



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

VOLET 1 : CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES, SOCIO-ÉCONOMIQUES ET
SANITAIRES DES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS RÉSIDANT EN HAUTE-VIENNE

*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°338-1

Janvier 2017

Contexte	1
Méthode	2
I. Les Bases de données et enquêtes « Institutionnelles »	2
II. Les données du Conseil départemental	5
III. Les données extraites d'études régionales conduites par l'ORS	6
Résultats VOLET 1 : Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires des personnes de 60 ans et plus résidant en Haute-Vienne	7
I. Caractéristiques sociodémographiques	7
A. Portrait démographique de la Haute-Vienne	7
B. Conditions socio-économiques des habitants de la Haute-Vienne	12
II. Autonomie et dépendance	16
A. La perte d'autonomie chez les personnes âgées	16
B. Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes	18
C. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	19
D. L'allocation aux adultes handicapés (AAH)	22
III. Etat de santé	23
A. Santé perçue	23
B. Facteurs de risque et mode de vie	25
C. Morbidité	26
D. Mortalité	32
IV. Recours au système de soins et de prévention	37
A. Vaccination antigrippale	37
B. Dépistage organisé	37
C. Consultations mémoire	39
D. Les chutes	40
E. Recours hospitaliers	42
F. Accès aux soins	46
V. Habitat et conditions de vie	50
A. Caractéristiques de l'habitat	50
B. Conditions de vie	54
Au terme de cette approche	58
Bibliographie	59
Annexe : composition communale des territoires d'intervention du Conseil départemental	60

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 sur le plan démographique, socio-économique, sanitaire et sur celui de la dépendance,
- un recensement de l'offre existante en matière d'hébergement des personnes âgées, de soins, d'aide au maintien à domicile et un recensement 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 (notamment en regard des actions déjà engagées au sein des départements préfigureurs).

Ce premier volet présente ainsi les caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires des personnes de 60 ans et plus résidant dans le département, de même que les données permettant de mesurer la place et l'évolution du phénomène de dépendance. Il s'appuie d'une part sur les données préexistantes collectées par différentes institutions (à titre systématique, dans le cadre d'enquêtes spécifiques ou à travers des schémas préalablement établis), et d'autre part sur l'extraction des données haut-viennoises issues de plusieurs enquêtes conduites par l'ORS à l'échelle de l'ex-région Limousin. Lorsque cela est possible, les informations sont présentées à l'échelle des quatre territoires d'intervention du Conseil départemental de Haute-Vienne et des comparaisons aux données nationales sont proposées.

I. LES BASES DE DONNÉES ET ENQUÊTES « INSTITUTIONNELLES »

A. Le recensement de la population (INSEE)

Depuis 2004, le recensement repose sur une collecte d'information annuelle, concernant successivement tous les territoires communaux au cours d'une période de cinq ans. Ainsi, chaque année, des résultats de recensement sont produits à partir des cinq enquêtes annuelles les plus récentes (abandon des informations issues de l'enquête la plus ancienne et prise en compte de l'enquête nouvelle).

Le recensement de la population (RP) permet de connaître la population de la France, dans sa diversité et son évolution. Il fournit des statistiques sur le nombre d'habitants et sur leurs caractéristiques : répartition par sexe et âge, conditions de logement, modes de transport, etc.

Les dernières données disponibles sont les données du RP 2013 basées sur les recueils effectués en 2011-2015.

B. Les statistiques de décès (CépiDc-INSERM)

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) est un laboratoire de l'Inserm qui produit chaque année les statistiques des causes médicales de décès en France. Pour ce faire, il s'appuie sur les données renseignées sur les certificats de décès établis par les médecins lors de tout décès. Le sexe, l'âge, la domiciliation de la personne décédée sont renseignés ainsi que le lieu, la date et la (ou les) cause(s) du décès. Ces informations remontent via les mairies à l'INSEE d'une part et via l'ARS à l'Inserm d'autre part. Le CépiDc analyse alors les diagnostics inscrits sur les certificats de décès et les code selon les règles de la Classification Internationale des Maladies (CIM10 depuis 2000). Selon les informations fournies par le médecin à l'origine du certificat et l'application des règles de classification figurant dans la CIM, il détermine la cause initiale de décès définie comme la cause à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès et renseigne également les causes associées.

Les données issues des bases de 2011 à 2013 concernant des personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en Haute-Vienne ont été analysées (2009-2013 pour la mortalité par suicide).

C. Les bases de données de l'Assurance maladie

a. Les affections longue durée (CNAMTS-CCMSA-CNRSI)

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Les données sont issues des trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes).

Les taux d'admission bruts calculés chez les 60 ans et plus sont présentés par territoire d'intervention du Conseil départemental (données 2014). Selon les caisses de retraite, l'information sur la localisation est renseignée de façon hétérogène : code commune ou code postal. Certains codes postaux correspondent à plusieurs communes qui n'appartiennent pas toutes au même territoire d'intervention du CD87. Aussi pour pallier cette difficulté, les admissions en ALD correspondant à ces codes postaux ont été attribuées au territoire d'intervention où vit la plus grande proportion de la population avec ce code postal.

b. La vaccination (CPAM)

L'Assurance Maladie propose chaque année aux personnes à risque, notamment les personnes de 65 ans et plus, une vaccination gratuite contre la grippe saisonnière sous forme d'invitation.

Les données de remboursements de vaccins antigrippaux des assurés de 65 et plus de la Haute-Vienne ont été analysées par la CPAM 87 afin d'établir les taux de couverture vaccinale au sein du département sur cette tranche d'âge (campagne hivernale 2015-2016).

c. Le dépistage organisé (CPAM)

Généralisé en France depuis 2004, le dépistage du cancer du sein était déjà mis en place depuis de nombreuses années en Haute-Vienne. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie propose à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans de réaliser gratuitement une mammographie tous les deux ans auprès d'un radiologue agréé.

Depuis 2009 est également généralisé sur le territoire français le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Le programme, porté par l'Assurance Maladie, propose un test de détection de sang (test immunologique depuis 2015) dans les selles tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen pour ce cancer. Une coloscopie complète doit être pratiquée systématiquement en cas de test positif.

Les données issues des campagnes de dépistage sont proposées par l'Assurance Maladie sur la base du nombre d'exams ou de tests réalisés rapporté au nombre d'invitations envoyées.

D. Les séjours hospitaliers (PMSI-ATIH)

L'ensemble des séjours hospitaliers sont enregistrés dans un système d'information dont les données remontent chaque année à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ce système d'information a été mis en place dans le cadre du financement des hôpitaux mais l'exploitation des bases de données peut permettre également d'étudier les parcours des patients. Les données sont ainsi anonymisées à des fins d'exploitation diverses.

L'ORS, grâce à sa Fédération (FNORS), a accès aux bases nationales via une application informatique sécurisée proposée par l'ATIH.

Dans cette étude, 3 champs d'activité sont explorés : l'activité en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et la Psychiatrie (RIM-P).

a. PMSI-MCO

Dans les bases annuelles de l'activité Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), seuls les séjours terminés durant l'année sont comptabilisés. Pour cette étude, les données des séjours terminés en 2015 concernant des personnes de 60 ans et plus résidant en Haute-Vienne ont été analysées, quelle que soit la localisation de l'établissement de prise en charge (en France). Les principaux motifs de séjours sont présentés et, pour chaque territoire d'intervention du Conseil départemental, sont fournis les taux de recours et la composition par âge et sexe des patients.

b. PMSI-SSR

Pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), le recueil d'informations au cours d'un séjour a lieu selon un rythme hebdomadaire calendaire, du lundi au dimanche. Comme pour les données du PMSI-MCO, les données du PMSI-SSR 2015 concernant des personnes de 60 ans et plus résidant en Haute-Vienne ont été analysées par territoire d'intervention du Conseil Départemental.

c. PMSI-RIM P

Le PMSI-RIM P concerne les séjours spécialisés en psychiatrie. Comme pour le PMSI-MCO et le PMSI-SSR, les données des séjours effectuées en 2015 par des patients âgés de 60 ans et plus résidant en Haute-Vienne ont été analysées et sont présentées par territoire d'intervention du Conseil Départemental.

E. L'observatoire des fragilités (CNAMTS-CNAV-MSA-RSI)

Les Observatoires régionaux des situations de fragilité s'inscrivent dans le Plan national Proximité Autonomie de l'Avancée en Age qui a pour ambition d'accompagner les personnes retraitées ou préretraitées en risque de fragilité dans le cadre de parcours attentionnés conjoints Maladie/Retraite portant sur l'accès aux droits et aux soins et sur l'aide à la vie quotidienne. Ils visent par ailleurs à identifier les bénéficiaires potentiels du service social au travers de données territorialisées sur les thèmes de l'accès aux soins, la prévention de la désinsertion professionnelle et la sortie d'hospitalisation.

Enfin, ils contribuent à la réalisation de diagnostics territoriaux des situations à risque dans le cadre des Plans Locaux d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions et des Ruptures (PLANIR). Outils de pilotage et de diagnostic territorial, ces Observatoires permettent ainsi de repérer les territoires prioritaires d'intervention pour les publics concernés et de déterminer le taux de couverture de ces territoires par des offres de services et/ou actions de prévention.

En Haute-Vienne, les données du Régime Général sont accessibles sur le site internet de l'observatoire des fragilités ainsi qu'un certain nombre de données de la MSA depuis peu. Les données du RSI ne sont pas disponibles à ce jour.

F. Les données sociales (CNAF, CCMSA)

Grâce à sa Fédération (FNORS), l'ORS a accès à des bases de données nationales des allocataires de la CNAF et de la CCMSA. Sont présentées dans ce document certaines données 2014 comme le nombre d'allocataires de 60 ans ou plus ou le nombre de bénéficiaires de l'AAH (allocation aux adultes handicapés).

G. Les données FILICOM

Le système d'observation statistique des logements, dénommé FILOCOM, correspond à un traitement automatisé de données issues des fichiers fiscaux et fonciers. Il est constitué par le rapprochement du fichier de la taxe d'habitation (TH), du fichier foncier (pour ce qui concerne les propriétés bâties soumises à la TH), du fichier des propriétaires (idem) et du fichier de l'impôt sur les revenus des personnes physiques (IRPP ou IR).

Dans ce système d'information est calculé l'indicateur du parc privé potentiellement indigne (PPPI). Il s'agit d'une méthode statistique établie sur la base d'un croisement entre les revenus des occupants et le classement cadastral des logements. Le PPPI repose sur l'hypothèse qu'un logement a d'autant plus de chances de ne pas avoir été profondément amélioré, et d'avoir un classement cadastral initial toujours valable, qu'il est occupé par un ménage à revenus modestes.

La part des logements potentiellement indignes est ainsi calculée en rapportant le nombre de PPPI issus de la base Filocom 2013 (extraites par le Cerema) au nombre de logements occupés à titre de résidence principale (Base logement INSEE).

H. L'enquête Vie Quotidienne et Santé 2014 (DREES-INSEE)

Cette enquête de la DRESS réalisée par l'INSEE porte sur un échantillon national de 166 800 personnes de 60 ans et plus représentatives de la population française. Une exploitation départementale est proposée avec des données sur l'état de santé, l'autonomie et les aides perçues.

II. LES DONNÉES DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL

A. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie versée par le Conseil Départemental :

- l'APA à domicile aide à payer les dépenses nécessaires pour rester vivre à domicile malgré la perte d'autonomie,
- l'APA en établissement aide à payer une partie du tarif dépendance en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Diverses données statistiques relatives aux bénéficiaires de l'APA à domicile (y compris en résidence autonomie) et en établissement (EHPAD et USLD) ont été fournies par le Conseil départemental.

B. Les chutes des personnes âgées

Un groupe de travail relatif aux chutes des personnes âgées a été conduit par le Conseil départemental. Piloté par Dr Ghislaine Monier dans le cadre des travaux de la MAIA Centre Haute-Vienne, ils ont permis le recensement d'un certain nombre de données chiffrées concernant les chutes collectées par divers organismes (ORULIM, SDIS 87, SOS Médecins et les services de téléassistance).

C. Le schéma départemental d'autonomie

Le Code de l'action sociale et des familles a prévu la réalisation au moins tous les 5 ans d'un Schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale ; le schéma départemental de l'autonomie en est une déclinaison.

Les schémas relatifs aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap sont arrêtés par le Président du Conseil départemental, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec le Directeur de l'Agence régionale de santé (ARS). Ils sont examinés dans le cadre de la commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux, associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale.

Ainsi, le Conseil départemental de la Haute-Vienne a élaboré un schéma départemental de l'autonomie pour la période 2015-2019 afin de mieux répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. La première partie de ce schéma présente notamment un état des lieux de la situation départementale, et particulièrement, dans son chapitre 1, un certain nombre de données sur le contexte démographique et socio-économique du département.

III. LES DONNÉES EXTRAITES D'ÉTUDES RÉGIONALES CONDUITES PAR L'ORS

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

Deux études successives ont été conduites en 2005 et 2015 portant sur, respectivement, 1 220 et 1 910 personnes de 75 ans et plus résidant dans l'ex-Limousin, dont 594 (en 2005) et 898 (en 2015) en Haute-Vienne. Ces études abordaient l'autonomie des personnes (grille de Colvez), les aides reçues, les besoins perçus et, pour la dernière étude, plus complète, des informations sur la qualité de l'habitat, l'environnement familial et relationnel, la mobilité, la vie sociale, la santé perçue et les difficultés d'accès aux soins.

Un certain nombre de variables sont proposés pour la Haute-Vienne et les territoires d'intervention du Conseil départemental ainsi que des comparaisons avec l'ex-région Limousin.

B. Baromètre santé en médecine générale

Trois vagues d'études ont été conduites en 2011, 2012 et 2014 auprès d'un panel de médecins généralistes volontaires. Ceux-ci recueillaient auprès de tous leurs patients « un jour donné » un certain nombre d'informations : statut tabagique, activité physique, vaccination... Au total, 76 médecins participants en Haute-Vienne et 1226 dossiers de patients de 60 ans et plus ont été recueillis (400 en moyenne par vague). Leurs données sont comparées à celles relevées sur l'ensemble du Limousin.

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

Deux vagues d'enquête ont été conduites en 2013 et 2016. Il s'agissait d'enquêtes par auto-questionnaire envoyé par voie postale qui ont permis de recueillir des informations auprès de, respectivement, 630 et 1192 foyers de personnes âgées de 60 ans et plus, dont 306 (en 2013) et 617 (en 2016) résidaient en Haute-Vienne. Les deux études portaient sur les différents motifs de renoncement (délais de rendez-vous, coût des soins, distance, absence de moyen de transport ...). Comme précédemment, les chiffres relevés en Haute-Vienne sont présentés en comparaison des données relevées sur l'ensemble de l'ex-région Limousin.

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

L'ORS avait été missionné en 2011 puis 2013 par l'ARS pour analyser l'activité des centres de consultations mémoire du Limousin à travers l'outil Calliope. Une sélection de données d'activité issues des centres de consultations de Haute-Vienne sont présentées.

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

En 2016, l'ORS a été missionné par l'ARS pour conduire un état des lieux sur la maladie d'Alzheimer en Nouvelle-Aquitaine. Extraites de cette étude, sont estimées la prévalence et l'incidence de la maladie d'Alzheimer et autres démences chez les 60 ans et plus dans le département de la Haute-Vienne à partir des données d'une méta-analyse de l'OMS datant de 2015 qui portait sur une soixantaines de publications scientifiques en Europe.

RÉSULTATS VOLET 1 : CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES, SOCIO-ÉCONOMIQUES ET SANITAIRES DES PERSONNES DE 60 ANS ET PLUS RÉSIDANT EN HAUTE-VIENNE

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

A. Portrait démographique de la Haute-Vienne

En 2013, la Haute-Vienne compte 375 856 habitants au dernier recensement de la population (Tab.I.A1). Elle se situe au 60^{ème} rang des départements de métropole en termes de population (sur 96 départements). Sa densité est de 68 habitants par km² (densité France métropolitaine = 104 ; 55^{ème} rang sur 96).

Tab.I.A1. Nombre d'habitants en Haute-Vienne, selon le sexe et l'âge en 2013

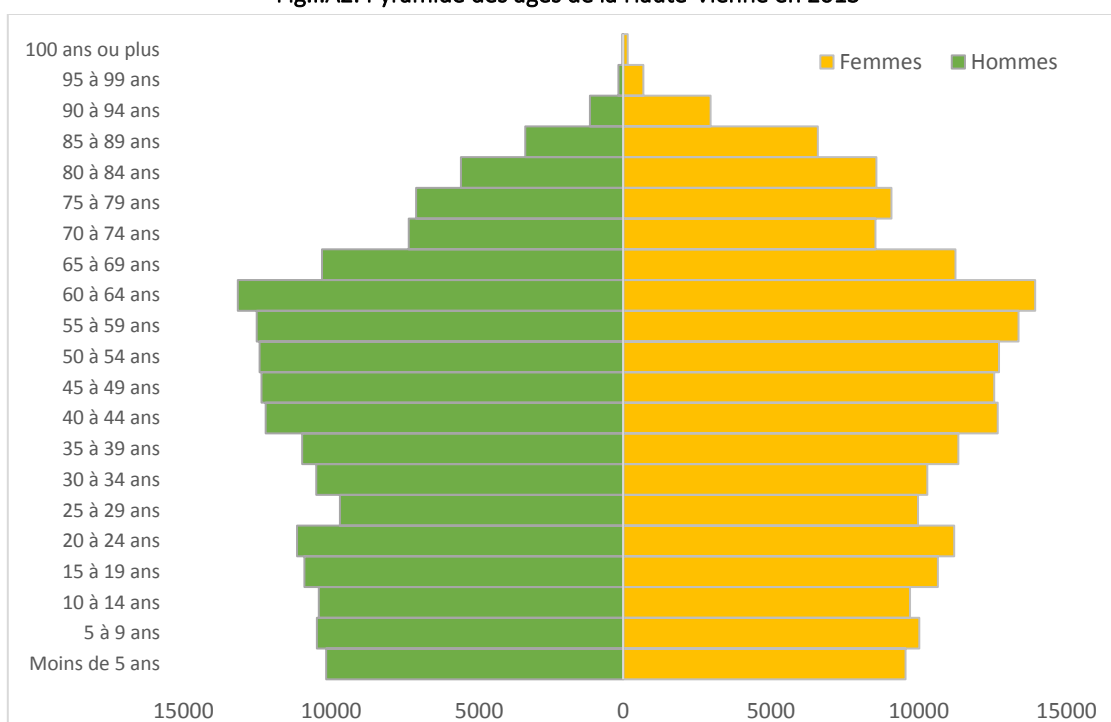
	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 20 ans	41 486	39 957	81 445
20-59 ans	90 891	94 142	185 032
60-74 ans	30 485	33 727	64 212
75-84 ans	12 490	17 657	30 148
85 ans ou plus	4 629	10 390	15 019
Total	179 980	195 876	375 856

Source : INSEE, RP2013

a. Part de la population âgée :

La Haute-Vienne compte 109 379 personnes âgées de 60 ans ou plus, 47 604 hommes (44%) et 61 774 femmes (56%). La part de personnes âgées de 60 ans et plus était de 29% dans le département versus 24% en France métropolitaine (Tab.I.A3). On retrouve des proportions de personnes âgées supérieures en Haute-Vienne après 75 ans (12% versus 9%) et après 85 ans (4% versus 3%). La Haute-Vienne se place ainsi en 31^{ème} position des départements français pour la part des 60 ans et plus et en 26^{ème} position pour la part des 75 ans et plus.

Fig.I.A2. Pyramide des âges de la Haute-Vienne en 2013



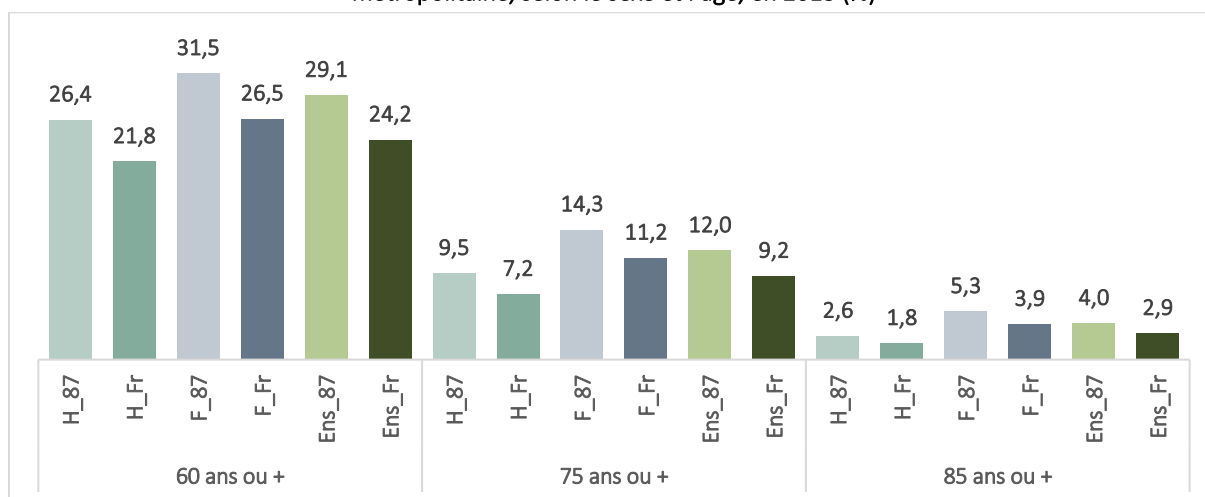
Source : INSEE, RP2013

Tab.I.A3. Proportion de personnes âgées en Haute-Vienne et en France métropolitaine, selon le sexe, en 2013 (%)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Haute Vienne	France métro	Haute Vienne	France métro	Haute Vienne	France métro
60 ans ou +	26,4	21,8	31,5	26,5	29,1	24,2
75 ans ou +	9,5	7,2	14,3	11,2	12,0	9,2
85 ans ou +	2,6	1,8	5,3	3,9	4,0	2,9

Source : INSEE, RP2013

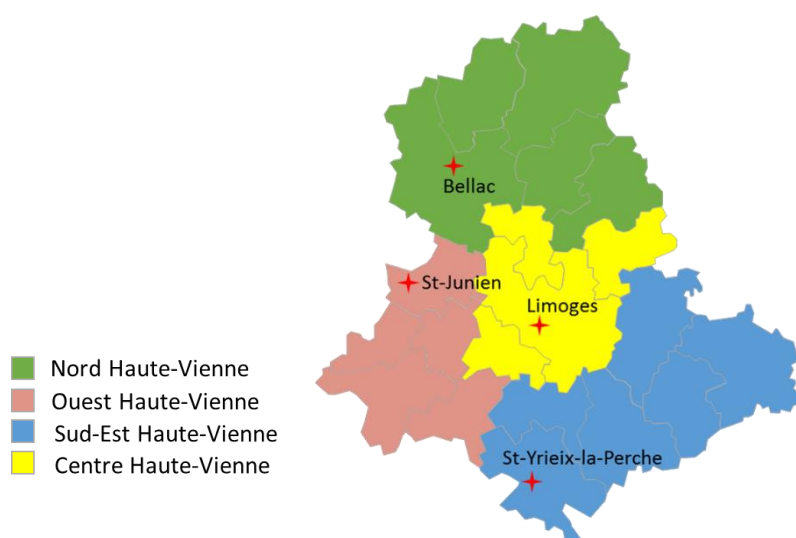
Fig.I.A4. Proportion de personnes âgées en Haute-Vienne et en France métropolitaine, selon le sexe et l'âge, en 2013 (%)



Source : INSEE, RP2013

Le Conseil départemental a divisé le département en quatre territoires d'intervention (fig.I.A5). Le territoire Centre Haute-Vienne, comprenant l'agglomération de Limoges, regroupe plus de 242 000 habitants, soit près des deux tiers de la population du département (Tab.I.A6). Le Sud-Est totalise plus de 51 000 habitants, l'Ouest plus de 43 000 et le Nord est le moins peuplé avec près de 39 000 habitants.

Fig.I.A5. Les territoires d'intervention du Conseil départemental

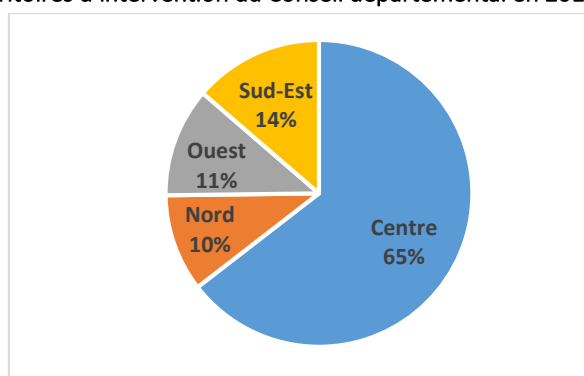


Tab.I.A6. Nombre d'habitants par territoire en Haute-Vienne en 2013

	Centre	Nord	Ouest	Sud
Nombre d'habitants	242 534	38 608	43 329	51 385
Part des habitants (%)	64,5%	10,3%	11,5%	13,7%
Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus	62 909	14 188	15 123	17 158
Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus	24 546	6 191	6 675	7 754
Nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus	8 235	2 103	2 121	2 560

Source : INSEE, RP2013

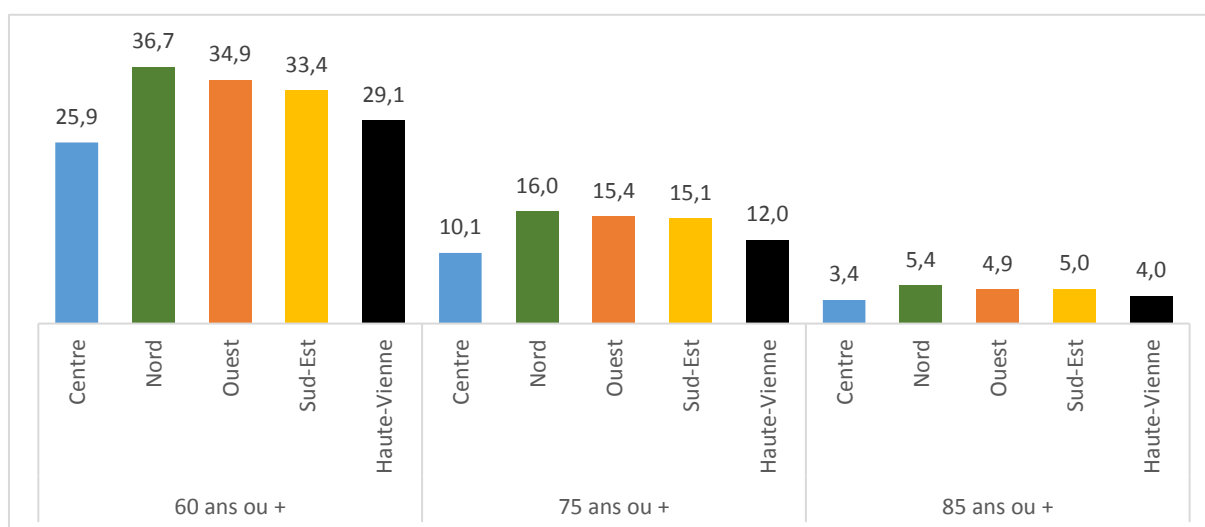
Fig.I.A7. Répartition des habitants de la Haute-Vienne selon les territoires d'intervention du Conseil départemental en 2013 (%)



Source : INSEE, RP2013

La part de la population âgée de 60 ans et plus est nettement plus importante dans les 3 territoires périphériques (de 33% à 37%) que dans le territoire central incluant l'agglomération de Limoges (26%) (fig.I.A8). L'écart est encore plus net si l'on considère les 75 ans et plus (dans un rapport de 1 à 1,5). Ainsi, si le territoire Centre Haute-Vienne abrite 65% de la population départementale, il ne représente que 58% de la population des 60 ans et plus et 54% de la population des 75 ans et plus.

Fig.I.A8. Proportion de personnes âgées selon les territoires d'intervention du Conseil départemental en 2013 (%)

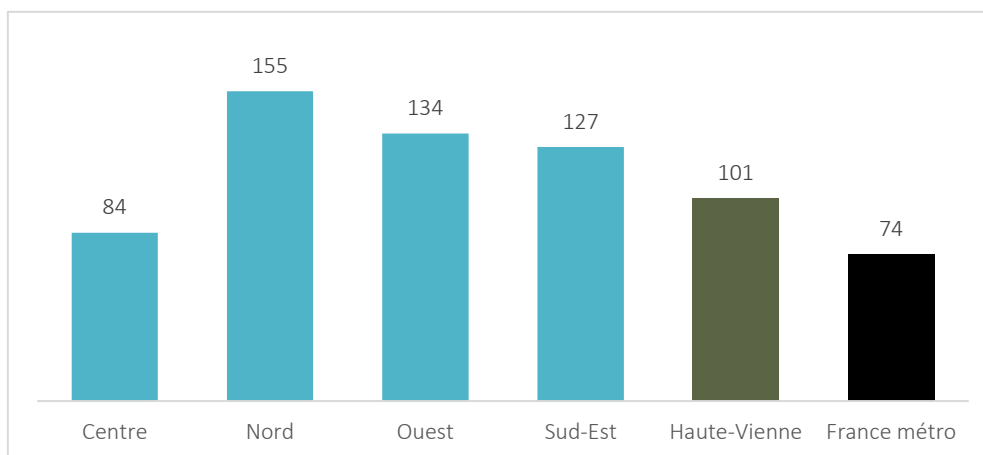


Source : INSEE, RP2013

b. Indice de vieillissement

La Haute-Vienne présente un indice de vieillissement de 101 personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans (fig.I.A9). Cet indice est nettement supérieur à l'indice de la France métropolitaine (74) et de fortes disparités apparaissent selon les territoires. Le Centre possède un indice de 84 alors que les indices sont élevés dans les 3 autres territoires : 127 dans le Sud-Est, 134 dans l'Ouest et surtout 155 dans le Nord du département.

