

## Les personnes âgées en Poitou-Charentes

### Santé, bien-être et conditions de vie

#### SOMMAIRE

- I - Situation épidémiologique
- II - Aides, prises en charge et consommations de soins
- III - Conditions de vie et activités
- IV - Déterminants de la santé
- V - Projets et initiatives régionales

#### COMITE DE PILOTAGE

Le comité de pilotage est composé de Sarah Abéride (ARS Poitou-Charentes), Aurélie Sergent (ARS Poitou-Charentes), Elise Perret (CHU Poitiers), Danielle Métais (CHU Poitiers), Stéphanie Bon-Courtet (Conseil Général de la Charente), Marie-Christine Pétureau (Conseil Général de la Vienne).

Nous tenons à remercier chacun des membres de ce comité pour leur aide dans l'élaboration de ce bulletin.

Rédacteurs :  
Stéphane Robin  
Mélanie Pubert

**BOS** Bulletin  
Observation  
Santé

Les personnes âgées sont plus nombreuses dans la région qu'au niveau national : plus d'un quart de la population régionale a au moins 60 ans et leur nombre devrait augmenter fortement dans les années à venir. Par rapport à cette population l'enjeu se définit notamment en terme de prise en charge et d'accompagnement. Cependant, les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène et on peut distinguer au moins deux âges différents. A partir de 65 ans, et avec l'arrêt de l'activité professionnelle, les comportements et rythmes de vie changent, constituant une rupture avec la précédente vie active, tandis que les personnes âgées de 75 ans et plus rentrent plutôt dans une problématique liée à l'avancement de l'âge et au déficit que cela représente en terme de santé et bien-être.

Ces deux tranches d'âges se différencient donc par les conditions de vie, les activités sociales, culturelles ou de loisirs ainsi que par la qualité de vie et l'état de santé, mais également en terme de recours au système de santé pris au sens large (soins et prévention).

Selon l'enquête sur la santé et les soins médicaux menée en 2002-2003, à 65 ans, l'espérance de vie sans handicap ou gêne dans la vie quotidienne se situe à 13,5 ans pour les hommes et 16 ans pour les femmes [1]. Ainsi, 60 ans ne constitue plus le marqueur de la vieillesse, les jeunes retraités ayant un état de santé se rapprochant plus des 50-59 ans que des plus âgés. Cependant, il n'en demeure pas moins que les activités changent, les conditions de vie également et que ces derniers éléments peuvent avoir des implications fortes sur l'état de santé et le bien-être, et constituer des déterminants de la santé.

A partir de 75 ans, les situations de polyopathologies sont plus fréquentes et sont accompagnées de nombreuses incapacités altérant la qualité de vie au quotidien. L'autonomie se réduisant, le recours aux institutions pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes de 75 ans et plus augmente, même si la majorité réside à domicile. Ces derniers ont alors recours à des services de professionnels ou à l'entourage. Cependant, au-delà des aspects médicaux et médico-sociaux, l'un des enjeux est de permettre aux personnes âgées d'avoir un plus grand contrôle sur leur santé en agissant sur leurs comportements mais également sur leurs environnements.

#### Faits marquants

- ◆ Une mortalité générale moins importante dans la région qu'en France
- ◆ Des taux de mortalité qui baissent plus fortement chez les 75 ans et plus que chez les 65-74 ans
- ◆ Les cancers comme première cause de mortalité chez les 65-74 ans devant les maladies cardiovasculaires
- ◆ Les maladies cardiovasculaires qui tuent plus que les cancers chez les plus âgés
- ◆ Des capacités d'accueil en hébergement temporaire et en hébergement médicalisé plus importantes dans la région qu'en France
- ◆ Un taux de pauvreté plus important qu'au niveau national

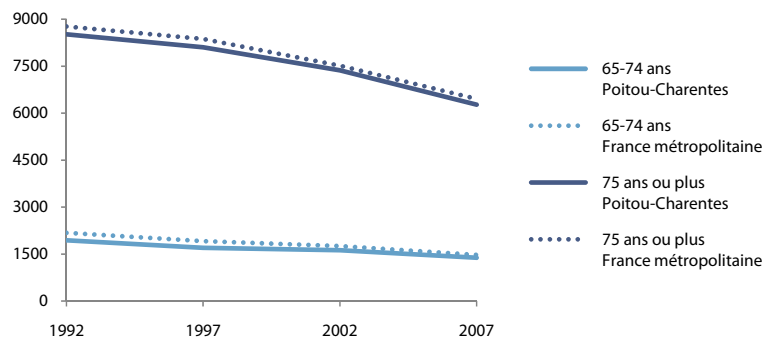
## I - Situation épidémiologique

### Une situation sanitaire plus favorable qu'en métropole

En 2006-2008, la région Poitou-Charentes enregistre en moyenne 14 407 décès par an chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (dont 84 % chez les 75 ans ou plus). Avec un taux comparatif de mortalité (TCM) de 3 880 pour 100 000 habitants âgés de 65 ans ou plus, la fréquence des décès se montre inférieure à celle de la France Métropolitaine (4 014 pour 100 000). Le taux de décès masculins se révèle 1,7 fois plus élevé que celui des femmes.

En quinze ans, la mortalité générale a diminué beaucoup plus rapidement chez les 75 ans ou plus que chez les 65-74 ans. La mortalité régionale est toujours restée inférieure au niveau national même si l'écart tend à diminuer.

Evolution des taux comparatifs de mortalité générale de 1992 à 2007 (pour 100 000 habitants)



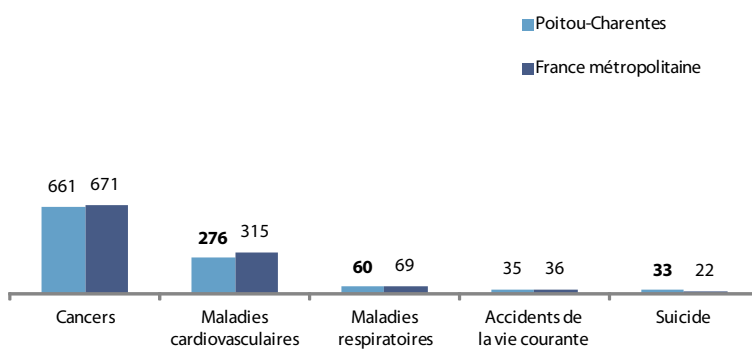
L'année mentionnée correspond à l'année centrale de la période triennale utilisée. Par exemple, « 1992 » indique la période 1991-1993.

