



ATLAS
DES TERRITOIRES
PILOTES
Paerpa

Situation
2012

IRDES

Institut de recherche
et documentation en
économie de la santé

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :
<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>

IRDÉS
Institut de recherche
et documentation
en économie de la santé

117bis, rue Manin 75019 Paris
Courriel : publications@irdes.fr
Tél. : 01 53 93 43 06
www.irdes.fr

Responsable scientifique Zeynep Or

Équipe scientifique Yann Bourgueil,
Jean-Baptiste Combes,
Nelly Le Guen, Charlène Le Neindre,
Constance Lecomte, Anne Penneau

Directeur de publication Yann Bourgueil

Secrétariat général d'édition Anne Evans

Conception graphique
(cartographie et couverture) Constance Lecomte

Maquette Franck-Séverin Clérembault,
Constance Lecomte

Diffusion Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui
Imprimeur Présence graphique
Monts, 37260

Dépôt légal Juin 2015

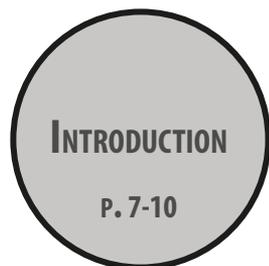
ISBN 978-2-87812-409-5 (broché)
978-2-87812-408-8 (PDF)



ATLAS DES TERRITOIRES PILOTES *Paerpa*

Situation 2012

SOMMAIRE



AQUITAINE



ÎLE-DE-FRANCE

BOURGOGNE

CENTRE





MIDI-
PYRÉNÉES



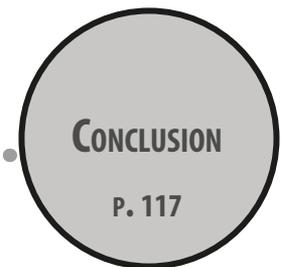
LIMOUSIN



NORD-PAS-
DE-CALAIS

LORRAINE

PAYS
DE LA LOIRE



Remerciements

Cet Atlas est le produit de la collaboration entre l'Irdes et de nombreux partenaires du projet « Parcours santé des aînés » (Paerpa) : l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la Direction de la sécurité sociale (DSS) et les Agences régionales de santé (ARS) des territoires pilotes (Aquitaine, Bourgogne, Centre, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire). Nous tenons à remercier tous ces partenaires pour leurs contributions respectives, leurs commentaires constructifs et leur soutien technique. Tout au long de ce travail, nous avons aussi bénéficié de l'expertise et du soutien du Comité national d'évaluation Paerpa, ce dont nous le remercions.

Nous remercions également Alexandre Rigault, Christelle Gastaldi (Cnamts), Sandrine Danet (ATIH) et Denis Raynaud (Drees) pour leurs conseils avisés concernant les calculs des indicateurs de recours et de dépenses et pour leur relecture critique de l'Atlas.

Nous sommes reconnaissants à Grégoire Rey du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), de nous avoir fourni les données de mortalité par cause de décès et de nous avoir donné ses avis éclairés sur leur exploitation.

Nous tenons aussi à remercier les équipes du projet Paerpa des ARS d'Aquitaine, de Bourgogne, du Centre, d'Ile-de-France, du Limousin, de Lorraine, de Midi-Pyrénées, du Nord-Pas-de-Calais et des Pays de la Loire qui ont contribué pleinement à la description des territoires et ont appuyé notre démarche.

Enfin, merci à nos collègues de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) – Magali Coldefy, Laure Com-Ruelle, Paul Dourgnon, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès, Michel Naiditch et Catherine Sermet – qui nous ont permis d'améliorer le contenu de cet Atlas grâce à leurs relectures multiples et à leurs commentaires assidus concernant les différents indicateurs.

INTRODUCTION

Contexte

L'allongement de l'espérance de vie, qui se traduit par le vieillissement continu de la population et une augmentation régulière des maladies chroniques et multiples, nécessite des adaptations du système de santé afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées au meilleur coût. Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), une meilleure coordination de la prise en charge des personnes âgées de 75 ans ou plus, soit 9 % de la population de France métropolitaine en 2011 pour 22 % des dépenses de santé, constitue une voie d'amélioration principale de l'efficacité du système de santé.

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés » (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation. L'hypothèse générale du projet Paerpa est qu'une

redéfinition des rôles, des tâches, et des pratiques des différents acteurs engagés dans la prise en charge des personnes âgées sur un territoire, avec l'appui de nouveaux outils de coordination, permettra d'adapter les parcours de soins et d'améliorer à terme la qualité de vie des personnes et de leurs aidants, tout en utilisant mieux les ressources. Les personnes âgées de 75 ans ou plus habitant les neuf territoires pilotes constituent la population cible des projets Paerpa qui sont définis par un cahier des charges national¹. L'atteinte des objectifs des projets Paerpa est mesurée à l'aune de 10 indicateurs de processus et de résultats communs, définis et validés par le Comité d'évaluation présidé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Une évaluation scientifique indépendante des impacts médicaux et économiques des projets pilotes est exigée dans le cahier des charges Paerpa qui précise que l'évaluation « est un élément fondamental du dispositif dans la mesure où elle permettra d'apprécier l'impact des actions mises en œuvre et les conditions de leur généralisation ».

¹ www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html

L'évaluation d'impact au niveau national, confiée à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), a pour objectif d'apporter des éléments valides permettant d'apprécier les résultats des projets, au moyen de critères communs, en tenant compte de leurs spécificités territoriales et organisationnelles. Cette évaluation doit permettre de mesurer la part des effets imputables aux projets Paerpa dans les résultats observés (volumes d'hospitalisation, consommation médicamenteuse, qualité de prise en charge, etc.) au regard des objectifs de Paerpa. Dans ce but, il est nécessaire de quantifier l'effet des nouveaux dispositifs par rapport à une situation de référence, qui peut être l'absence de l'intervention étudiée et, toutes choses égales par ailleurs, en tenant compte des nombreux facteurs de contextes (sociaux, démographiques, géographiques, sanitaires...) qui peuvent influencer sur les résultats des actions engagées.

Pourquoi un Atlas ?

Le suivi régulier d'indicateurs prédéfinis (*monitoring*) contribue au pilotage des projets ainsi qu'à l'évaluation, dont il constitue souvent la première étape. Il permet une appréciation systématique

et quantifiée des résultats des actions engagées. Largement communiqué, il permet d'accroître la transparence, de faciliter la compréhension des enjeux des projets par tous les acteurs et peut contribuer à adapter les actions si nécessaire.

Cet Atlas, qui s'inscrit dans une perspective comparative et nationale, constitue la première étape de l'évaluation nationale des projets Paerpa. Il est le point de départ d'un travail plus détaillé cherchant à identifier les variations de pratiques et de résultats attribuables aux actions engagées par les territoires pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. La définition des territoires pilotes avec des mesures standardisées s'inscrit dans la perspective de constituer des groupes de contrôle et d'une comparaison des territoires et des populations Paerpa avant le lancement des projets et après. L'Atlas a ainsi trois finalités principales :

- Fournir des données de référence historique (T0) avant le lancement des expérimentations Paerpa. Cette information est essentielle pour comparer les progrès constatés dans les années à venir et évaluer la contribution des interventions à l'amélioration des résultats.
- Rendre compte des situations (contextes socio-économiques et médicaux) dans les territoires pilotes de manière standardisée afin de permettre la comparaison entre les territoires et l'analyse de leur situation dans le contexte national

tout en assurant la transparence des indicateurs utilisés.

- Contribuer à l'amélioration des outils et bases de données utilisables pour l'analyse des actions visant à transformer l'organisation des soins. En conséquence, les sources de données et les méthodes de calcul des indicateurs de l'Atlas sont détaillées et diffusées dans une démarche d'apprentissage collectif afin d'en permettre la réutilisation/adaptation.

Pour qui ?

L'Atlas s'adresse à tous ceux qui s'intéressent à l'analyse territoriale de l'organisation des soins et de la prise en charge des personnes âgées (les responsables des stratégies au niveau national, régional et territorial, les professionnels de santé et du secteur social, les financeurs, les chercheurs, etc.). S'il est conçu pour comparer les situations sanitaires, sociales et géographiques des personnes âgées entre les neuf territoires Paerpa, l'information fournie peut être utile à d'autres régions et à un large éventail d'organisations œuvrant pour la santé et les soins des personnes âgées.

Contenu

Afin de fournir un bilan comparatif des territoires, l'Atlas décrit les territoires au moyen d'indicateurs standardisés explorant différentes dimensions re-

latives aux résultats attendus (la consommation, le recours à différents types de soins, etc.) mais également aux contextes géographiques, sociodémographiques et d'état de santé des personnes âgées ainsi que de l'offre de soins. Tous ces éléments de contexte sont indispensables pour comprendre et apprécier les situations des personnes âgées dans les territoires.

La section 1 de l'Atlas localise et décrit de manière succincte chaque territoire Paerpa. Une présentation commune permet de visualiser la situation géographique et démographique de chacun des territoires.

Les sections 2 à 5 présentent une série d'indicateurs en vue d'établir un premier bilan comparatif des situations des territoires Paerpa. Les sections 2, 3 et 4 présentent des facteurs de contextes, qui peuvent influencer sur les résultats des actions engagées, regroupés en trois dimensions. La section 2 décrit le contexte démographique et socio-économique des personnes âgées, en comparant notamment les proportions de personnes âgées selon les territoires et leurs conditions de vie (revenu, part des personnes âgées vivant en institution, bénéficiaires de l'aide sociale, etc.). La section 3 donne un aperçu de l'état de santé des territoires à partir des indicateurs de mortalité et de morbidité et la section 4 fournit des éléments de comparaison de l'offre médicale et sociale dans les territoires

Paerpa ou, concernant l'offre hospitalière, dans les territoires de santé. Tous ces facteurs sont importants à prendre en considération pour évaluer les variations de niveaux et de modalités de recours aux soins qui sont exposées dans la section 5. Cette dernière section fournit un ensemble d'indicateurs de recours aux soins et de consommation susceptibles d'être influencés par les actions dans le cadre du projet Paerpa.

Démarche

Cet Atlas est le produit de la collaboration entre l'Irdes et différents partenaires du projet Paerpa : l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la Direction de la Sécurité sociale (DSS), l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) et les Agences régionales de santé (ARS) des territoires pilotes (Aquitaine, Bourgogne, Centre, Île-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire). La liste initiale des indicateurs est établie conjointement par un groupe technique réunissant ces partenaires. Les indicateurs concernant le recours à l'hospitalisation sont, en grande partie, produits par l'ATIH, les indicateurs de recours aux

soins de ville et de remboursement par la Cnamts. Les données de mortalité par cause de décès pour les territoires Paerpa sont fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC), les indicateurs sont calculés par l'Irdes. Des données de la Drees et de l'Insee ont été employées pour construire les autres indicateurs, essentiellement socio-économiques et d'offre de soins. Un travail d'harmonisation des données et des définitions a été nécessaire en amont pour standardiser les présentations. Certaines données produites par l'ATIH et par la Cnamts sont exploitées par l'Irdes pour assurer l'homogénéité des dénominateurs. Les sources de données, les modes de calcul et les précisions méthodologiques pour chaque indicateur sont présentées sous les graphiques.

Représentation des données

Tout au long de l'Atlas, sauf indication, l'expression « personne âgée » définit les personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les indicateurs sont présentés sous forme graphique de la manière suivante :

- **Cartes** : Différents types de cartes thématiques apparaissent dans cet Atlas. Dans la première section se trouvent des cartes de localisation qui permettent de localiser les territoires pilotes dans l'espace national et de visualiser les caractéris-

tiques géographiques principales. Dans les autres sections figurent des cartes permettant de visualiser la distribution spatiale d'indicateurs préalablement construits en base 100 relativement à la valeur nationale. Ces cartographies sont réalisées à divers niveaux géographiques.

Les cartes des territoires pilotes présentent des informations au niveau de la commune ou de l'arrondissement municipal pour le territoire parisien. Elles informent sur le niveau d'hétérogénéité interne de chaque territoire Paerpa. Les cartes de France métropolitaine montrent des informations au niveau du département, du territoire de santé ou de la région administrative. Le choix entre ces trois niveaux géographiques résulte d'un compromis entre le niveau jugé pertinent relativement à l'indicateur considéré et le niveau de disponibilité des données nécessaires à son calcul. Sur ces cartes nationales, les territoires pilotes sont mis en exergue par un contour particulier. Ainsi, il est possible de comparer la situation des territoires Paerpa entre eux, mais aussi relativement à leurs voisins.

- **Graphiques** : Les graphiques à barres montrent les taux pour chaque indicateur par territoire Paerpa et région au sein de laquelle s'insère le territoire pilote. Les taux sont classés selon le niveau des territoires Paerpa, du plus élevé au plus bas. La valeur moyenne nationale est présentée par une ligne verticale dans chaque graphique.

Limites des données et méthodes employées

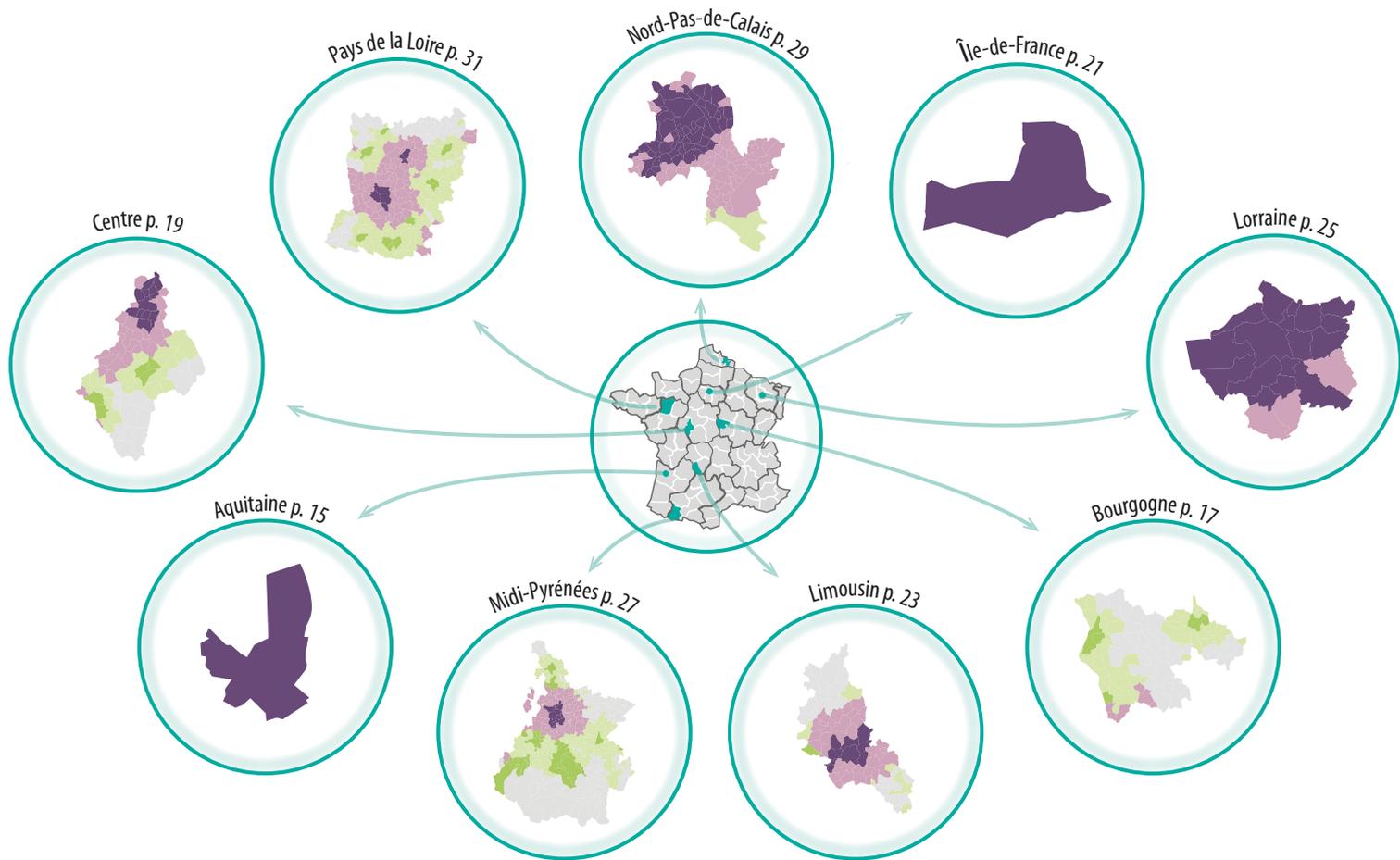
Il existe plusieurs limites aux données et méthodes utilisées pour générer les indicateurs présentés dans cet Atlas. Ces limites seront explorées au cours de l'évaluation, notamment à partir des données individuelles dès 2015.

- Certaines données de remboursement incluent uniquement les prestations du Régime général. Ceci peut biaiser les comparaisons dans les régions où la part des autres régimes (Régime social des indépendants-RSI, Mutuelle sociale agricole-MSA) est importante.
- La standardisation permet d'assurer que les différences observées dans le nombre d'événements (par exemple, décès ou recours à certains soins) dans les territoires ne sont pas dues à des différences dans le profil d'âge et de sexe entre les diverses populations. Nous n'avons pas pu standardiser les indicateurs de mortalité et de morbidité sur le profil d'âge et de sexe des populations en raison de données non disponibles au niveau des communes à l'Irdes. Toutefois, nous avons standardisé, lorsque les données le permettaient, les indicateurs de recours aux soins et de consommation par la structure d'âge des personnes âgées de 75 ans ou plus (en deux classes d'âge : 75-84 ans et 85 ans ou plus) de la population de France métropolitaine en 2011.

Perspectives

Certains indicateurs pertinents pour évaluer et suivre les situations des personnes âgées n'ont pu être constitués, en raison de l'espace, du temps, ou de la disponibilité des données. Cet Atlas ne représente que la première étape d'une série d'analyses pour comprendre les variations de pratiques et les résultats des soins et services destinés aux personnes âgées et construire des groupes témoins pour établir l'impact des dispositifs spécifiques Paerpa. D'autres travaux s'appuyant notamment sur les données individuelles et des indicateurs plus spécifiques de résultats contribueront à la compréhension des impacts des projets Paerpa.

1. Localisation et description générale des territoires pilotes



1. LOCALISATION ET DESCRIPTION GÉNÉRALE DES TERRITOIRES PILOTES

Neuf territoires pilotes ont été sélectionnés en 2013 par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes parmi les candidatures soumises par les Agences régionales de santé (ARS) dans le cadre des expérimentations « Parcours de santé des aînés » (Paerpa). Ces territoires expérimentaux s'inscrivent dans les régions administratives suivantes : Aquitaine, Bourgogne, Centre, Ile-de-France, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais et Pays de la Loire. Dispersés à travers l'espace national, ces territoires pilotes diffèrent à plusieurs points de vue. Leur composition va de la seule commune (Bordeaux pour le territoire pilote d'Aquitaine) à l'ensemble des communes d'un département (département de la Mayenne pour le territoire pilote des Pays de la Loire et département des Hautes-Pyrénées pour le territoire pilote de Midi-Pyrénées). À l'instar du territoire pilote d'Ile-de-France, certains sont à dominante urbaine tandis que d'autres ont un caractère

rural plus marqué, comme le territoire pilote du Limousin. En outre, le degré d'hétérogénéité interne en matière de typologie de l'espace varie d'un territoire à l'autre.

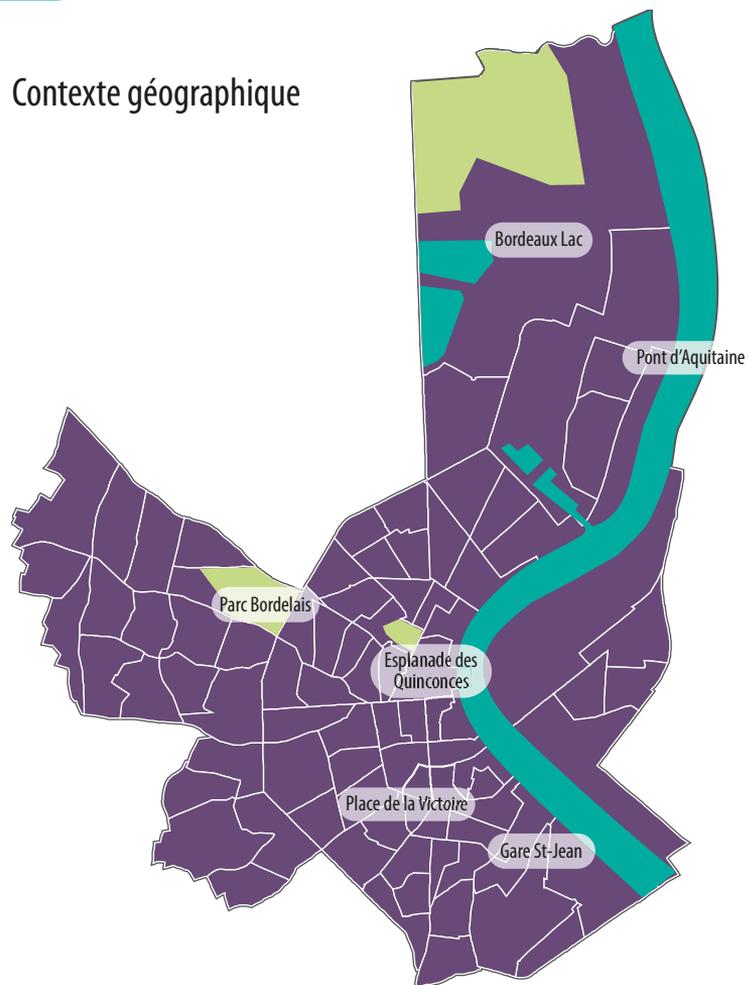
Cette première section de l'Atlas décrit individuellement les neuf territoires engagés dans l'expérimentation Paerpa. Cette présentation synthétique et standardisée des territoires permet d'identifier les territoires dans l'espace national et régional, et de révéler leurs principales caractéristiques géographiques. Trois indicateurs clés fournis pour chaque territoire (part des personnes âgées, mortalité et revenu) permettent de mettre en exergue les différences globales de niveau de vie des territoires en comparant la situation des territoires concernés à la France métropolitaine. Il s'agit donc d'une section de contextualisation. Les données et les informations présentées dans les diagnostics territoriaux réalisés par les ARS et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et

médico-sociaux (Anap) sont également mobilisées pour distinguer les éléments marquants concernant l'offre de soins des territoires et les projets Paerpa.

La représentation des caractéristiques géographiques et démographiques a été circonscrite au territoire Paerpa. Cette délimitation géographique permet une approche harmonisée des territoires pilotes, mais il ne faut pas oublier que la population mobile peut franchir les limites territoriales. L'environnement socio-économique et l'offre de soins des zones limitrophes peuvent aussi influencer les conditions de vie et de soins des territoires pilotes. Par exemple, la présence éventuelle d'un établissement à proximité du territoire susceptible d'avoir une influence (plus ou moins forte selon le niveau de spécialisation du soin ou service) sur l'organisation de soins et le comportement des patients des territoires pilotes.