Fig.I.A9. Indice de vieillissement selon les territoires d'intervention du Conseil départemental en 2013 (%)



Source : INSEE, RP2013

c. Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance est de 79,3 ans chez les hommes et de 85,8 ans chez les femmes (légèrement plus élevée chez les femmes que les valeurs régionale et nationale). L'espérance de vie à 60 ans s'élève à 23,4 ans chez les hommes et 28,2 ans chez les femmes (là aussi, valeurs légèrement plus favorables que les valeurs de référence) (Tab.I.A10).

Tab.I.A10. Espérance de vie à la naissance et à 60 ans en Haute-Vienne, Nouvelle Aquitaine et France métropolitaine, en 2014

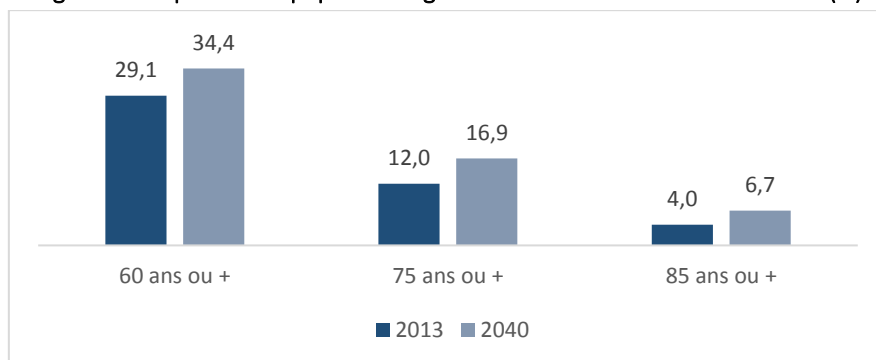
	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 60 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Haute-Vienne	79,3	85,8	23,4	28,2
Nouvelle Aquitaine	79,4	85,4	23,3	27,7
France métropolitaine	79,3	85,4	23,1	27,7

Source : INSEE, État civil, estimation de population

d. Projections

Selon les projections de population de l'INSEE, la Haute-Vienne atteindrait le nombre de 421 000 habitants en 2040, contre 376 000 en 2013. La part de la population âgée serait en augmentation également : 34% de la population du département serait âgée de 60 ans ou plus (29% en 2013), près de 17% serait âgée de 75 ans ou plus (12% en 2013) et la part de 85 ans ou plus passerait de 4% à près de 7% en 2040 (fig.I.A11). A l'horizon 2040, la population âgée augmenterait ainsi d'environ 35 000 personnes de 60 ans et plus, soit une progression relative de +18%, alors qu'en France métropolitaine cette progression serait de +25% ; chez les 75 ans et plus, cette progression serait de +41% en Haute-Vienne contre + 58 en France métropolitaine. Cette évolution sera plus forte dans le Centre Haute-Vienne.

Fig.I.A11. Proportion de population âgée en Haute-Vienne en 2013 et 2040 (%)



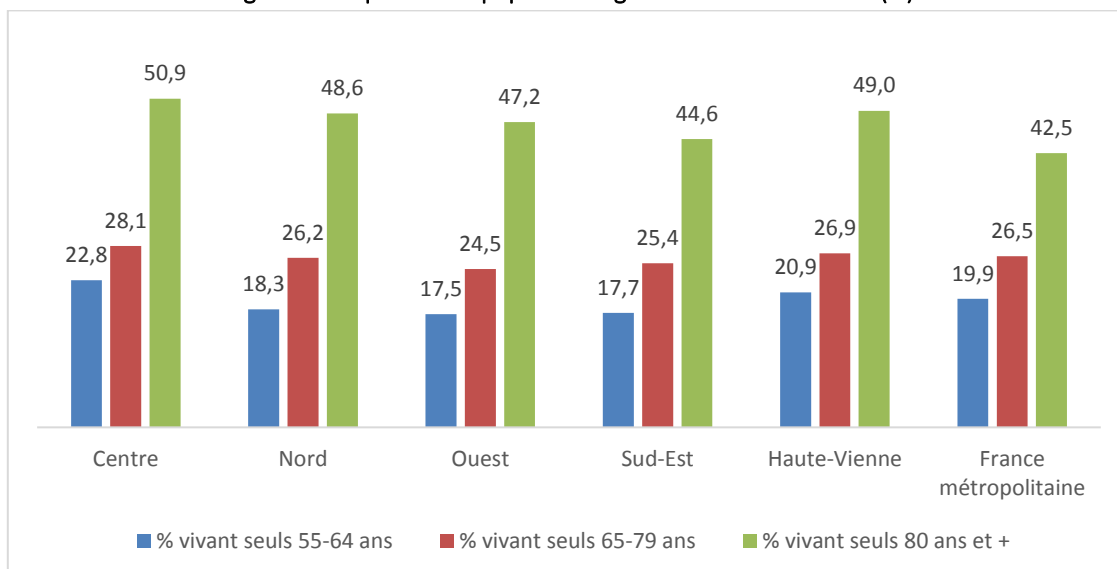
Source : INSEE, RP2013, Omphale 2010

e. Personnes âgées vivant seules

Parmi les 135 155 personnes âgées de 55 ans et plus en Haute-Vienne en 2013, 37 575 vivent seules à domicile, soit une proportion de 27,8% (26,8% en France métropolitaine). Cette proportion augmente avec l'âge et passe de 21% chez les 55-64 ans, à 27% chez les 65-79 ans pour atteindre 49% après 80 ans (fig.I.A12).

C'est dans le territoire du Centre Haute-Vienne que les proportions sont les plus élevées, quelle que soit la tranche d'âge observée.

Fig.I.A12. Proportion de population âgée vivant seule en 2013 (%)



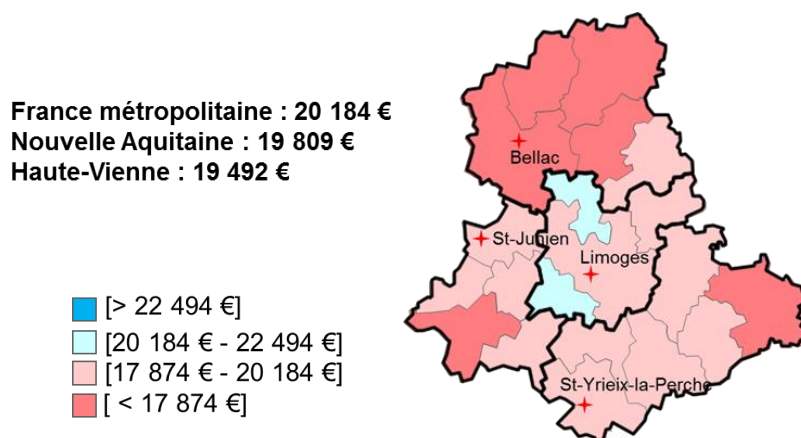
Source : INSEE, RP2013

B. Conditions socio-économiques des habitants de la Haute-Vienne

a. Indicateurs socio-économiques en population générale

La médiane du niveau de vie en Haute-Vienne est inférieure aux valeurs observées au niveau national et régional. Presque toutes les communautés de communes du département se situent à un niveau inférieur à la moyenne nationale, à l'exception de deux communautés de communes situées dans le Centre Haute-Vienne (Aurence et Glane Développement ; Val de Vienne) (fig.I.B1).

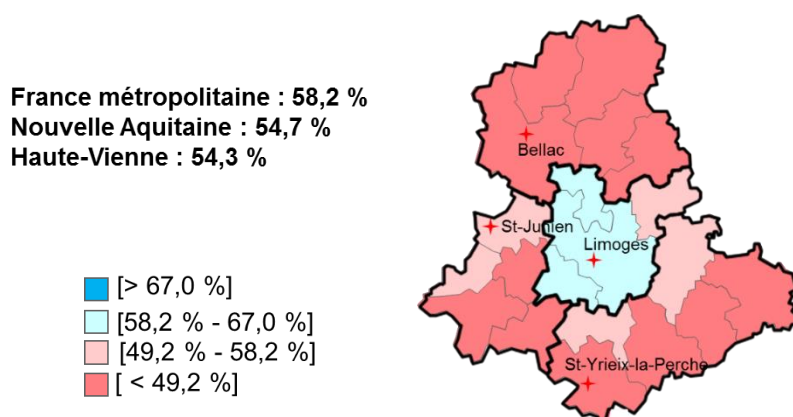
Fig.I.B1. Médiane du niveau de vie en 2013 (en €)



Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal

En France métropolitaine, 58% des ménages sont imposés en 2013. Cette proportion est de 55% en Nouvelle Aquitaine et de 54% en Haute-Vienne. Le territoire Centre Haute-Vienne est le plus favorisé avec 3 communautés de communes dont la part de foyers imposés est supérieure à la moyenne nationale. Au contraire, les parts les plus faibles concernent les communautés de communes situées sur le territoire Nord Haute-Vienne (Brame-Benaize, Haut-Limousin, Basse-Marche, Gartempe-St-Pardoux) (fig.I.B2).

Fig.I.B2. Part des ménages imposés en 2013 (%)

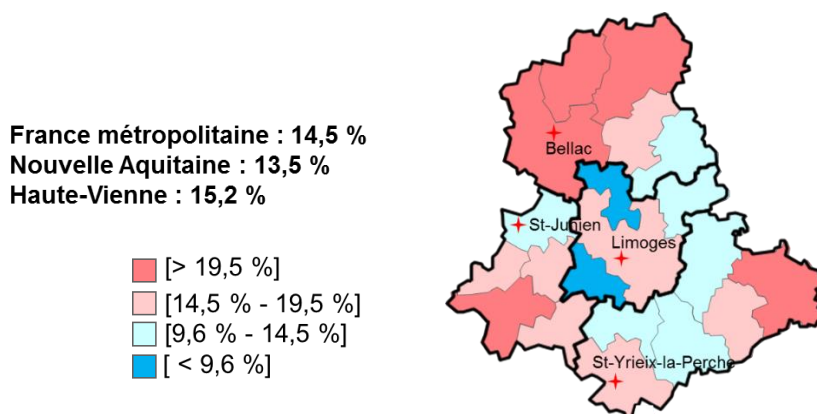


Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal

b. Taux de pauvreté

Le taux de pauvreté à 60% représente la part de la population disposant de moins de 60% du revenu médian national. En Haute-Vienne, il est supérieur aux taux observés au niveau national (15,2% versus 14,5% en France métropolitaine) ou au niveau régional (13,5% en Nouvelle Aquitaine). Les écarts à l'intérieur du département sont importants. Les taux les plus faibles sont observés dans des communautés de communes appartenant au Centre Haute-Vienne (avec des valeurs inférieures à 10%). Les taux les plus élevés concernent les communautés de communes du Nord (Haut-Limousin, Brame-Benaize, Basse Marche) ou du Sud-Est (Portes de Vassivière) (fig.I.B3).

Fig.I.B3. Taux de pauvreté à 60% en 2013 (%)



Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal

c. Indicateurs socio-économiques chez les personnes âgées

Le département de la Haute-Vienne possède des indicateurs défavorables par rapport aux valeurs relevées au niveau régional et national (Tab.I.B4). La part de ménages imposés est inférieure à la moyenne nationale et proche de la moyenne régionale. La médiane du niveau de vie et le taux de pauvreté sont plus péjoratifs que les valeurs de référence. Concernant le taux de pauvreté, s'il est globalement supérieur en Haute-Vienne, il est inférieur à la moyenne nationale chez les personnes âgées de 60-74 ans (et légèrement supérieur à la moyenne Nouvelle Aquitaine) mais redevient plus élevé chez les personnes âgées de 75 ans ou plus (11% versus 9% au niveau national). Il existe donc un problème socio-économique spécifique chez les plus âgés en Haute-Vienne.

Les valeurs du taux de pauvreté chez les personnes âgées ne sont pas disponibles pour toutes les communautés de communes à cause d'un problème d'effectifs et de secret statistique. Pour les territoires sur lesquels l'information est exploitable, on observe des taux de pauvreté inférieurs sur les secteurs les plus urbains (CA Limoges Métropole, CC Vienne Glane) et au contraire, des taux de pauvreté plus de deux fois supérieurs à la moyenne nationale dans les territoires les plus ruraux du département, que ce soit dans le Nord (Haut-Limousin, Brame-Benaize) ou dans le Sud-Est (Briance Combade, Briance Sud Haute-Vienne).

Tab.I.B4. Indicateurs socio-économiques en Haute-Vienne, Nouvelle Aquitaine et France métropolitaine en 2013 (%)

	Médiane du niveau de vie	Part des ménages imposés	Taux de pauvreté	Taux de pauvreté chez les 60-74 ans	Taux de pauvreté chez les 75 ans ou +
France métropolitaine	20 184€	58,2%	14,5%	9,3%	8,9%
Nouvelle Aquitaine	19 809€	54,7%	13,5%	8,1%	10,6%
Haute-Vienne	19 492€	54,3%	15,2%	8,5%	11,0%
CA Limoges métropole	19 980€	58,2%	15,9%	6,9%	6,6%
CC Vienne Glane	19 684€	52,8%	11,5%	6,5%	8,2%
CC Haut-Limousin	17 474€	42,4%	20,5%	14,2%	15,7%
CC Pays St-Yrieix	18 515€	48,9%	16,1%	10,9%	15,6%
CC de Noblat	19 094€	50,3%	13,0%	8,7%	13,4%
CC Braine Benaize	17 115€	42,3%	21,2%	15,5%	21,2%
CC Briance Combade	18 076€	44,9%	18,0%	-	22,0%
CC Briance Sud Hte-Vienne	19 070€	47,8%	13,9%	12,4%	22,5%
CC des Feuillardiers	17 116€	41,1%	20,6%	15,3%	17,3%

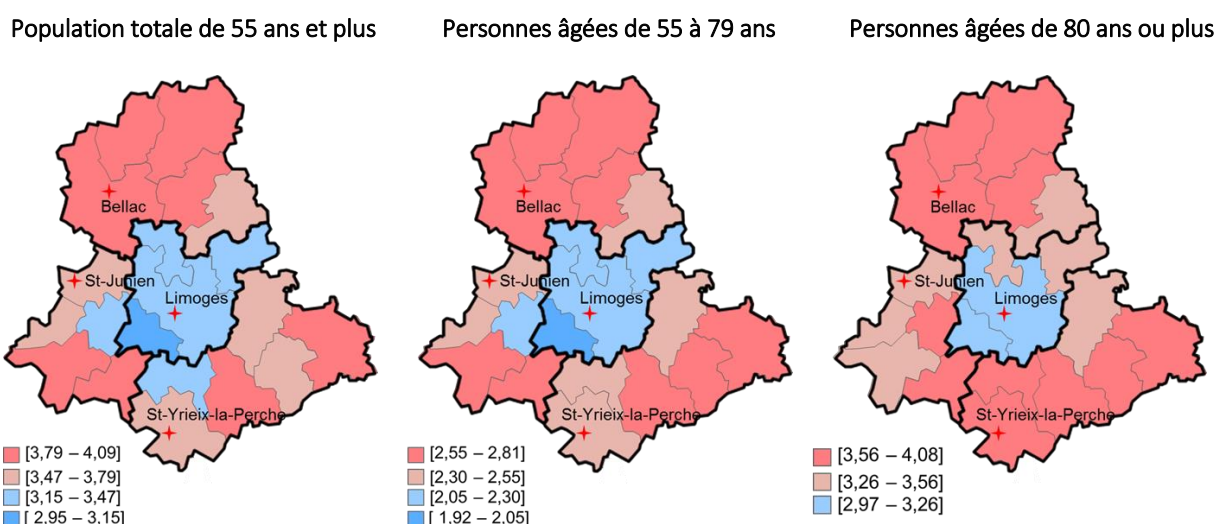
Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal

d. Scores de fragilité sociale

En Haute-Vienne, le score moyen de fragilité sociale est égale 3,47 versus 3,34 au niveau national, signant une situation plus défavorable.

Les cartes ci-dessous représentent les scores moyens de fragilité sociale par Communautés de communes en Haute-Vienne (fig.I.B5). Les territoires en bleu ont un score inférieur à la moyenne du département (situation plus favorable), les territoires en rose ont un score supérieur (situation défavorable). Le score est calculé pour l'ensemble des personnes âgées de 55 ans ou plus (du régime général) ainsi que pour deux tranches d'âge (55-79 ans, 80 ans ou plus). Le territoire Centre Haute-Vienne est le plus favorisé du département, quelle que soit la tranche d'âge étudiée. Plus on s'éloigne du centre du département, plus les scores de fragilité ont tendance à augmenter. Quelle que soit la tranche d'âge, le territoire Nord Haute-Vienne est le plus défavorisé.

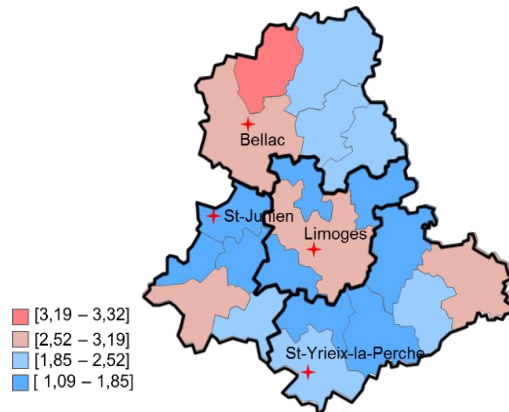
Fig.I.B5. Score moyen de la fragilité sociale des retraités du régime général en 2015



Source : Observatoire des fragilités, CNAM-SIAM-ERASME

Concernant la CMU-C, 2,5% des 55 ans et plus du Régime général sont bénéficiaires. Les taux sont plus élevés sur certains territoires ruraux du Nord ou du Sud-Est, mais également dans le territoire du Centre (Limoges Métropole, Fig.I.B6).

Fig.I.B6. Part des seniors bénéficiant de la CMU-C du régime général parmi les assurés de 55 ans et plus en 2015

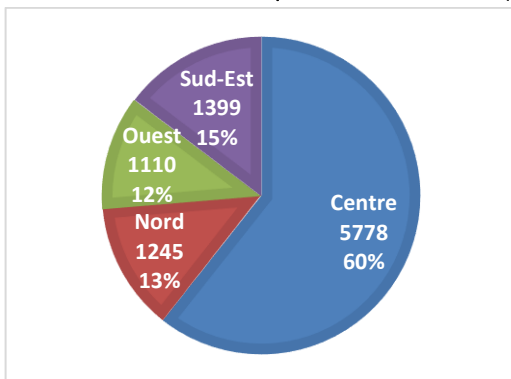


Source : Observatoire des fragilités, CNAM-SIAM-ERASME

e. Allocataires de la CAF et de la MSA

9 532 personnes de 60 ans et plus sont allocataires de la CAF ou la MSA ; 6 sur 10 sont dans le Centre (Fig.I.B7).

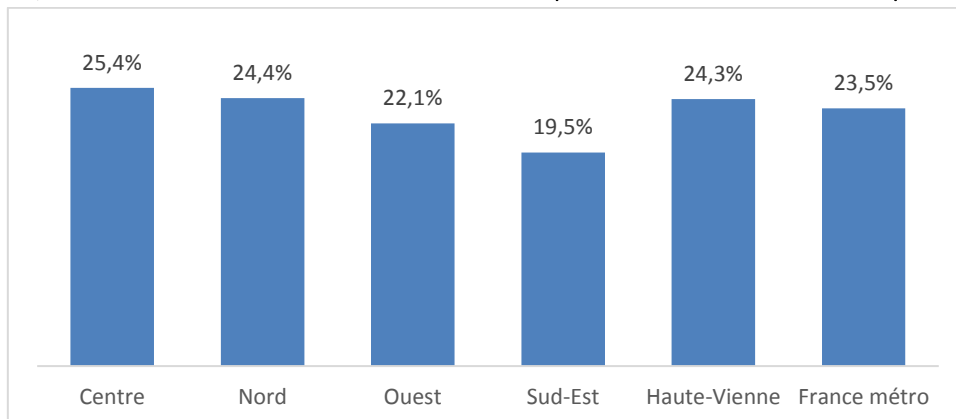
Fig.I.B7. Répartition des allocataires de la CAF et de la MSA de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental en 2014 (%)



Source : CNAF, CCMSA

Les données territoriales disponibles ne permettent pas une analyse de la répartition des allocataires de 60 ans et plus dont le revenu est dépendant des prestations sociales. Une telle analyse ne peut être réalisée que pour l'ensemble de la population. Ainsi, en Haute-Vienne, près du quart des allocataires de la CAF et de la MSA sont dépendants des prestations à plus de 50% (24%, Fig.I.B8). C'est dans le Centre du département que cette proportion est la plus élevée (25%), alors qu'à l'inverse, elle est plus faible dans la partie Sud-Est (< 20%).

Fig.I.B8. Part des allocataires de la CAF et de la MSA dont le revenu est constitué à plus de 50% par des prestations en 2014, selon les territoires d'intervention du Conseil départemental et en France métropolitaine (%)



Source : CNAF, CCMSA

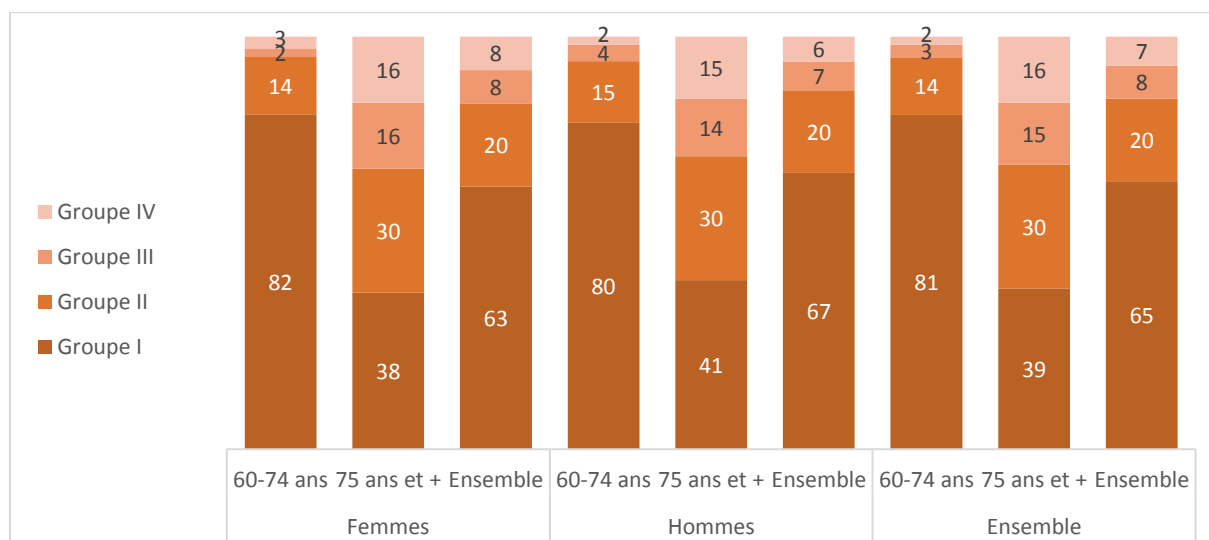
II. AUTONOMIE ET DÉPENDANCE

A. La perte d'autonomie chez les personnes âgées

Selon l'INSEE, en 2012 la Haute-Vienne comptait 10 470 personnes âgées de 60 ans et plus dépendantes, soit 9,6% de cette tranche d'âge. Cette proportion variait de 8,7% dans le territoire du centre à 11,5% dans le Nord du département.

L'enquête Vie Quotidienne et santé 2014 proposait une échelle d'évaluation de la dépendance permettant d'attribuer un score d'autonomie « VQS » (échelle spécifique à cette étude⁽¹⁾) selon les difficultés rapportées par les personnes. Ainsi, en Haute-Vienne, un tiers des personnes âgées interrogées (35%) rapportent connaître certaines difficultés dans leur autonomie : 20% sous une forme « légère » (Groupe II), 15% de manière plus sévère (Groupe III et IV). En toute logique, c'est après 75 ans que se rencontrent le plus de difficultés : seuls 39% se déclarent alors pleinement autonomes versus 81% avant cet âge (Fig.II.A1).

Fig.II.A1. Répartition des personnes âgées résidant en Haute-Vienne selon le score VQS⁽¹⁾ par sexe et âge (%)



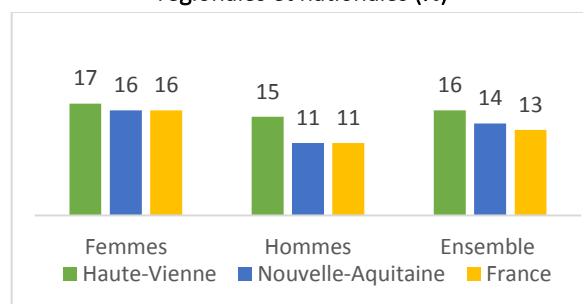
Source : DREES-INSEE, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, Résultats départementaux

(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.

Les niveaux de dépendance rapportés sont comparables entre les deux sexes. Les données sont relativement proches des données nationales : 35% présentent un certain manque d'autonomie (idem en Haute-Vienne), 21% sous une forme légère (versus 20% en Haute-Vienne), 14% sous une forme plus sévère (versus 15%).

De même, en Haute-Vienne, 16% des 60 ans et plus déclarent se déplacer avec une aide technique, versus 13% en France et 14% dans la Nouvelle-Aquitaine (Fig.II.A2).

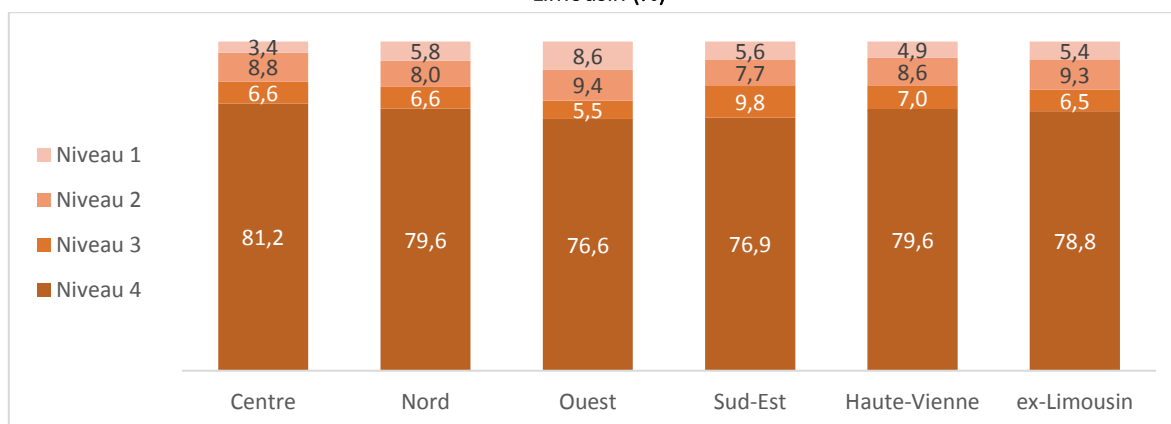
Fig.II.A2. Proportion de personnes âgées résidant en Haute-Vienne déclarant recevoir une aide technique pour se déplacer (cane déambulateur, fauteuil roulant) selon le sexe, comparaisons aux données régionales et nationales (%)



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

Les enquêtes conduites par l'ORS auprès des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile proposaient une évaluation de la dépendance à travers le score obtenu sur la Grille de Colvez. En 2005, 23% des Hauts-Viennois interrogés étaient dépendants selon cette échelle (25% en Limousin), dont 16% de niveau 1 et 2 (versus 17% en Limousin). En 2015 en Haute-Vienne, selon les mêmes critères, 20% des 75 ans et plus vivant à domicile sont identifiés comme dépendants, dont 14% plus lourdement (versus respectivement 22% et 15% en Limousin). Même si peu de différences sont trouvées entre les territoires, on constate que seuls 12% des seniors sont identifiés comme dépendants dans le Centre du département alors qu'ils sont 18% dans l'Ouest.

Fig.II.A3. Répartition des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile par niveau obtenu sur la Grille de Colvez selon les territoires 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

La grille de Colvez est une grille d'appréhension de la dépendance (au sens du besoin d'aide), qui mesure la perte de mobilité. Elle est limitée à la mesure de la dépendance physique. Elle classe les personnes en quatre groupes :

- niveau 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil,
- niveau 2 : personnes non confinées au lit ou au fauteuil, ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillage,
- niveau 3 : personnes ayant besoin d'aide pour sortir de leur domicile (...), mais n'appartenant pas aux niveaux 1 et 2,
- niveau 4 : autres personnes (considérées comme non dépendantes).

Les niveaux 1 et 2 correspondent à une dépendance lourde, le niveau 3 à une dépendance modérée.

