



**ORS**  
OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ  
POITOU-CHARENTES

Octobre 2016

# Diagnostic préalable à la mise en place de la conférence des financeurs du département des Deux-Sèvres

DIAGNOSTIC

DEUX-SEVRES

PERSONNES AGEES

PREVENTION

203, route de Gençay 86280 SAINT BENOIT • Tél. : 05 49 38 33 12 • [ors@ors-poitou-charentes.org](mailto:ors@ors-poitou-charentes.org) ■ [www.ors-poitou-charentes.org](http://www.ors-poitou-charentes.org)

# Diagnostic préalable à la mise en place de la conférence des financeurs du département des Deux-Sèvres

## Les auteurs

*Stéphane ROBIN*

*Julien GIRAUD*

*Nathalie TEXIER*

## Commanditaire

*Le Conseil Départemental des Deux-Sèvres*

## Remerciements

L'équipe de l'ORS remercie :

- M<sup>me</sup> MUNOZ, Conseil Départemental des Deux-Sèvres, Direction des Solidarités et de l'Autonomie des Personnes,
- Monsieur WORMS, Chargé de mission "Parcours des usagers et partenariats locaux". Pôle des solidarités, Conseil Départemental des Deux-Sèvres

,

## SOMMAIRE

I. Contexte .....	5
II. Les objectifs du diagnostic préalable .....	6
III. Matériel et méthode.....	6
III.1. Recueil d'informations auprès de la Direction des Solidarités et de l'Autonomie des Personnes du Conseil Départemental.....	6
III.2. L'outil OSCARS° .....	7
III.3. Le tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'Agglomération.....	7
III.4. L'enquête Retraités Santé Autonomie à Domicile (ERSAD).....	7
IV. Le département des Deux-Sèvres : chiffres clés.....	8
IV.1. Indicateurs sociodémographiques.....	8
IV.1. Offre de prise en charge libérale .....	10
IV.2. Eléments de synthèse.....	13
VI. Les enjeux de la préservation de l'autonomie sur les territoires des Deux-Sèvres .....	14
VI.1. Les enjeux de santé publique .....	14
VI.1.1. Indicateurs transversaux de santé .....	14
VI.1.2. Les pathologies .....	16
VI.1.3. Les pathologies facteurs de risque.....	24
VI.2. Les enjeux sociologiques.....	28
VI.2.1. Isolement et maintien du lien social.....	29
VI.2.2. Les aidants .....	30
VI.3. Les enjeux économiques .....	30
VI.3.1. Dépenses de prise en charge et prévention en Deux-Sèvres .....	30
VI.3.2. L'aménagement de l'habitat, un enjeu économique .....	31
VI.4. Eléments de fragilité : essai de quantification des personnes vulnérables en Deux-Sèvres.....	32
VI.5. Eléments de synthèse : les enjeux.....	34
VIII. La prévention de la perte d'autonomie en Deux-Sèvres.....	35
VIII.1. Les actions mises en place sur les territoires des Deux-Sèvres.....	36
VIII.2. Les acteurs de la prévention .....	37
VIII.2.1. Les acteurs en charge de la stratégie .....	38
VIII.2.2. Les acteurs opérationnels .....	38
VIII.2.3. Les effecteurs.....	40
X. Synthèse.....	41
X.1. Les territoires des Deux-Sèvres : inégalités des indicateurs sanitaires et sociodémographiques .....	41
X.2. Les atouts pour la prévention de la perte d'autonomie en Deux-Sèvres.....	41
X.3. Les points de vigilance et les besoins d'amélioration .....	42
XI. Annexe : Les actions transversales concernant tous les territoires .....	43

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1.	Part des 75 ans et plus en 2010 (%).....	8
Figure 2.	Médiane des revenus fiscaux en 2011 (en €).....	9
Figure 3.	Part d'allocataires dont les prestations familiales représentent 50 % et plus des prestations plus les ressources brutes déclarées en 2012 (pour 100 allocataires).....	9
Figure 4.	Part de la population des plus de 60 ans percevant le minimum vieillesse en 2012 (%).....	10
Figure 5.	Densité de médecins généralistes libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.).....	11
Figure 6.	Part des médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans et plus en 2014 (%).....	11
Figure 7.	Densité d'infirmiers libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.).....	12
Figure 8.	Densité de masseurs kinésithérapeutes libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.).....	12
Figure 9.	Densité de chirurgiens-dentistes libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.).....	13
Figure 10.	Taux comparatif de mortalité générale en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	16
Figure 11.	Taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	17
Figure 12.	Taux comparatif de mortalité par tumeurs malignes en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	18
Figure 13.	Taux brut de mortalité annuel moyen par suicide selon l'âge sur la période 2009-2011.....	18
Figure 14.	Taux comparatif de mortalité par suicide en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	19
Figure 15.	Taux comparatif de mortalité liée à la consommation d'alcool en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	19
Figure 16.	Taux comparatif de mortalité liée à la consommation de tabac en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	20
Figure 17.	Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD en 2010-2012 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	21
Figure 18.	Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire en 2010-2012 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	21
Figure 19.	Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour tumeurs malignes en 2010-2012 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	22
Figure 20.	Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour la maladie d'Alzheimer en 2011-2013 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	23
Figure 21.	Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète (I et II) en 2010-2012 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.).....	24
Figure 22.	Dépendance des personnes de 75 ans et plus vivant à domicile estimée par le biais de l'indicateur Colvez en Deux-Sèvres (%).....	26
Figure 23.	Niveaux de consommation de médicaments en fonction de l'âge chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Deux-Sèvres (%).....	27
Figure 24.	Taux de mortalité standardisé par type d'accident de la vie courante, selon l'âge en France métropolitaine (pour 100 000 personnes).....	28
Figure 25.	Part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules en 2010 (%).....	29
Figure 26.	Les dépenses de prise en charge des personnes âgées et de préservation de l'autonomie en Deux-Sèvres en 2014.....	31
Figure 27.	Besoins, aide et vulnérabilité par type de service d'accompagnement en Deux-Sèvres chez les 75 ans et plus vivant à domicile (%).....	33
Figure 28.	Éléments de vulnérabilité selon le sexe chez les personnes de 75 ans et plus vivant à domicile dans le département des Deux-Sèvres (%).....	33

Figure 29. Éléments pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.....	35
Figure 30. Nombre d'actions de prévention de la préservation de l'autonomie identifiées sur les territoires des Deux-Sèvres en 2014-2015 .....	36
Figure 31. Les CLIC et réseaux de santé gérontologiques dans les Deux-Sèvres .....	39
Figure 32. Les plateformes territoriales de service et d'animation en Deux-Sèvres.....	40

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Nombre d'actions de prévention de la préservation de l'autonomie identifiées sur les territoires des Deux-Sèvres selon le thème abordé en 2014-2015.....	37
---	----

## LISTE DES SIGLES

**AGIRC** : Association générale des institutions de retraite des cadres  
**ALD** : Affection de longue durée  
**ANAH** : Agence nationale de l'habitat  
**APA** : Allocation personnalisée d'autonomie  
**ARRCO** : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés  
**ASEPT** : Association santé éducation et prévention sur les territoires  
**ASPA** : Allocation de solidarité aux personnes âgées  
**CAMIEG** : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières  
**CAP P-C** : Association de coordination des actions de prévention Poitou-Charentes  
**CARSAT** : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail.  
**CCAS** : Centre communal d'action sociale  
**CIAS** : Centre intercommunal d'action sociale  
**CISS** : Collectif inter-associatif sur la santé  
**CNSA** : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
**CLIC** : Centres locaux d'information et de coordination gérontologique  
**CMUc** : Couverture maladie universelle complémentaire.  
**CNRACL** : Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales  
**CNAV** : Caisse nationale d'assurance vieillesse  
**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie  
**CSC** : Centre social et culturel  
**DGCS** : Direction générale de la cohésion sociale  
**EHPAD** : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
**EIM** : Effets indésirables médicamenteux  
**ENIM** : Etablissement National des Invalides de la Marine  
**EPCI** : Etablissement public de coopération intercommunale  
**EPGV** : Education physique et gymnastique volontaire  
**ESPS** : Enquête sur la santé et la protection sociale  
**EVSI** : espérance de vie sans incapacité  
**GIR** : Groupe Iso Ressource. La grille AGGIR est constituée de 6 GIR allant de la dépendance la plus lourde (GIR 1) à l'absence de perte d'autonomie (GIR 6).  
**HCSP** : Haut Conseil à la Santé Publique  
**IMC** : Indice de masse corporel  
**IREPS** : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la santé  
**MAIA** : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie  
**MARPA** : Maison d'accueil rurale pour personnes âgées  
**MFR** : Maison familiale rurale  
**MONALISA** : Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées  
**MSA** : Mutualité Sociale Agricole  
**ODAS** : Observatoire national de l'action sociale décentralisée  
**OPAH-RU** : Opération programmée d'amélioration de l'habitat et de renouvellement urbain  
**OSCOUR** : Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences  
**PIG** : Programme d'intérêt général  
**RSI** : Régime Social des Indépendants  
**SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile

## I. Contexte

Le Conseil Départemental des Deux-Sèvres fait partie des 26 départements préfigurateurs de la mise en place des Conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Précédant la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, en décembre 2014, l'Etat a souhaité mettre en œuvre une phase de préfiguration de la conférence des financeurs, dont le pilotage a été confié à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Prévues dans la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie vont se déployer sur l'ensemble du territoire français, en s'appuyant sur les travaux menés dans les départements préfigurateurs, dont les Deux-Sèvres. Ces conférences sont des instances de coordination institutionnelle dont la mission est de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. Pour cela, elle s'appuie sur un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le territoire départemental et recense les initiatives locales. Cette dynamique territoriale commune de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, alliant gouvernance partagée et coordination des moyens entre financeurs, doit favoriser l'accès des personnes âgées aux actions de prévention et aux aides techniques. Selon l'article 3, le président du Conseil Départemental devra transmettre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et aux commissions de coordination des politiques publiques de santé, au plus tard le 30 juin de chaque année, un rapport d'activité et les données nécessaires au suivi de l'activité de la conférence.

C'est dans le cadre de cette préfiguration que le Conseil Départemental des Deux-Sèvres a confié à l'Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes, le travail de diagnostic et de recensement présenté dans ce document.

Les éléments de contexte liés à la perte d'autonomie et au vieillissement de la population ont fait l'objet de plusieurs écrits sur la période récente.

La France, comme d'autres pays, connaît une triple transition : une transition démographique avec le vieillissement de sa population, une transition épidémiologique avec l'émergence de maladies chroniques et une transition sociologique avec l'évolution de la sphère familiale et des liens intergénérationnels. Dans ce contexte, en réponse à ces besoins nouveaux, il convient de conduire une politique adaptée avec pour objectif la qualité de la vie de nos concitoyens vieillissants.

Suite au plan « *Bien vieillir* » 2007-2011, qui succédait lui-même au programme « *Bien vieillir* » 2003-2007, et dont l'objectif était d'améliorer la qualité de vie des seniors (50-70 ans), plusieurs constats et enseignements avaient pu être tirés : un défaut de coordination et de complémentarité des initiatives et réalisation en prévention, une nécessaire conception d'actions globales intégrées, prenant en compte l'individu dans son environnement, l'implication des différents ministères concernés (santé, affaires sociales, logement, sports, habitat, transport, travail, culture ...), la nécessité de la mise en place d'actions de proximité (définir le territoire le mieux adapté). L'évaluation, réalisée par le Haut Comité à la Santé Publique (HCSP) avait conclu que les « *actions [étaient] le plus souvent orientées vers le développement des outils sans organiser l'accompagnement à leur utilisation* ». Les recommandations étaient malgré tout de pérenniser le concept, d'adapter la méthode, d'inclure la problématique des inégalités sociales, et d'intégrer la notion du « *bien vieillir* » dans une action politique à visée collective et individuelle.

Les projections démographiques pour les décennies à venir sont bien connues. Les personnes âgées de 65 ans ou plus seront plus nombreuses et leur part dans la population va augmenter de manière significative en France et dans les autres pays d'Europe. Les causes en sont essentiellement l'allongement tendanciel de la durée de la vie et l'effet générationnel des babyboomers. Ce qui est un peu moins connu et qui préoccupe les décideurs tient à l'évolution de la santé de ces populations vieillissantes. Les travaux les plus récents semblent en effet indiquer en France une expansion des incapacités sévères chez les 50-64 ans. Ce résultat, corroboré par des études en Suède et aux Etats-Unis, marque une inflexion dans les taux de progression de l'espérance de vie en bonne santé : en moyenne, les plus jeunes des aînés ont une espérance de vie plus élevée, mais leur temps passé en incapacité augmente (Cambois, Blachier et Robine, 2012). Le principal levier d'action envisagé pour infléchir les tendances évoquées ci-dessus consiste en grande partie à mettre en œuvre une politique de prévention efficace. La stratégie consiste d'une part à définir et mettre en œuvre des interventions susceptibles d'être généralisées au profit de personnes à risque de « *dépendance* », d'autre part à cibler ces populations

vulnérables suffisamment en amont du processus de perte d'autonomie et, enfin, à évaluer ces interventions sur le plan de l'efficacité et de l'efficience.<sup>1</sup>

C'est dans ce contexte que le Ministère des affaires sociales et de la santé chargé de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie a présenté le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Ce texte vise à anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques dans leur ensemble. Un des axes de ce projet de loi est l'anticipation de la perte d'autonomie devant permettre de repérer et de combattre en amont les facteurs de risque de perte d'autonomie, au premier rang desquels les inégalités sociales et celles liées à la santé.

Pour rendre opérationnel cet objectif, le texte de loi, adopté en décembre 2015, prévoit que « *Dans chaque département, une conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées établit un diagnostic des besoins des personnes âgées de soixante ans et plus résidant sur le territoire départemental, recense les initiatives locales et définit un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention.* »

## II. Les objectifs du diagnostic préalable

### Objectif général :

Effectuer un bilan des actions de prévention individuelles et collectives mises en œuvre sur le département des Deux-Sèvres et un diagnostic des besoins des personnes âgées de 60 ans et plus résidant sur le département, en vue d'élaborer un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention. Le diagnostic des besoins repose sur l'exploitation de plusieurs indicateurs démographiques, sociaux et sanitaires disponibles.

### Objectifs spécifiques :

- Recenser les actions de prévention collectives (préparation à la retraite, activité physique et sportive, équilibre nutrition santé-prévention des chutes, stimulation mémoire, sécurité routière ...) et les actions de soutien aux aidants, et les financements correspondants ;
- Recenser les actions de prévention individuelles (lutte contre l'isolement social, prévention du risque suicidaire, aides techniques et adaptation de l'habitat) et les financements correspondants ;
- Identifier les besoins des personnes de 60 ans et plus en matière de santé et de prévention.

## III. Matériel et méthode

### III.1. Recueil d'informations auprès de la Direction des Solidarités et de l'Autonomie des Personnes du Conseil Départemental

L'ORS a pris l'attache de la Direction des Solidarités et de l'Autonomie des Personnes (DSAP) du Conseil Départemental des Deux-Sèvres afin d'intégrer au diagnostic :

- l'état des lieux-diagnostic réalisé en préalable au schéma départemental pour l'autonomie 2015-2020 ;
- le bilan des actions collectives de prévention locale mises en œuvre par la CARSAT, la MSA et le RSI ;
- le bilan des actions collectives de prévention locale mises en œuvre par l'ANAH ;
- les actions mises en œuvre par la plateforme « *Préservation de l'autonomie* » de l'ARS ;
- les actions de prévention recensées dans le cadre des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS) ;
- Les rapports d'activité des CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique).

<sup>1</sup> ROBIN S., GIRAUD J., MOREAU F. Autonomie des personnes âgées. Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique à l'ARS de Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Février 2014. Rapport n° 155. 79 p.



### **III.2. L'outil OSCARS®**

L'ORS gère depuis 2011 l'outil OSCARS® d'Observation et de Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé. Cet outil a été le support d'une recherche des actions financées par l'ARS sur les territoires des Deux-Sèvres sur la base de différents critères pour les années 2010 à 2014 :

- Type de public : aidants ou personnes âgées de plus de 55 ans ;
- Thématiques : vieillissement, nutrition et activités physiques, politique de santé ;
- Types d'action.

### **III.3. Le tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'Agglomération**

L'ORS réalise depuis 2012 un tableau de bord au niveau des Pays et des Communautés d'agglomération de Poitou-Charentes. Ce tableau de bord permet de décrire les conditions socio-économiques du territoire, de caractériser l'état de santé des habitants (mortalité, morbidité) et de présenter quelques éléments concernant la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Plusieurs indicateurs provenant de ce travail ont été utilisés.

### **III.4. L'enquête Retraités Santé Autonomie à Domicile (ERSAD)**

Les données issues de l'enquête ERSAD Poitou-Charentes 2015, menée auprès de plus de 2 600 personnes permettent de décrire les conditions de vie des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile. Les dimensions liées aux caractéristiques sociodémographiques, à l'habitat, à l'équipement et à l'adaptation du logement, à l'autonomie, aux aides, à la mobilité, à la vie relationnelle et sociale, à la nutrition, aux activités, à l'état de santé et aux ressources financières sont abordées dans un auto-questionnaire anonyme.

L'échantillon permet de traiter les données au niveau départemental, par sexe et tranche d'âge, ainsi que selon la zone d'habitat.

ERSAD a été menée sur financement de l'ARS Poitou-Charentes grâce à un partenariat entre l'ORS et les principales caisses de retraite : Caisse d'Assurance Retraites et de la Santé Au Travail (CARSAT) du Centre Ouest, Mutualité Sociale Agricole (MSA), Régime Social des Indépendants (RSI), Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL), Etablissement National des Invalides de la Marine (ENIM).

Les données recueillies permettent d'appréhender les réalités rencontrées en matière de maintien du lien social, de mesurer le niveau d'autonomie et d'identifier les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne ou à l'occasion de situations particulières. Elles permettent également de repérer les besoins les plus prégnants, et de quantifier la proportion de personnes âgées pouvant être considérées comme vulnérables.

## IV. Le département des Deux-Sèvres : chiffres clés

### IV.1. Indicateurs sociodémographiques

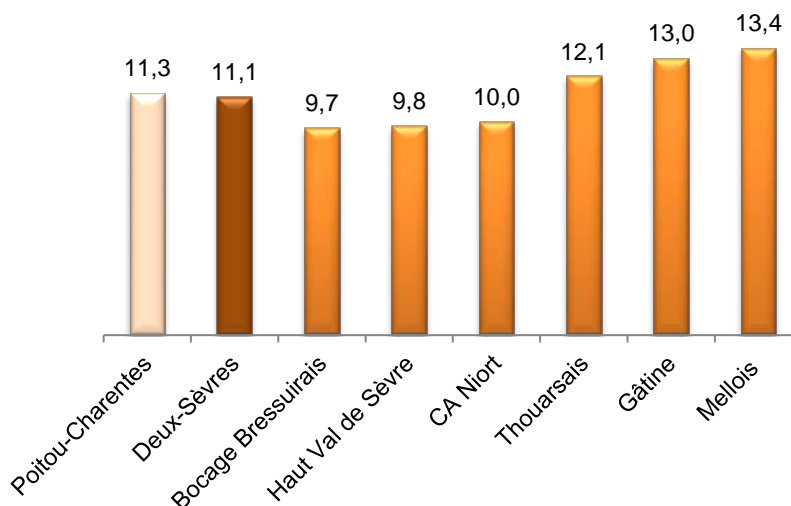
#### **Les personnes âgées au sein des territoires**

Selon les projections de l'INSEE, la part des personnes âgées de 60 ans et plus, qui sont la cible de la conférence des financeurs, pourrait représenter plus de 36 % de la population totale en 2030. Le département se situerait alors 7 points au-dessus de la moyenne de la France métropolitaine.

En 2012, l'INSEE comptabilisait 101 693 personnes âgées de 60 ans et plus, soit 27 % de la population du département. S'agissant des plus âgés, le département des Deux-Sèvres comptait 42 523 personnes âgées de 75 ou plus, soit 11 % de la population.

En 2010, le Pays Mellois est le territoire où les personnes âgées de 75 ans et plus sont les plus représentées (13,4 %). A l'inverse, le Bocage Bressuirais et le Pays Haut Val de Sèvre présentent la part la moins importante (moins de 10 %). On observe ainsi un clivage relatif entre les territoires plus ruraux et ceux plus « urbanisés ».

