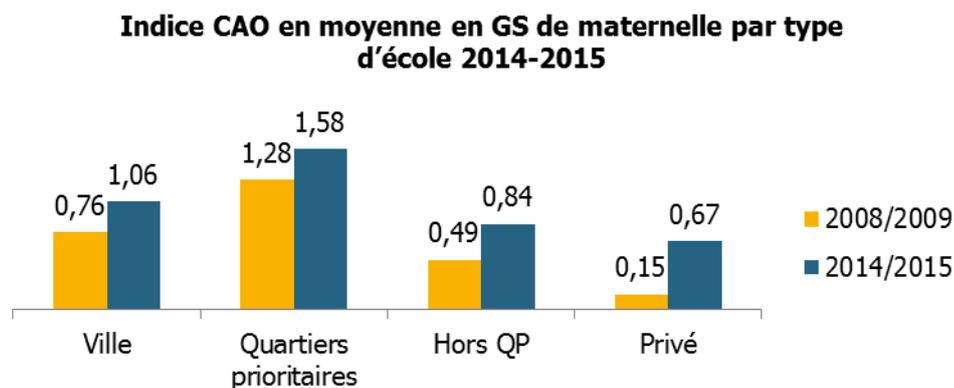


Source : Service santé scolaire, DSPE, Ville de Grenoble

**Enfin, on constate globalement une dégradation de la santé dentaire des enfants.**

La part des élèves indemnes de carie s'élève à 71% en 2014/2015 tandis qu'il était de 77% en 2008/2009. L'indice CAO passe quant à lui de 0,76 à 1,06.

En 2008/2009, l'indice était de 1,28 pour les écoles situées en quartiers prioritaires soit une légère hausse observée mais il était de 0,49 pour les écoles hors quartiers prioritaires et de 0,15 pour les écoles privées, soit des hausses plus significatives traduisant une dégradation de la santé dentaire dans toutes les écoles. A noter que l'indice le plus élevé enregistré par l'école Porte Saint Laurent, située hors quartier prioritaire, avec 4,1.



Source : Service santé scolaire, DSPE, Ville de Grenoble

Deux éléments peuvent apporter une explication à la dégradation des indicateurs de santé bucco-dentaire dans les écoles hors quartiers prioritaires et les écoles privées :

- des programmes et actions de prévention et d'accompagnement individuels ou collectifs qui ont des effets positifs dans les quartiers prioritaires (ateliers santé ville, centre de santé de l'AGECSA, Protection Maternelle et Infantile, service santé scolaire dans le cadre du projet transversal « action de prévention bucco-dentaire et nutrition » financé par l'ARS, etc.)
- une pauvreté diffuse et en augmentation sur les autres territoires et moins d'actions ciblées à l'origine des dégradations observées

### **Le point de vue des acteurs : des problématiques d'hygiène de vie, de pratiques alimentaires et plus globalement de place de la santé dans un contexte social, familial et économique instable.**

La majorité des acteurs rencontrés soulignent en premier lieu **la bonne santé globale des enfants ainsi qu'un suivi régulier dont témoignent les carnets de santé.**

Toutefois, ils soulignent plusieurs éléments qui peuvent marquer la santé dès le plus jeune âge.

*A noter que les acteurs rencontrés sont en contact régulier avec des enfants qui présentent une ou plusieurs problématiques sociales, économiques, familiales et/ou de santé ce qui contribue au caractère relativement négatif de l'analyse. Il s'agit de mettre en évidence les besoins des personnes et familles qui rencontrent des difficultés mais évidemment pas de laisser penser que l'ensemble des enfants grenoblois sont concernés par ces dernières.*

### **Dès le stade prénatal, les enfants sont exposés aux conditions de vie de la mère notamment.**

Aussi, une prématurité plus fréquente est constatée dans les milieux très précaires, expliquée par des comportements à risque mais surtout par les conditions de vie (marche excessive, pas de logement stable, manque de confort, etc.).

Les conditions de vie dégradées ont également des répercussions après l'arrivée de l'enfant. Sont évoqués, notamment pour les enfants migrants, vivant en squat et habitat précaire, les épidémies liées au manque d'hygiène (gale, hépatite A, etc.) ainsi qu'un déficit de suivi préventif (plus faible couverture vaccinale par exemple) et médical.