Source : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?req_id=19&ref_id=16413&page=pages_de_profils/P10_73/HSM_lexique.htm

B. Évolution du nombre de personnes âgées dépendantes

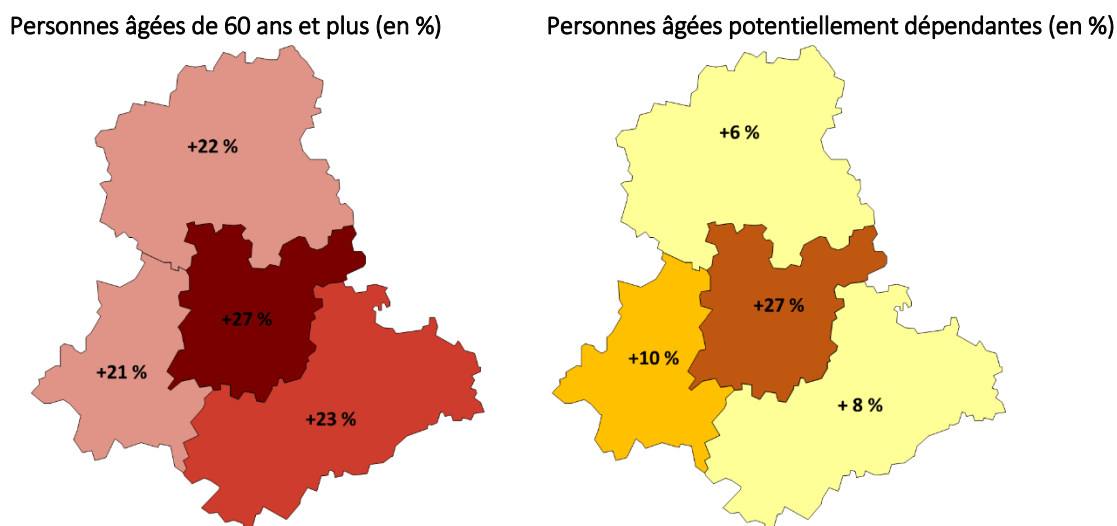
Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie progressera dans toutes les régions françaises d'ici 2030. Dans l'ex-région Limousin, le nombre de personnes âgées dépendantes sera augmenté d'environ 4 000 personnes, soit une hausse de 16% par rapport à 2012 (+31% en France métropolitaine sur la même période). Parmi les départements de l'ex-région Limousin, c'est en Haute-Vienne que le vieillissement et l'augmentation de la dépendance seraient les plus importants (+18%). La Haute-Vienne présenterait des disparités territoriales marquées. Dans le Centre Haute-Vienne, comprenant l'agglomération de Limoges ainsi que sa zone périurbaine, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait de 27%, passant de 5 480 à près de 7 000. Le Centre concentrerait plus de 56% de la population âgée dépendante du département. Au contraire, les trois autres territoires seraient marqués par de plus faibles augmentations (entre +6% et +10%) sur cette période (Tab.II.B1 et Fig.II.B2).

Tab.II.B1. Population totale des 60 ans et plus et population dépendante par territoire à l'horizon 2030

	Population totale des 60 ans et plus			Population dépendante des 60 ans et plus		
	2012	2030	Evolution 2012-2030 en %	2012	2030	Evolution 2012-2030 en %
Nord Haute-Vienne	13 990	17 030	+22	1 520	1 610	+6
Centre Haute-Vienne	62 860	79 600	+27	5 480	6 960	+27
Sud Haute-Vienne	16 900	20 760	+23	1 940	2 090	+8
Ouest Haute-Vienne	14 820	17 980	+21	1 530	1 680	+10
Haute-Vienne	108 570	135 370	+25	10 470	12 340	+18
Limousin	230 190	285 370	+24	23 360	27 150	+16

Source : INSEE, Enquêtes Handicap Santé 2008-2009, RP2007, Omphale 2010

Fig.II.B2. Évolution du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus et de la population potentiellement dépendante entre 2012 et 2030 en % dans les territoires



Source : Focal INSEE Limousin N°98 – Avril 2014 INSEE, Enquêtes Handicap Santé 2008-2009, RP2007, Omphale 2010

C. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

a. Nombre de bénéficiaires

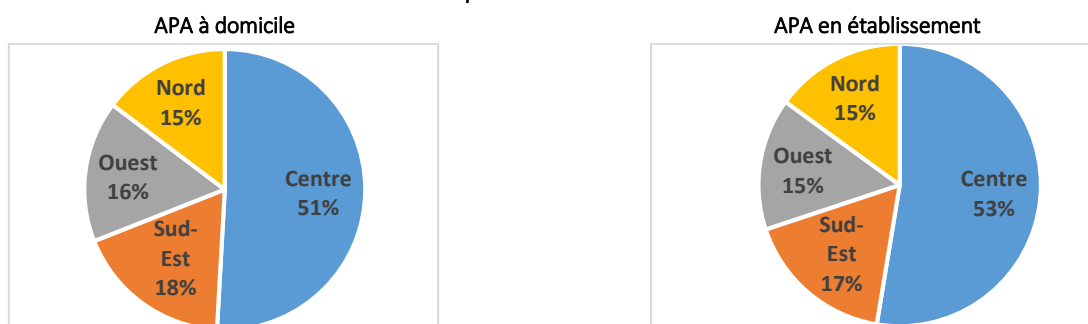
Le Département compte plus de 9 000 bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), 5 000 résidant à domicile, 4 000 en établissement (Tab.II.C1). Conformément à la répartition de la population sur le territoire, un peu plus de la moitié des bénéficiaires vivent dans le Centre de la Haute-Vienne (51% pour l'APA à domicile, 53% pour l'APA en établissement), les autres se répartissant de façon homogène sur les trois autres territoires (Fig.II.C2). Avec un taux de bénéficiaires de l'APA comparable entre la Haute-Vienne et la France (20% versus 21% des 75 ans et plus), la part des 75 ans et plus bénéficiant de l'APA fluctue entre 22% dans le Nord du département et seulement 19% dans le Centre (Fig.II.C3).

Tab.II.C1. Nombre de bénéficiaires de l'APA selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne en 2015

	Centre	Nord	Ouest	Sud-Est	Haute-Vienne
Nombre de bénéficiaires de l'APA à domicile	2 575	744	824	917	5 066
Nombre de bénéficiaires de l'APA en établissement	2 104	599	605	692	4 004
Nombre de bénéficiaires de l'APA	4 679	1 343	1 429	1 609	9 070

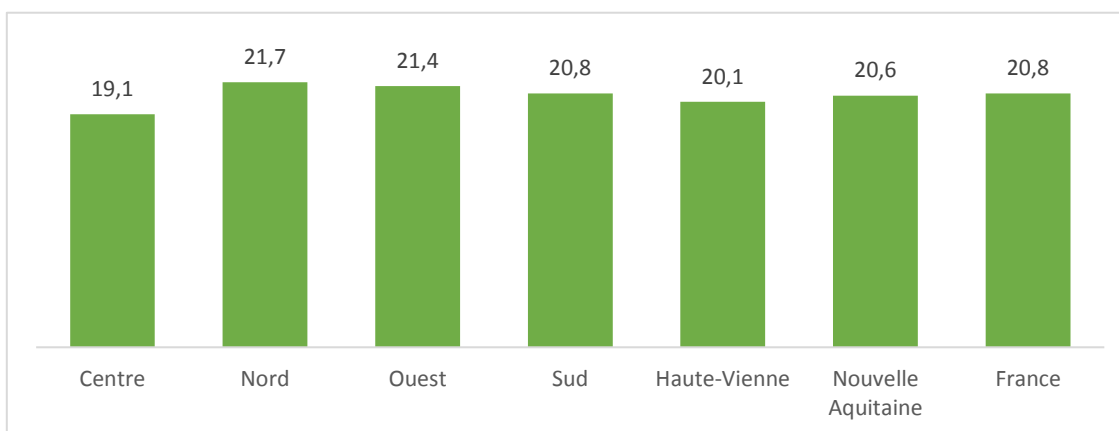
Source : Conseil départemental Haute-Vienne

Fig.II.C2. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne



Source : Conseil départemental Haute-Vienne

Fig.II.C3. Taux de bénéficiaires de l'APA selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne en 2015, comparaisons aux données régionale et nationale (Taux pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus)



Source : Conseil départemental Haute-Vienne, INSEE RP2013

b. Caractéristiques des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Le profil des bénéficiaires de l'APA est majoritairement féminin (72% des bénéficiaires), sans doute du fait d'une espérance de vie plus longue pour les femmes (Tab.II.C4). Ainsi, 81% des bénéficiaires de l'APA ont 80 ans ou plus (Tab.II.C5). Avant 70 ans, moins d'1% des personnes bénéficient de l'APA, cette proportion passe à 61% après 90 ans (Fig.II.C6).

Tab.II.C4. Répartition des bénéficiaires de l'APA selon le sexe en 2015

	APA à domicile		APA en établissement		APA ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Hommes	1 447	28,6	1 064	26,6	2 511	27,7
Femmes	3 620	71,4	2 940	73,4	6 560	72,3
Ensemble	5 067	100	4 004	100	9 071	100

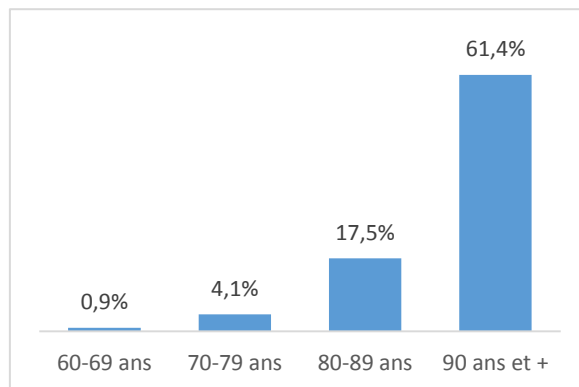
Source : Conseil départemental Haute-Vienne

Tab.II.C5. Nombre de bénéficiaires de l'APA selon l'âge en 2015

	APA à domicile		APA en établissement		APA ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
60-69 ans	231	4,6	202	5,0	433	4,8
70-79 ans	848	16,8	458	11,4	1 306	14,4
80-89 ans	2 437	48,2	1 750	43,7	4 187	46,2
90 ans et +	1 545	30,5	1 594	39,8	3 139	34,6
Ensemble	5 061	100	4 004	100	9 065	100

Source : Conseil départemental Haute-Vienne

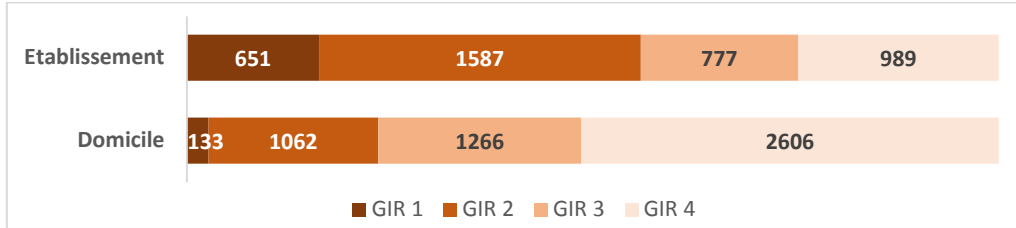
Fig.II.C6. Part des bénéficiaires de l'APA selon l'âge en 2015



Source : Conseil départemental Haute-Vienne, Insee RP2013

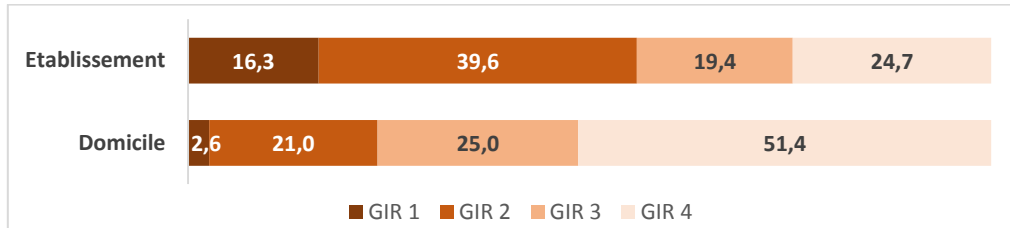
L'évaluation à l'aide de la grille Aggir permet aux professionnels de déterminer le degré de dépendance d'une personne âgée. Il existe six degrés de dépendance, correspondant à six « groupes iso-ressources », les GIR, allant d'un niveau 1 pour une dépendance totale (personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent la présence continue d'intervenants) à un niveau 6 se rapportant aux personnes ayant totalement conservé leur autonomie dans les actes de la vie courante. Les niveaux 5 et 6 ne permettent pas de bénéficier de l'APA. Comme attendu, c'est en établissement que les niveaux de dépendance relevés sont les plus importants (Fig.II.C6 et C7) : plus de la moitié des bénéficiaires de l'APA ont un GIR 1 ou 2 (16% de GIR 1, 40% de GIR 2), contre moins du quart à domicile (respectivement 3% et 21%).

Fig.II.C7. Nombre de bénéficiaires de l'APA selon le GIR et le lieu de résidence en 2015



Source : Conseil départemental Haute-Vienne

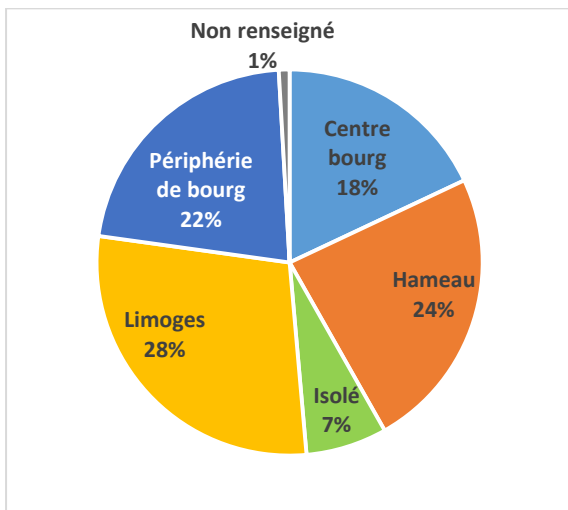
Fig.II.C8. Proportion de bénéficiaires de l'APA selon le GIR et le lieu de résidence en 2015 (%)



Source : Conseil départemental Haute-Vienne

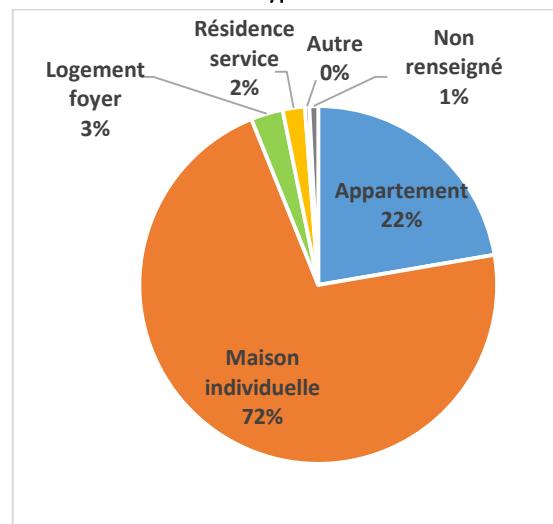
Comme vu précédemment, 51% des bénéficiaires de l'APA à domicile vivent dans le Centre de la Haute-Vienne (fig.II.C2). Parmi eux, plus de la moitié vivent à Limoges même (28% des bénéficiaires de l'APA à domicile, Fig.II.C9). Au final 31% des bénéficiaires de l'APA vivent dans un habitat relativement isolé (24% dans un hameau et 7% en habitat isolé). La maison individuelle est le type d'habitation le plus fréquent (72%), suivi de l'appartement (22%, Fig.II.C10). Le logement est jugé par les travailleurs sociaux comme répondant aux normes de confort et adapté à l'état de la personne dans un peu moins de la moitié des situations (46%), non adapté dans la moitié des cas (50%) et non confortable pour 2% (Fig.II.C11).

Fig.II.C9. Proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile selon l'environnement en 2015 - %



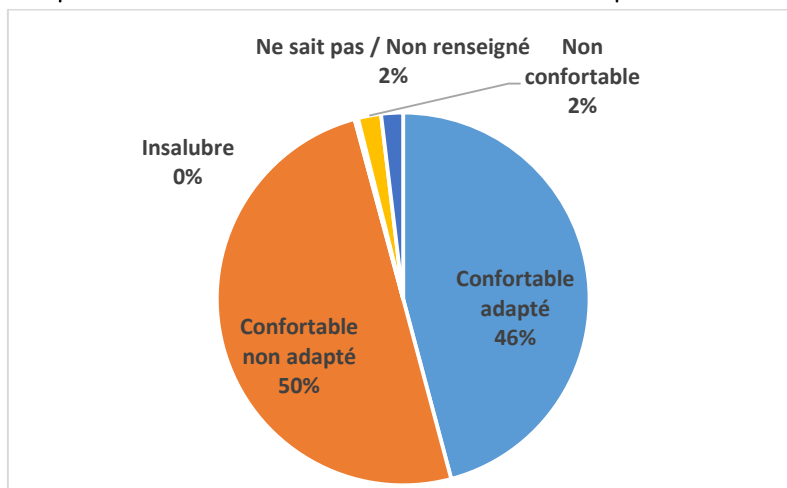
Source : Conseil départemental Haute-Vienne

Fig.II.C10. Proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile selon le type d'habitat en 2015



Source : Conseil départemental Haute-Vienne

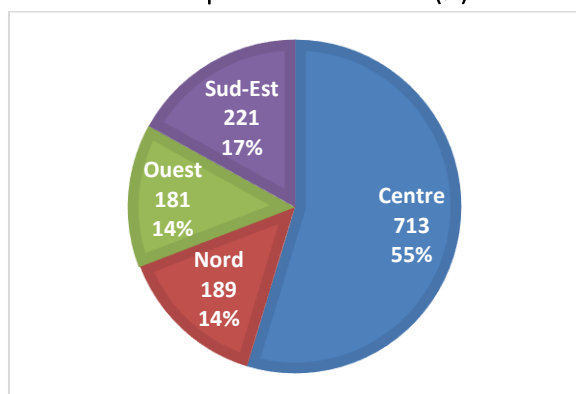
Fig.II.C11. Proportion de bénéficiaires de l'APA à domicile selon la qualité de l'habitat en 2015



Source : Conseil départemental Haute-Vienne

D. L'allocation aux adultes handicapés (AAH)

Fig.II.D1. Répartition des bénéficiaires de l'AAH de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental en 2014 (%)

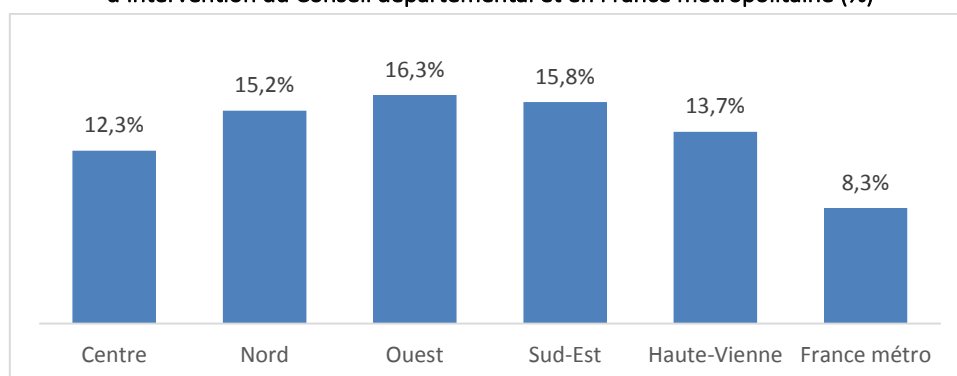


Source : CNAF, CCMSA

En Haute-Vienne, 1 304 personnes de 60 ans et plus bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) dont plus de la moitié vivent dans le Centre du département (55%, Fig.II.D1).

Près de 14% des allocataires de 60 ans ou plus de la CAF et de la MSA sont bénéficiaires de l'AAH, des proportions plus importantes qu'au niveau national où seulement 8% de la population de 60 ans ou plus bénéficient de cette prestation (Fig.II.D2). Les 3 territoires périphériques sont les plus concernés avec 15%-16% des séniors bénéficiaires de l'AAH versus 12% dans le Centre.

Fig.II.D2. Part des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés parmi les allocataires de 60 ans ou plus de la CAF et de la MSA en 2014, selon les territoires d'intervention du Conseil départemental et en France métropolitaine (%)



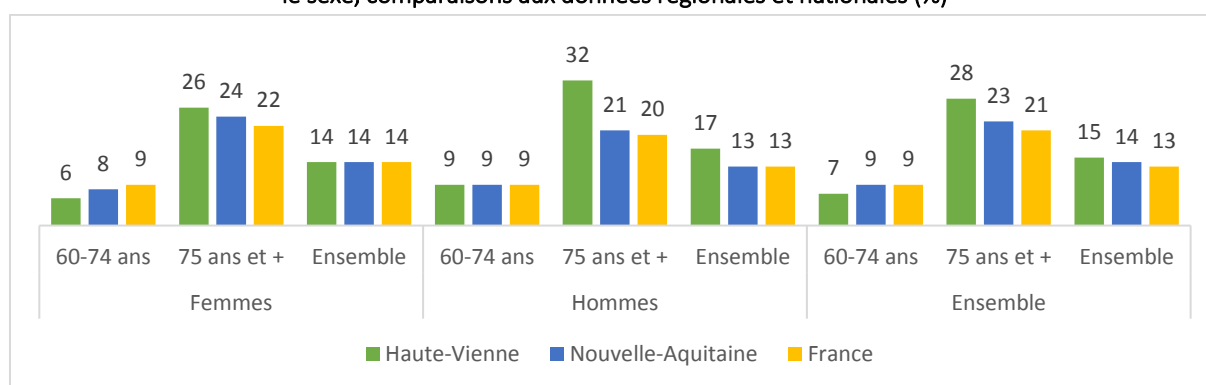
Source : CNAF, CCMSA

III. ETAT DE SANTÉ

A. Santé perçue

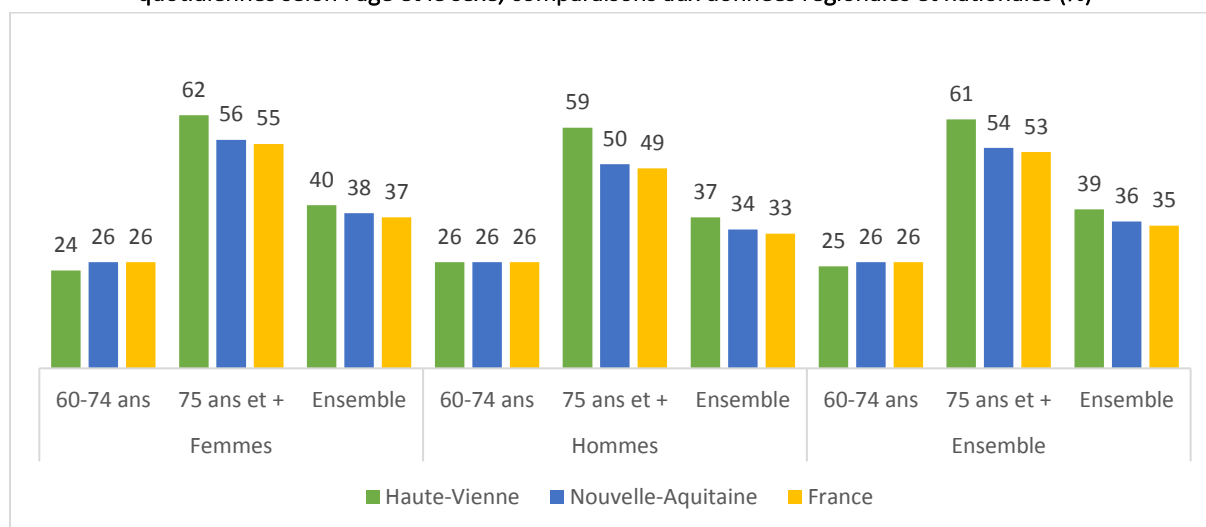
Dans l'enquête Vie Quotidienne et Santé, 15% des personnes âgées qualifient leur état de santé de « mauvais », 28% chez les 75 ans et plus (versus 23% en Nouvelle-Aquitaine et 21% en France, Fig.III.A1). De plus, 1 personne âgée sur 4 avant 75 ans et 6 sur 10 passé cet âge se déclarent limitées dans leurs activités quotidiennes en raison de leur état de santé (Fig.III.A2). La limitation dans les activités ne diffère pas entre les sexes mais s'avère plus importante au grand âge dans le département comparativement à la région et à la France (chez les 75 ans et plus : 61% en Haute-Vienne versus respectivement 54% et 53%).

Fig.III.A1. Proportion de personnes âgées résidant en Haute-Vienne déclarant être en mauvaise santé selon l'âge et le sexe, comparaisons aux données régionales et nationales (%)



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

Fig.III.A2. Proportion de personnes âgées résidant en Haute-Vienne se sentant limitée dans les activités quotidiennes selon l'âge et le sexe, comparaisons aux données régionales et nationales (%)

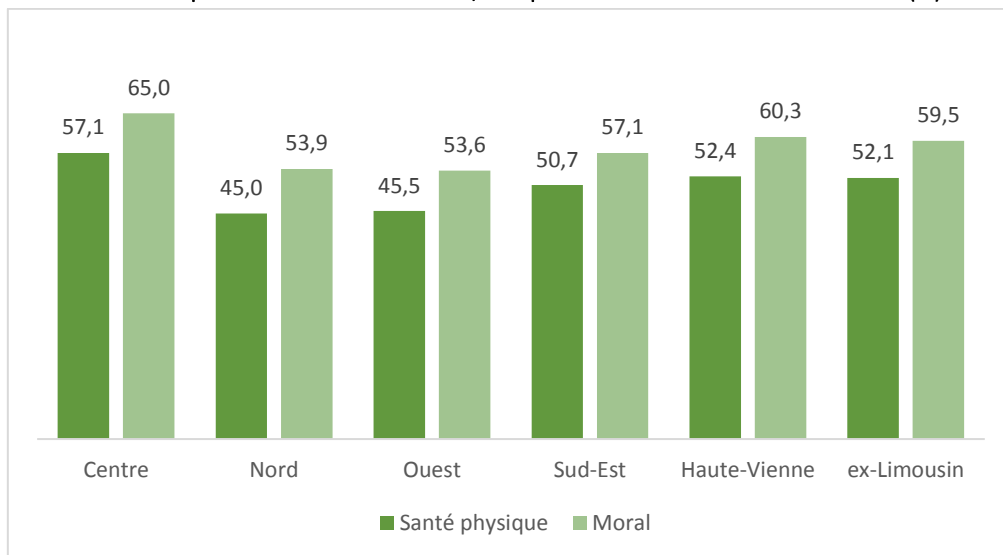


Source : DREES-INSEE, Enquête Vie Quotidienne et Sante 2014, Résultats départementaux

L'enquête sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus à domicile conduite par l'ORSL en 2015 interrogeait également sur la perception de l'état de santé à travers une note attribuée sur 10 pour la santé physique et la santé mentale. Ainsi, 52% des Hauts-Viennois interrogés attribuent une note favorable à leur état de santé physique (note $\geq 6/10$) et 60% à leur moral. Si la santé physique est perçue de manière comparable en Haute-Vienne par rapport à l'ensemble de l'ex-région Limousin, les territoires haut-viennois affichent une certaine hétérogénéité : 57% des personnes âgées résidant dans le Centre font état d'une santé

physique satisfaisante (note $\geq 6/10$) versus 45%-46% dans le Nord et l'Ouest du département (Fig.III.A3). De même, le moral est évalué plus positivement dans la zone Centre que dans le Nord et l'Ouest : 65% attribuent une note $\geq 6/10$ versus 54%. Les réponses apportées par les personnes âgées résidant dans la zone Sud-Est se situent dans la moyenne, proche des données départementales et régionales.

Fig.III.A3. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile attribuant une note satisfaisante (note $\geq 6/10$) à leur santé physique et mentale selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données ex-Limousin (%)



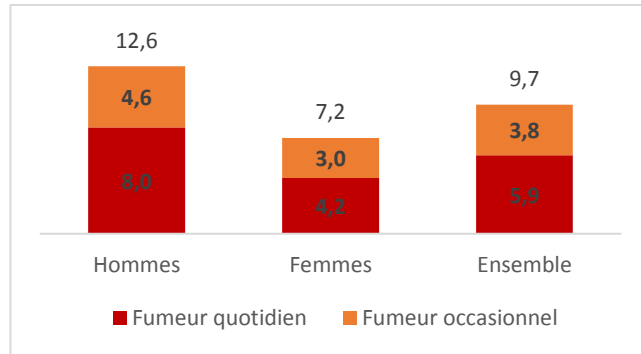
Source : Enquête sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Limousin, ORSL 2015

B. Facteurs de risque et mode de vie

Parmi les patients vus en consultation lors des 3 vagues de l'enquête Baromètre Santé en Médecine Générale (2011-2012-2015), 1 226 étaient âgés de 60 ans ou plus. La proportion de femmes était de 55%.

Près de 10% des patients âgés de 60 ans ou plus étaient fumeurs au moment de l'enquête. Cette proportion varie selon le sexe : 13% de fumeurs chez les hommes, 7% chez les femmes (Fig.III.B1).