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

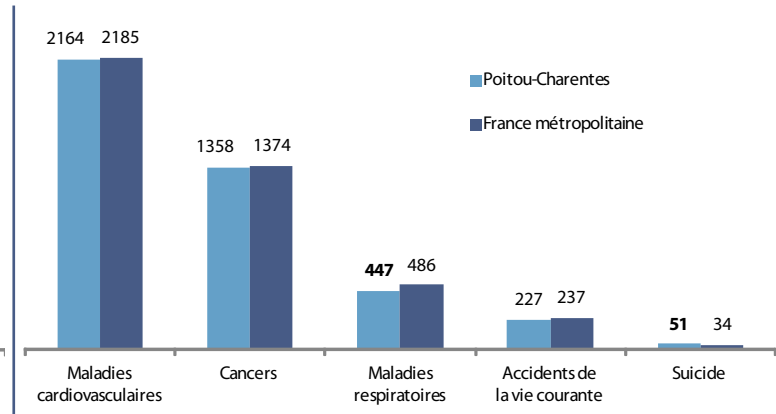
Exploitation : ORS Poitou-Charentes

### Une augmentation importante de la mortalité entre les 65-74 ans et les 75 ans et plus, quelle que soit la cause de décès

Taux comparatifs de mortalité chez les 65-74 ans en 2006-2008 (pour 100 000 habitants)



Taux comparatifs de mortalité chez les 75 ans et plus en 2006-2008 (pour 100 000 habitants)



**En gras :** différence significative avec la France métropolitaine au risque 5 %

Sources : INSERM CépiDc, INSEE Exploitation : ORS Poitou-Charentes

Les taux comparatifs de mortalité calculés pour la région et pour la France sur la période 2006-2008 montrent nettement que, quelle que soit la cause étudiée, les niveaux sont très inférieurs chez les 65-74 ans par rapport aux 75 ans et plus.

#### Les cancers

Sur la période 2006-2008, dans la région, la cause de mortalité la plus importante chez les 65-74 ans est le cancer, avec un taux observé comparable au taux national : 661 décès par cancer pour 100 000 habitants de 65-75 ans dans la région contre 671 en France. Chez les 75 ans et plus, le cancer ne constitue plus la première cause de mortalité même si ce taux se montre deux fois plus important avec 1 358 décès par an pour 100 000 habitants, tout en restant comparable au niveau national.

Chez les moins âgés, les décès par cancer du poumon sont moins importants dans la région qu'en France mais des différences infra régionales ont pu être mises en évidence : ainsi, le territoire de santé Charente-Maritime nord-ouest affiche une surmortalité globale par cancer par rapport au niveau national et notamment pour le cancer du poumon (+ 21 %). Parallèlement, en 2007-2009, les cancers constituent la deuxième cause d'admission en affection de longue durée (ALD) avec en moyenne 2 453 admissions par an (31 % de l'ensemble des admissions). Le taux comparatif d'admission (TCA) en ALD est inférieur à celui de la France métropolitaine.

Chez les plus âgés, les cancers du sein et du poumon constituent moins fréquemment une cause de mortalité dans la région qu'en France mais il est observé une sur-mortalité masculine par cancer colorectal (+ 11 %). Au niveau infra régional, le territoire de santé Charente-Maritime nord-ouest affiche une surmortalité masculine par cancer. Chez les 75 ans et plus également, les cancers constituent la deuxième cause d'admission en ALD (645 admissions en moyenne par an, soit 23 % de l'ensemble des admissions), et un TCA en ALD inférieur à celui de la France métropolitaine. Les femmes du territoire Charente-Maritime sud-est et les hommes des Deux-Sèvres révèlent toutefois des taux d'admission supérieurs à ce qui est observé au niveau national.

#### Le plan national de lutte contre le cancer

Il recommande entre autre la mise en place d'un dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal :

- Le programme de dépistage organisé du cancer du sein s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans. Il couvre l'ensemble du territoire depuis 2003.
- Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été mis en place sur l'ensemble du territoire depuis fin 2008. Il s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans sans facteur de risque particulier.

Le programme s'appuie sur des structures de gestion départementales :

- l'Association « Orchidée » en Charente
- l'Association « Lucide 17 » en Charente-Maritime
- l'Association « Arcande 79 » dans les Deux-Sèvres
- l'Association « Docvie » dans la Vienne

**Les taux comparatifs d'admission en ALD en 2007-2009 (pour 100 000 habitants)**

	Poitou-Charentes		France	
	65-74 ans	75 ans et plus	65-74 ans	75 ans et plus
Cancers	1 461	1 549	1 520	1 509
Maladies cardio-vasculaires	1 177	3 134	2 099	3 672
Maladies respiratoires	101	178	164	247
Démences et maladie d'Alzheimer	104	796	126	972

Sources : données ALD inter régimes - assurance maladie Exploitation ORS Poitou-Charentes

**Les maladies cardiovasculaires**

Elles représentent la deuxième cause de mortalité des 65-74 ans avec un TCM inférieur à celui de la France métropolitaine. En 2007-2009, les maladies cardiovasculaires constituent la première cause d'admission en ALD (2 990 admissions en moyenne par an), avec malgré tout un TCA inférieur au TCA national.

Ce sont les maladies cardiovasculaires qui tuent le plus fréquemment les personnes âgées de 75 ans et plus dans la région comme en France et de façon comparable. Une sur-mortalité masculine est observée dans les Deux-Sèvres. Elles constituent la première cause d'admission en ALD (1 313 admissions en moyenne par an) mais le TCA est inférieur au niveau national.

**Les maladies respiratoires**

Chez les 65-74 ans, en 2006-2008, la région enregistre en moyenne 102 décès par an pour un TCM inférieur à celui de la métropole. En 2007-2009, la région enregistre en moyenne 170 admissions en ALD par an pour un TCA également inférieur au niveau national.

Sur ces mêmes périodes, pour les 75 ans et plus, la région enregistre en moyenne 867 décès par an. Le TCM est inférieur à celui de la métropole. De plus, 341 admissions en ALD par an en moyenne ont été enregistrées pour un TCA encore inférieur au niveau national.

**Le Projet Régional de Santé**

Le PRS de la région a inscrit dans son Plan Stratégique de Santé Publique la santé mentale comme domaine prioritaire. La demande de soins en psychiatrie est en continue expansion associée à des besoins différenciés selon le public concerné. Avec le vieillissement de la population, le déclin psychique ou psychiatrique sera peut-être plus important que le déclin physique.

5 priorités d'action ont été définies :

- les conduites addictives et à risque
- les risques psychosociaux
- les suicides
- les pathologies mentales
- les morts violentes

L'objectif stratégique est de développer des programmes de prévention, d'accompagnement et de soins des personnes exposées dans des conduites à risques, à tout âge de la vie.

**Les suicides**

En 2006-2008, la région enregistre en moyenne 56 décès de personnes âgées entre 65 et 74 ans par an. Le TCM est supérieur à celui de la métropole en raison d'une surmortalité masculine (+ 46 %). A l'échelle des territoires de santé, une surmortalité se retrouve en Charente (+68 %), essentiellement chez les femmes (+125 %), ainsi qu'en Charente-Maritime Nord-Ouest (+59 %) et Sud-Est (+55 %). Selon les données disponibles, en 2007, chez les 65-69 ans, la région est située parmi les 4 régions les plus concernées par la mortalité par suicide, derrière la Bretagne, le Limousin, la Haute-Normandie et la Basse-Normandie. Chez les 70-74 ans, la région se situe en deuxième position derrière la Bretagne.

Chez les 75 ans et plus, en 2006-2008, la région enregistre en moyenne 96 décès par an. Le TCM est supérieur à celui de la métropole. Cette surmortalité s'observe uniquement chez les hommes (+59 %). Hormis la Charente, tous les territoires de santé sont concernés par cette surmortalité masculine : Charente-Maritime Sud-Est (+80 %), Vienne (+77 %), Charente-Maritime Nord-Ouest (+58 %) et Deux-Sèvres (+56 %). En 2007, les taux bruts de mortalité par tranche d'âge placent la région en quatrième position derrière l'Auvergne, la Bretagne, et la Picardie pour 75-79 ans. Chez les 80-84 ans, elle se place en troisième position derrière la Picardie et la Basse-Normandie. Enfin, les 85 ans et plus de la région se suicident plus fréquemment que partout ailleurs en France.

**Quelques résultats du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010 [8]**

Dans le Baromètre santé, la qualité de vie ressentie est estimée par l'indicateur Duke qui explore plusieurs dimensions. Globalement, par rapport au score de santé générale, les personnes âgées entre 66 et 75 ans obtiennent un score un peu plus élevé en moyenne que les 76-85 ans. Les écarts les plus importants sont observés sur la dimension santé physique et celle de la douleur, à l'avantage des 66-75 ans. Les plus âgés obtiennent un score plus favorable sur la dimension mesurant l'estime de soi.

De plus, une forte augmentation du nombre de personnes limitées dans leurs activités habituelles à cause d'une maladie ou d'un handicap est observée entre les 66-75 ans et les 76-85 ans. Les premiers sont 15 % dans ce cas contre 23 % chez les seconds. De façon moins marquée, il est également observé une proportion de personnes souffrant d'une maladie chronique moindre parmi les 66-75 ans (41 %) que chez les 76-85 ans (46 %). En matière d'accidents (ayant entraîné une consultation à l'hôpital ou chez un médecin), la fréquence de leur survenue dans l'année est de 4 % chez les 66-75 ans contre 6 % chez les 76-85 ans.

Pour chaque cause d'admission en ALD, les différences observées entre le niveau régional et le niveau national sont significatives.

Les maladies cardio-vasculaires ainsi que les cancers sont les causes les plus importantes d'admission en ALD quelle que soit la tranche d'âge. De plus, si les TCA pour cancers augmentent peu entre les deux classes d'âge, il est observé une forte augmentation de ce dernier pour ce qui concernent les maladies cardiovasculaires, ainsi que les maladies respiratoires et surtout les démences et maladies d'Alzheimer.

**L'éducation thérapeutique du patient**

L'éducation thérapeutique est un « processus structuré, intégré à un plan de soins », et se différencie de l'observance et l'accompagnement des patients. Elle s'adresse aux personnes atteintes d'une maladie chronique. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie du patient, en développant sa connaissance de la maladie, des traitements et modes de prise en charge existants, et en l'amenant à collaborer aux soins. Un diagnostic thérapeutique est établi à partir duquel l'ETP est définie et adaptée à la personne. Les effets de l'ETP sont suivis par le médecin généraliste ce qui nécessite des liens avec les éducateurs.

Dans la région, en mars 2011, 49 programmes d'éducation thérapeutique du patient ont été autorisés. Ils sont en majorité portés par des centres hospitaliers et des réseaux de santé. Aucun n'est assuré par le secteur ambulatoire.

Les thématiques prioritaires retenues : le diabète et l'obésité (15), l'asthme et l'insuffisance respiratoire /BPCO (9), les maladies cardiovasculaires (5), l'insuffisance rénale (5).

## II - Aides, prises en charge et consommations de soins

La région Poitou-Charentes compte dans sa population une proportion de personnes âgées (les 60 ans et plus) plus importante qu'au niveau national et les projections de population montrent que cette proportion va beaucoup augmenter (de 54 % entre 2005 et 2030 selon l'Insee). Dans ce contexte, la prise en charge et l'accompagnement de cette population apparaissent comme un enjeu important de la promotion de la santé ainsi que du champ sanitaire et médico-social.

### Les aides sociales

L'aide personnalisée d'autonomie (APA) est accordée aux personnes âgées de 65 ans ou plus. En décembre 2008, plus des trois quarts des bénéficiaires d'une aide sociale aux personnes âgées de 60 ans et plus recevaient l'APA (36 % en établissement et 51 % à domicile). L'aide sociale à l'hébergement (ASH) concerne une part moins importante de ces bénéficiaires (8 %) devant les aides ménagères ou auxiliaires de vie (2 %) [9]. Le taux de bénéficiaires de l'APA est moindre dans la région qu'en France. C'est à partir de 75 ans que ce taux augmente fortement : début 2009, le taux pour 1 000 personnes de 70-74 ans était de 19 dans la région (20 en France métro.), contre 47 chez les 75-79 ans (44 en France métro.) et 170 chez les 80 ans et plus (148 en France métro.) [9].

Quelques indicateurs d'aides et de prises en charge des personnes âgées en 2009

	Poitou-Charentes	France
Taux de bénéficiaires de l'APA pour 1000 pers de 75 ans et plus	195	210
Taux de places autorisées en SSIAD pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus.	10	10
Nombre de places d'hébergement temporaire pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	3	2
Nombre de lits en hébergement médicalisé pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	117	100
Nombre de places en hébergement permanent Pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus	132	119

Source : Score-santé (Drees, Insee) - Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Les services à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) assurent les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi qu'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Au nombre de 41 dans la région, ces services offrent 3 522 places disponibles, soit 10 places pour 1 000 personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui est un taux comparable à ce qui est observé au niveau national.

### L'hébergement temporaire

Limité dans le temps, l'hébergement temporaire s'adresse à des personnes âgées dont le maintien à domicile est momentanément compromis. Il permet aux personnes âgées de se reposer après une hospitalisation, de prendre en charge une personne dépendante le temps de l'hospitalisation du conjoint aidant, de se préparer à une éventuelle entrée définitive en établissement, ou permet aux proches de partir en congés. Il peut être médicalisé. En 2009, dans la région, 489 places étaient disponibles, soit un taux de 3 places pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

L'information et la coordination sont assurées par les Centres Locaux d'Information et de Coordination (Clic) au nombre de 27 qui couvrent entièrement la région, mais également par les réseaux gérontologiques.

Le Clic est une structure de proximité destinée aux personnes âgées et à leur entourage, et qui s'adresse également aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Trois niveaux différents de Clic définissent l'étendue de leurs missions qui peuvent aller jusqu'à l'élaboration et le suivi d'un plan d'accompagnement ou d'intervention en lien avec des intervenants extérieurs.

Les réseaux gérontologiques financés sur le Fonds d'Intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Ils sont au nombre de 13 en Poitou-Charentes mais ne couvrent pas la totalité du territoire régional (Cf. carte page 8). L'objectif des réseaux gérontologiques est de proposer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne âgée, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins, par le biais de la coordination et de l'interdisciplinarité des professionnels. Leur enjeu est de permettre le maintien à domicile des personnes âgées et d'intervenir en amont ou en aval des hospitalisations, par l'élaboration d'un plan d'aide et de soins. Plus largement, ils visent le dépassement de l'opposition entre médecine de ville et médecine hospitalière, la coordination des professionnels du social, du médico-social et du sanitaire, et le passage de l'exercice individuel des professionnels à un exercice collectif."

### L'accueil de jour

Les structures d'accueil de jour reçoivent une ou plusieurs fois par semaine des personnes vivant à domicile et pouvant souffrir de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Il permet également aux « aidants » de souffler, voire de bénéficier d'une aide psychologique. En 2009, le nombre de places disponibles dans la région était de 429, soit un taux de 2 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

### L'hébergement médicalisé

Il est assuré en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en Unité de soins de longue durée (USLD). En 2009, le nombre de lits en EHPAD s'élevait dans la région à 21 127 et le nombre de lits en USLD à 1 188, soit un nombre global de lits en hébergement médicalisé pour 1 000 personnes de 75 ans et plus de 117, contre 100 en France.

### L'hébergement permanent

Deux types de structures assurent de l'hébergement permanent pour personnes âgées : les maisons de retraites et les logements-foyers. Dans la région, en 2009, les maisons de retraites étaient au nombre de 337, pour 20 723 places. Cette même année, la région comptabilisait 99 logements-foyers pour 4 542 places. Ainsi, en 2009, le nombre de places dans la région pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus est de 132, soit un taux supérieur à ce qui est observé au niveau national.

### Prise en charge de la maladie d'Alzheimer

La première étape, le diagnostic, est assuré par un neurologue libéral ou une consultation mémoire spécialisée souvent à la suite d'une orientation du médecin généraliste. La prise en charge sanitaire est assurée par les hôpitaux de jour (USLD, unités de courts séjours gériatriques, unités cognitivo-comportementales). Enfin la prise en charge médico-sociale est organisée autour d'unités de vie spécifiques Alzheimer en EHPAD, d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Enfin les malades demeurant à domicile peuvent être accompagnés par des services d'accompagnement et d'aide à domicile ainsi que les Ssiad.

Pour ce qui est de la prise en charge médico-sociale spécifique Alzheimer, selon une enquête de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en 2009, 295 places d'accueil de jour seraient réservées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ainsi que 147 lits d'hébergement temporaire spécifique et 906 places au sein des unités dédiées à la prise en charge d'Alzheimer.

Source : Maladie d'Alzheimer. Situation en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes, juin 2009.

## Les visites et consultations

### Consultations et visites selon le professionnel de santé en 2009 en Poitou-Charentes

	65 ans et plus	75 ans et plus
Nombre moyen d'actes de consultations et visites chez les médecins généralistes dans l'année	7,4	9,1
Taux de consommateurs de consultation chez le dentiste dans l'année	13,8 %	12,9 %
Taux de consommateurs de consultation chez l'ophtalmologiste dans l'année	33,5 %	34,9 %

Source : IndiS@nté (Coordination régionale des CPAM de Poitou-Charentes)

En 2009, les personnes âgées de 65 ans et plus ont consulté le médecin généraliste en moyenne 7 fois. Ce nombre moyen de consultation est un peu plus élevé chez les personnes âgées de 75 ans et plus (9 fois).

De plus, si plus d'un tiers des personnes âgées ont consulté l'ophtalmologiste cette même année, elles sont entre 13 et 14 % à avoir consulté le dentiste sur cette même période.

### Consommation de médicaments selon la classe thérapeutique en 2009 en Poitou-Charentes (%)

	65 ans et plus	75 ans et plus
Taux de consommateurs de médicaments pour le système cardiovasculaire dans l'année	77,9	83,5
Taux de consommateurs de médicaments pour les voies digestives et le métabolisme dans l'année	74,2	77,4
Taux de consommateurs de psychotropes dans l'année	67,8	77,6
Taux de consommateurs d'antidépresseurs dans l'année	17,8	21,0
Taux de consommateurs de tranquillisants dans l'année	29,0	32,4
Taux de consommateurs d'hypnotiques dans l'année	17,0	19,1

Source : IndiS@nté (Coordination régionale des CPAM de Poitou-Charentes)

### Les soins hospitaliers : une forte variabilité géographique

En 2009, les pictocharentais de 65 à 74 ans ont réalisé plus de 74 000 séjours (hors séances) dans des établissements hospitaliers de court séjour, contre près de 123 000 pour les 75 ans ou plus, soit des taux de recours de respectivement 445 et 639 pour 1 000 habitants du même âge. Les territoires de santé Charente et Deux-Sèvres présentent des taux de recours plus faibles qu'au niveau régional tandis qu'ils se montrent plus élevés dans les autres territoires, excepté pour le territoire Charente-Maritime Nord-Ouest où le taux de recours des 75 ans ou plus est inférieur au niveau régional.

Le taux de recours pour **lésions traumatiques** est de 13 pour 1 000 habitants de 65 à 74 ans et de 43 pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Chez ces derniers, il se montre bien plus faible que le niveau régional en Charente (-6 %) et bien plus élevé en Charente-Maritime Sud-Est (+6 %).

Le taux de recours pour **cataracte** est de 43 pour 1 000 habitants de 65 à 74 ans et de 75 pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. Chez les 65-74 ans, il se montre beaucoup plus faible en Vienne qu'au niveau régional (-16 %) et bien plus élevé en Charente-Maritime Nord-Ouest (+9 %) et Sud-Est (+12 %). Chez les 75 ans ou plus, il se montre bien plus faible en Vienne (-11 %) ainsi qu'en Charente (-6 %), et bien plus élevé en Deux-Sèvres (+11 %).

### Territoires et vieillissements en Poitou-Charentes [4]

A la demande de l'ARS, l'ORS a mené une étude destinée à caractériser les territoires de la région selon des indicateurs se rapportant aux enjeux liés au vieillissement, l'objectif de cette typologie à l'échelle des cantons étant d'identifier des territoires homogènes.

L'état des lieux pointe notamment des indicateurs de précarité économique, ainsi qu'une offre de proximité en professionnels de santé libéraux plutôt défavorable par rapport à ce qui est observé au niveau national.

S'agissant du recours aux soins, et notamment du nombre moyen d'actes de médecine générale consommés en 2009 parmi les consommateurs de 75 ans et plus, la consommation varie fortement d'un canton à un autre avec des valeurs comprises entre 6,6 actes par an à 12,6 actes. Le département des Deux-Sèvres présente des niveaux de recours parmi les moins importants, notamment dans le nord du département. A l'opposé, les niveaux les plus importants sont très majoritairement relevés en milieu rural à l'exception des cantons de Soyaux, La Rochelle, Rochefort et Montmorillon.

Pour ce qui concerne le recours au chirurgien-dentiste libéral, en moyenne, 12,9 % des assurés de 75 ans et plus du régime général ont consommé au moins un acte en 2009. Ce taux varie de 3,7 % à 20,6 %. Les taux les plus faibles sont situés dans les cantons des Deux-Sèvres (Pays de Gâtine, Val de Sèvre et Mellois), du sud de la Charente-Maritime et de la Charente. L'ouest de la Charente-Maritime ainsi que l'ensemble des préfectures et sous-préfectures et leur périphérie (sauf Jonzac et Cognac) présentent les taux les plus élevés.

Les ophtalmologues libéraux ont été consultés au moins une fois par 34,9 % de la population étudiée, et cette proportion varie selon le canton entre 20,8 % à 45,2 %. Les taux les moins élevés ont été observés aux extrêmes nord et sud de la Vienne, dans le nord est de la Charente et sur les îles. Les plus faibles taux se situent dans les cantons urbains et périurbains.

### Les médicaments

Les médicaments consommés par la plus grande proportion de personnes âgées sont ceux destinés à traiter les troubles du système cardiovasculaire. La proportion de patients ayant consommé un médicament de cette classe thérapeutique en 2009 représente 78 % chez les bénéficiaires du régime général de 65 ans et plus, et cette proportion atteint 84 % chez les 75 ans et plus.

Les deux autres classes les plus fréquemment consommées sont les médicaments de la classe thérapeutique « voies digestives et métabolisme » qui concernent environ les trois quarts des bénéficiaires du régime général à partir de 65 ans, puis les médicaments psychotropes qui concernent plus largement les 75 ans et plus : 78 % des bénéficiaires du régime général contre 68 % des 65 ans et plus.

### Les consultations

#### Données issues du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010 [8]

Au cours des 12 derniers mois, 5 % des 66-75 ans comme des 76-85 ans déclarent ne pas avoir consulté de médecin généraliste. La dernière consultation de routine a eu lieu il y a moins d'un an pour 80 % des 66-75 ans et 82 % des 76-85 ans.

Les femmes de 66-75 ans sont 28 % à avoir consulté un gynécologue dans l'année, cette proportion baissant à 11 % chez les 76-85 ans. La consultation du psychologue, psychiatre ou psychanalyste a concerné 1,2 % des 66-75 ans et 1,6 % des 76-85 ans. Enfin, 42 % des 66-75 ans et 44 % des 76-85 ans ont consulté un autre spécialiste.

Toujours au cours des 12 derniers mois, 13 % des 66-75 ans ont été hospitalisés au moins une nuit contre 30 % des 76-85 ans.

### III - Conditions de vie et activités

Selon l'Insee, au 1<sup>er</sup> janvier 2009, le Poitou-Charentes comptait 361 412 personnes âgées de 65 ans et plus, dont 195 144 de 75 ans et plus. Comparée à la France, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est plus importante dans la région : 20,5 % contre 16,5 %. Les 75 ans et plus représentent 11,1 % contre 8,6 % au niveau national. Dans 57 % des cas, les personnes de 65 ans et plus sont des femmes et cette proportion dépasse 61 % pour les 75 ans et plus.

Les cantons de la région pour lesquels est observée une proportion plus importante de personnes âgées de 75 ans et plus qu'au niveau régional se situent pour la plupart en zone rurale, notamment dans le centre de la région, contrairement aux cantons urbains et périurbains [4].

#### Une part moins importante de personnes âgées vivant seules ...

En 2007, plus d'un tiers des picto-charentais âgés de 75 ans et plus vivent seuls, soit un taux inférieur à ce qui est observé en France (36 % contre 39 %). Les cantons urbains et périurbains sont les plus concernés [4].

#### Un taux de pauvreté chez les personnes âgées plus important qu'au niveau national ...

En 2008, l'Insee indique que le taux de pauvreté des ménages dont le référent est âgé de 75 ans ou plus est de 15,9 % dans la région contre 11,5 % en France. Les taux les plus élevés ont été relevés dans les Deux-Sèvres (18,1 %) et en Charente-Maritime (13,9 %). Cependant, la part des allocataires d'un minimum vieillesse est de 2,3 % en 2009 contre 3,6 % en France [6]. Les habitants des zones urbaines sont moins concernés (sauf pour Angoulême) [4].

#### Les limitations dans les activités quotidiennes

Selon les premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 menée auprès de personnes vivant à domicile [7], 83 % des personnes âgées entre 60 et 79 ans sont autonomes, malgré des altérations dans la motricité des membres inférieurs pour 20 % d'entre eux, mais 13,7 % des 60-79 ans sont concernés par une perte d'autonomie (difficultés motrices des membres inférieurs, gênes importantes dans les articulations) qui les empêchent de réaliser certaines activités (par exemple se baisser, porter un sac de provision de 5 kg ...), les femmes plus fréquemment. Pour cette tranche d'âge, la dépendance concerne 2,7 % des personnes. La plupart sont limités physiquement et il leur est impossible de réaliser des « activités instrumentales courantes » (les courses, déplacements, démarches administratives, tâches ménagères, cuisine ...). Plus de la moitié d'entre eux ont des problèmes cognitifs (résolution de problèmes quotidiens) et un tiers ne peuvent assurer des actes quotidiens essentiels (la toilette, habillage, manger...). Enfin, moins de 1 % sont fortement dépendants.

Chez les plus de 80 ans, six personnes sur dix sont relativement autonomes (difficultés d'audition et de motricité générale). Plus d'un quart sont concernés par une perte d'autonomie, plus souvent les femmes, qui se caractérise dans 80 % des cas par des limitations physiques (voir, entendre, marcher, monter, porter, se baisser, contrôler selles et urines...). Une grande partie n'assurent plus les tâches ménagères et ne font plus les courses. Les personnes dépendantes représentent 11,2 % : incapacité totale d'utiliser les fonctions motrices et de réaliser les « activités instrumentales courantes ». Plus de la moitié d'entre elles souffrent d'au moins une incapacité dans les « activités essentielles de la vie » (se laver, s'habiller, se nourrir, se coucher, se lever, se servir des toilettes). Enfin, la forte dépendance touche 2,5 % des 80 ans et plus vivant à domicile. Plus des deux tiers sont confinés au lit ou au fauteuil et déclarent une incapacité dans la quasi-totalité des tâches de la vie quotidienne mais les deux tiers mangent et boivent sans aide. Plus de 90 % d'entre elles présentent au moins une limitation cognitive importante (trous de mémoire, difficultés de compréhension, mise en danger, difficultés de concentration...).

#### Population âgée par tranche d'âge selon le sexe

	Poitou-Charentes		France	
	Effectif	Part sur total en %	Effectif	Part sur total en %
<b>Global</b>				
65-74 ans	166 268	9,43	5 058 653	7,86
75 ans et plus	195 144	11,07	5 554 754	8,64
Total population	1 763 521		64 322 785	
<b>Hommes</b>				
65-74 ans	78 099	9,15	2 332 351	7,49
75 ans et plus	75 315	8,83	2 037 803	6,54
Total population	853 278		31 136 564	
<b>Femmes</b>				
65-74 ans	88 169	9,69	2 726 302	8,22
75 ans et plus	119 829	13,16	3 516 951	10,60
Total population	910 243		33 186 221	

Source : RP 2009, Insee (populations estimées)

#### Des logements sans confort ...

En 2007, chez les picto-charentais de 75 ans et plus, la part de résidences principales ne comptant ni baignoire, ni douche, est d'un peu moins de 3 %. Cette proportion atteint 7 % dans l'extrême nord du département de la Vienne [4]. Près de 80 % d'entre eux sont propriétaires de leur logement (70 % en 2006), plus fréquemment dans les zones rurales qu'urbaines. La retraite et le veuvage sont souvent des causes de migrations vers les villes centres, notamment pour des raisons d'accès aux services et équipements. Ces migrants préfèrent souvent le statut de locataire à celui de propriétaire [5].

#### Baromètre santé Poitou-Charentes 2010 [8]

Le veuvage passe de 15 % chez les 66-75 ans à 33 % chez les 76-85 ans, les femmes étant plus concernées. Plus d'une personne de 66-75 ans sur cinq vit seule et cette proportion dépasse 40 % chez les 76-85 ans. Pour ces deux tranches d'âge, les situations financières compliquées voire impossibles sont ressenties pour environ 40 % des 66-85 ans. Le renoncement aux soins pour des raisons financières est subi par 6 % des 66-75 ans et par près de 10 % des 76-85 ans.

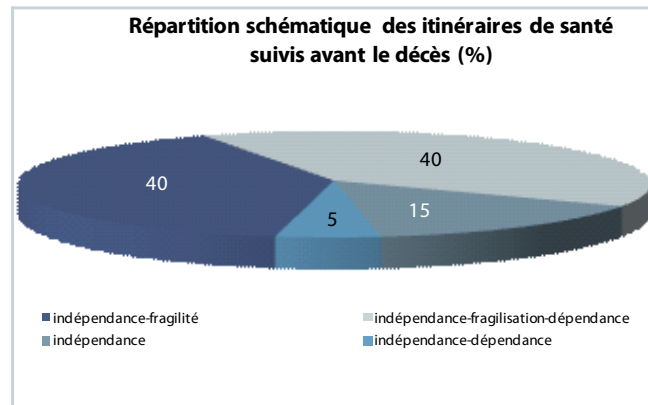
Près des deux tiers des 66-75 ans ont déclaré avoir une activité sportive au moins une fois par mois. Cette proportion atteint 40 % chez les 76-85 ans.

La consommation quotidienne d'alcool concerne environ la moitié des hommes de 66-85 ans et une femme sur cinq. Très peu d'entre eux sont fumeurs.

## IV - Déterminants de la santé des personnes âgées

L'approche globale et positive de la santé des personnes âgées est décrite dans le projet européen Vieillir en bonne santé (Healthy ageing, 2004-2007) comme un « processus d'optimisation de la santé physique, mentale et sociale afin de permettre aux personnes âgées d'être actives socialement sans discrimination et de jouir de leur indépendance et d'une bonne qualité de vie ».

La notion de personnes âgées renvoie non pas à un groupe homogène de personnes mais à plusieurs groupes qui ne peuvent être constitués sur le seul critère de l'âge. Dans son travail sur la santé des personnes âgées, l'Inpes distingue différents groupes en fonction de l'état ou du statut de santé [2]. Le premier d'entre eux est la dépendance (incapacité d'accomplir soi-même certains actes de base de la vie quotidienne) ; le deuxième est la fragilisation (perte progressive, inévitable avec l'avance de l'âge des réserves physiologiques et sensori-motrices qui affecte la capacité de résilience des individus) ; le troisième et dernier est l'indépendance (ni fragilisation, ni dépendance). Les trajectoires suivies ne sont pas identiques, toutes les personnes âgées ne parcourent pas les trois étapes. Schématiquement, 40 % des personnes âgées passent d'une étape de fragilisation à une étape de dépendance, 40 % passent de l'étape d'indépendance à l'étape de fragilité mais décèdent sans s'être installés réellement dans la dépendance, 15 % restent indépendants jusqu'à quelques mois du décès et ne passent ni par une étape durable de fragilisation ni par l'étape de dépendance, et enfin 5 % passent de l'indépendance à la dépendance [2]. Ces différentes trajectoires sont influencées par des déterminants.



### Des déterminants individuels ...

Le premier d'entre eux est l'état de santé de la personne, puis son âge, même si des variations importantes sont observées et qu'à tout âge les différents statuts de santé se côtoient. Le sexe joue un rôle important, les femmes ayant moins de chance de suivre une trajectoire d'indépendance et plus de risque de subir une fragilisation sévère [2].

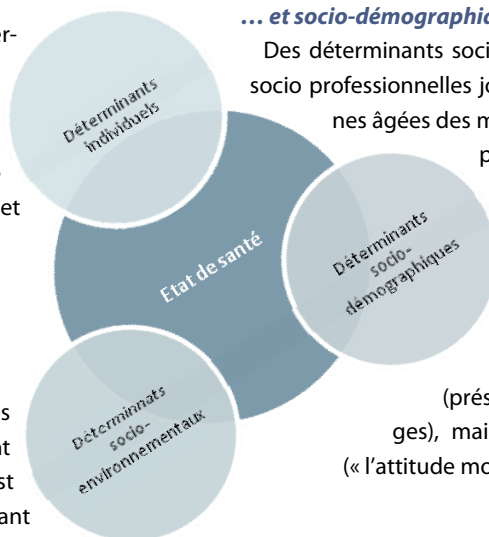
### ... mais également socio-environnementaux

Dans le cadre du programme franco-québécois 2009-2011, ont été étudiés plus particulièrement les déterminants socio-environnementaux [3]. Il est admis que la participation sociale est un déterminant important de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées. Or certains travaux démontrent que l'environnement résidentiel joue un rôle dans cette participation. Ainsi, les « voisinages riches en ressources accessibles favorisent la qualité de vie, notamment par un impact sur la marche, la fréquentation des ressources et la convivialité ». De plus, le niveau socio-économique du quartier et le réseau social ont également été identifiés comme facteurs associés à la santé et à la qualité de vie des aînés.

Ainsi, non seulement les déterminants individuels (sexe, âge, niveau socio-économique, comportements de santé...) sont importants mais ils ne peuvent être dissociés de l'environnement, qu'il s'agisse du réseau social (relation familiale, relations amicales, implication dans la vie locale ...) ou de la qualité du voisinage (ressources disponibles et accessibilité, solutions de transport adaptées, aménagement de lieux collectifs et d'espaces publics, commerces... Cf. encadré ci-contre). Il s'agit donc de créer, de développer ou de maintenir un environnement favorable, et cela passe non seulement par l'implication de l'entourage des personnes âgées, mais également par celle des pouvoirs publics.

### ... et socio-démographiques ...

Des déterminants sociaux ont également été identifiés : les carrières socio professionnelles jouent un rôle sur le statut de santé, les personnes âgées des milieux populaires ayant plus de risque de passer par une étape terminale de dépendance lourde. Outre ces déterminants, la pratique de certaines activités a une influence sur les trajectoires notamment sur la fragilisation : les travaux manuels, la lecture et la pratique des médias, les activités sociales, la pratique religieuse. Enfin l'environnement relationnel (présence de la famille et d'amis, densité des échanges), mais également les compétences psychosociales (« l'attitude morale de la personne ») jouent un rôle.



### L'étude VoisiNuAge [3]

Elle allie une étude longitudinale québécoise sur la nutrition et le vieillissement (NuAge) et le système d'information Megaphone. Ainsi, les chercheurs ont eu accès à la fois aux résultats d'un suivi de cohorte de 1 793 personnes âgées (mesures biologiques, fonctionnelles, psychologiques et sociales) sur 4 ans, et aux données issues du SIG qui comprend une variété d'informations sur les dimensions physiques, sociales et communautaires des quartiers de la région de la métropole de Montréal.

Parmi les résultats obtenus, il a été mis en évidence que la participation sociale est un déterminant-clé de la santé et de la qualité de vie des aînés, et que cette participation dépend en partie de la proximité des ressources et des services. De plus, le fait d'avoir un mode de vie actif est lié à une meilleure santé et qualité de vie. Or, il a été observé qu'un meilleur accès aux ressources est associé à une probabilité plus élevée d'avoir une activité physique (dans ce cas la marche).

## V - Projets et initiatives régionales

En Poitou-Charentes, l'Agence Régionale de Santé finance grâce au FIQCS 13 réseaux gérontologiques, répartis sur tout le territoire sans toutefois le couvrir entièrement (2 en Charente, 4 en Charente-Maritime, 2 en Deux-Sèvres et 5 dans la Vienne). Hormis la coordination, les réseaux ont une mission de prévention, promotion auprès de la population âgée mais aussi de formation auprès des professionnels et des aidants.

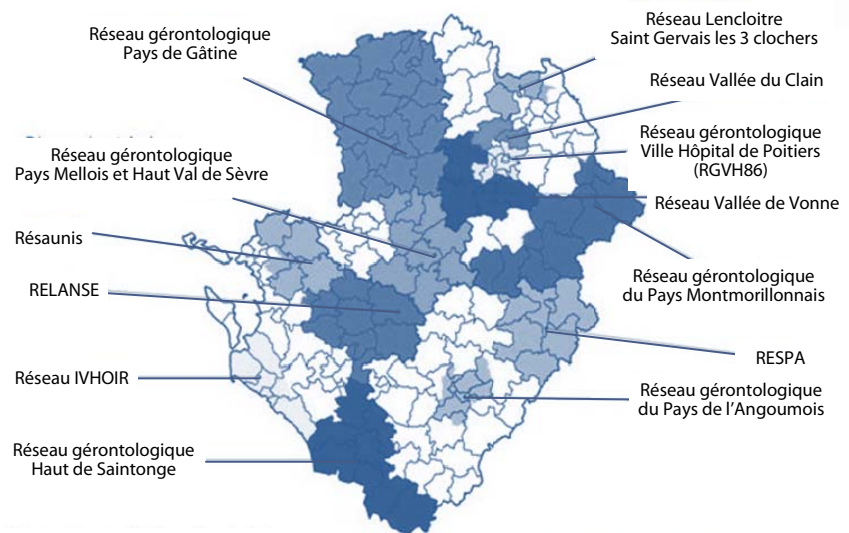
Au-delà de ce dispositif, des actions de promotion et de prévention destinées aux personnes âgées sont menées sur la région et financées via l'appel à projets de l'ARS.

Ainsi, en 2011, 23 actions en direction de ce public ont été retenues (ce qui correspond à 11 % des dossiers financés). Les crédits alloués à ces actions se montent à 119 093 euros, soit 8,6 % de l'enveloppe globale de l'appel à projets.

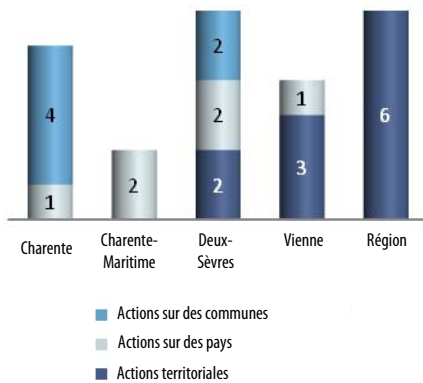
Ces actions sont menées par 17 structures différentes, dont 13 associations loi 1901 et 4 structures autres (organisme de sécurité sociale, mutuelle, CCAS). La majeure partie des ac-

tions (20 sur 23) portent sur les maladies liées au vieillissement dont la maladie d'Alzheimer. Elles sont inégalement réparties sur le territoire régional : 6 sont régionales, 6 sont menées en Deux-Sèvres, 5 en Charente, 4 en Vienne et 2 en Charente-Maritime. Les axes développés par ces actions sont la promotion du bien vieillir via l'adoption de comportements favorables à la santé (bien manger/pratique d'activités physiques adaptées), la prévention des effets néfastes du vieillissement : prévention des chutes, ateliers mémoire et l'information pour les aidants familiaux. Enfin, les 2 modes d'intervention prioritairement utilisés sont les « groupes de paroles – atelier santé » « l'information, sensibilisation et communication ».

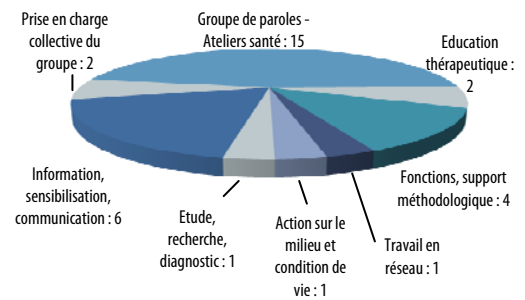
### Les réseaux gérontologiques financés par le FIQCS



### Territoires d'intervention des actions



### Modalité d'intervention



### Promotion de la santé à destination des personnes âgées

Selon la Charte d'Ottawa, la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Ainsi les déterminants individuels mais aussi socio-environnementaux influent sur l'état de santé, et ceci y compris chez les personnes âgées. La promotion de la santé chez les personnes âgées a donc pour objectif « le bien vieillir ». Afin d'atteindre cet objectif et de préserver le capital santé de la personne âgée, celle-ci doit pouvoir être informée, conseillée pour pouvoir adopter des comportements favorables à sa santé ; elle doit également pouvoir bénéficier de milieux de vie favorables notamment son environnement physique (domicile, extérieur) et socio économique. Pour ce faire, il s'agit de définir des stratégies d'intervention qui doivent être intersectorielles et conjuguer des actions de nature communautaire, politique et sociale.

### Références bibliographiques

- [1] ORS Poitou-Charentes. Etat de santé des 60-74 ans. Fiche 2.6 in Panorama de la santé Poitou-Charentes 2010. Mars 2010. 2 p.
- [2] Stéphanie Pin Le Corre. Promouvoir la santé des personnes âgées. La Santé de l'homme n°401. Mai-juin 2009. Inpes
- [3] Lucette Barthélémy, Stéphanie Pin, Lucie Richard, Johanne Filiatrault. Les déterminants socio-environnementaux de la santé des aînés. La Santé de l'homme n°411. Janvier-février 2011. Inpes
- [4] J. Giraud et al. Territoires et vieillissement en Poitou-Charentes. Cartographie des indicateurs et typologie des cantons. ORSPoitou-Charentes. Mai 2011. 61 p.
- [5] Direction régionale de l'équipement Poitou-Charentes. Etude sur les besoins en logement des personnes âgées. Août 2007. 67 p.
- [6] S. Martherns, S. Micheaux. Les allocataires de minima sociaux en 2008. Etat des lieux avant la mise en place du revenu de solidarité active. DREES. Etude et Résultats n°727. Mai 2010. 8 p.
- [7] Séverine Dos Santos et Yara Makdessi. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. DREES. Etudes et résultats n°718. Février 2010. 8 p.
- [8] Les résultats du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010 feront l'objet d'une publication sous forme de fiches thématiques qui sera disponible en mars 2011. Pour plus de renseignements, contacter l'ORS Poitou-Charentes.
- [9] Sylvie Merlière. La prise en charge de la dépendance des personnes âgées. COSA - ARS Poitou-Charentes. Com'Stat n°6, juin 2010. 16 p.