### **Au-delà des facteurs liés à la grande précarité, les acteurs soulignent les pratiques alimentaires, celles-ci jouant un rôle central dans les problématiques de surpoids et de santé bucco-dentaire des enfants.**

Les enfants des milieux défavorisés sont davantage concernés par une santé dentaire dégradée. Globalement, ils font le constat d'une **faible prise en compte des questions relatives à la santé bucco-dentaire et d'une méconnaissance des impacts** à court et moyen termes que peut avoir une **mauvaise hygiène dentaire**. Si le manque d'hygiène dentaire est fréquent (pas de brossage de dents régulier), le « **syndrome du biberon** » (biberon sucré ou non sucré laissé en continu aux enfants) et/ou de la « **tétine sucrée** » (sucette remplie d'aliment sucré) est également relativement courant et à l'origine de nombreuses caries, pouvant toucher des dents encore non sorties. Les cas d'état bucco-dentaire considérés comme très dégradés, nécessitant des soins urgents voire une opération, ne sont pas rares notamment dans certaines populations de migrants. Pour ces situations, la problématique est complexifiée par le **peu de chirurgiens-dentistes qui acceptent de prendre en charge les enfants, public qui demande des compétences particulières ainsi qu'un temps plus important que le public adulte.**

En ce qui concerne le surpoids, **les habitudes alimentaires sont également en cause** : surconsommation de protéines, de féculents, de sucreries et boissons sucrées et de produits gras caractérisent les comportements alimentaires dans les milieux défavorisés. **La faiblesse des ressources génère des consommations alimentaires de basse qualité souvent pauvres en ingrédients favorables à la santé mais attractifs sur le plan gustatif** car enrichis en protéines, gras et sucres. Ces pratiques se couplent à une sédentarité excessive.

Or, il ressort que les messages sur la diététique adaptée à la santé restent peu audibles pour certains publics et ce pour trois types de raison :

- des **problématiques économiques et sociales** qui prennent une place très importante au détriment des questions de prévention et de santé
- une **perception de la bonne santé qui diffère selon les cultures**. Aussi, le surpoids peut constituer un signe de bonne santé ainsi qu'un signe extérieur de bonne position sociale et de richesse plutôt qu'une problématique préoccupante pour les parents et la famille.
- une **perte des repères culturels et identitaires** et le souhait de vouloir correspondre à une vision du modèle occidental fondée sur un idéal de consommation de produits « prêts à manger ».

Les questions de nutrition des enfants sont donc investies par plusieurs acteurs :

- le réseau Reppop qui propose des suivis et accompagnements spécialisés ainsi que des groupes nutrition/activité physique pour les 0-6 ans,
- les centres de santé de l'AGECSA, les lieux accueil enfants parents et les Maisons des Habitants qui ont mis en place des ateliers petits pots qui enregistrent une forte participation et un réel investissement des familles mais qui peinent à toucher les familles les plus concernées
- le service de santé scolaire investi dans le cadre du projet transversal précité ainsi qu'au cas par cas via les professionnels médicaux et paramédicaux en lien avec l'Atelier santé ville par exemple
- plus globalement l'ensemble des acteurs médico-sociaux en lien avec les enfants qui portent une attention particulière à cette thématique.

**A ces éléments s'ajoute un phénomène dont le constat est largement partagé par les acteurs : la diminution des transmissions intergénérationnelles.** Les publics en situation de précarité mais plus largement l'ensemble de la société connaît une modification importante des contours de la cellule familiale.

Ainsi, les monoparents (dont le nombre progresse) mais également les jeunes parents, font, pour certains, face à **un grand isolement familial, social, relationnel** et n'ont pas toujours été en mesure d'intégrer les notions de base en matière de prévention santé (soleil, alimentation, etc.) ou de prise en charge du quotidien sanitaire (pharmacie de base, désinfection d'une blessure superficielle, réaction face à la fièvre d'un enfant, etc.). Les générations actuelles de parents font face à un déficit en termes de conseils et apprentissages de base et ne sont pas toujours en mesure de s'appuyer sur une cellule familiale stable et de proximité pour gérer le quotidien.

Aussi, les conséquences sont doubles : **moins prévention et comportements non appropriés au regard des messages de prévention de base d'une part, stress, manque de confiance, sur-sollicitation des professionnels de santé et des urgences, d'autre part.**

**Plusieurs acteurs soulignent, ainsi, le besoin de développer l'éducation à la santé dans cette direction.**

Enfin, est pointé **le déficit persistant d'articulation entre les champs médical et social** alors que les problématiques de santé chez les enfants sont largement impactées par les questions sociales et méritent une approche globale des situations, tenant compte de l'enfant et plus largement de sa famille. La question médicale reste souvent privilégiée alors que les problématiques ont souvent une origine sociale.