Figure 1. Part des 75 ans et plus en 2010 (%)



Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014.  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

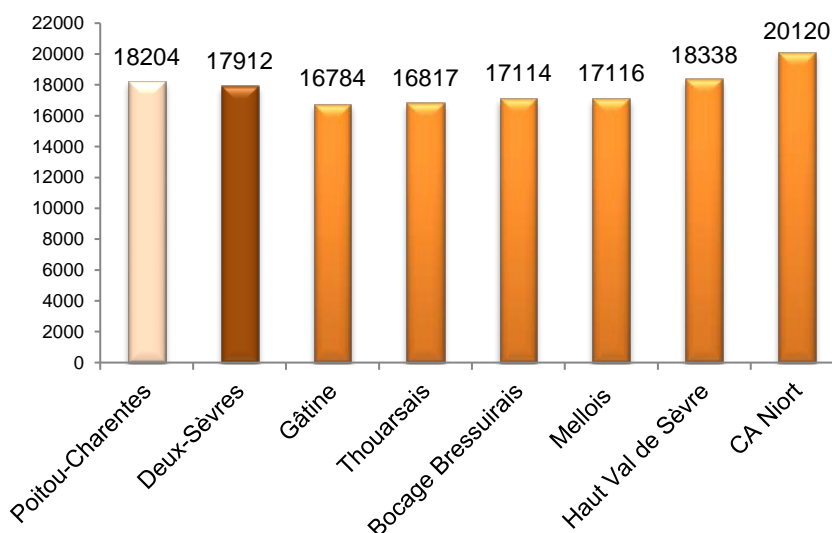
#### **Les revenus et prestations sociales**

Le niveau des revenus constitue un des déterminants majeurs de la santé. L'accès à la prévention est très variable selon le niveau de vie des personnes et leur place dans la société.

Si les revenus fiscaux des personnes âgées de 60 à 74 ans sont en moyenne plus élevés que ceux de l'ensemble de la population, celui des personnes âgées de 75 ans et plus est moindre. Pour ces 2 classes d'âges, les revenus fiscaux sont inférieurs à ceux des autres départements.

A l'échelle infra-départementale, où seuls les revenus « tous âges » étaient immédiatement disponibles, la Communauté d'agglomération de Niort présente le revenu fiscal médian le plus élevé (20 120 €) des Deux-Sèvres tandis que les Pays de Gâtine et Thouarsais, plus ruraux, présentent les plus faibles (moins de 17 000 €). De même, le premier quartile des revenus fiscaux, c'est-à-dire le revenu fiscal en dessous duquel se trouve le quart de la population percevant les revenus les moins élevés, qui atteint 12 738 € par an globalement dans le département, est plus élevé dans la communauté d'agglomération de Niort (13 852 €), puis dans le Haut Val de Sèvre (13 124 €). Il est moins élevé que ce qui est observé dans le département, dans le Mellois (12 116 €), la Gâtine (12 164 €), le Thouarsais (12 134 €), puis le Bocage Bressuirais (12 655 €).

Figure 2. Médiane des revenus fiscaux en 2011 (en €)

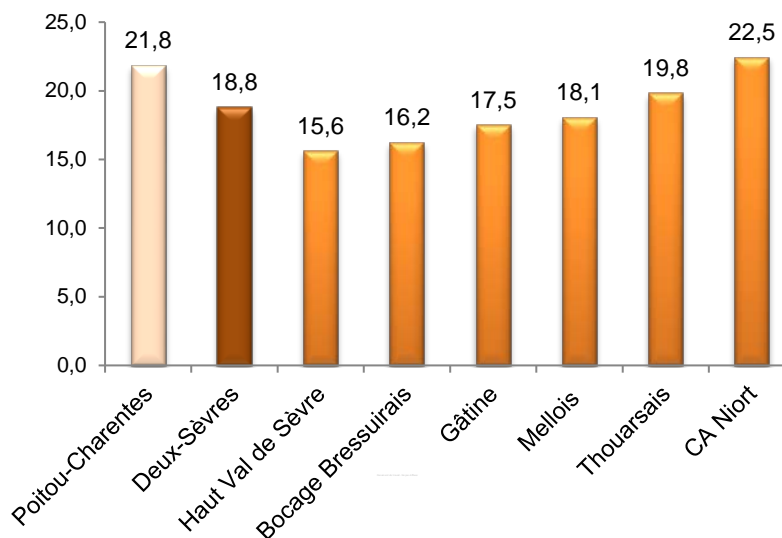


Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Le revenu fiscal médian partage les personnes en deux groupes : la moitié des personnes appartient à un ménage qui déclare un revenu inférieur à cette valeur et l'autre moitié déclare un revenu supérieur.

La dépendance vis-à-vis des prestations familiales peut également être un indicateur des inégalités sociales des territoires. Aussi, malgré des revenus médians élevés, la plus forte proportion d'allocataires pour lesquels les prestations familiales représentent au moins 50 % des ressources brutes déclarées est observée dans la Communauté d'Agglomération de Niort (22,5 %), ce qui peut être le révélateur de grandes inégalités sociales. A l'opposé, le territoire du Haut Val de Sèvre présente la proportion la plus faible (15,6 %), juste devant le Pays du Bocage Bressuirais (16,2 %).

Figure 3. Part d'allocataires dont les prestations familiales représentent 50 % et plus des prestations plus les ressources brutes déclarées en 2012 (pour 100 allocataires)

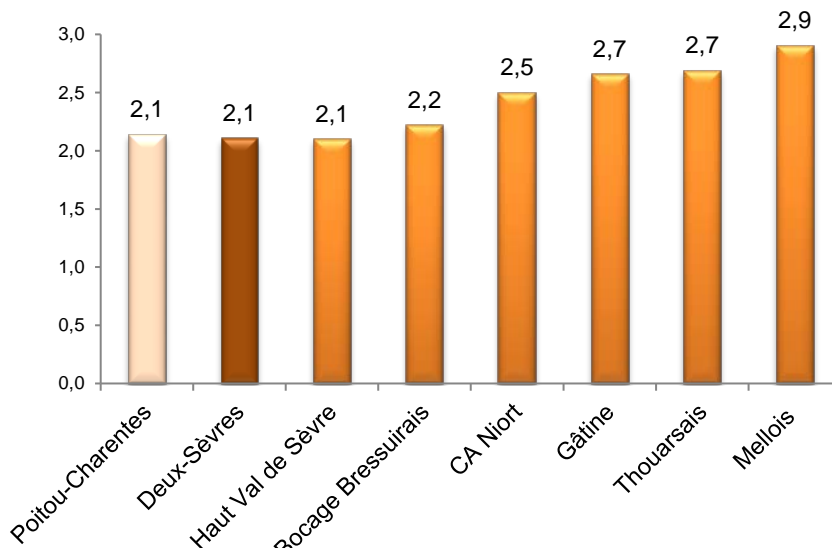


Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

De manière plus spécifique, le ciblage du minimum vieillesse (appelé aujourd'hui allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)) permet d'identifier les territoires au sein desquels de fortes proportions de personnes âgées de 60 ans et plus perçoivent de faibles ressources et pourraient nécessiter des actions ciblées dans le domaine de la prévention. En 2016, pour percevoir l'Aspa, les plafonds de ressources annuels ne doivent pas dépasser 9 600 € pour une personne seule et 14 904 € pour deux personnes.

En 2012, les personnes âgées de 60 ans et plus bénéficiant du minimum vieillesse sont en proportion plus nombreuses au sein du Pays Mellois (2,9 %) que sur les autres territoires du département. Les Pays de Gâtine et du Thouarsais sont proches avec 2,7 % de bénéficiaires.

Figure 4. Part de la population des plus de 60 ans percevant le minimum vieillesse en 2012 (%)



Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

#### IV.1. Offre de prise en charge libérale

##### **Les médecins généralistes libéraux**

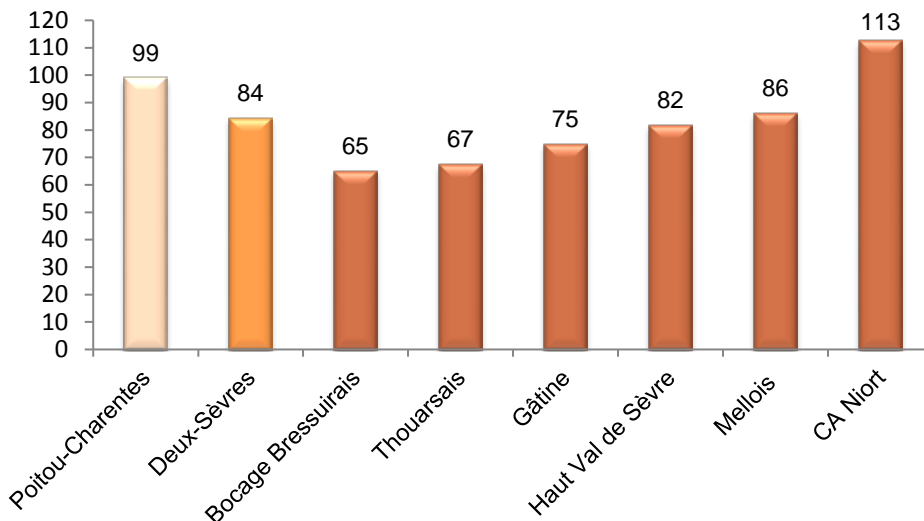
Les médecins généralistes libéraux occupent une place centrale dans le parcours de santé des personnes. Ils sont en effet les professionnels de santé les plus consultés et peuvent être le relais des actions et messages de prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Le département des Deux-Sèvres est moins bien doté en médecins généralistes que, globalement, la région Poitou-Charentes. Aussi, en 2016, 8 bassins de vie deux-sévriens sur 27 ont été définis par l'Agence régionale de santé (ARS) comme zones d'accompagnement prioritaire en médecine générale.

La Communauté d'agglomération de Niort présente la densité la plus importante du département. (113 pour 100 000 habitants). Cette densité est même supérieure à celle de la région.

A l'inverse, les densités les plus faibles sont observées dans le Pays du Bocage Bressuirais (65 médecins pour 100 000 habitants), et le Thouarsais (67 médecins pour 100 000 habitants). Les Pays de Gâtine et du Haut Val de Sèvre sont également moins bien dotés qu'en moyenne sur le département.

Figure 5. Densité de médecins généralistes libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)

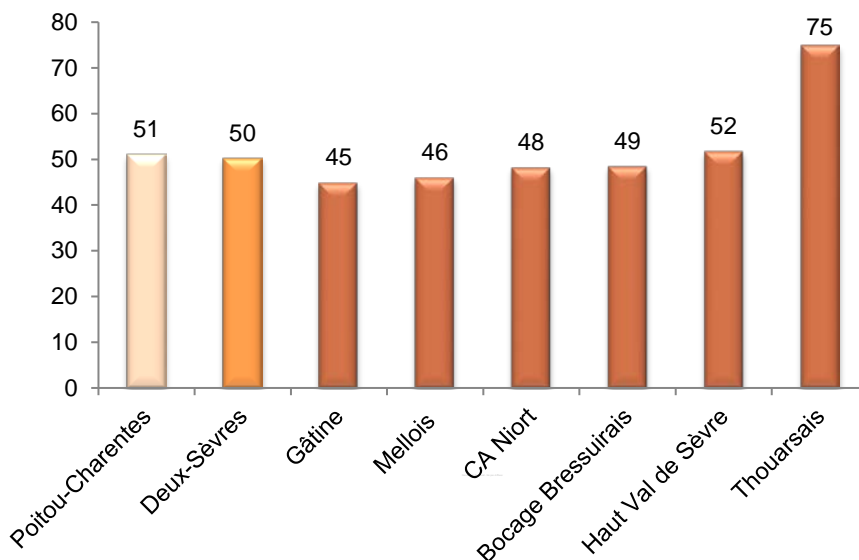


Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
 Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Les inquiétudes liées à l'évolution de la démographie des professionnels de santé amènent à s'intéresser à la répartition par âge de ceux encore en exercice. Globalement, un médecin généraliste sur 2 est âgé de 55 ans et plus et cessera donc d'exercer dans les dix années à venir.

En 2014, la part la plus élevée de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans et plus, est observée sur le Pays Thouarsais (75 %). Cette proportion est très élevée comparativement à la moyenne départementale et régionale. Seul le Haut Val de Sèvre présente également un taux plus important que le taux départemental. A l'inverse, la part la plus faible est observée en Gâtine (45 %), juste devant le Mellois (46 %).

Figure 6. Part des médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans et plus en 2014 (%)

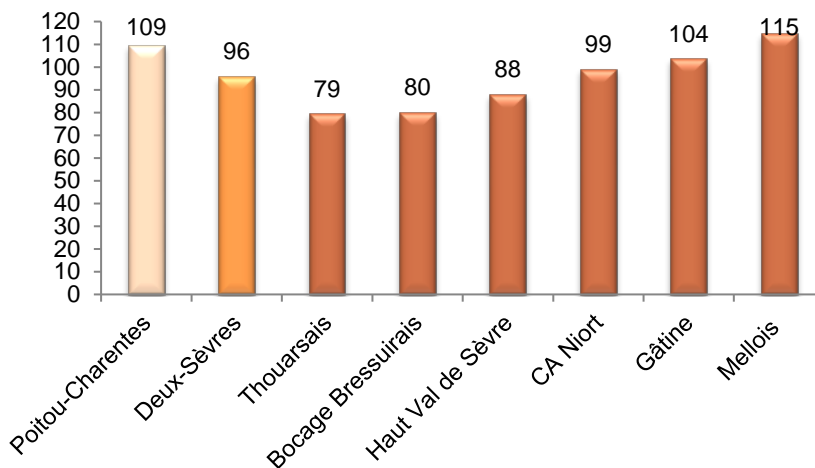


Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
 Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Les infirmiers libéraux

Les infirmiers libéraux constituent une ressource importante pour la prise en charge des personnes âgées de par les actes d'hygiène et les actes techniques qu'ils peuvent dispenser à domicile. En 2014, comparativement à la moyenne régionale, la densité d'infirmiers libéraux dans les Deux-Sèvres est plus faible. Seul le Pays Mellois se distingue avec une densité plus élevée qu'en moyenne en Poitou-Charentes. Le Pays Thouarsais (79 pour 100 000 hab.), le Bocage Bressuirais et le Haut Val de Sèvre sont moins bien dotés qu'au niveau départemental.

Figure 7. Densité d'infirmiers libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)



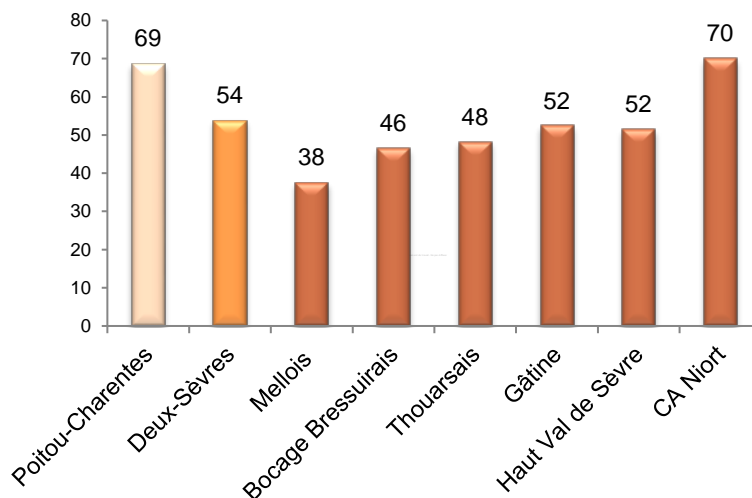
Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Les masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Comme les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes occupent une place importante dans la prise en charge des séniors, notamment à la sortie d'une hospitalisation.

En 2014, la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est moins élevée dans le département des Deux-Sèvres qu'en Poitou-Charentes. Rapportés à la population, les masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont plus nombreux sur la Communauté d'agglomération de Niort (70 pour 100 000 hab.), tandis que la plus faible densité est observée sur le Pays Mellois, avec un taux pour 100 000 habitants très inférieur au niveau départemental.

Figure 8. Densité de masseurs kinésithérapeutes libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)



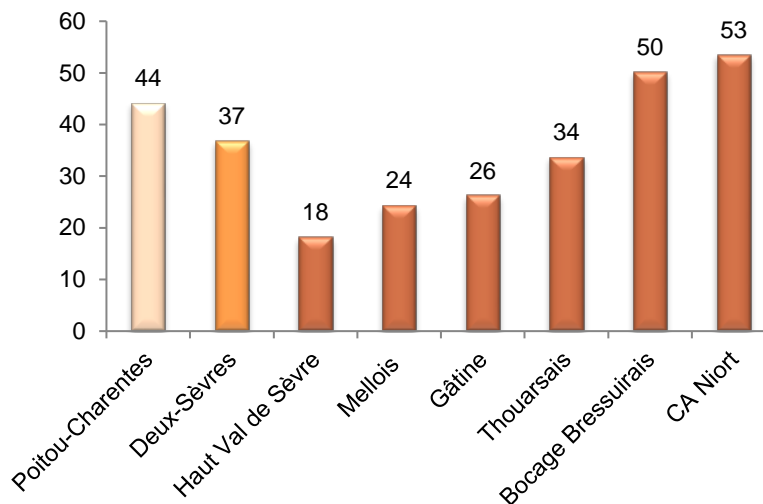
Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Les chirurgiens-dentistes libéraux

Les soins dentaires font partie des soins pour lesquels le renoncement pour des raisons financières est le plus fréquent. L'analyse de la littérature démontre, chez le sujet âgé, que l'état dentaire peut aggraver les comorbidités les plus fréquentes et à l'inverse que les comorbidités ont des répercussions sur l'état dentaire, le tout interférant avec la qualité de vie.

La densité de chirurgiens-dentistes libéraux est très hétérogène d'un territoire à l'autre. Elle est plus faible en moyenne dans le département qu'au niveau régional. Au niveau infra-départemental, le taux pour 100 000 habitants varie de 18 dans le Pays Haut Val de Sèvre à au moins 50 dans le Bocage Bressuirais et la CA de Niort, soit des taux plus élevés qu'au niveau régional.

Figure 9. Densité de chirurgiens-dentistes libéraux en 2014 (pour 100 000 hab.)



Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

## IV.2. Éléments de synthèse

Selon les projections de l'INSEE, près de 40 % de la population départementale serait âgée de 60 ans et plus en 2030.

Le département des Deux-Sèvres présente des situations très hétérogènes, tant du point de vue des indicateurs sociodémographiques que de l'offre de soins libérale.

Au niveau infra-départemental, la Communauté d'Agglomération de Niort cumule les hauts niveaux de revenus avec des proportions plus élevées de bénéficiaires de minima sociaux et a également une offre de soins libérale souvent plus étoffée que dans les autres territoires du département. La situation est contrastée et il est difficile de faire ressortir des territoires cumulant les situations défavorables ou favorables sur l'ensemble des indicateurs sociodémographiques et de l'offre de soins libérale.

Quelques points de vigilance peuvent cependant être mentionnés :

- Les Pays de Gâtine et du Mellois présentent une surreprésentation des personnes âgées ;
- Les revenus fiscaux médians sont relativement faibles au sein du département ;
- Les deux-sévriens de 60 ans et plus sont plus fréquemment bénéficiaires du minimum vieillesse ;
- Les professionnels de santé libéraux sont sous-représentés à l'échelle départementale au regard des moyennes régionales et leur répartition territoriale est très hétérogène selon les territoires deux-sévriens.



## VI. Les enjeux de la préservation de l'autonomie sur les territoires des Deux-Sèvres

Trois grands types d'enjeux peuvent être identifiés pour la préservation de l'autonomie : les enjeux de santé publique, les enjeux sociologiques et les enjeux économiques.

### VI.1. Les enjeux de santé publique

La connaissance du processus de perte d'autonomie constitue un objectif fondamental. Une meilleure compréhension des mécanismes qui conduisent à l'incapacité sévère pourrait permettre d'une part de détecter plus tôt les personnes à risque de dépendance, dans le système de soins autant qu'en population générale, d'autre part, de prendre en compte de nouveaux facteurs de risque. Enfin cela permettrait d'élargir l'action au-delà du système de santé en analysant le rôle des déterminants socio-économiques dans le processus de perte d'autonomie.

L'approche par la fragilité fournit une passerelle entre la santé publique et le contexte économique. Elle permet de construire une analogie entre le concept de réserve physiologique des personnes âgées et celui de « capital santé ». Dans le modèle de Grossman (1972), la santé d'un individu est pensée comme un actif qui se déprécie au fil du temps. Ce sont les « investissements » que réalise l'individu (réduction des comportements à risque, prévention, recours au système de soins, etc.) qui lui permettent de compenser le phénomène naturel de dépréciation et de se maintenir en bonne santé (2).

Le principal objectif de santé est ainsi d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité. Cela repose sur plusieurs objectifs opérationnels :

- Détecter aussi tôt que possible les personnes à risque de perte d'autonomie ;
- Analyser le rôle des déterminants socio-économiques dans le processus de perte d'autonomie ;
- Repérer et prendre en compte les facteurs de risque ;
- Prendre en compte les éléments de fragilité.

Afin d'appréhender les enjeux de santé publique liés à la perte d'autonomie des personnes âgées dans le département des Deux-Sèvres, plusieurs indicateurs ont été utilisés.

Dans un premier temps, ce sont des indicateurs transversaux qui sont présentés. Par indicateurs transversaux sont entendus les indicateurs permettant d'avoir une vision d'ensemble des répercussions des pathologies et facteurs de risque. Trois indicateurs sont ainsi présentés : la santé ressentie, l'espérance de vie, dont l'espérance de vie sans incapacité, et la mortalité générale. Les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité permettent en effet non seulement de décrire globalement l'état sanitaire d'une population mais ils sont également le reflet de la situation socio-économique d'un territoire, tant l'état de santé global d'une population et les aspects socio-économiques sont liés.