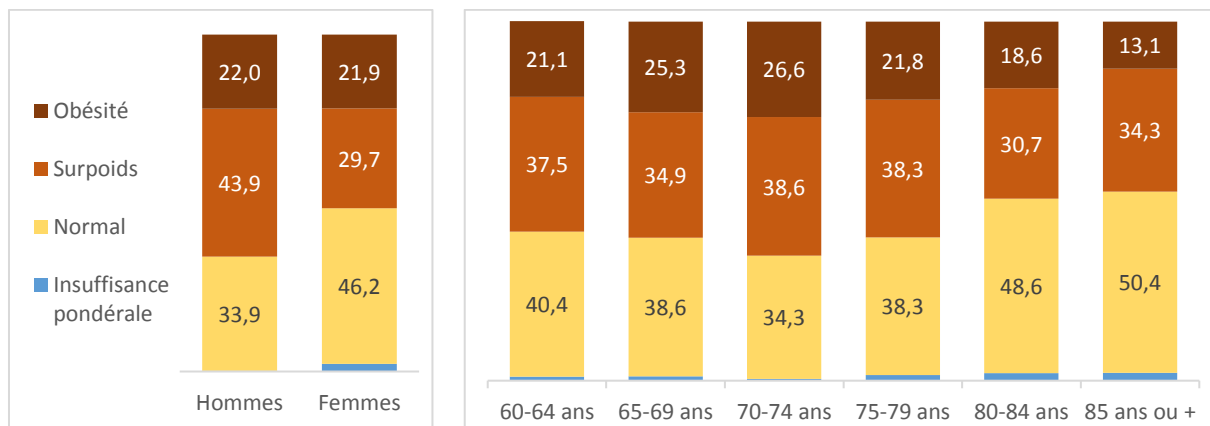
Fig.III.B1. Proportion de fumeurs parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus en Haute-Vienne, selon le sexe (%) - n=1 216



Source : Baromètre Santé en médecine générale en Limousin, ORSL 2011-2012 et 2015

Près de 6 personnes âgées de 60 ans ou plus sur 10 vues en consultation étaient en surpoids en Haute-Vienne, dont 22% obèses. Si la proportion d'obésité est identique selon le sexe, la surcharge pondérale totale (surpoids + obésité) est très nettement supérieure chez les hommes (66% versus 52%, Fig.III.B2).

Fig.III.B2. Statut pondéral des personnes âgées de 60 ans ou plus en Haute-Vienne, selon le sexe et l'âge (%) - n=1 196



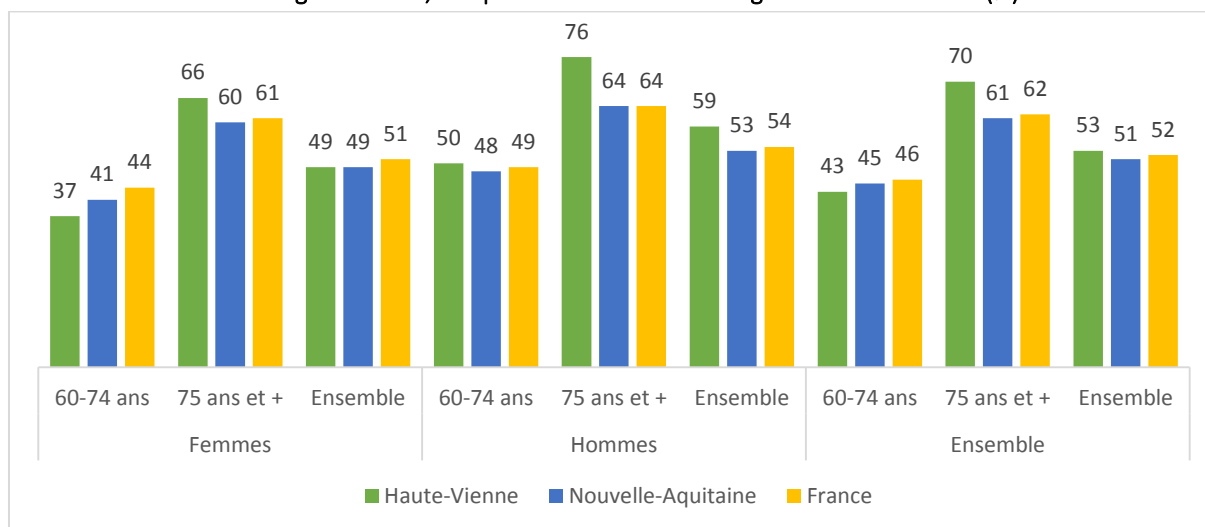
Source : Baromètre Santé en médecine générale en Limousin, ORSL 2011-2012 et 2015

C. Morbidité

a. Maladies chroniques

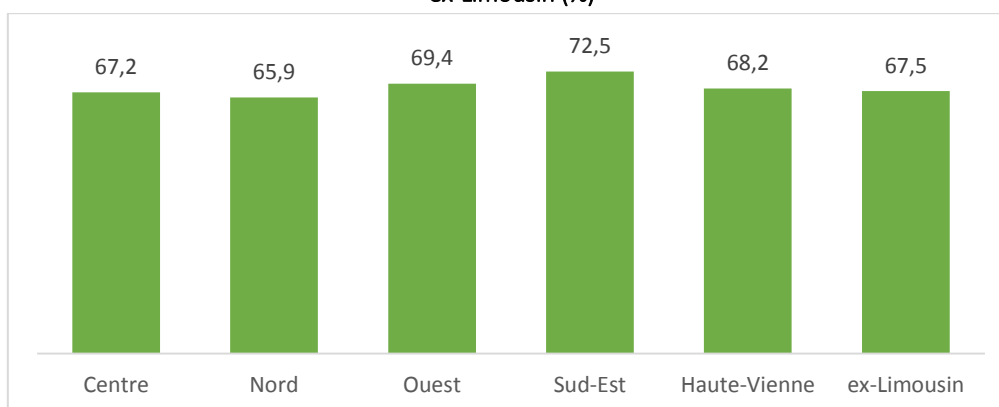
Dans l'enquête Vie Quotidienne et Santé, un peu plus de la moitié des séniors rapportent un problème de santé chronique (Fig.III.C1) ; cela concerne 7 personnes âgées sur 10 passé 75 ans en Haute-Vienne (70% versus 61% en Nouvelle-Aquitaine), les hommes davantage que les femmes (76% versus 66%). L'enquête conduite par l'ORS auprès des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile relevait des proportions comparables : 68% déclaraient vivre avec une maladie chronique, sans différence significative entre les territoires (Fig.III.C2).

Fig.III.C1. Proportion de personnes âgées résidant en Haute-Vienne déclarant un problèmes de santé chronique selon l'âge et le sexe, comparaisons aux données régionales et nationales (%)



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

Fig.III.C2. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile déclarant vivre avec une maladie chronique selon les territoires 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

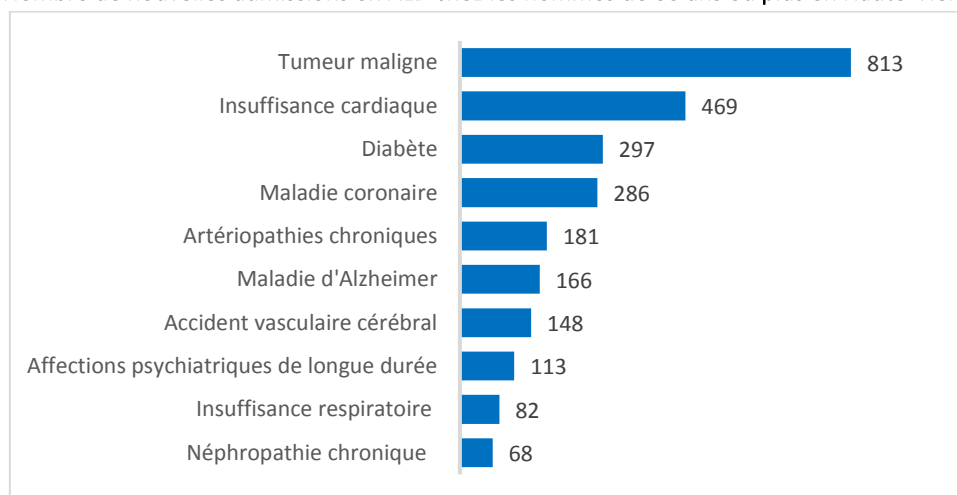
b. ALD

En 2014, 5 587 nouvelles admissions en affections longues durées (ALD) ont été enregistrées en Haute-Vienne chez des personnes âgées de 60 ans ou plus, 2 902 hommes et 2 685 femmes. Le taux brut d'admission en ALD chez les 60 ans et plus est plus élevé en Haute-Vienne que dans l'ensemble de la région (50,7 pour mille versus 47,6, 4^{ème} rang).

Chez les hommes (Fig.III.C3), le motif le plus fréquent d'admission était un cancer (28%), devant l'insuffisance cardiaque (16%) et le diabète (10%). L'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire (4 ALD : insuffisance cardiaque, maladie coronaire, accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques) représentait 1 084 nouvelles admissions (37%).

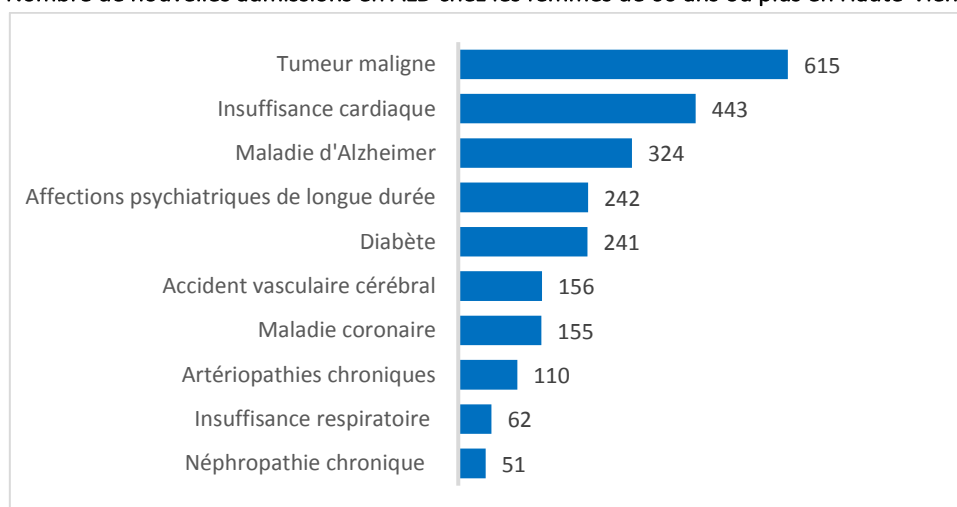
Chez les femmes (Fig.III.C4), les trois causes les plus fréquentes sont les cancers (23%), l'insuffisance cardiaque (16%) et la Maladie d'Alzheimer (12%). L'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire représentait 864 nouvelles admissions (32%).

Fig.III.C3. Nombre de nouvelles admissions en ALD chez les hommes de 60 ans ou plus en Haute-Vienne en 2014



Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI

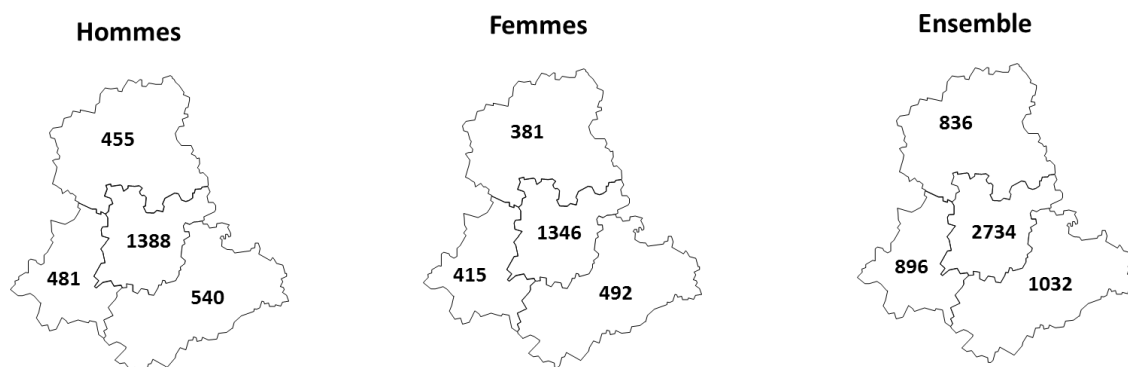
Fig.III.C4. Nombre de nouvelles admissions en ALD chez les femmes de 60 ans ou plus en Haute-Vienne en 2014



Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI

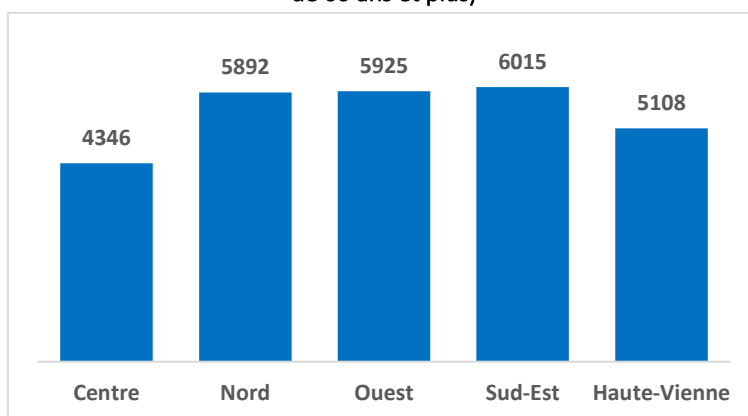
Comme attendu compte tenu de la taille de la population des 4 territoires d'intervention du Conseil départemental, c'est dans le Centre du territoire que se concentre la moitié des personnes âgées nouvellement admises en ALD, quelle qu'en soit la cause, soit plus de 2 700 nouvelles admissions en ALD de personnes de 60 ans et plus. On compte également plus de 1 000 nouvelles admissions dans la zone d'intervention du Sud-Est, près de 900 dans l'Ouest et 836 dans le Nord (Fig.III.C5). Rapportées à la taille de la population, les écarts sont importants entre le Centre qui affiche un taux d'admission en ALD de 4,4 pour 100 habitants de 60 ans et plus et les 3 autres territoires d'intervention dont les taux d'admission en ALD (aux environs de 6%, Fig.III.C6). Le contraste est particulièrement marqué pour les maladies de l'appareil circulatoire (environ 1 500 nouvelles admissions en ALD pour 100 000 hab. dans le Centre versus 2 100 pour 100 000 hab. pour les 3 autres territoires, Fig. III.C7), le diabète (environ 360 nouvelles admissions pour 100 000 hab. versus 580-690 pour 100 000 hab., Fig.III.C9), la maladie d'Alzheimer (environ 370 pour 100 000 hab. versus 520 pour 100 000 hab., Fig.III.C10) et, dans une moindre mesure, les tumeurs malignes (un peu moins de 1 200 pour 100 000 hab. versus 1 330 à 1 600 pour 100 000 hab., Fig.III.C8). Si les différences territoriales sont moins marquées pour les ALD relatives aux affections psychiatriques (Fig.III.C11), aux insuffisances respiratoires graves (Fig.III.C12) et à la maladie de Parkinson (Fig.III.C13), il n'en demeure pas moins que les taux d'admissions sont plus favorables dans le Centre que dans le Nord et le Sud-Est ; la situation étant proche des données départementales à l'Ouest.

Fig.III.C5. Nombre de nouvelles admissions en ALD chez les 60 ans ou plus en Haute-Vienne selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne et par sexe en 2014



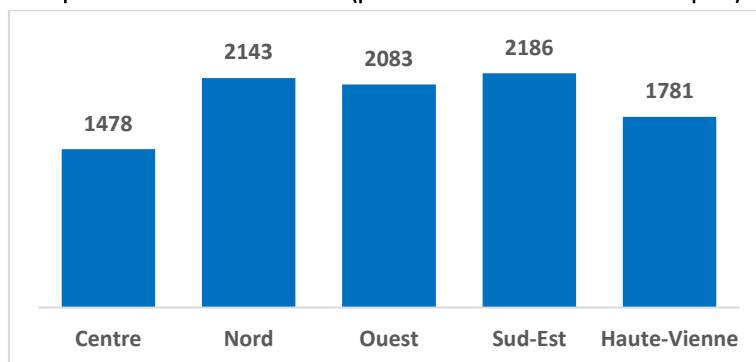
Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI

Fig.III.C6. 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)



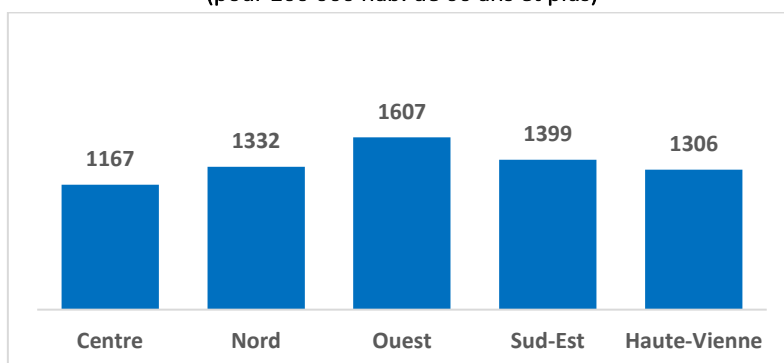
Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE RP2013

Fig.III.C7. Taux de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire (ALD n°1, 3, 5 et 13) en 2014 selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (pour 100 000 hab. de 60 ans et plus)



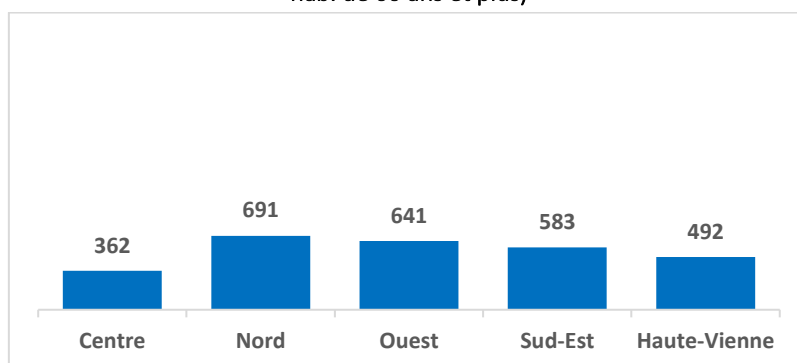
Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE RP2013

Fig.III.C8 Taux de nouvelles admissions en ALD pour tumeurs malignes (ALD n°30) en 2014 selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (pour 100 000 hab. de 60 ans et plus)



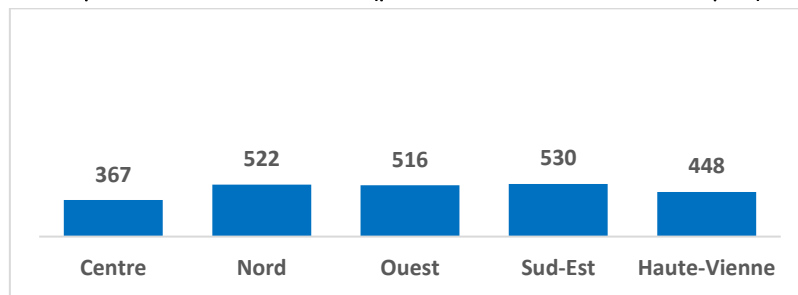
Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE RP2013

Fig.III.C9. Taux de nouvelles admissions en ALD pour diabète (ALD n°8) en 2014 selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (pour 100 000 hab. de 60 ans et plus)



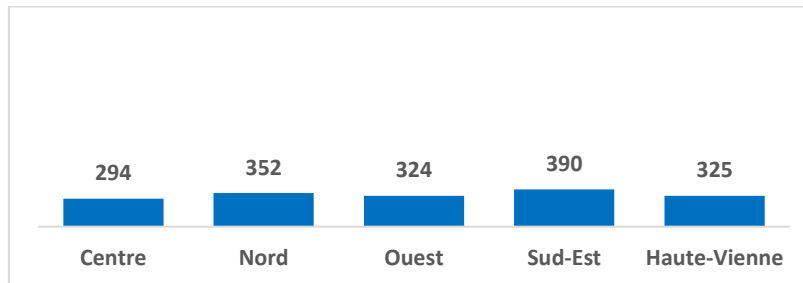
Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE RP2013

Fig.III.C10. Taux de nouvelles admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD n°15) en 2014 selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (pour 100 000 hab. de 60 ans et plus)



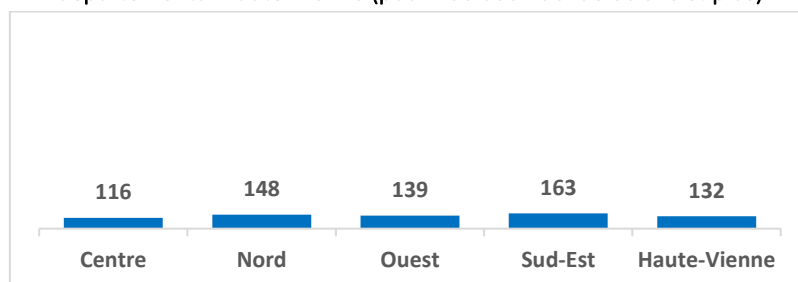
Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE

Fig.III.C11. Taux de nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques de longue durée (ALD n°23) en 2014 selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (pour 100 000 hab. de 60 ans et plus)



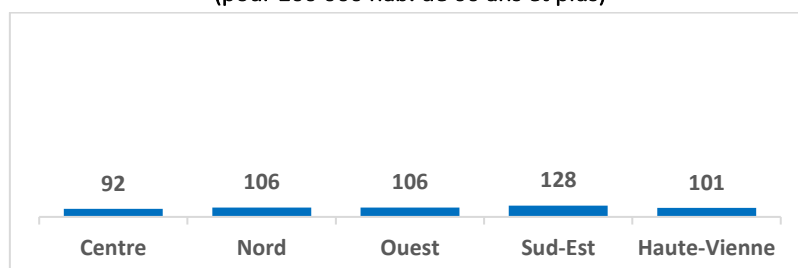
Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE

Fig.III.C12. Taux de nouvelles admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave (ALD n°14) 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

Fig.III.C13. Taux de nouvelles admissions en ALD pour maladie Parkinson (ALD n°16) en 2014 selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (pour 100 000 hab. de 60 ans et plus)

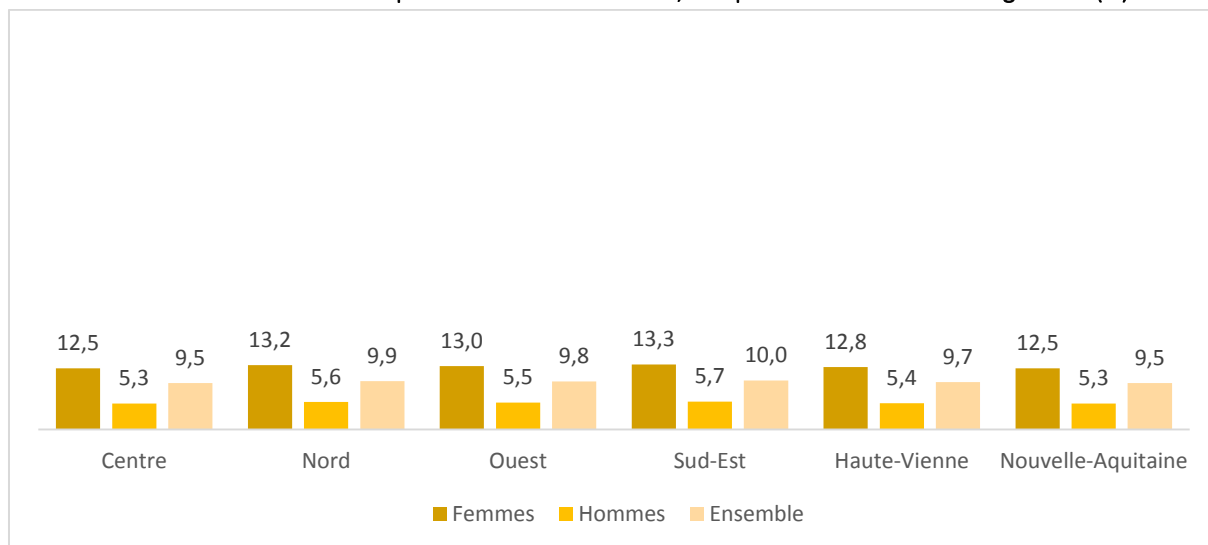


Source : CNAMTS-CCMSA-CNRSI, INSEE

c. Incidence et prévalence de la maladie d'Alzheimer et autres démences

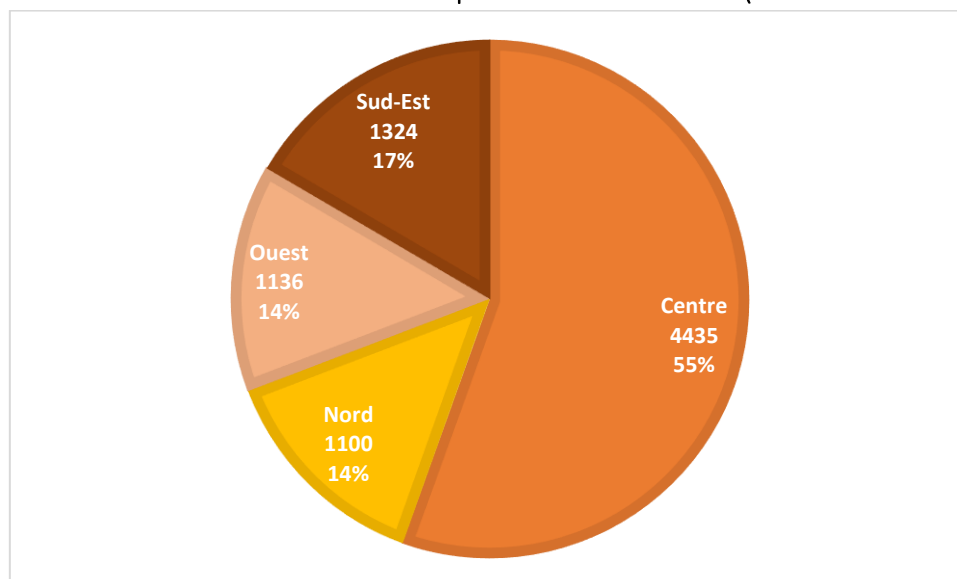
En appliquant les taux de prévalence par âge et sexe de la maladie d'Alzheimer et autres démences proposés par une méta-analyse de l'OMS à la population départementale, la Haute-Vienne comptabiliserait près de 8 000 des cas de démences chez les 65 ans et plus, ce qui représente environ 7% des cas en Nouvelle-Aquitaine. Ainsi, près d'une personne âgée de 65 ans et plus sur dix serait concernée, plus de deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes (13% versus 5%, Fig.III.C14). Peu d'écarts sont constatés dans les taux de prévalence calculés pour chacun des territoires, de ce fait, le Centre, plus peuplé, comptabiliserait plus de la moitié des cas de démences du département (Fig.III.C15).

Fig.III.C14. Taux de prévalence estimée de la démence chez les 65 ans et plus selon le sexe et les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données régionales (%)



Source : État des lieux sur la maladie d'Alzheimer et l'offre de prise en charge en Nouvelle-Aquitaine, ORSL 2017

Fig.III.C15. Estimation et répartition du nombre de personnes atteintes de démence chez les 65 ans et plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (nombre de cas et %)



Source : État des lieux sur la maladie d'Alzheimer et l'offre de prise en charge en Nouvelle-Aquitaine, ORSL 2017

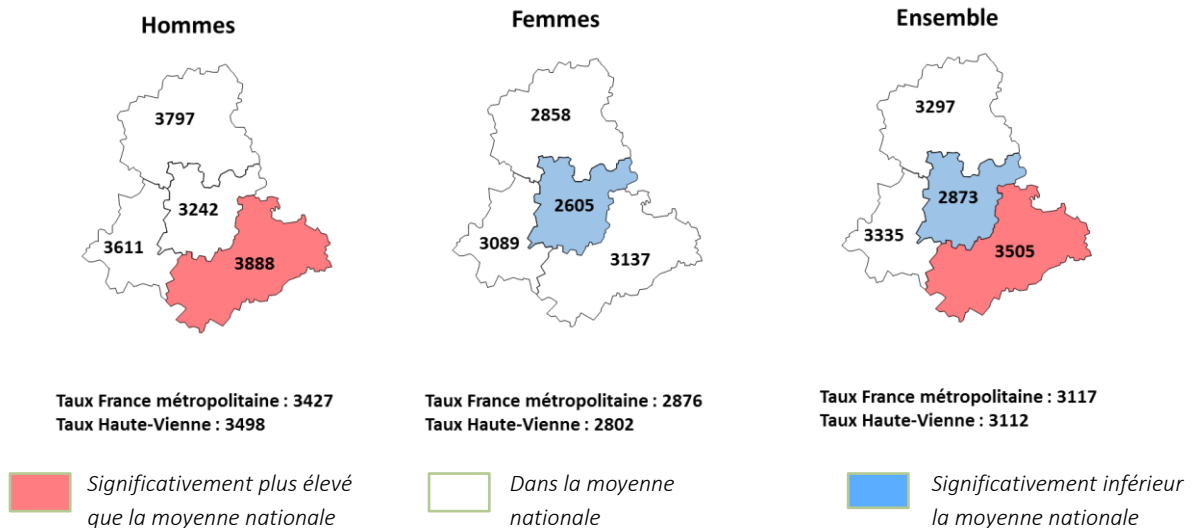
D. Mortalité

a. Mortalité générale

Sur la période 2011-2013, 3 579 décès sont survenus en moyenne chaque année chez des personnes âgées de 60 ans ou plus en Haute-Vienne. Parmi ces décès, 1 825 concernent des femmes (51%) et 1 754 des hommes (49%). Le taux de mortalité toutes causes standardisé sur l'âge observé en Haute-Vienne chez les 60 ans ou plus est proche du taux observé au niveau national, chez les hommes comme chez les femmes. Toutefois, on observe une surmortalité significative dans le territoire Sud-Est Haute-Vienne, chez les hommes et sur l'ensemble de la population. Au contraire, les taux observés sont significativement inférieurs à la moyenne nationale dans le territoire Centre Haute-Vienne, chez les femmes et sur l'ensemble de la population (Fig.III.D1).