*« Il faudrait envisager l'enfant dans son construit social. » (Dr. G)*

## Des préoccupations de santé chez les enfants ?

Observation à partir des propos recueillis dans le cadre de la démarche SPIRAL déployée dans le quartier Mistral, le secteur 4 et le secteur 5

Parmi les 450 verbatims recueillis relatifs au bien-être et au mal-être chez les enfants de CM1 et CM2 ayant participé à la démarche, une quarantaine porte sur les questions de santé et de prévention. Ainsi, la santé est la troisième catégorie la plus citée par les enfants sur l'ensemble des trois territoires après les relations amicales et familiales et les questions relatives aux loisirs, au sport et à la culture (plus de 70 expressions recueillies).

Si l'exposition aux problématiques de santé les touchant directement peut être supposée encore rare, celle d'un membre de leur famille ou d'un proche semble plus fréquente.

On peut noter une différence nette entre les termes les plus cités pour caractériser le bien-être qui concernent 4 registres principaux : « dormir, se reposer », « soigner, médecin, médicaments », « marcher, sport, musculation » ou encore « hygiène, propreté » et ceux utilisés pour qualifier le mal-être : « cigarette, fumer, drogue, cannabis », « grossir », « maladies, cancer ».

On note que les propos relatifs à l'hygiène de vie et aux comportements sont très présents que ce soit sur le volet bien-être ou sur celui du mal-être : le repos semble être un élément important et déterminant du bien-être pour les enfants tandis que les addictions sont particulièrement citées comme contributives du mal-être.



### 3.3 DES QUESTIONS DE SANTÉ À FORTS ENJEUX QUI DEMANDENT UN INVESTISSEMENT MARQUÉ DES ACTEURS SUR LE TERRITOIRE GRENOBLOIS

Outre la réduction des inégalités de santé, on note un consensus fort chez les professionnels du territoire grenoblois autour de deux enjeux majeurs :

- **les questions d'éducation et de parentalité** comme déterminants de la santé des enfants
- **la coordination et le partenariat indispensables que demande la gestion des situations complexes** (cumul de problématiques économiques, sociales et familiales, handicap, protection de l'enfance, etc.).

De la même façon que précédemment, les acteurs rencontrés sont en contact régulier avec des enfants qui présentent une ou plusieurs problématiques sociales, économiques, familiales et/ou de santé ce qui contribue au caractère relativement négatif de l'analyse. Il s'agit de mettre en évidence les besoins des personnes et familles qui rencontrent des difficultés mais évidemment pas de laisser penser que l'ensemble des enfants grenoblois sont concernés par ces dernières.

## **Éducation et parentalité, des enjeux croissants pour la santé des enfants**

La Convention internationale sur les droits de l'enfant (Cide), adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies et ratifiée par la France en 1989 porte l'idée que le soutien à la fonction parentale est le premier levier d'action pour satisfaire l'intérêt de l'enfant. Elle souligne que les parents sont responsables du développement de l'enfant et que les autorités publiques ne doivent pas se limiter à la garantie des droits de l'enfant mais au-delà, de mettre en œuvre les conditions et formes de soutien dont les parents ont besoin pour élever leurs enfants.

La construction physique et psychique de l'enfant qui s'opère dès le stade prénatal puis tout au long des périodes de petite-enfance et d'enfance est déterminante pour le bien-être futur.

Or, celle-ci est **pleinement dépendante des interactions de l'enfant avec son environnement social et familial.**

**Les inquiétudes des acteurs rencontrés portent sur les évolutions fortes que connaissent les cellules familiales :**

- augmentation de la monoparentalité
- isolement du ou des parents
- instabilité du quotidien
- déracinement et pertes de repères culturels et identitaires, des familles qui arrivent sans aucun lien sur le territoire, ni accompagnement par la communauté

Ces éléments sont à relier aux évolutions économiques, sociales mais également sociologiques et familiales. Plusieurs professionnels se rejoignent pour dire que **la posture de parent s'est complexifiée au fil du temps et que la gestion des priorités s'est modifiée, et ce dans tous les milieux sociaux.**

Dans les milieux précarisés, le cadre d'emploi s'est étiolé et les familles ont pour certaines un rythme décalé à l'origine d'un manque de cadre pour les enfants et de difficultés à s'inscrire dans la continuité (accueil du jeune enfant, activités et loisirs et même scolarité). Les problématiques sociales complexes laissent peu de place au temps éducatif avec les enfants, au jeu, au partage et le temps passé devant les écrans, dont on connaît les effets négatifs sur les enfants et leur développement, est important.