Dans un deuxième temps, sont présentés les indicateurs relatifs aux principales pathologies, qu'il s'agisse d'indicateurs de mortalité, de morbidité (incidence et prévalence des pathologies) ou plus rarement de données déclaratives. Ces indicateurs permettent d'approcher les conséquences objectives ou ressenties des pathologies abordées dans une population.

Enfin, dans une dernière partie, plusieurs facteurs de risques sont présentés, ces derniers pouvant être eux-mêmes sources de pathologies et de perte d'autonomie.

#### VI.1.1. Indicateurs transversaux de santé

##### VI.1.1.1. La santé ressentie

Les indicateurs de santé perçue ou ressentie sont les seuls à permettre d'appréhender de manière globale la santé d'une population en l'absence de données cliniques et en considérant la santé selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé, comme ne consistant pas seulement en une « absence de maladie ».

D'après les données du Baromètre santé Poitou-Charentes 2010, les 56-65 ans sont 67 % à se déclarer en bonne santé contre 54 % des 66-75 ans. La proportion de personnes interrogées percevant leur santé comme « médiocre » augmente avec l'âge passant de 10 % chez les 56-



65 ans à 19 % chez les 66-75 ans. Près de la moitié des 66-75 ans ont rapporté un mauvais état de santé physique au moins un jour au cours des trente derniers jours, et un sur cinq au moins 8 jours sur cette période. Ces proportions sont respectivement de 40 % et 14 % chez les 56-65 ans.

En 2014, selon les résultats de l'enquête ERSAD Poitou-Charentes, dans le département des Deux-Sèvres, plus de 60 % des personnes de 75 ans et plus vivant à domicile déclarent être en bonne santé physique et plus de 65 % en bonne santé mentale. Cependant, un pourcentage comparable est atteint d'une maladie chronique. Moins de 30 % ont été hospitalisés dans l'année.

Si la comparaison est difficile du fait des différences de définition de l'état de santé ressenti, en France métropolitaine, selon l'enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (INSEE-Eurostat, 2012), les proportions de personnes qualifiant leur état de santé général de « assez bon », « bon » ou « très bon », étaient :

- proches de 75 % chez les hommes comme chez les femmes entre 75 ans et 84 ans ;
- proches de 69 % chez les hommes comme chez les femmes au-delà de 85 ans.

### VI.1.1.2. Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance représente la durée de vie moyenne, c'est-à-dire l'âge moyen au décès d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité de la période et de la région considérées. L'augmentation de l'espérance de vie est la conjugaison de différents facteurs. L'essentiel de la mortalité se concentre aux âges élevés et très élevés. L'espérance de vie à 65 ans est donc un indicateur utile à suivre dans le contexte des pays développés.

L'espérance de vie sans incapacité (EVS<sup>1</sup>) ou limitation d'activité permet d'évaluer le nombre d'années de vie avec et sans incapacité ou limitation d'activité au sein de l'espérance de vie globale. L'incapacité mesure des difficultés au niveau de l'activité des personnes en raison de problèmes de santé. La limitation d'activité se définit comme « être limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ».

Dans les Deux-Sèvres, l'espérance de vie à la naissance était en 2012 de 79,1 années chez les hommes (78,5 en France) et de 85,3 (84,8 en France) années chez les femmes.

Les autres indicateurs d'espérance de vie ne sont malheureusement pas disponibles à l'échelle des départements.

L'espérance de vie des femmes à 65 ans est plus longue que celle des hommes. Elles passent aussi plus de temps avec des incapacités au sein de cette vie plus longue.

L'espérance de vie à 65 ans est en France parmi les plus élevées des Pays européens en 2012, notamment chez les femmes (23 ans environ) mais l'espérance de vie sans incapacité est de seulement 10 ans chez ces dernières.

Pour les hommes, la France se situe au troisième rang des pays ayant la plus forte espérance de vie à 65 ans (19 années) derrière l'Islande et la Suisse. Les français de 65 ans et plus vivent en moyenne 9 années sans limitation d'activité.

A 65 ans, les troubles fonctionnels courants<sup>2</sup> occupent en moyenne les deux tiers des années restantes. La part des années de vie avec ce type de problèmes augmente fortement avec l'âge, reflétant le lien entre l'âge et les risques d'altérations fonctionnelles. Mais si bon nombre d'années de vie aux âges élevés s'accompagnent de troubles fonctionnels, ceux-ci ne se traduisent pas systématiquement par des gênes dans les activités. En effet, bon nombre de ces troubles peuvent être efficacement compensés par des aides techniques, l'aménagement du domicile ou la rééducation. Les limitations d'activité en général occupent un peu plus de la moitié de l'espérance de vie à 65 ans et les difficultés pour les activités de soins personnels occupent 15 % des années restant à vivre des hommes et 20 % de celles des femmes. Ces limitations sont plus complexes car les personnes ont alors besoin de l'assistance d'un tiers pour assurer ces activités.

Dans les années 80, l'espérance de vie en bonne santé, à la naissance, c'est-à-dire sans limitation d'activités progressait plus vite que l'espérance de vie à la naissance mais depuis les années 2000 elle stagne pour les hommes (61,5 ans en 2004 contre 61,8 ans en 2010) voire diminue légèrement chez les femmes (64,3 ans en 2004 contre 63,5 ans en 2010), alors que l'espérance de vie à la naissance continue de progresser.

<sup>2</sup> Limitations fonctionnelles physiques ou sensorielles

### VI.1.1.1. Mortalité générale

Les indicateurs de mortalité sont le reflet d'un continuum associant les différents déterminants de santé auxquels sont exposées les populations. Ils permettent en cela une lecture de l'état de santé d'une population sur un territoire.

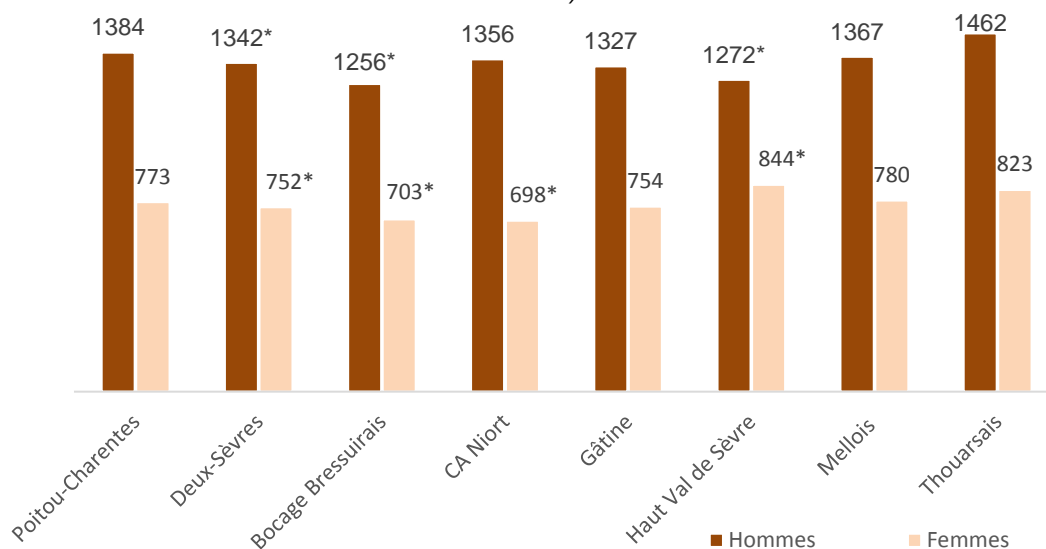
Sur la période 2007-2011, le département des Deux-Sèvres enregistre des taux de mortalité générale significativement inférieurs à ceux de la région pour les deux sexes.

Le Bocage Bressuirais est le territoire pour lequel les taux de mortalité sont inférieurs au taux départemental aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Chez les hommes, le Haut Val de Sèvre (1 272 pour 100 000 hab.) montre également un taux de mortalité générale significativement inférieur au département.

Pour les femmes, une surmortalité significative par rapport à la région est retrouvée en Haut Val de Sèvre (844 pour 100 000 hab.) et une sous mortalité pour la Communauté d'agglomération de Niort (698 pour 100 000 hab.).

Figure 10. Taux comparatif de mortalité générale en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



\*différence significative avec la région au risque de 5 %

Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### VI.1.2. Les pathologies

#### VI.1.2.1. Pathologies déclarées

Selon les données du Baromètre Santé 2010 en Poitou-Charentes, une maladie chronique (« maladie qui dure au moins six mois et qui peut nécessiter des soins réguliers ») a été déclarée par 22 % des hommes et 29 % des femmes de 56-65 ans, 45 % des hommes et 34 % des femmes de 66-75 ans, et 51 % des hommes et 42 % des femmes de 76-85 ans.

Si l'on considère une définition plus large d'une pathologie chronique (« maladie ou problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable »), ce sont, en France métropolitaine, selon les données de l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (INSEE-Eurostat, 2012) :

- 58 % des hommes et 55 % des femmes qui déclarent une maladie chronique entre 65 et 74 ans ;
- 70,1 % des hommes et 67,3 % des femmes entre 75 et 84 ans ;
- 72,5 % des hommes et 73,5 % des femmes au-delà de 85 ans.

Enfin, d'après les données de l'enquête ERSAD Poitou-Charentes 2015, dans les Deux-Sèvres, 65 % des personnes de 75 ans et plus vivant à domicile déclarent avoir une maladie chronique (« maladie qui dure depuis au moins six mois et qui nécessite un suivi régulier »), ce qui est comparable aux données régionales.

### VI.1.2.2. Mortalité par cause

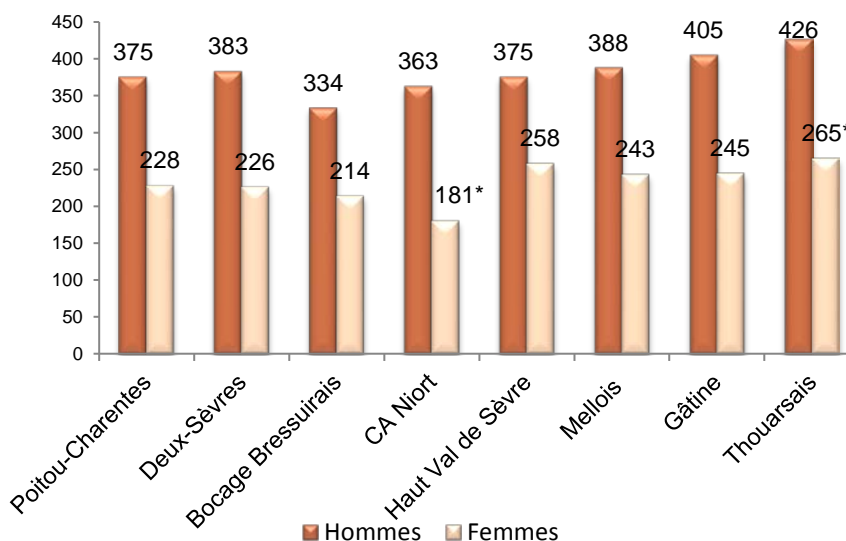
Les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil circulatoire sont chacune à l'origine de près de 30 % des décès. Les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements (suicide, accident de la circulation...) comme les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables d'un peu moins de 10 % des décès.

#### Les maladies de l'appareil circulatoire

Chez les hommes, sur la période 2007-2011, le taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire le plus élevé est retrouvé sur le Pays Thouarsais (426 pour 100 000 hab.) mais n'est pas significativement différent du taux régional (375 pour 100 000 hab.).

Chez les femmes, le taux de mortalité significativement plus faible par rapport à la région se retrouve sur la Communauté d'agglomération de Niort (181 pour 100 000 hab.) et le taux significativement plus élevé sur le Pays Thouarsais (265 pour 100 000 hab.) par rapport au taux régional.

Figure 11. Taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



\*différence significative avec la région au risque de 5 %

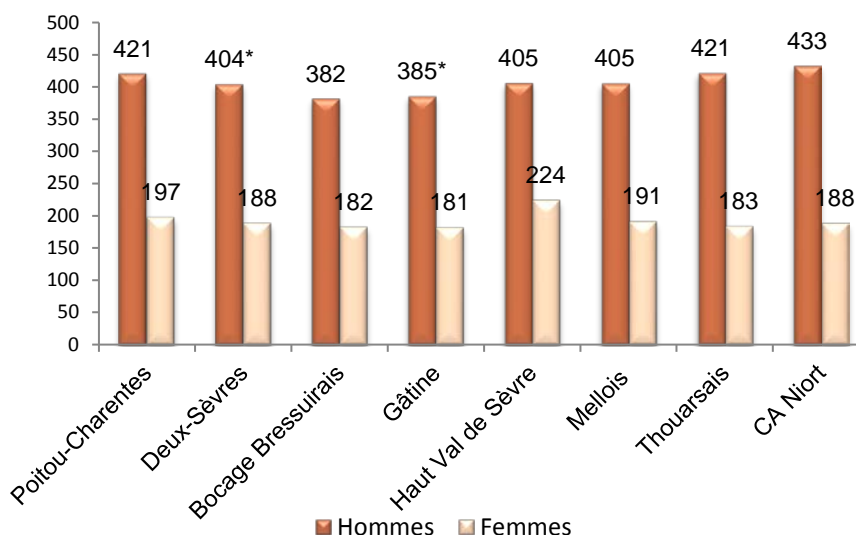
Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Les tumeurs

Chez les hommes, entre 2007 et 2011, les taux de mortalité par tumeurs malignes sont significativement plus faibles en Gâtine (385 pour 100 000 hab.) et dans les Deux-Sèvres (404 pour 100 000 hab.) par rapport au Poitou-Charentes (421 pour 100 000 hab.). Dans le Bocage Bressuirais (382 pour 100 000 hab.), la différence observée par rapport au taux régional n'est pas, compte tenu des effectifs, statistiquement significative, bien que proche du seuil ( $p=0,057$ ).

Chez les femmes, le taux de mortalité par tumeurs malignes le plus élevé est retrouvé en Haut Val de Sèvre (224 pour 100 000 hab) et le plus faible en Gâtine (181 pour 100 000 hab.), sans pour autant être significativement différents par rapport à la région.

Figure 12. Taux comparatif de mortalité par tumeurs malignes en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



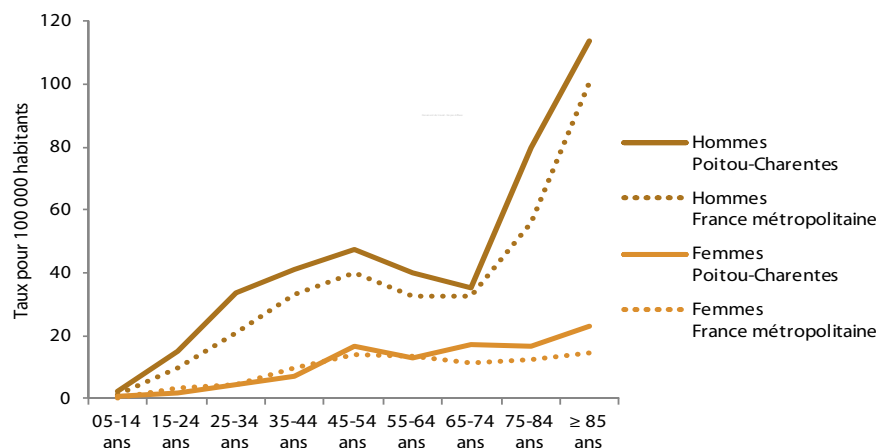
\*différence significative avec la région au risque de 5 %

Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Le suicide

Sur la période 2009-2011, chaque année, en moyenne, 134 personnes de 65 ans et plus meurent par suicide en Poitou-Charentes, soit 33 % des décès masculins par suicide (96/297), et 42 % des décès féminins (38/90). Sur cette même période, dans la région, le taux brut de mortalité par suicide a augmenté fortement avec l'âge chez les hommes à partir de 75 ans, passant de plus de 40 décès pour 100 000 hommes âgés de 55-64 ans à plus de 114 décès pour 100 000 hommes de 85 ans et plus. Cette forte augmentation est également observée au niveau national. En revanche, la part des décès par suicide dans la mortalité générale décroît fortement avec l'âge.

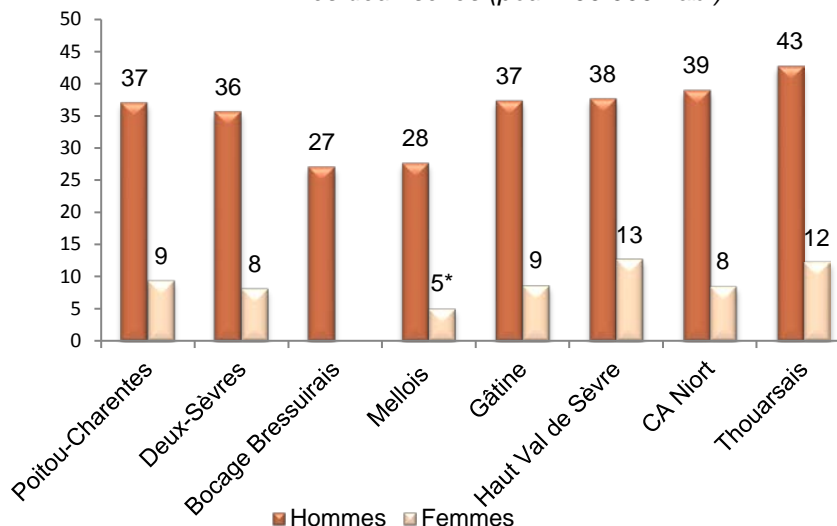
Figure 13. Taux brut de mortalité annuel moyen par suicide selon l'âge sur la période 2009-2011



Source : INSERM Cépidc, INSEE Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Les taux de mortalité par suicide, entre 2007 et 2011 chez les hommes sont les plus élevés dans le Thouarsais (43 pour 100 000 hab.) et les plus faibles dans le Bocage Bressuirais (27 pour 100 000 hab.) mais sans différence significative par rapport au Poitou-Charentes (37 pour 100 000 hab.). Pour les femmes, une sous-mortalité par suicide significative est mise en évidence sur le Pays Mellois (5 pour 100 000 hab.) par rapport à la région (9 pour 100 000 hab.). Le taux le plus élevé est observé sur le territoire du Haut Val de Sèvres (13 pour 100 000 hab.) mais sans différence significative avec la région.

Figure 14. Taux comparatif de mortalité par suicide en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



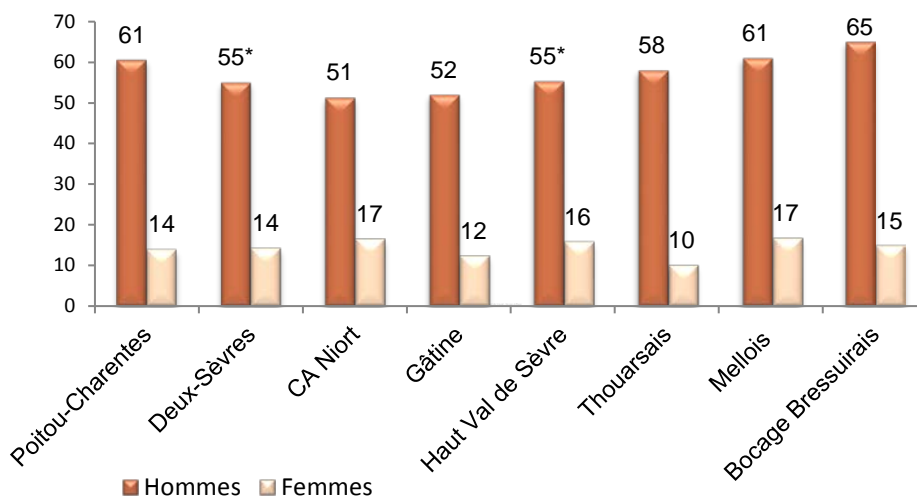
Pour le Bocage Bressuirais chez les femmes, le nombre de décès cumulé de 2007 à 2011 est inférieur à 5. De ce fait l'indicateur n'est pas calculable pour des raisons de fluctuation statistique.

Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### La mortalité liée à la consommation d'alcool et de tabac

Les Deux-Sèvres et le Haut Val de Sèvre (55 pour 100 000 hab.) présentent des taux de mortalité liés à l'alcool significativement inférieurs au taux régional (61 pour 100 000 hab.) pour les hommes. Il n'est pas retrouvé de différence significative chez les femmes sur les territoires étudiés mais les taux les plus élevés se situent sur la Communauté d'agglomération de Niort et sur le Pays Mellois (17 pour 100 000 hab.), les plus faibles sur le Pays Thouarsais (10 pour 100 000 hab.).