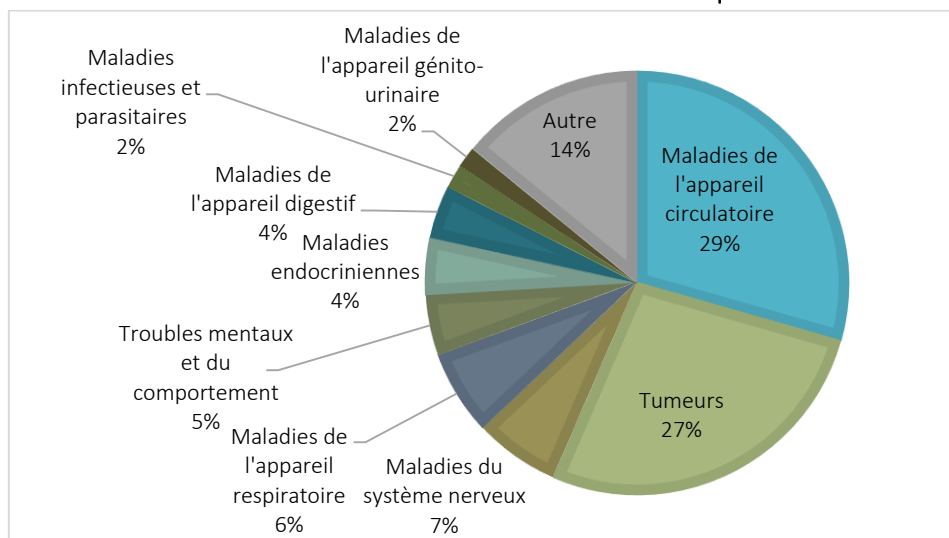
La mortalité en Haute-Vienne est pour plus de la moitié des cas attribuée à deux causes : les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs (respectivement 29% et 27%, Fig.III.D2).

Fig.III.D1. Taux standardisés de mortalité générale pour 100 000 habitants de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (2011-2013)



Sources : CepiDc-INSERM, INSEE RP2012

Fig.III.D2. Distribution des causes de mortalité chez les habitants de 60 ans ou plus de Haute-Vienne (2011-2013)

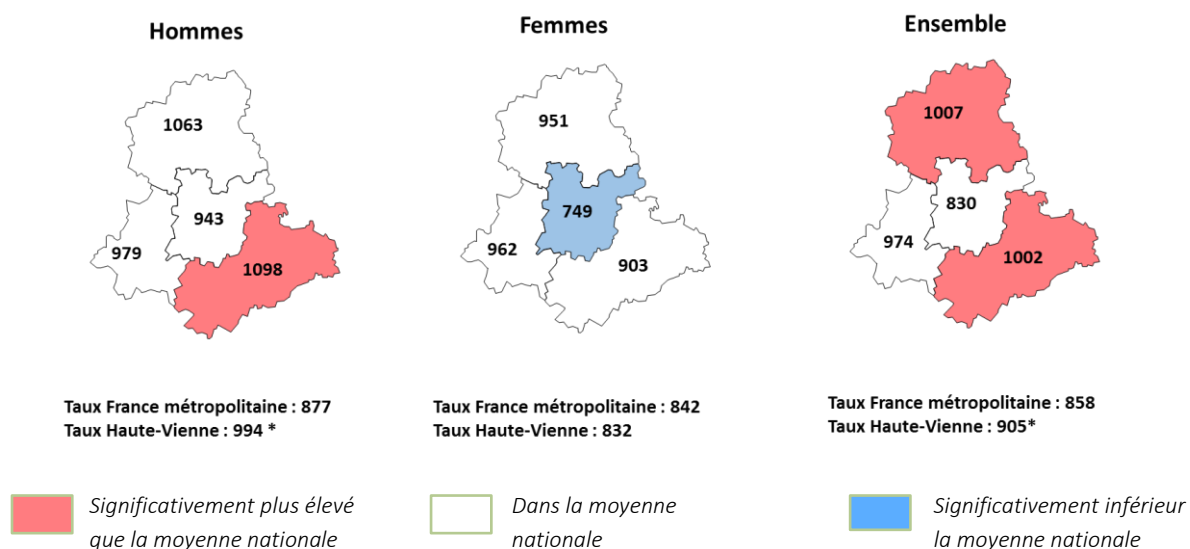


Sources : CepiDc-INSERM, INSEE RP2012

b. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire

Près de 30% des décès survenus chez les personnes âgées de 60 ans ou plus relèvent d'une maladie de l'appareil circulatoire, soit 1 052 décès en moyenne en Haute-Vienne chaque année. Le département est marqué par une surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale (chez les hommes et pour l'ensemble hommes + femmes). Cette surmortalité concerne 2 territoires : le Nord (ensemble) et le Sud-Est Haute-Vienne (Hommes et ensemble de la population). Au contraire, le taux observé sur le territoire Centre Haute-Vienne est significativement inférieur chez les femmes à la moyenne nationale (Fig.III.D3).

Fig.III.D3. Taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 habitants de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (2011-2013)



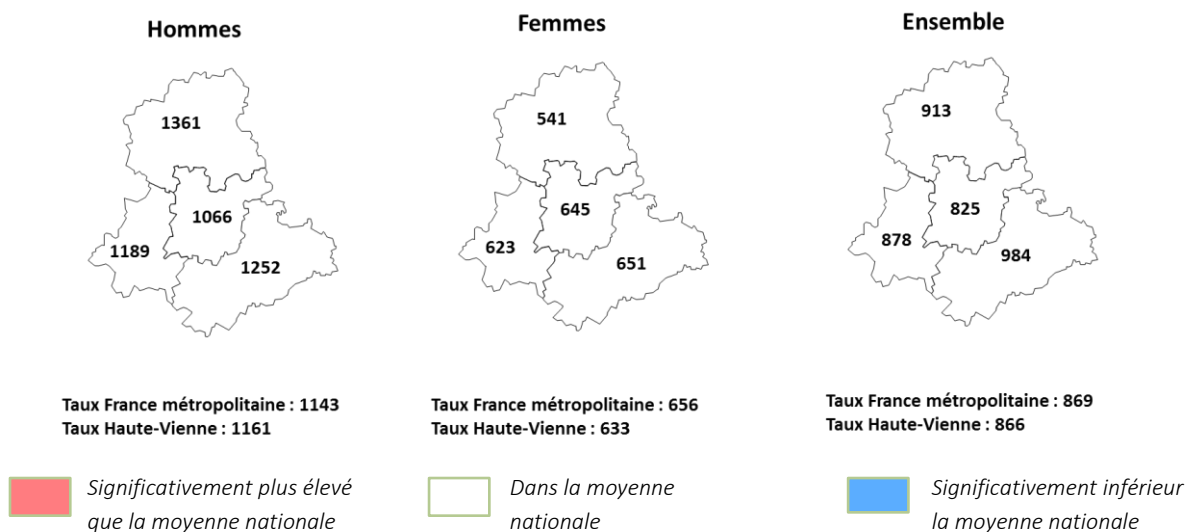
Sources : CepiDc-INSERM, INSEE RP2012

c. Mortalité par cancer

1. Ensemble des tumeurs

Les cancers représentent en moyenne 970 décès chaque année parmi les personnes âgées de 60 ans ou plus en Haute-Vienne, soit 27% de l'ensemble des décès. Plus de 59% de ces décès sont masculins. Les taux de mortalité observés standardisés sur l'âge ne diffèrent pas de la moyenne nationale, au niveau du département comme au niveau des territoires d'action du conseil départemental (Fig.III.D4).

Fig.III.D4. Taux standardisés de mortalité par cancer pour 100 000 habitants de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (2011-2013)



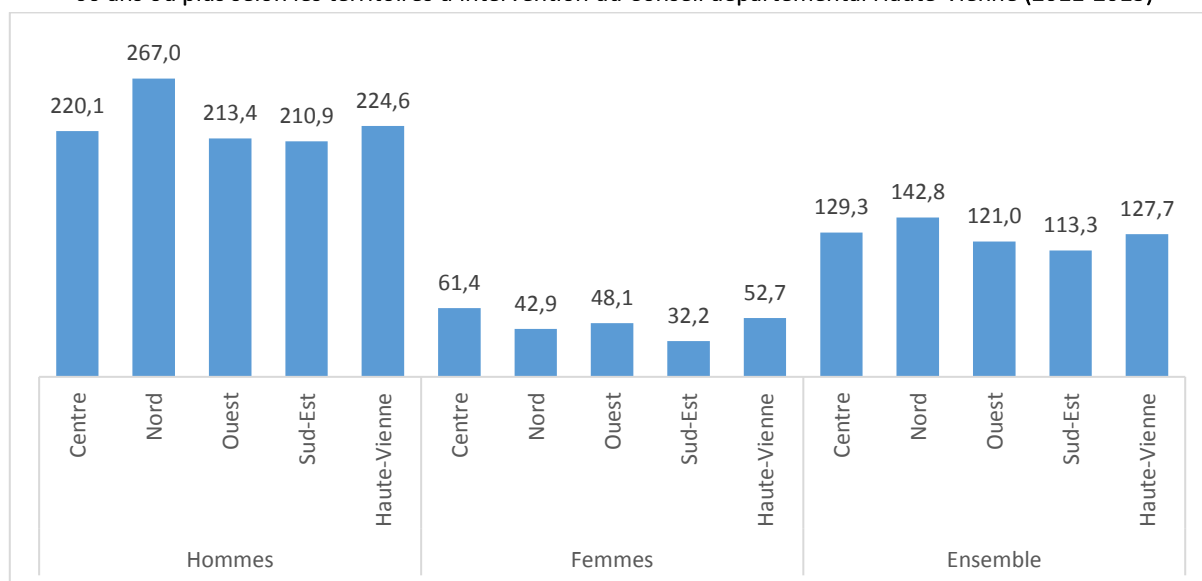
Source : CepiDc-INSERM, INSEE RP2012

2. Cancer de la trachée, des bronches et du poumon

Chaque année en moyenne, 137 personnes de 60 ans ou plus décèdent d'un cancer du poumon en Haute-Vienne : 105 hommes (77%) et 32 femmes. Le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez l'ensemble des hommes et des femmes de 60 ans ou plus est significativement inférieur en Haute-Vienne par rapport à la moyenne nationale (127 décès pour 100 000 versus 150 en France métropolitaine). Les taux standardisés de mortalité par sexe sont respectivement de 222 décès pour 100 000 hommes et de 52,5 décès pour 100 000 femmes (versus 258 et 66 pour 100 000 au niveau national, différence non significative).

Chez les hommes, le taux brut de mortalité par cancer du poumon est supérieur sur le territoire du Nord Haute-Vienne (267 décès pour 100 000 habitants versus 225 décès pour 100 000 en Haute-Vienne). Chez les femmes, le taux brut le plus important est relevé dans le Centre Haute-Vienne (61 décès pour 100 000 habitants) avec un taux près de deux fois supérieur au territoire du Sud-Est Haute-Vienne (Fig.III.D5).

Fig.III.D5. Taux bruts de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour 100 000 habitants de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (2011-2013)



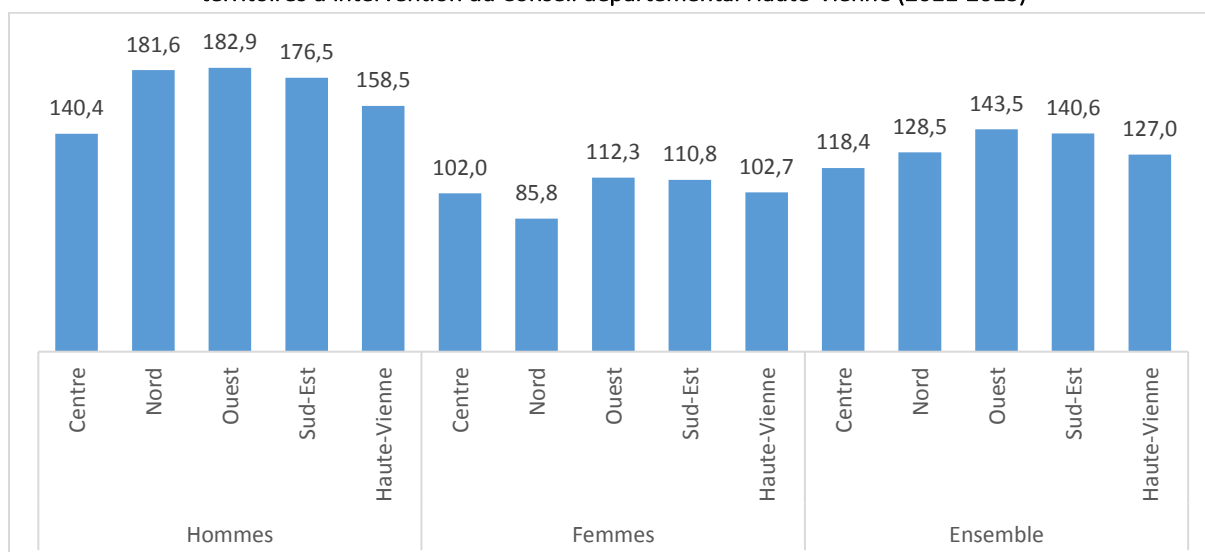
Source : CepiDc-INSERM, INSEE RP2012

3. Cancer du côlon-rectum

Chaque année en moyenne, 137 personnes de 60 ans ou plus décèdent d'un cancer du côlon et du rectum en Haute-Vienne : 74 hommes (54%) et 62 femmes. Le taux standardisé de mortalité par cancer du côlon et du rectum est significativement supérieur dans le département : 120 décès pour 100 000 habitants versus 100 en France métropolitaine. La surmortalité par cancer colorectal est également significative chez les hommes (150 décès versus 120 décès pour 100 000 habitants).

Chez les hommes, le taux brut de mortalité est inférieur dans le Centre Haute-Vienne : 140 décès pour 100 000 hommes, bien en dessous des valeurs relevés sur les 3 autres territoires (autour de 180 décès pour 100 000, fig.III.D6). Chez les femmes, le taux varie de 86 décès pour 100 000 femmes dans le Nord Haute-Vienne à 112 décès pour 100 000 femmes dans l'Ouest Haute-Vienne.

Fig.III.D6. Taux bruts de mortalité par cancer du côlon-rectum pour 100 000 habitants de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (2011-2013)



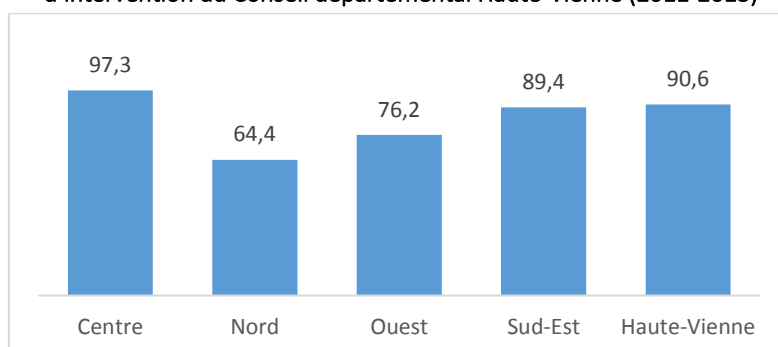
Sources : CepiDc-INSERM, INSEE RP2012

4. Cancer du sein

55 femmes âgées de 60 ans ou plus décèdent en moyenne chaque année en Haute-Vienne d'un cancer du sein. Le taux standardisé de mortalité est inférieur en Haute-Vienne : 88 décès pour 100 000 femmes versus 104 en France métropolitaine (différence non significative).

On observe des taux bruts inférieurs dans le territoire Nord Haute-Vienne (64 décès pour 100 000 femmes) ainsi que dans l'Ouest (76 décès pour 100 000 femmes). Le taux le plus élevé est retrouvé dans le Centre (97 décès pour 100 000 femmes de 60 ans ou plus, fig.III.D7).

Fig.III.D7. Taux bruts de mortalité par cancer du sein pour 100 000 femmes de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (2011-2013)



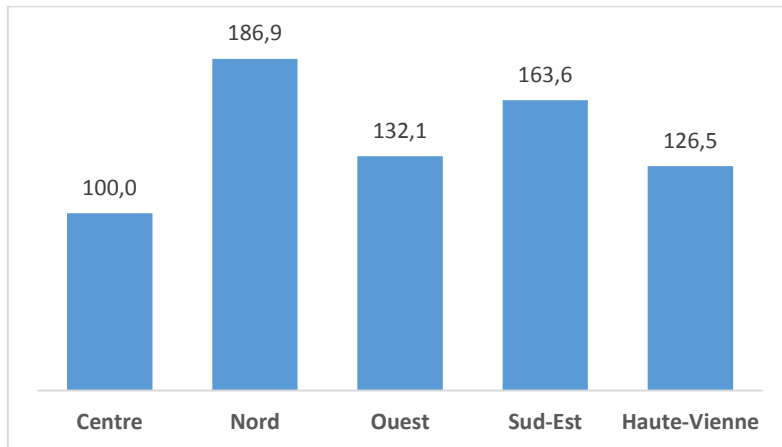
Sources : CepiDc-INSERM, INSEE RP2012

5. Cancer de la prostate

59 décès par cancer de la prostate surviennent chaque année en moyenne dans le département chez des hommes âgés de 60 ans ou plus. Le taux standardisé de mortalité n'est pas significativement différent de celui observé au niveau national : 116 décès pour 100 000 hommes versus 126 au niveau national.

Des écarts importants sont observés selon les territoires. Le taux brut de mortalité varie de 100 décès pour 100 000 hommes dans le Centre à 187 décès pour 100 000 hommes dans le Nord (Fig.III.D8).

Fig.III.D8. Taux bruts de mortalité par cancer de la prostate pour 100 000 hommes de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (2011-2013)



Sources : CepiDc-INSERM, INSEE RP2012

d. Mortalité par suicide

Au cours de la période 2009-2013, 164 décès par suicide ont été recensés chez les personnes âgées de 60 ans ou plus en Haute-Vienne, soit environ 33 décès par an. La mortalité par suicide est très nettement masculine, 70% des décès (23 décès masculins, 10 décès féminins chaque année). Le taux standardisé de mortalité par suicide en Haute-Vienne s'élève à 29,9 décès pour 100 000 habitants (taux France métropolitaine : 24,1 pour 100 000 habitants, écart non significatif en raison de la faiblesse de effectifs). Parmi les 164 décès relevés en Haute-Vienne sur la période 2009-2013, 81 concernaient des personnes résidant sur le territoire du Centre Haute-Vienne, 36 sur le territoire du Sud-Est, 26 dans l'Ouest et 21 dans le Nord.

Selon le CepiDc (Inserm), le nombre de suicide en France est sous-estimé de 14 % car il reste un sujet tabou (condamnation religieuse, problème des assurances, souci de ménager la douleur de l'entourage). Mais, cette sous-estimation peut également provenir d'un manque d'information sur les décès examinés par les Instituts médico-légaux. Tous les décès par suicide ne font pas l'objet d'une autopsie ce qui peut favoriser une sous-déclaration notamment pour les personnes âgées qui ont recours à des méthodes passives qui peuvent être confondues avec un accident (chute, erreur de prise médicamenteuse).

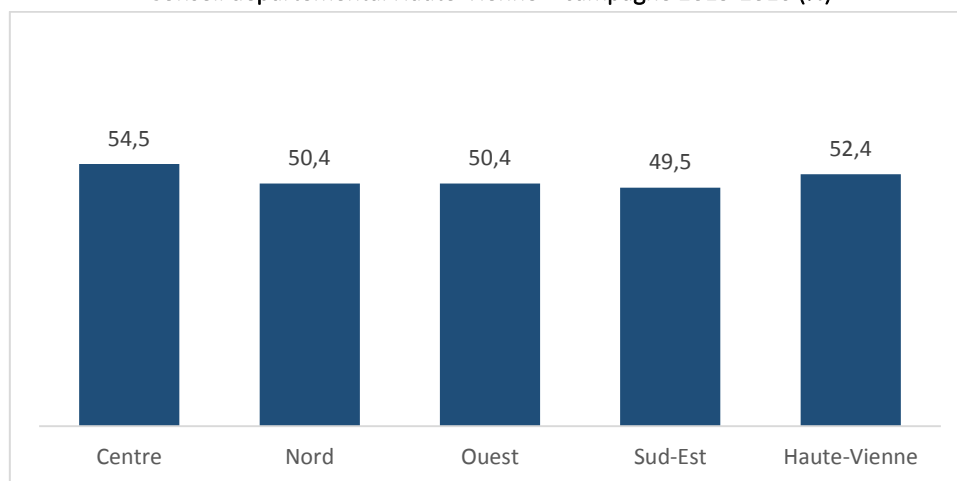
IV. RECOURS AU SYSTÈME DE SOINS ET DE PRÉVENTION

A. Vaccination antigrippale

La grippe est une infection respiratoire aiguë, souvent considérée comme bénigne, dont l'évolution peut être compliquée en raison d'une virulence particulière du virus lui-même ou à cause de la fragilité des personnes infectées, notamment chez les personnes âgées. La vaccination est considérée comme la principale mesure de prévention de la grippe. Elle vise à réduire le risque de décès et de complications graves en cas de grippe. Pour ce faire, la loi de santé publique de 2004 avait fixé un objectif de couverture vaccinale de 75 %.

En Haute-Vienne, durant la campagne vaccinale hivernale 2015-2016, la moitié des 65 ans et plus ont bénéficié d'un vaccin antigrippal (52%), davantage dans le territoire du Centre que sur le reste du département (55% versus 50%, Fig.IV.A1). Au niveau national, Santé publique France rapporte un taux de couverture vaccinal de 50,8% chez les personnes de 65 ans et plus pour la même période.

Fig.IV.A1. Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les 65 ans et plus selon le territoire d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne – campagne 2015-2016 (%)



Source : CPAM 87, données des assurés âgés de 65 ans et plus du Régime Général, de la MSA ou du RSI

B. Dépistage organisé

a. Dépistage organisé du cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Plusieurs actions peuvent être mises en place afin de favoriser une détection précoce, l'intérêt étant de pouvoir soigner ce cancer plus facilement et de limiter les séquelles liées à certains traitements. Depuis 1996 a été mis en place en Haute-Vienne, comme dans d'autres départements pilotes, un dépistage systématique du cancer du sein pour toutes les femmes de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de risque particulier. Depuis 2004, un tel dépistage a été étendu à l'ensemble du territoire français. Il prend la forme d'une mammographie réalisée gratuitement tous les deux ans, avec une double lecture des clichés pour limiter les erreurs de diagnostic. Celles qui ont des antécédents ou un risque accru réalisent l'examen tous les ans.

En 2015, plus de la moitié des femmes de 50-74 ans invitées à passer une mammographie se sont rendues à l'examen dans le département (57%) avec des taux de participation plus élevés dans le Centre que dans les autres territoires (59% versus 53%-54%). Les taux de participation sont plus importants encore dans la tranche d'âge des 60-74 ans (Tab.IV.B1).

Tab.IV.B1. Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 60 ans ou plus selon le territoire d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne – campagne 2015 (%)

	Taux de participation au DO organisé du cancer de sein 2015	
	50-74 ans	60-74 ans
Centre	58,9 %	63,1 %
Nord	54,2 %	59,3 %
Ouest	53,1 %	57,7 %
Sud-Est	53,2 %	55,6 %
Haute-Vienne	56,8 %	-

Source : CPAM87, Structure de dépistage des cancers en Haute-Vienne

Formule de calcul : Nombre de mammographies réalisées suite à l'invitation envoyée en 2015 / Nombre d'invitations envoyées en 2015

A titre de comparaison, Santé publique France qui centralise et harmonise au niveau national les données départementales du dépistage organisé annonce pour 2015 un taux de participation de près de 52% des femmes au niveau national et, pour le département de la Haute-Vienne de 59%. Ce taux, bien qu'honorable, ne place plus comme par le passé la Haute-Vienne au premier rang des départements français (*les taux de participation sont calculés en rapportant le nombre d'exams, non pas aux invitations envoyées mais à une estimation des femmes concernées à partir des statistiques de recensement de l'INSEE*).

b. Dépistage organisé du cancer colorectal

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal, généralisé à l'ensemble du territoire national depuis 2009, propose un test de détection de sang occulte dans les selles tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans. Une coloscopie complète doit être pratiquée systématiquement en cas de test positif. Depuis sa mise en œuvre, le dépistage organisé était fondé sur le test au gaiac (Hémocult® II). En avril 2016, ce test a été remplacé par le test immunologique (OC-sensor®), plus performant et plus facile d'utilisation.

Les structures de gestion départementales du dépistage organisé sont chargées d'inviter la population concernée et de veiller au bon déroulement du suivi. Le premier courrier invite la population à se rendre chez son médecin généraliste (consultation non prise en charge par le dépistage organisé), et c'est le médecin généraliste qui décide, au regard des antécédents de la personne, de l'opportunité ou non de faire un test de dépistage. Les structures départementales de gestion du dépistage des cancers sont au cœur du dispositif et assurent la formation des généralistes, la gestion des invitations et le suivi des résultats.

S'agissant du dépistage organisé du cancer colorectal, la position de la Haute-Vienne est proche du niveau France : standardisé sur l'âge, la participation est de 30,4% chez les 50-74 ans versus 29,8% au niveau national sur la campagne 2013-2014 selon les données de Santé publique France. Les données fournies par la structure de gestion du dépistage organisé haut-viennois (calculé sur d'autres indicateurs) sont un peu plus faibles. On note des écarts importants entre les territoires et selon les années (Tab.IV.B2).

Tab.IV.B2. Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal chez les hommes et les femmes âgés de 60 ans ou plus selon le territoire d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne -campagnes 2013-2014 (%)

	2013		2014	
	50-74 ans	60-74 ans	50-74 ans	60-74 ans
Centre	30,7	35,8	24,3	27,3
Nord	20,6	23,7	36,1	48,4
Ouest	27,2	32,0	25,5	30,0
Sud-Est	22,0	24,3	27,4	35,9
Haute-Vienne	27,8 %	32,1	26,1 %	31,0

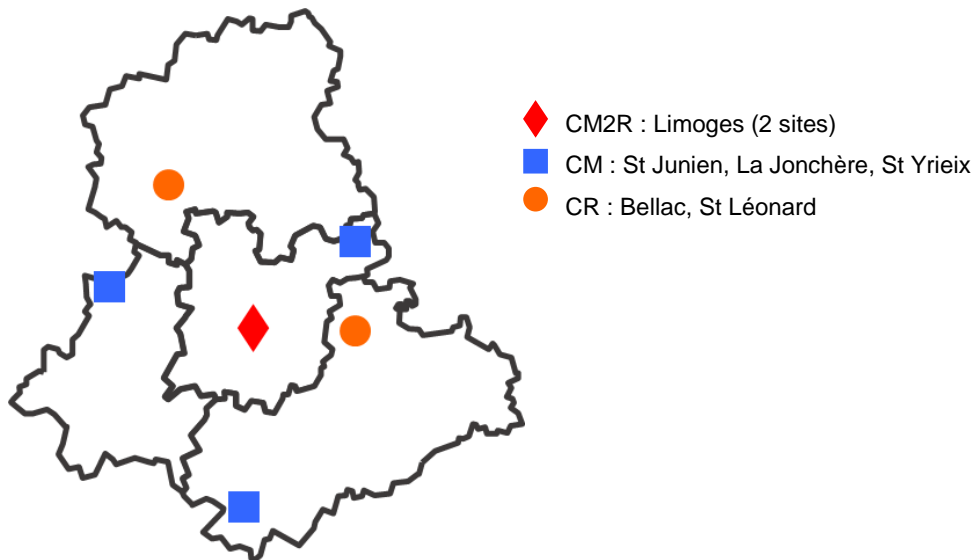
Source : CPAM87, Structure de dépistage des cancers en Haute-Vienne

Formule de calcul : Nombre de tests lus suite à l'invitation envoyée en 2013 ou 2014 / Nombre d'invitations envoyées en 2013 et 2014

C. Consultations mémoire

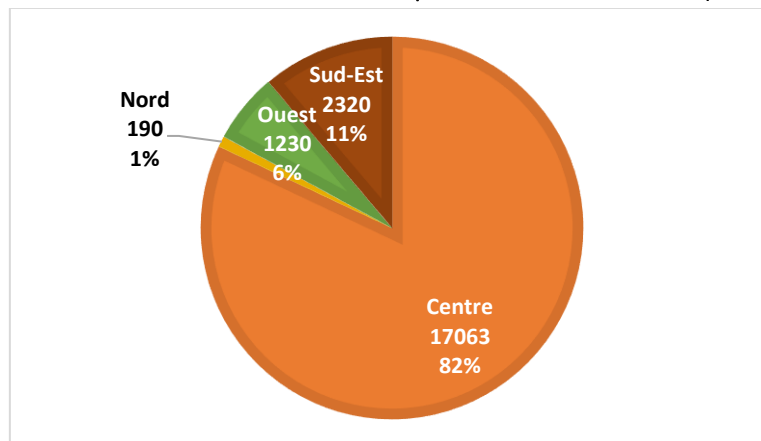
La Haute-Vienne compte 7 sites de consultations mémoire (Fig.IV.C1) : 2 centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R) à Limoges, 3 consultations mémoires à Saint-Junien, La Jonchère et St Yrieix (CM) et enfin 2 consultations relais à Bellac et Saint-Léonard (CR). 20 803 consultations ont été réalisées par ces sites entre 2008 et 2013.