Le manque de connaissance sur les besoins de l'enfant génère également certaines méprises telles que des échanges langagiers peu nombreux voire absents avec les bébés pensant qu'ils ne sont pas en capacité de comprendre.

A ces éléments s'ajoutent, chez les familles étrangères, le manque de repères et de codes, la faible maîtrise de la langue ainsi qu'une dévalorisation de la culture et de la langue d'origine qui ne favorisent pas la construction équilibrée de l'enfant.

Enfin, sont soulignés les phénomènes de dépression non prise en charge de certaines mères qui constituent également une problématique marquée dont les répercussions sont importantes et rapides sur les enfants.

Dans les milieux plus aisés, les absences des parents pour raisons professionnelles sont régulières et parfois prolongées, les compensations matérielles courantes et l'hyper-anxiété particulièrement forte, pouvant, là aussi, mener à la dépression. La place que prend le regard de l'autre et de la société sur les choix éducatifs est à l'origine d'une pression importante que les parents s'imposent.

Les professionnels de terrain identifient plusieurs conséquences : manque de cadre posé aux enfants pour certains et conceptualisation excessive de la relation parent/enfant et manque de spontanéité de la part des parents pour d'autres. Par ailleurs, certaines tendances liées aux modes de vie interrogent les professionnels de santé : alimentation sans protéines, refus de vaccination, etc.

**Dans les deux situations, les professionnels font le constat d'un manque de disponibilité psychologique des parents, d'un manque de confiance en eux et d'une prise de conscience encore trop souvent tardive des difficultés de l'enfant.** Le manque de confiance dans les institutions semble également croissant et ce dans tous les milieux, induisant une moindre coopération voire une posture défensive et donc des réticences de la part des familles à entrer dans un réseau d'aide et d'accompagnement et d'une difficulté à créer l'alliance thérapeutique nécessaire.

Les conséquences supposées sur les enfants sont les troubles dans les relations parents/enfants, les troubles du comportement et de la relation avec les autres enfants, les difficultés de concentration et les retards de langage.

A ce titre on soulignera la mise en œuvre par le service de santé scolaire d'une action « langage » financée par l'ARS. Les dépistages langage sont systématisés et tous les enfants repérés comme ayant des difficultés sont orientés soit pour une évaluation auprès de l'orthophoniste du service soit directement vers des professionnels libéraux ou l'AGECSA. Des actions collectives auprès des parents sont menées par l'orthophoniste afin de répondre aux questions concernant par exemple le bilinguisme dans les familles. Le langage est également une préoccupation centrale des équipes pluridisciplinaires des Etablissements d'accueil du jeune enfant.

**Ces difficultés conduisent à une médicalisation marquée et croissante de troubles à dimension socioéducative forte.** Le cumul de troubles d'ordre scolaire et comportemental amène à organiser une prise en charge médicale et/ou psychiatrique tandis que l'origine est autre, relevant souvent de la dimension éducative. La médicalisation est excessive et les professionnels médicaux parfois démunis face à ces problématiques.

**Toutes les personnes rencontrées s'accordent sur un besoin important d'investissement sur le volet éducatif et l'accompagnement des familles démarrant par une réflexion partagée et la construction d'un discours commun sur ce qu'est l'éducation. La guidance des familles apparait prioritaire pour un accompagnement éducatif, social et médical global et cohérent face aux besoins. Dans ce contexte la valorisation du parent, tenant compte de ses repères culturels, est importante pour déclencher des comportements favorables au développement de l'enfant.**

### **Une indispensable coordination pour la prise en charge des problématiques complexes**

La complexité d'une situation est une notion aux contours flous qui fait l'objet de réflexions régulières chez les professionnels. **Nécessité d'intervention de plusieurs acteurs, cumul de problématiques médicales et sociales, troubles qui mettent en échec la vie en collectif ou encore handicaps ou maladies chroniques avérés, sont des raisons qui motivent une attention particulière des professionnels, la mise en place d'accueils, accompagnements et prises en charge spécifiques et demandent un effort de coordination.**