Figure 15. Taux comparatif de mortalité liée à la consommation d'alcool en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



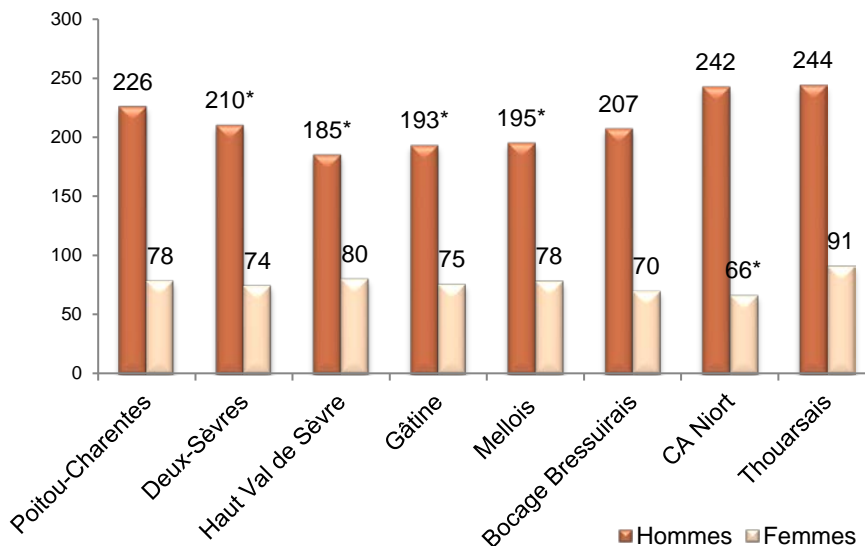
\*différence significative avec la région au risque de 5 %

Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Les décès liés à l'alcool regroupent les décès par : cirrhose du foie, psychose alcoolique et alcoolisme, cancer des VADS.

Le Haut Val de Sèvre (185 pour 100 000 hab.), la Gâtine (193 pour 100 000 hab.) et le Pays Mellois (195 pour 100 000 hab.) sont des territoires où la mortalité liée au tabac est significativement inférieure à celle de la région chez les hommes, tout comme sur le département (210 pour 100 000 hab.). Pour les femmes, c'est le territoire de la Communauté d'agglomération de Niort qui présente le taux de mortalité significativement le plus faible (66 décès pour 100 000 hab.) par rapport au Poitou-Charentes (78 pour 100 000 hab.) et le taux le plus élevé se trouve sur le Pays Thouarsais (91 pour 100 000 hab.) mais n'est pas significatif par rapport au taux régional (78 pour 100 000 hab.).

Figure 16. Taux comparatif de mortalité liée à la consommation de tabac en 2007-2011 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



\*différence significative avec la région au risque de 5 %

Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Les décès liés au tabac regroupent les décès par : bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives, cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathies ischémiques

### VI.1.2.1. Morbidité

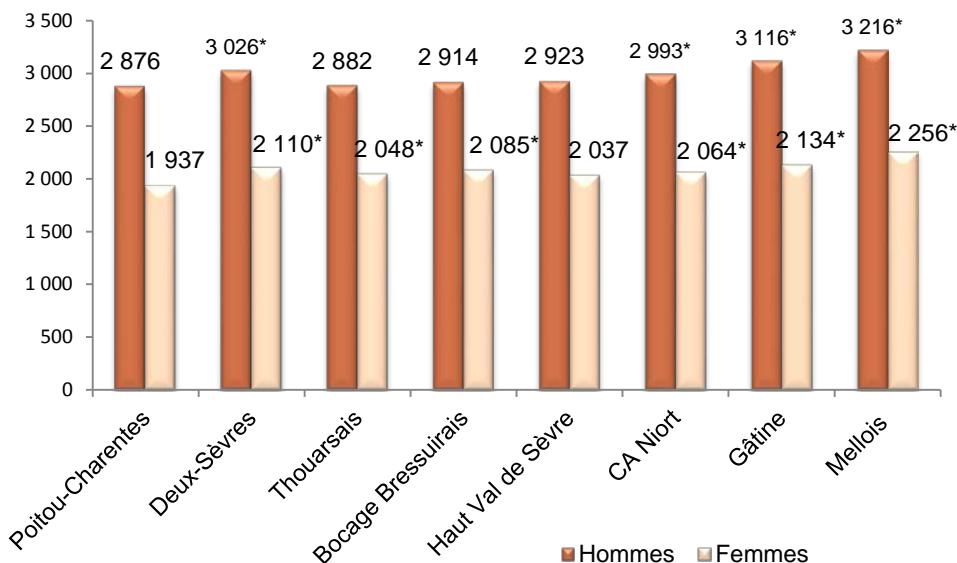
#### Admissions en Affection Longue Durée (ALD) toutes causes confondues

La liste des affections de longue durée (ALD) comporte trente affections ou groupes d'affections. Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour une maladie fournit une évaluation de son incidence. Mais cette dernière, aussi qualifiée « *d'incidence médico-sociale* », comporte des biais conduisant le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle.

Entre 2010 et 2012, chez les hommes, les nouvelles admissions en ALD sont significativement supérieures à la région pour le département des Deux-Sèvres (3 026 pour 100 000 hab.), pour la Communauté d'agglomération de Niort (2 993 pour 100 000 hab.), pour la Gâtine (3 116 pour 100 000 hab.) et pour le Mellois (3 216 pour 100 000 hab.).

Chez les femmes, les nouvelles admissions en ALD sont significativement plus élevées dans tous les territoires du département par rapport à la région, sauf dans le Haut Val de Sèvre.

Figure 17. Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD en 2010-2012 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



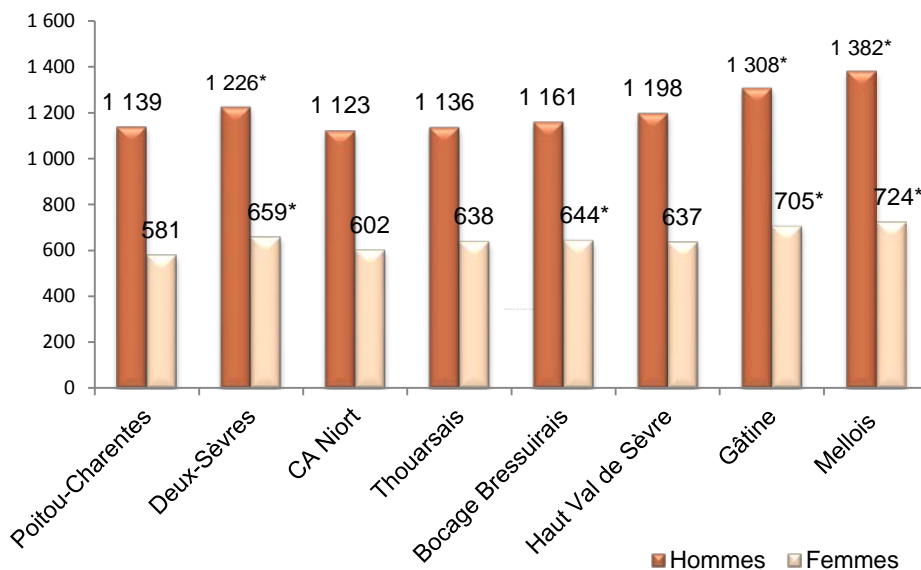
\*différence significative avec la région au risque de 5 %  
 Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
 Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Maladies de l'appareil circulatoire

Chez les hommes entre 2010 et 2012, les nouvelles admissions en ALD pour une maladie de l'appareil circulatoire sont significativement plus élevées dans les Deux-Sèvres (1 226 pour 100 000 hab.), en Gâtine (1 308 pour 100 000 hab.), et sur le Pays Mellois (1 382 pour 100 000 hab.), par rapport au Poitou-Charentes.

Chez les femmes, les nouvelles admissions en ALD pour une maladie de l'appareil circulatoire sont significativement plus élevées pour le département des Deux-Sèvres (659 pour 100 000 hab.), le Bocage Bressuirais (644 pour 100 000 hab.), la Gâtine (705 pour 100 000 hab.), et le Pays Mellois (724 pour 100 000 hab.), par rapport à la région.

Figure 18. Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire en 2010-2012 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



\*différence significative avec la région au risque de 5 %  
 Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
 Réalisation : ORS Poitou-Charentes



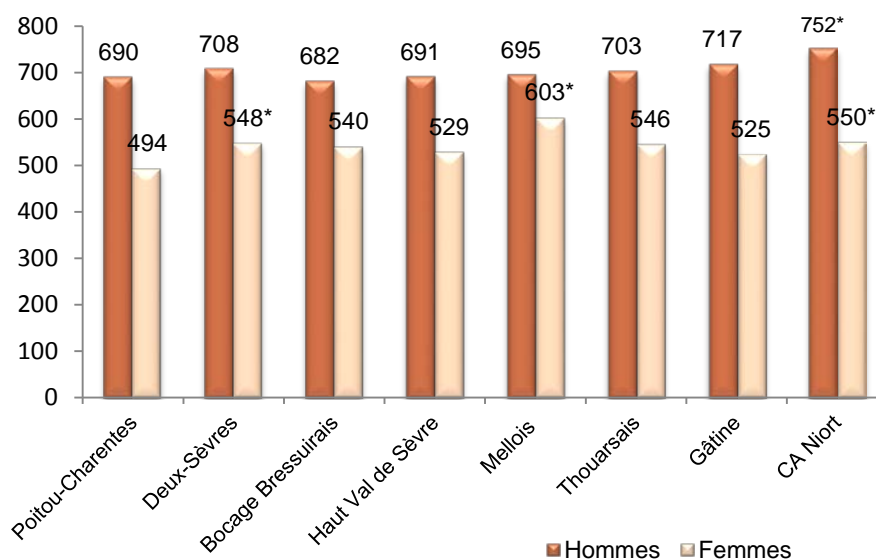
## Tumeurs malignes

Sur la période 2010-2012, chez les hommes, le taux d'admission en ALD pour tumeurs malignes est significativement plus élevé qu'au niveau régional uniquement pour la Communauté d'agglomération de Niort (752 pour 100 000 hab.).

Chez les femmes, le taux est plus élevé dans le département que dans la région. Les territoires concernés par un taux plus élevé d'admission en ALD sont le Pays Mellois (603 pour 100 000 hab), et la Communauté d'agglomération de Niort (550 pour 100 000 hab).

En Deux-Sèvres, ce sont près de 15 600 personnes qui sont bénéficiaires d'une reconnaissance en ALD pour une tumeur maligne.

Figure 19. Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour tumeurs malignes en 2010-2012 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



\*différence significative avec la région au risque de 5 %

Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

## Maladie d'Alzheimer

En 2007 en Poitou-Charentes, près de 34 000 personnes étaient atteintes de démences dans la région, dont 25 000 de la maladie d'Alzheimer. Plus de 35 % des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer avaient 80 ans ou plus et près de 9 500 personnes étaient reconnues en ALD au titre de la maladie d'Alzheimer.

En extrapolant le taux d'incidence à la population régionale de plus de 65 ans, il y aurait chaque année entre 4 500 et 4 900 Picto-Charentais de 65 ans ou plus nouvellement atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Dans l'hypothèse où le taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées resterait constant par sexe et par âge, le Poitou-Charentes pourrait compter à l'horizon 2030 plus de 71 000 personnes souffrant d'une démence (28).

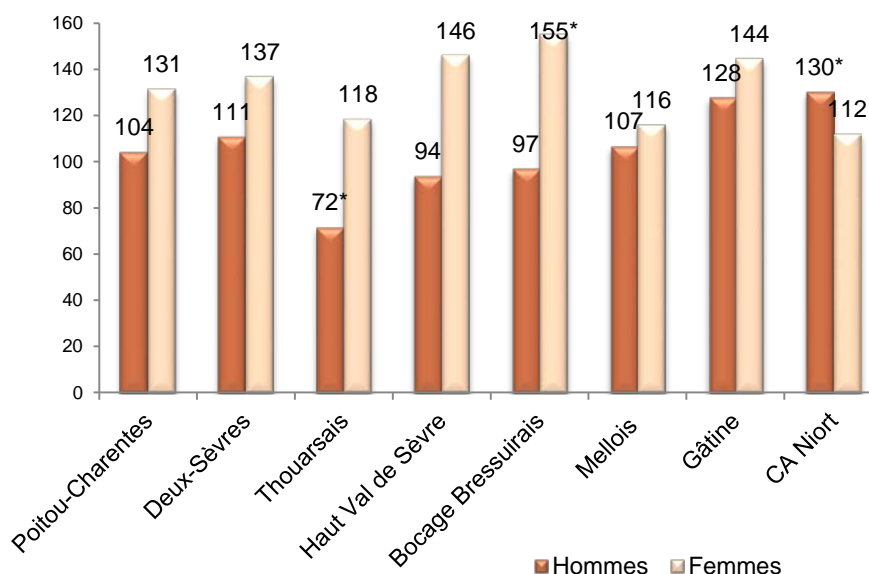
En 2011-2013, chez les hommes, le taux de nouvelles admissions en ALD pour la maladie d'Alzheimer est significativement supérieur à la région pour la Communauté d'agglomération de Niort (130 pour 100 000 hab. contre 104), à l'inverse, le Pays Thouarsais a un taux d'ALD significativement inférieur à celui de la région (72 contre 104 pour 100 000 hab).

Le taux de nouvelles admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer chez les femmes est significativement supérieur dans le Bocage Bressuirais (155 pour 100 000 hab.) par rapport au taux régional (131 pour 100 000 hab.). Le Haut Val de Sèvre et le Pays de Gâtine présentent également des taux plus élevés que le taux régional mais sans être pour autant significatifs.

En Deux-Sèvres, ce sont plus de 2 000 personnes qui en 2013 sont bénéficiaires d'une ALD pour la maladie d'Alzheimer.



Figure 20. Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour la maladie d'Alzheimer en 2011-2013 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



\*différence significative avec la région au risque de 5 %

Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2015

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Note : cet indicateur a été calculé à partir de la nouvelle échelle géographique 2015 contrairement aux autres indicateurs qui ont été calculés avec l'échelle géographique 2013.

### Dépression et tentative de suicide

La dépression est l'un des problèmes de santé mentale les plus communs chez le sujet âgé et pourtant elle est négligée, méconnue ou mal traitée. Elle concerne, à des degrés divers, 15 à 20 % des plus de 65 ans et 40 % en institution, dont 15 % diagnostiqués au cours de la première année suivant l'admission.

Dans la région, en 2013, le nombre de personnes de 65 ans et plus hospitalisées au moins 48 heures suite à une tentative de suicide, s'élève à 312. Les données OSCOUR (Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences) montrent que le pronostic vital est plus fréquemment engagé chez les 60 ans et plus lors de leur venue aux urgences suite à une tentative de suicide : dans 8 % des cas contre 7,2 % chez les 30-59 ans, et 4,6 % chez les moins de 30 ans. (32)

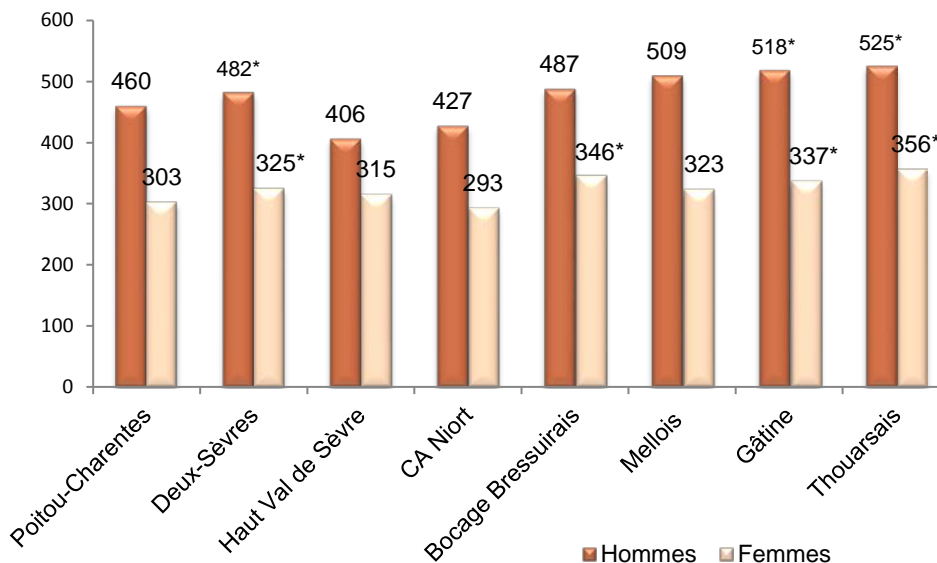
### Le diabète

Sur la période 2010-2012, les nouvelles admissions en ALD pour diabète (I et II) chez les hommes sont significativement plus élevées par rapport à la région sur le territoire du Thouarsais (525 pour 100 000 hab.), puis en Gâtine (518 pour 100 000 hab.) et pour le département des Deux-Sèvres dans son ensemble (482 pour 100 000 hab.).

Chez les femmes, les nouvelles ALD pour diabète sont significativement plus élevées sur le Pays Thouarsais (356 pour 100 000 hab.), au sein du Bocage Bressuirais (346 pour 100 000 hab.), en Gâtine (337 pour 100 000 hab.) et sur le département des Deux-Sèvres (325 pour 100 000 hab.). Seule la Communauté d'agglomération de Niort présente un taux de nouvelles admissions en ALD pour diabète (I et II) inférieur au taux régional mais sans être significatif.

En Deux-Sèvres, ce sont en 2013 plus de 15 500 personnes qui sont bénéficiaires d'une ALD pour un diabète de type 1 ou 2.

Figure 21. Taux comparatif de nouvelles admissions en ALD pour diabète (I et II) en 2010-2012 pour les deux sexes (pour 100 000 hab.)



\*différence significative avec la région au risque de 5 %

Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

### Incontinence urinaire

Les fuites d'urine ou l'incontinence concernent directement 60 % des personnes âgées en institution et 90 % des patients atteints de démence sénile. L'incontinence entraîne une altération de la qualité de vie, des conduites d'évitement et de désocialisation et une perte d'autonomie.

En 2012, en France, selon l'enquête ESPS, 9,1 % des 55 ans et plus étaient concernés par l'incontinence, les femmes plus fréquemment que les hommes : 10,5 % contre 7,1 %. Chez les 80 ans et plus, cette proportion atteignait 15,4 % chez les hommes et 15,9 % chez les femmes.

## VI.1.3. Les pathologies facteurs de risque

### VI.1.3.1. Nutrition et conséquences

La dénutrition constitue un véritable problème de santé publique fréquent et qui a des conséquences d'une part sur les pathologies existantes et d'autre part sur l'autonomie. Il est estimé qu'en France, de 4 à 10 % des personnes âgées vivant à domicile seraient concernées.

Cette proportion serait comprise entre 15 et 38 % pour les personnes vivant en institution et 30 à 70 % pour les personnes âgées hospitalisées. Au moment de leur admission, 40 % des personnes âgées seraient dénutries.

Le surpoids et l'obésité sont d'autres problèmes liés à la nutrition à ne pas négliger car associés à de nombreuses maladies chroniques, tel que le diabète. La prévalence de l'obésité est estimée à 19,5 % des 55-64 ans (15 % en moyenne chez les adultes), puis à 21,8 % chez les 65-69 ans.

Par ailleurs, selon l'enquête « Handicap-Santé » réalisée en 2008, près de 15 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile présentaient un indice de masse corporel (IMC) correspondant à un état de maigreur. Cette prévalence était plus élevée chez les femmes (19,6%) que chez les hommes (7,6%) et augmentait avec l'âge.

### VI.1.3.2. Troubles sensoriels

Les déficits sensoriels peuvent être liés au vieillissement des organes sensoriels, mais aussi à celui du système nerveux qui transmet et traite les informations captées par ces organes.

La vue et l'ouïe sont les sens qui se dégradent le plus avec l'âge, et également ceux qui sont les plus importants dans nos activités supérieures et en particulier dans la communication.

En 2012, en France, selon l'enquête ESPS, les limitations fonctionnelles visuelles concernaient 6,8 % des 65 ans et plus, tandis 16,5 % d'entre eux avaient des limitations fonctionnelles auditives.

D'autres troubles sensoriels sont également à prendre en compte :

- Une légère altération du goût (les saveurs fondamentales sont : sucré, salé, acide, amer, et peut-être glutamate, qui reste controversée). L'involution gustative paraît particulièrement hétérogène. La discrimination sucré/salé peut s'altérer en cas de diminution des sécrétions salivaires. Il semble qu'après 75 ans certaines personnes voient leur seuil de sensibilité gustative augmenter. Le goût des personnes âgées pour le sucré peut s'expliquer aussi par des facteurs psycho-affectifs (le lait maternel est sucré, ce qui confère au sucre une forte valeur affective).
- Une altération de l'odorat, également controversée. Les cellules sensorielles de l'olfaction (qui interviennent aussi dans la reconnaissance des aliments) sont semble-t-il renouvelées de manière importante tout au long de la vie. Certaines études réfutent une hyposmie liée à l'âge, alors que d'autres mettent en avant une plus faible intensité de perception des odeurs et une baisse de la capacité d'identification d'une odeur après 50 ans. Dans le domaine de l'odorat, l'influence du mode de vie est plus que jamais déterminante (tabagisme, pollution...).
- Une diminution légère des sensations tactiles (hypoesthésie), liées à la pression et à la température, ainsi que de la perception de la douleur (intensité, siège) ou des vibrations : perte des récepteurs cutanés, kératose, ralentissement de la conduction des fibres nerveuses, paresthésie (sensation de fourmillements, d'engourdissements ou autres picotements)...