Fig.IV.C1. Les structures mémoire en Haute-Vienne



En considérant le découpage territorial d'intervention du Conseil Départemental Haute-Vienne, les 3 sites du Centre (2 CM2R de Limoges et CP de La Jonchère) comptabilisent 17 063 consultations entre 2008 et 2013, soit 82% des consultations réalisées dans le département ; au Sud-Ouest, le CM de St Yrieix et le CR de St Léonard représentent 11% des consultations, le territoire de l'Ouest avec le CM de Saint-Junien 6% et enfin le CR de Bellac seulement 1% (Fig.IV.C2).

Fig.IV.C2. Distribution du nombre de consultations mémoire réalisées entre 2008 et 2013 selon le territoire d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne (Effectifs et %)



Source : Analyse de l'activité des centres mémoire du Limousin, ORSL 2014

Sur la base patients, on compte 3 397 Hauts-Viennois de 60 ans et plus, dont 64% de femmes et 36% d'hommes, pour un âge moyen de 77,9 ans. Toutefois, sur l'ensemble des données Calliope Limousin, l'information de la localisation des patients n'était disponible que pour 67% des patients (59% des sites hauts-viennois), aussi, il n'est pas possible de calculer un taux de recours sur les territoires et d'éventuelles hétérogénéités dans ce recours.

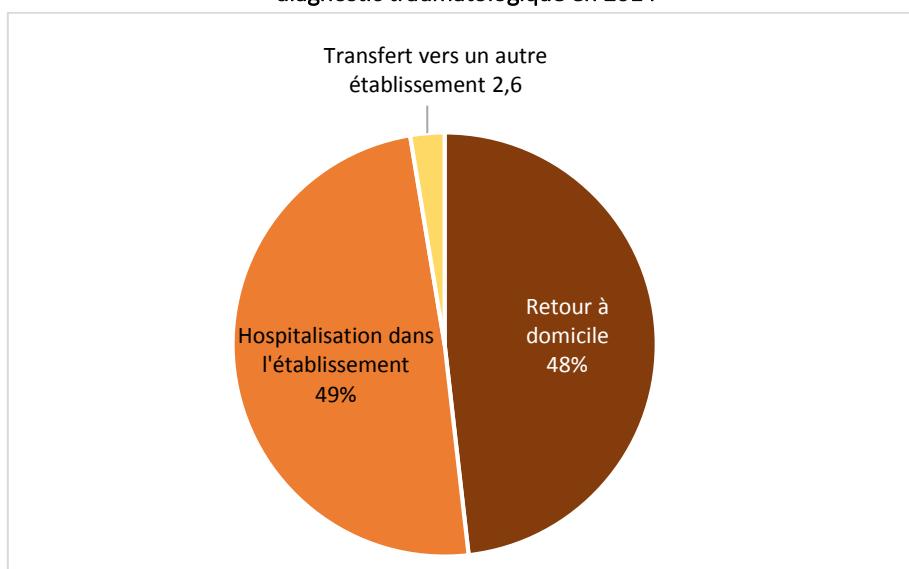
D. Les chutes

Le groupe de travail sur les chuteurs récidivant conduit par le Conseil départemental a permis d'apporter un certain nombre de données sur les chutes de personnes âgées en Haute-Vienne.

a. ORULIM 2014

En 2014, selon les données ORULIM, 1 585 personnes âgées de 75 ans ou plus ont été admises aux urgences du CHU pour un diagnostic traumatologique. Parmi elles, 49% ont été hospitalisées dans l'établissement, 3% ont été transférées vers un autre établissement et 48% sont retournées à leur domicile (Fig.IV.D1).

Fig.IV.D1. Orientation post urgences des personnes âgées de 75 ans ou plus après un diagnostic traumatologique en 2014



Source : ORULIM, Panorama 2014 et demande d'extraction complémentaire

482 personnes de 75 ans ou plus ont été admises aux urgences du CHU de Limoges pour une chute à domicile. 112 personnes ont été admises plusieurs fois dans l'année pour un diagnostic traumatologique. A cela, s'ajoutent les chiffres de la Polyclinique de Limoges.

b. SDIS 87 2014

Le Service départemental d'incendie et de secours de la Haute-Vienne a comptabilisé 1 809 relevages de personnes en 2014 (Source : ORULIM Panorama 2014).

c. SOS Médecins

Entre 2012 et 2014, SOS Médecin a comptabilisé 703 chutes pour des patients de 65 ans ou plus. Ce chiffre est probablement sous-estimé compte tenu du mode de cotation.

2 420 personnes de 65 ans ou plus ont été vues pour une cause de traumatologie. La chute est le 4^{ème} diagnostic le plus coté par SOS Médecin. Le taux d'admission en service d'accueil et d'urgence est de 19,6% (Source : SOS Médecin).

d. Téléassistance (Services habilités à l'aide sociale)

1. Présence Verte

Pour l'année 2015 (hors mois de décembre) et sur un total de 2 662 abonnées en Haute-Vienne, Présence Verte a recensé 1 109 chutes, soit une moyenne de 100 chutes par mois et une moyenne de 2,4 chutes par an et par abonné.

En Haute-Vienne, 82 personnes ont chuté au moins deux fois dans l'année, dont 41 résidant dans le secteur Centre Haute-Vienne (dont 22 à Limoges).

70% des interventions suite à une chute ont été réalisées par les réseaux, 30% par les services de secours.

2. Bluelinea (Equinoxe)

Parmi les appels des abonnés reçus pour un motif « chutes », 81% étaient des chutes sans gravité et 19% des chutes aggravées (dont 100% ont nécessité une hospitalisation). Le quart des abonnées concernées ont chuté une fois, 75% ont chuté au moins deux fois.

3. ASA

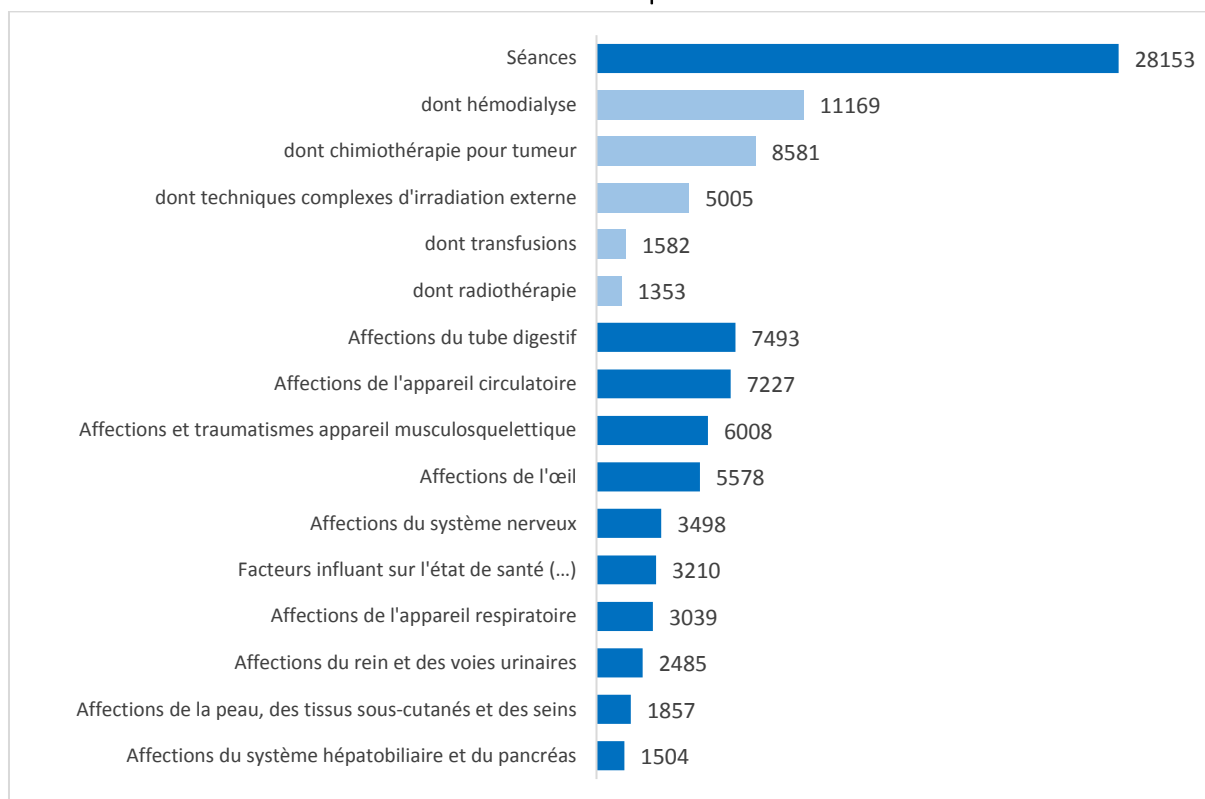
En 2015, 128 alarmes pour chute ont été enregistrées dans l'année. Ces chutes ont concerné 49 adhérents et engendré 11 hospitalisations (soit 9% des chutes). Parmi ces abonnées, 61% ont chuté 1 fois, 16% deux fois, 8% ont chuté trois fois et 15% ont chuté plus de 3 fois dans l'année. Les services des urgences ont été appelés 29 fois, dont 22 fois pour de l'aide au relevage.

E. Recours hospitaliers

a. Séjours en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)

Les séjours hospitaliers en MCO des personnes de 60 ans et plus sont fortement impactés par les séances (hémodialyses, chimiothérapies...). Au total 76 886 séjours ont été comptabilisés en 2015 pour les séniors résidant en Haute-Vienne dont 37% concernent les séances (28 000 séjours, Fig.IV.E1). En excluant les séjours relatifs aux séances, le taux de recours en MCO tourne autour de 450 pour 1 000 personnes de 60 ans et plus, un peu moins dans le Centre et l'Ouest, davantage dans le Sud-Est et le Nord du département (Fig.IV.E2).

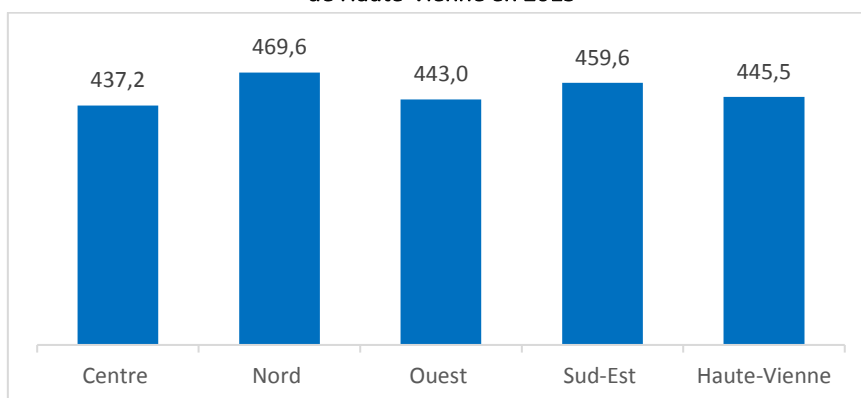
Fig.IV.E1. Nombre de séjours Hospitaliers en MCO des personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en Haute-Vienne selon le motif d'hospitalisation¹ en 2015



¹ définit par le GHM : groupe homogène de malade

Source : ATIH-PMSI MCO, INSEE RP2013

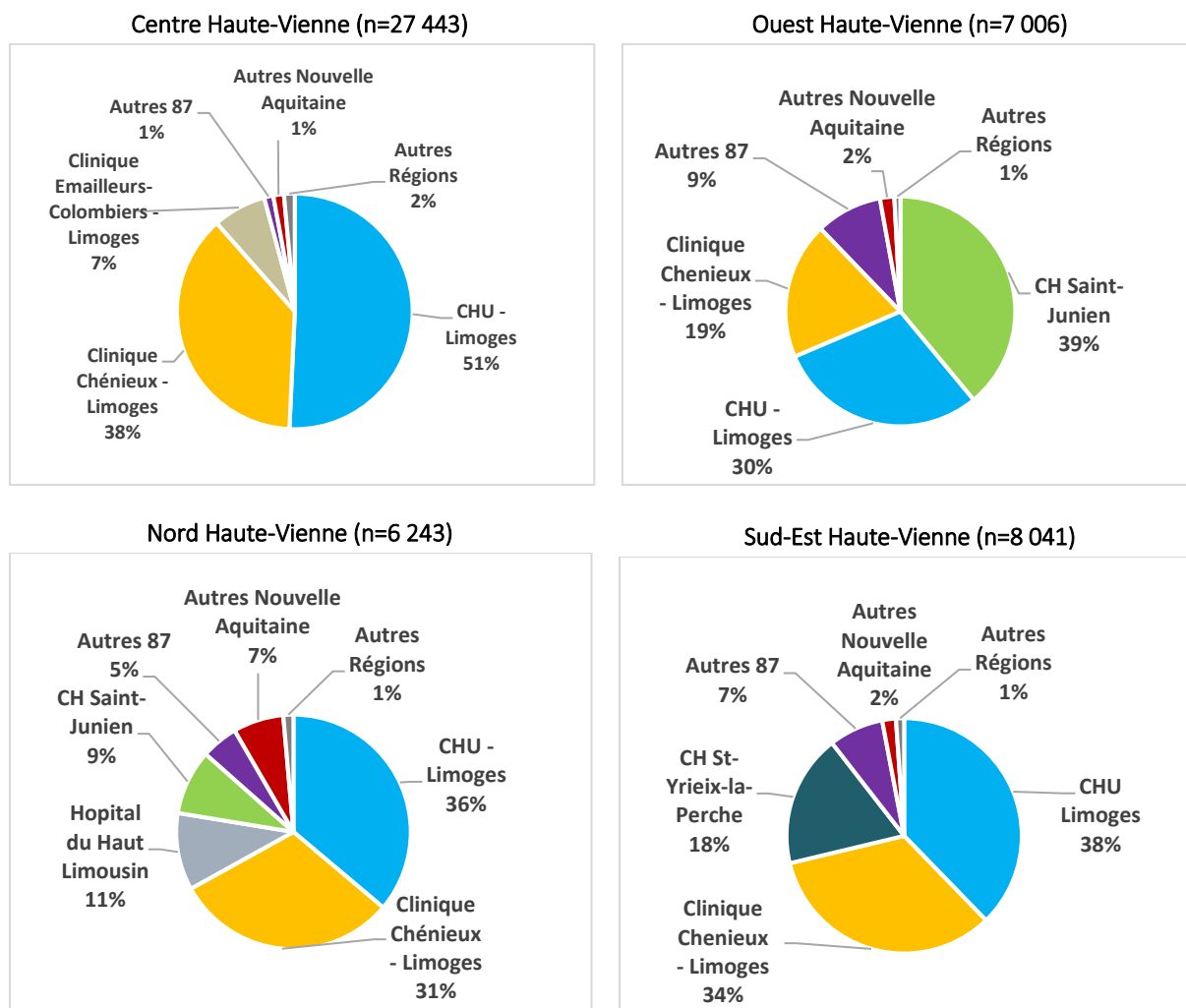
Fig.IV.E2. Taux de recours hospitaliers en MCO (hors séances) pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil Départemental de Haute-Vienne en 2015



Source : ATIH-PMSI MCO, INSEE RP2013

Quel que soit le territoire de résidence des séniors, le CHU de Limoges et la clinique Chénieux (Limoges) occupent une place importante : 30% (Ouest) à 51% (Centre) des séjours en MCO sont réalisés au CHU et de 19% (Ouest) à 38% (Centre) à la clinique Chénieux. Les hôpitaux locaux recrutent la plupart des autres séjours en MCO. Ainsi, 11% des séjours en MCO des personnes âgées du Nord sont effectués à l'Hôpital intercommunal du Haut Limousin (HIHL), 18% de ceux du Sud-Est à l'hôpital de Saint Yrieix et 39% de ceux de l'Ouest au CH de Saint-Junien, devançant même le CHU (38%). A noter également pour le CH de Saint-Junien que 9% des séjours des personnes âgées résidant dans le Nord du département ont été effectués dans cet établissement (Fig.IV.E3).

Fig.IV.E3. Lieu de recours hospitaliers en MCO (hors séances) des personnes âgées de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil Départemental de Haute-Vienne en 2015

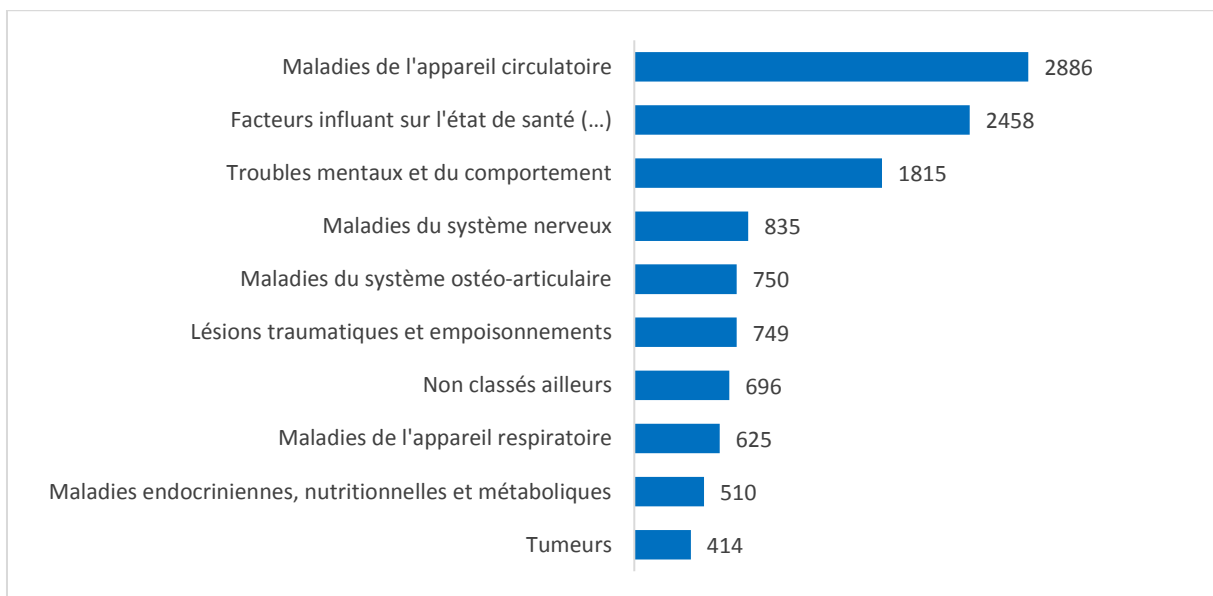


Source : ATIH-PMSI MCO

b. Séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR)

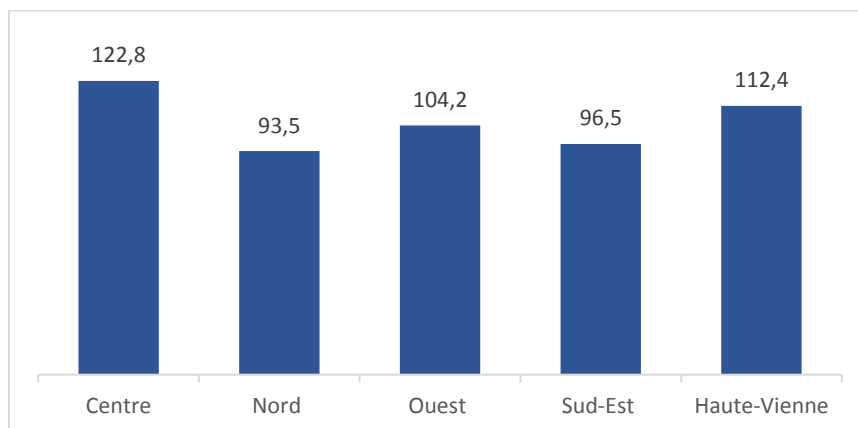
12 290 séjours hospitaliers en soins de suite et de réadaptation ont été enregistrés en 2015 pour des patients de 60 ans ou plus. Avec près de 3000 séjours SSR, les maladies de l'appareil circulatoire arrivent en tête des motifs de recours (FIG.IV.E4). Au final, le taux de recours sur le département est de 112 séjours SSR pour 1 000 habitants âgés de 60 ans ou plus, davantage dans le Centre que pour les habitants des 3 autres territoires (123 versus 94 à 104 pour 1 000 hab., Fig.IV.E5). Plus encore que pour les séjours en MCO, l'hospitalisation en SSR est très impactée par la localisation. Ainsi, 77% des séjours SSR des 60 ans et plus du Centre se font au sein du CHU de Limoges, contre seulement 43% des séjours pour les personnes âgées de l'Ouest du département, 41% pour ceux du Sud-Est et 34% de ceux du Nord. Ces derniers s'orientent plus fréquemment sur l'hôpital local du Haut-Limousin (44%) ; à l'Ouest, l'hôpital de Saint-Junien compte 43% des séjours SSR et dans le Sud, les hôpitaux de Saint Léonard et de Saint Yrieix accueillent à eux deux 36% des patients SSR de 60 ans et plus de leur territoire (Tab.IV.E6).

Fig.IV.E4. Séjours Hospitaliers en SSR des personnes âgées de 60 ans ou plus en Haute-Vienne selon le diagnostic en 2015



Source : ATIH-PMSI SSR

Fig.IV.E5. Taux de recours hospitaliers en SSR pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil Départemental de Haute-Vienne en 2015



Source : ATIH-PMSI SSR, INSEE RP2013

Tab.IV.E6. Lieu de recours hospitaliers en SSR des personnes âgées de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil Départemental de Haute-Vienne en 2015

Centre (n=7 711)

	Nombre de séjours	%
CHU Limoges	5 927	76,9
Centre La Chenaie – Verneuil sur Vienne	839	10,9
Autres établissements de Haute-Vienne	694	9,0
Autres établissements de Nouvelle-Aquitaine	192	2,5
Autres établissements hors région	59	0,8

Nord (n=1 243)

	Nombre de séjours	%
Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin	543	43,7
CHU Limoges	426	34,3
Autres établissements de Haute-Vienne	150	12,1
Autres établissements de Nouvelle-Aquitaine	108	8,7
Autres établissements hors région	16	1,3

Ouest (n=1 648)

	Nombre de séjours	%
CHU Limoges	713	43,3
CH Saint-Junien	628	38,1
Autres établissements de Haute-Vienne	264	16,0
Autres établissements de Nouvelle-Aquitaine	37	2,2
Autres établissements hors région	6	0,4

Sud-Est (n=1 688)

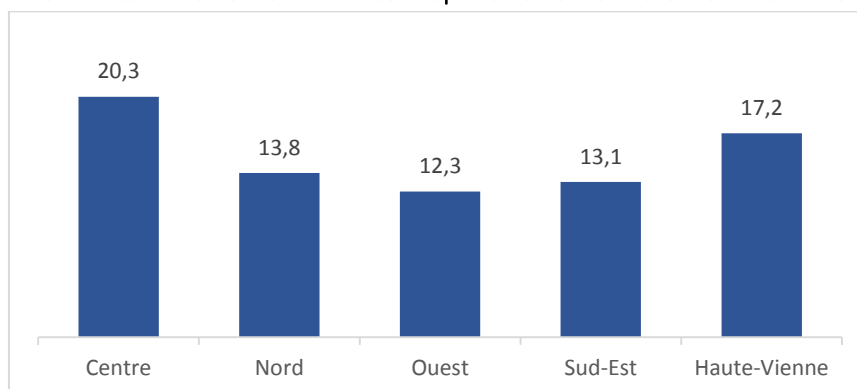
	Nombre de séjours	%
CHU Limoges	692	41,0
CH Saint-Léonard-de-Noblat	327	19,4
CH Saint-Yrieix-la-Perche	282	16,7
Autres établissements de Haute-Vienne	254	15,0
Autres établissements de Nouvelle-Aquitaine	120	7,1
Autres établissements hors région	13	0,8

Source : ATIH-PMSI SSR

c. Séjours en psychiatrie (RIM-P)

1 880 séjours hospitaliers en psychiatrie concernant des personnes de 60 ans et plus résidant en Haute-Vienne ont été enregistrés en 2015. Le taux de recours est ainsi de 17 séjours en psychiatrie pour 1 000 habitants de 60 ans et plus, avec des écarts importants sur les territoires : 20 pour 1 000 dans le Centre contre 12 à 14 pour 1 000 sur les autres territoires de Haute-Vienne (Fig.IV.E7).

Fig.IV.E7. Taux de recours hospitaliers en psychiatrie pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil Départemental de Haute-Vienne en 2015



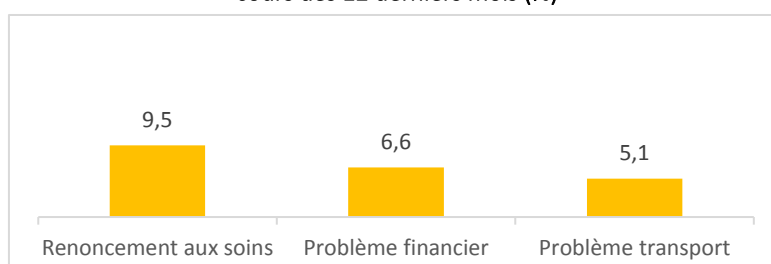
Source : ATIH-PMSI RIM-P, INSEE RP2013

F. Accès aux soins

a. Difficultés d'accès aux soins

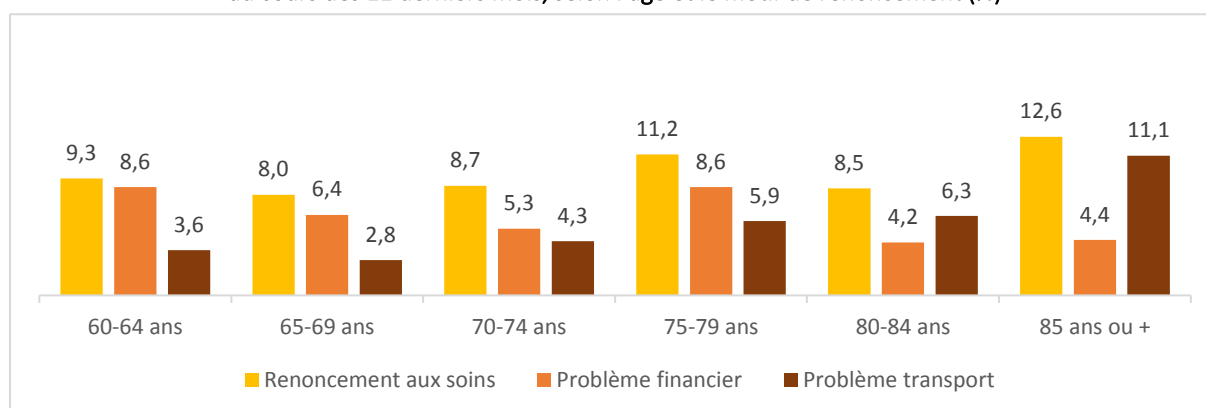
Les diverses enquêtes conduites par l'ORS ces dernières années auprès de la population permettent d'avoir une estimation des difficultés d'accès aux soins. Ainsi, le baromètre santé en médecine générale rapporte des situations de renoncement aux soins pour près d'une personne âgée de 60 ou plus sur dix, dans une population pourtant patientèle de médecine générale ; dans les 2/3 des cas, un problème financier est évoqué et le problème de transport revient pour la moitié des cas (Fig.IV.F1). Avec l'avancée en âge, le renoncement est plus souvent évoqué (entre 8% et 9% avant 75 ans contre près de 13% après 85 ans, fig.IV.F2), notamment en raison des difficultés liées aux transports (respectivement 3%-4% versus 11%).