**Le premier enjeu est celui du repérage des situations complexes dans un objectif de prise en charge le plus précocement possible.**

Or, l'identification de troubles se fait souvent tôt dans les structures d'accueil du jeune enfant ou à l'école à partir de faisceaux d'indices qui se manifestent dans le collectif : troubles de la relation, retards de développement et de langage, comportements inappropriés, retrait et repli, etc. Toutefois, selon les acteurs rencontrés, les relais adaptés ne sont pas toujours mobilisés ou mobilisables pour donner suite rapidement aux repérages effectués alors que l'étape du passage de relai est primordiale.

*« L'école est le lieu par excellence pour le repérage. L'éducation à la santé doit logiquement s'appuyer sur l'école et les efforts doivent donc être articulés autour de cet acteur. »*

## **z00m sur l'accueil dans les structures « petite-enfance » du CCAS des enfants nécessitant un accueil spécifique**

**En 2015, 27 Etablissements d'Accueil du Jeune Enfant sur les 28 ont accueilli 159 enfants en situation de handicap, soit près de 6 enfants par structure. Ces accueils enregistrent une forte augmentation, passant de 68 en 2008 à 159 en 2015, soit 133% d'augmentation.**

Les professionnels de la Direction action sociale petite-enfance distinguent :

- les enfants dont **le handicap ou la pathologie est avérée** (48 enfants, soit 30%), pour la plupart des enfants avec déficience motrice et/ou troubles du développement psychique. Pour la majorité de ces enfants (26 enfants) le diagnostic et / ou le suivi étaient antérieurs à l'entrée en EAJE mais pour 17 d'entre eux un suivi a été mis en place en cours d'accueil.
- les enfants qui présentent **une problématique identifiée avec ou sans diagnostic, caractérisée par des difficultés sociales et / ou psychologiques nécessitant un accompagnement spécifique**. Ces situations concernent 111 enfants en 2015 et se caractérisent le plus souvent par des troubles du comportement sévères (92 enfants), souvent accompagnés d'un retard de langage (pour 52 d'entre eux), ou d'un retard global de développement, des troubles relationnels importants et pour 7 d'entre eux des troubles alimentaires pathologiques. Le rôle des structures et équipes du CCAS est majeur dans la mesure où ces enfants entrent dans les structures sans diagnostic établi ou repérage de leurs difficultés. Aussi, pour 28 d'entre eux (soit 25%), le diagnostic des difficultés ou de la pathologie a été fait à l'entrée en EAJE et pour 71 d'entre eux (soit 64%), le diagnostic a été fait en cours d'accueil. Dans la majorité des cas, ils ont pu bénéficier de la mise en place d'un suivi extérieur. Pour 12 d'entre eux (soit 10%) aucune possibilité de diagnostic et/ou de suivi n'a pu être trouvée.

Pour ces enfants, la demande d'entrée en EAJE émane le plus souvent des parents. Mais les prescripteurs sont variés ; les services sociaux du Département, les CMP et les CAMSP, les associations en lien avec la précarité ou encore les professionnels libéraux orientent également des enfants pour lesquels un accueil notamment collectif est jugé pertinent.

Pour 37 enfants (soit 23% des enfants concernés), **un renfort en personnel** a été indispensable soit de façon partielle sur les moments forts de la journée, soit sur l'intégralité de leur présence dans l'EAJE et 30% des prises en charge des enfants ont fait l'objet d'un **Plan d'Accueil Individualisé**.

Globalement, ces accueils ont entraîné **une répercussion sur l'organisation des activités pédagogiques pour les autres enfants de l'EAJE ainsi que la mise en place d'activités spécifiques pour les enfants concernés**.

De plus, des démarches spécifiques ont été engagées : recherche de la collaboration avec les familles, collaboration étroite entre les équipes des EAJE et l'équipe médico-psychologique de la Direction, développement du travail en partenariat pour favoriser la mise en place ou la continuité des prises en charge : (CMP, CAMPS, ASTRIADE, hôpital, professionnels libéraux), travail avec les écoles maternelles de proximité et le service de santé scolaire, participation au montage de dossiers de demandes d'aides financières ou humaines auprès de la Maison Départementale de l'Autonomie ou encore une mise en lien avec les services PMI et ASE du Département. **L'ensemble de ces actions témoignent de l'importance du travail en réseau et de la coordination des acteurs pour la prise en charge de ces situations complexes.**

Deuxièmement, **les professionnels qu'ils soient éducatifs ou médicaux se heurtent à une problématique de déni de la part des parents, imposant un accompagnement de ces derniers et générant des délais de prise en charge parfois très/trop importants.** A ce temps d'acceptation peuvent s'ajouter les freins et barrières liés à l'inadaptation culturelle du modèle du système médico-social et sanitaire français au regard des habitudes et principes culturels de certaines communautés (ex : modèle de consultation bilatérale avec l'enfant sans présence du parent). La problématique de la langue constitue également un frein dans l'accompagnement des situations complexes.

En troisième lieu, **les clivages entre professionnels et champs d'action persistent à plusieurs niveaux et impactent négativement les prises en charge :**

- comme cité précédemment, entre médical et social
- mais également, entre acteurs et organisations « petite-enfance » et « enfance »
- et enfin, entre « secteur spécialisé handicap » et « ressources de santé ordinaires ». Malgré un partenariat de plus en plus développé, des marges de progrès existent pour réduire les délais par un recours plus aisé aux professionnels libéraux, améliorer la fluidité des parcours et positionner le secteur spécialisé comme une ressource pour le système de santé. A titre d'exemple, les structures CAMSP sont encore méconnues et leurs objectifs mal compris pour les familles les plus éloignées des systèmes de prise en charge, nécessitant un travail collaboratif entre structures positif pour les usagers.

Enfin, les acteurs soulignent **une complexification des prises en charge qui donne l'impression d'un alourdissement des problématiques :**

- une prise en compte plus importante de la famille dans l'accompagnement avec des évolutions fortes de ses attentes : davantage de proximité, davantage de spécialisation des prises en charge et davantage d'inclusion scolaire et sociale notamment
- des partenaires de plus en plus nombreux
- des problématiques sociales qui augmentent et percutent les problématiques de santé et les prises en charge. Face au handicap, les enfants vivant dans les familles précarisées connaissent une double peine : handicap et problématiques sociales qui impactent le suivi et la régularité de prise en charge.

**Face à ces éléments, le recensement de l'offre de santé dédiée aux enfants sur le territoire grenoblois apparaît relativement riche et diversifiée favorisant l'articulation entre démarches médicales et éducatives.** Territoire urbain, il bénéficie à la fois d'une diversité d'acteurs investis et de plusieurs coordinations efficaces. On soulignera, à titre d'exemple, le travail important réalisé par le réseau Naître et devenir sur la prise en charge et le suivi des enfants prématurés ayant permis de construire un réseau d'acteurs formés dont la quasi-totalité des pédiatres installés sur la commune font pleinement partie, ou encore l'action médico-sociale du service santé scolaire pour lequel la transversalité entre médical et social est une priorité.

**Toutefois, l'accès et le recours peuvent être limités par des barrières financières d'une part et par le manque de disponibilité des ressources, d'autre part.**

A l'instar de ce qui s'observe en population générale, le non-recours à la complémentaire santé ainsi que l'existence de dépassements d'honoraires génèrent des restes à charge qui limitent le recours à certaines prises en charge. Plus spécifiquement chez les enfants, **les suivis psychologiques et psychomoteurs, non remboursés par la couverture de base, constituent une problématique forte pour les familles précaires.**

Du côté de la disponibilité de l'offre, des difficultés sont identifiées sur des prises en charge particulières. On notera notamment **les difficultés d'accès aux soins dentaires pour les enfants de moins de 6 ans pour lesquels les prises en charge sont complexes ainsi que les délais et les difficultés de prise en charge psychiatrique.**

Enfin, les difficultés de recrutement internes aux structures (CCAS, PMI, CMP, etc.) limitent également les repérages précoces et les suivis réguliers. **Le manque de médecins est une difficulté commune qui s'accroît et constitue une vraie problématique pour les équipes.**

**Ainsi, dans ce contexte globalement favorable, les difficultés d'accès aux ressources de santé tendent à s'accroître et génèrent des inquiétudes pour demain.**



# CONCLUSION

De manière générale, l'ABS offre une lecture dynamique des caractéristiques démographiques, sociales et économiques des Grenoblois.

L'entrée par problématique et public de l'action sociale de cette production 2016 apporte des éléments précis sur le visage social grenoblois, son positionnement par rapport à d'autres villes de même taille, les disparités territoriales au sein de la Ville et soulève plusieurs enjeux propres à chaque secteur. Elle met ainsi en évidence l'intérêt de produire de la connaissance à différentes échelles et notamment, à l'échelle infra-communale.

Cette ABS apporte des éclairages sur les réalités sociales, familiales et économiques des territoires et permet de compléter les analyses plus globalisantes produites à l'échelle intercommunale notamment par l'ObsY.

Par ailleurs, elle apporte des données clés sur les publics de l'action sociale et donc les publics « cible » du CCAS et peut donc constituer un outil important pour les élus, membres du Conseil d'Administration ainsi que les Directions et services opérationnels.

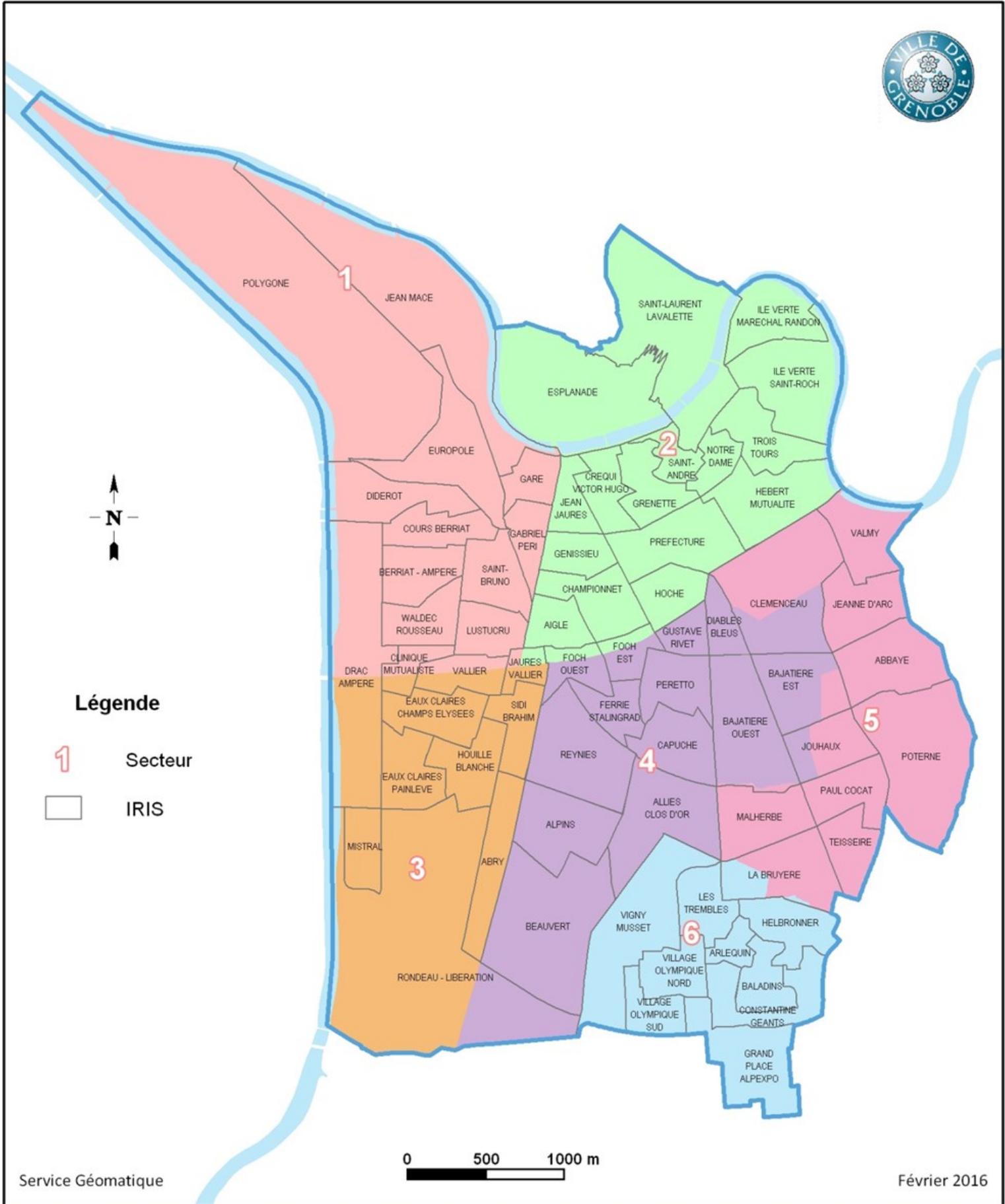
Enfin, elle se termine par une partie couplant approches statistique et qualitative, relative à la santé des enfants grenoblois. Elle s'inscrit dans une volonté d'affirmation du caractère transversal et multidimensionnel (précarité, éducation, prévention, parentalité, etc. ) des questions de santé ainsi que dans une vision de long terme positionnant la santé comme un facteur de bien-être des Grenoblois.

