



DIAGNOSTIC TERRITORIAL SUR LA PREVENTION DE LA PERTE  
D'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES EN HAUTE-VIENNE

VOLET 3 : SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DES BESOINS ET DE L'OFFRE EXISTANTE EN  
DIRECTION DES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS RÉSIDANT EN HAUTE-VIENNE  
POINTS FORTS ET FAIBLESSES

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

Rapport n°338-3

Février 2017

## SOMMAIRE

Contexte .....	1
Méthode .....	2
Éléments d'analyse et de diagnostic.....	4
Synthèse des actions de prévention .....	27
Propositions d'actions originales en direction des personnes âgées et leurs familles .....	31
Conclusions.....	34
Bibliographie.....	38

## 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. Son rôle est d'assurer « un effet de levier sur les financements que les membres de la conférence des financeurs consacrent à la prévention de la perte d'autonomie ». 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.

La Conférence des financeurs a un triple objectif :

- établir un diagnostic des besoins des personnes de 60 ans et plus, complémentaire de celui réalisé dans la cadre du schéma départemental de l'autonomie,
- recenser les initiatives locales,
- définir et adopter un programme coordonné de financement des actions de prévention de la perte d'autonomie, considérant que, dans les départements, les actions de prévention initiées par les différentes institutions sont insuffisamment coordonnées, dispersées et assez peu lisibles.

C'est dans ce contexte que 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 :

- des éléments chiffrés disponibles permettant de caractériser la population âgée de Haute-Vienne, tant sur le plan démographique, socio-économique que sanitaire,
- 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,
- 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.

Ce dernier volet présente ainsi une synthèse des éléments chiffrés abordés dans les volets 1 et 2 sur les caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des Hauts-Viennois de 60 ans et plus et l'offre socio-sanitaire existante. Il est complété d'éléments de comparaison avec les autres départements de Nouvelle-Aquitaine, permettant de situer le département dans la région et de dresser un bilan des points forts et des points d'amélioration possibles. A partir de ce bilan et du recensement des actions relatives au bien-vieillir et à la prévention de la perte d'autonomie conduites en direction des personnes âgées et leurs familles effectuées, une aide à la réflexion des membres de la Conférence des financeurs est proposée, aussi bien sur les thématiques à aborder que sur les zones ou publics à toucher prioritairement.

### I. SYNTHÈSE DES POINTS FORTS ET FAIBLESSES DU DÉPARTEMENT

Une synthèse est proposée sur les éléments chiffrés des deux premiers volets pour permettre de comprendre la situation haut-viennoise et les hétérogénéités infra-départementales. Ces éléments sont enrichis de comparaisons aux autres départements de la Nouvelle-Aquitaine et aux situations régionales et nationales. Un ensemble d'histogrammes permet de visualiser rapidement la position du département relativement à plusieurs indicateurs sélectionnés. Ces éléments permettent de comprendre les points forts et faiblesses du département en termes d'indicateurs sociodémographiques et sanitaires.

Les différentes sources d'indicateurs sont présentées dans la partie « méthode » des volets 1 et 2 de cette étude.

### II. SYNTHÈSE DES ACTIONS DE PRÉVENTION RELATIVES AU « BIEN VIEILLIR » ET À LA PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE CONDUITE EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS AIDANTS

La méthodologie du recueil des actions de prévention est détaillée dans le volet 2.

Pour la synthèse, ont été analysées l'ensemble des actions identifiées à l'exclusion :

- des actions similaires rapportées par plusieurs acteurs,
- certaines actions recueillies qui n'étaient pas forcément celles visées initialement par le recensement, soit les aides financières individuelles versées par les caisses de retraite, les repas des aînés ou les colis fournis par les mairies et CCAS et enfin les formations aux professionnels travaillant en direction des personnes âgées.

Au final, 108 actions de prévention relatives au « bien vieillir » et à la prévention de la dépendance conduite en direction des personnes âgées et leurs aidants en 2014-2015-2016 sont ici analysées.

Pour les analyses spatiales, ont été comptabilisées les actions selon les territoires d'intervention du Conseil départemental. Une action est comptée pour chaque lieu identifié ou session. Pour les actions réalisées sur l'ensemble du département type site internet ou réseau, une action est comptabilisée sur chacun des territoires.

Certaines précautions sont à considérer au regard des analyses proposées. Tout d'abord, ces analyses ne prétendent pas à une exhaustivité : certains acteurs intervenants ont pu échapper à notre recensement et, parmi les acteurs interrogés, certains n'ont pas répondu à notre requête (malgré les relances). De plus, force est de constater que les informations fournies ne sont pas homogènes : thématique, territoires de réalisation, impact, définition du pilote et des financeurs... Ainsi, certaines actions peuvent avoir échappé à la vigilance des analyses et apparaître en doublon compte tenu du manque de concordance entre les différents éléments rapportés, tandis qu'à l'inverse, d'autres actions multiples sont renseignées à travers une seule fiche, et, fautes d'informations suffisantes, n'ont pu être divisées au nombre d'actions réellement réalisées.

### III. PROPOSITIONS D' ACTIONS ORIGINALES EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS FAMILLES

La Conférence des financeurs souhaite disposer d'un repérage d'initiatives innovantes qui pourraient être reproduites sur le territoire haut-viennois. La recherche d'actions originales a été effectuée en s'appuyant sur le recensement des actions réalisées en Haute-Vienne. Sont alors définies comme originales celles qui n'ont pas été préalablement identifiées comme déjà réalisées en Haute-Vienne. Bien entendu, il s'agit dans ce travail également de présenter des actions pertinentes dans le contexte départemental.

Les recherches ont été faites à partir de 3 sources :

- **L'outil OSCARS®** d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé qui, bien que non développé à ce jour en ex-Limousin, est utilisé par plusieurs ARS et notamment celles de l'ex-Poitou-Charentes et de l'ex-Aquitaine, pour recenser les actions qu'elles financent ; la recherche a été ciblée sur les départements de la Nouvelle-Aquitaine.
- **La Banque d'expériences de l'action sociale locale**, conçue pour permettre la mutualisation des bonnes pratiques initiées par les CCAS et CIAS. Elle vise à faire connaître leur savoir-faire et la diversité de leurs actions.
- **Le catalogue des innovations** publié par la Fonda et Futuribles International avec le soutien de la Caisse des Dépôts, de Chorum, de la CNSA, de la Croix-Rouge Française, de la DGCS, de la Fondation Caritas France, de la Fondation Crédit Coopératif, de la Fondation EDF, du FSE, de la MACIF, de Malakoff Médéric, de l'OCIRP, des Petits Frères des Pauvres.

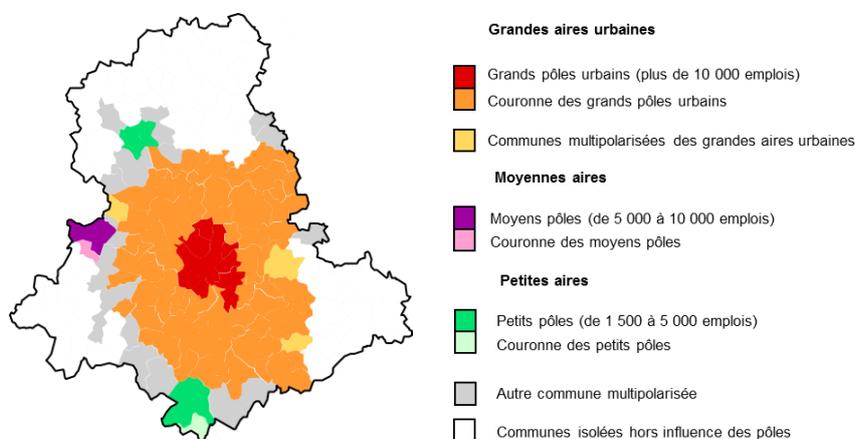
I. CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES, SOCIO-ECONOMIQUES ET SANITAIRES DES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS RÉSIDANT DANS LE DÉPARTEMENT. ECLAIRAGE SUR LEUR VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE

A. Le contexte sociodémographique de la Haute-Vienne et de ses territoires : un département particulièrement concerné par les problématiques liées au vieillissement, pas uniquement dans ses territoires ruraux.

- *Un département assez faiblement peuplé (61<sup>ème</sup> sur 96), très contrasté sur le plan de l'occupation du sol : en périphérie de la capitale et de son aire urbaine, des territoires très faiblement urbanisés avec, dans certains, une densité de population particulièrement faible.*

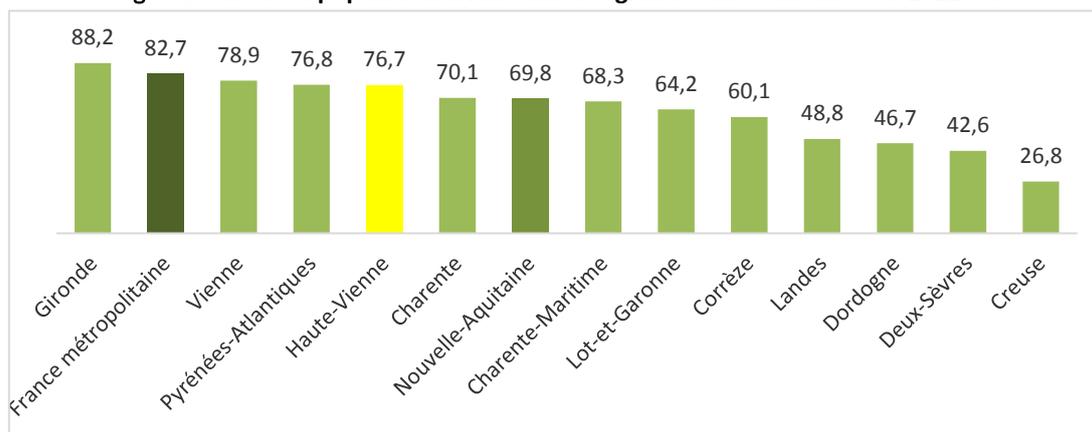
Lorsqu'on considère la part de la population vivant dans une grande aire urbaine, telle que les définit l'INSEE (au moins 10 000 emplois dans le pôle urbain), la Haute-Vienne apparaît comme l'un des départements les plus urbanisés de Nouvelle-Aquitaine (77% de la population versus 70% au niveau régional, 4<sup>ème</sup> rang des 12 départements, pratiquement à égalité avec le 3<sup>ème</sup>). Seules la Gironde et la Vienne la devancent réellement. C'est au poids de l'agglomération limougeaude que la Haute-Vienne, département assez faiblement peuplé (61<sup>ème</sup> sur 96), doit ce rang. Cependant, contrairement à d'autres départements, la Haute-Vienne ne peut s'appuyer sur un réseau de villes moyennes en relai de sa préfecture. Une seule autre aire urbaine dépasse 10 000 habitants. Les autres pôles structurants du département sont de taille modeste (3 000 à 7 000 habitants) et ne peuvent prétendre, malgré une politique volontariste de nombreuses institutions, regrouper une gamme complète de ressources. Ainsi, si la majeure partie des habitants (et des personnes âgées) résident en milieu urbain (ville centre et 1<sup>ère</sup> couronne), nombreux sont ceux qui, résidant en milieu rural ou en lointaine couronne périurbaine, sont éloignés d'un pôle urbain, voire même d'un pôle plus modeste. Dans de nombreux secteurs (dans lesquelles la proportion de personnes âgées est particulièrement élevée), la densité de population est très faible (à peine 15 habitants/Km<sup>2</sup> dans certaines communautés de communes, soit presque 8 fois moins que la moyenne nationale).

Fig.I.A1. Typologie communale en Haute-Vienne - Aires urbaines 2010



Source : INSEE

Fig.I.A2. Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines en 2012 -%

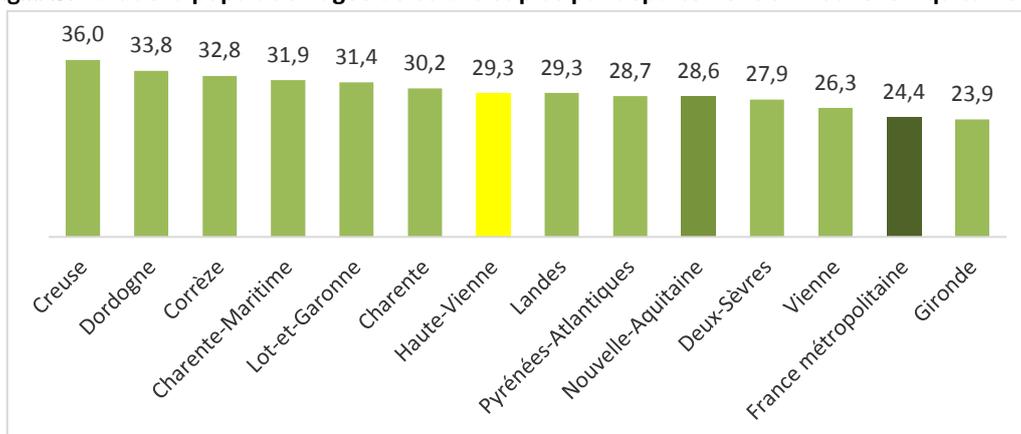


Source : INSEE

- *Un département 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, mais en situation médiane en Nouvelle-Aquitaine. Des territoires ruraux particulièrement concernés avec, dans certaines communautés de communes du département, une proportion de 75 ans et plus dépassant 20%.*

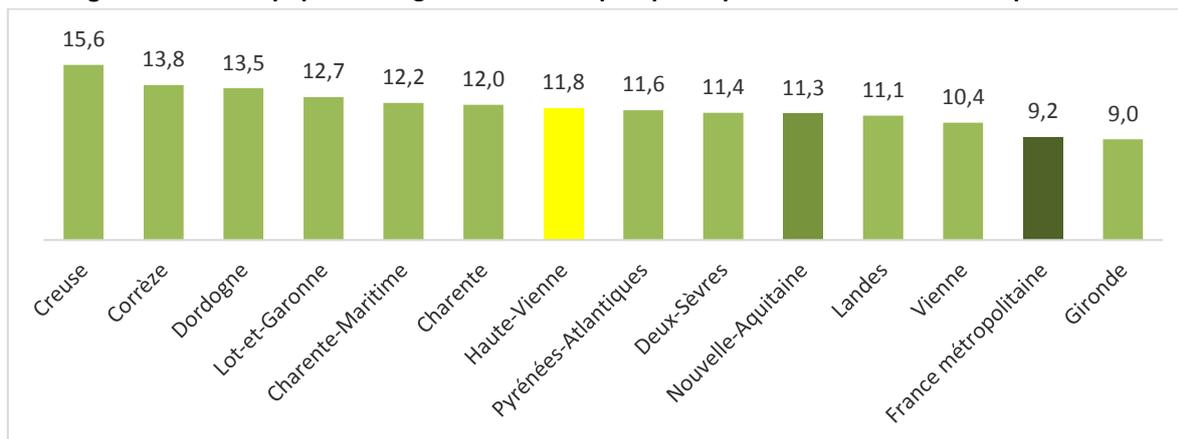
La Haute-Vienne est objectivement **plus concernée que la majorité des autres départements français par les problématiques de vieillissement**. La part des 60 ans et plus (103 400 personnes en 2013) y est en effet nettement plus importante qu'au niveau national (29,1% versus 24,2% ; 31<sup>ème</sup> rang), la part des 75 ans et plus (45 200 personnes) est de 12,0% versus 9,2% (26<sup>ème</sup> rang) et la part des personnes très âgées (85 ans et plus) est également plus élevée (4,0% versus 2,9%). Elle occupe en revanche une place médiane au sein de la région Nouvelle-Aquitaine (7<sup>ème</sup> rang) avec des proportions à peine supérieures à celles relevées au niveau régional. Les problématiques liées au vieillissement revêtent une importance toute particulière dans les 3 **secteurs ruraux** avec des proportions de 60 ans et plus atteignant 33% à 37% (1,5 fois plus élevées qu'au niveau national) et des proportions de 75 ans et plus représentant 15% à 16% (1,7 fois la proportion nationale et plus du double dans certains anciens cantons). La population du secteur central (essentiellement Limoges et couronne), bien que moins âgée, n'en affiche pas moins des chiffres supérieurs à la moyenne nationale (26% de 60 ans et plus versus 24%).

Fig.I.A3. Part de la population âgée de 60 ans et plus par département en Nouvelle-Aquitaine -%



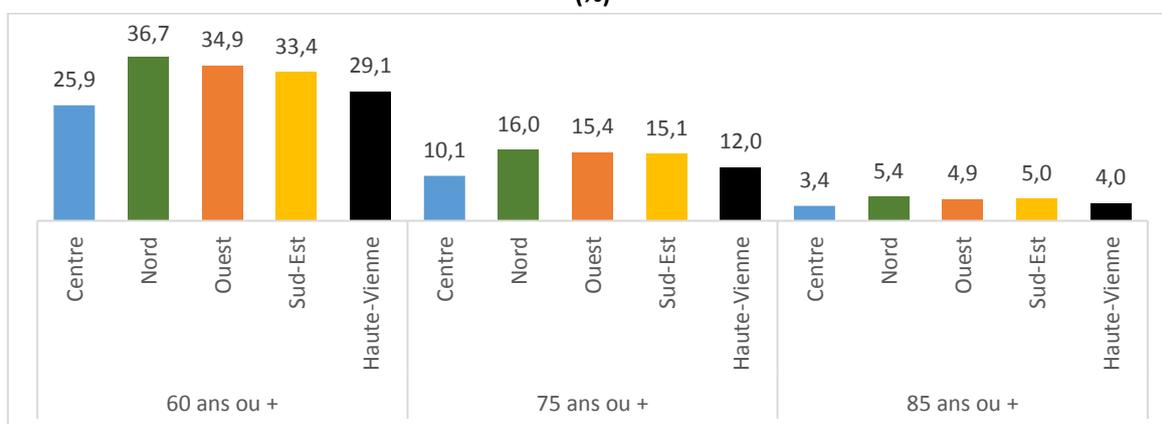
Sources : INSEE, RP2013

Fig.I.A4. Part de la population âgée de 75 ans et plus par département en Nouvelle-Aquitaine -%



Source : INSEE RP 2013

Fig.I.A5. Proportion de personnes âgées selon les territoires d'intervention du Conseil départemental en 2013 (%)



Source : INSEE RP 2013

- *Un département qui continuera à vieillir, cependant moins vite qu'au niveau national, avec une progression particulièrement nette aux grands âges et un écart qui aura tendance à diminuer entre le secteur central et les territoires périphériques.*

Les prévisions font apparaître une augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus de 35 000 à l'horizon 2040 (dont 26 000 de 75 ans ou plus). Le taux de progression est de +18% pour les 60 ans et plus (+25% au niveau national) et de +41% (versus +57%) pour les 75 ans et plus. Quant à la proportion de 85 ans et plus, elle progressera de +68%. L'impact du vieillissement attendu sur les différents dispositifs de prévention et de prise en charge sera donc d'autant plus important que **c'est surtout la frange de la population la plus âgée qui progressera**. Par ailleurs, la progression sera, de manière logique, plus importante dans le secteur actuellement le plus « jeune », c'est-à-dire celui centré sur Limoges et sa couronne (60 ans et plus : +27% versus +22% à +23% dans les trois autres territoires).

Fig.I.A6. Proportion de la population âgée en Haute-Vienne en 2013 et 2040 (%)



Source : INSEE, RP2013, Omphale 2010

- *Une population aux revenus globalement modestes et un taux de pauvreté après 75 ans plus important qu'au niveau national, particulièrement dans certains territoires ruraux.*

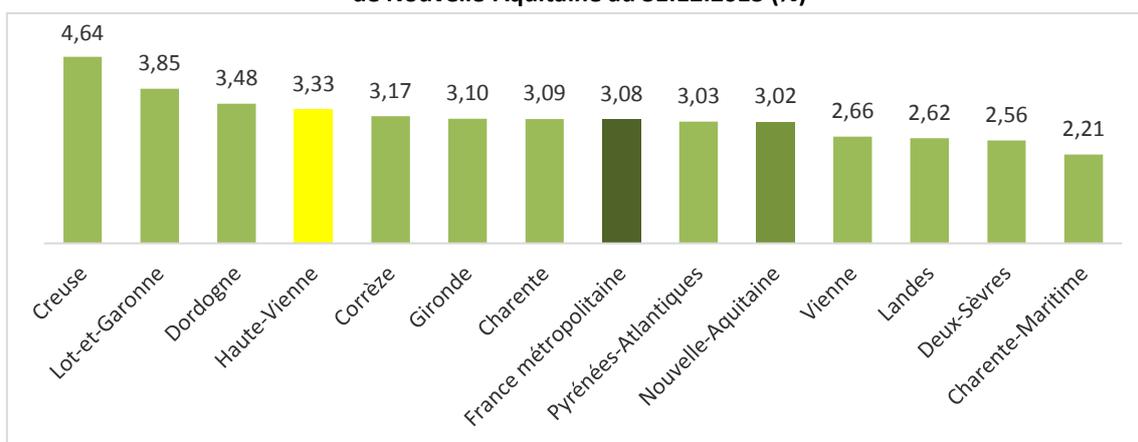
La médiane du niveau de vie, tous âges confondus, est en Haute Vienne inférieure de 5% à celle relevée au niveau national et de 2% inférieure à celle relevée en Nouvelle-Aquitaine. La part des ménages imposés est également plus faible et le taux de pauvreté<sup>1</sup> est au contraire plus élevé (15,2% versus 13,5% en Nouvelle-Aquitaine et 14,5% en France).

Chez l'ensemble des 60 ans et plus, la proportion de bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de solidarité vieillesse (ASPA/ ASV) n'est que légèrement plus importante en Haute-Vienne (3,3%) qu'au niveau national (3,1%) et régional (3,0%, 4<sup>ème</sup> rang sur 12). S'agissant du taux de pauvreté, celui-ci touche davantage le grand âge (8,5% chez les 60-74 ans et 11,0% à partir de 75 ans). La situation de la Haute-Vienne varie selon la tranche d'âge : chez les 60-74 ans, le taux de pauvreté départemental est légèrement plus faible qu'au niveau national, par contre, chez les 75 ans et plus, il est assez nettement supérieur au taux national (11,0 % versus 8,9%), même s'il n'excède que de peu le taux régional (10,6%). S'il est faible dans l'agglomération de Limoges (6,6%), le taux de pauvreté chez les 75 ans et plus concerne plus d'une personne sur 6 (16% à 17%) dans certaines communautés de communes du Sud-Est et de l'Ouest et plus d'une sur 5 (21% à 23%) dans certaines communautés de communes du Nord. La **précarité financière au grand âge en milieu rural** est donc une réalité tangible. Ceci est confirmé par l'étude régionale réalisée en 2015 par l'ORS<sup>2</sup> (incluant 900 Haut-Viennois ayant une moyenne d'âge de 82,5 ans) qui montre que dans le département 21% des personnes âgées indiquent percevoir une aide financière ou une allocation pour les aider au quotidien, cette proportion variant de 13% dans le secteur urbain du centre Haute-Vienne à 19%-22% dans les trois territoires ruraux périphériques. L'étude citée apporte un autre témoignage de la précarité financière des personnes âgées en milieu rural puisque près de 15% d'entre elles (malgré la pudeur qui s'attache à un tel questionnement) font état de réelles difficultés financières, cette proportion, égale à 9% dans le secteur urbain du centre, atteint 16 à 17% dans les territoires ruraux du Nord et du Sud-Est.

<sup>1</sup> Taux de pauvreté à 60% : proportion de personnes disposant de moins de 60% du revenu national médian

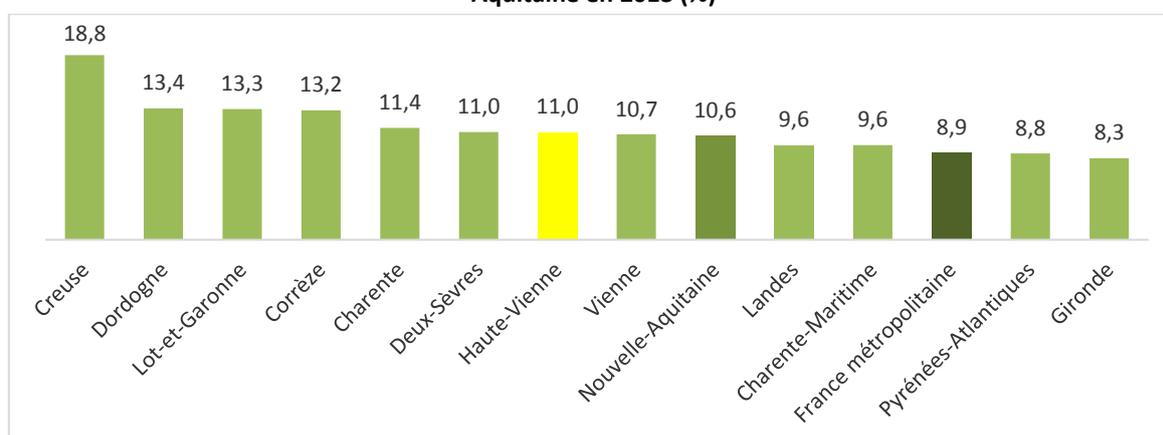
<sup>2</sup> Enquête sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Limousin, ORSL 2015

**Fig.I.A7. Taux d'allocataires (ASPA, ASV) pour 100 personnes âgées de 60 ans et plus dans les départements de Nouvelle-Aquitaine au 31.12.2013 (%)**



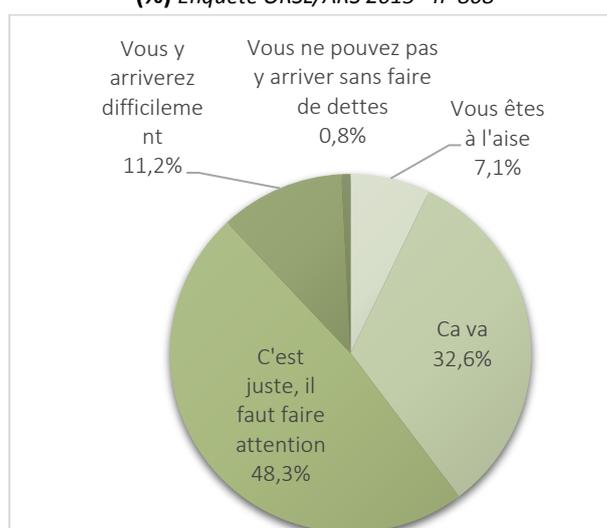
Sources : DREES ; Conseils départementaux ; CNAV, INSEE

**Fig.I.A8. Taux de pauvreté (à 60%) des personnes âgées de 75 ans et plus dans les départements de Nouvelle-Aquitaine en 2013 (%)**



Sources : INSEE

**Fig.I.A9. Distribution de la population des 75 ans et plus selon l'auto-évaluation de leur situation financière (%) Enquête ORSL/ARS 2015 - n=868**



---

**B. Autonomie et dépendance :** la prévention et la prise en charge de la perte d'autonomie : un enjeu capital pour une société vieillissante

- *La dépendance en Haute-Vienne : 3% de la population totale, 10% des 60 ans et plus. Des enquêtes déclaratives conduites dans le département montrent que 20% à 30% des 75 ans et plus vivant à domicile sont en perte d'autonomie, dont 15% environ qui présentent une dépendance plus marquée. Parallèlement, 12% sont bénéficiaires de l'APA. Dans le département, un taux de bénéficiaires de 75 ans et plus très légèrement plus faible qu'au niveau régional mais en revanche, une part plus importante de bénéficiaires vivant à domicile.*

L'allongement de la durée de vie et la progression du nombre de personnes atteignant un âge avancé a pour corollaire une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie. L'estimation du nombre de personnes dépendantes varie cependant selon les sources et les méthodes d'étude.

Ainsi, selon l'INSEE<sup>3</sup>, la Haute-Vienne comptait en 2012, 10 470 personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes, soit 9,6% de cette tranche d'âge (proportion atteignant 11,3% dans le Nord du département) versus 7,2% au niveau national et l'institut prévoyait une augmentation de 18% de ce nombre à l'horizon 2030 (1 900 personnes supplémentaires), cette augmentation concernant davantage le secteur central du département, relativement moins âgé à l'heure actuelle. Selon l'enquête déclarative « vie quotidienne et santé » réalisée à domicile en 2014 par l'INSEE et le Ministère de la Santé (DREES), le tiers des personnes de 60 ans et plus de Haute-Vienne (35%) rapportent connaître une certaine limitation de leur autonomie. Le plus souvent (20%), cette limitation est modérée mais dans 15% des cas elle est plus importante, voire forte (7%). Cette proportion évolue évidemment avec l'âge et après 75 ans ce sont 61% des personnes interrogées qui évoquaient une certaine limitation (limitation sensible pour 31%, dont importante pour 16%). Les chiffres relevés par l'ORS en 2015 sur les personnes de 75 ans et plus à domicile utilisant la grille de dépendance de Colvez sont convergents et montrent que 20% des Haut-Viennois de cet âge présentaient un certain niveau de dépendance, pour 14% celle-ci était importante (besoin d'aide pour les gestes de la vie quotidienne).

Quant au taux de bénéficiaires de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), susceptible d'être versée aux personnes présentant un score GIR de 1 à 4, elle concernait en 2015 en Haute-Vienne 9 070 personnes. Si elle est exceptionnellement versée avant 70 ans (moins de 1% de cette tranche d'âge), elle touche 20,1% des 75 ans et plus (61% à partir de 90 ans). Le taux de bénéficiaires de l'APA est légèrement plus faible que les moyennes nationale et régionale et situe la Haute-Vienne au 7<sup>ème</sup> rang des 12 départements de Nouvelle-Aquitaine.

Parmi les bénéficiaires en 2015, 5 070 vivaient à domicile, soit 56% des bénéficiaires, proportion plus faible que celle relevée au niveau national (59%) et régional (58%). Près du quart des APA à domicile (23%) concernaient des personnes particulièrement dépendantes (GIR 1 et 2). Cette proportion d'APA pour dépendance lourde à domicile est nettement plus importante qu'au niveau national (19%), situant sur ce plan la Haute-Vienne en tête des 12 départements de Nouvelle-Aquitaine.

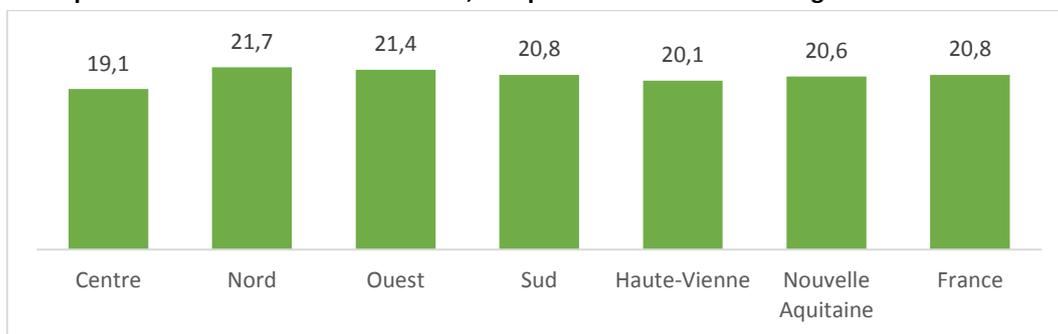
L'enquête limousine conduite par l'ORS en 2015 auprès des 75 ans et plus vivant à domicile montre qu'en Haute-Vienne 5% ne peuvent pas se déplacer sans aide à l'intérieur du logement, 11% ne peuvent pas faire seuls leur toilette, 10% ne peuvent pas s'habiller seuls, 15% ne peuvent pas se déplacer seuls à l'extérieur du logement. Par ailleurs, nombreux sont les personnes interrogées déclarant des difficultés pour réaliser seules

---

<sup>3</sup> Enquête handicap santé 2008-2009

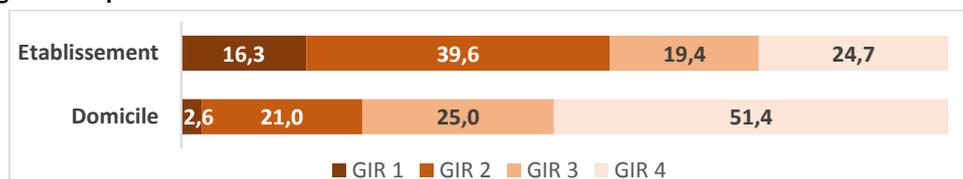
certaines actes de la vie quotidienne : préparer seules leur repas (29%), entretenir leur logement (51%), faire les courses (40%), gérer leur budget (27%).

**Fig.I.B1. Taux de bénéficiaires de l'APA chez les 75 ans et plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne en 2015, comparaisons aux données régionale et nationale**



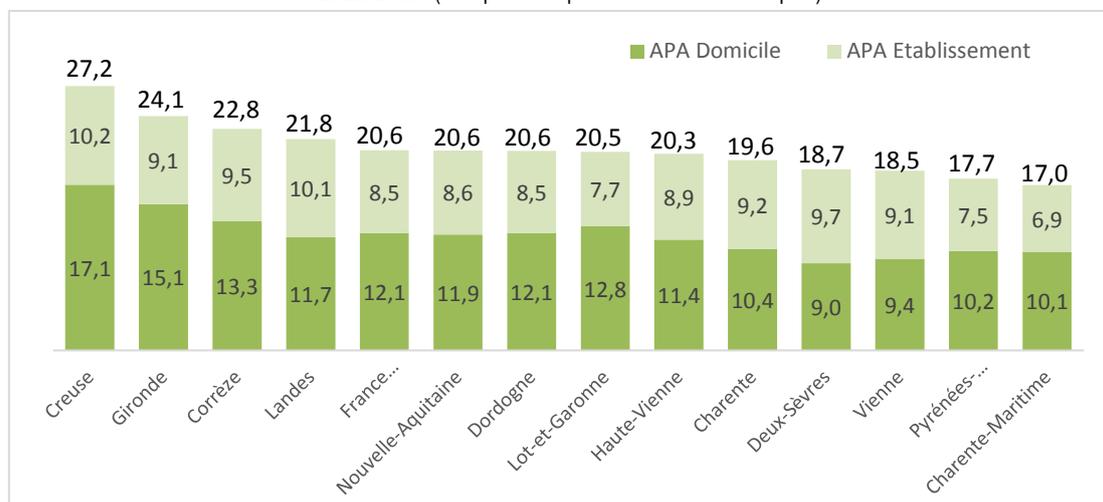
Source : Conseil départemental Haute-Vienne, INSEE RP2013

**Fig.I.B2. Proportion de bénéficiaires de l'APA selon le GIRR et le lieu de résidence en 2015 (%)**



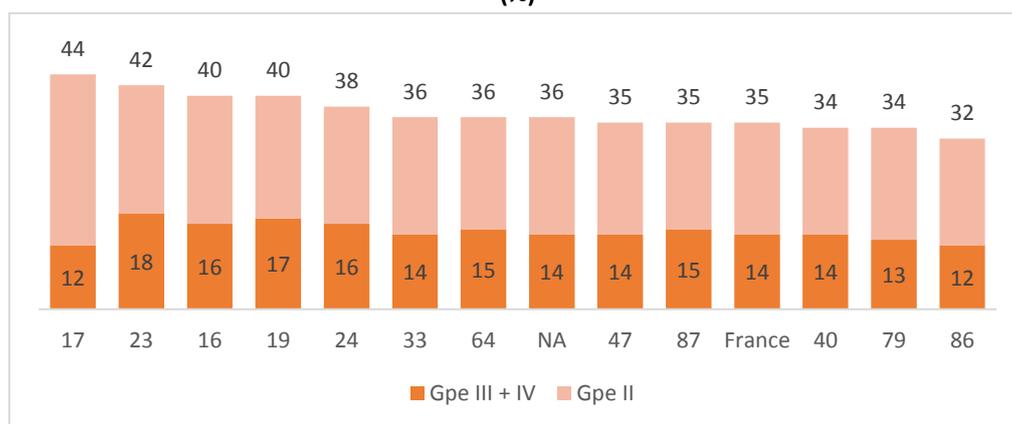
Source : Conseil départemental Haute-Vienne

**Fig.I.B3. Taux départementaux de bénéficiaires de l'APA (domicile / établissement) en Nouvelle-Aquitaine au 31.12.2013 (taux pour 100 personnes de 75 ans et plus)**



Source : DREES, INSEE

Fig.I.B4. Répartition départementale des personnes de 60 ans et + selon le score VQS<sup>(1)</sup> en Nouvelle-Aquitaine (%)



Source : DREES-INSEE, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, Résultats départementaux

(1) Groupe I : Personnes déclarant n'avoir aucune difficulté ; Groupe II : Personnes déclarant avoir quelques difficultés ; Groupe III : Personnes déclarant avoir plusieurs difficultés ; Groupe IV : Personnes déclarant avoir de nombreuses difficultés

**C. Etat de santé des seniors :** Un état de santé physique très impacté par les maladies chroniques et neurodégénératives ; des indicateurs plutôt favorables dans le secteur central, sensiblement moins en périphérie ; une santé psychique qui se dégrade avec l'avancée en âge, des renoncements à certains soins relativement fréquents

- *Un département particulièrement concerné, compte-tenu de sa structure d'âge, par les maladies chroniques (7 sur 10 en font état après 75 ans et 5% des 60 ans et plus sont admis chaque année en ALD -affection de longue durée-) et par la maladie d'Alzheimer (estimation de 8 000 cas). Une enquête déclarative faisant 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, situant la plupart du temps la Haute-Vienne dans les moyennes de référence, hormis sur certains points (maladies cardio-vasculaires, cancer colorectal, suicide), toutefois, des indicateurs plus péjoratifs dans les secteurs périphériques. Un état de santé psychique jugé passable, voire mauvais, par 4 personnes sur 10 après 75 ans et des pensées suicidaires reconnues par une personne sur 10 (la plupart du temps à plusieurs occasions). Un renoncement à certains soins chez les 75 ou plus qui touche plus d'une personne âgée sur 5 (proportion atteignant 30% dans le Nord du département), davantage en raison du coût qu'en raison de difficultés de transport.*

**Espérance de vie :** L'espérance de vie à la naissance est en Haute-Vienne de 79,3 ans chez les hommes (pratiquement identique à celle relevée au niveau régional et national) et de 85,8 ans chez les femmes (plus élevée de 0,4 an que les moyennes de référence). Le même constat peut être fait relativement à l'espérance de vie à 60 ans, le département apparaissant ici en situation tout à fait favorable chez les femmes.

**Maladies chroniques :** En Haute-Vienne, 28% des 75 ans et plus vivant en domicile se déclarent en mauvaise santé, c'est davantage qu'en Nouvelle-Aquitaine (23%) et qu'en France (21%). Les enquêtes déclaratives réalisées à domicile (enquête INSEE, enquête ORS) montrent que plus de la moitié des Haut-Viennois vivant à domicile font état d'un problème de santé chronique. C'est le cas de 70% d'entre eux après 75 ans (ici encore, davantage qu'en Nouvelle-Aquitaine et qu'en France). D'ailleurs, à cet âge, 62% déclarent bénéficier d'une ALD (tiers-payant pour affection de longue durée). Tous les ans, environ 5 600 nouvelles admissions

en ALD sont notées dans le département, concernant chaque année 5,1% des 60 ans et plus, taux évidemment plus élevé dans les territoires périphériques plus âgés, et également plus élevé que le taux régional (4,8%, 4<sup>ème</sup> rang sur 12 départements), sans doute en raison de la structure d'âge de la population.

Conséquence de l'avancée en âge de la population, la maladie d'Alzheimer touche de nombreuses personnes en Haute-Vienne : la prévalence est estimée à 8000 cas, soit 12,8% des 65 ans et plus (12,5% en Nouvelle-Aquitaine).

**Mortalité :** Le taux standardisé de mortalité générale chez les 60 et plus, ajusté sur l'âge et le sexe, est comparable au taux national. Il est cependant significativement plus élevé dans le secteur du Sud-Est. Si pour la plupart des causes de décès, le département apparaît dans la moyenne française (voire parfois en meilleure situation), il apparaît néanmoins, à âge égal, en situation défavorable relativement à certaines causes de décès, telles que maladies de l'appareil circulatoire, cancer colorectal, suicide. De plus, les taux relevés dans les territoires ruraux périphériques sont le plus souvent sensiblement plus péjoratifs que dans le secteur central.

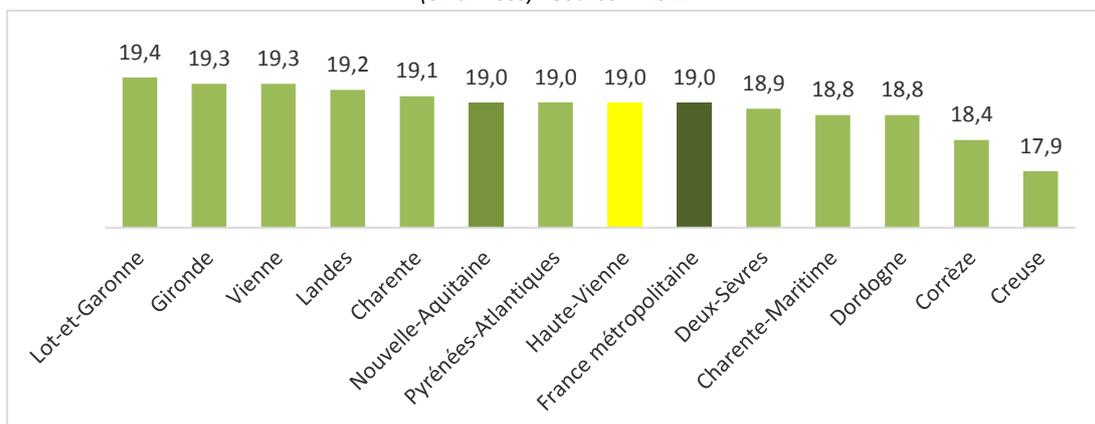
**Santé psychique :** l'enquête limousine réalisée par l'ORS montre que 40% des 75 ans et plus attribuent à l'état de leur moral une note inférieure ou égale à 5/10 (proportion atteignant 55% après 85 ans). De fait, une personne sur 3 de cet âge reconnaît consommer des médicaments psychotropes. Enfin, notons que 10% des 75 ans et plus vivant à domicile reconnaissent avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 mois écoulés (8% à plusieurs reprises). Cette proportion atteint 13% après 85 ans.

**Recours hospitalier :** le taux de recours (court séjour) des 60 ans et plus apparaît un peu plus élevé dans les territoires ruraux que dans le secteur central, conséquence vraisemblable d'un âge plus élevé. A l'opposé, le taux de recours en soins de suite et de réadaptation (SSR) apparaît sensiblement plus faible dans les territoires ruraux, ce qui pourrait laisser à penser que l'orientation en SSR en relai d'une hospitalisation y est moins fréquente du fait d'une plus faible offre de proximité.

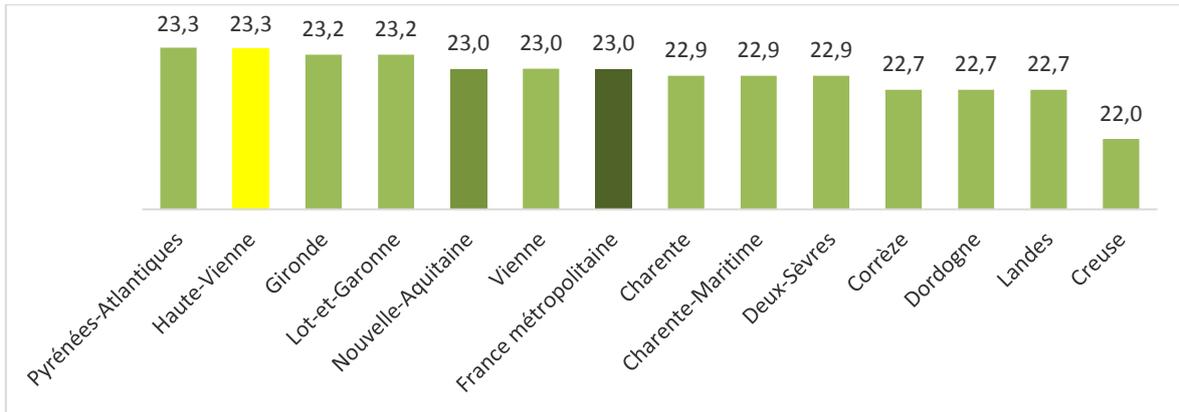
**Renoncements aux soins :** 10% des personnes de 60 ans ou plus de Haute-Vienne interrogées en patientèle de médecine générale disent avoir renoncé à certains soins au cours des 12 derniers mois (proportion atteignant 13% après 85 ans). La proportion recueillie dans le département à domicile est plus importante : 22% des 75 ans et plus font état de renoncements à certains soins dans les 12 mois, que ce soit pour raison financière (18%) ou un problème de transport (10%). Cette proportion est nettement plus élevée dans le secteur du Nord (30%) que dans les 3 autres territoires, essentiellement du fait de problèmes financiers plus souvent mis en avant.

**Fig.I.C1. Espérance de vie à 65 ans chez les hommes, selon les départements de Nouvelle-Aquitaine en 2013**

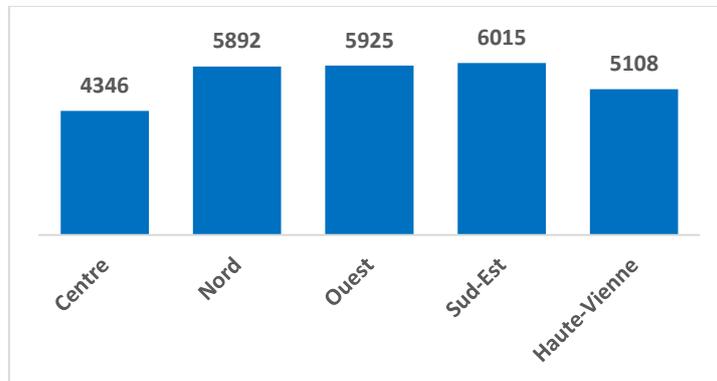
(en années) - Source : INSEE



**Fig.I.C2. Espérance de vie à 65 ans chez les femmes, selon les départements de Nouvelle-Aquitaine en 2013**  
(en années) - Source : INSEE

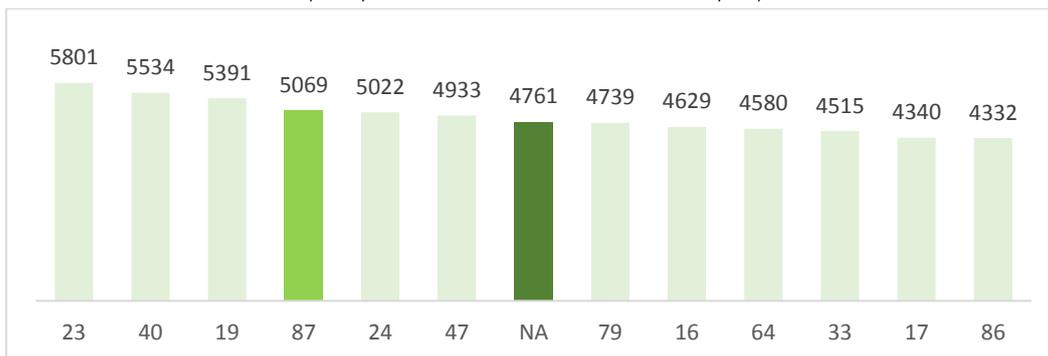


**Fig.I.C3. Taux de nouvelles admissions en ALD (toutes causes) en 2014 selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne** (pour 100 000 hab. de 60 ans et plus)



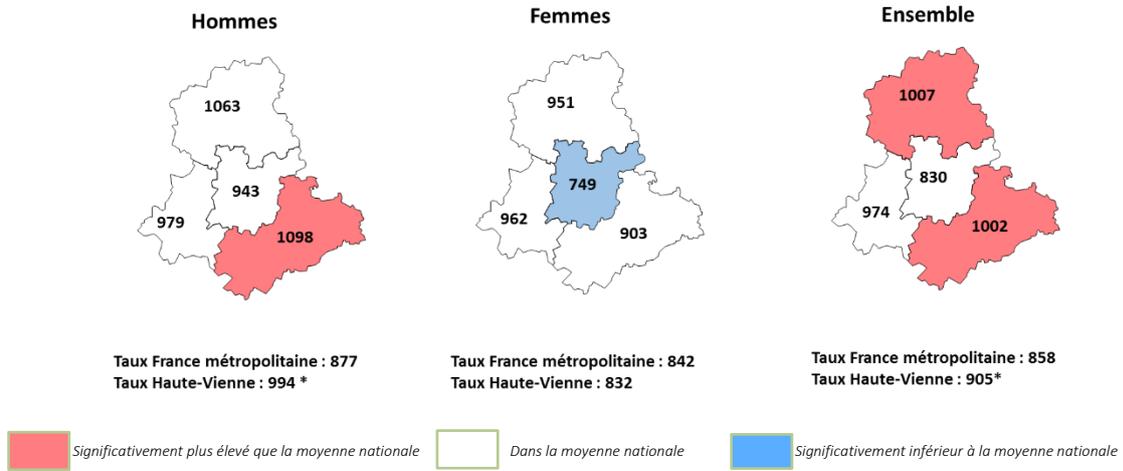
Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE RP2013

**Fig.I.C4. Taux de nouvelles admissions en ALD (toutes causes) en 2014 selon le département** (taux pour 100 000 habitants de 60 ans et plus)

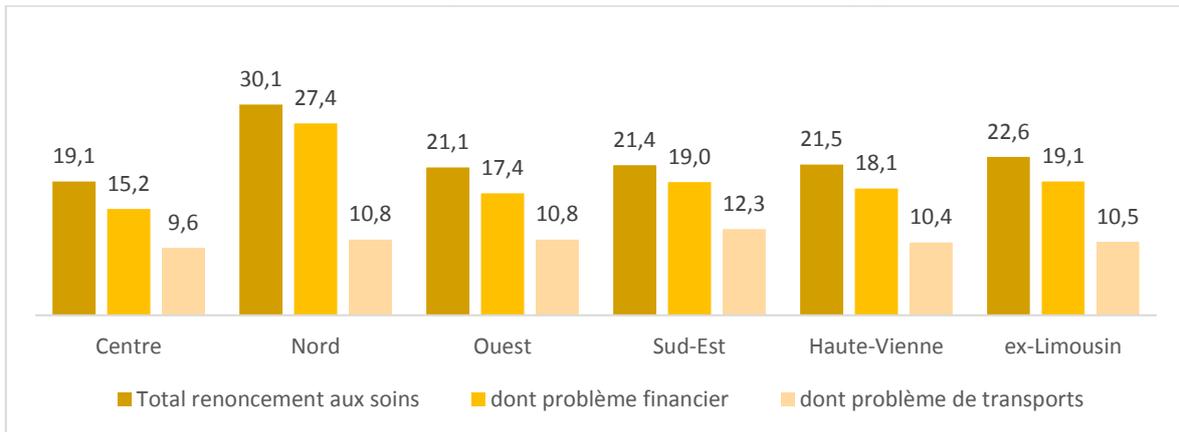


Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE 2014

**Fig.I.C5. Taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants de 60 ans ou plus selon le secteur (2011-2013) - Sources : CepiDc-INSERM, INSEE RP2012**



**Fig.I.C6. 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

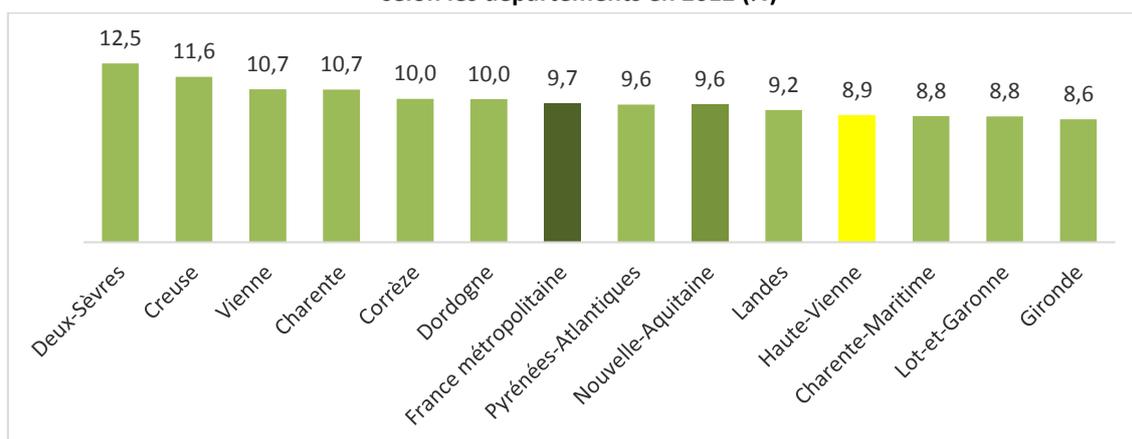
D. **Conditions de vie** : Un habitat pas toujours adapté à l'état de ses occupants, souvent ancien et parfois même, en particulier en rural, potentiellement indigne ; un nombre important de personnes âgées vivant en habitat dispersé, éloigné des ressources usuelles et n'ayant pas toujours un véhicule à disposition. Une vie relationnelle et sociale bien remplie pour certains, mais pour d'autres, en particulier s'ils vivent seuls (4/10 après 75 ans), un fréquent sentiment de solitude et, pour certains, un réel isolement relationnel.

#### a. Institutionnalisation

➤ **Chez les 75 ans et plus, une vie en institution très minoritaire.**

En Haute-Vienne, **91,1% des personnes âgées de 75 ans et plus vivent à domicile**, les autres (8,9%) étant hébergés en institution. La proportion de personnes âgées institutionnalisées est plus faible qu'au niveau national (9,7%) alors que pourtant, au sein de cette classe d'âge, la part des plus âgés (85 ans et plus) est plus importante dans le département (5<sup>ème</sup> rang régional). L'écart avec la moyenne régionale (9,6%) est du même ordre. Ainsi, malgré sa structure d'âge, la Haute-Vienne apparaît-elle comme l'un des départements de Nouvelle-Aquitaine où la part de personnes âgées institutionnalisées est la plus faible.

**Fig.I.D1. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant en institution selon les départements en 2012 (%)**



Source : INSEE, RP 2012

#### b. Habitat

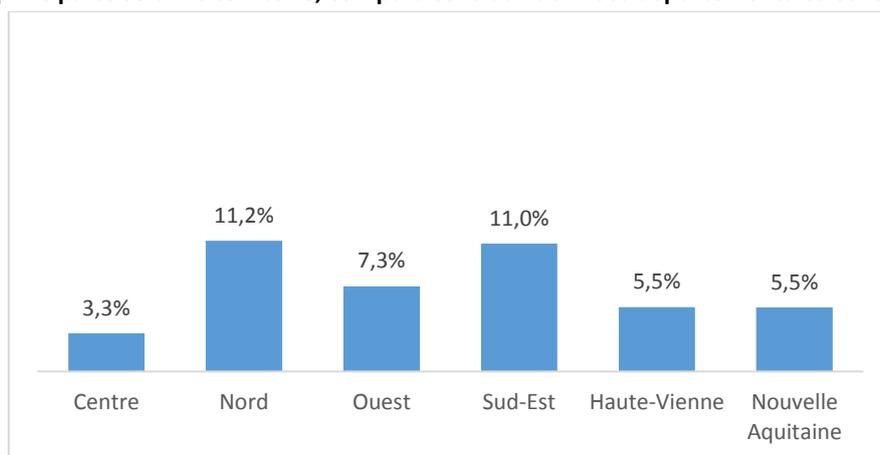
➤ **Une grande majorité de personnes âgées propriétaires de leur logement, davantage encore en rural, et vivant la plupart du temps, hormis en ville, en maison individuelle. Des logements pas toujours adaptés à l'état de santé de la personne et à son degré d'autonomie : 13% des personnes de 75 ans et plus interrogées 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**

En Haute-Vienne, 78% des personnes de 65 ans ou plus vivant à domicile sont propriétaires de leur logement (79% dans l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine). Cette proportion est sensiblement plus faible dans le secteur central, très urbanisé (73% versus 84% à 86% dans les territoires périphériques). Dans le secteur central, plus de la moitié des locataires de 65 ans et plus (soit 13% de l'ensemble de cette classe d'âge) résident en HLM. Par ailleurs, 76% résident dans une maison individuelle (82% en Nouvelle-Aquitaine), proportion nettement plus faible dans le secteur central (64% versus 92% à 93% dans les territoires ruraux).

La proportion de parc privé potentiellement indigne (pppi) est strictement identique à celle notée au niveau régional (5,5%). Cependant, si cette situation est rare en urbain (3%) elle peut concerner 11% du parc privé dans les territoires ruraux.

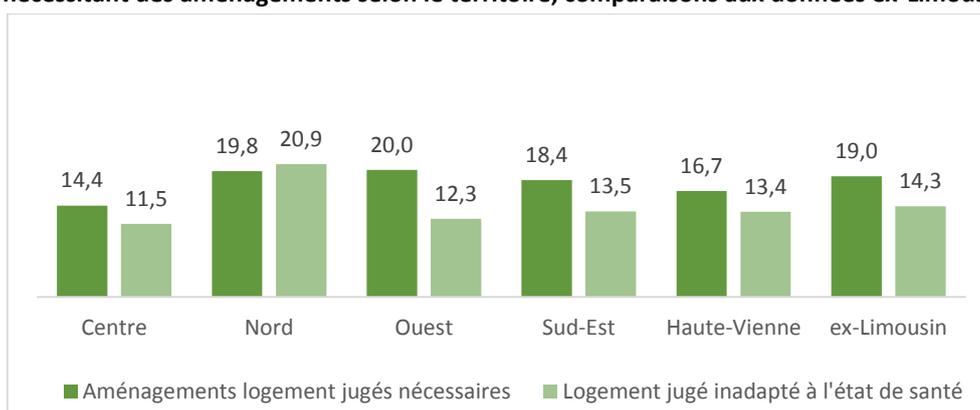
L'enquête limousine réalisée par l'ORS chez les 75 ans et plus vivant à domicile montre en Haute-Vienne que 11% ont dû aménager leur logement au cours des 5 dernières années pour s'y déplacer plus facilement, tandis que 17% estiment que des aménagements seraient nécessaires. Surtout, **13% des personnes interrogées estiment que leur logement n'est pas adapté à leur état de santé et à leur degré d'autonomie** et 13% également qu'il est insatisfaisant sur la plan du confort thermique. Par ailleurs, 7% indiquent que leur logement aurait fait l'objet d'un diagnostic par un professionnel pour le rendre plus adapté.

**Fig.I.D2. Proportion du parc privé potentiellement indigne (PPPI) parmi les résidences principales selon le territoire, comparaisons aux données départementales et régionales (%)**



Source : Filocom-Cerema 2013, Base Logement INSEE - RP 2013

**Fig.I.D3. Proportion de personnes de 75 ans et plus vivant à domicile jugeant leur logement inadapté et nécessitant des aménagements selon le territoire, 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

### c. Isolement géographique et relationnel des personnes âgées à domicile

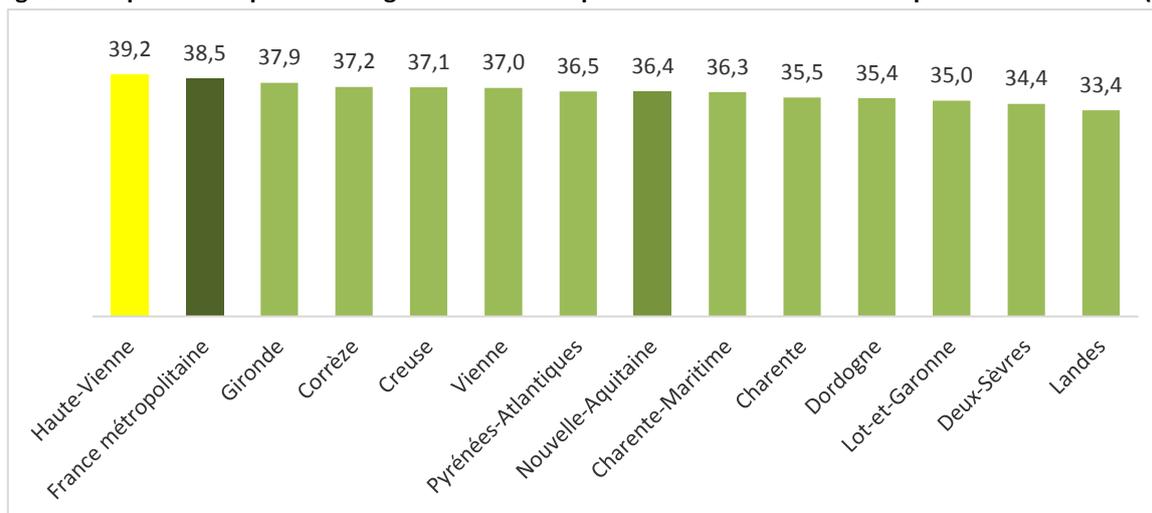
- **Sans même parler de l'éloignement d'une frange de la population départementale d'un pôle urbain, voire même d'un bourg structurant, un réel isolement géographique lié à la dispersion de l'habitat retrouvé chez près d'une personne âgée sur 5.**

En Haute-Vienne, certains territoires se trouvent particulièrement éloignés des centres urbains. Ainsi, près de 80 000 personnes (21%) vivent-elles à plus de 30 minutes (voire à plus de 40 minutes) des deux principaux pôles urbains, tandis que près de 50 000 (13%) vivent à plus de 30 minutes d'une commune disposant d'un service d'accueil des urgences. Or, ce sont précisément ces territoires qui comptent la plus forte proportion de personnes âgées. Mais l'isolement « physique », du fait de l'habitat, n'est pas exclusivement lié à l'enclavement d'un territoire et peut également concerner des communes péri-urbaines. L'étude de l'ORS montre qu'une part non négligeable des 75 ans et plus à domicile en Haute-Vienne (18%) vivent en **habitat dispersé**, soit dans un hameau (11%), soit dans une maison isolée (7%). Il apparaît par ailleurs que les deux tiers d'entre elles (67%) habitent à plus de 500 m du commerce de proximité le plus proche (boulangerie, épicerie, presse ...) et que plus du tiers (39%) habitent à plus d'un kilomètre, ce qui impose un transport motorisé.

- **Une proportion de personnes âgées vivant seules plus importante en Haute-Vienne**

Selon l'INSEE, la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules est plus élevée en Haute-Vienne (39,2%) qu'au niveau national (38,5%) et l'écart est sensiblement plus important avec le niveau régional (36,5%). C'est le département de Nouvelle-Aquitaine où cette proportion est la plus importante (devant un département très urbain : la Gironde et 2 départements très ruraux : la Corrèze et la Creuse). L'enquête de l'ORS réalisée à domicile fait état de 44% des 75 ans et plus vivant seuls (de 38% à 46% selon le secteur, le bassin de Limoges présentant la plus forte proportion).

**Fig.I.D4. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules selon les départements en 2012 (%)**



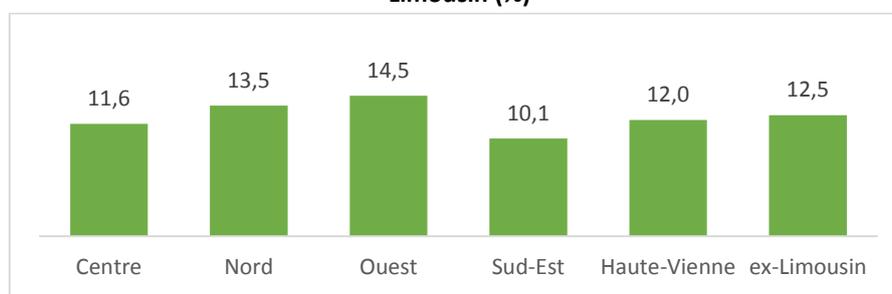
Source : INSEE, RP 2012

Des enfants vivant parfois loin, des contacts parfois espacés, certaines personnes âgées franchement isolées sur le plan relationnel, un sentiment de solitude répandu et régulièrement ressenti par près d'une personne âgée sur 7.

La grande majorité des personnes enquêtées en Haute-Vienne (89%) ont des enfants. Parmi elles, 56% déclarent que le plus proche vit à moins de 10 Km, à l'inverse, pour près du quart, l'enfant le plus proche vit éloigné, à plus de 100 Km (22%), voire plus de 200 Km (18%). Près de 70% de la population âgée déclarent des contacts au moins hebdomadaires (par forcément physiques) avec enfants ou petits-enfants. Pour les autres, c'est plus rare, voire inexistant. Certes, des liens de voisinage existent la plupart du temps mais 12% des habitants de Haute-Vienne (chiffre voisin de celui relevé en Creuse et en Corrèze) n'indiquent aucune personne (autre que l'éventuel conjoint) susceptible de se déplacer rapidement pour leur porter assistance en cas de besoin (sans différence notable entre le secteur central, majoritairement urbain, et les territoires ruraux). D'ailleurs, 8% des 75 ans et plus du département indiquent n'avoir de réels contacts avec autrui que moins d'une fois par mois (proportion variant de 7% dans le secteur du centre à 11% dans le Nord du département).

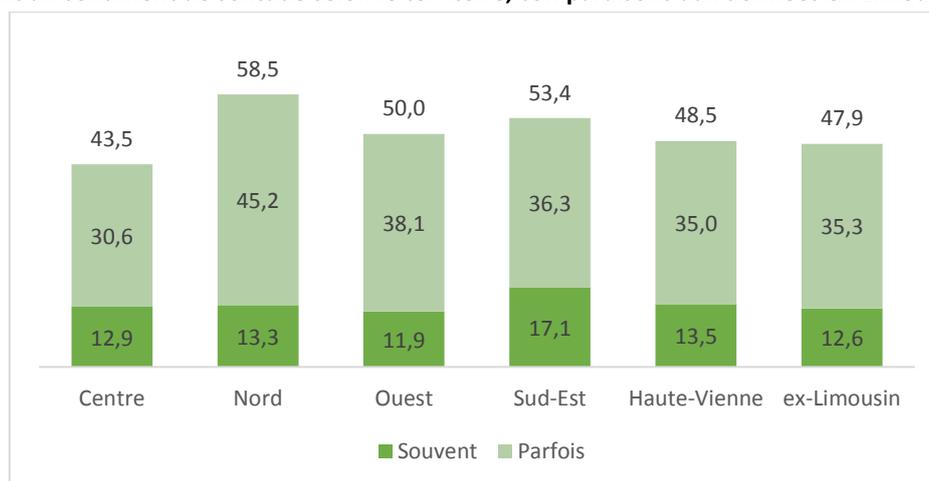
Enfin, l'enquête de l'ORS montre que la moitié des personnes de 75 ans et plus à domicile disent ressentir un sentiment de solitude (49%, proportion globalement plus importante en rural : 54% versus 44% dans le secteur centré sur l'agglomération de Limoges), 14% indiquant le ressentir souvent.

**Fig.I.D5. Proportion de personnes de 75 ans et plus vivant à domicile ne déclarant aucune personne susceptible de leur porter assistance (autre que conjoint) selon le territoire 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

**Fig.I.D6. Proportion de personnes de 75 ans et plus vivant à domicile ressentant parfois ou souvent un sentiment de solitude selon le territoire, 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

---

#### d. Vie sociale

- ***Une vie sociale assez bien préservée jusqu'à 80 ans, qui diminue sensiblement ensuite tout en continuant à concerner une part non négligeable des personnes, même après 85 ans***

L'enquête conduite auprès des 75ans et plus vivant à domicile montre en Haute-Vienne que :

- 17% sont membres d'un club d'aînés (22% en Creuse et Corrèze) : proportion sensiblement plus élevée en rural qu'en urbain, culminant au niveau limousin à 22% entre 80 et 84 ans et se maintenant néanmoins à 15% après 85 ans,
- 42% (de même que dans les deux autres départements) ont fait au moins un voyage d'agrément au cours des deux dernières années : de 54% avant 80 ans à 26% après 85 ans,
- 31% (versus 30% dans les deux autres départements) ont vu au moins un spectacle au cours des deux dernières années : de 43% avant 80 ans à 14% après 85 ans, proportion sensiblement plus élevée en ville (40%) qu'en rural (24%),
- 10% sont bénévoles dans une association (versus 12% en Creuse et Corrèze) : 17% chez les 75-79 ans mais 5% seulement après 85 ans,
- 18% utilisent Internet (comme dans les 2 autres départements) : de 32% avant 80 ans à 7% après 85 ans, proportion deux fois plus élevée en ville (25%) qu'à la campagne (13%),
- 54% utilisent un téléphone portable (51% en Creuse et Corrèze) : de 70% avant 80 ans à 32% après 85 ans ; 66% en ville et 42% à la campagne.

---

#### e. Mobilité / transports

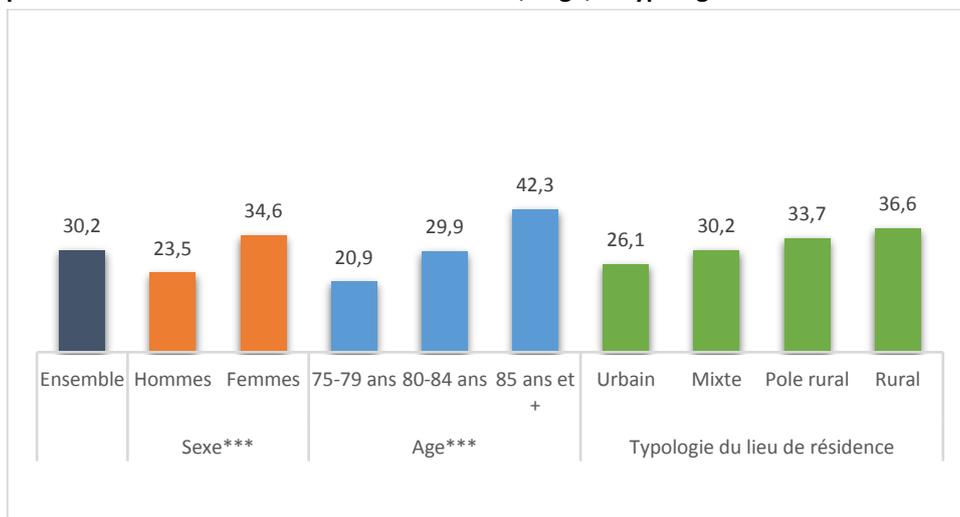
- ***Des difficultés de transport pour les actes de la vie quotidienne relativement fréquemment rapportées après 75 ans en milieu rural (plus d'une personne sur 3), mais également en milieu plus urbain (1 sur 4). Un renoncement à certains soins dans les 12 mois par absence de moyen de transport rapportée par une personne sur 10. La voiture, principal moyen de locomotion, que la personne âgée (ou son conjoint) conduise ou qu'elle se fasse véhiculer. Cependant, le taxi fréquemment privilégié en rural pour certains déplacements, en particulier ceux en lien avec la santé.***

L'enquête conduite auprès des personnes de 75 ans et plus vivant à domicile montre que 30% des Haut-Viennois de cet âge font état de difficultés de transport, occasionnelles ou fréquentes, pour certains actes de la vie courante (se rendre chez le médecin, faire les courses ...). Cette proportion est particulièrement élevée dans les territoires ruraux du département (34% à 37%) mais concerne également 25% des habitants du secteur central. Par ailleurs, 10% des personnes interrogées déclarent avoir renoncé au moins une fois au cours des 12 mois à certains soins en raison de l'absence de moyen de transport (sans variation territoriale significative).

Seuls les deux-tiers des personnes de 75 ans et plus interrogées en Haute-Vienne disposent d'un véhicule et si pratiquement tous les hommes possèdent le permis de conduire, ce n'est le cas que de 6 femmes sur 10. La voiture est de loin (71%) le principal moyen de locomotion des Haut-Viennois âgés pour, par exemple, se rendre chez un médecin ou passer une radio. Cependant, pour ce type de déplacement, le taxi apparaît assez souvent la solution privilégiée (21%), en particulier dans les territoires les plus ruraux (Nord et Sud-Est du département), alors que cette solution n'est privilégiée que par 11% dans le secteur plus urbain du Centre. Cependant, lorsqu'un véhicule individuel est utilisé, celui-ci n'est conduit par l'intéressé(e) ou son conjoint que 6 fois sur 10. Les autres personnes

se font véhiculer, en général par un enfant ou un petit enfant. A noter que dans ce cas de figure, les transports en commun sont très rarement privilégiés par les Haut-Viennois (3% globalement : 18% dans le secteur du centre mais 1% seulement dans le reste du département). Quant aux transports à la demande, ils ne sont cités que par 5% (de manière homogène dans les 4 territoires).

**Fig.I.D7. Proportion de personnes de 75 ans et plus de Haute-Vienne déclarant connaître des difficultés de transport pour des actes de la vie courante selon le sexe, l'âge, la typologie du lieu de résidence (%) -n=897**



Enquête ORSL/ARS-2015

**A Offre d'hébergement et de soins de longue durée :** un déficit marqué en places d'hébergement, en particulier dans le secteur central, une situation satisfaisante en hospitalisation de longue durée

- *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.*

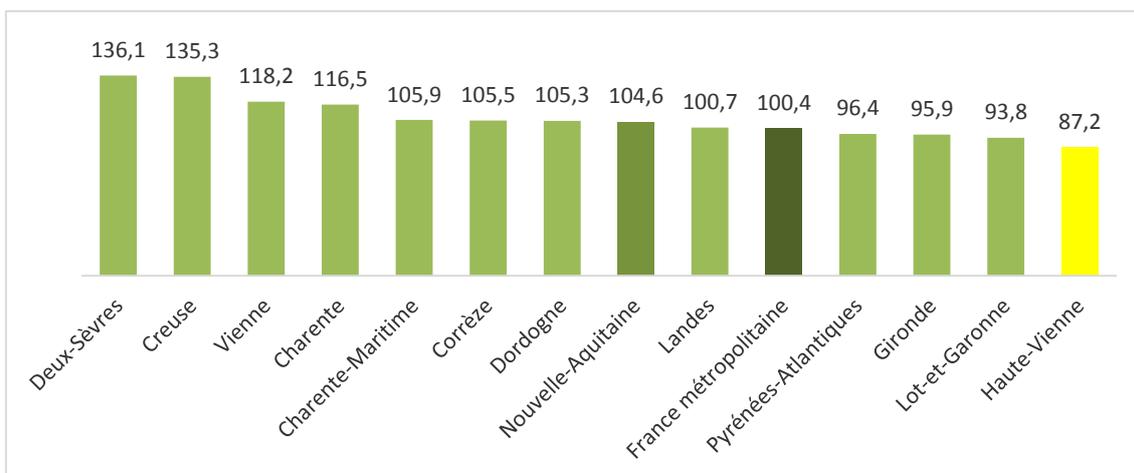
En 2017, la Haute-Vienne compte 3 911 places installées en EHPAD, dont 3 653 en hébergement permanent, 121 en hébergement temporaire et 137 en accueil de jour.

Le taux d'équipement total en EHPAD est de 86,6 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus. Le taux relevé en 2015 (87,2) est **sensiblement plus faible que le taux métropolitain (100,4) et, plus encore, que le taux régional (104,6)**, plaçant la Haute-Vienne dans les derniers rangs des départements métropolitains (83<sup>ème</sup>/96) et au tout dernier rang –et assez nettement- des 12 départements néo-aquitains, alors même que la proportion de personnes très âgées (85 ans et plus) est ici plus importante. Par comparaison, le taux relevé dans les Deux-Sèvres ou dans la Creuse est 1,6 fois plus élevé. Quant à celui relevé en Lozère, département français le mieux doté, il est deux fois plus élevé. On rappelle que la Haute-Vienne est le département de Nouvelle-Aquitaine qui présente la plus faible proportion de personnes âgées vivant en institution. Ce constat doit-il s'interpréter positivement (plus grand investissement des familles, dispositifs d'aide au maintien à domicile plus opérants) ou au contraire négativement (obligation de maintien à domicile par manque de places en EHPAD) ? A l'échelle infra-départementale, le taux d'équipement total est sensiblement plus fort en périphérie (de 99 à 112 pour 1 000) que dans le secteur central, constitué essentiellement par l'agglomération de Limoges (69 pour 1 000). A noter que dans le secteur Nord, certains établissements seraient sous utilisés.

Le département compte par ailleurs 10 résidences autonomie (dont 5 dans le secteur central) correspondant à 485 places dont 2 en accueil temporaire, soit un taux d'équipement de 10,7 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Le taux le plus élevé est relevé dans le secteur Nord (20,7), le taux le plus bas dans le secteur Ouest où il n'existe aucune résidence autonomie.

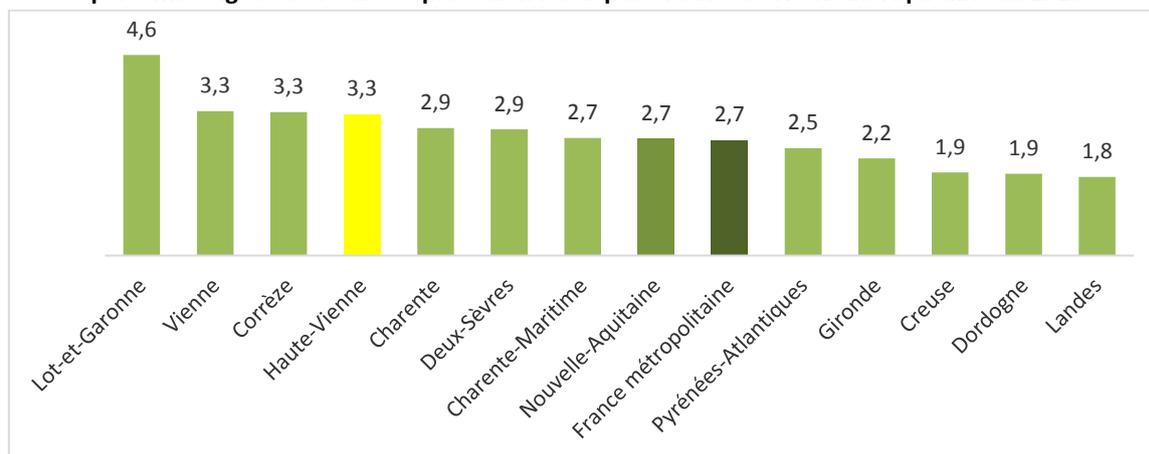
Enfin, en Haute-Vienne, 7 établissements hospitaliers possèdent des lits de soins de longue durée (USLD) pour un total de 462 lits installés (10,2 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus). Le taux d'équipement, deux fois plus élevé qu'au niveau national et régional, est relativement homogène au sein des 4 secteurs (14 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus dans le secteur Nord, 9 à 10 dans les trois autres secteurs).

**Fig.II.A1. Taux d'équipement en places en EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus selon les départements de Nouvelle-Aquitaine en 2015**



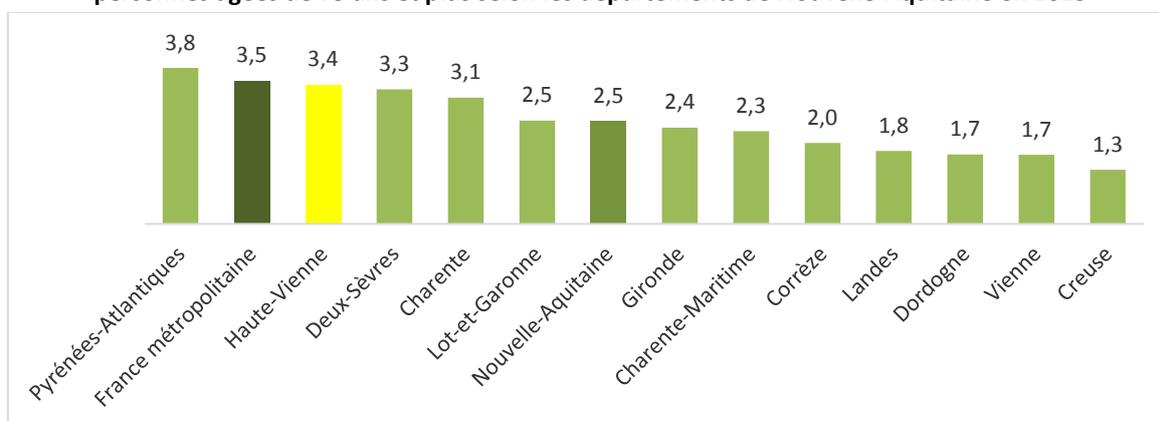
Sources : FINESS, INSEE

**Fig.II.A2. Taux d'équipement en accueil temporaire dans les structures pour personnes âgées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus selon les départements de Nouvelle-Aquitaine en 2015**



Sources : FINESS, INSEE

**Fig.II.A3. Taux d'équipement en accueil de jour dans les structures pour personnes âgées pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus selon les départements de Nouvelle-Aquitaine en 2015**



Sources : FINESS, INSEE

---

**B** Dispositifs dédiés au repérage et à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer : Une organisation territoriale en place, des possibilités d'hébergement spécifiques en augmentation mais encore à développer, en particulier dans certains territoires.

- *Un réseau de consultations mémoire couvrant le territoire, la mise en place d'une MAIA dans chacun des 4 secteurs d'action du Conseil Départemental, des places dédiées en EHPAD dans les deux tiers des établissements mais néanmoins un net déficit dans les secteurs Nord et Ouest, des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) proposés dans 4 EHPAD sur 10*

La Haute-Vienne compte 7 lieux de consultations mémoire (outre celles proposées par des neurologues libéraux). Chacun des 4 secteurs du département en dispose d'au moins une consultation. Par ailleurs, le département est désormais structuré en dispositifs d'intégration des services d'aide et de soins (MAIA). Ici encore, chacun des 4 secteurs est couvert. Dans les secteurs périphériques, les MAIA sont portées par les structures hospitalières, dans le territoire central, elles le sont directement par le Conseil Départemental.

En Haute Vienne, 28 des 41 EHPAD (les deux tiers) proposent des places dédiées aux personnes porteuses de la maladie d'Alzheimer : on compte un total de 473 places dédiées en hébergement permanent, 41 places d'hébergement temporaire et 126 places en accueil de jour sur le département. Quatre EHPAD sont entièrement dédiés à ces malades (dont 3 dans l'agglomération limougeaude). Les taux d'équipement apparaissent cependant nettement inférieurs sur les territoires du Nord et de l'Ouest. Par ailleurs, 14 établissements, répartis sur le territoire départemental, proposent des unités PASA.

**Fig.II.B1. Taux d'équipement en places dédiées Alzheimer dans les EHPAD en Haute-Vienne et selon les territoires en 2017 pour 1 000 habitants de 75 ans et plus**

Taux d'équipement	Haute-Vienne	Centre	Nord	Ouest	Sud-Est
en hébergement permanent	10,5	12,0	4,2	2,2	17,8
en hébergement temporaire	0,9	1,2	0,3	-	1,2
en accueil de jour	2,8	4,2	1,0	0,3	2,1

Source : FINESS

---

**C** Dispositifs d'aide au maintien à domicile : Une coordination renforcée sur l'ensemble du département, un territoire bien couvert par divers dispositifs, mais un certain nombre de besoins à pourvoir

- *Une mission de coordination désormais directement assurée par le Conseil Départemental et un maillage fin du territoire mis en place ; un déploiement des MAIA sur chacun des 4 secteurs ; un département couvert par de nombreuses structures d'aide à domicile réparties sur le territoire, cependant un certain nombre de besoins insuffisamment couverts exprimés par les personnes elles-mêmes.*

Depuis 2011, le Conseil général a repris en régie directe les missions de **coordination gériatrique** des CLIC : Au sein des 29 Maisons de Département (MDD), réparties sur tout le département, 35 référents autonomie interviennent soit au domicile des seniors, soit lors de permanences ou sur rendez-vous.

Les 4 secteurs d'action du département sont désormais couverts par des **MAIA** qui visent à améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et à apporter une réponse décloisonnée, harmonisée et adaptée aux besoins de la personne âgée.

Le département compte **plus de 40 services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)** assurant à domicile (ou à partir du domicile) des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie, en dehors des actes de soins qui relèvent des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). On dénombre 38 structures prestataires autorisées (et 3 résidences services) ainsi que 30 structures mandataires. L'enquête réalisée auprès des personnes de 75 ans et plus à domicile montrent que 16% d'entre elles se souviennent avoir bénéficié d'une évaluation de l'autonomie par un professionnel (proportion plus élevée dans le Nord et l'Ouest du département : 20 à 22%). Il est à noter que seuls 70% de ceux qui ont une dépendance lourde font cette réponse.

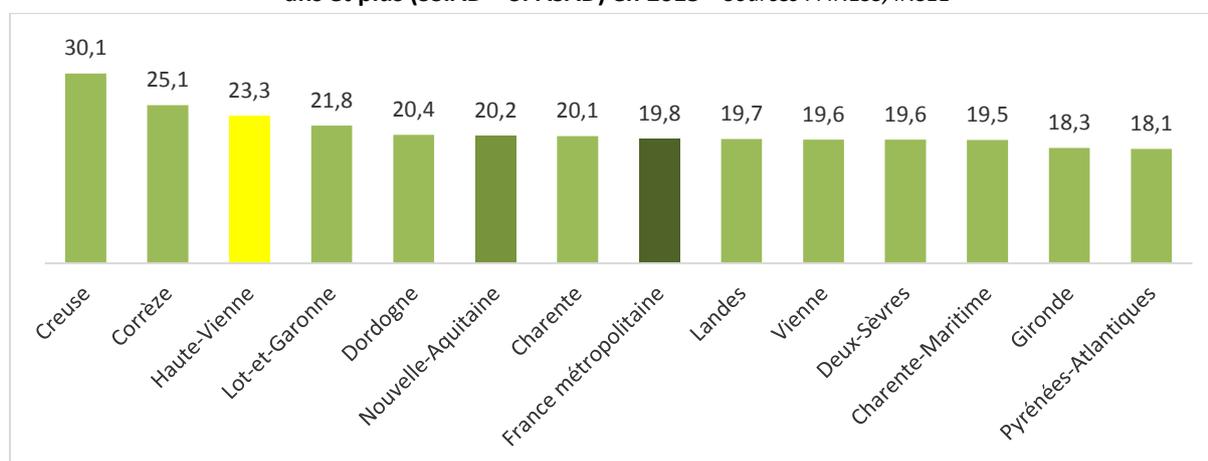
En Haute-Vienne interviennent **20 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** qui assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers (techniques ou relationnels) au domicile de la personne ou éventuellement en établissement non médicalisé. Ils ont pour vocation d'éviter l'hospitalisation ou de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation ; ils visent aussi à prévenir ou retarder la perte d'autonomie et l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux lorsque cette entrée ne correspond pas au souhait des personnes. Ces 20 structures, bien réparties sur le territoire, ont une capacité totale de 1 030 places. Le taux d'équipement départemental est de 23,3 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Il est **supérieur au taux régional (20,2, 3<sup>ème</sup> rang) et national (19,8)**. Cependant, des listes d'attentes existent pour certains SSIAD et des patients attendent parfois très longtemps avant d'être pris charge (plus d'une année d'attente). De plus, des refus de prise en charge ont été rapportés sur certains territoires en raison de situations jugées trop lourdes et d'un éloignement géographique important.

Au sein de 5 SSIAD intervient une équipe de professionnels formés aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ESA) : 50 places dédiées sont proposées au sein de ces SSIAD (chacun des 4 secteurs du département en compte au moins un).

La Haute-Vienne dispose également de **2 services d'hospitalisation à domicile** couvrant l'ensemble du territoire (taux d'équipement de 27 lits pour 100 000 habitants, du même ordre que le taux régional (28, 5<sup>ème</sup> rang sur 12) et supérieur au taux national (21). On dénombre par ailleurs en Haute-Vienne 24 **services de repas portés à domicile**, répartis sur l'ensemble du département.

Pour autant, tous les besoins ne sont pas totalement couverts. Ainsi, un certain nombre de personnes âgées de 75 ans et plus interrogées à domicile font état de besoins non ou insuffisamment satisfaits. Les plus souvent cités (environ 1 personne âgée sur 7) ont trait aux aides à domicile (aides ménagères et auxiliaires de vie), à une offre de transport à la demande, à un service de portage de médicaments à domicile, ou encore de portage de courses. Sont également cités (1 personne sur 10) des besoins en matière de soins médicaux à domicile ou de portage de repas.

**Fig.II.C1. Taux d'équipement en places dans les services de soins à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SSIAD + SPASAD) en 2015 – Sources : FINESS, INSEE**



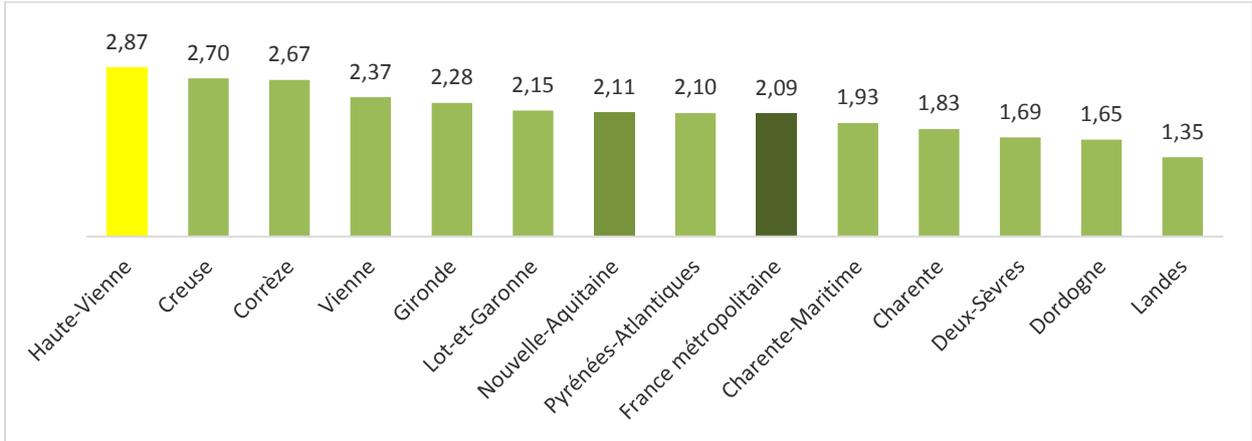
- *Un taux d'équipement en lits hospitaliers très favorable, cependant une offre complète sur 2 sites seulement. Une densité en médecins généralistes et infirmiers globalement correcte, mais plus tendue dans certains secteurs ruraux, surtout si l'on tient compte de l'âge de la population desservie. Une offre spécialisée, publique et privée, concentrée sur Limoges, déséquilibre en partie compensé par la mise en œuvre d'une politique volontariste en matière de consultations avancées.*

L'Offre hospitalière départementale publique est constituée de 3 centres hospitaliers « généraux », (CHU de Limoges et CH de St-Junien et St-Yrieix), d'un établissement spécialisé dans les soins psychiatriques (CH Esquirol) et de 2 hôpitaux locaux (l'Hôpital intercommunal du Haut-Limousin, réparti sur 3 sites, et l'Hôpital Monts et Barrages de St Léonard-de-Noblat). L'offre privée repose sur une polyclinique (2 sites sur Limoges), un établissement spécialisé dans les soins psychiatriques dans le Nord du département (La Jonchère), ainsi qu'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) à Verneuil-sur-Vienne. Un service d'accueil des urgences 24H/24 existe à Limoges, St-Junien et St-Yrieix. Des consultations avancées de spécialités médicales sont proposées en nombre relativement important à St-Junien, St-Yrieix et Bellac, en nombre plus restreint à St-Léonard ainsi qu'au Dorat et à Magnac-Laval.

La Haute-Vienne se caractérise par un taux d'équipement, tant en médecine qu'en chirurgie, nettement supérieur aux moyennes régionale (1<sup>er</sup> rang des 12 départements) et nationale. Elle est également relativement bien dotée en lits de soins de suite (SSR), avec un taux légèrement plus élevé que la moyenne régionale (5<sup>ème</sup> rang sur 12). On rappelle que le département est également très bien doté en lits de soins de longue durée (USLD).

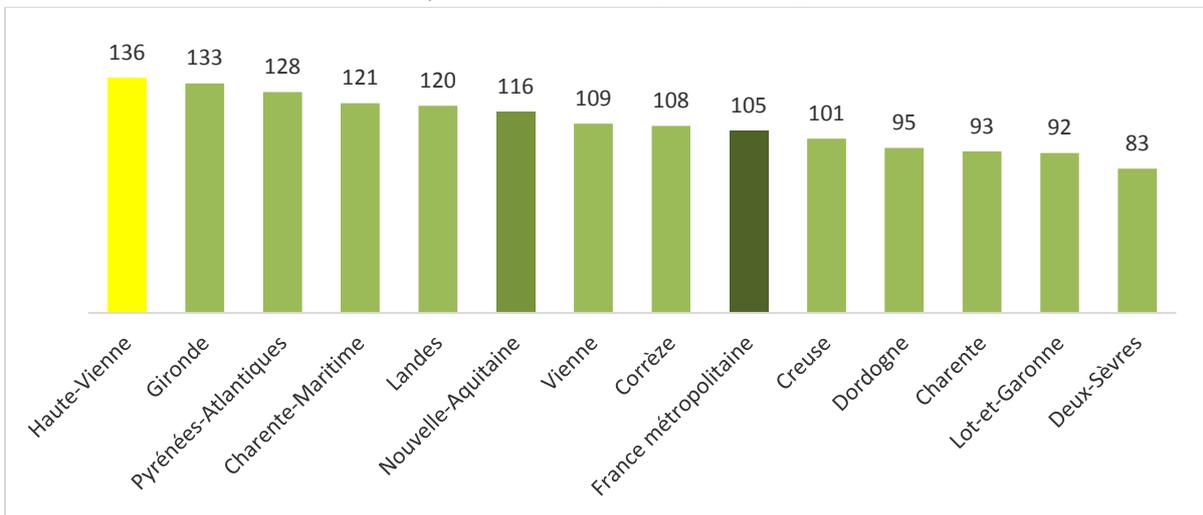
S'agissant de l'offre libérale, la Haute-Vienne apparaît en situation tout à fait favorable en termes de médecins généralistes avec 135 médecins pour 100 habitants versus 116 au niveau régional (1<sup>er</sup> rang devant la Gironde) et 105 au niveau métropolitain. Si la densité est nettement plus importante dans le secteur central du département, on note que les 3 secteurs périphériques présentent des densités voisines de la densité nationale (légèrement inférieures dans le Nord et l'Ouest). La prise en compte de la structure d'âge de la population relativise cependant ce constat et la situation apparaît plutôt déficitaire dans les deux secteurs mentionnés. L'offre en spécialistes libéraux est inférieure aux moyennes régionale et nationale, cependant la Haute-Vienne apparaît bien placée au niveau régional (3<sup>ème</sup> rang), mais la quasi-totalité de l'offre est concentrée sur Limoges. L'offre en infirmiers libéraux est favorable par rapport aux moyennes régionale et nationale, cependant de manière moins flagrante qu'en médecine générale (7<sup>ème</sup> rang régional) et la prise en compte de la structure d'âge de la population ramène la situation départementale dans la moyenne nationale, et fait même apparaître un déficit dans le secteur Ouest. Par contre, le département est franchement déficitaire en kinésithérapeutes, faiblement dans le secteur central, plus fortement dans les secteurs ruraux, en particulier le secteur Nord. Le même constat vaut pour les dentistes.

**Fig.II.D1. Taux d'équipement en lits et places de Médecine en 2015 pour 1 000 habitants** – Sources : SAE, INSEE



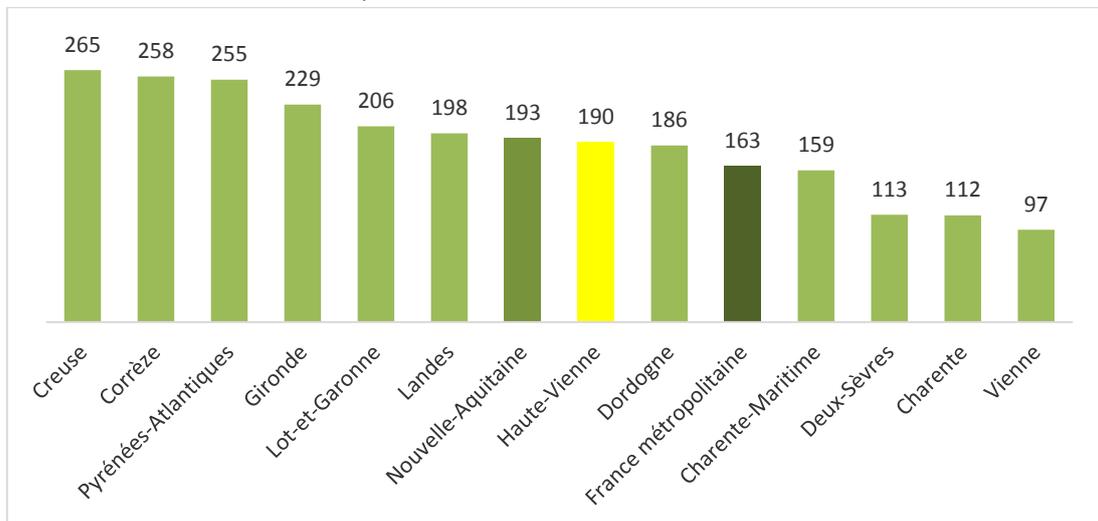
**Fig.II.D2. Densité en médecins généralistes libéraux selon les 12 départements de Nouvelle-Aquitaine en 2015**

– Taux pour 100 000 habitants, Sources : ARS, INSEE



**Fig.II.D3. Densité en infirmiers libéraux selon les 12 départements de Nouvelle-Aquitaine en 2015**

Taux pour 100 000 habitants, Sources : ARS, INSEE



### III. SYNTHÈSE DES ACTIONS DE PRÉVENTION RELATIVES AU « BIEN VIEILLIR » ET À LA PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE CONDUITES EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS AIDANTS

D'après le travail de recensement des actions de prévention relatives au « bien vieillir » et à la prévention de la dépendance conduites en direction des personnes âgées et leurs aidants en Haute-Vienne au cours des 3 dernières années, plus de 130 actions ont été identifiées. Elles sont présentées plus en détails dans le rapport 2 et figurent chacune en annexe dudit rapport. Est ainsi précisé pour chaque action recensée les thématiques abordées, le type d'action, un bref descriptif, le territoire d'intervention et les éléments se rapportant aux organismes ayant permis de mener à bien l'action : pilote, partenaires et financeurs.

Des analyses de ces actions, sont exclues certaines d'entre elles, à savoir bien entendu certaines actions similaires rapportées par plusieurs acteurs lorsqu'elles ont pu être identifiées comme tel, mais aussi :

- les actions se rapportant uniquement à des aides financières (actions rapportées notamment par le RSI et la CARSAT, l'ensemble de leurs actions collectives étant portées par CAP Limousin),
- l'organisation de repas des aînés ou le portage de colis repas à l'occasion des fêtes de fin d'année (rapportée par les CCAS interrogés, avec, de fait, le biais de ne pas avoir l'information pour l'ensemble des communes),
- et enfin les actions relevant des formations des professionnels (actions portées par IGL et la CRMA).

Au final, 108 actions de prévention conduites entre 2014 et 2016 en Haute-Vienne auprès du public sénior sont ici analysées.

---

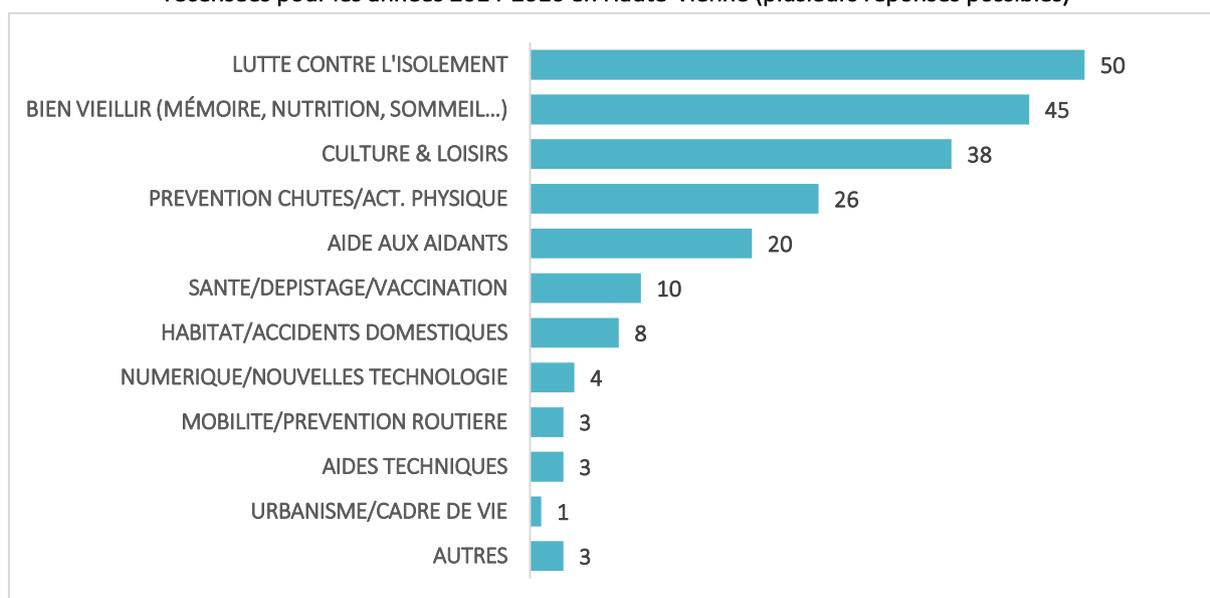
#### A. Les thématiques abordées

Les thématiques analysées ici résultent de l'appréciation des organismes ayant renseigné les fiches action. Pour chaque action, plusieurs thématiques pouvaient être rapportées.

Les thématiques les plus souvent citées concernent principalement les actions relatives à la lutte contre l'isolement (type visites chez les personnes âgées, l'organisation de rencontres autour d'évènements ou des ateliers – 50 actions recensées) et les actions générales « bien vieillir » (ateliers « bien vieillir », mémoire, équilibre... 45 actions). Sont également comptabilisées un nombre important d'actions culturelles et de loisirs (38), d'actions de prévention des chutes et promouvant l'activité physique (26) et d'actions relatives à l'aide aux aidants pour un public sénior (20). Une dizaine d'actions portaient spécifiquement sur la santé (10 actions « santé/dépistage/vaccination) et sur l'adaptation de l'habitat (8 actions « habitat/adaptation de l'habitat/domotique/accidents domestiques »). Enfin, plus rarement ont été rapportées des actions sur les nouvelles technologies (4), la prévention routière (3), les aides techniques (3) ou l'urbanisme et le cadre de vie (1).

Finalement, l'ensemble des thématiques sont abordées à travers les actions de prévention proposées aux séniors et leurs aidants sur le territoire haut-viennois.

**Fig.III.A1. Thématiques abordées par les actions de prévention en direction des séniors recensées pour les années 2014-2016 en Haute-Vienne (plusieurs réponses possibles)**

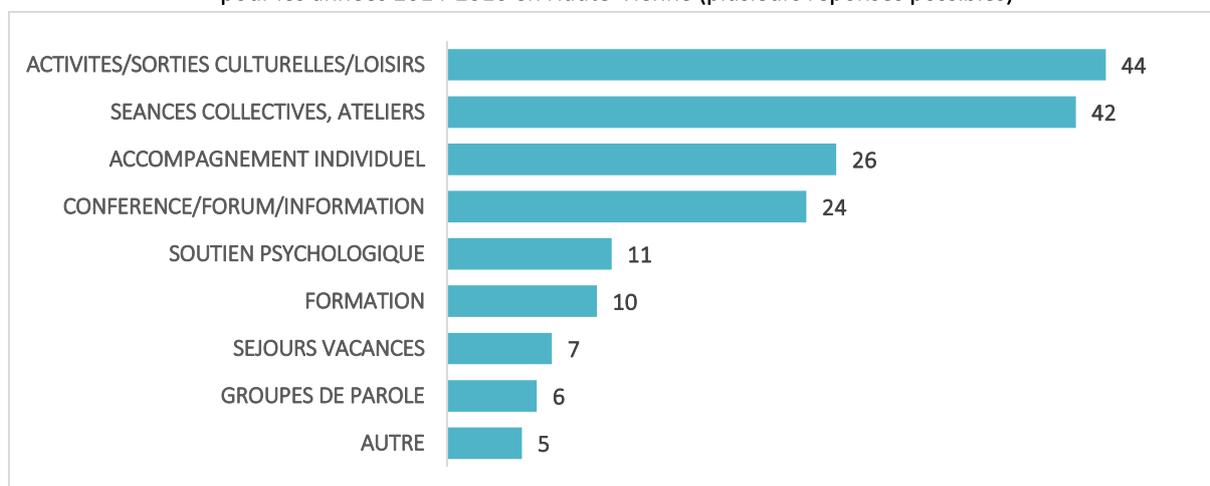


## B. Les types d'action

Les types d'action étaient également relevés par le biais de la fiche action. Ils ont été retravaillés et harmonisés en fonction de la description des actions. Comme pour les thématiques, plusieurs types d'action pouvaient être identifiés pour une même action.

Les ateliers/séances collectives (44 actions) et les activités culturelles et de loisirs (42 actions) sont les plus fréquentes, puis viennent les accompagnements individuels (26 actions) et les conférences/forum/diffusions d'information (24 actions). Moins fréquemment ont été repérées des actions relatives au soutien psychologique (11), à la formation des aidants familiaux ou des personnes âgées (10), des séjours de vacances (7) et des groupes de parole (6). 5 autres types d'action ont été identifiés : diffusion d'un questionnaire de recueil des besoins chez les séniors, diffusion d'un guide d'activité à leur intention, mise en place d'une charte de solidarité en faveur des aînés...

**Fig.III.B1. Types d'actions de prévention en direction des séniors recensées pour les années 2014-2016 en Haute-Vienne (plusieurs réponses possibles)**



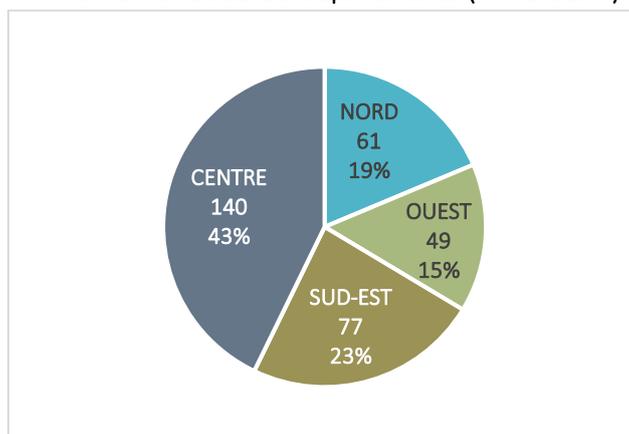
### C. Les territoires couverts

Les analyses spatiales des actions de prévention ont été réalisées en comptabilisant une action par localisation ou session identifiée(e). Selon les fiches action retournées, ces informations étaient plus ou moins bien renseignées. Les actions réalisées sur l'ensemble du territoire haut-viennois sans plus de précisions sont ici comptées pour une action par territoire d'intervention.

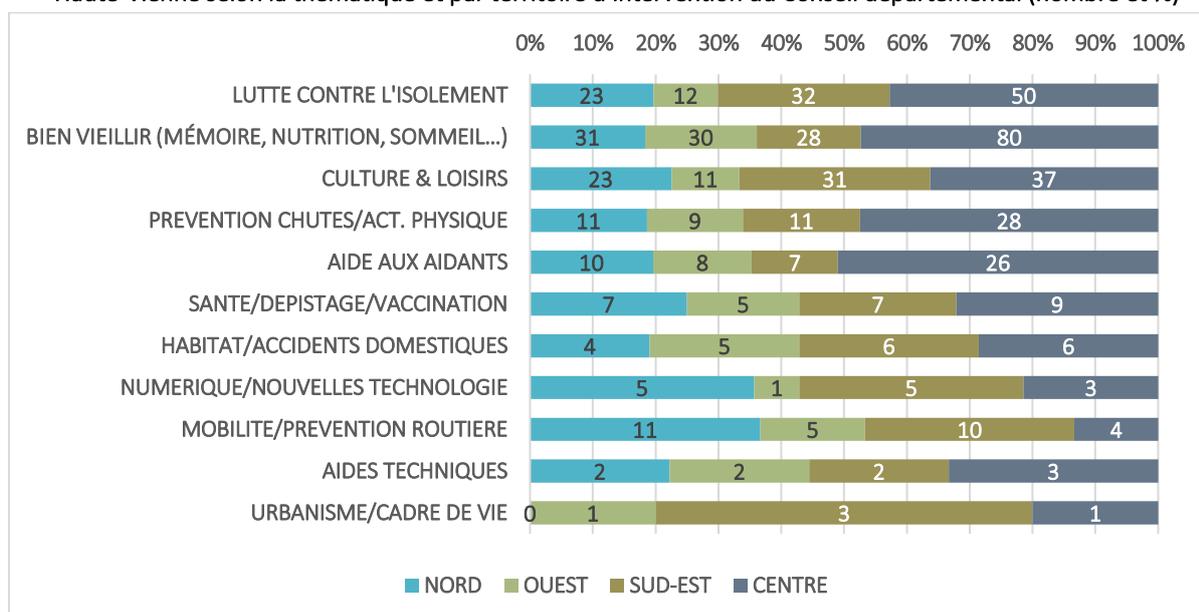
La déclinaison territoriale des actions de prévention montre une bonne répartition des actions sur les 4 territoires d'intervention du Conseil départemental. Si le Centre qui concentre la plus forte proportion de la population (58% des personnes âgées de 60 ans et plus du département) rassemble près de la moitié des actions de prévention repérées (45%), les 3 autres territoires ne sont pas pour autant délaissés : 16% des actions recensées réalisées dans l'Ouest, 17% dans le Nord et 22% dans le Sud-Est (Fig.II.C1).

Globalement, quelle que soit la thématique abordée, aucun territoire n'est laissé sans action – à l'exception de la thématique « urbanisme/cadre de vie » pour laquelle aucune action n'a été repérée dans le Nord du département (Fig.II.C2).

**Fig.III.C1. Répartition des actions de prévention en direction des séniors recensées pour les années 2014-2016 en Haute-Vienne par territoire d'intervention du Conseil départemental (nombre et %)**

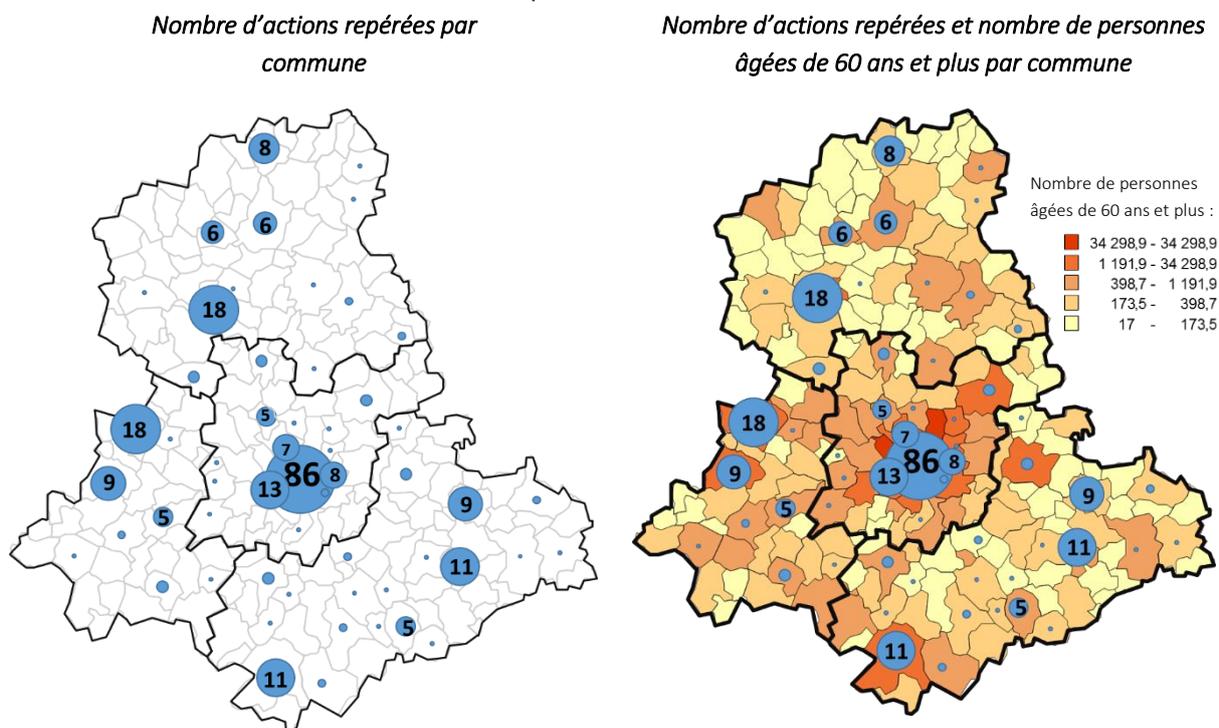


**Fig.III.C2. Répartition des actions de prévention en direction des séniors recensées pour les années 2014-2016 en Haute-Vienne selon la thématique et par territoire d'intervention du Conseil départemental (nombre et %)**



Cependant, la cartographie proposée sur les actions localisables permet de constater que, malgré une apparente égale distribution des actions sur le territoire, celles-ci se concentrent souvent dans les centres-bourgs laissant apparaître quelques zones blanches (Fig.II.C3) : sur l'Est et l'Ouest du territoire du Nord, dans le Sud-Ouest du département (autour de St Mathieu) et également, dans une moindre mesure, vers Ambazac, compte-tenu de la taille de la population âgée y résidant. Les données restent à considérer avec précaution, certaines actions réalisées étant très probablement absentes du recensement.

**Fig.III.C3. Cartographie des actions de prévention en direction des séniors recensées pour les années 2014-2016**



*N.B. : Cette cartographie des actions ne prétend pas être exhaustive. Sont représentées uniquement les actions collectives, conférences, groupes de parole ou formation, et toutes autres actions « localisées ». De fait, ne sont pas représentées les actions « diffuses » comme les sites internet ou les accompagnements individuels type diagnostics habitation difficilement localisables sur une cartographie. Par ailleurs, un certain nombre d'acteurs de terrain non répertoriés lors du recensement proposent des actions, de fait non représentées ici (clubs du 3<sup>e</sup> âge, associations ...).*

## IV. PROPOSITIONS D' ACTIONS ORIGINALES EN DIRECTION DES PERSONNES ÂGÉES ET LEURS FAMILLES

L'identification d'actions nouvelles non encore réalisées en Haute-Vienne s'est opérée via 3 sources :

- les actions en direction des personnes âgées réalisées en ex-Aquitaine et ex-Poitou-Charentes via l'outil OSCARS® ; la recherche a été peu fructueuse, presque toutes les actions produites le sont également en Haute-Vienne,
- les actions réalisées par les CCAS et CIAS partagées sur la Banque d'expériences de l'action sociale ; cette fois-ci la recherche a permis d'identifier une vingtaine d'actions portant sur la lutte contre l'isolement, la mobilité, l'hébergement ou l'accès à la citoyenneté des seniors,
- enfin une sélection des actions du *Catalogue des innovations* est présentée, le choix a été opéré parmi les actions réalisées en France uniquement.

Parallèlement à ce travail de repérage, il convient de préciser que la Haute-Vienne est plutôt un département innovant dans le champ des personnes âgées. La présence d'Autonom'Lab, le contexte d'une population vieillissante importante et la dynamique des acteurs en présence permettent déjà de proposer un nombre non négligeable d'actions dites innovantes.

---

### A. Maintien de lien social

- Ateliers intergénérationnels de chant, poésie et théâtre regroupant personnes âgées d'un foyer-résidence, de retraités bénévoles et d'enfants [http://www.unccas.org/ateliers-culturels-intergenerationnels#.WI9MJ\\_nhDIU](http://www.unccas.org/ateliers-culturels-intergenerationnels#.WI9MJ_nhDIU)
- Dispositif d'échanges téléphoniques conviviaux : <http://www.unccas.org/telephon-age-pour-lutter-contre-l-isolement-des-seniors#.WI9HqvnhDIU>
- Après-midi récréatives à destination des personnes accueillies en établissement (EHPAD) semi-valides et les personnes aidées à domicile valides ou semi-valides : <http://www.unccas.org/lutter-contre-l-isolement-des-seniors-en-milieu-rural#.WI9FafnhDIU>
- Activités ludiques choisies avec la participation des usagers seniors mêlées à des actions éducatives ponctuelles en direction des jeunes : [http://www.unccas.org/l-atelier-pause-cafe-pour-tisser-des-liens-de-proximite#.WI9MM\\_nhDIU](http://www.unccas.org/l-atelier-pause-cafe-pour-tisser-des-liens-de-proximite#.WI9MM_nhDIU)
- Jardins et déco solidaires, proposition de jardinage aux personnes âgées effectuées par des jeunes en formation : <http://www.unccas.org/jardins-et-deco-solidaires#.WI9MPfnhDIU>
- Intégration d'un EHPAD au sein d'un territoire grâce au « bistro de l'EHPAD » : <http://www.unccas.org/le-bistrot-de-l-ehpad#.WJFmNoWcHIU>

---

### B. Usage des outils de communication

- Lutter contre l'isolement avec la webtélé locale : <http://www.unccas.org/lutter-contre-l-isolement-avec-la-webtele-locale-le-p-tit-can-l#.WI9FPPnhDIU>
- Un journal de quartier contre l'isolement des personnes âgées (*Catalogue des innovations*, p.177)
- Une émission de radio « De mon temps » (*Catalogue des innovations*, p.188)

---

### C. L'accès à la culture

- Des navettes et des spectacles à domicile pour permettre l'accès des personnes âgées isolées à l'offre culturelle (*Catalogue des innovations*, p.189)

- L'alliance d'une intercommunalité et des acteurs locaux pour le développement d'une offre culturelle destinée aux seniors (*Catalogue des innovations*, p.197)

---

#### D. Usage des nouvelles technologies

- Création d'un club d'internautes regroupant les aînés les plus fidèles et les plus branchés à Internet : <http://www.unccas.org/cyberseniors#.WI9HnPnhDIU>
- projet « Voisin-Age », interface numérique permettant de mettre en relation des personnes âgées isolées avec des habitants d'un même quartier au moyen d'un site Internet dédié (*Catalogue des innovations*, p.201)

---

#### E. Personnes âgées actives

- Action intergénérationnelle et inter-services entre une crèche et les personnes âgées d'un club du 3<sup>ème</sup> âge : <http://www.unccas.org/actions-intergenerationnelles#.WI9ObfnhDIU>
- Un complément de revenu pour des gardes d'enfants après l'école effectués par des femmes seniors (*Catalogue des innovations*, p.9)
- Une garde d'enfants solidaire entre « mamies isolées » et « mamans » en difficultés (*Catalogue des innovations*, p.25)

---

#### F. Solutions d'hébergement

- Création d'une structure publique multi-accueil petite enfance dans les locaux d'un logement-foyer : <http://www.unccas.org/creation-d-une-structure-publique-multi-accueil-petite-enfance-dans-les-locaux-du-logement#.WI9MHPnhDIU>
- Habitat individuel groupé et sécurisé disposés autour d'un espace de convivialité (square, cour ou patio) : <http://www.unccas.org/logements-adaptes-au-hameau-marie-curie#.WJEM1IWcHIU>
- Lieu de vie intergénérationnel proposant des logements adaptés au vieillissement : <http://www.unccas.org/le-kanata-un-lieu-de-vie-intergenerationnel-proposant-des-logements-adaptes-au-vieillessement#.WJEM7YWcHIU>
- Lieu d'expérimentation pour développer le lien intergénérationnel sur l'ensemble du territoire : <http://www.unccas.org/residences-mon-village-un-lieu-d-experimentation-pour-developper-le-lien-intergenerationnel#.WJENBIWcHIU>
- Une « veille bienveillante » pour le maintien à domicile des seniors (*Catalogue des innovations*, p.65)
- Des résidences HLM intergénérationnelles (*Catalogue des innovations*, p.66)
- Projet de résidence autogérée par un collectif de retraités (*Catalogue des innovations*, p.81)

---

#### G. Prise en charge des patients Alzheimer

- La zoothérapie au service des personnes âgées résidant en institution (*Catalogue des innovations*, p.53)
- Une prise en charge à domicile des malades d'Alzheimer et de leur famille (*Catalogue des innovations*, p.54)
- Ouverture d'un centre de jour pour personnes atteintes d'Alzheimer intégré dans la ville (*Catalogue des innovations*, p.114)
- Un habitat collectif pour malades d'Alzheimer permettant de mutualiser les coûts et de transformer le rôle des aidants familiaux (*Catalogue des innovations*, p.135)

---

#### H. Mobilité

- Action de prévention routière en faveur de seniors piétons : <http://www.unccas.org/prevention-routiere-en-faveur-de-seniors-pietons#.WI9QNvnhDIU>

- Service de taxi à destination des personnes âgées à faibles revenus : <http://www.unccas.org/allo-taxi#.WI9RePnhDIU>
- Monte-escalier mobile électrique mis à disposition dans le cas d'absence d'ascenseur ou de pannes prolongées : <http://www.unccas.org/escalier-plus#.WJEIy4WcHIU>
- Transport gratuit grâce à la mise en place d'une navette sponsorisée : <http://www.unccas.org/transport-gratuit-grace-a-la-mise-en-place-d-une-navette-sponsorisee#.WJEI5IWcHIU>
- Une association de chauffeurs bénévoles pour seniors (*Catalogue des innovations*, p.154)

---

#### I. Citoyenneté des personnes âgées

- Constitution d'un groupe de référents aînés dans chaque quartier dont le rôle est d'être les messagers entre les institutions (CCAS) et les quartiers et vice versa. : [http://www.unccas.org/rendez-vous-dans-les-quartiers-constitution-d-un-groupe-de-referents-personnes-agees-dans-les#.WI9QN\\_nhDIU](http://www.unccas.org/rendez-vous-dans-les-quartiers-constitution-d-un-groupe-de-referents-personnes-agees-dans-les#.WI9QN_nhDIU)
- Fonctionnement d'un conseil communal des aînés : <http://www.unccas.org/fonctionnement-d-un-conseil-communal-des-aines#.WI9T2fnhDIU>
- Collectifs d'usagers du club de loisirs pour retraités : <http://www.unccas.org/collectifs-d-usagers-du-club-de-loisirs-pour-retraites#.WI9RgPnhDIU>

---

#### J. Aide aux aidants

- Griottes et coccinelles (aide aux aidants par le biais d'un spectacle) : [http://www.oscarsante.org/nouvelle-aquitaine/actions/oscars\\_detail\\_fiche.php?ref=12254&titre=griottes-et-coccinelles-aide-aux-aidants-par-le-biais-d-un-spectacle](http://www.oscarsante.org/nouvelle-aquitaine/actions/oscars_detail_fiche.php?ref=12254&titre=griottes-et-coccinelles-aide-aux-aidants-par-le-biais-d-un-spectacle)

## CONCLUSIONS

La mission confiée à l'ORS par le Conseil départemental et la Conférence des financeurs a permis de brosser un portrait du territoire haut-viennois, département assez faiblement peuplé (61<sup>ème</sup> sur 96) présentant 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** avec, dans certains, une densité de population particulièrement faible. Par ailleurs, le département est particulièrement concerné par les problématiques liées au vieillissement puisqu'affichant **des parts de séniors 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).

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.

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 particulièrement dans certains territoires ruraux**.

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 séniors 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. La généralisation de l'outil OSCAR® utilisé par le passé par les ARS d'ex-Aquitaine et d'ex-Poitou-Charentes aux territoires de l'ex-Limousin pourrait contribuer à cette veille, du moins pour les actions percevant un financement de l'ARS.

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, 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 et la mise en place d'une MAIA dans chacun des 4 secteurs d'action du Conseil Départemental, 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 **élément 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**
  - Une proportion de personnes âgées vivant seules plus importante en Haute-Vienne.
  - Des enfants vivant parfois loin, des contacts parfois espacés, certaines personnes âgées franchement isolées sur le plan relationnel, un sentiment de solitude répandu et régulièrement ressenti par près d'une personne âgée sur 7.
  - Une vie sociale assez bien préservée jusqu'à 80 ans, qui diminue sensiblement ensuite tout en continuant à concerner une part non négligeable des personnes, même après 85 ans.

- **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.

De ces éléments, pour orienter les décisions des membres de la Conférence des financeurs, peuvent être pointés :

- **Cibler certains territoires :**
  - **Territoires identifiés comme plus fragiles** car cumulant plusieurs indicateurs défavorables, tant du point de vue socio-économique que sanitaire. En effet, alors que le territoire du Centre apparaît favorisé comparativement au reste du département, à la région et au niveau national, les territoires périphériques, et plus particulièrement le Nord et le Sud-Est, cumulent les difficultés.
  - **Zones blanches** même si aucun territoire n'est véritablement dépourvu d'actions de prévention d'après le recensement réalisé, certains en ont visiblement peu par comparaison à d'autres, notamment : autour de Saint Mathieu, vers Ambazac et certaines zones du Nord Haute-Vienne.
- **Lutter contre l'isolement en direction des personnes âgées**, notamment pour celles qui vivent seules à leur domicile, considérant la proportion plus importante de personnes âgées dans cette situation en Haute-Vienne (plus fort taux des 12 départements de Nouvelle-Aquitaine) et des taux de mortalité par suicide plus élevés chez ce public (un des facteurs de risque important du suicide étant la solitude). Peuvent notamment être proposés de :
  - **Rompres l'isolement des plus isolés** à travers **l'organisation d'appels de convivialité ou de visites** par des bénévoles ou emplois civiques (du type dispositif MONALISA),
  - **Poursuivre les efforts pour aider les séniors à l'usage des nouvelles technologies** pour leur permettre ensuite de pouvoir échanger entre eux, avec des membres de leurs familles ou des amis géographiquement éloignés,
  - **Favoriser les échanges entre les séniors en leur proposant des activités adaptées** : activité physique adaptée, accès aux activités culturelles et ludiques en offrant des solutions de transports pour celles qui ne peuvent se déplacer (covoiturage entre personnes âgées, mise à disposition de bus...),
  - **Développer et réinventer les actions permettant d'intégrer les séniors à la vie de la cité** : ateliers intergénérationnels autour d'activité comme la cuisine, le jardinage ou la lecture, participation à des événements comme les fêtes de quartier, etc.

- **Coordonner la politique d'aménagement des logements** : priorité d'autant plus importante en raison de l'ancienneté fréquente de l'habitat tant en ville qu'en rural, et de son inadaptation à l'état physique des occupants vieillissants. En outre, cette orientation s'inscrit dans l'objectif politique affiché par la loi de décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement de maintenir les personnes à leur domicile le plus longtemps possible.
- **Poursuivre les nombreuses actions déjà engagées relatives au bien vieillir** qui permettent de couvrir l'ensemble du territoire haut-viennois et abordent les thématiques variées comme la nutrition, la mémoire, l'équilibre...
- **Promouvoir l'activité physique adaptée** dispensée par des professionnels formés en poursuivant les nombreuses actions déjà engagées sur le territoire et en développant davantage l'offre, plus particulièrement dans les zones périphériques du département, par exemple avec la création de clubs de retraite sportive sur ces territoires (*a priori* tous localisés dans la zone centrale du département à ce jour).
- **Développer l'aide aux aidants**. Considérant la situation haut-viennoise et la proportion plus importante de personnes âgées vivant à domicile plutôt qu'en institution, la position des aidants est essentielle. Les aides aux aidants proposées portent classiquement sur :
  - **l'information sur les formules de répit** que ce soit les places en hébergement temporaire ou accueil de jour ou des solutions plus originales comme le remplacement temporaire de l'aidant familial par l'intervention d'une personne au domicile,
  - **les formations pour aidants**, dont plusieurs sont déjà développées dans le département (programme ALFA porté par Coglim notamment),
  - **les groupes de parole**, pour rompre l'isolement ; plusieurs actions recensées également.

A ce jour, les premières actions retenues dans le cadre de l'appel à projet de la Conférence des financeurs (22 projets) portent en premier lieu sur la promotion de l'activité physique adaptée (14 projets) dont plus de la moitié seront réalisées dans les territoires périphériques (8 projets). Viennent ensuite les actions visant à promouvoir le lien social (10 actions, dont 7 mêlant l'activité physique). L'orientation des financements à venir pourra s'appuyer sur les éléments présentés dans cet état des lieux, notamment relativement aux localisations des actions financées.

## Rapports

- Département de la Haute-Vienne. Schéma départemental de l'autonomie 2015-2019. 221 p.
- DGS, CNAMTS, Santé publique France, ANSM. Lancement de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière. Dossier de presse, oct.2016, 13 p.
- DREES, INSEE, CNSA. Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 : Résultats départementaux. Oct. 2016, 218 p.
- MALLEMANCHE C., PREVOT P., SIMONNEAU G. Personnes âgées dépendantes : plus de 2 000 emplois à créer en Limousin d'ici 2020. Focal INSEE Limousin, n°98, 4 p.
- PRINCE M., WIMO A., GUERCHET M. et al. The Global Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International : World Alzheimer Report 2015, août 2015, 88 p.

## Rapports de l'ORS Limousin :

*Études sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées à domicile*

- DA SILVA O., ROCHE-BIGAS B., BURBAUD F. Autonomie et limitations fonctionnelles chez les personnes âgées vivant à domicile en Limousin. ORS du Limousin, rapport n°142, mai 2006, 37 p.
- ROUCHAUD A., FERLEY J.-P., ROCHE-BIGAS B. Enquête sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Limousin. ORS du Limousin, rapport n°274, juin 2016, 45 p.

*Baromètre santé en médecine générale*

- FERLEY J.-P., ROCHE-BIGAS B. Baromètre santé en médecine générale, vague 1 : novembre 2011. *Volet 2 : le baromètre « patients »* ORS du Limousin, rapport n°230-B, nov. 2012, 30°p.
- FERLEY J.-P., ROCHE-BIGAS B. Baromètre santé en médecine générale, vague 2 : décembre 2012. *Volet 2 : le baromètre « patients »* ORS du Limousin, rapport n°230-D, juin 2013, 24°p.
- *Baromètre santé 2014, à paraître.*

*Études sur les obstacles à l'accès aux soins et le renoncement aux soins*

- FERLEY J.-P., ROCHE-BIGAS B. Les obstacles à l'accès aux soins en Limousin. ORS du Limousin, rapport n°259, mai 2013, 29°p.
- *Les obstacles à l'accès aux soins en Limousin, données 2016, à paraître.*

*Exploitation des données de recours aux consultations mémoire (Base Calliope)*

- ROCHE-BIGAS B., FERLEY J.-P. Analyse de l'activité des centres mémoire du Limousin. ORS du Limousin, rapport n°269, mars 2014, 15°p.

*État des lieux sur la maladie d'Alzheimer et l'offre de prise en charge en Nouvelle-Aquitaine*

- *A paraître.*

## Ressources internet

- Ameli : <http://www.ameli.fr/>
- CartoSanté, ARS : <http://carto.ars.sante.fr/cartosante/>
- FINESS : <http://finess.sante.gouv.fr/jsp/index.jsp>
- INSEE : <https://www.insee.fr/fr/accueil>
- Le catalogue des innovations publié par la Fonda et Futuribles International : [http://fonda.asso.fr/IMG/pdf/150917\\_etude\\_vieillesse\\_catalogue\\_innovation\\_complet.pdf](http://fonda.asso.fr/IMG/pdf/150917_etude_vieillesse_catalogue_innovation_complet.pdf)
- Observatoire des fragilités : <http://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr/>
- OSCARS® : <http://www.oscarsante.org/>
- Santé publique France : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers>
- SAE : <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>
- UNCASS, banque d'expérience : <http://www.unccas.org/-banque-d-experience-#.WJlssvITUaY>