Fig.IV.F1. Proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus rapportant avoir renoncé à des soins (ou retard) au cours des 12 derniers mois (%)



Source : Baromètre Santé en médecine générale en Limousin, ORSL 2011-2012 et 2015

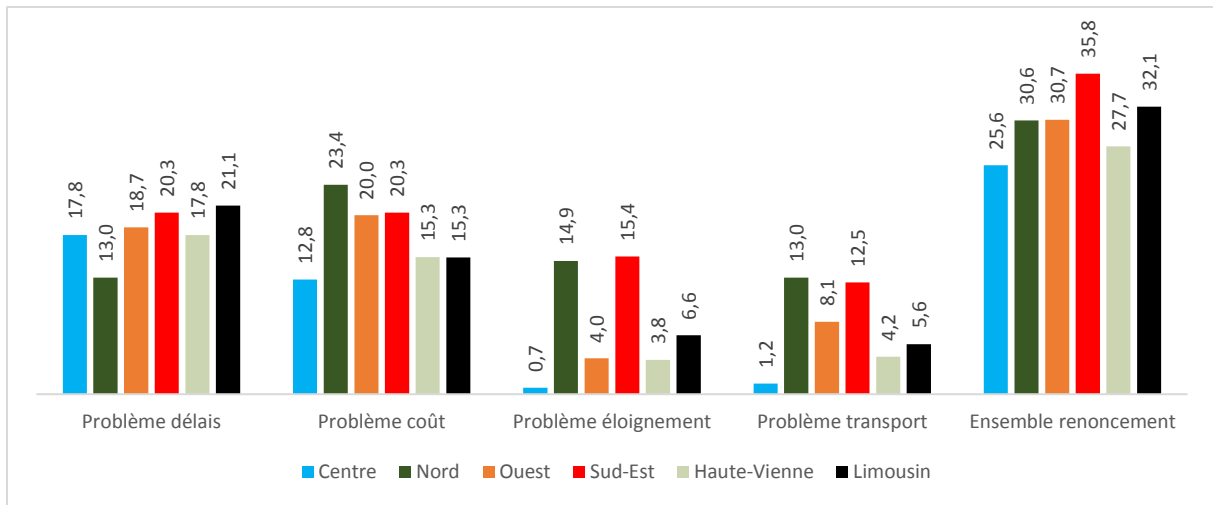
Fig.IV.F2. Proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus rapportant avoir renoncé à des soins ou retardé ceux-ci au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le motif de renoncement (%)



Source : Baromètre Santé en médecine générale en Limousin, ORSL 2011-2012 et 2015

L'enquête relative aux difficultés d'accès aux soins rapportent que plus du quart des foyers dont la personne de référence a 60 ans ou plus ont déjà renoncé à des soins au cours des 2 dernières années en Haute-Vienne (Fig.IV.F3). Par ordre d'importance, les motifs évoqués concernent les délais de rendez-vous (18%), les coûts (15%) et dans une moindre mesure les problèmes de transport et d'éloignement (4%). Dans le Nord et le Sud-Est, les problèmes d'éloignement (15%) et de transport (13%) sont toutefois plus fréquents. Par territoire, le Sud-Est serait le plus touché (36% des foyers dont la personne de référence a 60 ans ou plus versus 26% dans le Centre de la Haute-Vienne ; 31% à l'Ouest et au Nord).

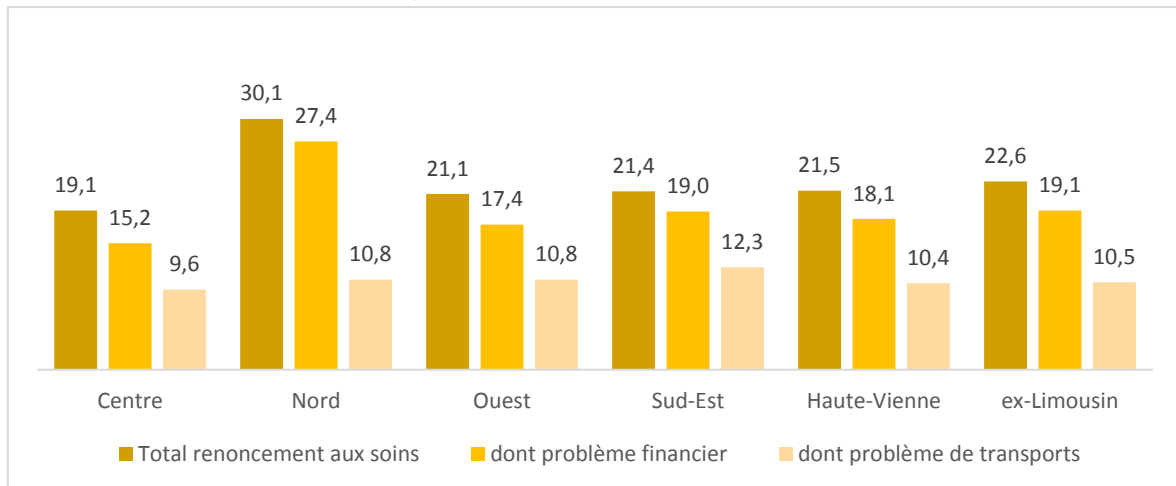
Fig.IV.F3. Proportion de foyers dont la personne de référence a 60 ans ou plus rapportant avoir renoncé à des soins au cours des 2 dernières années, selon le motif de renoncement et les territoires d'intervention du Conseil Départemental (%)



Source : Les obstacles à l'accès aux soins en Limousin, ORSL 2016

Enfin, l'enquête conduite auprès des personnes âgées de 75 ans ou plus en Limousin renseigne également sur les renoncements aux soins. Au cours des 12 derniers mois, 18% des Hauts-Viennois interrogés auraient ainsi renoncé à des soins en raison de difficultés financières (27% dans le Nord du département), 12% pour un problème de transport. Dans cette enquête, sur une population plus âgée, peu de différence sont constatées sur le territoire pour ce motif (Fig.IV.F4).

Fig.IV.F4. 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 (%)



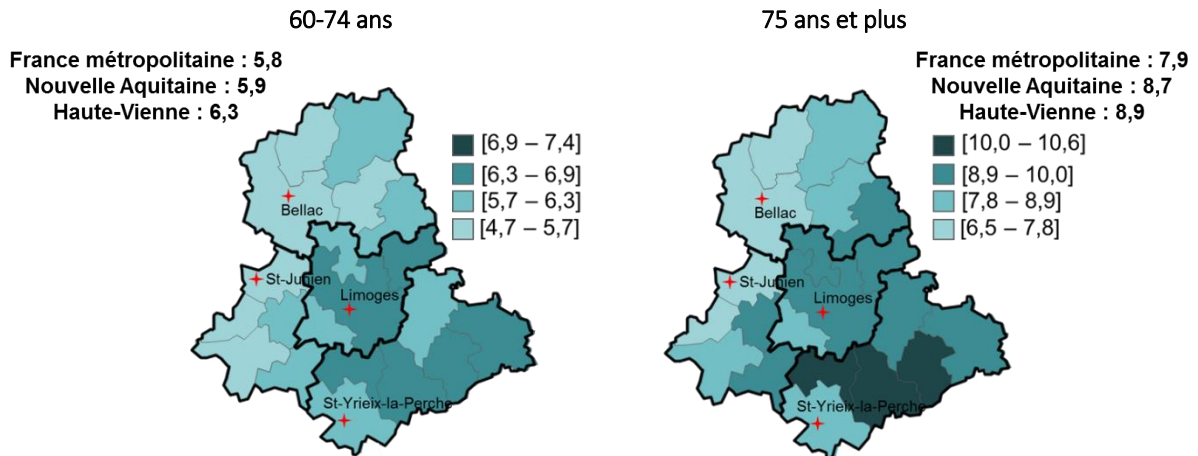
Source : Enquête sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Limousin, ORSL 2015

b. Consommations de soins

1. Actes en médecine générale

La consommation moyenne d'actes de généralistes libéraux est légèrement supérieure en Haute-Vienne par rapport aux moyennes régionale ou nationale, que ce soit entre 60 et 74 ans ou après 75 ans. La consommation varie selon les territoires infra départementaux (Fig.IV.F5). Elle est plus élevée dans le territoire du Centre et dans certaines parties du Sud-Est. Au contraire, la consommation est la plus faible dans les communautés de communes du Nord (Basse Marche, Haut Limousin).

Fig.IV.F5. Consommation moyenne d'actes de généralistes libéraux par bénéficiaires en 2014

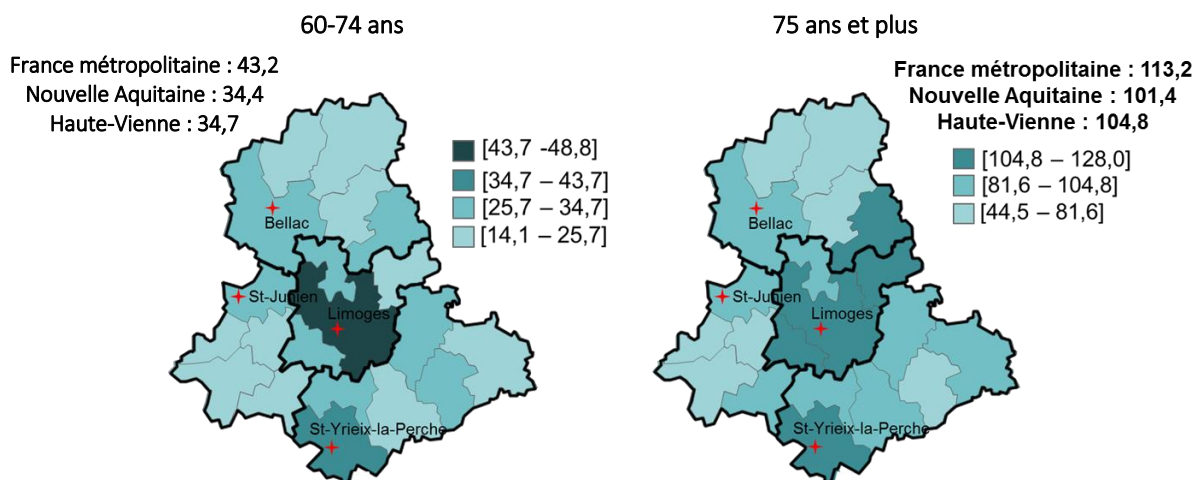


Source : Sniiram, CartoSanté

2. Actes infirmiers

La consommation moyenne d'actes infirmiers libéraux est inférieure à la moyenne nationale en Haute-Vienne mais proche de la moyenne régionale. Les variations infra départementales sont importantes (de 1 à 3 entre les communautés de communes entre 60 et 74 ans, rapport de 1 à 2,4 après 75 ans). Entre 60 et 74 ans, la consommation est nettement plus élevée dans l'agglomération de Limoges et faible dans le Nord du département ainsi que dans l'Ouest. Après 75 ans, les écarts sont un peu moins importants mais la consommation reste plus élevée dans le territoire Centre Haute-Vienne et plus basse dans le Nord et l'Ouest (Fig.IV.F6).

Fig.IV.F6. Consommation moyenne d'actes infirmiers par bénéficiaires en 2014

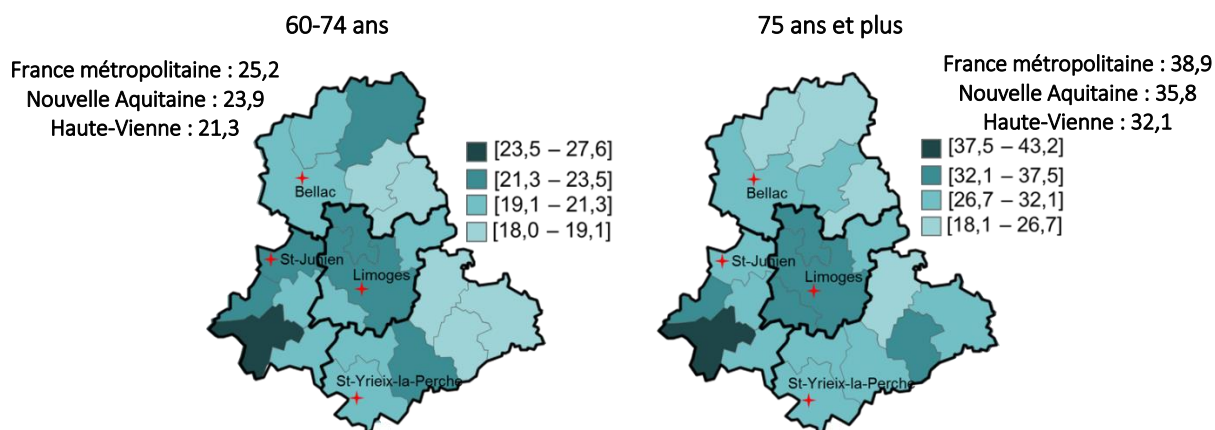


Source : Sniiram, CartoSanté

3. Actes de kinésithérapie

La consommation moyenne d'actes de kinésithérapie est légèrement inférieure en Haute-Vienne, quel que soit l'âge, comparativement à la Nouvelle-Aquitaine et à la France (Fig.IV.F7). Les taux de consommation les plus élevés concernent le Sud-Ouest du département (CC des feuillardiers) ou le Centre (CA Limoges Métropole, Val de Vienne, l'Aurence et Glane Développement).

Fig.IV.F7. Consommation moyenne d'actes de kinésithérapie par bénéficiaires en 2014

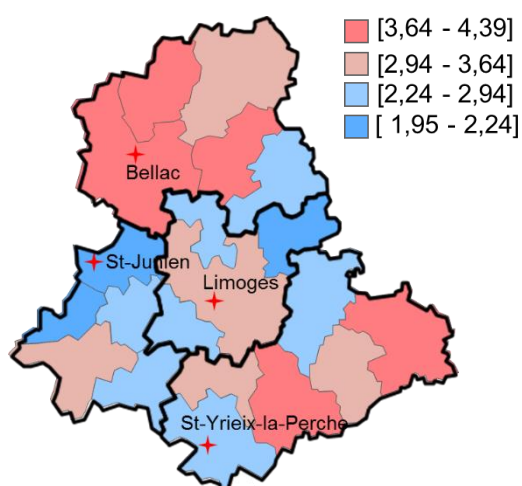


Source : Sniiram, CartoSanté

4. Absence de soins

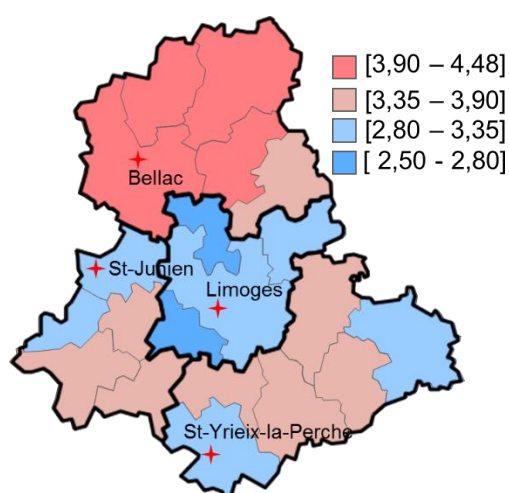
Les données de l'Assurance Maladie permettent d'apporter un éclairage supplémentaire sur les difficultés d'accès aux soins. Ainsi, parmi les assurés du régime général, c'est dans le territoire du Nord de la Haute-Vienne que se concentre la plus grande part de séniors sans médecin traitant ou recours aux soins, suivi du territoire du Sud-Est (fig.IV.F8 et F9).

Fig.IV.F8. Part des seniors sans médecin traitant du régime général parmi les assurés de 55 ans et plus en 2015



Source : Observatoire des fragilités, CNAM-SIAM-ERASME

Fig.IV.F9. Part des seniors sans recours aux soins du régime général parmi les assurés de 55 ans et plus en 2015



Source : Observatoire des fragilités, CNAM-SIAM-ERASME

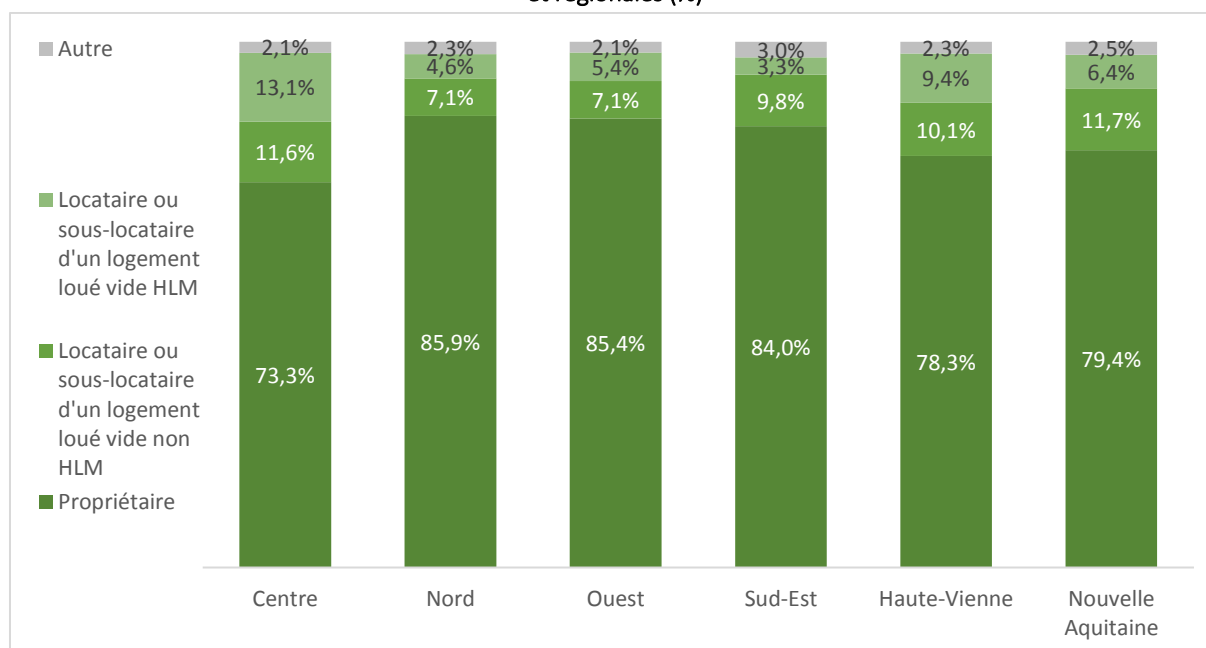
V. HABITAT ET CONDITIONS DE VIE

A. Caractéristiques de l'habitat

a. Généralités

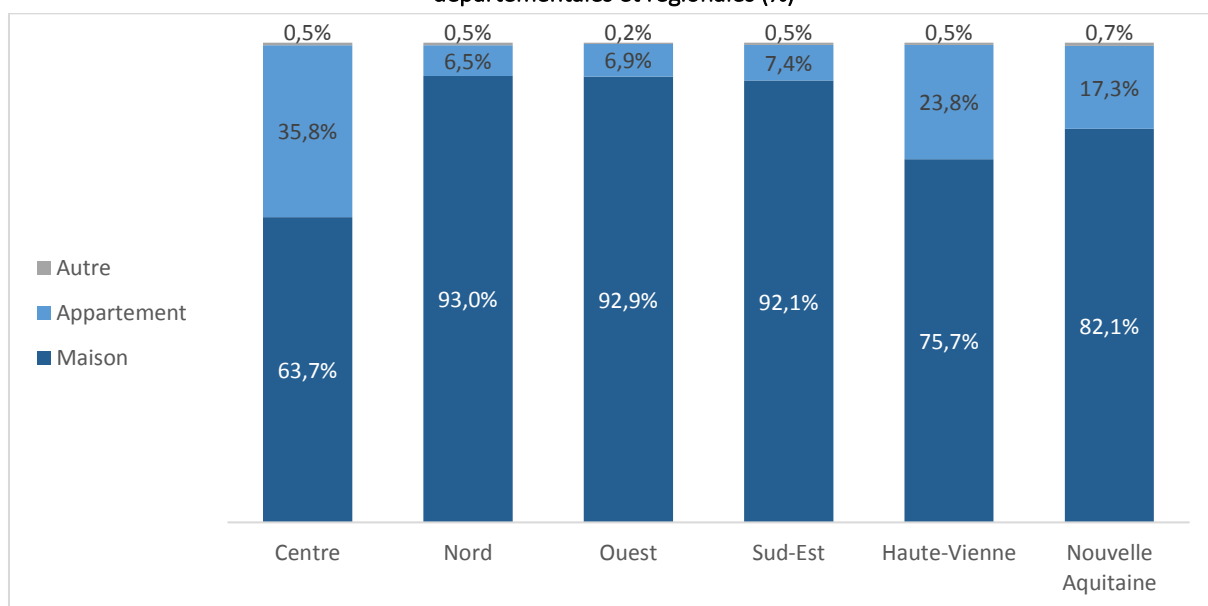
Parmi les près de 55 000 résidences principales dont la personne de référence a 65 ans ou plus en Haute-Vienne, le statut d'occupation s'avère assez proche de ce qui est retrouvé en Nouvelle-Aquitaine, si ce n'est une plus grande proportion de locataires de logement HLM. Ainsi, 78% sont propriétaires (versus 79 %), 10% locataires du parc privé (versus 12%) et 9% locataires d'un logement HLM (versus 6%). Au sein du territoire haut-viennois, on constate des profils différents entre le secteur du Centre et les 3 autres : 73% seulement de propriétaires dans le Centre versus 84%-86% dans les autres territoires et 13% de locataires de logements HLM versus 3% à 5% (Fig.V.A.1). De même, en considérant le type de logement des ménages composés d'au moins une personne de 60 ans ou plus (près de 74 000 foyers), on note deux types de profil : le territoire d'action du Centre Haute-Vienne avec 36% d'habitat en appartement et 64% en maison versus seulement 7% en appartement et 92%-93% en maison sur les 3 autres territoires d'action du Département (Fig.V.A.2). Au final, les résidences principales en Haute-Vienne sont plus souvent des appartements que dans le reste de la région (24% versus 17%). De fait, les logements utilisés en résidence principale s'avèrent légèrement plus petites : 38% comportent 5 pièces ou plus versus 45% en Nouvelle-Aquitaine (Fig.V.A.3).

Fig.V.A.1. Distribution des statuts d'occupation des foyers dont la personnes de référence a 65 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données départementales et régionales (%)



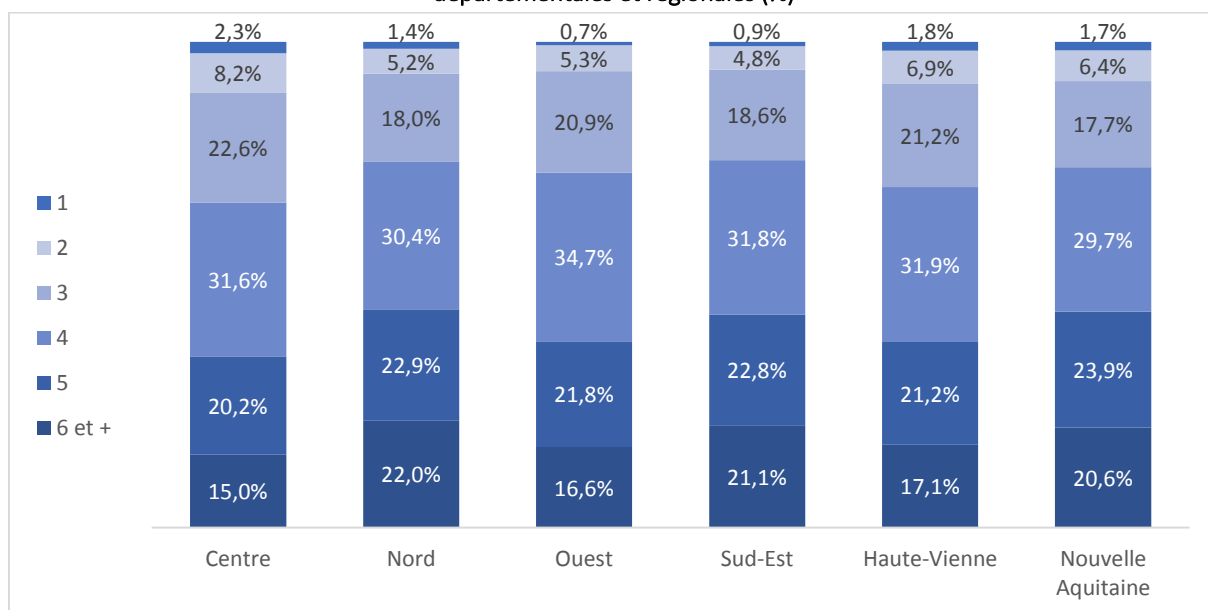
Source : Base Logement INSEE - RP 2013

Fig.V.A.2. Distribution des type de logement des foyers composés d'au moins une personnes de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données départementales et régionales (%)



Source : Base Logement INSEE - RP 2013

Fig.V.A.3. Distribution du nombre de pièces des foyers composés d'au moins une personnes de 60 ans ou plus selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données départementales et régionales (%)

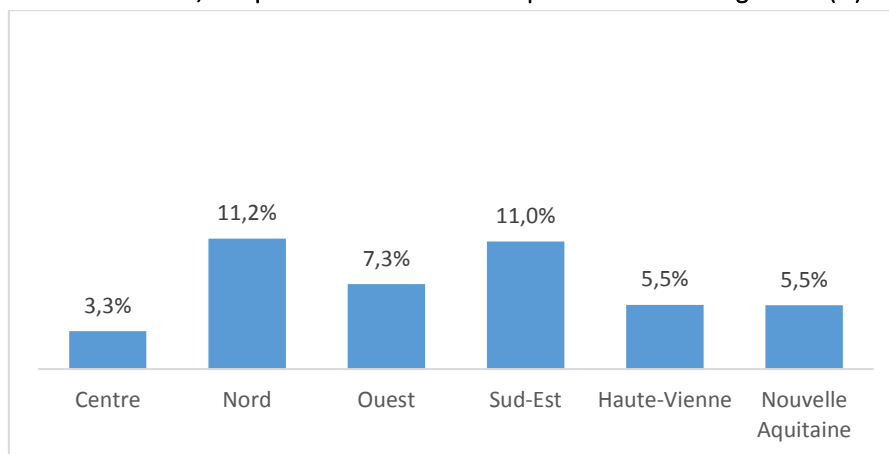


Source : Base Logement INSEE - RP 2013

b. Qualité de l'habitat

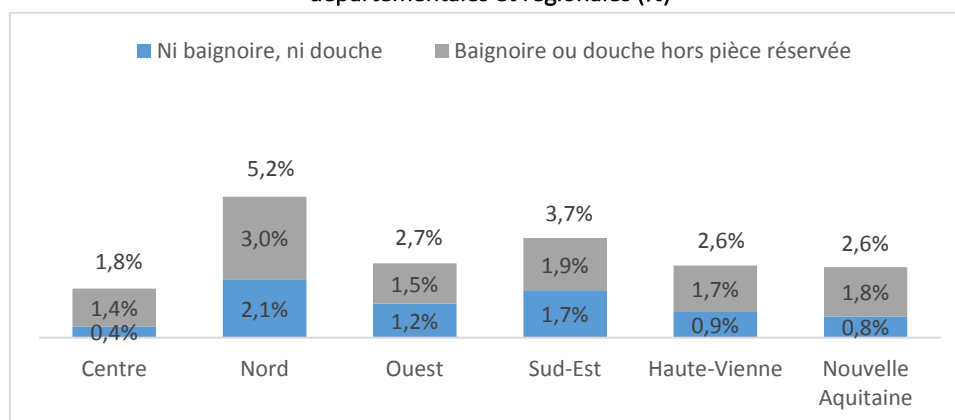
Le parc privé potentiellement indigne (PPPI) calculé par un croisement des données cadastrales et le revenu des ménages est un indicateur imparfait sur l'état des logements. Si la part des PPPI en Haute-Vienne est strictement similaire à celle relevée en Nouvelle-Aquitaine (5,5%), on constate une grande hétérogénéité entre les 4 territoires d'intervention : seuls 3% de PPPI dans le Centre, 7% dans l'Ouest et 11% dans le Nord et le Sud-Est (Fig.V.A.4). En ne considérant que les logements occupés par au moins une personne de 60 ans ou plus, le même constat peut être fait d'un habitat de moins bonne qualité sur le Nord et le Sud-Est du département, et dans une moindre mesure l'Ouest, relativement à la zone Centre. Ainsi, 5% des logements concernés dans le Nord ne possèdent pas de salle de bain et 4% dans le Sud-Est (dont 2% sans aucune baignoire ou douche), 3% dans l'Ouest (dont 1% sans aucune baignoire ou douche) et 2% dans le Centre (Fig.V.A.5). La part des foyers sans salle(s) de bain occupés par un membre de 60 ans ou plus est, tout comme pour la part des PPPI, comparable entre la Haute-Vienne et la Nouvelle-Aquitaine (2,6% dont un peu moins de 1% sans aucune douche ou baignoire).

Fig.V.A.4. Proportion du parc privé potentiellement indigne (PPPI) parmi les résidences principales selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données départementales et régionales (%)



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

Fig.V.A.5. Proportion des foyers composés d'au moins une personnes de 60 ans ou plus sans salle(s) de bains (avec douche ou baignoire) selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données départementales et régionales (%)



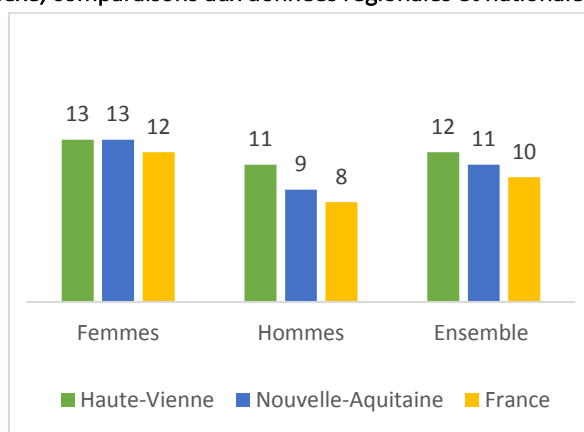
Source : Base Logement INSEE - RP 2013

c. Aménagements du logement

L'enquête Vie Quotidienne et Santé fait apparaître qu'une personne sur dix âgée de 60 ans ou plus en Nouvelle-Aquitaine déclare utiliser des équipements ou aménagements de son logement (barre d'appui, douche adaptée, élargissement des portes...), un peu plus en Haute-Vienne (12% versus 10%) dont la population est plus âgée (Fig.V.A.6). Les femmes utiliseraient plus souvent ce type de dispositifs que les hommes (12% versus 8% au niveau national ; respectivement 13% et 11% en Haute-Vienne).