L'auteur de cette ABS, le service Observation Sociale et Territoriale CCAS et Ville de Grenoble, vous invite à diffuser largement le document, à réagir et à le solliciter pour d'éventuels présentations et échanges : [celia.guilbot@ccas-grenoble.fr](mailto:celia.guilbot@ccas-grenoble.fr).

# ANNEXES



# ANNEXE 1 : Carte des IRIS et secteurs de Grenoble



## ANNEXE 2 : Remerciements

L'ABS est menée dans un cadre partenarial et résulte d'une réflexion collective réunissant de nombreux contributeurs pour leurs données et leurs apports qualitatifs.

Nos sincères remerciements vont au/à :

<b>Directions et services de la Ville et du CCAS</b>	<b>Partenaires locaux</b>
<p>Comité de direction du CCAS de Grenoble</p> <p>Direction de l'Intervention et de l'Observation Sociale</p> <p>Direction de l'Action Sociale Petite Enfance</p> <p>Direction de la Santé Publique et Environnementale, notamment son service de santé scolaire</p> <p>Direction de l'Action Sociale Territorialisée</p> <p>Direction Éducation Jeunesse</p>	<p>AURG</p> <p>CAF de l'Isère</p> <p>Conseil Départemental de l'Isère</p> <p>Grenoble Alpes Métropole</p> <p>Union Départementale des CCAS</p> <p>AGECSA</p> <p>Réseau Anais</p> <p>Réseau REPPPOP</p> <p>Réseau Naître et Devenir</p> <p>CMP enfants Ferrié</p> <p>CAMSP de l'APF</p> <p>CAMSP de l'ARIST</p> <p>Charmeyran</p> <p>La Marelle</p> <p>Roms Action</p> <p><i>Ainsi qu'au travers des commissions petite-enfance organisées sur chaque secteur :</i></p> <p><i>EAJE du CCAS</i></p> <p><i>Relais assistants maternels</i></p> <p><i>Maisons des habitants</i></p> <p><i>Écoles maternelles publiques de Grenoble</i></p> <p><i>Service de santé scolaire de la ville de Grenoble</i></p> <p><i>Réseau des bibliothèques</i></p> <p><i>Conseil départemental</i></p> <p><i>AGECSA</i></p> <p><i>Crèches associatives</i></p> <p><i>Réseau des Lieux accueil enfants parents</i></p> <p><i>Réseau des accueils de loisirs sans hébergement</i></p>

### **ANNEXE 3 : Trame d'entretien avec les professionnels du territoire grenoblois - Focus sur la santé des jeunes**

- **Présentation succincte des services**

- *Missions/objectifs*
- *Type d'intervention*
- *Périmètre d'intervention (géographique, public, etc.)*

- **Quels sont les profils sociaux principaux que vous rencontrez dans le cadre de vos missions ?**

- **Notez-vous des évolutions ces dernières années ?**

- **Quelles problématiques principales identifiez-vous en matière de santé chez les enfants grenoblois ?**

- *État de santé*
- *Accès aux soins (information, accompagnement, accessibilité en termes financiers)*
- *Accès à la prévention*
- *Impact des modes de vie et des pratiques*

- **Constatez-vous des évolutions ces dernières années sur les problématiques de santé des enfants grenoblois (à l'échelle de la Ville, des différents secteurs) ?**

- **Identifiez-vous des évolutions particulières en ce qui concerne les troubles du comportement ?**

- **Observez-vous des publics d'enfants davantage concernés par des problématiques de santé ou par des difficultés d'accès aux soins ?**

- *Tranches d'âge*
- *Typologie des familles (composition, CSP, activité des parents)*
- *Modes de vie*
- *Territoires de résidence*

- **Quels constats faites-vous en matière de comportement de prévention ? d'hygiène de vie ?**

- **Identifiez-vous des leviers pouvant répondre aux besoins identifiés ?**