Selon l'enquête ESPS 2012, 9,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont renoncé à des lunettes, verres, montures ou lentilles pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.

Selon les données de l'enquête ERSAD Poitou-Charentes 2015, dans les Deux-Sèvres, 18 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile ont renoncé à des soins dans l'année pour des raisons financières. Parmi eux, environ la moitié a dû renoncer à l'achat de lunettes, et près de 70 % d'entre eux ont renoncé à l'achat de prothèses auditives.

### VI.1.3.3. Limitations physiques

D'après l'enquête Handicap-Santé 2008, réalisée par le DREES et l'INSEE, 25 % des 60 ans ou plus (5 % des 20-59 ans) déclarent au moins une limitation physique absolue (c'est-à-dire ne pas pouvoir sans aide voir clairement, entendre une conversation, lever le bras). Les plus fréquentes sont liées à la motricité générale (se baisser ; porter un sac de provisions et monter ; descendre un escalier) puis à l'ouïe, même après compensation par un appareillage. Les limitations cognitives graves concernent 14 % des 60 ans et plus. Les restrictions absolues dans les activités essentielles du quotidien (comme assurer seul les fonctions d'élimination ou se nourrir) concernent 4 % des 60 ans et plus. Les restrictions absolues dans les activités instrumentales du quotidien sont plus fréquentes : 18 % des 60 ans et plus. Elles résultent le plus souvent d'une ou plusieurs altérations des fonctions physiques.

Des analyses complémentaires compilant les différentes limitations ont permis de distinguer différents groupes en fonction des difficultés face à l'autonomie (Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. Etudes et Résultats n°718, février 2010). Les personnes « *autonomes* » ne rencontrent aucune difficulté dans la vie quotidienne ou lorsqu'elles existent, elles sont peu marquées et plutôt isolées, sans conséquence déterminante sur l'autonomie. Les personnes en situation d'autonomie modérée présentent des difficultés motrices, cognitives, ainsi que certaines difficultés pour réaliser certaines tâches de la vie courante, mais ne rencontrent aucune restriction absolue dans les activités essentielles de la vie quotidienne. Les personnes « *dépendantes* » présentent les mêmes limitations que les personnes « *modérément autonomes* » mais avec une fréquence plus élevée, et déclarent des problèmes d'incontinence et rencontrent quelques difficultés sur des activités essentielles de la vie courante (se laver ou s'habiller). Les personnes « *fortement dépendantes* » présentent des difficultés majeures dans tous les domaines : limitations physiques et cognitives, difficultés fréquentes à réaliser des actes de la vie courante.

Il en résulte que pour les 60-79 ans, 17 % sont en perte d'autonomie : la perte d'autonomie modérée touche 13,7 % des 60-79 ans, soit 1,4 millions de personnes, et plus fréquemment les femmes. Dans ce groupe, 62 % connaissent une limitation physique absolue, 41 % des restrictions pour des activités instrumentales et 23 % au moins une limitation cognitive grave. De plus, 3 %

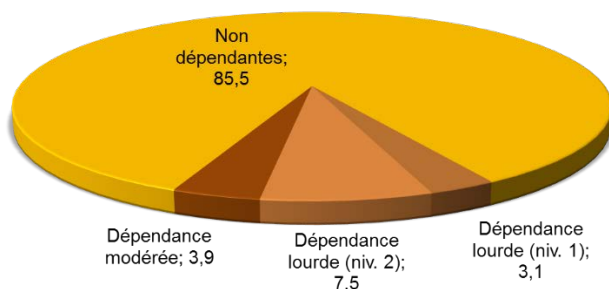
sont en situation de dépendance (soit 273 000 personnes). Enfin, 0,6 % des 60-79 ans (soit 61 000 personnes) sont fortement dépendantes. La totalité d'entre elles citent des limitations motrices absolues, un tiers environ des problèmes de motricité fine, la moitié des problèmes d'incontinence difficiles à gérer sans aide et 80 % des problèmes cognitifs graves.

Chez les 80 ans ou plus, six personnes sur dix vivant à domicile (soit 1,5 millions de personnes) sont relativement autonomes, malgré quelques difficultés d'audition et de motricité générale. Près d'un quart souffre d'une perte d'autonomie modérée (soit 661 000 personnes), plus fréquemment les femmes. Les personnes dépendantes représentent 11,2 % des 80 ans et plus (soit 277 000 personnes). Enfin, la forte dépendance touche 2,5 % des 80 ans et plus vivant à domicile (62 000 personnes). Parmi elles, près des deux tiers sont confinés au lit ou au fauteuil.

En 2012, en France, selon l'enquête ESPS, 34 % des 65 ans et plus avaient une limitation fonctionnelle motrice.

D'après les données de l'enquête ERSAD, dans les Deux-Sèvres, plus de 85 % des personnes âgées de 75 ans et plus ne sont pas dépendantes selon l'indicateur Colvez tandis que plus de 10 % ont une dépendance lourde.

Figure 22. Dépendance des personnes de 75 ans et plus vivant à domicile estimée par le biais de l'indicateur Colvez en Deux-Sèvres (%)



Source : ERSAD Poitou-Charentes 2015

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

#### Indicateur COLVEZ

Calculé à partir des réponses à quatre questions :

- Pouvez-vous vous déplacer sans aide dans votre logement ?
- Faites-vous seul votre toilette ?
  - Vous habillez-vous seul ?
- Pouvez-vous vous déplacer sans aide à l'extérieur de votre logement ?

*Note : D'après une étude de la DREES, « les populations qualifiées de lourdement dépendantes par les grilles Colvez et AGGIR se recouvrent largement » : 74 % des personnes qui au sens de la grille Colvez sont lourdement dépendantes (niveau 1 et 2) sont classés en GIR 1 à 3. Cependant, alors que c'est le cas dans 91 % des cas lorsque la personne réside en institution, la proportion n'est que de 64 % pour les personnes vivant à domicile. (Le nombre de personnes âgées dépendantes, d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendances. Etudes et Résultats n°94. DREES. Décembre 2000.)*

### VI.1.3.4. Iatrogénie

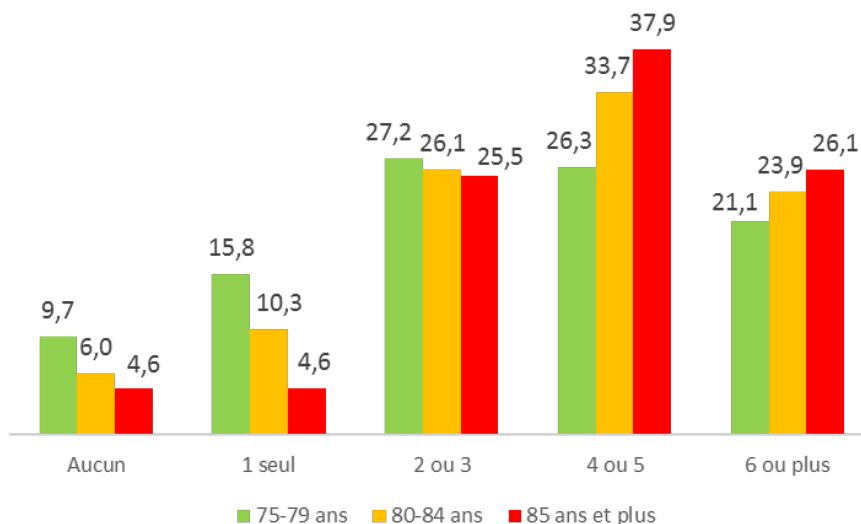
Le Haut comité de la santé publique considère comme iatrogène « les conséquences indésirables ou négatives sur l'état de santé individuel ou collectif de tout acte ou mesure pratiqués ou prescrits par un professionnel habilité et qui vise à préserver, améliorer ou rétablir la santé ». Il peut donc s'agir de l'intervention d'un médecin ou autre professionnel de la santé, ou de l'utilisation d'un médicament.

La poly médication est fréquente et souvent légitime chez la personne âgée polypathologique, majorant ainsi le risque iatrogénique. La iatrogénie serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans et de près de 20 % chez les octogénaires.

D'après une étude de l'URCAM PC en 2000, environ 12 % des 70 ans et plus hospitalisés présentaient un EIM (Effets Indésirables Médicamenteux) grave. Selon cette étude 20 % de ce genre d'accidents seraient évitables.

Selon l'enquête ERSAD Poitou-Charentes 2015, dans le département des Deux-Sèvres, avec l'âge les proportions des 75 ans et plus ne prenant aucun médicament ou un seul diminuent tandis que celles prenant quatre ou cinq médicaments augmentent fortement. C'est le cas également dans une moindre mesure de ceux qui en prennent six ou plus.

Figure 23. Niveaux de consommation de médicaments en fonction de l'âge chez les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile en Deux-Sèvres (%)



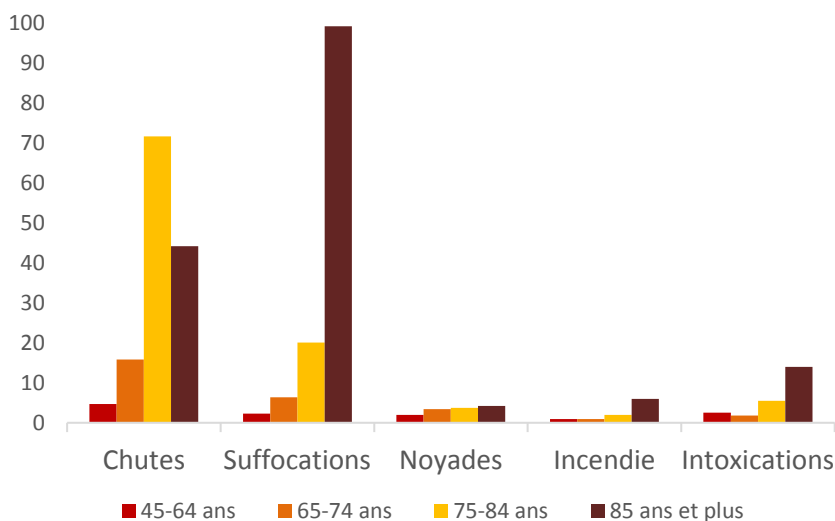
Source : ERSAD Poitou-Charentes 2015

Exploitation : ORS Poitou-Charentes

### VI.1.3.5. Accidents domestiques

Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les principales causes de mortalité liées à un accident de la vie courante sont les chutes puis les suffocations.

Figure 24. Taux de mortalité standardisé par type d'accident de la vie courante, selon l'âge en France métropolitaine (pour 100 000 personnes)



Source : BEH thématique 37-38 / 2 octobre 2007 Exploitation : ORS Poitou-Charentes

- Chutes

Les chutes représentent 80 % des accidents de la vie courante chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Parmi les personnes de plus de 65 ans, 30 à 50 % font une chute dans l'année. Cette proportion dépasse 50 % après 85 ans. Une personne qui chute une première fois a 20 fois plus de risque de tomber à nouveau. Dans 40 % des cas, une chute compromettra l'autonomie future de la personne âgée.

- Suffocations

Depuis les années 80, le nombre de décès par suffocation de personnes âgées de plus de 65 ans a été multiplié par 3. Les maladies du système nerveux (démence, troubles mentaux, maladies vasculaires cérébrales) sont des facteurs d'accroissement important du risque de suffocation chez les personnes âgées. Les deux tiers de ces décès sont survenus chez des personnes de plus de 75 ans.

## VI.2. Les enjeux sociologiques

Plusieurs aspects sont à considérer comme des enjeux sociologiques liés au vieillissement. D'une part le passage du statut d'actif à celui de retraité vient constituer un moment de rupture de la trajectoire de vie pouvant être source de fragilisation. D'autre part, la personne âgée devient un élément essentiel de la famille et des politiques familiales. Il y a lieu de considérer l'évolution des liens intergénérationnels ainsi que la place et le rôle de la génération pivot.

Si la retraite constitue pour une majorité de personnes une période libérée des contraintes professionnelles et de certaines responsabilités familiales, la sortie du monde du travail n'en demeure pas moins un passage important et souvent délicat : changement de statut, appauvrissement et perte de relations sociales liées au travail, changements financiers. De plus, la retraite coïncide souvent avec des changements familiaux : départ des enfants, expérience de la grand-parentalité, entrée dans le grand âge d'un parent.

La retraite est aussi une période à laquelle les possibilités de réaliser des projets toujours repoussés par manque de temps s'ouvrent, tout comme la possibilité de s'engager dans des activités nouvelles sur le plan associatif et social. Enfin la retraite est le temps du repos qui donne la possibilité d'organiser la journée à son rythme.

L'enjeu est de vivre pleinement sa retraite, de faire le deuil de son identité professionnelle pour s'inscrire dans une nouvelle dynamique identitaire.

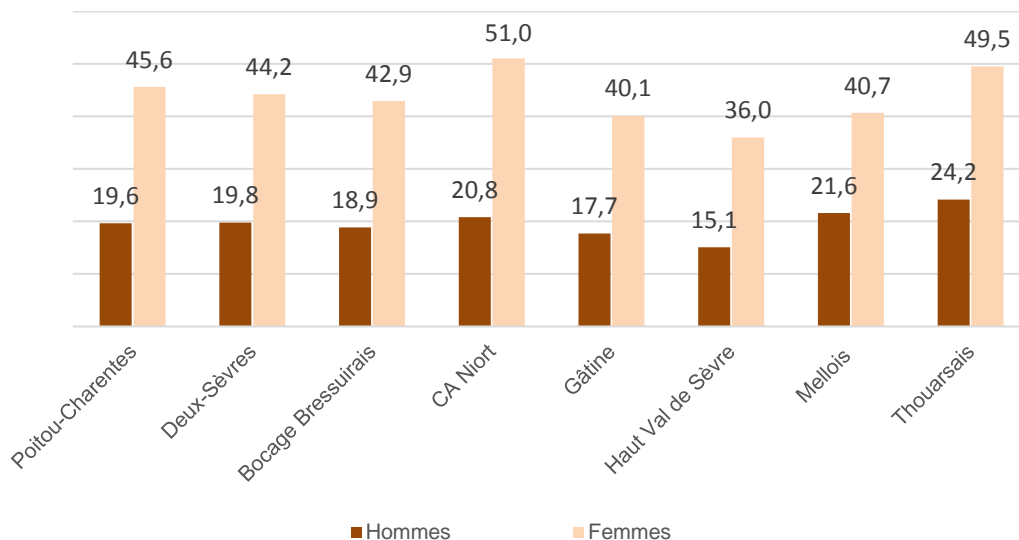
Trop souvent, la famille et la politique familiale n'ont été entendues que comme le lien entre parents adultes et enfants, et étaient donc restreintes à la famille « nucléaire » excluant les générations plus anciennes. Or les personnes âgées ont désormais une place essentielle à occuper dans la sphère familiale et donc dans les politiques de la famille. Grâce à l'allongement de l'espérance de vie, quatre générations peuvent maintenant se côtoyer. Le maintien ou le développement des liens intergénérationnels constituent un enjeu sociologique de premier ordre.

Entre les deux générations plus jeunes et plus âgées, se trouvent la génération dite « pivot » composée des personnes âgées entre 50 et 70 ans. Elles offrent une aide à la fois aux enfants adolescents ou jeunes adultes encore à charge ou ayant des difficultés à accéder à l'autonomie, et aux parents en perte d'autonomie. Cette génération pivot est également la garante des liens intergénérationnels entre les plus jeunes et les plus âgés, et de la cohésion familiale.

### VI.2.1. Isolement et maintien du lien social

L'espérance de vie des femmes étant plus élevée, ces dernières se retrouvent plus fréquemment à vivre seules à leur domicile. Ainsi, en 2010, 44 % des deux-sévriennes étaient dans cette situation contre un peu moins de 20 % de leurs homologues masculins. Ce sont sur les territoires à dominante urbaine que les proportions de personnes âgées vivant seules sont les plus importantes, ces dernières pouvant rechercher pour cette période de leur vie une plus grande proximité avec les services disponibles et des facilités dans leur mobilité.

Figure 25. Part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules en 2010 (%)



Source : Tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'agglomération de la région Poitou-Charentes 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Face au risque d'isolement et au sentiment de solitude qui lui est lié, la nécessité de maintien du lien social est prédominante et avec elle se pose la question de la fréquence des contacts avec la famille et/ou les amis, ou de celle des activités de loisir au cours desquelles les rencontres et les échanges sont possibles.

Selon l'enquête ERSAD Poitou-Charentes 2015, dans les Deux-Sèvres, les personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile ont un contact avec au moins un membre de la famille toutes les semaines dans près de 95 % des cas. Ceux ayant déclaré n'avoir aucun contact sont moins de 3 %. De plus, 60 % de l'échantillon a déclaré avoir des contacts au moins une fois par semaine avec d'autres personnes que la famille (amis, voisins ...).

Un peu plus du tiers des personnes interrogées (36 %) a déclaré être membre d'une association ou d'un club d'aînés, avec des différences selon la zone d'habitat. Cette proportion est plus importante que dans l'ensemble de la région (29 %). C'est dans les communes des pôles ruraux que cette proportion est la plus élevée.



## VI.2.2. Les aidants

En France, 3,4 millions de personnes aident un proche de 60 ans et plus. Les aidants ont en moyenne 59 ans et sont des femmes pour un peu plus de la moitié (53 %). La moitié d'entre eux sont les enfants et un tiers les conjoints des personnes aidées.

Selon une étude de la DREES de mars 2012, réalisée à partir des données de l'enquête Handicap Santé auprès des Aidants informels de 2008, un sur cinq ressent une charge importante, synonyme de fatigue morale ou physique.

A ce sujet, l'indice de grand vieillissement permet d'appréhender des déséquilibres dans la structure par âge des aînés sachant que les plus « jeunes » parmi ceux-ci constituent souvent des aidants potentiels des plus « anciens ». En rapportant le nombre de personnes 80 ans et plus pour 100 personnes de 65-79 ans, les Deux-Sèvres présentent un taux plus élevé (53) que celui obtenu en France (47) et que celui obtenu pour la région (51). Cet indicateur pourrait révéler un potentiel d'aidants moins important.

Dans le schéma gérontologique des Deux-Sèvres 2004-2008<sup>3</sup>, faisant référence au rapport de l'ODAS<sup>4</sup>, il est décrit une tendance nationale à la diminution du nombre d'aidants naturels. Cette tendance est comparable dans le département. Cependant, le taux d'aidant familiaux potentiels (nombre de personnes âgées de 60-64 ans sur le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus) étant plus faible dans les Deux-Sèvres qu'au niveau national (2 contre 2,5 en 2003), cette baisse du nombre d'aidants familiaux aurait donc des effets plus prégnants.

## VI.3. Les enjeux économiques

L'enjeu consiste à assurer la soutenabilité du système de protection sociale dans son ensemble, aussi bien dans la dimension vieillesse et autonomie que du côté de l'Assurance maladie. Les besoins de connaissance sont doubles : il s'agit, d'un côté, de mieux connaître le coût global de la perte d'autonomie et la contribution des différents financeurs (Agence régionale de santé, Conseil Départemental, Assurance maladie, Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ménages, etc.) et de l'autre côté, de rechercher des moyens d'améliorer l'efficacité du système de santé et de permettre ainsi de mieux affecter les ressources. L'attention se porte sur l'amélioration du parcours de santé (soins, médico-social et social) : « [...] *une partie vraisemblablement importante de ce surcroît de dépense de soins pour les personnes « dépendantes » tient à ce que leur cheminement dans la succession de soins et des prises en charge s'éloigne de l'optimum, faute d'intervention au bon moment de la réponse la plus adaptée.* » (Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam) 2011, p. 43.). Par ailleurs, une telle démarche dans une logique de prévention globale peut se faire en dehors du système de soins, par exemple dans la meilleure articulation de l'ensemble des composantes du système de protection sociale (vieillesse, maladie, travail, famille) et de ses intervenants avec les politiques sociales.

Le vieillissement de la population peut également avoir un effet de levier sur l'emploi, notamment dans le secteur du service à la personne. Entre 2010 et 2020, plus de 350 000 emplois d'aides à domicile, aides-soignants et infirmières devront être pourvus, selon les prévisions présentées dans le travail de M. Broussy, qui affirme par ailleurs qu'une campagne massive d'information et de revalorisation de ces carrières devient "*une véritable exigence nationale*". De plus, le vieillissement apparaît être une opportunité économique, notamment dans le domaine des innovations technologiques au service de la préservation de l'autonomie (domotique, téléassistance,...).

### VI.3.1. Dépenses de prise en charge et prévention en Deux-Sèvres

En Deux-Sèvres, comme sur l'ensemble du territoire national, le rapport entre les dépenses engendrées par la prise en charge des personnes âgées et de la dépendance (soins, aides à la vie quotidienne, aides sociales...) et celles qui sont engagées pour la prévention est très défavorable à la prévention.

<sup>3</sup> Le schéma gérontologique 2004 2008. Conseil Général Deux-Sèvres.

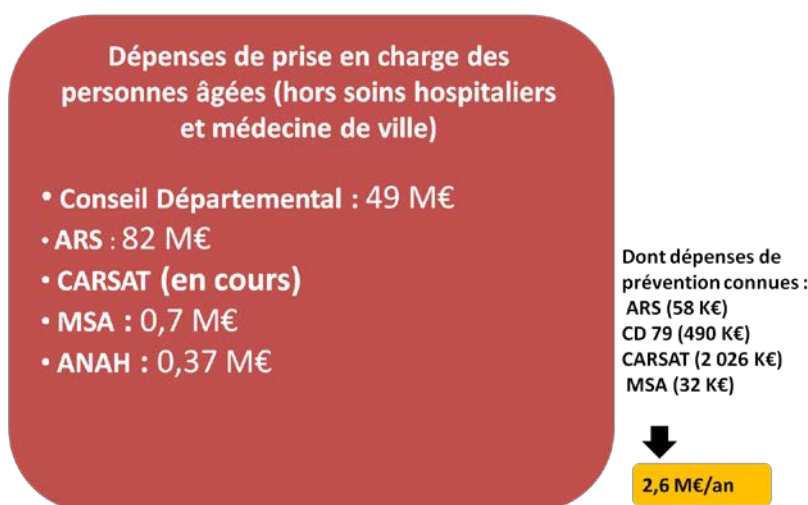
<sup>4</sup> Dépendance et handicap. La décentralisation au service de l'autonomie. Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS). Novembre 2003.



Ainsi, hors dépenses de soins hospitaliers et soins ambulatoires, les dépenses relatives à la prise en charge des personnes âgées s'élèvent à plus de 130 millions d'euros. S'agissant des financements de l'Agence régionale de santé (ARS), ces dépenses recouvrent, les dotations de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), pour plus de 70 millions d'euros et les financements pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), pour plus de 11 millions d'euros. Le Conseil Départemental des Deux-Sèvres engage, pour sa part, 49 millions d'euros par an pour sa politique en faveur des personnes âgées dont la très grande majorité pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les principaux autres financeurs sont la Mutualité sociale agricole (MSA), la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), et l'Agence nationale de l'habitat (ANAH).

Au regard de ces dépenses, celles relatives à la prévention apparaissent relativement très faibles. Ainsi, les contributions connues s'élèvent à 2,6 millions d'euros, couvrant les appels à projets de l'ARS et du Conseil Départemental, une partie du financement des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC) ainsi que des actions de prévention individuelles et collectives des caisses de retraite.

Figure 26. Les dépenses de prise en charge des personnes âgées et de préservation de l'autonomie en Deux-Sèvres en 2014



### VI.3.2. L'aménagement de l'habitat, un enjeu économique

L'Anah s'attache à financer « l'adaptation des logements à la perte d'autonomie liée au handicap ou au vieillissement » dans chacun des programmes contractualisés conclus avec une collectivité. En 2015, plusieurs programmes sont en cours sur le département des Deux-Sèvres : Programme d'intérêt général (PIG) du Conseil Départemental, de la Communauté d'Agglomérations du Niortais, et de l'opération programmée d'amélioration de l'habitat et de renouvellement urbain (OPAH-RU) du cœur de l'agglomération niortaise.

Aussi, de 2012 à 2015, l'ANAH a versé des aides pour 155 logements en Deux-Sèvres pour un total dépassant les 500 000 € tandis que le montant de l'ensemble des travaux éligibles à une aide de l'ANAH dépassait les 1,1 million d'euros. Le coût moyen des travaux pour l'adaptation des logements des personnes âgées est donc proche de 7 400 €. Ce chiffre, transposé au nombre d'habitants de 75 ans et plus estimant que des travaux seraient nécessaires pour l'adaptation de leur logement (17 % des personnes vivant à domicile selon l'enquête ERSAD), aboutirait à un coût total pour l'adaptation des logements dans le département se situant entre 35 et 40 millions d'euros.

Considérant le coût d'une place en EHPAD estimé à 101 € par jour (enquête de coûts 2013 en EHPAD menée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)), l'adaptation des logements en Deux-Sèvres serait équivalente à la prise en charge de 1 000 résidents en EHPAD pendant un an.

#### **VI.4. Eléments de fragilité : essai de quantification des personnes vulnérables en Deux-Sèvres**

Les éléments de fragilité sont les événements, les conditions de vie, et tout ce qui est lié à l'environnement au sens large qui fragilisent les personnes âgées, les rendent vulnérables et peuvent avoir des conséquences sur la préservation de l'autonomie.

A travers l'enquête ERSAD Poitou-Charentes 2015, plusieurs éléments de vulnérabilité ont été identifiés. A partir de la confrontation entre les difficultés ou besoins exprimés par le biais des questions posées lors de l'enquête, et les réponses ou services dont ils bénéficient selon leurs déclarations, des éléments de vulnérabilité ont pu être identifiés. Ces éléments constituent en partie des enjeux de santé publique par leurs conséquences sur la santé des personnes âgées mais ils ont également à voir avec les enjeux sociologiques voire économiques pour certains d'entre eux.

Le premier des éléments de vulnérabilité est l'isolement, qui concerne une personne de 75 ans et plus sur cinq vivant à domicile. Les vulnérabilités liées aux aspects financiers mais également à la mobilité et donc à l'approvisionnement (les « courses ») concernent une proportion de personnes comparable.

Pour l'isolement, le fait d'avoir déclaré se sentir souvent seul a été considéré comme un élément de vulnérabilité, ainsi que le fait de n'avoir personne qui pourrait se déplacer rapidement en cas de besoin, ou n'avoir que rarement des contacts avec des membres de la famille ou des amis.

Sont concernées par la vulnérabilité financière les personnes déclarant avoir une situation financière difficile mais ne percevant pas d'aide financière, et les personnes ayant renoncé à des soins pour des raisons financières.

La vulnérabilité liée à la mobilité a été repérée lorsque la personne déclare avoir des difficultés de transport (pour se rendre chez les médecins, voire de la famille, faire des courses ...) et ne bénéficie pas d'un service de transport à la demande.

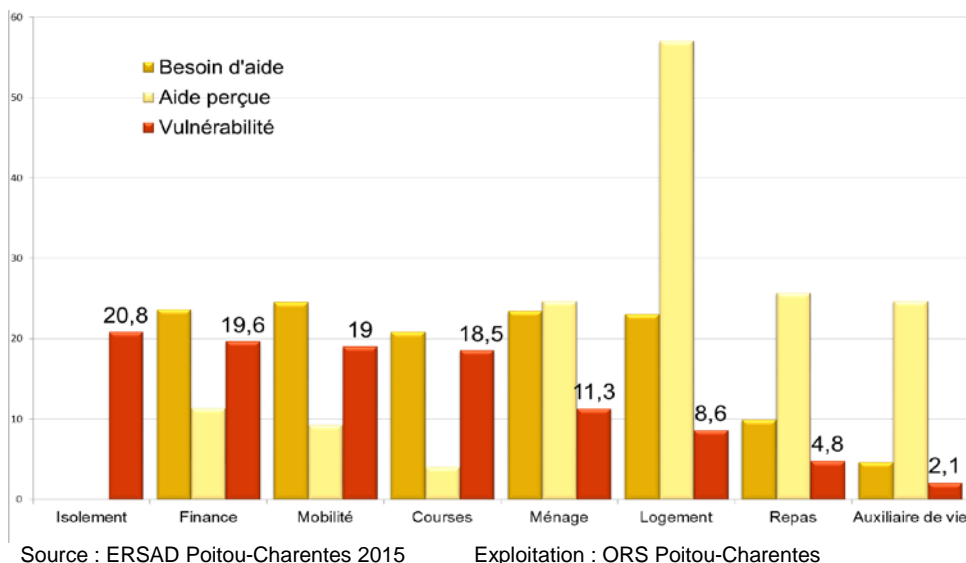
La vulnérabilité au niveau des courses est très liée aux difficultés de mobilité. Elle concerne les personnes déclarant ne pas être capables de faire leurs achats courants seules, et ne bénéficiant pas d'un service de livraison de courses à domicile.

Une vulnérabilité face à l'entretien du domicile est identifiée lorsque la personne dit ne pas pouvoir entretenir seule son logement et qu'elle ne bénéficie pas d'un service d'aides ménagères ou d'auxiliaires de vie.

De la même manière, les personnes sont considérées en situation de vulnérabilité lorsqu'elles déclarent ne pas être capables de préparer seules leurs repas et qu'elles ne bénéficient ni d'aides ménagères ou auxiliaires de vie ni d'un service de portage de repas.

Enfin, pour ce qui concerne la vulnérabilité liée au logement, il s'agit des personnes déclarant que leur logement n'est pas adapté ou que des aménagements sont nécessaires, ou encore la présence de marches intérieures ou extérieures alors qu'elles ne peuvent se déplacer sans aide à l'intérieur ou à l'extérieur du logement et qu'elles déclarent par ailleurs ne pas disposer d'équipements pour les aider (barre d'appui ou dispositifs électriques ou chemin lumineux, ou mobilier réglable).

Figure 27. *Besoins, aide et vulnérabilité par type de service d'accompagnement en Deux-Sèvres chez les 75 ans et plus vivant à domicile (%)*



Dans les Deux-Sèvres, près de 60 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile sont dans une situation de vulnérabilité, les femmes plus fréquemment que les hommes (62 % contre 51 %), et les plus âgés plus souvent que les plus jeunes.

En appliquant ces proportions à la population du département, près de 25 000 personnes de 75 ans et plus vivant à domicile seraient confrontées à au moins un élément de vulnérabilité tel que défini plus haut.

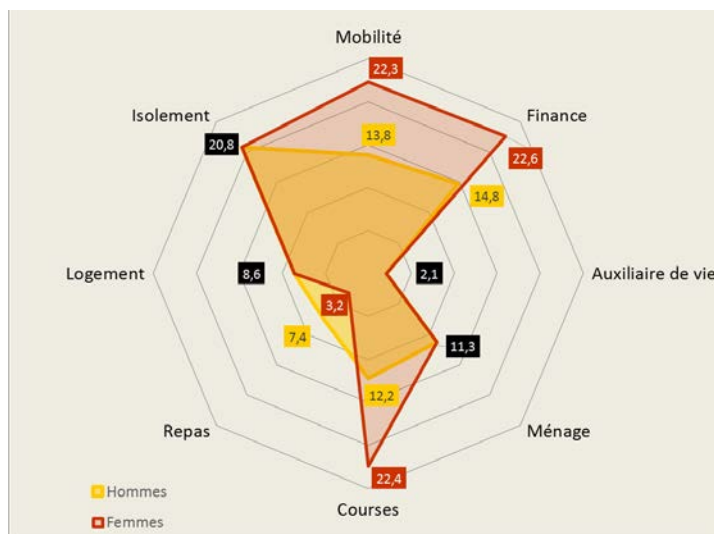
Selon le sexe certains aspects diffèrent :

- une vulnérabilité liée à la mobilité (mobilité et courses) plus fréquente chez les femmes ;
- des plus grandes difficultés financières chez les femmes ;
- une plus grande vulnérabilité masculine face à la préparation des repas.

Mais femmes et hommes ont en commun certains aspects :

- l'isolement ;
- l'adaptation du logement ;
- l'entretien du logement ;
- l'absence d'intervenant à domicile.

Figure 28. *Éléments de vulnérabilité selon le sexe chez les personnes de 75 ans et plus vivant à domicile dans le département des Deux-Sèvres (%)*



## **VI.5. Eléments de synthèse : les enjeux**

### **Des enjeux de santé publique**

- En France, une espérance de vie à 65 ans élevée mais limitée à 10 ans sans incapacité pour les femmes et à 9 ans pour les hommes ;
- Un taux de mortalité globalement plus favorable en Deux-Sèvres que dans le reste de la région Poitou-Charentes ;
- 10 % des deux-sévriens âgés de 75 ans et plus vivant à domicile sont en situation de dépendance lourde et un peu moins de 4 % en situation de dépendance modérée ;
- Une surreprésentation dans le département des ALD diabète et maladies cardiovasculaires ;
- Des situations de poly médication fréquentes ;
- Près de 60 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile présentent un critère de vulnérabilité (soit environ 25 000 personnes), les femmes plus fréquemment que les hommes ;
- Une attention particulière à porter sur les risques liés à la malnutrition, aux chutes et aux suffocations.

### **Des enjeux sociologiques**

- En Deux-Sèvres, 44 % des femmes et 20 % des hommes âgés de 75 ans et plus vivent seuls à domicile ;
- L'importance des relations familiales dans le maintien du lien social ;
- 60 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont des contacts au moins hebdomadaires avec d'autres personnes que la famille ;
- Plus d'une personne âgée de 75 ans et plus sur 3 est membre d'une association ;
- Un indice de grand vieillissement qui tendrait à indiquer un moindre potentiel d'aidants familiaux par rapport à la région et la France.

### **Des enjeux économiques**

- Pour 100 € de dépenses pour la prise en charge des personnes âgées, 2 € seulement le sont pour la prévention de la perte d'autonomie ;
- Le coût de l'adaptation des logements en Deux-Sèvres serait équivalent à la prise en charge de 1 000 résidents en EHPAD pendant un an.

## VIII. La prévention de la perte d'autonomie en Deux-Sèvres

Les programmes et actions de prévention de la perte d'autonomie sont nombreux et relèvent de la compétence d'une multitude d'acteurs. Il est donc nécessaire de miser sur la mutualisation des compétences pour une plus grande efficacité et efficience des moyens mis en place.

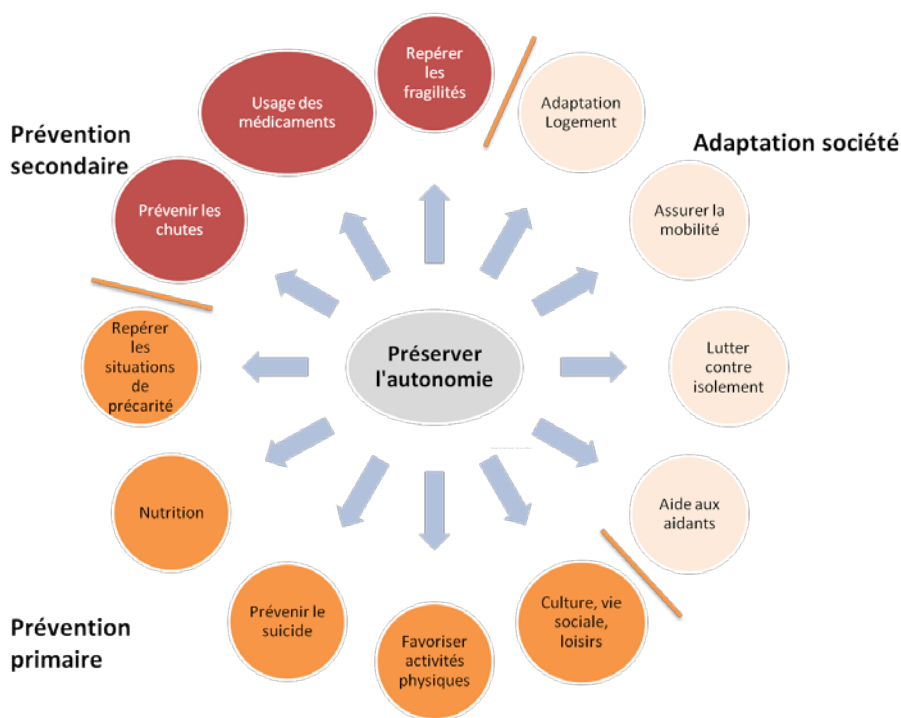
Ainsi, le rapport Pinville de 2013 souligne la « *nécessaire articulation des aspects médicaux et sociaux de la prévention* ». De même, la synthèse documentaire réalisée par l'ORS dans le cadre de la plateforme sur la préservation de l'autonomie des personnes âgées de l'Agence régionale de santé Poitou-Charentes, identifie 9 types de plans ou programmes de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, à destination des personnes âgées. Ces plans et programmes ont des champs d'action très divers (logement, mobilité, usage des médicaments, suicide, prévention des chutes, nutrition....) et sont portés ou relayés par une multitude d'acteurs (Départements, collectivités locales, sécurité sociale, caisses de retraite, association, services de l'Etat,...) sans que cela constitue une politique globale.

Sur certains axes de prévention, de nombreux intervenants ont une action tandis que certains autres sont peu investis. La multiplicité des intervenants concernant notamment l'adaptation des logements, contraste avec le peu d'acteurs investis sur le repérage des situations de précarité, la prévention du suicide, ou en ce qui concerne l'accès aux loisirs et à la culture. Schématiquement, s'agissant de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, il semble que les éléments de prévention primaire sont peu souvent retenus comme prioritaires. Les exceptions sont la nutrition et l'activité physique qui font l'objet de plans et programmes nationaux mis en œuvre par des acteurs régionaux.

En ce qui concerne l'adaptation de la société, il est à noter le peu de programmes mentionnant la mobilité des personnes âgées alors même que dans une région marquée par la ruralité, la problématique de la mobilité constitue un enjeu important dans le domaine de l'autonomie.

En ce qui concerne la prévention secondaire, si la prévention des chutes semble bien perçue comme une priorité par la plupart des acteurs, le bon usage des médicaments comme le repérage des fragilités constituent encore des problématiques qu'il conviendrait de prendre plus largement en compte.

Figure 29. *Eléments pour la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*



Source : Synthèse documentaire sur l'autonomie des personnes âgées. Actualisation 2014  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Pour le recensement et la classification des actions de prévention de la perte d'autonomie dans les Deux-Sèvres (voir en annexe), la typologie des actions issue de la loi d'adaptation de la société au vieillissement a été utilisée. Ainsi, ont été identifiées les actions collectives de prévention, les aides techniques individuelles et les actions de soutien aux proches aidants.

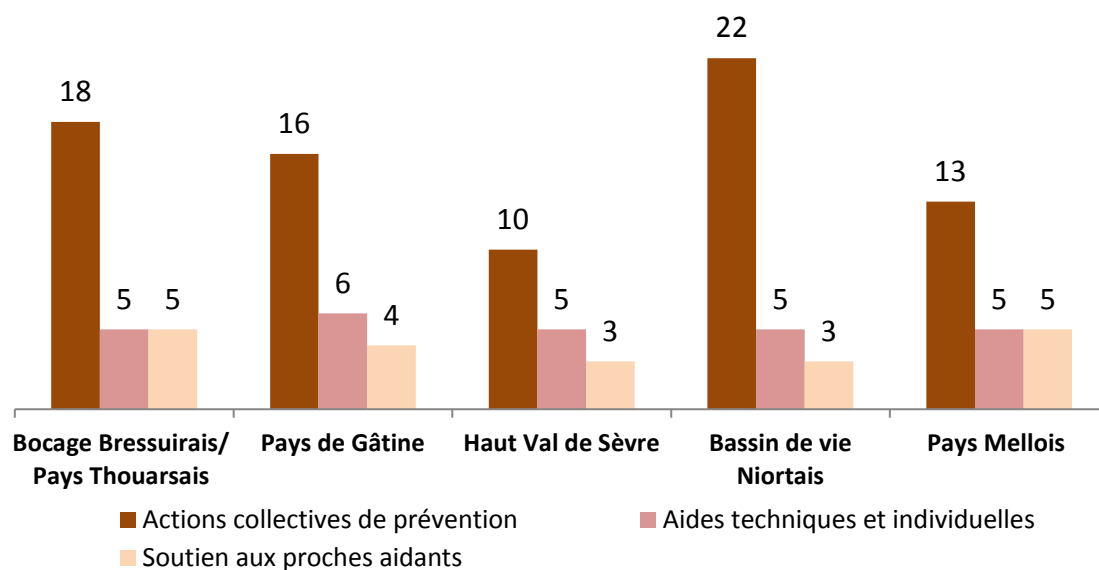
### VIII.1. Les actions mises en place sur les territoires des Deux-Sèvres

Près de 60 actions collectives de prévention collective ont été identifiées sur le département des Deux-Sèvres. Certaines de ces actions peuvent être identiques d'un territoire à l'autre. C'est le cas particulièrement des actions du programme de l'Association de coordination des actions de prévention Poitou-Charentes (CAP P-C) portée par l'inter-régime des caisses de retraite (CARSAT, Mutualité Sociale Agricole (MSA), Régime Social des Indépendants (RSI), Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) et Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL)). Ces actions « généralisées » relèvent en général de programmes issus de plans nationaux (le plan « *bien vieillir* » par exemple) que les opérateurs déclinent sur les territoires.

S'agissant des aides techniques individuelles, 6 actions différentes ont été identifiées, déclinées pour 5 d'entre elles sur chacun des territoires des Deux-Sèvres. Il s'agit quasi exclusivement des prestations délivrées par la CARSAT en faveur du maintien à domicile ou de l'amélioration de l'habitat pour les personnes classées en GIR 5 et 6.

Enfin, 20 actions ont été conduites en direction des proches aidants.

Figure 30. Nombre d'actions de prévention de la préservation de l'autonomie identifiées sur les territoires des Deux-Sèvres en 2014-2015



Sources : Conseil Départemental des Deux-Sèvres, Ireps Poitou-Charentes, ARS, Caisses de retraite  
Réalisation : ORS Poitou-Charentes

Dans le cadre de la préservation de l'autonomie, la problématique la plus fréquemment abordée par les actions mises en place est celle relative à l'isolement et au lien social. Ainsi, parmi les actions les plus emblématiques sur ce sujet, celles visant la mise en place de réseaux de visiteurs bénévoles à domicile sont présentes sur tous les territoires et rassemblent de nombreux partenaires : CLIC, Conseil Départemental, MSA, réseaux gérontologiques....

La pratique d'une activité physique favorable à la santé est également un sujet largement abordé sur tous les territoires. Ces actions mobilisent également de nombreux acteurs parmi lesquels des intervenants spécialisés dans le sport-santé (groupe associatif Siel Bleu ou clubs d'éducation physique et de gymnastique volontaire (EPGV) par exemple).

Les actions proposées reposent également souvent sur une approche globale de la santé. C'est le cas, notamment, des actions développées par CAP P-C. Ainsi, les ateliers du bien vieillir visent à



aider à la préservation du capital santé et à modifier certains comportements notamment sur l'alimentation, le sommeil, la vie sociale, l'hygiène bucco-dentaire...

Le soutien aux aidants figure également parmi les thèmes largement abordés sur les territoires. Les actions développées associent un large panel de partenaires parmi lesquels des associations d'usagers telles que France Alzheimer ou le Collectif Inter-associatif sur la santé (CISS).

Enfin, certaines actions abordent des thèmes plus spécifiques (troubles de la mémoire, sommeil, alimentation). Ces thèmes plus ciblés ne sont cependant pas toujours déclinés sur l'ensemble des territoires deux-sévriens. Il en va ainsi du sommeil, non abordé au sein du Pays de Gâtine, des relations affectives et de la sexualité abordées uniquement sur le bassin de vie niortais, ou encore des maladies chroniques traitées uniquement sur le bassin de vie niortais et sur la Gâtine.

Tableau 1. Nombre d'actions de prévention de la préservation de l'autonomie identifiées sur les territoires des Deux-Sèvres selon le thème abordé en 2014-2015

Thème	Nombre d'actions concernées	Porteurs identifiés	Territoires non couverts
Isolement/mobilité/lien social	20	Caisses de retraite, CLIC, CD 79, CSC, croix rouge, Ireps, réseaux de santé, épicerie sociale...	Aucun
Activité physique	12	CLIC, Mutualité, Comité Olympique, Ufolep, caisses de retraite, Gym volontaire, CD 79, Siel Bleu, CSC	Aucun
Approche globale de la santé	10	Gym volontaire, CSC, caisses de retraite, CLIC, CD 79, mutualité, Ireps	Aucun
Soutien aux aidants	10	CISS, mutualité, France Alzheimer, MSA réseaux de santé, CAP PC, CLIC	Aucun
Prévention des chutes et accidents	7	Caisses de retraite, CSC, CLIC, Gym volontaire, MACIF, gendarmerie, MFR	Aucun
Troubles de la mémoire	4	Caisses de retraite, club Gym volontaire, association Brain up	Aucun
Alimentation	4	CLIC, Caisses de retraite, Initiative Catering, CPAM, MFR, CSC	Aucun
Sommeil	4	Clic, Caisses de retraite, CD 79, mutualité française, Gym volontaire	Pays de Gâtine
Santé mentale	4	Caisses de retraite, associations, CSC, Région Poitou-Charentes, CD 79	Aucun
Prévention de la iatrogénie	4	CLIC,ARS, CD 79, caisses de retraite, Ireps	Gâtine et Mellois
Maintien à domicile	5	Cd 79, Caisses de retraite, IMA, SAAD, Centre hospitalier	Aucun
Amélioration de l'habitat	4	CD 79, Région, ANAH, Caisses de retraite, RESANTE VOUS, Clic	Aucun
Maladies chroniques	3	ARS, CLIC/RSG, club cœur et santé, Camieg, CPAM, EPGV, CH de Niort, asso. Française des diabétiques	Thouarsais/ Bressuirais/ Haut Val de Sèvre /Mellois
Relations affectives/sexualité	1	Caisses de retraite,CLIC, Ireps, ARS, CD 79	Thouarsais/ Bressuirais/Gâtine/Haut Val de Sèvre/Mellois
Sécurité	1	MSA, gendarmerie, génération mouvement, Clic	Haut Val de Sèvre/Mellois/Bassin de vie niortais

Sources : Conseil Départemental des Deux-Sèvres, Ireps Poitou-Charentes, ARS, Caisses de retraite

Réalisation : ORS Poitou-Charentes

## VIII.2. Les acteurs de la prévention

Les partenaires mobilisés autour des actions de préservation de l'autonomie sont très nombreux et très divers. Les informations recueillies ne permettent cependant pas toujours de préciser leur niveau de participation : financeur, contributeur et/ou opérateur.

Il est possible de distinguer 3 grandes catégories de partenaires : les acteurs en charge de la stratégie (qui définissent ou pilotent les plans et programmes), les acteurs opérationnels (qui organisent et structurent les actions sur le terrain) et les effecteurs (qui mettent en œuvre les actions au niveau local). Ces distinctions sont cependant théoriques et certains acteurs combinent parfois plusieurs de ces missions.

### VIII.2.1. Les acteurs en charge de la stratégie

Au sein de ces acteurs, il convient de distinguer ceux ayant un rôle dans la planification et le financement de la prévention, comme le Conseil Départemental et l'ARS de ceux ayant une politique de prévention programmée en interne et qui le cas échéant mutualisent leurs ressources.

Dans ce paysage, le Conseil Départemental et l'ARS ont un rôle de planificateurs et de financeurs. Pour le Conseil Départemental, cette double fonction se traduit par l'élaboration du schéma pour l'autonomie, la coordination gérontologique, le versement de l'APA, la tarification des services et établissements médico-sociaux, le développement des plateformes territoriales de services et d'animation, le financement des CLIC et les appels à projets d'actions collectives en direction des personnes âgées (de 2010 à 2014) et programme d'hébergement intermédiaire tel que « *l'habitat regroupé* ». Pour l'ARS, la contribution majeure se traduit, depuis 2014 et la mise en place de la plateforme de santé publique sur l'autonomie des personnes âgées, par le lancement d'un appel à projets pour développer une culture de la préservation de l'autonomie tout au long de la vie, identifier et agir sur les facteurs de risque à domicile et les fragilités, et favoriser l'accès aux droits et aux services de proximité.

La Région Poitou-Charentes et l'ANAH sont d'autres acteurs institutionnels impliqués sur ce champ de la prévention en Deux-Sèvres. Les acteurs de l'assurance retraite, de l'assurance maladie, des caisses de retraite complémentaires ainsi que les mutuelles sont également fortement engagés. Ainsi, l'association CAP P-C qui regroupe la CARSAT, la MSA, le RSI, la CNRACL et la CAMIEG met en place des ateliers et des conférences-débats dans le prolongement du plan national bien vieillir et de l'aide aux proches aidants. La Mutualité française a été identifiée sur 6 actions différentes sur le département.

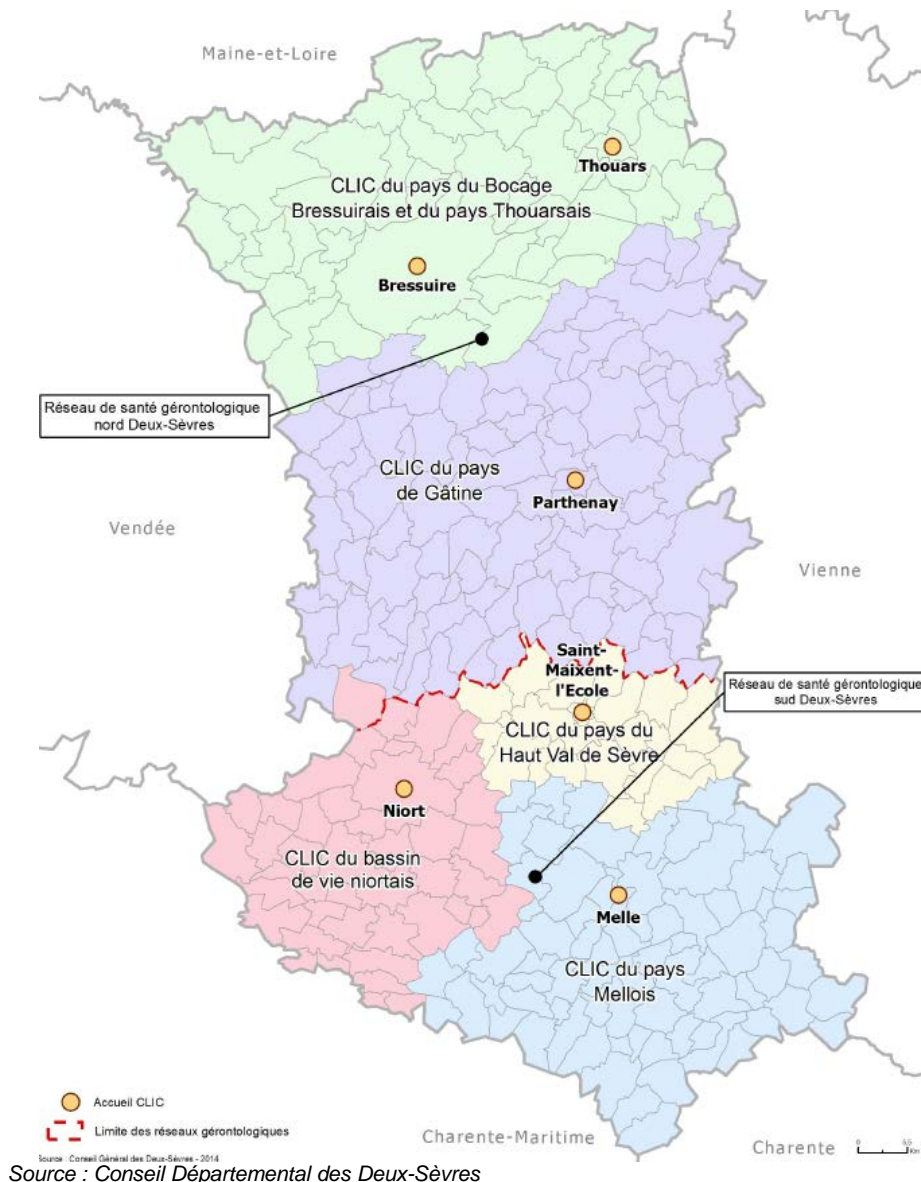
### VIII.2.2. Les acteurs opérationnels

Sans pouvoir prétendre être exhaustif, le recensement réalisé a permis d'identifier de nombreux organismes sociaux et socioculturels qui participent et organisent la préservation de l'autonomie : centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS ou CIAS), centres socioculturels. Ces acteurs sont en effet en première ligne car directement au contact des habitants.

Autres animateurs des territoires impliqués dans la structuration de l'offre de prévention sur leur territoire, les structures visant à coordonner les interventions : les 5 CLIC, les 2 réseaux de santé gérontologiques et les gestionnaires en santé des 2 MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins en faveur des personnes en perte d'autonomie).

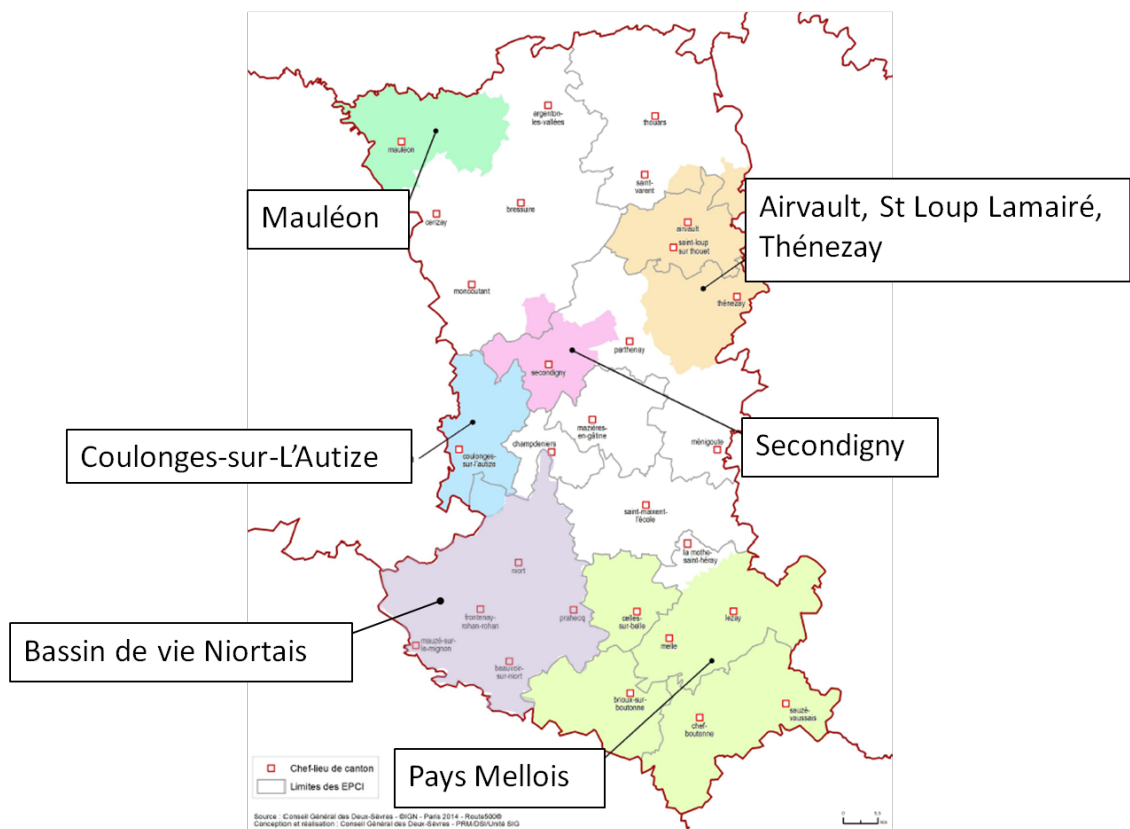


Figure 31. Les CLIC et réseaux de santé gérontologiques dans les Deux-Sèvres



Les plateformes territoriales de service et d’animation mises en place depuis 2013 à l’initiative du Conseil Départemental des Deux-Sèvres peuvent également figurer au rang des acteurs opérationnels. Le département en compte 6 en 2015. Ces plateformes s’inscrivent dans une approche territoriale de proximité, au croisement des secteurs du social, du médico-social, du sanitaire et plus largement de la cohésion sociale et de la citoyenneté. Elles visent à favoriser le développement de lieux de vie ouverts sur la cité, assurant solidarité et services de toute nature afin d’éviter les ruptures de prise en charge entre domicile et établissement. De par leur rôle dans le développement des territoires, basé sur la coopération entre les différents partenaires, les plateformes permettent de proposer un panel d’activités de prévention précoce ou dites thérapeutiques et de services adaptés aux attentes et besoins des personnes âgées ou en situation de handicap.

Figure 32. Les plateformes territoriales de service et d'animation en Deux-Sèvres



Source : Conseil Départemental des Deux-Sèvres

### VIII.2.3. Les effecteurs

Cette dernière catégorie d'acteurs est plus souvent de nature associative et requiert parfois des compétences très spécifiques. C'est le cas par exemple dans le domaine de l'activité physique et sportive (association Siel bleu, associations de gym volontaire...), de l'alimentation (initiative catering) ou des troubles de la mémoire (brain up, Pac Eureka). Parmi ces effecteurs, se retrouvent également des associations ayant des compétences plus transversales (IREPS, centres sociaux et culturels) ou des acteurs institutionnels telle la Gendarmerie Nationale (impliquée dans des actions sur la prévention routière notamment).

Les structures sanitaires ou médico-sociales sont moins souvent impliquées dans la mise en œuvre des actions mais participent cependant à des dispositifs de répit pour les aidants (hôpital de Mauléon, les EHPAD), à des rencontres intergénérationnelles (EHPAD d'Argenton les Vallées, MARPA de Cersay) ou à des expérimentations (Centre hospitalier de Niort).

La Caisse primaire d'assurance maladie, Malakoff-Médéric, Inter-mutuelle Assistance, la MACIF-SMIP, l'Association nationale des retraités des PTT et l'AGIRC-ARRCO sont également impliqués en tant qu'effecteurs dans des actions de préservation de l'autonomie sur le département.

## X. Synthèse

### X.1. Les territoires des Deux-Sèvres : inégalités des indicateurs sanitaires et sociodémographiques

Sans chercher à délaissier certains territoires en n'y développant pas d'actions de préservation de l'autonomie, plusieurs indicateurs suggèrent néanmoins un premier ciblage des territoires à prioriser par les acteurs de la conférence des financeurs.

Les indicateurs utilisés sont issus du tableau de bord santé social des Pays et Communautés d'agglomération de Poitou-Charentes. Il est nécessaire de considérer ces indicateurs comme une contribution à l'aide à la décision et de les confronter à d'autres sources mais également aux remontés des acteurs de terrain.

Selon ces indicateurs certains territoires des Deux-Sèvres présentent un cumul de situations moins favorables. Il en va ainsi tout particulièrement du Pays Thouarsais mais aussi des Pays Mellois, et de Gâtine.

#### *Indicateurs sociodémographiques*

- Les Pays de Gâtine, du Mellois et du Thouarsais présentent les plus fortes proportions de personnes âgées de 75 ans et plus (entre 12,5 % et 13,8 %)
- Ces mêmes territoires, et le Pays Bressuirais, comptabilisent les plus forts pourcentages de personnes de 15 ans et plus non scolarisées ou sans diplômes (de 17 % à 20 % des habitants sont dans cette situation contre 16 % en Deux-Sèvres et 15,5 % en Poitou-Charentes). Ce niveau d'éducation peut être un facteur discriminant dans l'appropriation des messages et des comportements de prévention.
- S'agissant de la couverture par la CMUc et par les prestations familiales, les plus fortes proportions de bénéficiaires se retrouvent en milieu urbain (Communauté d'agglomération de Niort (CAN)) et au sein du Pays Thouarsais.

#### *Indicateurs d'état de santé*

- Des situations de surmortalité par rapport au Poitou-Charentes sont observées pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes du Pays Thouarsais et chez les hommes et les femmes du Pays de Gâtine. Les femmes du Pays de Gâtine sont également en surmortalité au regard de la situation régionale pour les maladies de l'appareil respiratoire.
- Les hommes et les femmes des Pays du Bocage Bressuirais, de Gâtine et du Pays Mellois sont plus fréquemment qu'en Poitou-Charentes admis en ALD pour une maladie de l'appareil circulatoire, de même que les femmes de l'agglomération de Niort, et des Pays de Gâtine et du Mellois pour les tumeurs malignes.
- Les admissions pour en ALD pour diabète sont plus fréquentes qu'en région chez les hommes et chez les femmes des Pays de Gâtine et du Mellois ainsi que chez les femmes du Pays Thouarsais.
- Les ALD pour troubles mentaux sont plus fréquentes chez les hommes et les femmes de la CAN et du Pays Mellois.
- Pour les maladies ostéo-articulaires, les habitants du Bocage Bressuirais et les hommes de Gâtine sont plus souvent hospitalisés.

### X.2. Les atouts pour la prévention de la perte d'autonomie en Deux-Sèvres

Plusieurs constats positifs peuvent être émis à partir de l'état des lieux réalisé. Le premier atout pour la mise en œuvre d'une politique de prévention réside dans l'ancrage institutionnel. Ainsi, tant l'ARS, avec son appel à projets ciblé issu des travaux spécifiques engagés dans le cadre de sa plateforme de santé publique en 2014, que le Conseil Départemental, via le pilotage des CLIC depuis 2006, ses financements et ses impulsions, et les caisses de retraite, actives sur tous les territoires des Deux-Sèvres, mettent en œuvre une politique volontariste et diversifiée de prévention de la perte d'autonomie et de l'aide aux aidants.

Le découpage reconnu en territoires de coordination infra-départementaux est un autre atout. Ainsi, les territoires d'action des CLIC semblent être une référence établie sur laquelle se coordonnent les différents acteurs.

Par ailleurs, bon nombre d'actions sont déclinées sur la majorité des territoires CLIC. C'est le cas des actions du « *bien vieillir* » (balades, ateliers cantonaux, actions CAP PC, ASEPT...) qui ont essaimé sur chacun des Pays et le bassin de vie niortais en s'appuyant sur une grande variété d'acteurs. De même, les réseaux de visiteurs à domicile (Papot'âge, Brin de caquette...) suivant la logique du plan MONALISA pour prévenir l'isolement voire la désocialisation, sont implantés sur chacun des territoires. Les actions autour de l'activité physique et de la mémoire, qui nécessitent des prestations de haut niveau et professionnalisées sont également largement développées. Il est ainsi possible de dire que l'offre de prévention développée est relativement homogène d'un territoire à l'autre.

La diversité et le nombre des acteurs mobilisés pour la mise en place des actions est également un point fort du département. C'est ainsi plus de 60 acteurs/partenaires qui ont été identifiés. De même, la richesse du tissu associatif du département (plus de 30 000 bénévoles impliqués dans la vie des associations) constitue une opportunité.

### **X.3. Les points de vigilance et les besoins d'amélioration**

Si la diversité et le grand nombre des acteurs est un atout, tant il permet d'asseoir les actions de prévention sur des acteurs bien implantés et ayant une connaissance fine des territoires, la contrepartie est un certain manque de lisibilité et la nécessité corollaire de mobiliser beaucoup de ressources pour la coordination.

Ainsi, la coordination des centres intercommunaux d'action sociale, des CLIC (en lien étroit avec les réseaux de santé) et des plateformes territoriales de services et d'animation reste à imaginer et à formaliser. Le foisonnement d'acteurs peut aussi s'avérer peu lisible pour la population. Ainsi, selon l'étude ERSAD Poitou-Charentes 2015, 38 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant en Deux-Sèvres s'orienteraient prioritairement vers leur médecin traitant pour obtenir des informations sur les aides existantes et 36 % privilégieraient la mairie ou le CCAS.

Il en résulte que c'est non seulement le rôle des acteurs qui manque de clarté mais aussi l'ensemble des services qu'ils offrent. Cette diversité fait également apparaître le besoin de rendre plus homogène la qualité des prestations en tous lieux du département.

Autre point à améliorer, les problématiques d'habitat, de logement et de cadre de vie, hormis dans le cadre des prestations CARSAT, semblent peu explorées. Les besoins dans ces domaines restent peut-être à estimer plus précisément. Il en va de même des questions de mobilités/déplacements qui sont très peu présentes parmi les actions identifiées. Ces deux aspects sont pourtant particulièrement importants concernant la préservation de la perte d'autonomie.

Comme dit précédemment, le nombre d'actions de prévention est relativement important, cependant les manifestations et ateliers qui sont proposés ne rassemblent parfois que quelques dizaines de personnes tout au plus. La communication autour de ces actions et le suivi semblent donc à améliorer afin qu'elles puissent bénéficier à un plus grand nombre.

Enfin, pour rendre plus efficacement compte des actions et ressources qui vont être engagées par les partenaires de la Conférence des financeurs, il conviendrait d'homogénéiser et de standardiser la description des actions sur chacun des territoires CLIC. Loin d'être cosmétique cet effort permettra de mieux évaluer les processus et résultats des programmes et des actions qui seront mis en place. La culture de l'observation et de l'évaluation est donc à développer chez chacun des partenaires. De même, la connaissance des besoins de la population à l'échelle infra-départementale mériterait encore d'être affinée, en se dotant d'outils de suivi et d'analyse des besoins en lien avec les préconisations du schéma pour l'autonomie.

## XI. Annexe : Les actions transversales concernant tous les territoires

### Les actions collectives de prévention

Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
CAP P-C « Séniors, soyez acteurs de votre santé »	Aborder les notions clés pour bien vieillir. Astuces et conseils pratiques, Mobiliser pour participer aux ateliers de préservation de l'autonomie.	ARS, CNRACL, CARSAT, Régime agricole, Régime des indépendants, CAMIEG	
CAP P-C « PEPS EUREKA »	Lutter contre les troubles de la mémoire		
CAP P-C « Ateliers du bien vieillir »	Modifier certains comportements pour préserver le capital santé		
CAP P-C « Ateliers objectif équilibre »	Prévenir la détérioration et l'affaiblissement musculaire.		
CAP P-C « Ateliers nutrition santé séniors »	S'informer sur les effets de l'alimentation dans le « Bien Vieillir » et acquérir de nouveaux réflexes favorables à un bien être durable		

### Accès aux équipements et aides techniques individuelles

Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Aide CARSAT PAP	Aide aux actes ménagers Personnes âgées GIR 5 et 6 sous condition de ressources	CARSAT, CNAV	
Aide CARSAT PAP	Aide au retour à domicile Personnes âgées GIR 5 et 6 sous condition de ressources	CARSAT, CNAV	
Aide CARSAT PAP	Aide à l'amélioration de l'habitat Personnes âgées GIR 5 et 6 sous condition de ressources	CARSAT, CNAV	
Habitez-mieux	Adaptation du logement lié au vieillissement	ANAH, CD 79, CR, caisses de retraite	

## Les actions collectives de prévention – Pays de Gâtine



Programme - Action	Objectif	Financeur	Opérateur
Groupe bien vieillir cantonaux	Mener des actions de prévention	CD 79	CLIC, CSC Val d'Egray
Trajectoire de vie	Valoriser la place des aînés dans la société	Fondation de France	CLIC
MONALISA - Papot'âge	Lutter contre l'isolement	CLIC, MSA	
Programme retraités de La Poste	Promotion de la santé	IREPS, Asso des retraités de La Poste	
Animation sportive seniors	Promouvoir les activités physiques et sportives (APS) en tant que facteur de santé	ARS – CD 79 – CR - CNDS	UFOLEP
Avancée en âge et prévention routière	Prévention routière	CLIC-CD 79	CLIC-Gendarmerie nationale
Semaine bleue : Rétro Dancing	Initiation aux danses de salon	CLIC- CD 79	CLIC
Tranquillité seniors	Informier et prévenir les atteintes aux biens et aux personnes	CLIC-CD 79	CLIC, MSA, Génération mouvements, Gendarmerie nationale
Interclit Prenez soin de votre cœur	Prévention des maladies cardio-vasculaires	CLIC, CD 79, Klesia	Malakoff Médéric, CAMIEG
Conférence Débat	Les limites du maintien à domicile	MAIA Nord 79	CLIC
Conférence Débat	Une histoire de sac à dos	MAIA Nord 79	CLIC

## Accès aux équipements et aides techniques individuelles – Pays de Gâtine



Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Expérimentation AMISURE	Proposer de nouvelles offres de services <i>via</i> des écosystèmes mieux organisés et utilisant les TIC	IMA, Macif, CD 79, ARS, CH de Niort, Asso gérontologique, SPASAD	
Habitat regroupé	Améliorer le parcours résidentiel des personnes âgées	CD 79	Commune de Ménigoute

## Soutien aux proches aidants – Pays de Gâtine

Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Démarche d'aides aux aidants	Permettre aux aidants d'assumer leur rôle en préservant leur équilibre de vie	MSA, CLIC, CRAMCO	
Soutien aux aidants	Prévention de l'épuisement	ARS, Fondation de France, IRP-AUTO, Région, CNASEA	CISS
Soutien aux aidants – Café mémoire – Plateforme de répit	Ateliers d'échange		CLIC, France Alzheimer – Asso gérontologique
Plateforme de répit – Bien vieillir chez soi	Proposer une offre de répit, une écoute et un accompagnement pour les aidants familiaux de malades d'Alzheimer ou de maladies apparentées.	Asso gérontologique, CCAS de Parthenay, France Alzheimer, résidence Pompairain, CD 79	



## Les actions collectives de prévention – Pays de Thouarsais et Pays du bocage Bressuirais



Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Olympiade de l'Argentonnais	Favoriser les rencontres intergénérationnelles Préserver l'autonomie et le bien-être des personnes âgées	Association CAPS (Conseil action prévention santé), MSA, EHPAD d'Argenton les Vallées, MARPA de Cersay	
Ateliers du bien vieillir	Favoriser le bien vieillir autour du corps de l'alimentation, du sommeil....	CD 79	CLIC
Réseaux de bénévoles, visiteurs à domicile	Formation/rencontres des bénévoles	CD 79	CLIC MSA
Brin de causette	Rompre l'isolement	CLIC, Comm'génération, MSA, CD 79	
INTERCLIC – Mon sommeil ma santé	Information sur le sommeil et les effets du vieillissement	Malakof médéric, Klésia, CAMIEG, Brain up, CLIC	
INTERCLIC Nord : Bien se nourrir, c'est bien vieillir	Promotion alimentation favorable à la santé	CLIC CD 79	
INTERCLIC – Sécurité routière	Révision du code de la route	CLIC CD 79	
Tranquillité séniors	Informier et prévenir les atteintes aux biens et personnes	MSA, gendarmerie, génération mouvement, CLIC	

## Les actions collectives de prévention – Pays de Thouarsais et Pays du bocage Bressuirais



Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Conférence-débat	Favoriser le Bien vieillir en luttant contre l'isolement	CARSAT, CLIC	
Piscine accompagnée	Se familiariser avec l'eau ; rompre l'isolement	CSC Pays Mauléonais, CLIC	
Dimanche détente	Rompre l'isolement	CSC Cerizéen, CLIC, ADMR, MSA, CCAS	
Semaine bleue	Renforcer les liens intergénérationnels	CD79, CLIC	
Commission séniors	Mise en place d'action de prévention et de prévention sur le canton de St-Varent	CLIC, MSA, CSC, EHPAD, élus, bénévoles du réseau brin de caquette...	

## Accès aux équipements et aides techniques individuelles – Pays de Thouarsais et Pays du bocage Bressuirais

Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Habitat regroupé	Améliorer le parcours résidentiel des personnes âgées	CD 79, Habitat Nord Deux-Sèvres, Sèvres Loire Habitat, CCAS La Chapelle St Laurent	

## Soutien aux proches aidants – Pays de Thouarsais et Pays du bocage Bressuirais



Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Plateforme de répit – Atelier cuisine	Rompre l'isolement	Asso gérontologique, MSA, Comm'Génération	
Plateforme de répit – Formation des aidants	Formation des aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	Asso gérontologique, France Alzheimer	
Soutien aux aidants	Prévention de l'épuisement	ARS, Fondation de France, IRP-AUTO, Région, CNASEA	CISS
Plateforme de répit – Rencontre entre aidants	Présentation équipe mobile Alzheimer	CLIC, MSA, Hôpital de Mauléon, ADMR, familles rurales, plateforme de répit, MAIA, CSC...	
Soutien aux aidants – Café mémoire – Plateforme de répit	Ateliers d'échange		CLIC, France Alzheimer, Asso gérontologique

## Les actions collectives de prévention (1/2) – Bassin de vie niortais



Programme - Action	Objectif	Financeur	Opérateur
Part'âge Seniort	Ecriture d'un plan d'action autour de l'isolement de la personne âgée	CD 79	EHPAD des Coteaux de Ribray, de la caravelle, SAAD du CCAS de Niort, CSC du Niortais, ensemble socio culturel niortais, IREPS, CLIC
Prévention des chutes	Prévenir les chutes et accidents domestiques	CD 79, CLIC	MSA, CSC du marais, CLIC, Sport pour tous
Gym'mémoire	Prévenir le bien vieillir	CD 79, CLIC	CLIC, CODEPEPGV
Réseaux de bénévoles	Visites de bénévoles à domicile pour rompre l'isolement	ANRPTT, Croix Rouge, MSA, CLIC	
Foire Expo-Prévention des chutes	Prévenir les chutes et accidents domestiques	CLIC- CD 79	CODEPEPGV
Les ballades des clés du bien vieillir	Prévention autour de l'AP, de la nutrition, de la mémoire	CD 79 – CLIC - CAMIEG	MSA, CSC du Marais, MFR, Sport pour tous, CPAM santé active, ANR PTT, Foyer logement des tilleuls, I. Catering, Relax'Ozen, CODEPEPGV, SASouche, Niort Marais, Club des randonneurs du Marais, le jardin des simples, Mairies de St-Georges et de Coulon

## Les actions collectives de prévention (2/2) – Bassin de vie niortais



Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Conférence sur les bienfaits de l'AP+ateliers	Informier sur les bienfaits de l'AP et les activités physiques sportives existantes	CD 79, CLIC, Ville de Niort	Siel Bleu, Vent d'Ouest
Atelier cuisine	Promouvoir une alimentation favorable à la santé	ARS, CLIC	Initiative catering, CSC du Marais
Conférence sur le mésusage du médicament	Promouvoir le bon usage du médicament	CD 79	IREPS, CLIC, Point info santé, CAMIEG
Guide seniors à Niort	Lutter contre l'isolement des personnes âgées	CD 79	IREPS, CLIC, CCAS, ESN, Ville de Niort
L'amour n'a pas de ride	Promouvoir la liberté et la dignité des personnes âgées et débattre autour des relations affectives et sexuelles des personnes âgées	ARS, CD 79, Comité AGIRC-ARRCO, MSA, CLIC	IREPS, CLIC, CAMIEG, MSA, ADMR, AGIRC
INTERCLIC sud – sécurité routière	Prévenir les accidents routiers	CLIC, MACIF, Gendarmerie, MFR Sansais, CSC Aiffres	CD79, CLIC, MACIF, Ville Aiffres, Mutualité Française
Conférence : de la perte de mémoire à Alzheimer	Informier sur les troubles bénins de la mémoire, les 1 <sup>ers</sup> signes de la MA et les aides pour les malades et aidants	CD 79	CH de Niort, France Alzheimer, MSA, CLIC
Salon du bien vieillir	Informier sur le bien vieillir	CD 79 ?	Etudiants ICSSA, CD 79, CLIC...
Séniors acteurs et citoyens Gestes de 1 <sup>er</sup> secours	Initiation aux gestes de 1 <sup>ers</sup> secours	CD 79, CLIC	Protection civile 79, CLIC
Ateliers Gym'équilibre	Promotion de l'AP	CD 79, CLIC	CODEPEPGV, CLIC
Bien manger et bouger après 60 ans	Promotion de la santé via des ateliers de prévention portant sur la nutrition l'AP et la mémoire	Ville d'Aiffres	MPT Aiffres, CPAM, EPGV, CARSAT, CLIC

## Accès aux équipements et aides techniques individuelles – Bassin de vie niortais

Programme - Action	Objectif	Financeur	Opérateur
Expérimentation AMISURE	Proposer de nouvelles offres de services <i>via</i> des écosystèmes mieux organisés et utilisant les TIC	IMA, Macif ,CD 79, ARS , CH de Niort Asso gérontologique, SPASAD	



## Soutien aux proches aidants – Bassin de vie niortais

Programme - Action	Objectif	Financeur	Opérateur
Soutien aux aidants – Café mémoire – Plateforme de répit	Ateliers d'échange		CLIC, France Alzheimer
Groupe de parole aidants	Libérer la parole des aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	Ville de Niort, CD 79, CCAS Mauzé	CSC, EHPAD, CLIC
Soutien aux aidants	Prévention de l'épuisement	ARS – Fondation de France - IRP-AUTO – CR - CNASEA	CISS

## Les actions collectives de prévention – Pays Haut Val de Sèvre



Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Lutter contre l'isolement	Lutter contre l'isolement	CARSAT, CNAV	
Ballade des clés du bien vivre	Préservation de la mobilité et de la sociabilité	CLIC, CAMIEG	CLIC
Ateliers équilibrage	Préservation de l'autonomie	CLIC, MSA, CD 79	CLIC
Séances de gym'mémoire	Préservation de l'autonomie	CLIC, Gym volontaire	CLIC
Ateliers thématiques liens contre l'isolement	Lutte contre l'isolement et rapprochement des personnes âgées en EHPAD et à domicile	CLIC, CD 79	CLIC, EHPAD

## Accès aux équipements et aides techniques individuelles – Pays Haut Val de Sèvre

Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Habitat regroupé	Améliorer le parcours résidentiel des personnes âgées	CD 79, CCAS de La Crèche, CIAS Val de Sèvre	

## Soutien aux proches aidants – Pays Haut Val de Sèvre

Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Gouter des aidants	Offrir un espace de parole et de répit aux aidants	CD 79, MSA	CLIC
Mouvements partagés	Ateliers collectifs aidants/aidés d'AP	CD 79, Mutualité	CLIC
Soutien aux aidants	Prévention de l'épuisement	ARS, Fondation de France, IRP-AUTO, CR, CNASEA	CISS



## Les actions collectives de prévention – Pays Mellois



Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Voisin'âge	Lutter contre l'isolement	CLIC, MSA, Croix rouge	
Séniors et alors	Lutter contre l'isolement	MFPC, CLIC, CD 79	Mutualité française, CLIC, CSC Mellois, CCAS de Melle, épicerie sociale, et SAD
Les clés du bien vivre	Préservation de la mobilité et de la socialisation	CD 79, CLIC, CAMIEG	CAMIEG, MSA, ANR PTT, MFR Brioux, génération mouvement
Semaine bleue	Préservation de l'autonomie	CLIC, Mutualité française, fédération gym volontaire, CD 79, médiathèque de Melle	
solidR'net : ateliers informatiques	Apprendre à utiliser un ordinateur	CD 79	CLIC
Programme retraités de La Poste	Promotion de la santé	IREPS, Asso des retraités de La Poste	
Séniors et sportifs	Promotion de l'AP	Mutualité française, CLIC, Comité olympique, Pays Mellois	
Part'âges	Socialisation autour de jeux de société	CD 79	CLIC??

## Accès aux équipements et aides techniques individuelles – Pays Mellois

Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Habitat regroupé	Améliorer le parcours résidentiel des personnes âgées	CD 79, SA Melloise d'HLM, CdC du Val de Sèvre	

## Soutien aux proches aidants – Pays Mellois



Programme - Action	Objectif	Financier	Opérateur
Semaine bleue : Café rencontre « Ben'Aise »	Offrir la parole et du répit aux aidants des personnes en perte d'autonomie	CD 79, KLESIA, CLIC, Malakoff Médéric, MSA Sèvres-Vienne	CLIC, EHPAD Brioux, MFPC, MSA
Programme santé des aidants – mouvements partagés	Promotion de l'AP, du bien être et préservation du lien social	Mutualité française, Ligue Sport adapté	
Soutien aux aidants	Prévention de l'épuisement	ARS, Fondation de France, IRP-AUTO, CR, CNASEA	CISS
Café mémoire	Soutenir et échanger avec les aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer	CD 79, France Alzheimer	France Alzheimer
La santé des aidants, parlons-en !	Favoriser la prise en compte par l'aidant de son rôle et de sa santé, inciter l'aidant à devenir acteur de sa santé, favoriser la prise de conscience de l'existence de réponses tant pour l'aidant que pour la personne accompagnée	Mutualité Française Poitou-Charentes	MFPC, CLIC



# Diagnostic préalable à la mise en place de la conférence des financeurs du département des Deux-Sèvres

## **Introduction et objectifs**

Le Conseil Départemental des Deux-Sèvres fait partie des 26 départements préfigurateurs de la mise en place des Conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus. Ces conférences sont des instances de coordination institutionnelle dont la mission est de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention, en complément des prestations légales ou réglementaires. C'est dans le cadre de cette préfiguration que le Conseil Départemental des Deux-Sèvres a confié à l'Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes, le travail de diagnostic et de recensement présenté dans ce document.

## **Matériel et méthode**

L'ORS a pris l'attache de la Direction des Solidarités et de l'Autonomie des Personnes (DSAP) du Conseil Départemental des Deux-Sèvres afin d'intégrer au diagnostic le recensement des actions de prévention des différents opérateurs. Ce recensement a été complété par l'exploitation de l'outil OSCARS®, des données de l'enquête ERSAD et du tableau de bord santé-social des Pays et Communautés d'Agglomération.

## **Résultats**

Sans chercher à délaisser certains territoires en n'y développant pas d'actions de préservation de l'autonomie des personnes âgées, plusieurs indicateurs suggèrent néanmoins un premier ciblage des territoires à prioriser par les acteurs de la conférence des financeurs.

Plusieurs constats positifs peuvent être émis à partir de l'état des lieux réalisé. Le premier atout pour la mise en œuvre d'une politique de prévention réside dans l'ancrage institutionnel. Le découpage reconnu en territoires de coordination infra-départementaux est un autre atout. Ainsi, les territoires d'actions des CLIC semblent être une référence établie sur laquelle se coordonnent les différents acteurs. La diversité et le nombre des acteurs mobilisés pour la mise en place des actions est également un point fort du département. Ce sont plus de 60 acteurs/partenaires qui ont été identifiés. De même, la richesse du tissu associatif du département (plus de 30 000 bénévoles impliqués dans la vie des associations) constitue une opportunité.

Cependant, cette richesse des acteurs peut induire un certain manque de lisibilité et la nécessité corollaire de mobiliser les ressources nécessaires à leur coordination. Autre point à améliorer, les problématiques d'habitat, de logement et de cadre de vie, hormis dans le cadre des prestations CARSAT, semblent peu explorées.

## **Conclusion**

Pour rendre plus efficacement compte des actions et ressources qui vont être engagées par les partenaires de la Conférence des financeurs sur la préservation de l'autonomie des personnes âgées, il conviendrait d'homogénéiser et de standardiser la description des actions sur chacun des territoires CLIC. Loin d'être anecdotique cet effort permettra de mieux évaluer les processus et résultats des programmes et des actions qui seront mis en place.

## Pour nous citer

GIRAUD J., ROBIN S., TEXIER N. **Diagnostic préalable à la mise en place de la conférence des financeurs du département des Deux-Sèvres.** ORS Poitou-Charentes. Rapport N° 184. Octobre 2016. 55 p.

## Mots-clés

Programme action, Prévention santé, Prévention sociale, Recensement, Activité physique, Nutrition, Sécurité routière, Aide aux aidants, Personne âgée, Besoin santé, Deux-Sèvres

