

AIDE A L'IDENTIFICATION DES BESOINS DE SANTE
EN REGION LIMOUSIN ET DANS SES TERRITOIRES - Volet 2
les problématiques liées au vieillissement et au maintien à domicile

Une étude conduite par

l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin

Dr Jean-Pierre FERLEY, Olivier DA SILVA, Béatrice ROCHE-BIGAS

pour l'Agence Régionale de Santé du Limousin, en partenariat avec la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail du Centre-Ouest
Rapport n°227-B – Juillet 2010

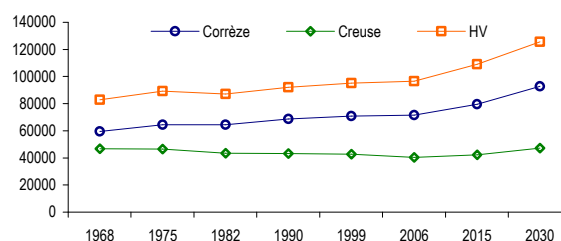
Réalisée à la demande de l'ARS, l'analyse synthétique des besoins de santé en Limousin se situe dans le cadre de la préparation du Projet Régional de Santé (PRS) et, tout particulièrement, du schéma régional de prévention. Elle comprend deux volets : le premier axé sur la santé des populations, le second –objet du présent document- axé sur les problématiques liées au vieillissement et au maintien à domicile. Cette analyse exclut volontairement de son champ l'étude de l'offre institutionnelle, qu'il s'agisse de l'offre de soins ou de l'offre d'hébergement (toute-fois survolée de manière succincte dans les éléments de diagnostic).

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

Structure d'âge de la population limousine et évolutions

- Une région parmi les plus âgées d'Europe : 208.000 habitants ont 60 ans ou plus (28,5% de la population contre 21,4% au niveau métropolitain), 91.000 ont 75 ans ou plus (12,5%, contre 8,3% au niveau national) et 23.000 ont 85 ans ou plus (3,2% contre 2,0%).
- Une forte prédominance du milieu rural : la moitié des 75 ans ou plus y vivent.
- Un nombre de personnes âgées de 60 ans ou + qui a assez peu varié depuis une quarantaine d'années mais qui devrait **très nettement augmenter dans les 25 ans à venir** (+57.500, soit +27% entre 2006 et 2030).
- Cependant, **une évolution quantitative qui se fera essentiellement sur le grand âge** avec une proportion de 85 ans ou plus qui devrait progresser de + 40% entre 2006 et 2015 (9.000 personnes supplémentaires).

Evolution du nombre de personnes de 60 ans ou plus entre 1968 et 2030 - (ORSL d'après INSEE 2006)



Conditions de vie

- 95% des 60 ans ou plus vivent à domicile, à partir 80 ans, ils sont encore 86%.
- Plus d'une personne sur 5 vit seule à domicile entre 60 et 74 ans, à partir de 75 ans, c'est plus d'une personne sur 3.
- Des contacts quotidiens avec les enfants pour près de 4 personnes âgées sur 10, hebdomadaires ou pluri-hebdomadaires pour 7 sur 10.
- 70% des hommes et 55% des femmes qui avaient une activité professionnelle sont d'anciens agriculteurs ou ouvriers.
- Une **précarité financière des personnes âgées** plus marquée que dans la plupart des autres régions, en particulier en Creuse et Corrèze.

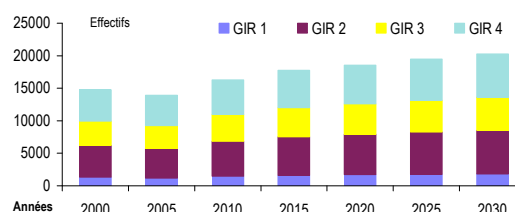
État de santé et pathologies : quelques éléments de diagnostic sur la morbidité et la mortalité

- Une espérance de vie à la naissance dans la moyenne nationale (2007) : 77,2 ans chez les hommes (vs 77,5), 84,5 ans chez les femmes (vs 84,3), mais sensiblement plus faible en Creuse, une espérance de vie à 75 ans identique à la moyenne métropolitaine chez les hommes (10,0 ans), légèrement meilleure que la moyenne chez les femmes (13,0 ans, 5^{ème} rang).
- Chez les 75 ans ou plus, un taux comparatif de mortalité générale légèrement inférieur à la moyenne métropolitaine, plaçant le Limousin parmi les régions les plus favorisées, mais avec une nette hétérogénéité infra-régionale et un taux comparatif d'admission en ALD également plus faible qu'au niveau national chez les 75 ans ou plus.
- Les pathologies cardio-vasculaires chez les 75 ans ou plus (1^{ère} cause de décès à cet âge) et les cancers : une situation locale relativement médiane par rapport aux autres régions.
- **Chutes et lésions traumatiques** (cause importante d'entrée en dépendance ou d'aggravation d'un état de dépendance, voire d'institutionnalisation) : tous les ans, près de **5.200 séjours hospitaliers** et 191 décès chez des 75 ans ou plus.
- Une région particulièrement concernée par la **maladie d'Alzheimer** et les troubles apparentés, avec plus de **16.000 cas** estimés et 4.100 nouveaux cas tous les ans.
- Une région également particulièrement concernée par le **suicide chez les personnes âgées**.
- **8% des 75 ans ou plus vivant à domicile en insuffisance pondérale**, 51% en surcharge pondérale, dont **12% obèses**.
- L'arrivée à l'âge de la dépendance de personnes présentant un **handicap ou une déficience** acquis précocement : un problème spécifique à prendre en compte puisqu'on estime à 3.000 à 6.300 le nombre d'aveugles et malvoyants profonds âgés de 65 ans ou plus en Limousin et à environ 4.500 le nombre de personnes de 60 ans ou plus atteintes d'une déficience auditive profonde ou totale.
- **Recours hospitaliers** : en moyenne, 1 séjour hospitalier tous les 2 ans chez les personnes âgées, avec l'un des plus faibles taux d'hospitalisation de l'hexagone chez les 75 ans ou plus.

Dépendance des personnes âgées

- En 2010, une estimation de **16.300 personnes de 60 ans ou + dépendantes** (près de 8%), nombre qui devrait avoisiner 20.300 en 2030 ; parmi elles, près de **6.900 présentent une dépendance sévère [GIR 1 et 2]** (plus de 3%) ; elles devraient être plus de 8.500 en 2030.
- A domicile : **une personne de 75 ans ou + sur 4 en autonomie limitée, dépendance marquée pour 17%**.
- A 75 ans, une personne sur six vivant à domicile est dépendante, à 85 ans, c'est le cas de 4 sur dix, à 95 ans de 3 sur quatre.
- La moitié des personnes dépendantes à domicile vivent seules.

Estimation du nb de personnes dépendantes en Limousin (GIR 1 à 4) - Drass, Insee - HID



Trois objectifs directement centrés sur les personnes âgées à domicile parmi les 10 objectifs de santé publique et de prévention prioritaires par les médecins libéraux : "développer les aides au maintien à domicile et la coordination des intervenants" (classé n°1 tant par les généralistes que par les spécialistes), "limiter la perte d'autonomie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et le retentissement de la maladie sur les proches", "développer la prévention de la dépendance en luttant contre les facteurs susceptibles de l'induire ou de l'entretenir" et d'autres objectifs prioritaires qui concernent très directement les personnes âgées, même si c'est de manière non exclusive, et qui mettent souvent en avant l'intérêt de l'éducation thérapeutique.

Les dispositifs en faveur des personnes en perte d'autonomie

L'allocation personnalisée d'autonomie

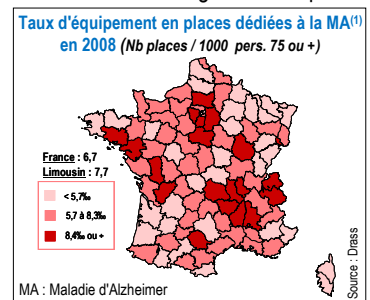
- Plus de **20.000 bénéficiaires de l'APA** fin 2008, soit un taux supérieur au taux métropolitain (223 versus 211 pour 1.000 personnes de 75 ans ou plus) avec un peu plus d'un bénéficiaire sur 2 (57%) vivant à domicile, proportion légèrement plus faible qu'au niveau national (61%).
- Un taux de bénéficiaires rapporté aux 75 ans ou plus particulièrement élevé en Creuse (24%, 20^{ème} rang national) et, à un degré moindre, en Corrèze (23%, 37^{ème} rang) tandis que le taux en Haute-Vienne est dans la moyenne nationale (21%; 52^{ème} rang).

La coordination gériatrique et les services proposés pour le maintien à domicile (opinion de 160 professionnels de santé et acteurs médico-sociaux interrogés lors des diagnostics conduits dans 5 territoires du Limousin cumulant les handicaps socio-sanitaires) :

- Sont jugés globalement satisfaisants ou pour le moins acceptables : la coordination gériatrique, l'assistance administrative, les services de repas portés et les prestations d'aides ménagères.
- Par contre, l'insatisfaction est plus nette relativement aux aides "corporelles" aux personnes, aux ressources en aides soignantes, aux dispositifs d'aide aux aidants, à l'hospitalisation à domicile et à l'offre de transports (qui, se cumulant éventuellement à des difficultés financières, constitue un obstacle à l'accès aux soins assez souvent pointé).
- Un déficit en matière d'accueil de jour (avec cependant une forte augmentation du nombre de places au cours des dernières années -mais moins forte qu'au niveau national-, et avec un taux d'équipement qui demeure supérieur au taux national).

L'hébergement et l'hospitalisation de longue durée

- Un taux d'équipement en **hébergement médicalisé** (EHPAD et USLD) nettement supérieur au taux métropolitain. D'ailleurs, l'équipement et les conditions de séjour en EHPAD sont jugés majoritairement acceptables par les acteurs des territoires ruraux interrogés tandis que les places en hospitalisation de long séjour sont jugées insuffisantes.
- **Peu de places en hébergement temporaire** (moins de 200, soit moins de 2 p. 1.000 habitants de 75 ans ou +), insuffisance très majoritairement regrettée par les acteurs des 5 territoires ruraux interrogés bien que le taux d'équipement régional soit supérieur au taux national, de manière nette en Haute-Vienne et surtout en Corrèze (avec par contre un déficit en Creuse).
- Des malades **Alzheimer** accueillis par plus de **100 établissements** (soit 84%) ; près de **650 places dédiées en EHPAD**, des **taux supérieurs aux taux nationaux** même si le nombre d'équipement demeure très faible en regard de la prévalence estimée de la maladie (16.500 démences chez des 65 ans ou plus). Cette insuffisance est déplorée par la plupart des acteurs interrogés.



BESOINS IDENTIFIÉS

Des constats chiffrés offerts par cet état des lieux et de la lecture des schémas gériatriques départementaux, il ressort que les besoins en matière de maintien à domicile des personnes âgées portent sur le développement et la structuration du maintien à domicile et sur le développement et la diversification de l'offre institutionnelle. Les recommandations formulées ci-après sont largement inspirées de la lecture des trois schémas gériatriques départementaux et du SROS 2006-2011.

1/ Développement, facilitation et structuration du maintien à domicile :

- **Développement et amélioration du service rendu par les structures oeuvrant auprès des personnes âgées à domicile** : développement des SSIAD, garantie de la qualité de l'intervention des services d'aides à domicile, développement de bonnes pratiques professionnelles, amélioration de l'articulation, meilleure définition des limites de compétences et limitation des glissements de tâches.
- **Développement de formules de transport adaptées** pour une meilleure accessibilité aux ressources médicales éloignées (consultations de spécialistes et accès aux plateaux médico-techniques, la plupart du temps très concentrés sur quelques sites urbains) et une meilleure accessibilité aux ressources de proximité : soins de santé primaires, consultations spécialisées avancées, ou encore lieux d'accueil ou de sociabilité permettant de maintenir un lien social et d'apporter un réconfort moral.
- **Adaptation de l'habitat** : identification et centralisation des aides existantes, financières et techniques, information des personnes concernées, sensibilisation des acteurs institutionnels, développement de la domotique...
- **Développement des dispositifs d'aides aux aidants** : aides aux démarches administratives et à l'identification des différentes ressources, soutien (accompagnement, temps d'échanges, groupes de parole...), dispositifs de répit (formules d'accueil de jour, d'accueil temporaire, etc.).

2/ Développement de la prévention :

- **Développement d'une prévention spécifique en direction des personnes âgées** : qu'il s'agisse de prévention primaire (prévention de la chute, de la dénutrition, vaccination...), de prévention secondaire (dépistage organisé du cancer du sein et du côlon-rectum jusqu'à 74 ans, suivi gynécologique, etc.) ou de prévention tertiaire (prévention des complications et du handicap), principalement dans le domaine des maladies chroniques, en particulier par le biais d'une éducation thérapeutique, ou encore de la prévention du mésusage des médicaments.
- **Développement du repérage de la maltraitance** (à domicile ou en établissement) et promotion de la "bienveillance".
- **Amélioration du repérage des troubles cognitifs et organisation d'une filière mémoire** (formation des médecins généralistes et des paramédicaux, sensibilisation à l'intérêt d'une prise en charge précoce, aide pour l'accompagnement du malade et de ses proches, encouragement des initiatives actuelles de réseaux et de création de consultations mémoire-relais, animées par des généralistes libéraux locaux, en articulation avec le CMRR et les consultations mémoire labellisées).

3/ Développement et renforcement des établissements d'hébergement : Augmentation des capacités d'accueil dans les départements ou les secteurs déficitaires, **développement de réponses spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer** (création d'unités spécialisées, autonomes ou intégrées dans des EHPAD, développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, formation des personnels...), **développement de réponses spécifiques pour les personnes handicapées vieillissantes**.

4/ Développement de la coordination des intervenants autour de la personne âgée (renforcement des missions des CLIC, développement des réseaux gériatriques et de santé...), amélioration de l'information des usagers et des aidants, amélioration de la formation des professionnels...).