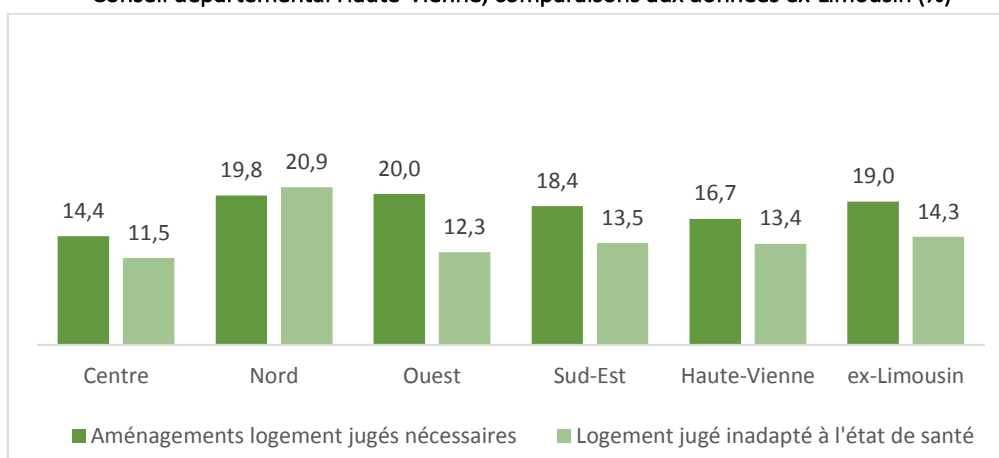
L'enquête conduite par l'ORS auprès des personnes âgées de 75 ans et plus en Limousin renseigne également sur l'adaptation de l'habitat. Conformément aux informations relevées sur la qualité des logements (absence de salle de bain, PPPI), les personnes âgées interrogées rapportent plus souvent des nécessités d'aménagement du logement sur les zones du Nord, du Sud-Est et de l'Ouest relativement au Centre (18%-20% versus 14%). Dans le territoire du Nord du département, ce sont même 20% des personnes âgées qui estiment leur logement comme inadapté à leur état de santé, 13% sur l'ensemble du département (Fig.V.A.7).

Fig.V.A.6. Proportion de personnes âgées résidant en Haute-Vienne utilisant des aménagements du logement selon l'âge et le sexe, comparaisons aux données régionales et nationales (%)



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

Fig.V.A.7. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile jugeant leur logement inadapté et nécessitant des aménagements selon les territoires 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

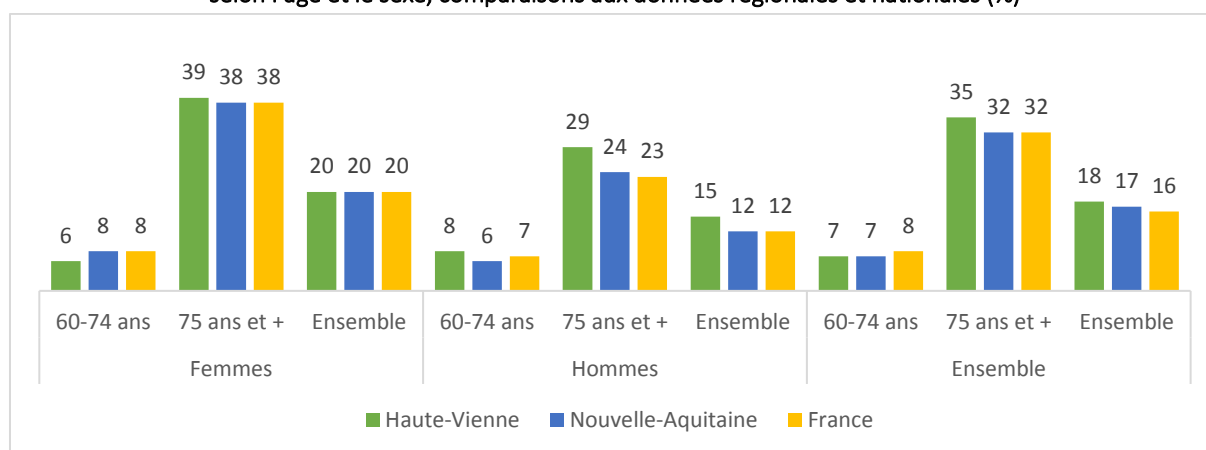
B. Conditions de vie

a. Aide au maintien à domicile

Au niveau national, 16% des personnes âgées de 60 ans et plus déclarent bénéficier d'une aide professionnelle dans leur vie quotidienne et 21% de l'entourage (Fig.V.B1 et B2) ; ces proportions doublent aux âges plus avancés (respectivement 32% et 41% chez les 75 ans et plus). Si les proportions relevées en Nouvelle-Aquitaine sont similaires à la France, en Haute-Vienne, la proportion de personnes âgées bénéficiant d'aide professionnelle ou de l'entourage est plus importante, notamment aux grands âges : respectivement 35% et 47% au-delà de 75 ans.

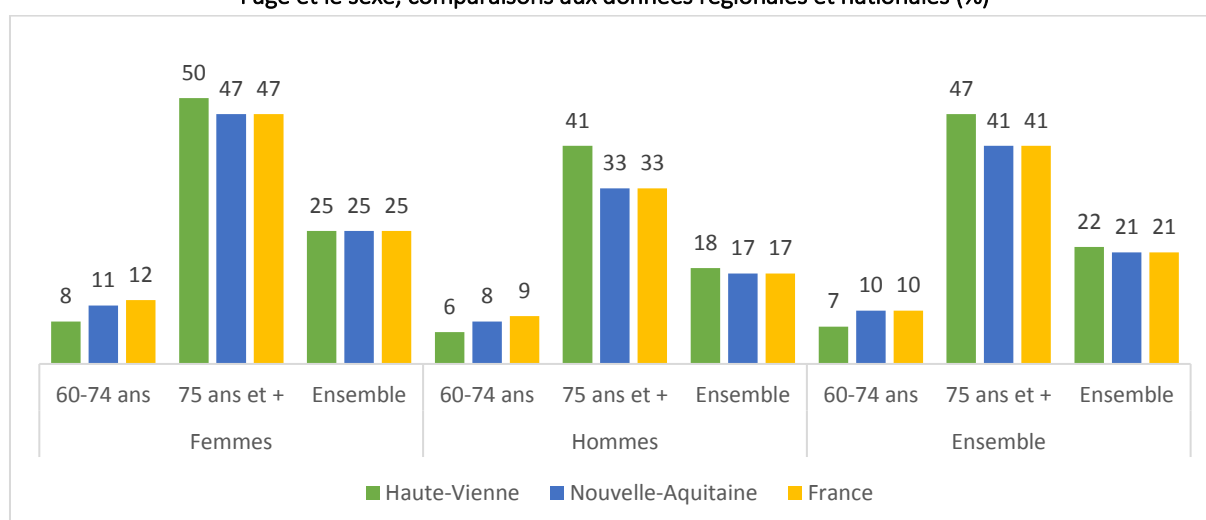
Dans l'enquête conduite auprès des personnes âgées de 75 ans et plus résidant à domicile en Limousin, 34% des Hauts-Viennois déclarent bénéficier d'une aide professionnelle pour les tâches de la vie quotidienne avec peu de variation entre les territoires (33% dans le Centre à 37% dans le Nord) ; 28% bénéficient de l'aide d'un membre de leur famille (autre que conjoint), allant de 25% dans le Nord à 32% dans l'Ouest (Fig.V.B3).

Fig.V.B1. Proportion de personnes âgées résidant en Haute-Vienne ayant bénéficié d'une aide professionnelle selon l'âge et le sexe, comparaisons aux données régionales et nationales (%)



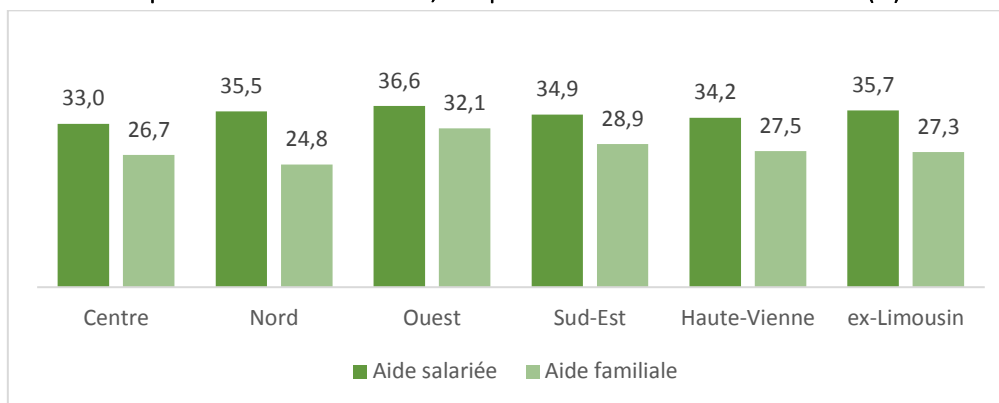
Source : DREES-INSEE, Enquête Vie Quotidienne et Santé 2014, Résultats départementaux

Fig.V.B2. Proportion de personnes âgées résidant en Haute-Vienne ayant bénéficié d'une aide de l'entourage selon l'âge et le sexe, comparaisons aux données régionales et nationales (%)



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

Fig.V.B3. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile bénéficiant d'une aide salariée ou familiale pour les tâches de la vie courante selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données ex-Limousin (%)

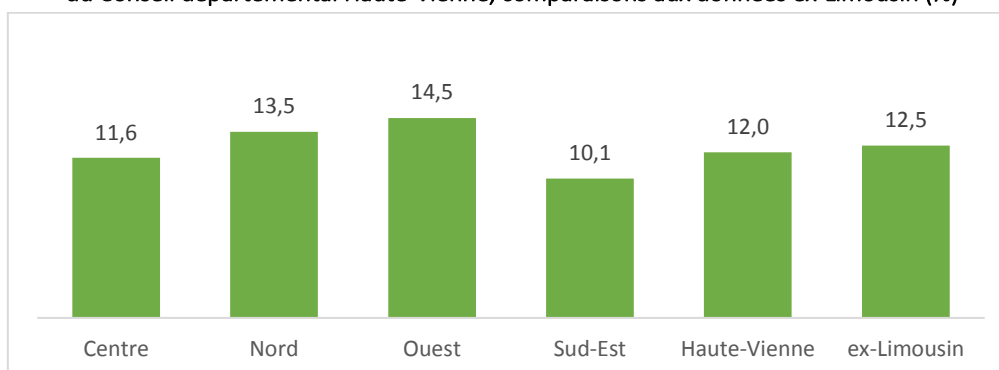


Source : Enquête sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Limousin, ORSL 2015

b. Lien social et vie sociale

Près de la moitié des Haut-Viennois de 75 ans et plus enquêtés ont un enfant vivant à moins de 10 kilomètres de chez eux (48% versus 44% pour l'ex-Limousin). Les trois-quarts (75%) indiquent avoir des contacts quotidiens avec une ou plusieurs personnes mais 8% rapportent seulement des contacts mensuels, voire plus rares (de même que pour l'ex-Limousin). Ainsi, interrogés sur les personnes susceptibles de venir leur porter assistance en cas de besoin, 12% des personnes âgées de 75 ans et plus résidant à domicile en Haute-Vienne ne citent personne, 14-15% dans les territoires du Nord et de l'Ouest (Fig.V.B4).

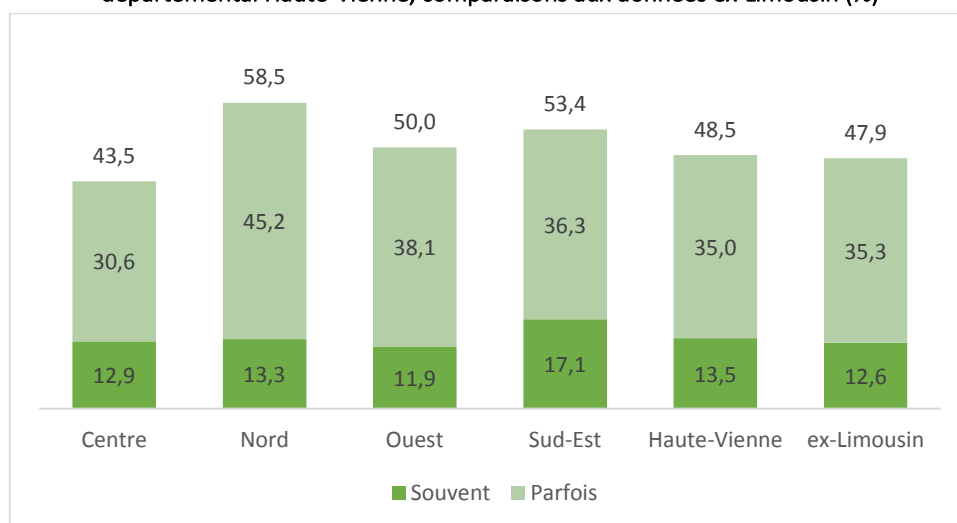
Fig.V.B4. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile ne déclarant aucune personne susceptible de leur porter assistance (autre que conjoint) selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données ex-Limousin (%)



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

10% des Haut-Viennois de 75 ans ou plus sont bénévoles dans une association et 17% fréquentent un club des aînés, versus 11% et 19% pour l'ex-Limousin. 42% ont effectué au moins un voyage d'agrément au cours des deux ans écoulés et 31% sont allés voir un spectacle. Finalement, la moitié des Hauts-Viennois déclarent ressentir parfois ou souvent un sentiment de solitude (49% dont 14% souvent), davantage dans les 3 territoires périphériques que dans le Centre (Fig.V.B5), et un sur 10 déclare avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée (11% versus 10% pour l'ex-Limousin).

Fig.V.B5. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile ressentant parfois ou souvent un sentiment de solitude selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données ex-Limousin (%)

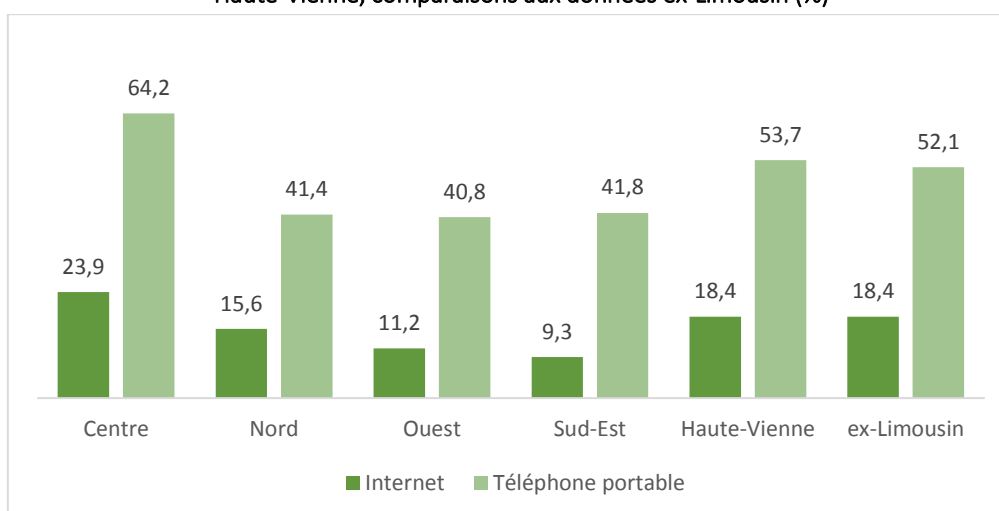


Source : Enquête sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Limousin, ORSL 2015

c. Usage de nouvelles technologies

L'usage des nouvelles technologies chez les seniors est comparable entre la Haute-Vienne et l'ensemble de l'ancienne région Limousin : 18% des 75 ans et plus vivant à domicile utilisent internet, 54% un téléphone portable (Fig.V.B6). En revanche, au sein du département les différences sont importantes : les personnes âgées résidant dans le Centre font un usage beaucoup plus fréquent que les autres de ces nouvelles technologies. Aussi, dans le Centre, 64% utilisent un téléphone portable contre seulement 41%-42% sur les autres territoires ; pour internet, 24% des personnes âgées du Centre en font usage versus 16% dans le Nord, 11% dans l'Ouest et 9% dans le Sud-Est.

Fig.V.B6. Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile selon leur usage d'internet et du téléphone portable par territoire d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données ex-Limousin (%)



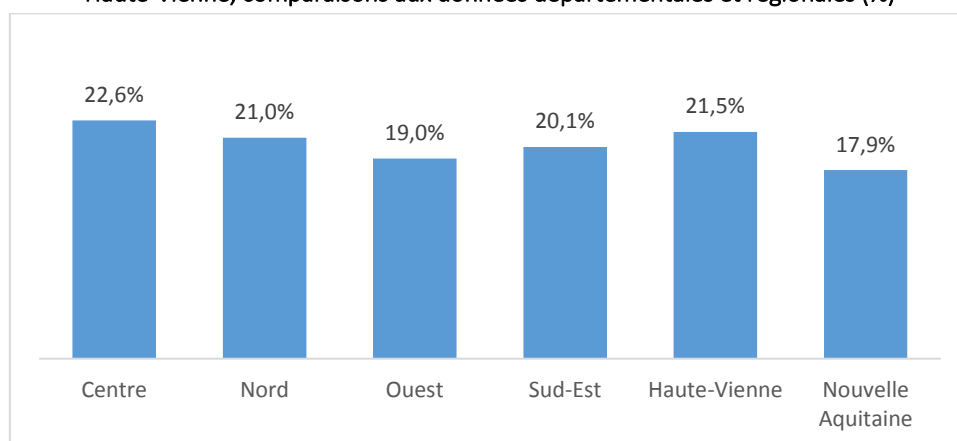
Source : Enquête sur les conditions de vie et l'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Limousin, ORSL 2015

d. Mobilité, transports

En Haute-Vienne, près de 22% des foyers composés d'au moins une personne âgée de 60 ans ou plus ne disposent d'aucune voiture, proportion allant de 19% à l'Ouest du département à près de 23% dans le Centre (Fig.V.B7). En Nouvelle-Aquitaine, cela concerne moins de 18% des foyers. Pour rappel, environ une personne âgée sur dix de 75 ans ou plus (11%) évoque un renoncement aux soins en raison d'un problème de transports dans le département.

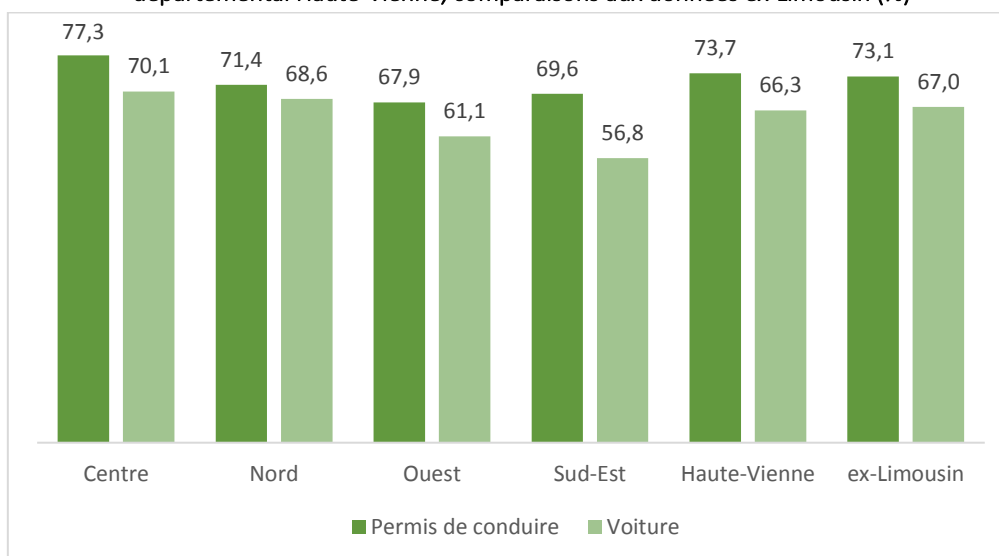
L'enquête de l'ORSL conduite auprès des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant à domicile renseignait également sur la possession d'un véhicule et du permis de conduire. Ainsi, 74% des Hauts-Viennois de 75 ans et plus ont leur permis de conduire (94% des hommes et 60% des femmes) et 66% possèdent une voiture, c'est dans l'Ouest et le Sud-Est que ces proportions sont les plus faibles : respectivement 68% et 70% possèdent leur permis et 61% et 57% un véhicule (Fig.V.B8).

Fig.V.B7. Proportion des foyers composés d'au moins une personnes de 60 ans ou plus ne disposant d'aucune voiture selon les territoires d'intervention du Conseil départemental Haute-Vienne, comparaisons aux données départementales et régionales (%)



Source : Base Logement INSEE - RP 2013

Fig.V.B8 Proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile possédant le permis de conduire et/ou un véhicule selon les territoires 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

Au terme de cette première partie de la mission confiée à l'ORS par le Département de la Haute-Vienne et l'ensemble des partenaires institutionnels réunis au sein de la Conférence des financeurs pour la prévention de l'autonomie, il est possible de dresser un état des lieux très complet de la situation départementale sur le plan démographique, socio-économique, et sanitaire et social.

Le second volet recense l'offre existante (offre de soins, offre d'hébergement pour personnes âgées, dispositifs d'aide au maintien à domicile, etc.) mais également l'ensemble des actions relatives au bien vieillir et à la prévention de la dépendance conduites au cours des 3 dernières années sur le territoire.

Au terme de ce double état des lieux, un diagnostic pourra être porté mettant en avant les points forts et les faiblesses du département et des territoires qui le composent sur les différentes thématiques abordées, permettant aux institutions membres de la Conférence des financeurs de dégager un certain nombre de priorités d'actions à l'échelle départementale et infra-départementale.

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/>
- INSEE : <https://www.insee.fr/fr/accueil>
- Observatoire des fragilités : <http://www.observatoires-fragilites-grand-sud.fr/>
- Santé publique France : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers>

ANNEXE : COMPOSITION COMMUNALE DES TERRITOIRES D'INTERVENTION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-VIENNE

TERRITOIRE CENTRE HAUTE-VIENNE

CA Limoges Métropole

AUREIL	ISLE	SAINT-JUST-LE-MARTEL
BOISSEUIL	LIMOGES	SOLIGNAC
BONNAC-LA-COTE	LE PALAIS-SUR-VIENNE	VERNEUIL-SUR-VIENNE
CONDAT-SUR-VIENNE	PANAZOL	VEYRAC
COUZEIX	PEYRILHAC	LE VIGEN
EYJEAUX	RILHAC-RANCON	
FEYTIAT	SAINT-GENCE	

CC des Monts d'Ambazac et du Val du Taurion

AMBAZAC	LA JONCHERE-SAINT-AURICE	SAINT-SYLVESTRE
LES BILLANGES	SAINT-LAURENT-LES-EGLISES	
JABREILLES-LES-BORDES	SAINT-PRIEST-TAURION	

CC du Val de Vienne

AIXE-SUR-VIENNE	BURGNAC	SAINT-PRIEST-SOUS-AIXE
BEYNAC	JOURGNAC	SAINT-YRIEIX-SOUS-AIXE
BOSMIE-L'AIGUILLE	SAINT-MARTIN-LE-VIEUX	SEREILHAC

CC l'Aurence et Glane Développement

BREUILAUF	CHAPTELAT	SAINT-JOUMENT
LE BUIS	NANTIAT	THOURON
CHAMBORET	NIEUL	VAULRY

TERRITOIRE NORD HAUTE-VIENNE

CC Brame Benaize

ARNAC-LA-POSTE	JOUAC	SAINT-HILAIRE-LA-TREILLE
CROMAC	LUSSAC-LES-EGLISES	SAINT-LEGER-MAGNAZEIX
DOMPIERRE-LES-EGLISES	MAGNAC-LAVAL	SAINT-MARTIN-LE-MAULT
DROUX	MAILHAC-SUR-BENAIZE	SAINT-SULPICE-LES-FEUILLES
LES GRANDS-CHEZEAUX	SAINT-GEORGES-LES-LANDES	VILLEFAVARD

CC de la Basse Marche

AZAT-LE-RIS	DINSAC	TERSANNES
LA BAZEUGE	LE DORAT	THIAT
LA CROIX-SUR-GARTEMPE	ORADOUR-SAINT-GENEST	VERNEUIL-MOUSTIERS
DARNAC	SAINT-SORNIN-LA-MARCHE	

CC du Haut Limousin

BELLAC	CIEUX	PEYRAT-DE-BELLAC
BERNEUIL	GAJOURBERT	SAINT-BARBANT
BLANZAC	MEZIERES-SUR-ISSOIRE	SAINT-BONNET-DE-BELLAC
BLOND	MONTROL-SENARD	SAINT-JUNIEN-LES-COMBES
BUSSIÈRE-BOFFY	MORTEMART	SAINT-MARTIAL-SUR-ISOP
BUSSIÈRE-POITEVINE	NOUIC	SAINT-OUEN-SUR-GARTEMPE

CC Gartempe - Saint Pardoux

BALLEDENT

CHATEAUPONSAC

RANCON

ROUSSAC

SAINT-AMAND-MAGNAZEIX

SAINT-PARDOUX

SAINT-SORNIN-LEULAC

SAINT-SYMPHORIEN-SUR-COUZE

CC Porte d'Occitanie

BERSAC-SUR-RIVALIER

BESSINES-SUR-GARTEMPE

COMPREIGNAC

FOLLES

FROMENTAL

LAURIERE

RAZES

SAINT-LEGER-LA-MONTAGNE

SAINT-SULPICE-LAURIERE

TERRITOIRE OUEST HAUTE-VIENNE

CC de la Vallée de la Gorre

COGNAC-LA-FORET

GORRE

SAINT-AUVENT

SAINT-CYR

SAINT-LAURENT-SUR-GORRE

SAINTE-MARIE-DE-VAUX

CC des Feuillardiers

CHAMPAGNAC-LA-RIVIERE

CHAMPSAC

LA CHAPELLE-MONTBRANDEIX

CUSSAC

MAISONNAIS-SUR-TARDOIRE

MARVAL

ORADOUR-SUR-VAYRES

PENSOL

SAINT-BAZILE

SAINT-MATHIEU

CC des Monts de Châlus

BUSSIÈRE-GALANT

LES CARS

CHALUS

DOURNAZAC

FLAVIGNAC

LAVIGNAC

PAGEAS

CC du Pays de la Météorite

CHERONNAC

ROCHECHOUART

LES SALLES-LAUAUGUYONS

VAYRES

VIDEIX

CC Vienne Glane

CHAILLAC-SUR-VIENNE

JAVERDAT

ORADOUR-SUR-GLANE

SAILLAT-SUR-VIENNE

SAINT-BRICE-SUR-VIENNE

SAINT-JUNIEN

SAINT-MARTIN-DE-JUSSAC

SAINT-VICTURNIEN

TERRITOIRE SUD-EST HAUTE-VIENNE

CC Briance Combade

CHATEAUNEUF-LA-FORET

LA CROISILLE-SUR-BRIANCE

LINARDS

MASLEON

NEUVIC-ENTIER

ROZIER-SAINTE-GEORGES

SAINT-GILLES-LES-FORETS

SAINT-MEARD

SURDOUX

SUSSAC

CC Briance Sud Haute Vienne

CHATEAU-CHERVIX

GLANGES

MAGNAC-BOURG

MEUZAC

PIERRE-BUFFIERE

LA PORCHERIE

SAINT-GENEST-SUR-ROSELLE

SAINT-GERMAIN-LES-BELLES

SAINT-HILAIRE-BONNEVAL

SAINT-VITTE-SUR-BRIANCE

VICQ-SUR-BREUILH

CC de Noblat

CHAMPNETERY
LE CHATENET-EN-DOGNON
EYBOULEUF
LA GENEYTOUSE

MOISSANNES
ROYERES
SAINT-BONNET-BRIANCE
SAINT-DENIS-DES-MURS

SAINT-LEONARD-DE-NOBLAT
SAINT-MARTIN-TERRESSUS
SAINT-PAUL
SAUVIAT-SUR-VIGE

CC des Portes de Vassivière

AUGNE
BEAUMONT-DU-LAC
BUJALEUF
CHEISSOUX

DOMPS
EYMOUTIERS
NEDDE
PEYRAT-LE-CHATEAU

REMPNAT
SAINT-AMAND-LE-PETIT
SAINTE-ANNE-SAINT-PRIEST
SAINT-JULIEN-LE-PETIT

CC du Pays de Nexon

JANAILHAC
MEILHAC
NEXON

RILHAC-LASTOURS
SAINT-HILAIRE-LES-PLACES
SAINT-JEAN-LIGOURE

SAINT-MAURICE-LES-BROUSSES
SAINT-PRIEST-LIGOURE

CC du Pays de Saint Yrieix

LE CHALARD
COUSSAC-BONNEVAL
GLANDON

LADIGNAC-LE-LONG
LA MEYZE
LA ROCHE-L'ABEILLE

SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE