



## DIAGNOSTIC TERRITORIAL SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DANS LE DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE

**Une étude pour la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus de la Haute-Vienne**

**Réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé**

*Audrey ROUCHAUD, Olivier DA SILVA, Dr Jean-Pierre FERLEY*

**Rapport n°338-3 – Février 2017**

**CONTEXTE :** La conférence des financeurs est l'un des dispositifs institués par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015. Elle s'inscrit dans le cadre général de la politique de prévention de la perte d'autonomie structurée dans un plan national autour des enjeux de prévention globale, primaire, secondaire et tertiaire. Autour du Département, placé comme pilote des actions de prévention auprès de ce public, la conférence rassemble les principaux financeurs : l'Agence Régionale de Santé, les caisses de retraite (CARSAT, MSA, RSI et caisses complémentaires), la Caisse primaire d'assurance maladie, la Mutualité française, l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), ainsi que des collectivités locales engagées dans ce champ.

Pour aider les membres de la conférence des financeurs à fixer ses priorités, l'Observatoire régional de la santé du Limousin s'est vu confié la mission de réaliser un diagnostic territorial sur la prévention de la dépendance chez les personnes âgées résidant en Haute-Vienne. Ce diagnostic se compose de 3 parties : 1/ des éléments chiffrés disponibles permettant de caractériser la population âgée de Haute-Vienne, tant sur le plan démographique, socio-économique que sanitaire, 2/ un recensement de l'offre existante en matière d'hébergement des personnes âgées, de soins, d'aide au maintien à domicile et des actions de prévention de la dépendance conduites auprès des personnes âgées et leurs familles, 3/ une synthèse des deux premières parties permettant d'établir un diagnostic de la situation départementale et de proposer des initiatives innovantes pouvant être transposées en Haute-Vienne.

### RÉSULTATS

#### Une faible densité de population et une forte proportion de personnes âgées

Le département est assez faiblement peuplé (61<sup>ème</sup> sur 96) et présente des contrastes sur le plan de l'occupation du sol avec en périphérie de la ville-centre et de son aire urbaine, des territoires très faiblement urbanisés. Par ailleurs, le département est particulièrement concerné par les problématiques liées au vieillissement puisqu'affichant des parts de seniors et de personnes âgées nettement plus importantes qu'au niveau national, notamment dans les territoires ruraux, mais en situation médiane en Nouvelle-Aquitaine (région la plus âgée de France).

#### La dépendance, un enjeu majeur du département

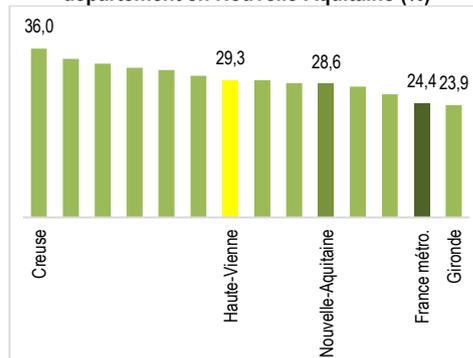
Dans ce contexte, la prévention et la prise en charge de la perte d'autonomie est un enjeu capital. En Haute-Vienne 3% de la population totale est identifiée comme dépendante, 10% des 60 ans et plus. Des enquêtes déclaratives conduites dans le département montrent que 20% à 30% des personnes de 75 ans et plus vivant à domicile sont en perte d'autonomie, dont 15% environ présentent une dépendance plus marquée. Parallèlement, 12% d'entre elles sont bénéficiaires de l'APA. Dans le département, le taux de bénéficiaires de 75 ans et plus est très légèrement plus faible qu'au niveau régional mais en revanche, une part plus importante de bénéficiaires vit à domicile.

#### Des inégalités de santé sur le département

Enfin, compte-tenu de sa structure d'âge, le département est particulièrement concerné par les maladies chroniques et par la maladie d'Alzheimer. Une enquête déclarative fait apparaître chez les 75 ans et plus des réponses un peu plus négatives quant à la santé perçue qu'au niveau régional et national, pourtant, des indicateurs de mortalité, ajustés sur l'âge, situent la plupart du temps la Haute-Vienne dans les moyennes de référence, hormis sur certains points (maladies cardio-vasculaires, cancer colorectal, suicide). Les indicateurs de santé sont toutefois plus péjoratifs dans les secteurs périphériques. L'état de santé psychique est jugé passable, voire mauvais, par 4 personnes sur 10 après 75 ans et une personne sur 10 reconnaît des pensées suicidaires (la plupart du temps à plusieurs occasions).

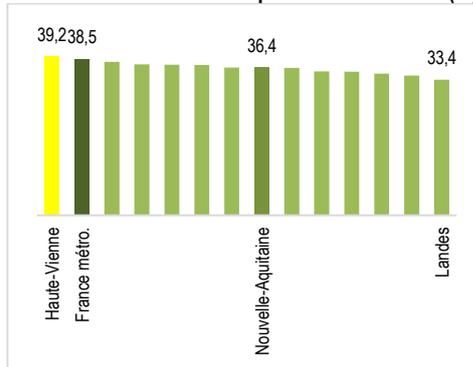
Chez les 75 ou plus, le renoncement à certains soins touche plus d'une personne sur 5 (proportion atteignant 30% dans le Nord du département), davantage en raison du coût qu'en raison de difficultés de transport. La population haut-viennoise affiche en effet des revenus globalement modestes, et un taux de pauvreté après 75 ans plus important qu'au niveau national, en particulier dans certains territoires ruraux.

**Part de la population âgée de 60 ans et plus par département en Nouvelle-Aquitaine (%)**



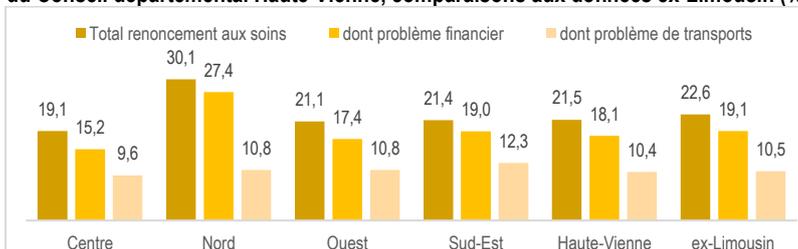
Source : INSEE, RP2013

**Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules selon les départements en 2012 (%)**



Source : INSEE, RP 2012

**Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile rapportant avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois selon le territoire d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données ex-Limousin (%)**



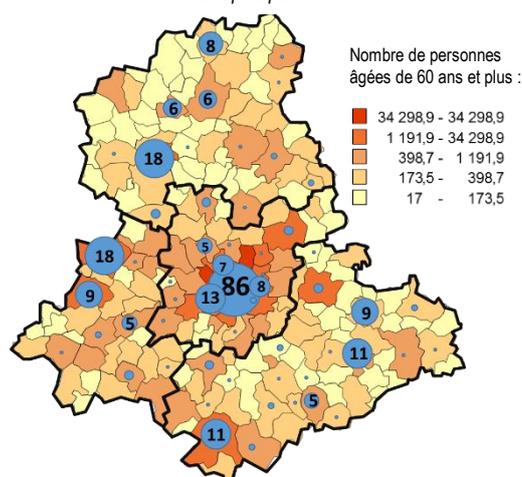
Source : Enquête sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Limousin, ORSL 2015

### Des inégalités de santé sur le département

Parallèlement à ce portrait de la population âgée haut-viennoise a été réalisé un recensement des actions relatives au « bien vieillir » et à la prévention de la dépendance en direction des personnes âgées et leurs aidants conduites au cours des 3 dernières années. Ce travail et les analyses cartographiques proposées permettent une meilleure visibilité de ce qui se fait en direction des seniors sur le territoire haut-viennois. On constate ainsi que, malgré une bonne répartition des actions sur les 4 territoires d'intervention du Conseil départemental, des zones blanches apparaissent : les centres-bourgs concentrent une grande partie des actions laissant certaines zones rurales dépourvues. Toutefois, compte tenu des délais de réalisation, ce recensement ne peut prétendre être exhaustif. Un travail complémentaire important serait nécessaire pour, d'une part identifier certains acteurs impliqués qui n'auraient pas été interrogés ici, d'autre part pouvoir analyser plus finement les actions rapportées en retournant auprès de chacun des opérateurs et homogénéiser les informations remontées. Par ailleurs, si la photographie a été prise sur les années 2014-2016, il devrait être envisagé une veille des initiatives conduites pour conserver cette visibilité qui seule peut permettre la coordination des actions.

### Cartographie des actions de prévention en direction des seniors recensées pour les années 2014-2016

Nombre d'actions repérées et nombre de personnes âgées de 60 ans et plus par commune



### CONCLUSIONS

Au terme de ce rapport et au regard des différents éléments recueillis, les forces et faiblesses du département peuvent être dessinées. On retiendra ainsi en **points forts** :

- **Un maillage du territoire** par les institutions impliquées en particulier le Conseil départemental qui assure désormais en régie directe la mission de coordination gérontologique (35 référents autonomie intervenant au sein des 29 Maisons du Département réparties sur le territoire), des dispositifs MAIA opérationnels sur les 4 secteurs d'action du Conseil départemental, un maillage territorial également assuré par d'autres partenaires (CPAM, MSA...),
- **Une offre de maintien à domicile diversifiée** et en capacité d'intervenir sur l'ensemble du territoire (SAAD, SSIAD, SPASAD, repas portés...) malgré des problèmes remontant sur certaines zones : listes d'attente atteignant parfois des durées d'une année, refus d'intervenir sur des cas jugés trop lourds.
- **L'offre de soins libérale et hospitalière.** Un taux d'équipement en lits hospitaliers très favorable mais une offre complète sur 2 sites seulement. Une densité en médecins généralistes et infirmiers encore acceptable, bien que plus tendue dans certains secteurs ruraux, surtout si l'on tient compte de l'âge de la population desservie. L'offre spécialisée, publique et privée, certes est très concentrée sur Limoges mais elle tend de plus en plus à se rapprocher de la population vivant en périphérie du département grâce à une politique volontariste en matière de consultations avancées.
- **Des dispositifs dédiés au repérage et à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.** Un réseau de consultations mémoire couvrant le territoire, des places dédiées en EHPAD dans les deux tiers des établissements, des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) proposés dans 4 EHPAD sur 10.
- **Une diversité d'actions de prévention conduites par des promoteurs**, témoignant du dynamisme des institutions et des acteurs de terrain. 135 fiches action « bien vieillir » et de prévention de la dépendance en direction des seniors et leurs familles ont été analysées (cf. volet 2). Les thématiques abordées étaient variées : lutte contre l'isolement, « bien vieillir », culture et loisirs, prévention des chutes et activité physique, aide aux aidants, santé, adaptation de l'habitat... Les analyses cartographiques ont montré toutefois quelques hétérogénéités territoriales des actions recensées laissant des zones blanches, loin des centres-bourgs.
- **Le caractère innovant de certaines actions conduites.** Grâce à la présence d'Autonom'Lab, laboratoire d'innovations, la Haute-Vienne et plus largement l'ex-région Limousin sont précurseurs en matière de silver économie. Le principe est de faire émerger les besoins des usagers âgés pour favoriser des réponses économiquement viables. L'entreprise Legrand a par exemple participé à 2 actions innovantes : le Projet ICARE et la création d'un appartement pédagogique, le Show room (action pilotée par l'ADPAD).

En revanche, on retiendra comme **éléments de fragilité** :

- **L'isolement géographique.** Sans même parler de l'éloignement d'une frange de la population départementale d'un pôle urbain (13% de la population à plus de 30 minutes d'un service des urgences), voire même d'un bourg structurant, un réel isolement géographique lié à la dispersion de l'habitat retrouvé chez près d'une personne âgée sur 5.
- **L'isolement relationnel.** La proportion de personnes âgées vivant seules est plus importante en Haute-Vienne. Avec des enfants vivant parfois loin et certaines personnes âgées franchement isolées sur le plan relationnel, le sentiment de solitude est régulièrement ressenti par près d'une personne âgée sur 7.
- **La mobilité.** Des difficultés de transport pour les actes de la vie quotidienne fréquemment rapportées après 75 ans en milieu rural (plus d'une personne sur 3), mais également en milieu plus urbain (1 sur 4). Un renoncement à certains soins dans les 12 mois par absence de moyen de transport rapportée par une personne sur 10.
- **L'adaptation des logements.** Des logements pas toujours adaptés à l'état de santé de la personne et à son degré d'autonomie : 13% d'après l'enquête conduite par l'ORS auprès de 900 foyers haut-viennois tandis que 17% estiment que des aménagements seraient nécessaires pour précisément adapter le logement à l'état de ses occupants et que 13% jugent leur logement insatisfaisant en matière de confort thermique. Dans les territoires ruraux, un logement privé sur 10 considéré comme potentiellement indigne.
- **L'hébergement.** Un déficit marqué en hébergement pour personnes âgées dépendantes avec un taux d'équipement parmi les plus faibles de France et le plus faible des 12 départements de Nouvelle-Aquitaine. Un déficit particulièrement net dans le secteur central. Par contre, un taux d'équipement en unités de soins de longue durée (USLD) deux fois plus élevé qu'au niveau national et régional. Relativement à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, un net déficit de places dédiées en EHPAD est constaté dans les secteurs Nord et Ouest.
- **La persistance d'inégalités territoriales**, malgré d'indéniables efforts : inégalités tant dans l'offre médico-sociale et sanitaire que dans les actions conduites.