1 km

Contexte géographique

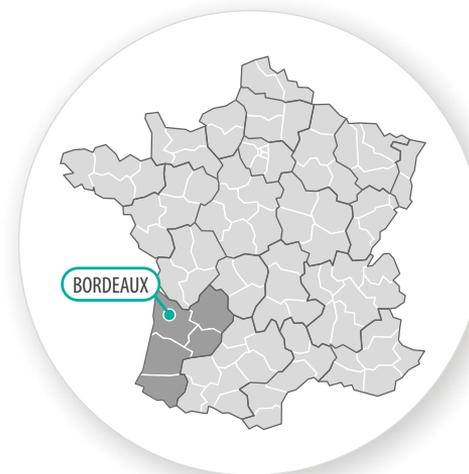


Part des 75 ans et plus : 8,0 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 578 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 19 700 € (France métro : 18 749)

Iris appartenant à :

1.1a

-  un pôle d'une grande aire urbaine
-  parc
-  surface en eau
-  Gare St-Jean repère



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Le territoire pilote d'Aquitaine correspond à la commune de Bordeaux. Chef-lieu de la région, cette commune appartient au pôle de la grande aire urbaine du même nom. Ce territoire pilote présente donc un fort caractère urbain, avec de très fortes densités (4 817 hab. par km² ; fig. 1.1a).

En 2011, 19 232 habitants avaient 75 ans ou plus, soit 8 % de la population du territoire, une proportion inférieure à celle de la France (9 %) mais supérieure à celle des autres villes de taille similaire telles que Montpellier (7,3 %), Strasbourg (7,1 %) ou Rennes (7,7 %). La mortalité de cette population est également inférieure à celle de l'ensemble de la France avec un taux de décès de 578 pour 10 000 personnes âgées de 75 ans ou plus (626 en France métropolitaine). Le revenu fiscal médian atteignait, en 2010, 19 700 € par unité de consommation avec, cependant, de fortes inégalités (écart de revenus mensuels de 3 000 € entre les 10 % les plus modestes et les 10 % les plus aisés, contre 2 000 € aux niveaux régional et national).

Cette rapide description démographique et économique de Bordeaux suggère une situation plus favorable de ce territoire pilote comparativement à ce qui est observé en France métropolitaine. Les Bordelais peuvent faire appel à une offre de soins de ville particulièrement développée ainsi qu'à une offre de soins hospitaliers importante (37 établissements d'hospitalisation complète). Le taux d'équipement en hébergement complet en Etablissements d'hébergement pour

personnes âgées dépendantes (Ehpad) est légèrement supérieur à la moyenne nationale. Des démarches en faveur du développement de la coordination des acteurs de l'offre de soins sont déjà engagées sur le territoire par le biais d'une filière gériatrique structurée autour du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux et intégrant un panel large d'acteurs internes et externes autour de la prise en charge de la personne âgée : médecine gériatrique (71 lits), hôpital de jour (4 lits), Services de soins et de réadaptation (SSR) [80 lits], équipes mobiles de gériatrie, services social (CCAS*, Clic*, Maia*...), le réseau gérontologique, deux Ehpad (120 lits et 70 lits) et des consultations mémoire.

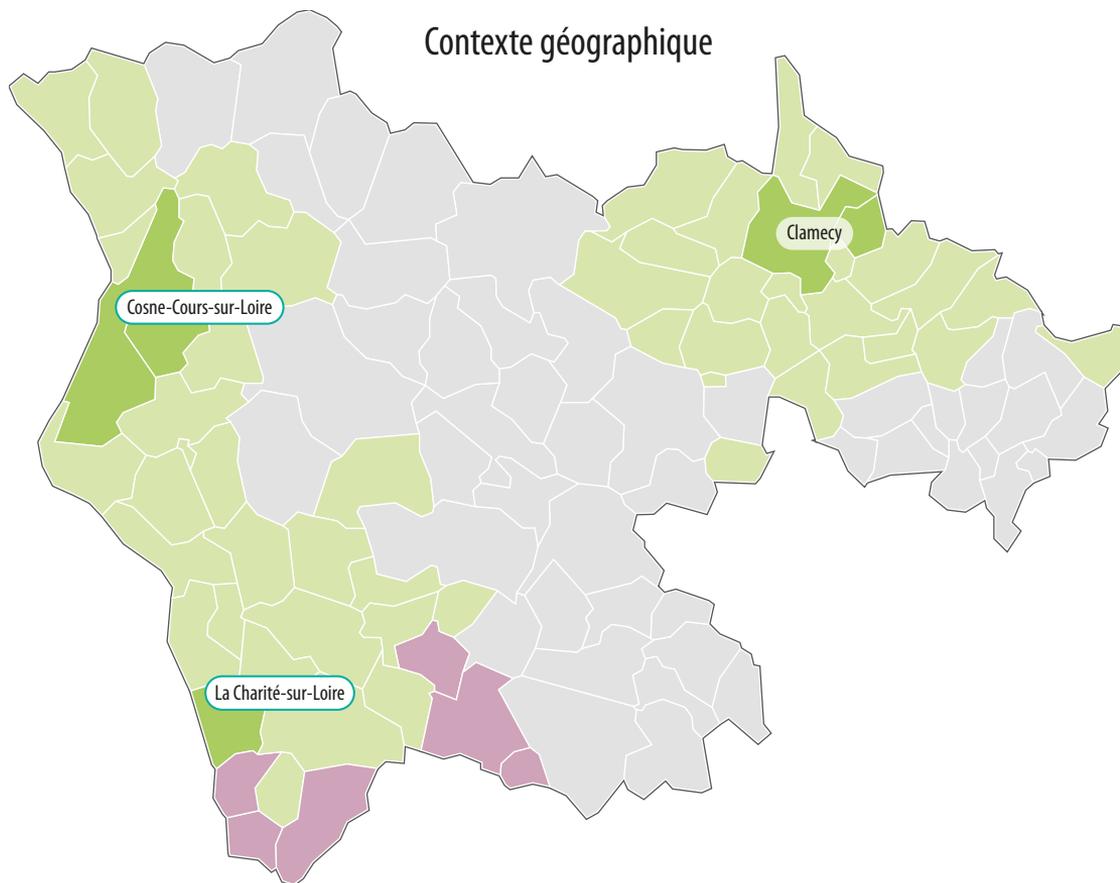
L'objectif principal du projet Paerpa consiste à accroître la coordination de ces nombreux acteurs de la santé afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées sur le territoire. De nombreuses actions vont ainsi être développées pour atteindre cet objectif, telles qu'un programme d'éducation thérapeutique des patients (à domicile), des actions de communication et d'information auprès des médecins libéraux et hospitaliers mais également auprès des services d'aide à domicile ou encore par le déploiement d'un système d'information (Télé Santé Aquitaine) partagé par l'ensemble des acteurs du territoire (Source : ARS Aquitaine, 2014).

* Voir la liste des sigles p. 123.

5 km

Part des 75 ans et plus : 14,6 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 717 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 16 893 € (France métro : 18 749)

Contexte géographique



Commune appartenant à :

1.2a

- une périphérie d'une grande aire urbaine
 - un pôle d'une moyenne ou petite aire urbaine
 - une périphérie d'une moyenne ou petite aire urbaine
 - commune isolée
- La Charité-sur-Loire sous-préfecture
Clamecy autre pôle



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Au nord du département de la Nièvre, le territoire pilote de Bourgogne est composé de 108 communes. Malgré la présence d'un pôle urbain moyen (Cosne-Cours-sur-Loire) et de deux petits pôles urbains (Clamecy et La Charité-sur-Loire), ce territoire se caractérise par son aspect rural et des indicateurs démographiques, sanitaires et socio-économiques défavorables par rapport aux autres territoires de la région (fig. 1.2a). En 2011, 27,2 % de la population résidaient dans des communes rurales (hors de l'influence des pôles urbains) avec une densité de population extrêmement faible (29 habitants par km²).

En 2011, les 8 703 personnes âgées de 75 ans ou plus représentaient 14,6 % de sa population, ce qui en fait le territoire pilote démographiquement le plus âgé des territoires de l'expérimentation. Pour 10 000 résidents de 75 ans ou plus, 717 décédaient en 2011. La population présente une surmortalité masculine prématurée due aux maladies cardiovasculaires et aux cancers. Le revenu fiscal médian par unité de consommation s'élevait à 16 893 € contre 18 749 € en France métropolitaine en 2010. Le niveau de vie est relativement faible sur le territoire avec une plus forte proportion de personnes âgées recevant les minima sociaux (ARS Bourgogne, 2014).

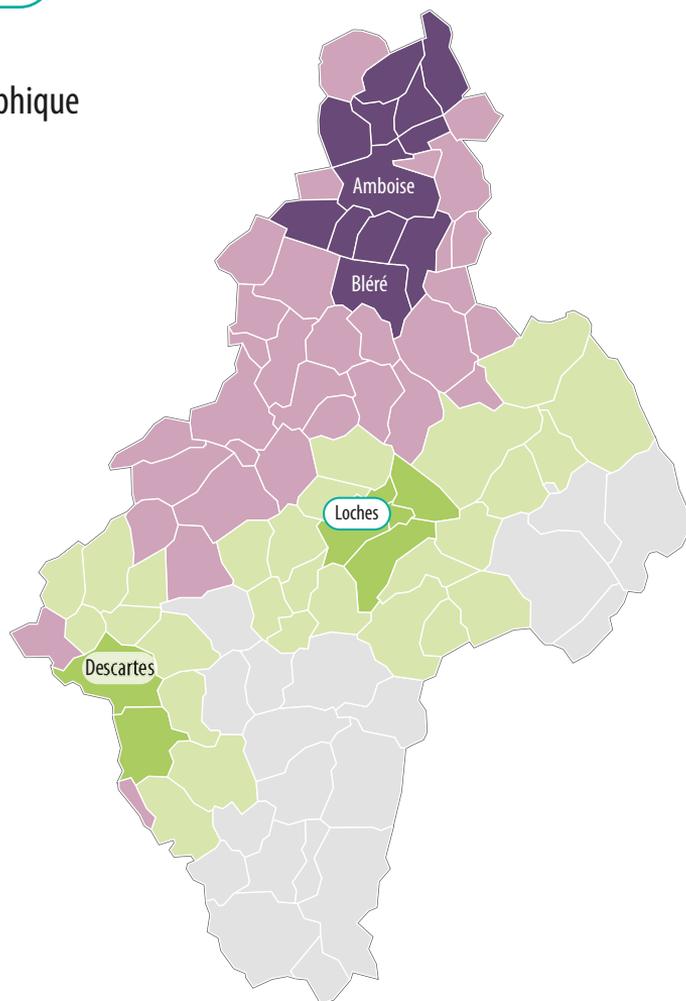
Le territoire possède trois centres hospitaliers dans les trois pôles urbains (Cosne-Cours-sur-Loire, Clamecy et La Charité-sur-Loire) et un éventail d'offre de soins hospitaliers (cliniques, Services de soins et de réadapt-

ation (SSR), Hospitalisation à domicile (HAD)...) et des services médico-sociaux (Services de soins à domicile (Ssiad), Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Services d'aide à domicile (Saad), hébergements temporaires). Il disposera très prochainement d'une Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia) qui sera portée par le Conseil général de la Nièvre. Par ailleurs, des maisons de santé pluriprofessionnelles et un groupement de professionnels de santé maillent le territoire.

La participation de ce territoire au projet Paerpa s'inscrit dans la continuité des actions menées par l'ARS dans le champ des personnes âgées, notamment dans le cadre de l'expérimentation de l'article 70 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2012, des travaux menés dans le cadre des réseaux gérontologiques, sur les filières gériatriques et le maillage territorial des Ssiad. L'ARS vise notamment à développer un programme de « Prévention Santé Senior » et mettre en place un observatoire des besoins, tout en favorisant la fluidité du parcours de soins de la personne âgée (Source : ARS Bourgogne, 2014).

5 km

Contexte géographique



Part des 75 ans et plus : 11,9 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 600 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 18 229 € (France métro : 18 749)

Commune appartenant à :

1.3a

- un pôle d'une grande aire urbaine
 - une périphérie d'une grande aire urbaine
 - un pôle d'une moyenne ou petite aire urbaine
 - une périphérie d'une moyenne ou petite aire urbaine
 - commune isolée
- Loches sous-préfecture
- Descartes autre pôle



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Le territoire pilote du Centre se situe dans le sud-est de l'Indre-et-Loire et se compose de 97 communes très variées en termes de degré d'urbanité (fig. 1.3a). Au nord du territoire pilote se trouve une partie de la grande aire urbaine de Tours avec les communes d'Amboise et de Bléré qui sont les plus peuplées du territoire. L'extrême Sud (Le Grand-Pressigny et Preuilly-sur-Claise) ainsi que le canton de Montrésor à l'Est accueillent des communes isolées. À l'interface entre ces deux types d'espaces, on trouve la moyenne aire urbaine de Loches et la petite aire urbaine de Descartes. La densité globale de 43,4 habitants par km² masque d'importantes disparités internes. Le gradient Nord/Sud s'observe aussi pour les dimensions d'état de santé, de vieillissement, de niveau de vie et d'offre de soins.

En 2011, 12 392 habitants avaient 75 ans ou plus, soit 11,9 % de la population totale du territoire. Les cantons du Nord sont plus jeunes que ceux du Sud. Un peu plus du tiers (36 %) des 75 ans ou plus vit seul. Le taux de mortalité de cette classe d'âge atteignait 600 pour 10 000 habitants en 2011. Le territoire est marqué par une surmortalité due aux insuffisances cardiaques et suicides comparativement à ceux de la région Centre et de la France métropolitaine. Le revenu fiscal médian par unité de consommation était de 18 229 € en 2010 avec cependant de fortes inégalités entre le nord et le sud du territoire.

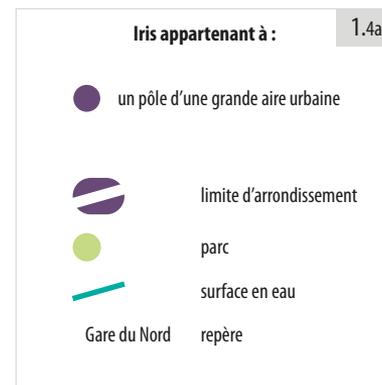
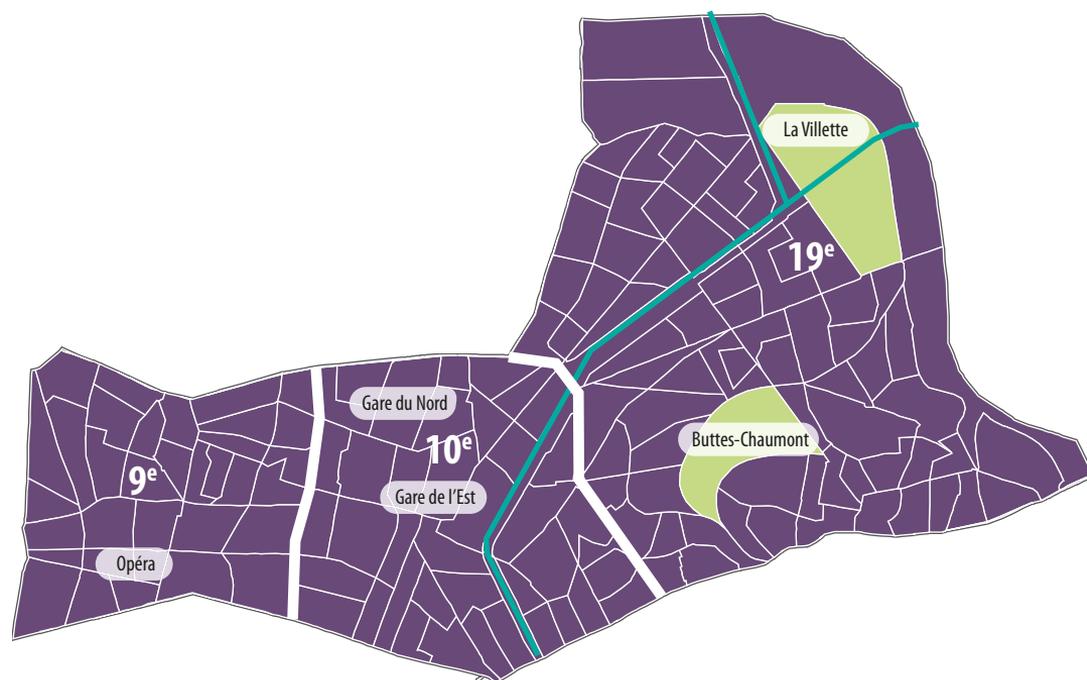
Le département d'inclusion du territoire propose une offre hospitalière supérieure à la moyenne de la région qui est due à la présence d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) à Tours. Le territoire pilote possède deux centres hospitalier avec un service d'urgences, deux établissements de Services de soins et de réadaptation (SSR) et un d'Hospitalisation à domicile (HAD) mais aucun lit en Unité de soins de longue durée (USLD). Concernant les soins de ville, certains secteurs du territoire (Truyes, Descartes et Yzeures-sur-Creuse du Lochois, mais également du secteur Amboise-Bléré pour certaines professions) sont signalés comme « zones fragiles » en raison de leur déficit en médecins généralistes et/ou en auxiliaires médicaux. Le développement en cours des filières gériatriques a été entravé par manque de gériatres sur le territoire.

Le territoire expérimente, depuis quelques années, des techniques innovantes en termes de circulation d'informations entre les professionnels de santé libéraux et/ou hospitaliers (dossier médical, volet médical de synthèse). Le projet Paerpa constitue aussi une opportunité de structuration des filières gériatriques afin de repérer la fragilité et de prévenir les hospitalisations en urgence en améliorant les modalités d'accueil (Source : Anap, 2014a).

500 m

Part des 75 ans et plus : 5,5 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 543 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 20 544 € (France métro : 18 749)

Contexte géographique



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Au cœur de la région Île-de-France, le territoire pilote Nord parisien est formé par les 9^e, 10^e et 19^e arrondissements de la capitale qui s'inscrivent dans l'aire urbaine de Paris. Ce territoire pilote présente donc un fort caractère urbain, marqué par des densités exceptionnelles et des situations internes contrastées (28 834 hab. par km² ; fig. 1.4a).

En 2011, ses 18 806 habitants de 75 ans ou plus représentaient 5,5 % de sa population, soit le territoire pilote démographiquement le plus jeune. Son taux de mortalité est également le plus faible, avec 543 décès pour 10 000 résidents âgés en 2011. Si la population du territoire est bien plus « jeune » que la population nationale aujourd'hui, la tendance au vieillissement s'accroît et dépassera Paris à l'horizon 2030 (ARS-IDF, 2014). Le revenu fiscal médian s'élevait, en 2010, à 20 544 € par unité de consommation avec un fort écart de revenu sur le territoire entre arrondissements et plus encore entre certains quartiers des 9^e et 19^e arrondissements. Même plus élevé que le niveau national, le niveau de revenu reste inférieur au revenu parisien, tant pour la population totale que pour les personnes âgées (figure 2.6 ; ARS-IDF, 2014).

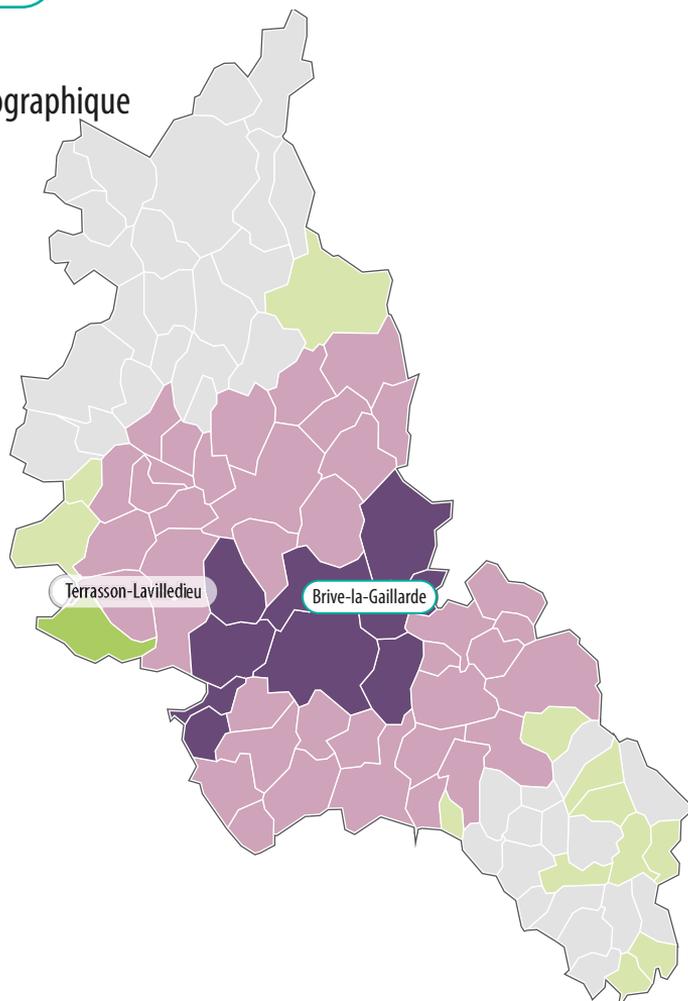
L'offre sanitaire, sociale et médico-sociale du territoire pilote potentiellement accessible aux personnes de 75 ans ou plus est à la fois diversifiée et abondante. Ce constat quantitatif doit être nuancé par celui de phénomènes croisés d'isolement des personnes âgées, d'extrêmes sollicitations et de fragilités en termes

d'offre de premiers recours largement représentée par des professionnels libéraux travaillant en solo.

Le déploiement du programme Paerpa sur le territoire pilote s'appuie sur une dynamique locale transversale et vise à renforcer le dispositif existant, avec la consolidation et le développement de nouvelles ressources pour les professionnels. L'idée principale du projet parisien est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées de plus de 75 ans dans un territoire urbain extrêmement dense et hétérogène. Ceci implique la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et le déploiement de dispositifs d'aides (techniques et humaines) au maintien à domicile (diagnostic Île-de-France, 2014). Le projet vise aussi à améliorer toutes les formes de prise en charge quels qu'en soient les lieux et les acteurs en développant la coordination, l'information et les échanges entre les différents acteurs du territoire (Source : ARS-IDF, 2014).

5 km

Contexte géographique



Part des 75 ans et plus : 12,9 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 624 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 18 179 € (France métro : 18 749)

Commune appartenant à :

1.5a

- un pôle
 - une périphérie
 - un pôle
 - une périphérie
 - commune isolée
- Brive-la-Gaillarde sous-préfecture
Terrasson-Lavilledieu autre pôle



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Le territoire pilote du Limousin, quart sud-ouest du département de la Corrèze, comprend 99 communes. Essentiellement rural, il présente un contraste important entre son centre (aire urbaine de Brive-la-Gaillarde) et sa périphérie rurale (fig. 1.5a). La densité de population de 85,3 habitants au km² est nettement inférieure à la densité nationale. Cependant, le territoire est attractif, la population ayant augmenté sur les deux dernières décennies du fait de la péri-urbanité.

En 2011, 16 805 personnes sont âgées de 75 ans ou plus, soit 12,9 % de la population totale du territoire. Le vieillissement du territoire est surtout avancé dans les cantons ruraux et à Brive-la-Gaillarde mais moindre que le reste de la région. Plus du tiers (37 %) des personnes de 75 ans ou plus vit seul à domicile. Le taux de mortalité des personnes âgées de 75 ans ou plus est proche de la valeur nationale (624 pour 10 000) mais la surmortalité relative aux cardiopathies ischémiques et suicides y est élevée. La proportion de personnes fortement dépendantes (Gir* 1 ou 2) est de 26 % dans le territoire contre 30 % dans le département.

Le revenu fiscal médian par unité de consommation est, en 2010, de 18 179 €. Les niveaux de vie sont plus faibles chez les personnes âgées en milieu rural. Les personnes âgées vivant à Brive ont un revenu par unité de consommation supérieur à la fois à la population générale mais aussi aux personnes âgées des autres communes du territoire Paerpa avec des écarts

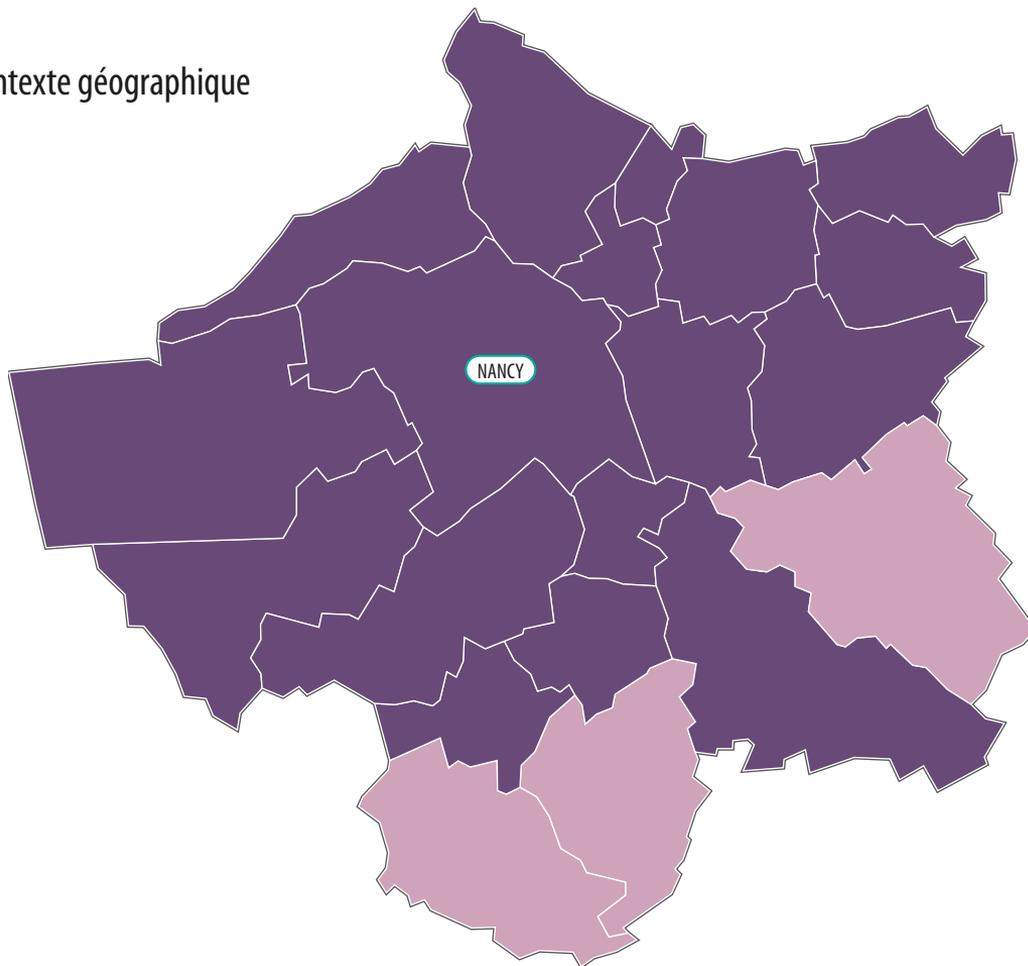
entre les moins et les plus défavorisés s'élevant à plus de 3 000 €.

L'offre de médecine ambulatoire est considérée satisfaisante (Anap, 2014b). Brive est mieux dotée en offre de médecine spécialiste que les autres communes. Les regroupements de professionnels sont assez faibles. Le territoire est doté d'un Centre hospitalier (CH) et d'une clinique en médecine et chirurgie, d'une clinique spécifiquement orientée en chirurgie et d'une autre en Services de soins et de réadaptation (SSR). Le Centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges (hors territoire pilote) accueille également les patients du territoire Paerpa. En SSR, le territoire attire des patients des départements limitrophes.

Le territoire possède une filière gériatrique complète. Des conventions sont en cours de finalisation entre la filière gériatrique et les 17 Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) du territoire. Ces conventions permettront l'intervention de l'électromyographie (EMG) extra hospitalière, la programmation d'hospitalisation sans passage aux urgences et la fluidification entre le centre hospitalier et les Ehpad. Le projet corrézien vise également à développer des Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) d'urgences, de Services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad) pour améliorer le retour hospitalier mais aussi maintenir la personne âgée à domicile dans des conditions sécurisées (Source : Anap, 2014b).

1 km

Contexte géographique



Part des 75 ans et plus : 8,2 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 613 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 19 345 € (France métro : 18 749)

Commune appartenant à :

1.6a

- un pôle
 - une périphérie
- d'une grande aire urbaine

NANCY

préfecture



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Le territoire pilote de Lorraine est constitué des 20 communes de la Communauté urbaine du Grand Nancy (fig. 1.6a). Parmi ces communes, 17 appartiennent à un pôle et les 3 autres à la périphérie de l'aire urbaine de Nancy. Ce territoire pilote présente donc un fort caractère urbain, marqué par une densité très forte de 1 794,8 habitants par km².

En 2011, ses 21 098 habitants de 75 ans ou plus représentent 8,2 % de la population totale du territoire pilote. La population du territoire est relativement jeune. Une augmentation de 4 points des plus de 65 ans est à prévoir d'ici 2021 selon les projections Insee. En 2011, 613 décès pour 10 000 personnes de 75 ans ou plus ont été enregistrés. Le revenu fiscal médian par unité de consommation est légèrement supérieur à celui de la France avec 19 345 € en 2010 contre 18 749 € en France. Le revenu médian par unité de consommation des 75 ans ou plus du Grand Nancy est supérieur au revenu médian des personnes âgées du département et de la région.

L'offre de soins hospitaliers et ambulatoires dans le territoire Paerpa est supérieure à la moyenne nationale et au reste du département avec des taux d'équipements supérieurs aux territoires de comparaison pour toutes ses composantes (lits de médecine-chirurgie, Services de soins et de réadaptation (SSR), etc.). Sur le plan médico-social, l'offre est également diversifiée et importante sur le territoire.

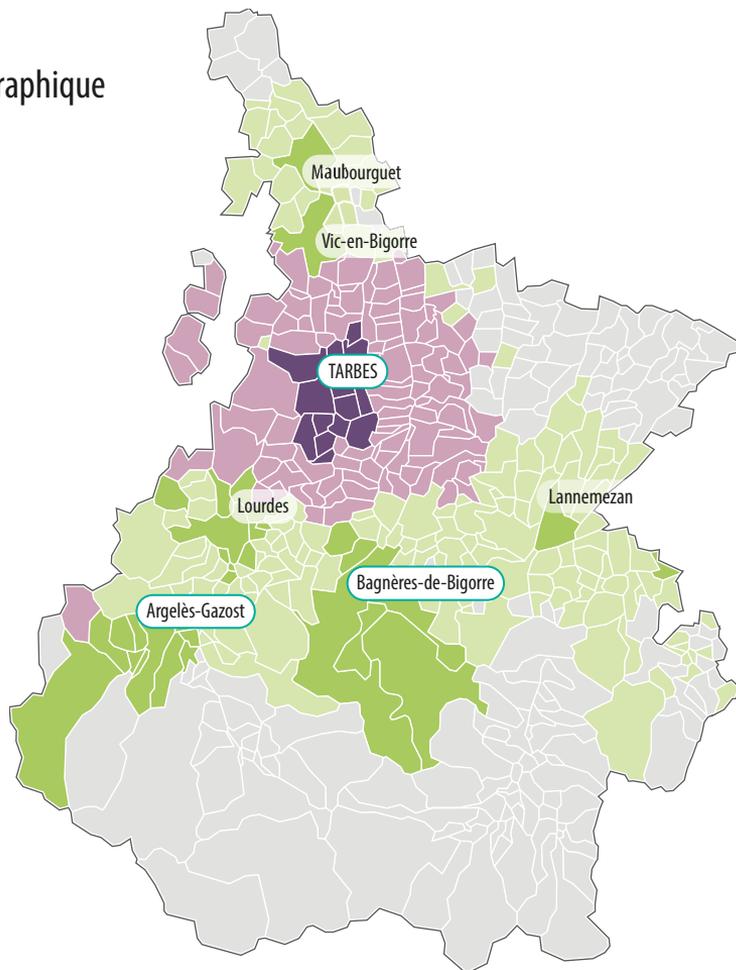
Le territoire a un rayonnement régional en termes

d'offre et donc attire des patients des territoires limitrophes. Cependant, 14 % de la population cible de Paerpa recourent à des établissements de médecine-chirurgie à l'extérieur du territoire Paerpa. Le territoire regroupe un réseau gérontologique (le réseau Gérard Cuny), un Centre local d'information et de coordination (Clic) de troisième niveau et une Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia). Le territoire dispose de l'ensemble des maillons d'une filière gériatrique associant 5 établissements sanitaires et le Centre psychothérapeutique de Nancy. La structuration de la filière se concrétise progressivement par voie de conventionnement sur des projets spécifiques.

Le projet Paerpa du territoire vise notamment à maintenir la dynamique territoriale et la mobilisation des acteurs dans le cadre d'une gouvernance dédiée. Favoriser le vieillissement en bonne santé, prévenir la perte d'autonomie, repérer la fragilité et optimiser la prise en charge globale de la personne âgée en assurant la fluidité de son parcours sont parmi les axes de travail prioritaires (Source : Anap, 2014c).

10 km

Contexte géographique

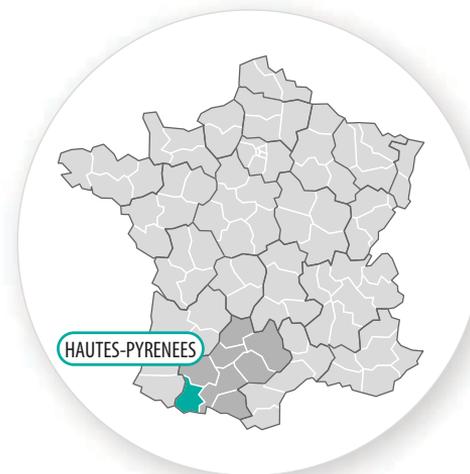


Part des 75 ans et plus : 12,8 % (France métropolitaine : 9,1%)
Mortalité des PA : 648 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 16 616 € (France métro : 18 749)

Commune appartenant à :

1.7a

- un pôle
 - une périphérie
 - un pôle
 - une périphérie
 - commune isolée
- | | |
|--|-----------------|
| TARBES | préfecture |
| Argelès-Gazost | sous-préfecture |
| Lannemezan | autre pôle |



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Au sud-ouest de la région Midi-Pyrénées, le territoire pilote des Hautes-Pyrénées, composite en matière de type d'espace, est formé par l'ensemble des communes du département (fig. 1.7a). Il couvre la grande aire urbaine de Tarbes et 6 autres moyennes ou petites aires urbaines ainsi que de nombreuses communes hors de l'influence des pôles urbains (ruraux et montagneux). La densité de population y est faible (50,6 hab. par km²) mais occulte des disparités internes. Le territoire des Hautes-Pyrénées est structuré autour de 4 bassins de santé hétérogènes en termes de densité de population, de superficie et d'offre de services : Bagnères-de-Bigorre, Lannemazan, Lourdes et Tarbes-Vic.

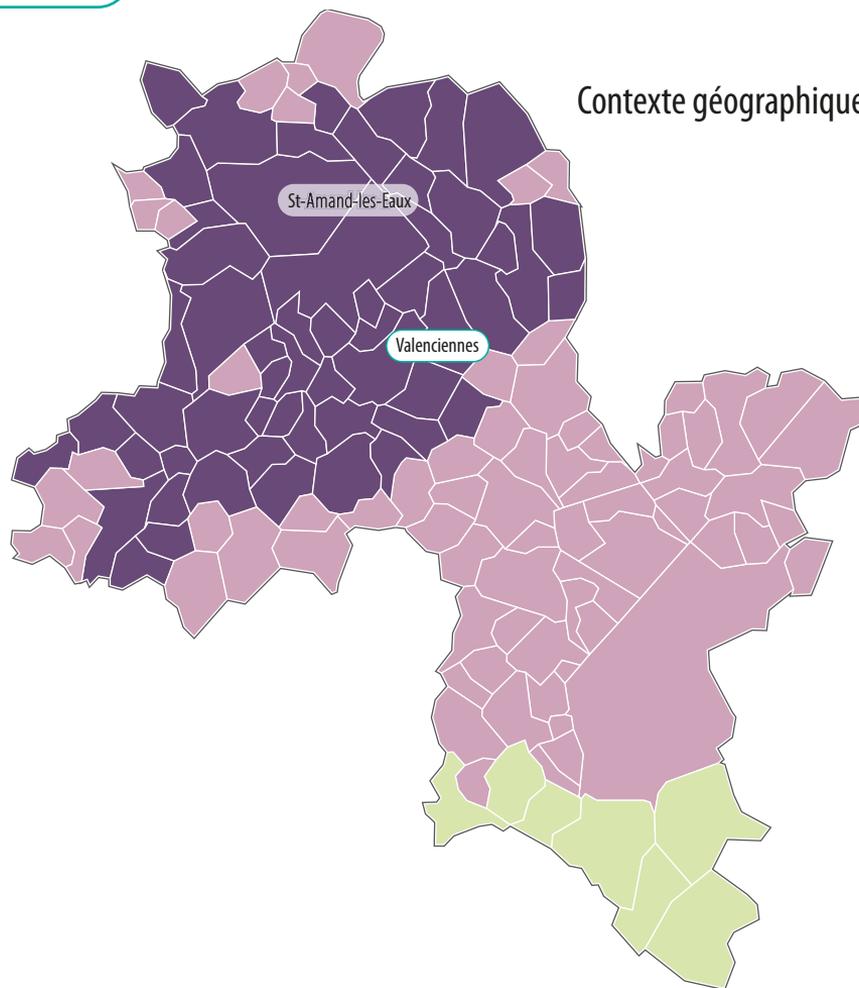
En 2011, 29 387 résidents avaient 75 ans ou plus, soit 12,8 % de la population totale contre 9,1 % en France métropolitaine. Le département connaît également le plus fort taux de vieillissement de la région avec une hausse de 5,5 % de l'indice entre 2008 et 2012. La mortalité s'élevait en 2011 à 648 pour 10 000 habitants aux âges avancés, ce qui est proche de la moyenne nationale de 626. Quant au revenu fiscal médian par unité de consommation, il est inférieur à celui de la France avec 16 616 € en 2010 contre 18 749 € en France.

Les structures d'offres de soins hospitaliers couvrent l'ensemble du département, chaque bassin de santé des Hautes-Pyrénées comprend au moins un établissement de santé de proximité. L'offre hospitalière comprend également une part importante de Ser-

vices de soins et de réadaptation (SSR). Les difficultés géographiques réduisent l'accessibilité à l'offre des professionnels de santé libéraux des bassins hors Tarbes-Vic. L'analyse de l'offre d'hébergement en établissement révèle un manque d'alternative à l'hébergement permanent constaté, notamment, par des taux d'équipement en accueil de jour assez faibles. Le département compte 14 Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) avec cependant des disparités d'accès dans les bassins montagneux. Le territoire fait preuve d'une forte dynamique locale pour la prise en charge des personnes âgées articulée autour de la filière gériatrique déployée sur les 4 centres hospitaliers du département ainsi que par les 2 Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia), les 6 Centres locaux d'information et de coordination (Clic) et le réseau Arcade du département.

Les différents enjeux de Paerpa sur ce territoire seront de définir les périmètres d'intervention des nombreux acteurs de la coordination, minimiser l'impact des contraintes géographiques sur le recours aux soins des personnes âgées, par exemple par le développement de la télémédecine ou de la coordination des transports sanitaires. Le territoire s'est également engagé dans l'amélioration de la prescription médicamenteuse (Source : Anap, 2014d).

5 km



Contexte géographique

Part des 75 ans et plus : 8,0 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 715 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 15 373 € (France métro : 18 749)

Commune appartenant à :

1.8a

- un pôle
- une périphérie d'une grande aire urbaine
- une périphérie d'une moyenne ou petite aire urbaine

Valenciennes sous-préfecture
St-Amand-les-Eaux autre pôle



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Le territoire retenu dans le Nord-Pas-de-Calais est le Valenciennais-Quercitain : un vaste bassin composé de 135 communes (fig. 1.8a). Les grandes aires urbaines de Valenciennes et de Saint-Amand-les-Eaux occupent majoritairement ce territoire pilote. Il présente un fort caractère urbain avec une densité de 357 habitants par km², nettement supérieure à la densité nationale.

En 2011, le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus culminait à 31 811, ce qui représentait 8,0 % de la population totale. Parmi 10 000 de ces aînés, 715 sont décédés au cours de l'année 2011. En 2010, le revenu fiscal médian par unité de consommation ne dépassait pas 15 373 € contre 18 749 € en France métropolitaine. C'est un territoire caractérisé par des taux de mortalité et de surmortalité élevés, une grande pauvreté (plus de 15 % de taux de chômage). Le sud du département apparaît plus défavorisé (Valenciennais et Avesnois, notamment), avec un revenu fiscal médian inférieur à la moyenne départementale. Ces territoires ont été largement touchés par la désindustrialisation qui a affecté plus durement les personnes âgées de 60 à 74 ans (Anap, 2014e).

Le territoire est bien couvert par de nombreux établissements de santé et médico-sociaux dont : un service d'hospitalisation à domicile, 3 Soins de longue durée (SLD), 32 Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), 12 Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) – dont 1 Service

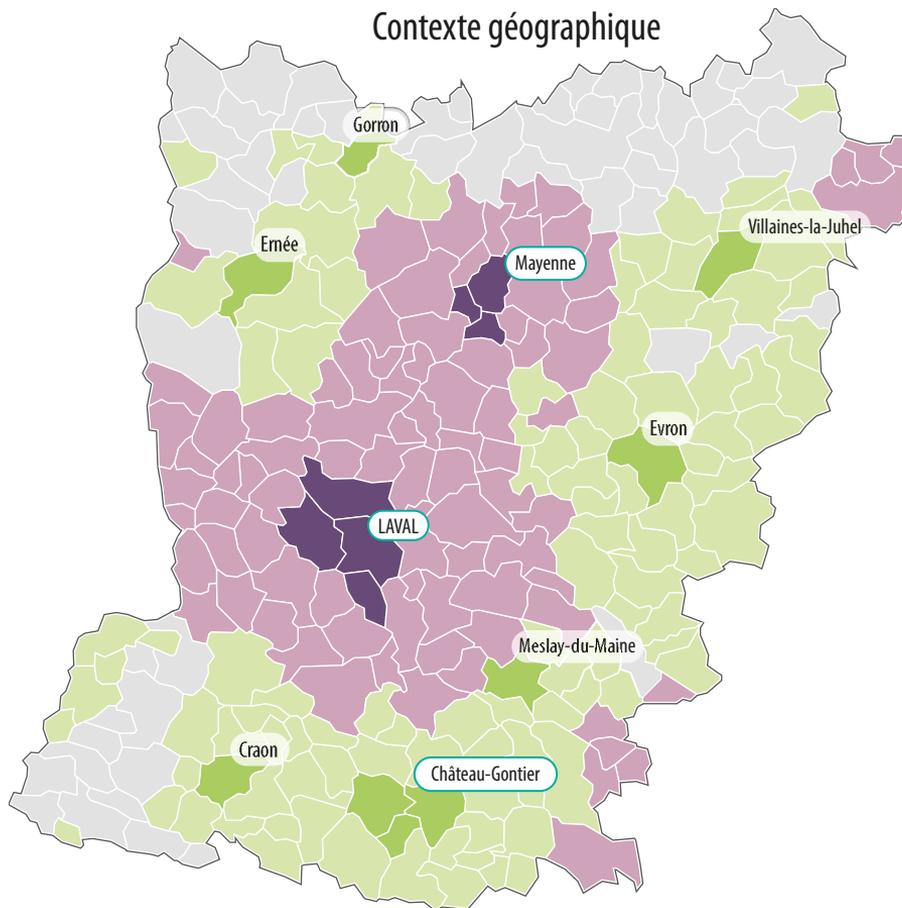
polyvalent d'aide et de soins à domicile (Spasad) – et une plateforme de répit des aidants. L'offre sanitaire et médico-sociale est plutôt concentrée dans la moitié nord de ce territoire, où se situent les pôles des aires urbaines. L'ensemble des acteurs de terrain est mobilisé depuis plus de quatre ans autour d'une filière gériatrique à laquelle sont associés les Ehpad, le réseau gérontologique et les clic du territoire. De fait, cette filière a permis de développer des axes proches du projet Paerpa sans engager le secteur libéral.

Dans le cadre des expérimentations Paerpa, l'Agence régionale de santé (ARS) a notamment pour ambition la mise en place d'actions visant la réduction de la iatrogénie médicamenteuse (renforcer le rôle du pharmacien, introduire un bilan de médication standardisé, etc.). Dans le cadre du projet Monalisa (mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées), d'autres axes de travail spécifiques comprennent la prévention des chutes à domicile et la mise en place des formations de bénévoles pour l'accompagnement des personnes isolées en difficulté (Source : Anap, 2014e).

10 km

Part des 75 ans et plus : 10,7 % (France métropolitaine : 9,1)
Mortalité des PA : 598 pour 10 000 PA (France métro : 626)
Revenu fiscal médian par UC : 17 341 € (France métro : 18 749)

Contexte géographique



Commune appartenant à :

1.9a

- un pôle d'une grande aire urbaine
 - une périphérie d'une grande aire urbaine
 - un pôle d'une moyenne ou petite aire urbaine
 - une périphérie d'une moyenne ou petite aire urbaine
 - commune isolée
- LAVAL préfecture
- Mayenne sous-préfecture
- Evron autre pôle



Sources : IGN-BD Topo, 2012 ; Insee-ZAU, 2010 ©Irdes, 2014

Au nord-ouest de la région des Pays de la Loire, le territoire pilote de Mayenne se compose de l'ensemble des communes du département. Ce territoire à dominante rurale observe une faible densité de population (59,0 hab. par km²). Pour autant, toute la gamme des types d'espace y est représentée : deux grandes aires urbaines (Laval et Mayenne), plusieurs moyennes et petites aires urbaines (Château-Gontier...), ainsi que de nombreuses communes hors de l'influence des pôles urbains (fig. 1.9a). La gouvernance du projet Paerpa en Mayenne prévoit un découpage du territoire d'expérimentation en 3 sous-territoires : le nord de la Mayenne correspondant au Pays de Haute Mayenne, espace à dominante rurale, le centre de la Mayenne comprend la préfecture de Laval ainsi que deux territoires à l'Est et à l'Ouest à dominantes rurales et enfin le sud de la Mayenne avec des espaces péri-urbains et ruraux.

En 2011, 32 735 personnes étaient âgées de plus de 75 ans, soit 10,7 % des habitants de ce territoire. Sur 10 000 personnes de 75 ans ou plus, 598 décès sont survenus en 2011. En 2010, le revenu fiscal médian atteignait 17 341 € par unité de consommation. Au regard de ces indicateurs, ce territoire révèle une situation démographique et économique moins favorable que celle de France métropolitaine mais une meilleure situation sanitaire.

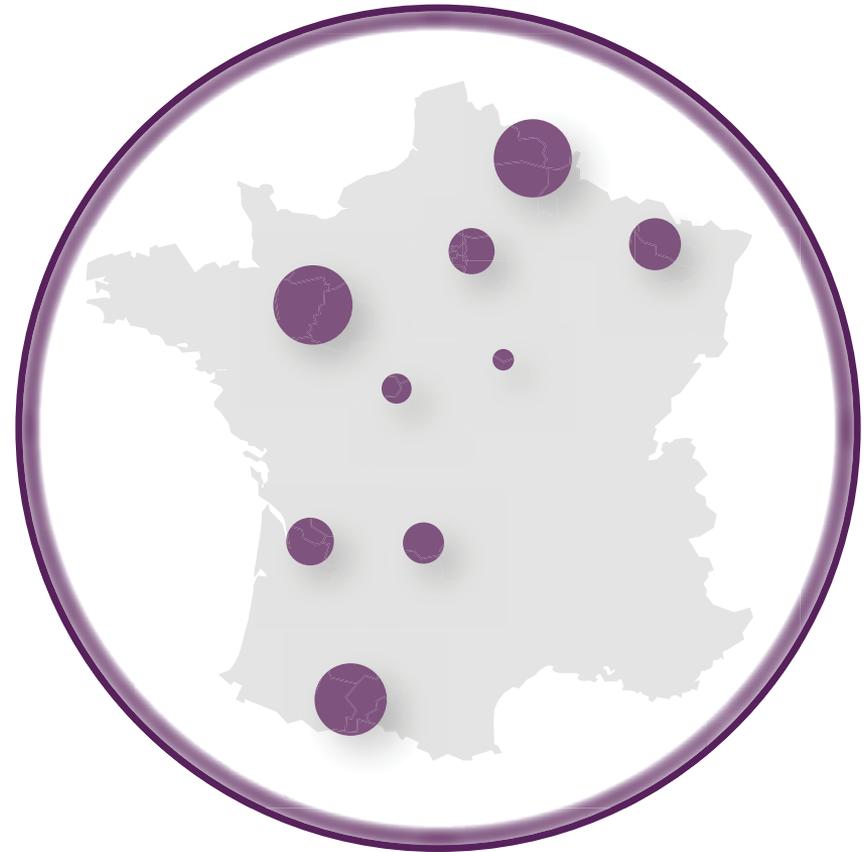
La Mayenne dispose de sept Centres hospitaliers (CH) dont le CH de Laval qui est l'établissement

départemental de recours pour certaines spécialités (unité cognitivo-comportementale et gérontopsychiatrie). L'offre de professionnels libéraux de premiers recours est insuffisante sur le territoire, particulièrement dans le sud-est Mayenne, le centre-est (Coëvrons) et l'ensemble des territoires ruraux du nord. L'offre médico-sociale en place d'hébergement permanent est supérieure aux moyennes nationales, avec cependant un nombre de places en hébergement temporaire insuffisant par rapport à la demande. Le département de la Mayenne comprend également 11 Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et 13 services prestataires agréés d'aide à domicile. Le territoire de la Mayenne est depuis quelques années engagé dans l'amélioration du parcours de soins par le biais de la création d'une Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia), premières bases d'une gouvernance départementale du parcours des aînés. Les territoires du sud-ouest mayennais et le Pays de Mayenne ont également expérimenté le parcours « personnes âgées » dans le cadre de l'article 70 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2012.

Dans le cadre du projet Paerpa, l'ARS a pour objectif d'améliorer la coordination entre les acteurs du parcours de santé en structurant mieux diverses fonctions d'appui, par exemple en développant ou en uniformisant les systèmes d'informations (Source : Anap, 2014f).

2. Contexte démographique et socio-économique

Personnes âgées	37
Personnes âgées vivant seules	38
Personnes âgées en institution	39
Aides sociales - Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)	40
Aides sociales - Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)	41
Niveau de revenu	42
Population des communes isolées.....	43
Défavorisation sociale	45



2. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE

Les caractéristiques socio-économiques individuelles et contextuelles sont des déterminants bien reconnus de l'état de santé et du recours aux soins et aux services sociaux (Adler and Newman, 2002 ; Kristiansson *et al.*, 2009 ; Jusot *et al.*, 2011). Dans une approche comparative entre territoires, il faut tenir compte des différences contextuelles et mettre en perspective l'organisation des services et des soins dans le contexte du territoire. Dans cette partie, l'Atlas met en exergue ces différences de contexte socio-économique et démographique à travers huit indicateurs.

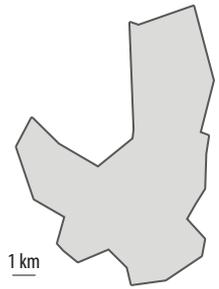
En premier lieu, les populations « cibles » des projets Paerpa, les personnes âgées de 75 ans ou plus, sont comparées pour mettre en évidence leur poids relatif dans chaque territoire. Les projets s'inscrivant dans la durée, il a semblé nécessaire de compléter la description par la proportion de personnes entre 65 et 74 ans afin de déterminer la part des personnes qui seront incluses dans les dispositifs Paerpa à court ou moyen terme.

La connaissance des taux de personnes âgées vivant seules à domicile et en institution apporte des informations contextuelles importantes pouvant influencer les actions Paerpa. Indirectement, elles permettent d'approcher l'isolement social et d'avoir une idée du niveau d'autonomie des personnes âgées des territoires. Les aides sociales (Allocation personnalisée d'autonomie-Apa et Allocation de solidarité aux personnes âgées-Aspa), spécifiques à la population de 60 ans ou plus, donnent un aperçu de la dépendance sociale des personnes âgées. Les données sur le revenu médian par unité de consommation, la population des communes isolées et l'indice de défavorisation sociale (qui réunit différentes dimensions sociales) couvrent l'ensemble de la population des territoires et pas seulement les personnes âgées de 75 ans ou plus. Ces indicateurs permettent de distinguer les différences globales de niveau de vie des territoires.

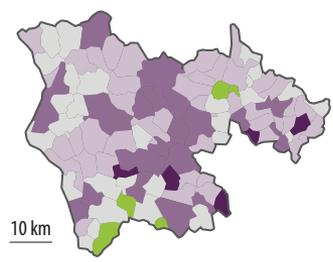
Les indicateurs utilisés dans cette partie mobilisent principalement les données de l'Insee. Les don-

nées de population (les dénominateurs) viennent du recensement de la population en 2011 (dernière année disponible au moment de la préparation de cet ouvrage). Les données des allocations sociales (Apa) et du minimum de vieillesse (Aspa) sont issues respectivement de l'enquête Aide sociale auprès des conseils généraux et des services déconcentrés de l'État et l'enquête Allocation minimum de vieillesse de la Drees en 2012. Elles concernent tous les bénéficiaires de ces allocations destinées à la population des 60 ans ou plus. Ces deux indicateurs sont construits au niveau des départements et non au niveau des territoires Paerpa.

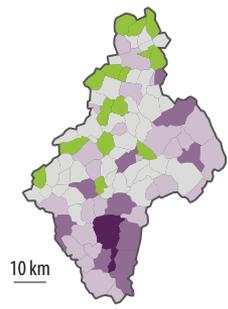
Aquitaine



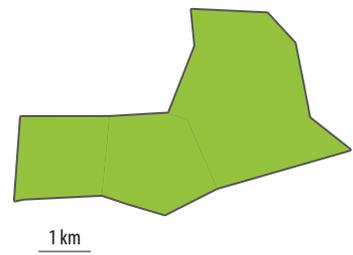
Bourgogne



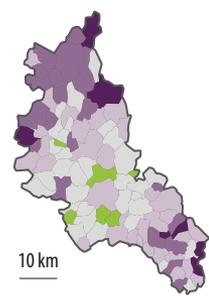
Centre



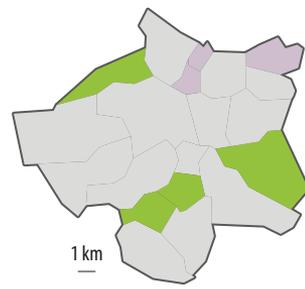
Île-de-France



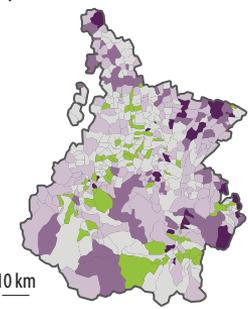
Limousin



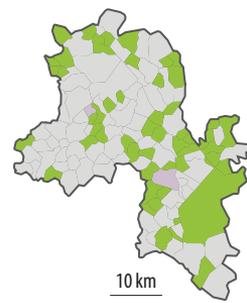
Lorraine



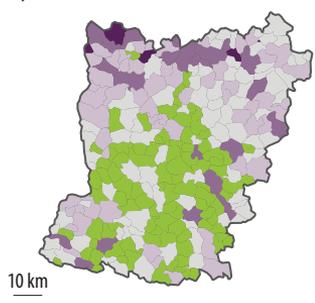
Midi-Pyrénées



Nord-Pas-de-Calais



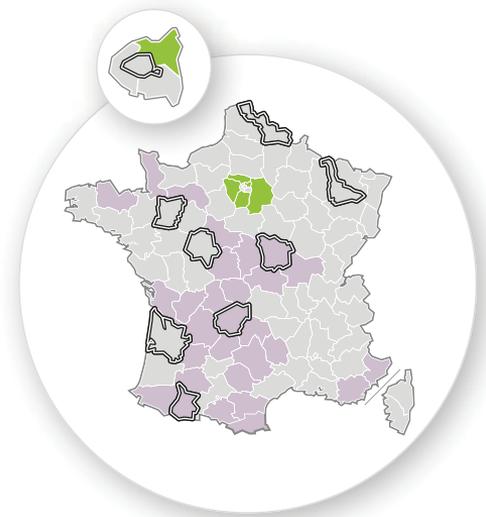
Pays de la Loire



Part des 75 ans et plus 2.1a
indice : France métropolitaine = 100

+	●	+ 338	
	●	+ 125	
	●	+ 75	
	●	+ 25	
	●	- 25	France métropolitaine
-	●	- 100	

○ département d'inscription d'un territoire pilote

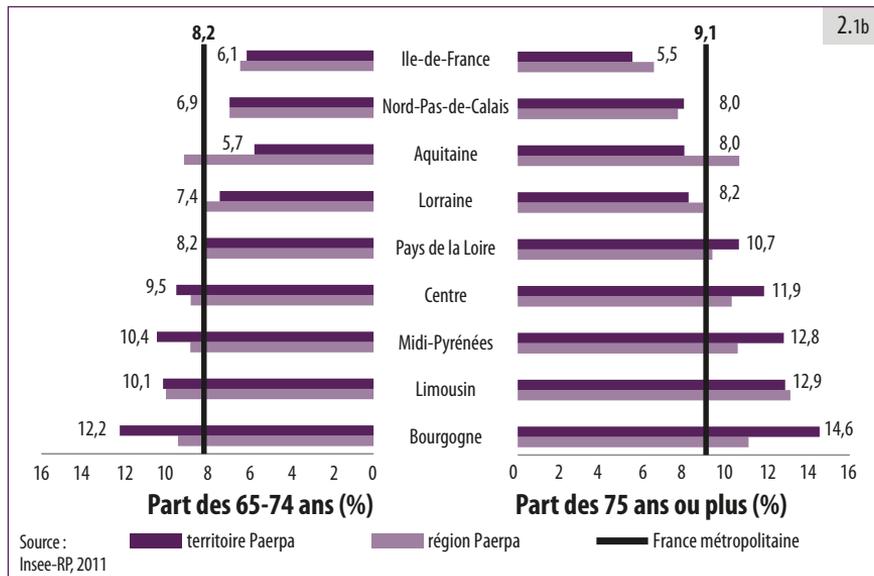


Source : Insee-IRP, 2011 © Irdies, 2014

Indicateur

Le graphique ci-contre compare la proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus dans la population totale d'un territoire avec la proportion de personnes de 65 ans à 74 ans. La population cible des projets Paerpa est constituée des personnes âgées de 75 ans ou plus. Seules ces personnes sont financées dans le cadre de certains dispositifs comme le Plan personnalisé de santé (PPS) ou l'hébergement temporaire. Le choix de la limite d'âge à 75 ans permet de définir un seuil opérationnel pour l'action. Si la part de la population âgée de 75 ans ou plus donne un premier aperçu de la demande potentielle de soins dans les territoires, en revanche, elle ne révèle pas le niveau de fragilité de cette population.

Par ailleurs, les actions Paerpa peuvent influencer de façon positive (modèle pour) ou négative (séqustration de ressources rares) sur la prise en charge de la population du groupe d'âge précédent (les 65 à 74 ans). Et en miroir, les besoins de soins de cette population « frontalière » peuvent avoir un impact sur les résultats des actions. Aussi, dans une perspective d'évaluation d'impact des actions Paerpa, la population suivie sera élargie aux personnes âgées de 65 à 74 ans.



Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 65 à 74 ans et de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Dénominateur : Nombre de personnes résidant au sein du territoire considéré en 2011

Source : Insee – Exploitation : Irdes

À retenir

En 2011, en moyenne, 9 % de la population de France métropolitaine a 75 ans ou plus et 17 % plus de 65 ans. La part de la population âgée de 75 ans ou plus varie beaucoup selon les territoires Paerpa : de 5,5 % dans le territoire d'Île-de-France à 14,6 % dans le territoire de Bourgogne. Dans la plupart des territoires, à l'exception notable de l'Aquitaine et de l'Île-de-France, la part de la population âgée de 75 ans ou plus est plus élevée que celle de leur région.

Les territoires avec une forte proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus ont aussi une forte proportion de 65-74 ans : notamment les territoires Paerpa

du Centre, de Midi-Pyrénées, du Limousin et de Bourgogne. Dans le territoire de Bourgogne, une personne sur quatre a plus de 65 ans.

En revanche, les territoires du Nord-Pas-de-Calais, d'Aquitaine et de Lorraine ont des populations relativement plus jeunes. La situation du territoire Paerpa d'Aquitaine semble par ailleurs singulière, la proportion des personnes âgées (de 75 ans ou plus et celle de 65-74 ans) étant nettement plus faible que celle de sa région.

Les cartes (2.1a et b) permettent de visualiser l'inégale répartition des personnes âgées à l'intérieur des territoires.

CONTEXTE

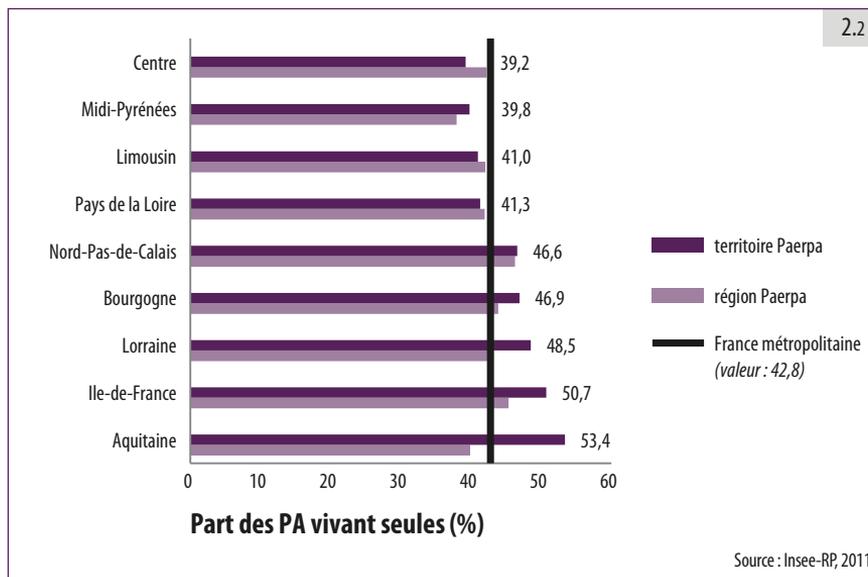
Personnes âgées vivant seules

Indicateur

L'indicateur rapporte le nombre de personnes âgées vivant seules au nombre de personnes des ménages ordinaires de 75 ans ou plus au sein du territoire. La proportion de personnes âgées habitant seules continue de progresser : un meilleur état de santé et d'autonomie ainsi que l'amélioration de leur niveau de vie permettent d'envisager qu'une plus forte proportion de personnes âgées sera susceptible de vivre à domicile (Toulemon et Pennec, 2011).

Le nombre de personnes âgées vivant seules n'est pas sans conséquence sur la demande d'aide à domicile ou d'aide sociale, notamment aux âges plus avancés (au-delà de 85 ans). Les conjoints sont souvent les premiers aidants et l'aide apportée par les enfants risque de diminuer en raison de la décohabitation. L'indicateur reflète, même de façon imparfaite, les besoins concernant certains services (aide à domicile, ...).

Cependant, cet indicateur ne permet pas de discerner la situation des personnes vivant seules et isolées socialement de celle des personnes bénéficiant d'aidants extérieurs (enfants, petits-enfants, etc.).



Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules au sein du territoire considéré en 2011

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011. Les personnes vivant dans des habitations mobiles ou résidant en collectivité sont considérées comme vivant « hors ménages ordinaires ».

Source : Insee – Exploitation : Irdes

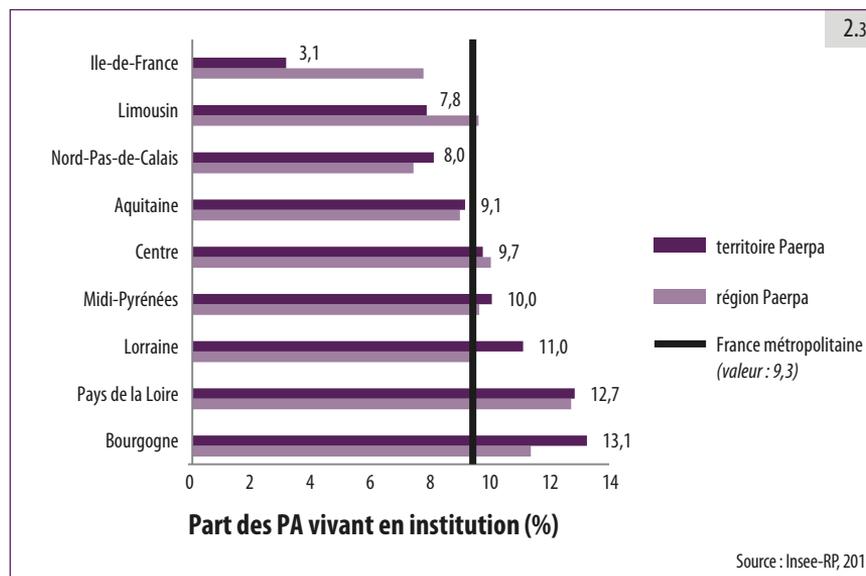
À retenir

En France métropolitaine, 43 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent seules, mais il existe d'importantes disparités géographiques infra régionales. Les territoires Paerpa urbains (Lorraine, Aquitaine et Île-de-France) ont une proportion plus élevée de personnes âgées vivant seules que les autres territoires. Parmi les territoires Paerpa, l'Aquitaine a la plus forte proportion de personnes âgées vivant seules (53 %), la moyenne régionale étant de 40 %. Dans les territoires d'Île-de-France et de Lorraine, également, où une personne âgée sur deux habite seule, la part des personnes vivant seules est plus importante

que la moyenne régionale. À l'inverse, les territoires du Centre, de Midi-Pyrénées, du Limousin et des Pays de la Loire ont des valeurs plus faibles que la moyenne nationale et assez proches de leur région.

Indicateur

L'indicateur rapporte le nombre de personnes âgées vivant en institution (personnes hébergées dans un service ou établissement de moyen ou long séjour ou dans une maison de retraite) dans les territoires pilotes au nombre de personnes de 75 ans ou plus du territoire. Les foyers-logements ne font pas partie de cet indicateur. Les données proviennent du recensement de la population 2011 de l'Insee et couvrent les personnes dépendantes qui vivent dans des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et/ou des Unités de soins de longue durée (USLD, long séjour) ou non dépendantes (maisons de retraite). Ainsi, cet indicateur ne permet pas de distinguer les personnes âgées en Ehpad car il n'est pas possible d'obtenir des informations désagrégées pour chaque type d'institution d'après le recensement.



À retenir

En 2011, le taux de personnes âgées de plus de 75 ans vivant en institution varie de 3 % dans le territoire Paerpa d'Île-de-France à 13 % dans le territoire de Bourgogne, la moyenne nationale se situant à 9,5 %. Notons que le taux observé en Île-de-France est différent du taux rapporté dans le diagnostic du territoire Paerpa d'Île-de-France (6,4 %) qui inclut des personnes âgées dans les foyers logement (ARS-IDF, 2014). En France entière, 3,4 % des 80 ans ou plus habitaient en foyer logement en 1999 (Delbès et Gaymu, 2005).

Les taux des territoires Paerpa et des régions sont assez proches,

à l'exception des territoires Paerpa de l'Île-de-France et du Limousin, où les taux sont nettement moins élevés que ceux de leur région et les territoires de Lorraine et de Bourgogne qui ont des taux plus élevés.

Ces taux semblent être corrélés à la disponibilité des places en Ehpad dans les territoires : les territoires des Pays de la Loire et de Bourgogne ont une proportion élevée de personnes âgées en institution et une offre importante en Ehpad tandis que le territoire d'Île-de-France a un faible taux de personnes âgées en institution et un faible taux de places en Ehpad.

Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant dans une institution localisée au sein du territoire considéré en 2011

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Source : Insee – Exploitation : Irdes

CONTEXTE

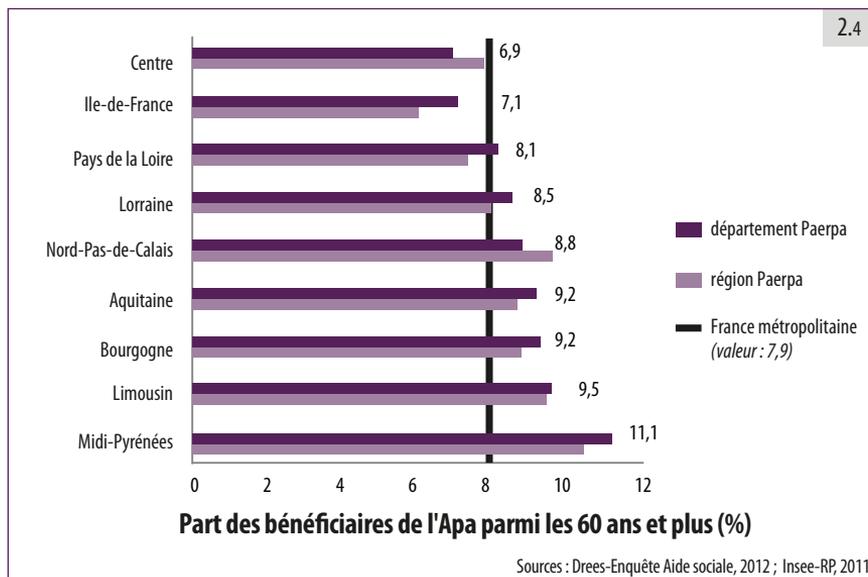
Aides sociales - Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

Indicateur

L'indicateur correspond à la proportion de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) dans les départements et régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa. Il est calculé pour les personnes âgées de 60 ans ou plus, selon l'enquête Aide sociale 2012 de la Drees.

L'Apa est attribuée par les conseils généraux sur la base du niveau de dépendance des personnes âgées résidant à domicile ou en établissement. Le niveau de dépendance est évalué par la grille Groupe Iso-Ressource (Gir, Indicateur 3.9b) qui varie de 1 (très peu autonome) à 6 (complète autonomie).

L'obtention de l'Apa dépend du degré d'autonomie de la personne : toute personne âgée de 60 ans ou plus dont le degré de perte d'autonomie correspond aux Gir 1, 2, 3 ou 4 peut bénéficier de l'Apa. A domicile, elle permet de financer, au moins partiellement, les aides pour accomplir les gestes de la vie quotidienne. Elle n'est pas soumise aux conditions de ressources, mais son calcul tient compte des revenus du bénéficiaire.



Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficiant de l'Apa résidant au sein du département ou de la région considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus résidant au sein du département ou de la région considéré en 2011

Source : Drees – Exploitation : Irdes

À retenir

En 2011-2012, environ 8 % des plus de 60 ans ont été bénéficiaires de l'Apa en France métropolitaine. Cette proportion varie de 7 % dans les départements qui contiennent les territoires Paerpa du Centre et d'Île-de-France à 11 % dans le département de Midi-Pyrénées. Les régions des territoires Paerpa du Centre et du Nord-Pas-de-Calais ont des proportions de bénéficiaires de l'Apa plus élevées que leurs territoires Paerpa.

Les différences territoriales peuvent être liées à l'état de santé de la population âgée dans chaque territoire mais également aux ressources locales et politiques sociales mises en œuvre localement.

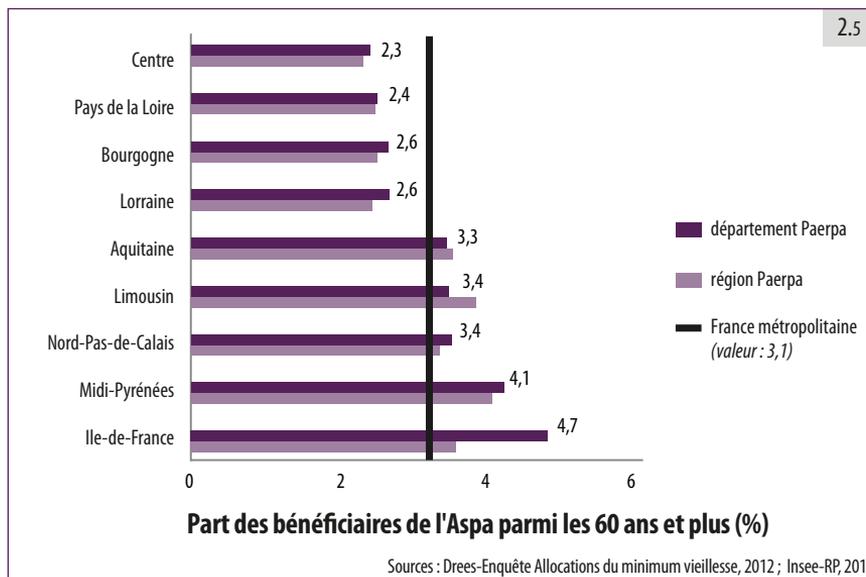
Indicateur

L'indicateur correspond à la proportion de bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) dans les départements et régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa. Il est calculé pour les personnes âgées de 60 ans ou plus. Les données proviennent de l'enquête sur les Allocations du minimum vieillesse 2012 de la Drees.

L'Aspa est une aide sociale basée sur le revenu de la personne âgée. Elle remplace, depuis 2006, l'Allocation supplémentaire vieillesse (ASV). Le montant de l'allocation dépend des ressources et de la situation familiale du demandeur.

Le bénéfice de l'Aspa est ouvert aux personnes âgées d'au moins 65 ans. Cette condition d'âge est abaissée à l'âge minimum légal de départ à la retraite pour certaines catégories de personnes, notamment les personnes atteintes d'une incapacité de travail.

Pour demander l'Aspa, les ressources annuelles ne doivent pas dépasser 9 600 € pour une personne seule et 14 900 € pour un couple. Depuis le 1^{er} avril 2014, l'Aspa doit permettre à toute personne de plus de 65 ans d'avoir au moins 792 € par mois pour une personne seule, ou 1 229,61 € pour un couple.



À retenir

Un peu plus de 3 % des personnes âgées de plus de 60 ans bénéficient de l'Aspa en 2011-2012 en France métropolitaine. Le territoire Paerpa d'Île-de-France est celui qui a le plus de bénéficiaires de l'Aspa (4,7 %), davantage que sa région. Le territoire Paerpa du Centre est pour sa part celui qui en a le moins (2,3 %). Les autres territoires ont à peu près autant de bénéficiaires de l'Aspa que leur région.

L'indicateur donne un aperçu du niveau de pauvreté des personnes âgées par département.

Le niveau de revenu dans les territoires (Graphique 2.6) peut être relié à cet indicateur. Malgré sa richesse médiane élevée, le territoire Paerpa d'Île-de-France concentre plus de personnes en dessous du minimum vieillesse que la moyenne nationale.

Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficiant de l'Aspa résidant au sein du département/région considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus résidant au sein du département/région considéré en 2011

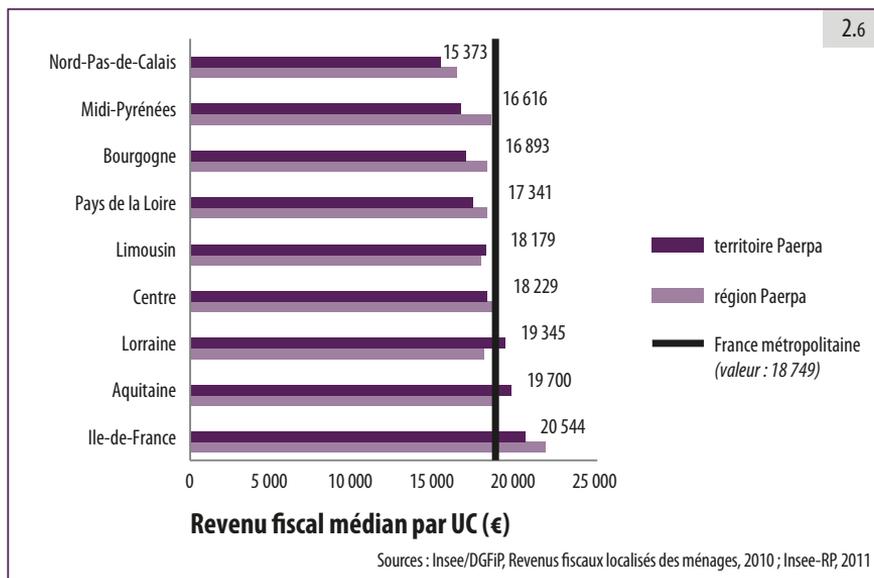
Source : Drees – Exploitation : Irdes

CONTEXTE

Niveau de revenu

Indicateur

L'indicateur donne le niveau médian de revenu fiscal par unité de consommation dans les territoires et régions concernés. Il couvre l'ensemble de la population des territoires et pas seulement les personnes âgées de 75 ans ou plus. Il donne un aperçu global du niveau de vie dans un territoire comparé aux autres. Le revenu est un déterminant important de la santé ainsi que de la consommation des soins et services médicaux et sociaux. Les personnes à faible revenu déclarent plus souvent des pathologies (ESPS 2008, 2010). De plus, les personnes appartenant à des groupes de revenus plus faibles ont plus souvent des indicateurs de fragilité plus élevés (Sirven, 2014) et peuvent avoir davantage besoin d'aide sociale. Dans les territoires où le niveau de revenu est plus élevé, le coût de la vie peut également l'être. Cette situation peut créer des difficultés plus importantes pour les personnes ayant des revenus faibles (accès au logement, à des aidants, etc.). De plus, un territoire « riche » peut masquer des zones défavorisées avec des écarts importants entre différents sous-territoires. Le revenu médian ne renseigne pas sur la distribution des revenus au sein des territoires et peut occulter des situations très disparates.



Calcul

Numérateur : Revenu médian par unité de consommation des communes du territoire pondéré par la taille de la population en 2010

Dénominateur : Nombre de personnes résidant au sein du territoire considéré en 2011

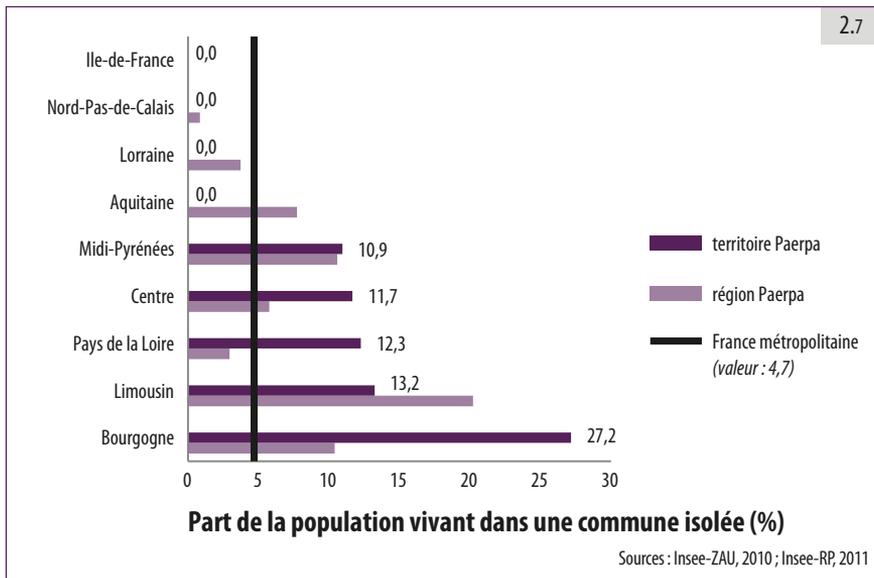
Source : Insee – Exploitation : Irdes

À retenir

En 2011, le niveau médian de revenu annuel par unité de consommation (UC) en France était de 18 749 €. Le niveau de revenu dans les territoires Paerpa varie fortement de 15 373 € dans le territoire du Nord-Pas-de-Calais à 20 544 € dans le territoire d'Île-de-France. Généralement, les territoires plus urbains ont un niveau de revenu plus élevé par unité de consommation, ce qui peut refléter également un coût de la vie plus élevé. Les territoires Paerpa du Centre, d'Île-de-France, des Pays de la Loire, de Bourgogne, de Midi-Pyrénées et du Nord-Pas-de-Calais ont un revenu médian plus faible que celui de la région dans laquelle ils sont situés. En revanche, les territoires d'Aquitaine, du Limousin et de Lorraine ont des revenus médians plus élevés que celui de leur région.

Indicateur

Cet indicateur correspond au nombre de personnes résidant dans une commune isolée sur 100 personnes d'un territoire. Une commune est dite « isolée » lorsqu'elle appartient à l'espace hors de l'aire d'influence des grands, moyens ou petits pôles urbains. Les communes de ce type sont identifiées grâce au zonage en aires urbaines de 2010, produit par l'Insee. Ce zonage se base sur le nombre d'emplois offerts dans les unités urbaines et les déplacements domicile-travail pour déterminer la taille des aires urbaines et leur aire d'influence. Cet indicateur de contexte s'appuie, dans sa construction, sur l'ensemble de la population et n'est donc pas circonscrit aux personnes âgées de 75 ans ou plus. L'indicateur établit l'importance de ce type d'espace dans les territoires Paerpa et leur région administrative d'inscription. Il permet d'approcher le niveau de ruralité des territoires. Ce concept d'espace rural renvoie à des niveaux et des modes de vie ainsi qu'à une offre et des services propres. Les caractéristiques de l'espace rural sont souvent très différentes de celles de l'espace urbain.



À retenir

Parmi les 9 territoires Paerpa, quatre, ceux d'Aquitaine, d'Île-de-France, de Lorraine et du Nord-Pas-de-Calais, sont dénués de communes isolées et affichent donc un pourcentage nul. Selon cet indicateur, le territoire pilote de Bourgogne a le niveau de ruralité le plus prononcé : près de 30 % de sa population vit dans une commune hors de l'influence des villes, suivi par les territoires du Limousin (13 %), des Pays de la Loire (12 %) et du Centre. Enfin, la population de 4 territoires Paerpa a un profil rural plus marqué que celui de sa région d'inscription : la part de la population vivant dans une commune isolée est de 17 % en Bourgogne, 9 % dans les Pays de la Loire et 6 % dans le Centre.

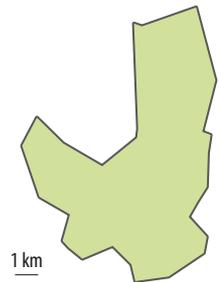
Calcul

Numérateur : Nombre de personnes résidant dans une commune hors de l'aire d'influence des pôles (catégorie 400 du zonage en aires urbaines-ZAU 2010) dans le territoire considéré en 2010

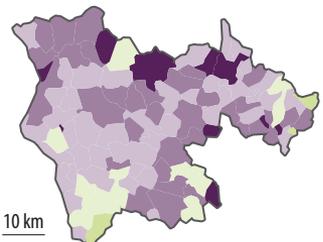
Dénominateur : Nombre de personnes résidant au sein du territoire considéré en 2011

Source : Insee – Exploitation : Irdes

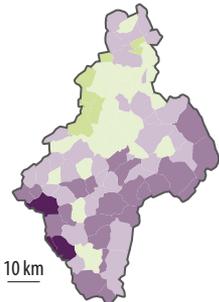
Aquitaine



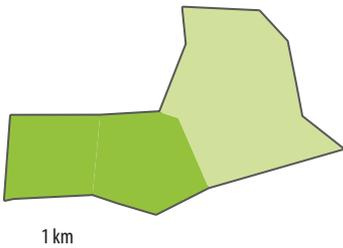
Bourgogne



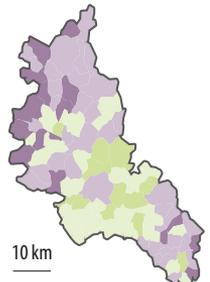
Centre



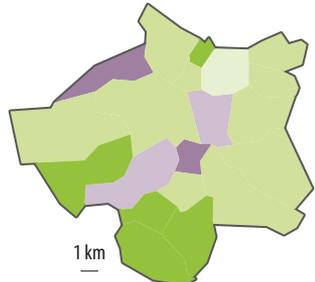
Île-de-France



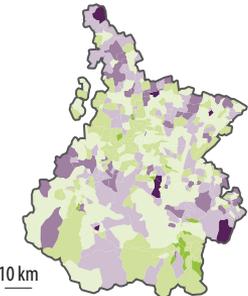
Limousin



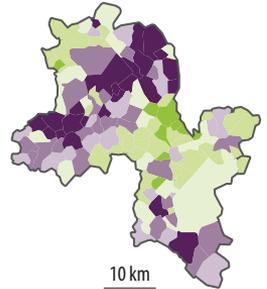
Lorraine



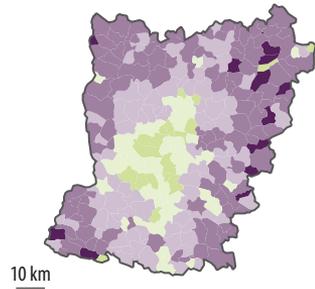
Midi-Pyrénées



Nord-Pas-de-Calais



Pays de la Loire

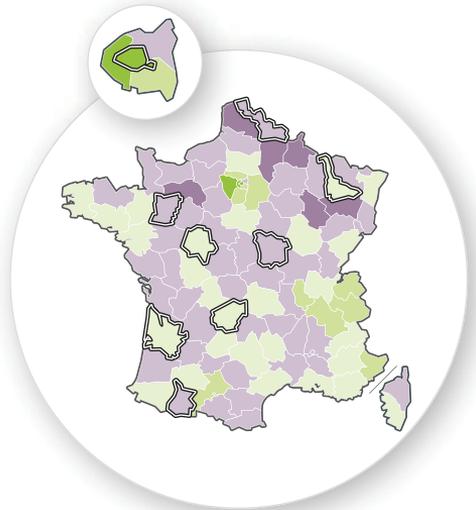


Indice de favorisation sociale 2.8a

+ favorisation sociale forte (maximum : 5,75)
 - défavorisation sociale forte (minimum : -5,25)

profil moyen

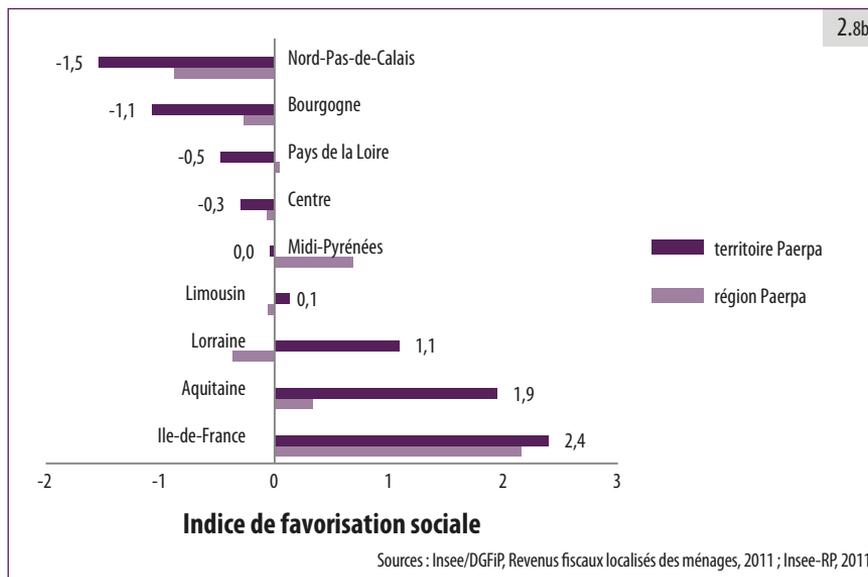
département d'inscription d'un territoire pilote



Indicateur

L'indice de défavorisation sociale, développé par Rey *et al.* (2011), correspond à un indicateur synthétique construit à partir de quatre variables mesurant le niveau socio-économique de la population résidente au sein d'un territoire : le revenu par unité de consommation (UC), les parts de titulaires du baccalauréat dans la population de 15 ans ou plus, d'ouvriers dans la population active et le taux de chômage. Initialement calculée à l'échelle des communes comme une somme pondérée de ces variables, la valeur de l'indicateur s'obtient pour des territoires composés de plusieurs communes en effectuant une moyenne pondérée par la population des communes.

Cet indicateur de contexte ne focalise pas sur les personnes âgées de 75 ans ou plus mais permet de caractériser la situation des territoires pilotes relative à la communauté locale ou à l'ensemble de la société. Il peut servir de « proxy » pour évaluer la position socio-économique des personnes vivant dans différentes zones en démontrant le désavantage social. L'indice est positivement et quasi-linéairement associé au niveau de mortalité, les taux de mortalité étant de 24 % plus élevés pour les communes du quintile le plus désavantagé par rapport à celles du quintile le moins désavantagé.



À retenir

Cet indicateur met en exergue le contexte socio-économique très contrasté des territoires Paerpa. Comparativement à la situation nationale, les territoires Paerpa d'Ile-de-France, d'Aquitaine et de Lorraine affichent une position plus avantageuse. En revanche, les territoires pilotes du Nord-Pas-de-Calais, de Bourgogne et à un moindre degré des Pays de la Loire et du Centre affichent un niveau de défavorisation relativement plus important par rapport au profil moyen de France métropolitaine. Les territoires Paerpa d'Aquitaine et de Lorraine présentent une nette favorisation sociale par rapport à leur région

administrative d'inscription. La cartographie de cet indicateur au niveau infra-territorial des communes qui composent les territoires Paerpa (fig. 2.8a) permet de révéler les disparités internes en matière de niveau socio-économique. Sont ainsi mises en évidence les zones où la situation socio-économique est particulièrement défavorisée, comme par exemple l'aire urbaine de Valenciennes du territoire pilote du Nord-Pas-de-Calais.

Calcul

L'indice a été défini comme la première composante de l'analyse en composantes principales (ACP) de quatre variables : revenu médian, pourcentage d'ouvriers, pourcentage de bacheliers et taux de chômage, mesurées à l'échelle des communes

Un territoire avec un indice zéro est proche du profil moyen des communes de France métropolitaine

Source : Insee – Exploitation : Irdes

3. État de santé et de dépendance des populations

Mortalité prématurée.....	51
Mortalité des personnes âgées.....	53
Mortalité par Accidents vasculaires cérébraux (AVC)....	54
Mortalité par démence.....	55
Mortalité par suicide ou dépression.....	57
Fréquence des Accidents vasculaires cérébraux (AVC) aigus des personnes âgées (PA).....	58
Fréquence de la démence des personnes âgées (PA)....	59
Personnes âgées bénéficiaires de l'Apa à domicile évaluées en Gir 1 ou 2.....	61



3. ÉTAT DE SANTÉ ET DE DÉPENDANCE DES POPULATIONS

Pour isoler un effet spécifique du dispositif Paerpa sur le recours aux soins, et notamment à l'hôpital, il est nécessaire de tenir compte des conditions sanitaires de chaque territoire. Dans cette partie, l'Atlas met en exergue les différences de niveau de mortalité, de morbidité et de dépendance (perte d'autonomie) des populations âgées dans les territoires.

Un premier indicateur, la mortalité prématurée, permet d'appréhender le contexte sanitaire général dans lequel se déroulent les expérimentations en donnant un aperçu de l'état de santé de la population dans les territoires pilotes comparés à leurs régions. Les autres indicateurs de mortalité sont spécifiques à la population des 75 ans ou plus. En plus de la mortalité globale, trois causes de décès liées aux problématiques Paerpa sont présentées (Accident vasculaire cérébral-AVC, démence, suicide). Les données de mortalité au niveau des communes sont fournies par le CépIDC, laboratoire de l'Inserm qui élabore

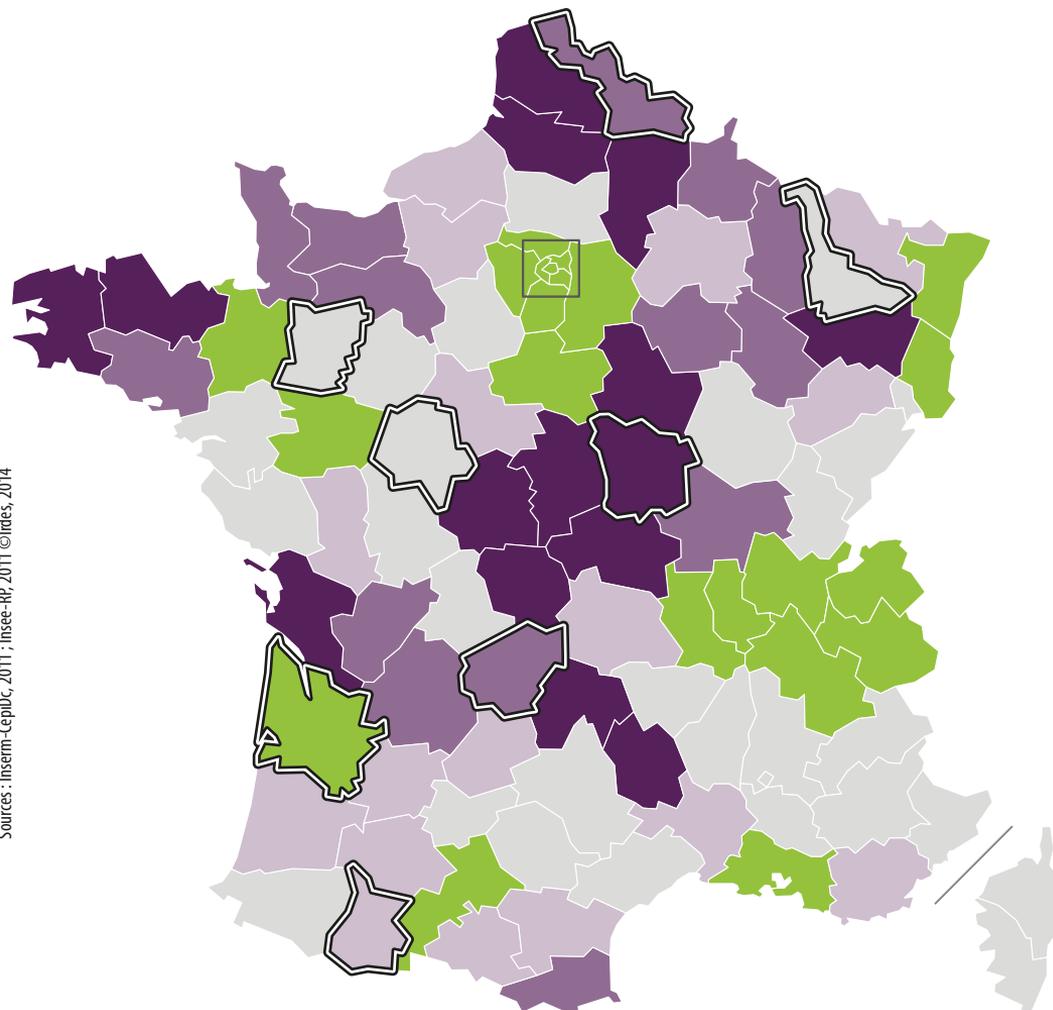
les statistiques par causes médicales de décès. Les taux de mortalité, calculés par l'Irdes, ne sont pas standardisés par les profils d'âge et de sexe des territoires, l'Irdes ne disposant pas des données de décès par âge et sexe au niveau des territoires. Ainsi, une partie des variations observées entre les taux de mortalité/morbidité peut être la conséquence des profils d'âge et de sexe des populations âgées des territoires pilotes.

Pour approcher le niveau de morbidité ou la fréquence des pathologies spécifiques dans les territoires pilotes, deux indicateurs sont calculés par la Cnamts à partir de la méthodologie générale développée pour cartographier la fréquence des pathologies et traitements (Cnamts, 2014). Ces indicateurs, calculés à partir des données de consommation du Régime général, permettent d'approcher les réalités épidémiologiques mais aussi la manière dont le système de soins intervient sur ces pathologies : à état de santé identique, une augmentation du dépitage

ou une propension à traiter plus précocement feront apparaître un plus grand nombre de malades (Cnamts, 2014, p. 21). Deux pathologies, AVC et démence (dont la maladie d'Alzheimer), qui touchent particulièrement les personnes âgées, sont présentées dans cette section.

Un dernier indicateur, la part des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) en Gir 1 ou 2, tente d'approcher le niveau de dépendance de la population âgée dans les territoires à partir des données de l'enquête Aide sociale auprès des conseils généraux et des services déconcentrés de l'État (Drees, 2012). Les taux sont présentés pour les départements et régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa, les données d'enquête n'étant pas disponibles au niveau des communes.

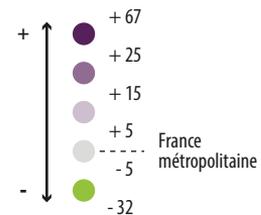
100 km



Taux de mortalité prématurée

indice : France métropolitaine = 100

3.1a



⊙ département d'inscription d'un territoire pilote

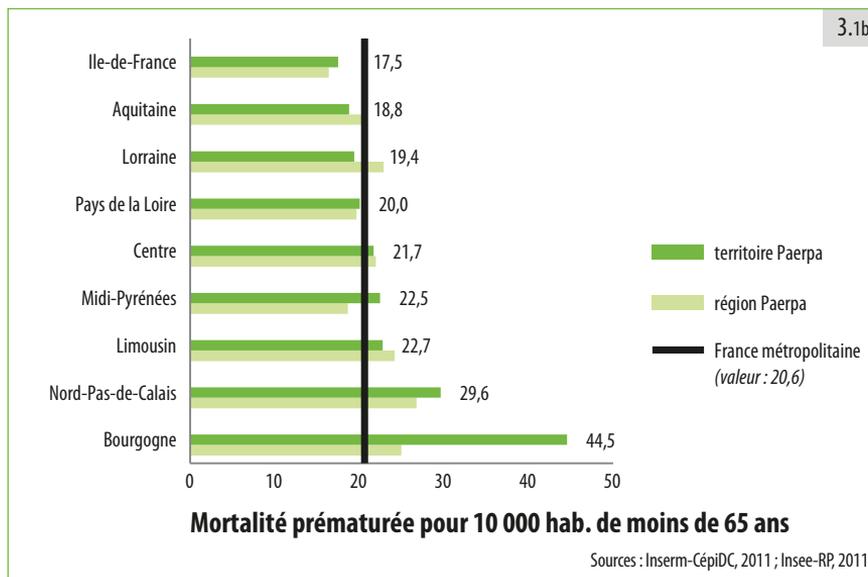


Sources : Inseem-cépidc, 2011 ; Insee-RR, 2011 © Irdies, 2014

Indicateur

Le taux de mortalité prématurée correspond au nombre de décès avant 65 ans pour 10 000 habitants, tout décès avant 65 ans étant considéré comme prématuré. On l'utilise pour appréhender l'état de santé global d'une population. Il permet de mesurer l'importance des problèmes de santé dit « évitables » ou des gains potentiels par des interventions de santé publiques jugées efficaces. L'idée générale est que certaines sous-populations d'un territoire avec des taux de mortalité prématurée plus élevés sont probablement plus fragiles. Cet indicateur peut donc aider à comprendre le contexte sanitaire général dans lequel se déroulent les expérimentations Paerpa.

Remarque : Une partie des différences observées peut être expliquée du fait que les taux de mortalité ne sont pas standardisés par les profils d'âge et de sexe des territoires.



Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de moins de 65 ans décédées dans le territoire considéré en 2011

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de moins de 65 ans résidant dans le territoire considéré en 2011

Source : CépiDC – Exploitation : Irdes

À retenir

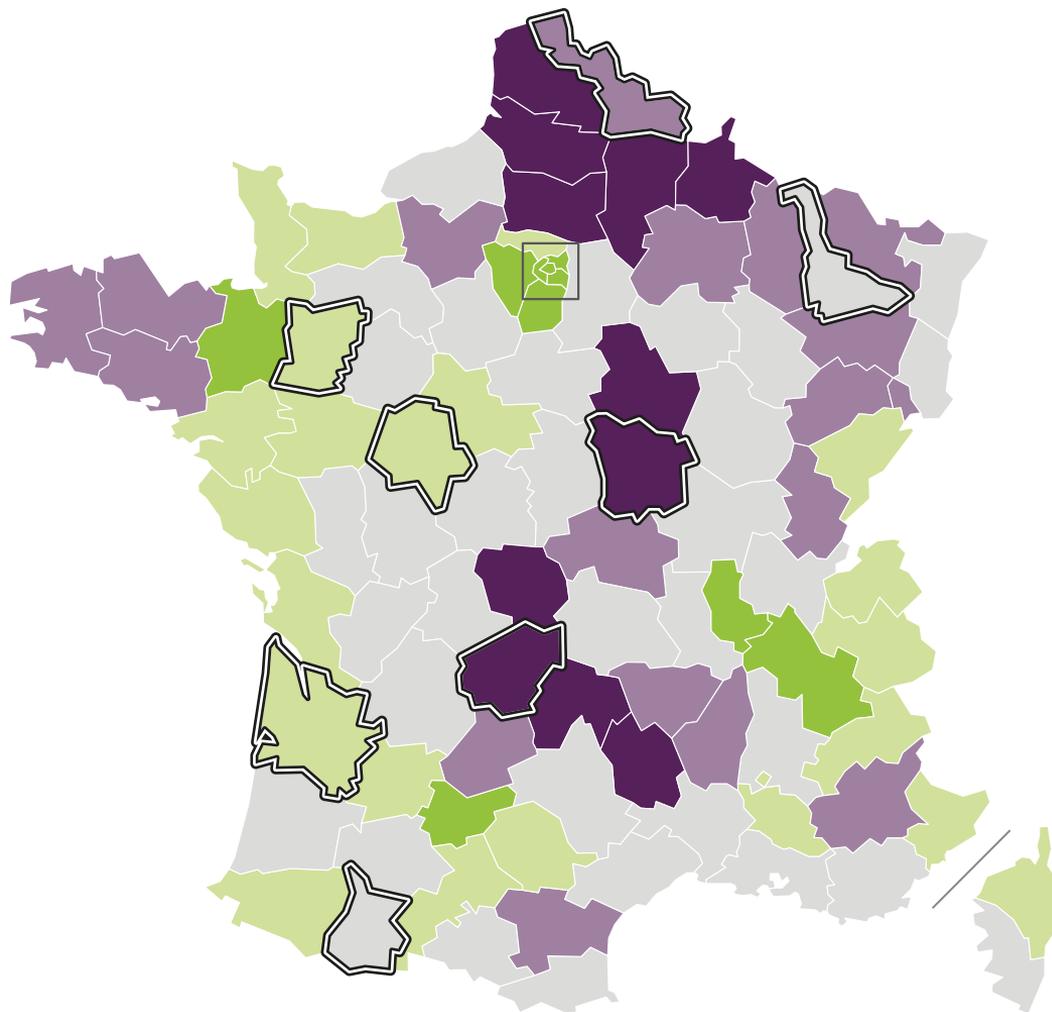
En 2011, le territoire Paerpa de Bourgogne a un taux de mortalité prématurée plus de deux fois plus élevé que celui de la moyenne de la France métropolitaine. En revanche, les territoires Paerpa urbains (Île-de-France, Lorraine, Aquitaine) ont des taux de mortalité prématurée plus faibles que la moyenne nationale.

Les territoires Paerpa d'Île-de-France, de Midi-Pyrénées, du Nord-Pas-de-Calais et de Bourgogne ont un taux de mortalité plus élevé que ceux de leurs régions respectives.

Les taux de mortalité prématurée sont particulièrement élevés dans le Centre, l'extrême nord et l'ouest

de la France, similaires à ceux des territoires Paerpa de ces régions (carte 3.1a). Le territoire Paerpa de Bourgogne (Nièvre) se trouve dans un contexte de territoires qui ont des taux de mortalité prématurée plus importants que la moyenne nationale.

100 km

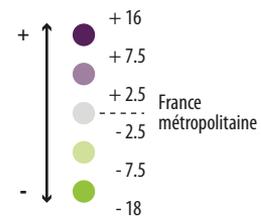


Sources : Inseem-CépiDc, 2011 ; Insee-IRP, 2011 © Irdes, 2014

3.2a

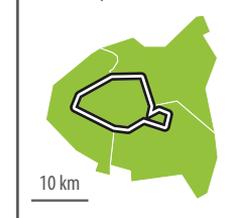
Taux de mortalité des PA

indice : France métropolitaine = 100



○ département d'inscription d'un territoire pilote

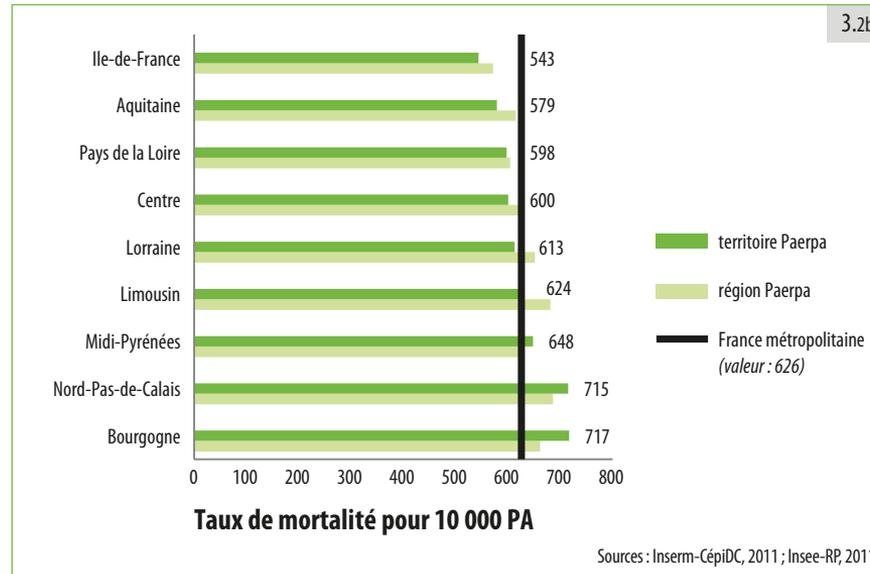
Paris et la petite couronne



Indicateur

Le taux de mortalité des personnes âgées correspond au nombre total de décès (toutes causes) pour 10 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Le taux de mortalité toutes causes permet d'appréhender de façon globale l'état de santé de la population âgée dans les territoires Paerpa. Bien qu'imparfait, ce taux est l'indicateur le plus utilisé pour comparer l'état de santé des populations. Les territoires Paerpa, qui ont des taux de mortalité des personnes âgées plus élevés, peuvent avoir des besoins médicaux plus importants.

Remarque : Une partie des différences observées peut être expliquée du fait que les taux de mortalité ne sont pas standardisés par les profils d'âge et de sexe des territoires.



3.2b

À retenir

Les taux de mortalité des personnes âgées de 75 ans ou plus varient de 543 pour 10 000 dans le territoire Paerpa d'Ile-de-France à 717 dans le territoire de Bourgogne, la moyenne nationale se situant autour de 630 pour 10 000 en 2011.

Les taux de mortalité dans les territoires Paerpa sont assez proches des taux régionaux. Les territoires du Nord-Pas-de-Calais et de Bourgogne ont des taux de mortalité plus élevés que leurs régions. Les départements d'inscription des territoires pilotes du Nord-Pas-de-Calais, de Lorraine, du Limousin et de Bourgogne sont entourés de départements avec

des taux de mortalité des personnes âgées plus élevés que la moyenne (carte 3.2a).

Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus décédées résidant dans le territoire considéré en 2011

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Source : CépiDc – Exploitation : Irdes

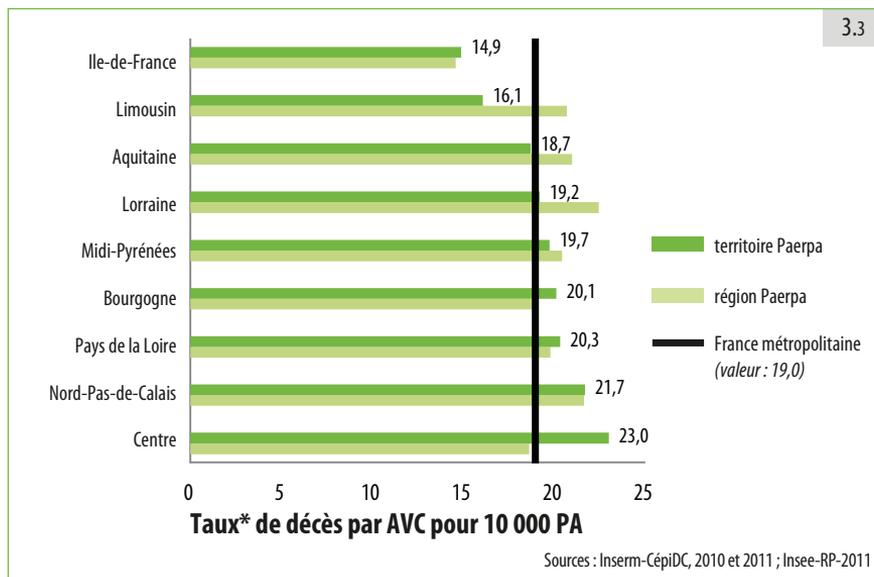
ÉTAT DE SANTÉ

Mortalité par Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Indicateur

Le taux de mortalité par accidents vasculaires cérébraux (AVC) correspond au nombre de décès par AVC pour 10 000 personnes âgées. Les trois quarts des AVC, en France, concernent des personnes de 65 ans ou plus (Direction générale de l'organisation des soins-DGOS, 2013). L'AVC exige une prise en charge rapide, tout délai pouvant être fatal. Les populations éloignées des hôpitaux, en particulier des unités neurovasculaires (UNV), structures mises en place pour faire face aux AVC, peuvent ainsi être désavantagées car elles ne peuvent pas obtenir un diagnostic précis et les soins adéquats rapidement. Les territoires ruraux ont des taux de mortalité par AVC plus élevés que les territoires urbains (Leira *et al.*, 2008).

Remarque : Une partie des différences observées peut être expliquée du fait que les taux de mortalité ne sont pas standardisés par les profils d'âge et de sexe des territoires.



Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus décédées des suites d'un AVC en 2010 ou 2011 résidant au sein du territoire considéré

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2010 et 2011

Source : CépiDC – Exploitation : Irdes

* Les taux sont calculés sur deux ans pour assurer la robustesse des effectifs au niveau territorial.

À retenir

En 2010-2011 les territoires Paerpa qui ont les taux de mortalité par AVC les plus importants sont les territoires du Centre et du Nord-Pas-de-Calais. Pour le territoire Paerpa du Centre, le taux de mortalité par AVC est nettement plus important que celui de la région dans laquelle il s'inscrit (23 contre 19) et 1,5 fois plus important que celui d'Ile-de-France.

Si la plupart des AVC pour les personnes âgées a lieu à domicile, à la distance entre le lieu où s'est produit l'AVC et le lieu de prise en charge s'ajoute la nature du service pour déterminer la chance du patient de survivre (hôpital avec ou sans UNV, un service d'urgence

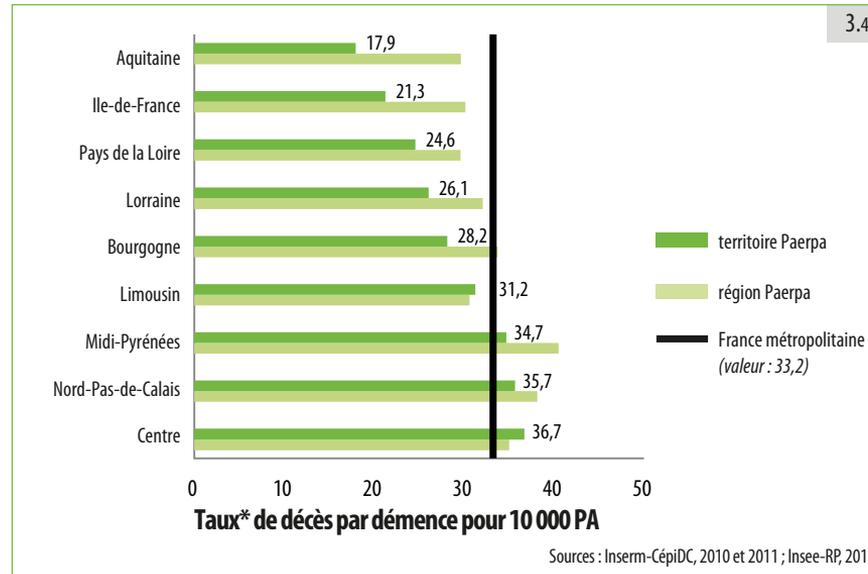
équipé, scanner, etc.). L'équipement en amont de la prise en charge hospitalière (Service d'aide médicale urgente (Samu), ambulances, etc.) est aussi important pour réduire la mortalité par AVC.

Indicateur

Le taux de mortalité par démence correspond au nombre de décès pour cause de démence, y compris la maladie d'Alzheimer, pour 10 000 personnes âgées. La démence est une maladie neuro-dégénérative qui entraîne la mort des cellules nerveuses et donc la perte des fonctions qu'elles assurent. Ces maladies entraînent une perte d'autonomie pour les personnes. Les patients atteints de maladies neurodégénératives sont plus à risque d'être hospitalisés et certaines de ces hospitalisations pourraient être potentiellement évitables (Lin *et al.*, 2013). De plus, un diagnostic précoce de démence est susceptible de retarder la déficience cognitive (Herrmann *et al.*, 2005).

Réduire l'occurrence de certains facteurs à l'origine d'hospitalisations – problèmes liés aux médicaments, dénutrition, dépression, chutes – est un des objectifs du projet Paerpa. Le cahier des charges du projet note que ces facteurs sont souvent liés à des comorbidités comme la maladie d'Alzheimer.

Remarque : Une partie des différences observées peut être expliquée du fait que les taux de mortalité ne sont pas standardisés par les profils d'âge et de sexe des territoires.



À retenir

En 2010-2011, les territoires Paerpa du Centre et du Nord-Pas-de-Calais ont des taux de décès par démence un peu plus élevés que la moyenne nationale (36 et 37 contre 33 décès pour 10 000 personnes âgées). Le territoire Paerpa d'Aquitaine a un taux de décès deux fois inférieur à celui du Centre (18 contre 36 pour 10 000). Les territoires d'Aquitaine, d'Île de France, des Pays de la Loire, de Lorraine, de Bourgogne, de Midi-Pyrénées et du Nord-Pas-de-Calais ont des taux de décès plus faibles que leurs moyennes régionales.

Le taux de mortalité n'est pas un indicateur de prévalence (le

nombre de personnes affectées à un moment donné). Les morbidités et les facteurs de risques sous-jacents peuvent varier selon les régions et les territoires.

Une partie de ces différences peut être liée aux variations de pratiques de codage des causes de décès qui peuvent être plus importantes pour les maladies neurodégénératives.

Calcul

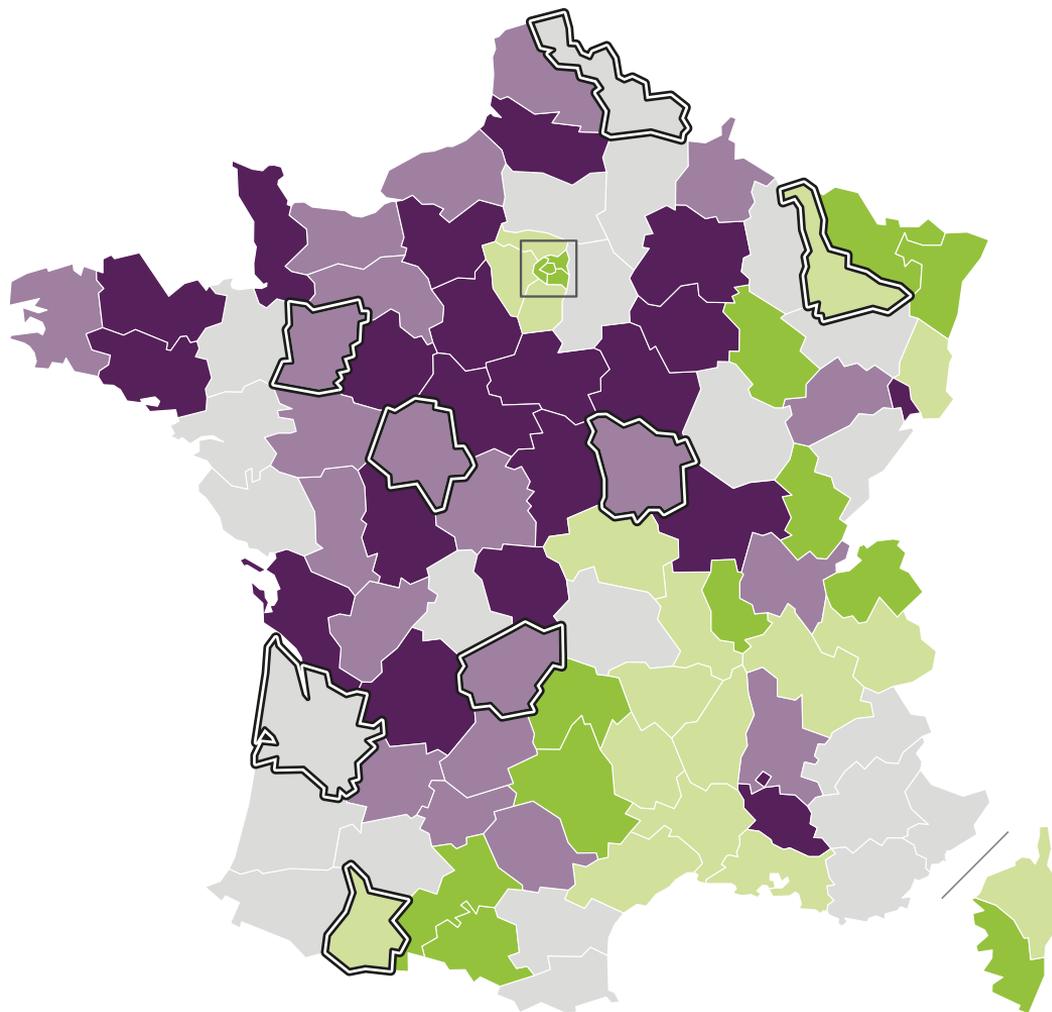
Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus décédées en 2010-2011 des suites de démence, dont Alzheimer, résidant au sein du territoire considéré

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Source : CépiDc – Exploitation : Irdes

* Les taux sont calculés sur deux ans pour assurer la robustesse des effectifs au niveau territorial.

100 km

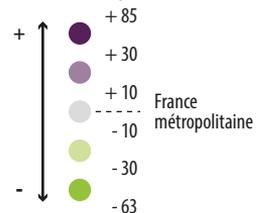


Sources : Insem-CépiDc, 2010 et 2011 ; Insee-IRP, 2011 © Irdes, 2014

3.5a

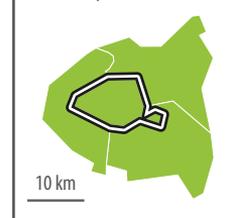
Taux de mortalité des PA par suicide/dépression

indice : France métropolitaine = 100



○ département d'inscription
d'un territoire pilote

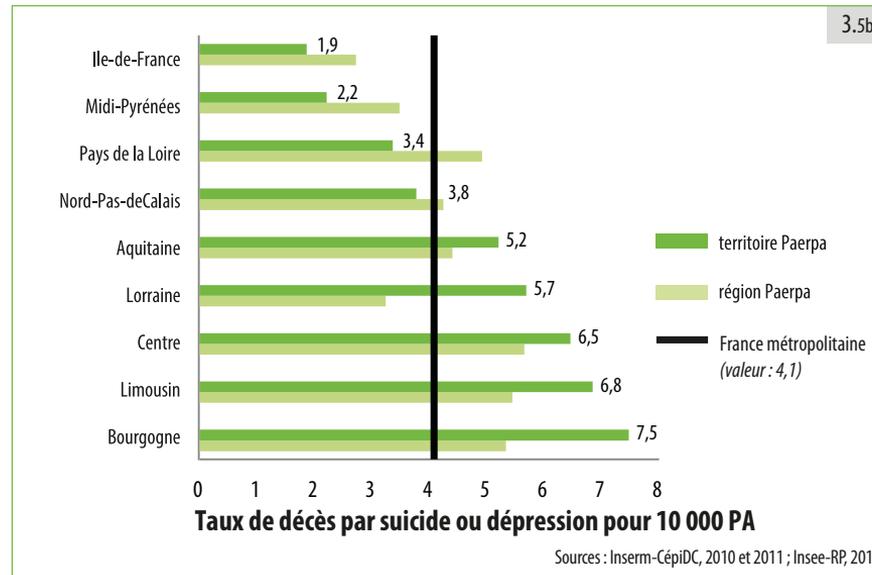
Paris et la petite couronne



Indicateur

Le taux de mortalité par suicide correspond au nombre de décès pour cause de suicide ou de dépression pour 10 000 personnes âgées. Les pratiques de codage des décès par suicide pouvant varier d'un médecin à l'autre, nous utilisons les deux causes de décès. Par rapport aux hommes de 15 à 24 ans, le taux de suicide est 6 à 7 fois plus élevé chez les hommes de 85 ans ou plus (Limosin, 2014). La dépression est la pathologie la plus souvent rencontrée parmi les gens qui meurent par suicide (Hawton *et al.*, 2013). La dépression peut être difficile à diagnostiquer chez les patients âgés et souffrant d'autres maladies (Mitchell and Harvey, 2014). Souvent, les personnes dépressives peuvent avoir des troubles qui miment les pathologies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, ce qui rend le diagnostic plus difficile. Le diagnostic de dépression étant difficile à poser, le taux de suicide peut être un marqueur indirect d'une mauvaise prise en charge de ce problème.

Remarque : Une partie des différences observées peut être expliquée du fait que les taux de mortalité ne sont pas standardisés par les profils d'âge et de sexe des territoires.



À retenir

En 2010-2011, les territoires Paerpa de Bourgogne, du Limousin, du Centre, de la Lorraine et d'Aquitaine ont des taux de mortalité par suicide ou dépression des personnes âgées plus élevés que la moyenne nationale atteignant 8 décès pour 10 000 personnes âgées pour le territoire de la Bourgogne (contre 4 pour la France). On observe de très grandes variations des taux de décès par suicide ou dépression entre les territoires Paerpa avec un rapport allant de 1 à 4. Les territoires pilotes d'Île-de-France, de Midi-Pyrénées, de Pays de la Loire, de Nord-Pas-de-Calais ont des taux de décès plus faibles que ceux de leur région et

que la moyenne nationale.

Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus décédées des suites d'un suicide ou d'une dépression en 2010 ou 2011 résidant au sein du territoire considéré

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

* Au niveau des territoires Paerpa, les taux non lissés peuvent être instables en raison du petit nombre d'observations

Source : CépiDc – Exploitation : Irdes

ÉTAT DE SANTÉ

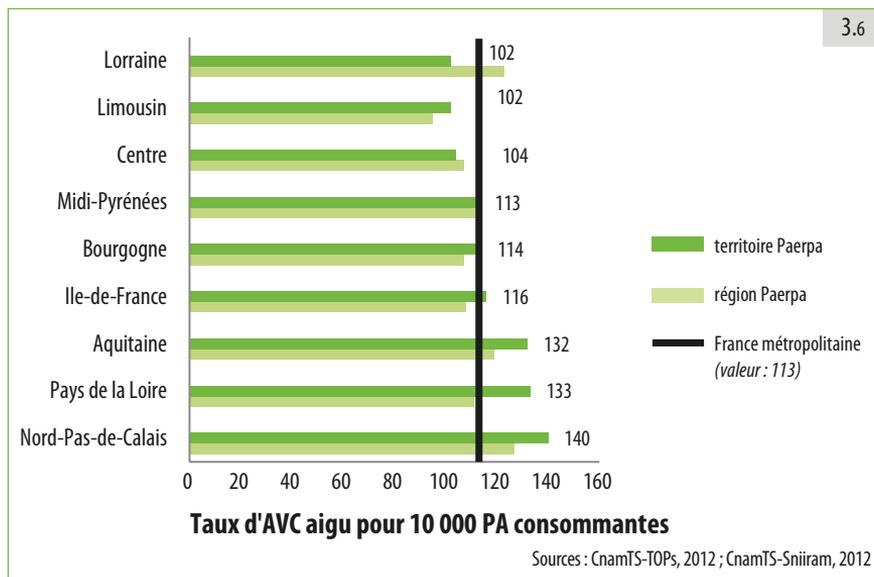
Fréquence des Accidents vasculaires cérébraux (AVC) aigus des personnes âgées (PA)

Indicateur

Cet indicateur correspond au nombre de personnes âgées hospitalisées en 2012 pour le motif d'Accident vasculaire cérébral (AVC) aigu en diagnostic principal. Il est calculé à partir des données issues de remboursements par le Régime général pour appréhender les taux des pathologies spécifiques. Les personnes souffrant d'une séquelle d'AVC ou d'un accident ischémique transitoire ne sont pas comptabilisées ici.

L'indicateur permet d'approcher le niveau de morbidité par AVC des personnes âgées de 75 ans ou plus. Les variations observées renvoient à des réalités épidémiologiques (la prévalence d'AVC), mais aussi à la manière dont le système de soins intervient sur cette pathologie : à état de santé identique, une propension à traiter plus précocement fera apparaître un plus grand nombre de malades (Cnamts, 2014).

Remarque : Une partie de la variance observée entre les territoires peut être aussi liée aux différences de populations couvertes par le Régime général et à la structure d'âge de la population âgée.



À retenir

En 2012, parmi les 9 territoires pilotes, les taux d'AVC varient de 102 pour 10 000 personnes âgées dans les territoires Paerpa du Limousin et de Lorraine à 140 dans le territoire Paerpa du Nord-Pas-de-Calais. Les territoires pilotes d'Aquitaine, de Pays de la Loire et du Nord-Pas-de-Calais présentent des taux d'AVC aigus bien supérieurs aux taux de leur région et de la moyenne nationale (113 pour 10 000 personnes âgées). À l'inverse, les territoires Paerpa du Limousin, de Lorraine et du Centre ont des taux d'AVC aigus moins élevés que la moyenne de France métropolitaine.

En France, l'AVC constitue la première cause de handicap, la deuxième cause de démence et la deuxième cause de mortalité (Inserm, 2014).

Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré et hospitalisées en 2012 pour maladies cérébrovasculaires aiguës en diagnostic principal, les séquelles d'AVC sont exclues

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus ayant fait l'objet d'un remboursement par le Régime général (RG) et résidant au sein du territoire considéré en 2012

Précision : Seuls les consommateurs du RG, y compris Section locale mutualiste (SLM), ont été inclus dans le calcul de cet indicateur

Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts

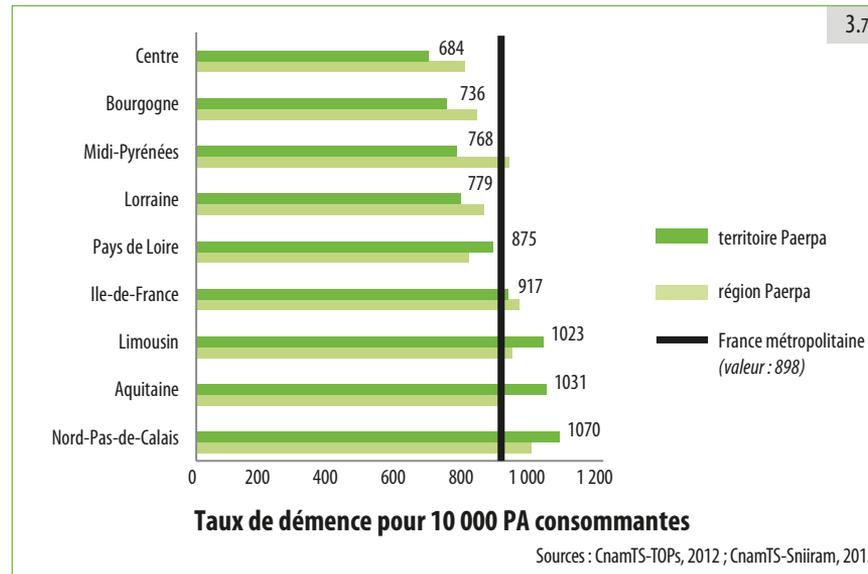
Indicateur

Cet indicateur correspond au nombre de personnes âgées bénéficiaires d'une Affection de longue durée (ALD) démence* (y compris maladie d'Alzheimer) et/ou ayant reçu des médicaments spécifiques au cours de l'année 2012 et/ou hospitalisées pour ce motif au moins une fois au cours des cinq dernières années. Il est calculé à partir des données issues de remboursements par le Régime général pour appréhender les taux des pathologies spécifiques.

L'indicateur établit l'importance du recours aux soins pour cette pathologie et permet d'approcher le niveau de morbidité par démence au sein de la population

cible. Les variations observées renvoient à des réalités épidémiologiques (la prévalence), mais aussi à la manière dont le système de soins intervient sur cette pathologie : à état de santé identique, une propension à traiter plus précocement fera apparaître un plus grand nombre de malades (Cnamts, 2014).

Remarque : Une partie de la variance observée entre les territoires peut être aussi liée aux différences de populations couvertes par le Régime général et à la structure d'âge de la population âgée.



Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus bénéficiaires d'une ALD démence en 2012 (y compris maladie d'Alzheimer) et/ou ayant reçu des médicaments spécifiques au cours de l'année 2012 et/ou de personnes hospitalisées pour ce motif durant une des cinq dernières années résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus ayant fait l'objet d'un remboursement par le Régime général et résidant au sein du territoire considéré en 2012

Précision : Seuls les consommateurs du Régime général y compris Section locale mutualiste (SLM) ont été utilisés pour le calcul de cet indicateur

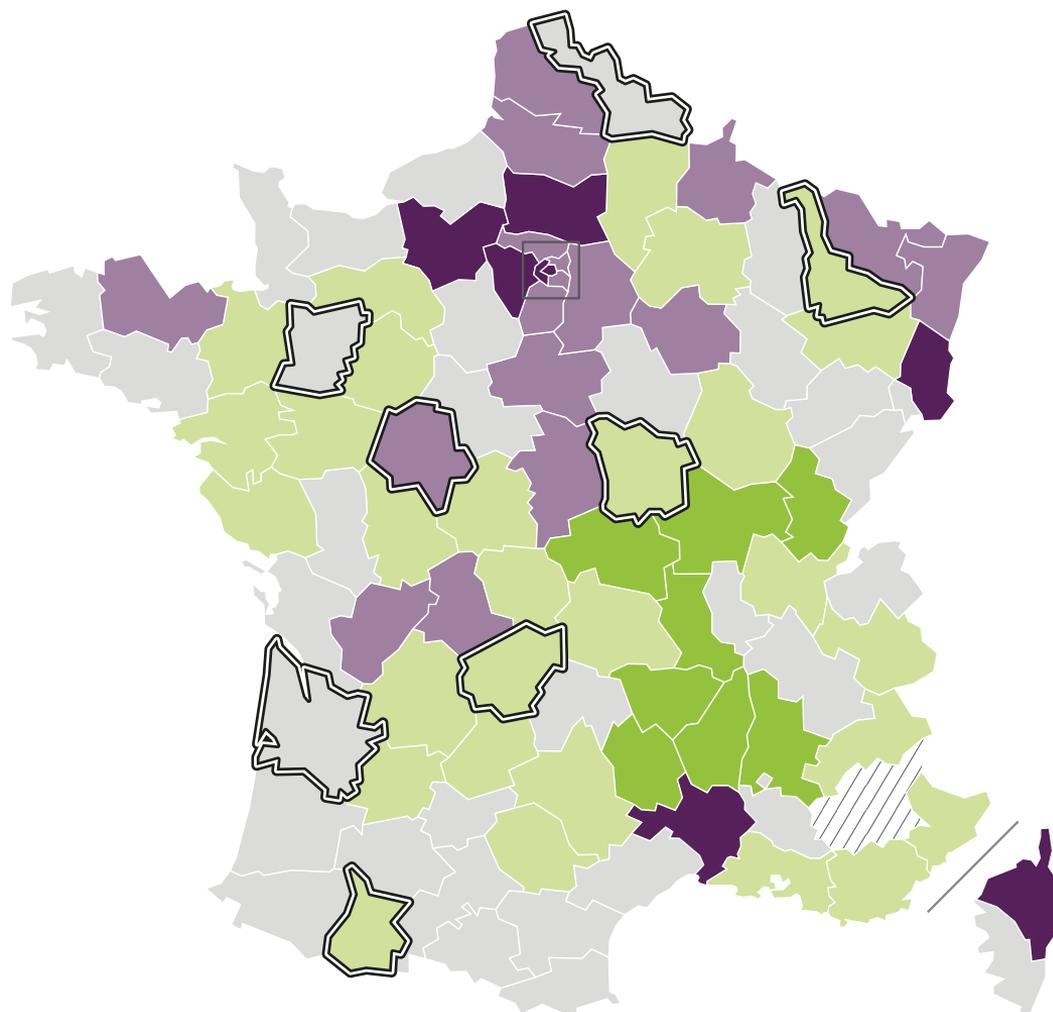
Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts

À retenir

Les taux de démence* pour 10 000 personnes âgées de 75 ans ou plus en 2012 varient de 684 dans le territoire Paerpa du Centre à 1 070 dans le territoire du Nord-Pas-de-Calais. Entre ces deux extrêmes s'exerce un rapport allant de 1 à 1,6. Globalement, les taux des territoires Paerpa sont assez proches de ceux de leurs régions d'inscription. Les territoires pilotes du Limousin, du Nord-Pas-de-Calais, d'Aquitaine et des Pays de la Loire observent un taux de démence plus important que celui de leurs régions administratives. En outre, le taux de démence des territoires Paerpa du Nord-Pas-de-Calais et du Limousin est plus élevé que celui de France métropolitaine (898 pour 10 000).

* La démence est une maladie neurodégénérative affectant les cellules nerveuses. Les complications cognitives, motrices et/ou perceptives liées à cette pathologie sont source de perte d'autonomie.

100 km

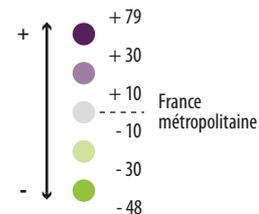


Source : Drees-Enquête Aide sociale, 2012 ©Irdes, 2014

Part des bénéficiaires de l'Apa à domicile évalués en GIR 1 ou 2

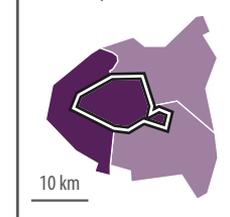
3.8a

indice : France métropolitaine = 100



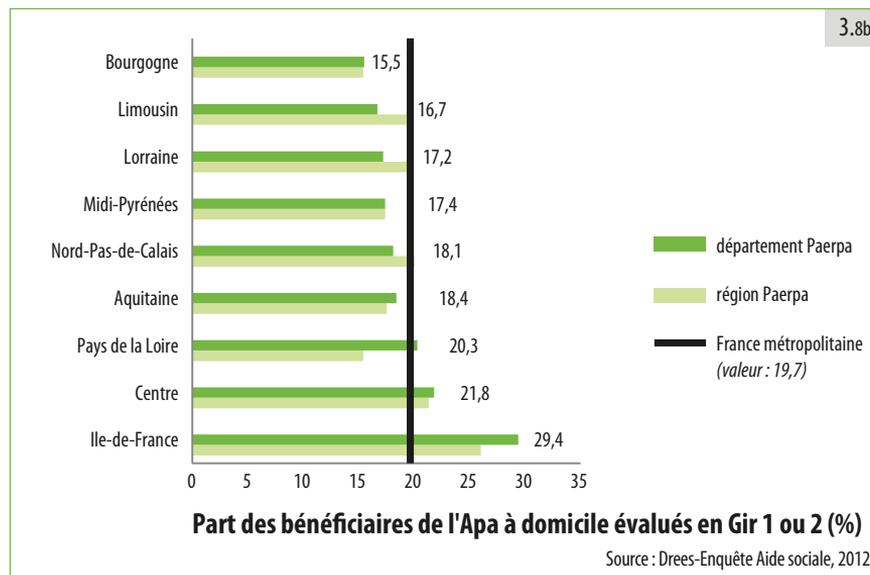
○ département d'inscription d'un territoire pilote // valeur non disponible

Paris et la petite couronne



Indicateur

L'indicateur donne la proportion de personnes âgées en Gir 1 ou 2 (qui sont les plus dépendantes) parmi les bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) [Gir 1 à 4] à domicile dans les départements et régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa. La grille d'évaluation Autonomie gérontologique groupes iso-ressources (Aggir) permet d'évaluer la dépendance en attribuant un degré d'autonomie à la personne. Si la personne âgée est affectée au groupe 1, elle est très peu autonome, un Gir 6 correspond à une complète autonomie. Le montant de l'Apa (Graphique 2.4) est basé sur le Gir. L'évaluation est faite par une équipe médicale du Conseil général. Ainsi cet indicateur permet d'approcher le niveau de dépendance des populations âgées. Toutes les personnes bénéficiant de l'Apa ne sont pas forcément âgées de plus de 75 ans. Cependant, pour le département de la Nièvre (ARS Bourgogne, 2014, p. 23), l'ensemble des personnes bénéficiaires de l'Apa en Gir 1 a plus de 75 ans et environ 88 % de celles en Gir 2 ont plus de 75 ans. Si on extrapole la situation de la Nièvre, une large proportion des personnes bénéficiaires de l'Apa en Gir 1 ou 2 a plus de 75 ans.



À retenir

En 2012, le territoire Paerpa ainsi que la région de l'Île-de-France ont une part de bénéficiaires de l'Apa en Gir 1 ou 2 à domicile nettement au-dessus de la moyenne métropolitaine (29,4 % contre 19,7 %) suivie par le Centre (22 %) et le territoire des Pays de la Loire (20,3 %). Toutefois, en Île-de-France, la proportion des personnes de 75 ans ou plus bénéficiaires de l'Apa tous Gir confondus est inférieure à celle de la France (15,3 % *versus* 19,8 % en France), d'après le diagnostic de la région (ARS-IDF, 2014). Le territoire de Midi-Pyrénées a une proportion de bénéficiaires de l'Apa en Gir 1 ou 2 plus faible

que la moyenne nationale mais une proportion de bénéficiaires de l'Apa en Gir 1 à 4 plus importante que la moyenne nationale (Anap, 2014c). Cet indicateur peut être conditionné par la disponibilité de l'offre de soins en institution.

Les départements avec les plus fortes proportions de personnes en Gir 1 ou 2 parmi les bénéficiaires de l'Apa à domicile sont le Gard, la Corse du nord, Paris, les Hauts-de-Seine, les Yvelines, l'Eure, l'Oise et le Haut-Rhin (Carte 3.8a, p. 58).

Calcul

Numérateur : Nombre de bénéficiaires de l'Apa à domicile évaluées en Gir 1 ou 2 résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de bénéficiaires de l'Apa à domicile résidant au sein du territoire considéré en 2012 (Gir 1 à 4)

Source : Drees – Exploitation : Irdes

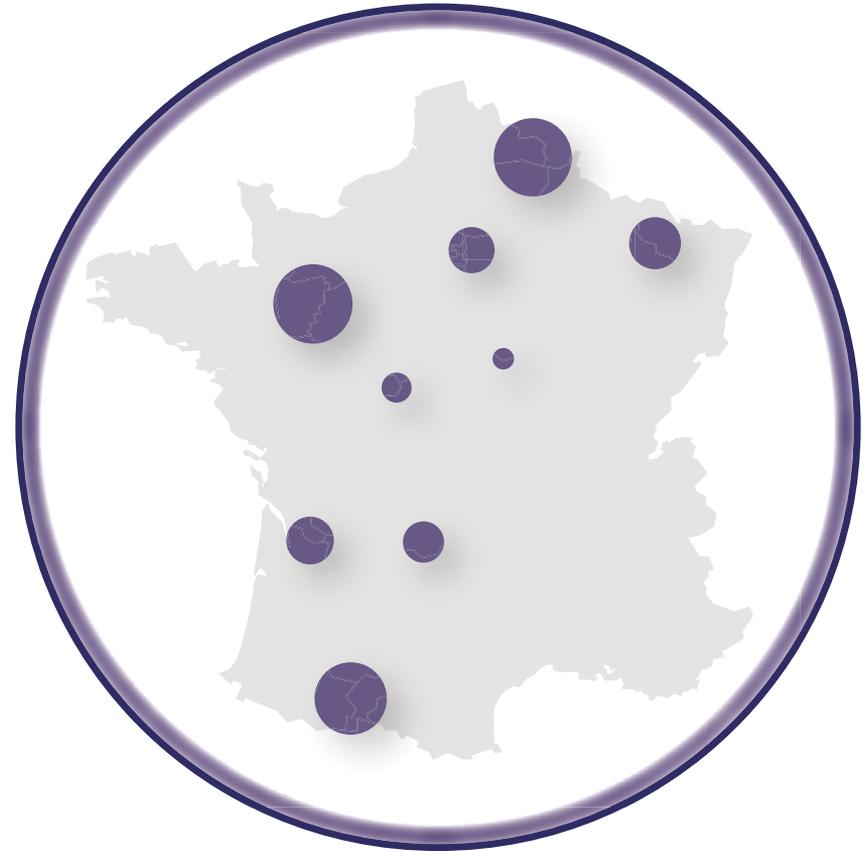
4. Offre sanitaire, sociale et médico-sociale

Taux d'équipement

en lits de médecine et chirurgie (MC)	67
en lits de Soins de suite et de réadaptation (SSR)	69
en lits de psychiatrie (PSY)	71
en lits de Soins de longue durée (SLD)	73
en places d'Hospitalisation à domicile (HAD)	75
en places d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).....	77
en soins infirmiers à domicile (Ssiad)	85

Accessibilité potentielle localisée (APL)

aux médecins généralistes (MG) libéraux.....	79
aux infirmiers libéraux (IL)	81
aux psychiatres libéraux (PL).....	82
aux chirurgiens-dentistes libéraux (CDL).....	83



4. OFFRE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

Les territoires du projet Paerpa diffèrent quant à leurs contextes d'offres de soins qui sont le résultat de leur histoire et des choix d'installation des praticiens libéraux. Cette partie présente les densités de lits, de places et de professionnels de santé afin d'appréhender, de façon systématique, les différences d'offres de soins hospitaliers et de ville entre les territoires.

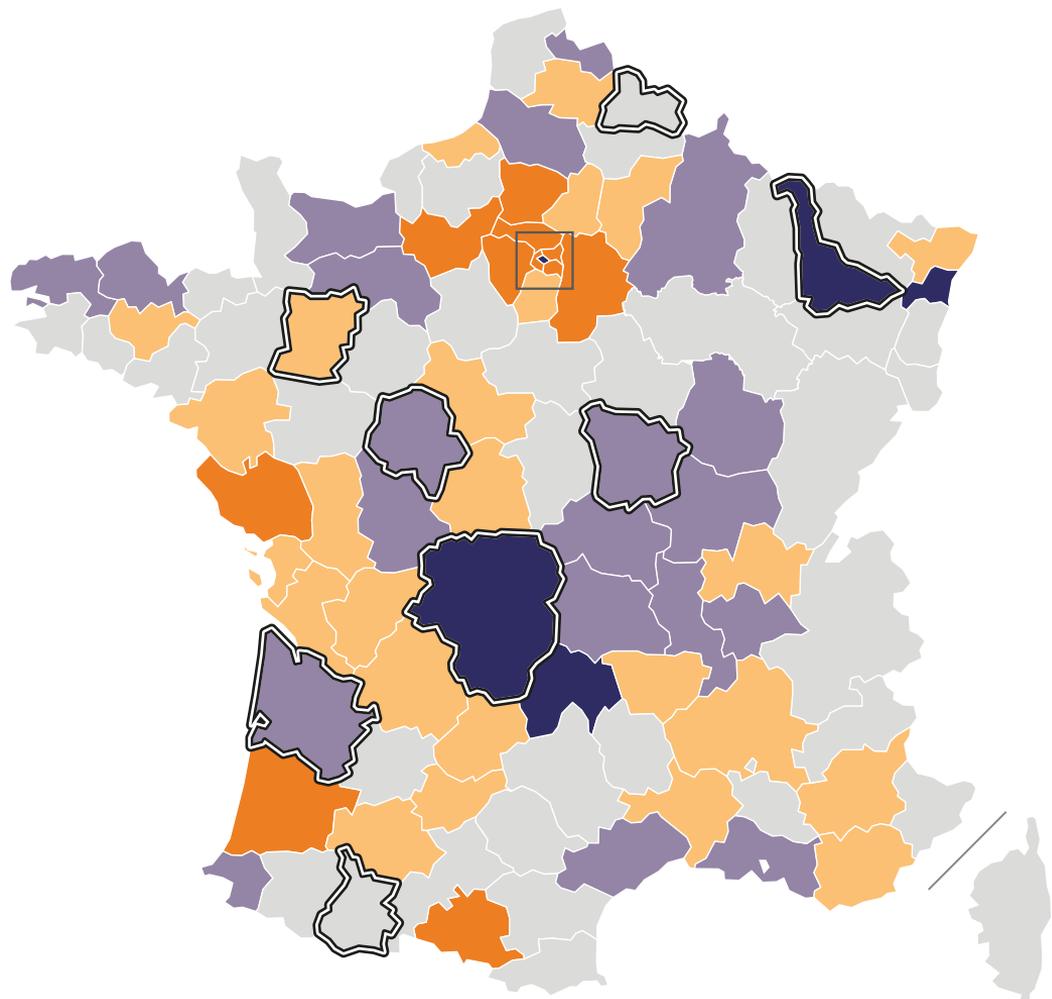
L'offre de soins hospitaliers est décrite au niveau du « territoire de santé » dans lequel s'inscrivent les territoires pilotes. Le territoire de santé étant défini comme espace d'organisation des soins par les Agences régionales de santé (ARS) est considéré comme pertinent pour l'analyse de l'offre intra régionale. Aussi l'offre hospitalière peut être en partie à l'extérieur du territoire Paerpa ou couvrir une plus grande zone que le territoire pilote. Par exemple, la population du nord-ouest de la Nièvre (territoire de Bourgogne) bénéficie des soins des établissements hospitaliers de Nevers alors que les établissements

du Grand Nancy (territoire de Lorraine) servent aussi des populations à l'extérieur du territoire pilote. Pour décrire l'offre des praticiens libéraux, l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) a été utilisé. Dans le calcul de la densité, l'APL permet de prendre en compte le niveau d'activité des praticiens tout en tenant compte de la demande (structure d'âge de la population) dans une zone de recours (en utilisant une distance de référence). L'APL est ainsi calculée pour chaque commune en considérant à la fois l'offre et la demande de la commune et des communes voisines. L'indicateur permet de caractériser les situations auxquelles sont confrontés les habitants de différents types de territoires (urbains et ruraux) et de revisiter les constats sur les écarts de densité (Barlet *et al.*, 2012).

Les données des équipements hospitaliers proviennent de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) en 2012 de la Drees. Le nombre de places en Établissements d'hébergement pour per-

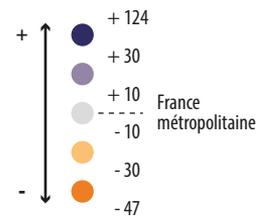
sonnes âgées dépendantes (Ehpad) est issu du fichier Finess et de l'enquête auprès des Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) [Drees] qui porte sur l'année 2011. Ces données sont uniquement disponibles au niveau des départements. L'indicateur d'APL est élaboré conjointement par la Drees et l'Irdes à partir de l'exploitation des données de l'offre de professionnels libéraux en 2011 (Cnamts) et de la population en 2008 (Insee).

100 km



Taux d'équipement en lits de MC
indice : France métropolitaine = 100

4.1a

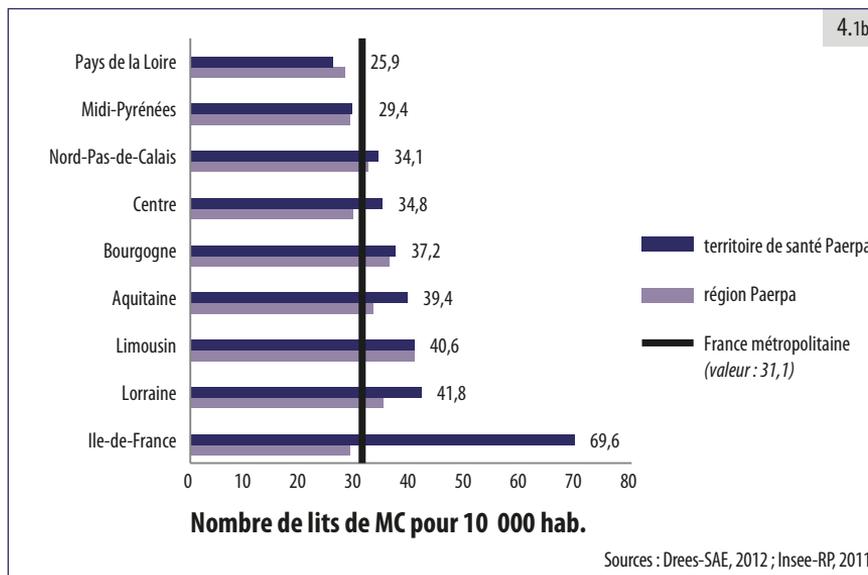


⊙ territoire de santé d'inscription d'un territoire pilote



Indicateur

Le taux d'équipement en lits de médecine et chirurgie (MC) est calculé au niveau des territoires de santé et des régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa. Le nombre de lits des établissements publics, privés à but non-lucratif et des cliniques privées pour l'activité médicale et chirurgicale est rapporté à 10 000 habitants du territoire concerné. L'indicateur n'est pas spécifique aux personnes âgées. Il permet d'apprécier de façon globale le niveau de l'offre hospitalière dans les territoires de santé dans lesquels s'insèrent les zones Paerpa. Le territoire de santé, qui a été défini comme espace d'organisation des soins, est considéré comme pertinent pour l'analyse de l'offre de soins hospitaliers. Le taux d'équipement en lits pour 10 000 habitants permet de comparer la taille du secteur MC dans chaque territoire.



À retenir

Le territoire de santé parisien se distingue avec un taux de 70 lits pour 10 000 habitants en MC, plus de deux fois plus élevé que la moyenne de la France métropolitaine (31 pour 10 000). La plupart des territoires de santé des zones Paerpa ont des taux d'équipement en lits proches de ceux de leurs régions, à l'exception des territoires d'Aquitaine (la ville de Bordeaux), de Lorraine (Nancy) et de Paris qui concentrent plus d'équipements.

Notons que les établissements localisés dans un territoire de santé peuvent servir une population plus large que celle de leur territoire. La carte 4.1.a permet de voir

que le territoire parisien a une situation unique, étant entouré par des territoires de santé qui ont un taux d'équipement deux fois inférieur à la moyenne nationale.

Calcul

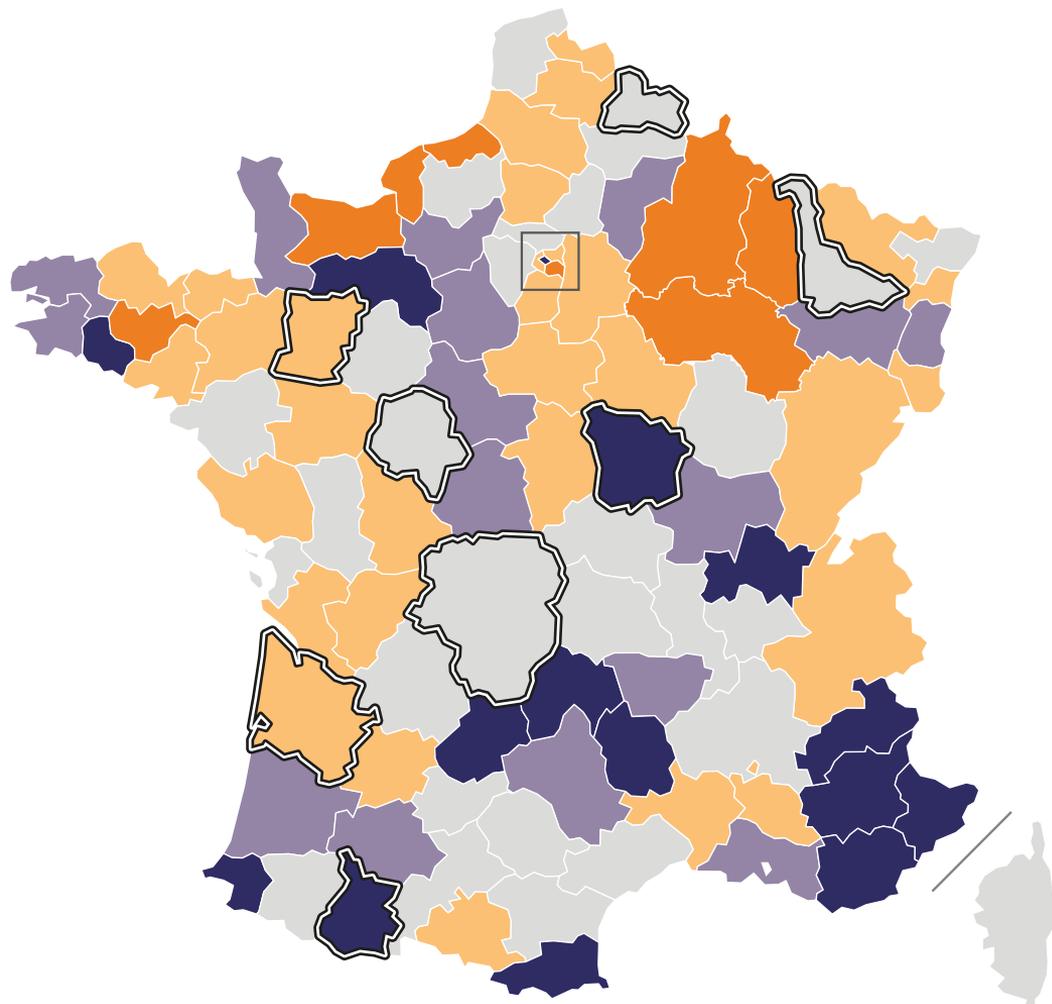
Numérateur : Nombre de lits d'hospitalisation complète des établissements de MC (publics, privés, Espic) du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Le numérateur est extrait du bordereau Q01 de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de 2012

Source : Drees – Exploitation : Irdes

100 km

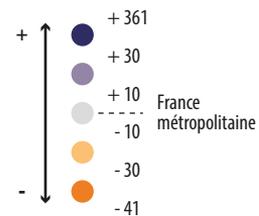


Sources : Drees-SAE, 2012 ; Insee-RP, 2011 © Irdes, 2014

Taux d'équipement en lits de SSR

4.2a

indice : France métropolitaine = 100



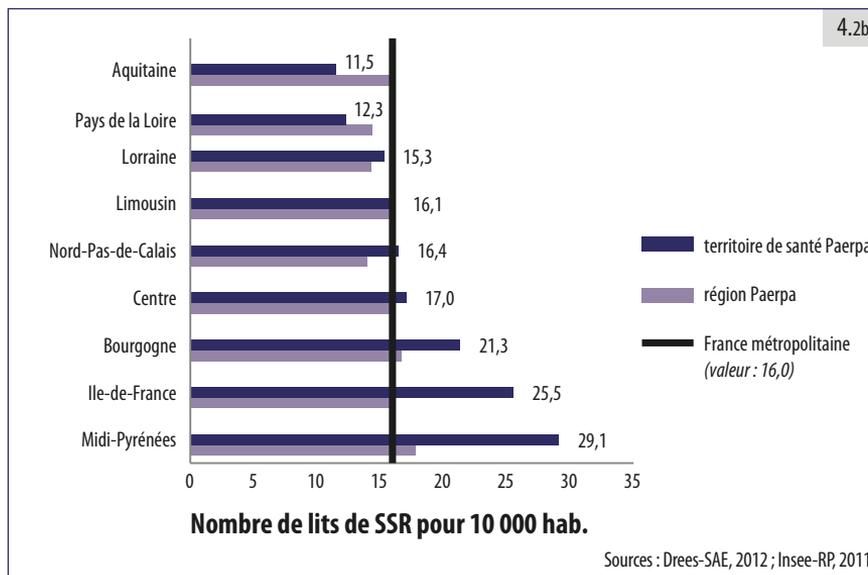
⊙ territoire de santé d'inscription d'un territoire pilote



Indicateur

Le taux d'équipement en lits de Soins de suite et de réadaptation (SSR) est calculé au niveau des territoires de santé et des régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa. Le nombre de lits des établissements publics, privés à but lucratif ou non lucratif dédiés aux SSR est rapporté à 10 000 habitants du territoire concerné. Le territoire de santé étant défini comme l'espace d'organisation des soins est considéré comme le niveau d'analyse de l'offre de soins hospitaliers infrarégionale. L'indicateur n'est pas spécifique aux personnes âgées.

Les SSR sont des soins de moyen séjour qui accueillent, dans la majorité des cas, des personnes âgées qui ont besoin d'un suivi médical après une hospitalisation en MC. Il s'agit de soins qui suivent une hospitalisation avec pour objectifs d'accompagner le retour à domicile et de réduire les dépendances. Un établissement en SSR assure pour les personnes âgées, le plus souvent, de la rééducation et réadaptation, des soins médicaux palliatifs, des actions de prévention et d'éducation thérapeutique. Les taux d'équipement en SSR sont à prendre en compte avec les taux d'équipement en HAD et la disponibilité des alternatives en ville.



Calcul

Numérateur : Nombre de lits d'hospitalisation complète des établissements de SSR (publics, privés, Espic) du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Le numérateur est extrait du bordereau Q18_A1 de la Statistique annuelle des établissements (SAE) de 2012

Source : Drees – Exploitation : Irdes

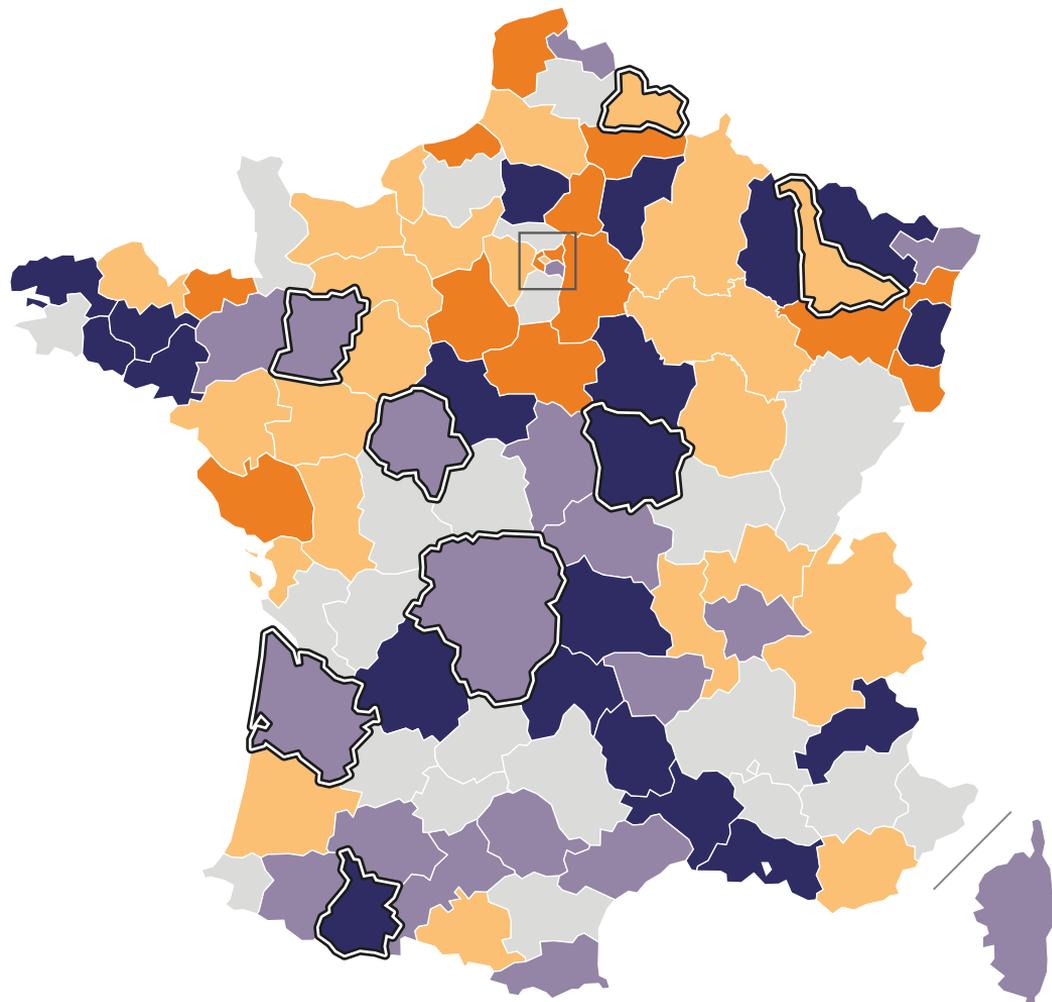
À retenir

L'équipement en SSR varie du simple au triple (de 11 pour 10 000 personnes pour le territoire pilote d'Aquitaine à 29 dans le territoire de Midi-Pyrénées). Les régions Paerpa sont très proches de la moyenne nationale (16) alors que les territoires de santé des zones Paerpa varient de manière importante en termes d'équipement en SSR. Paris et la Nièvre ont deux fois plus de lits en SSR que les territoires de santé de Mayenne et Bordeaux. D'après la carte (4.2a), le sud de la France concentre plus de places en SSR que le nord. D'autre part, Paris tout comme la Nièvre sont entourés de territoires de santé qui ont une offre

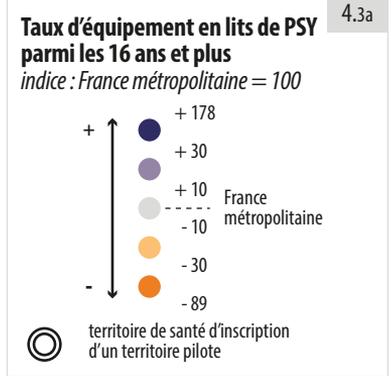
en SSR en dessous de la moyenne nationale.

Remarque : Toute structure de SSR n'est pas destinée aux seules personnes âgées, on ne peut pas identifier ici les lits dédiés à la gériatrie.

100 km



Sources : Drees-SAE, 2012 ; Insee-RP, 2011 © Irdes, 2014

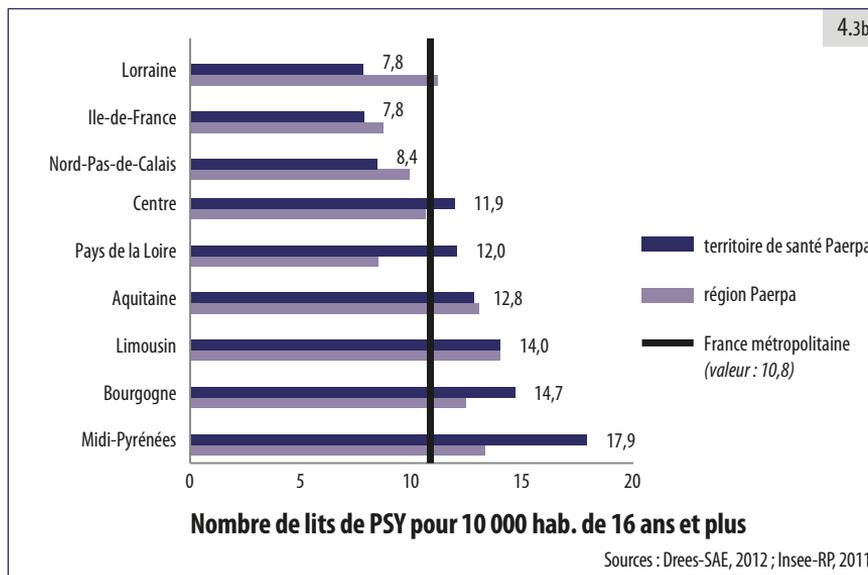


Indicateur

Le taux d'équipement en lits de psychiatrie est calculé au niveau des territoires de santé et des régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa. Le nombre de lits dans l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, publics et privés, est rapporté à 10 000 personnes de 16 ans ou plus du territoire concerné (la psychiatrie adulte étant distinguée de la psychiatrie infanto-juvénile). L'indicateur n'est pas spécifique aux personnes âgées de 75 ans ou plus.

Avec la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009, le territoire de santé est progressivement devenu l'unité de planification et d'organisation des soins en psychiatrie, remettant ainsi en cause le principe de sectorisation qui avait été mis en place en 1960.

L'indicateur donne un aperçu de la capacité hospitalière en psychiatrie. Les prises en charges relevant de la psychiatrie peuvent se faire dans des établissements spécialisés ou généralistes en médecine qui réalisent 270 000 séjours par an (Boisguérin *et al.*, 2014). Près des deux tiers des établissements autorisés à exercer cette activité sont des établissements spécialisés en psychiatrie.



À retenir

Le taux d'équipement en lits de psychiatrie varie fortement de près de 8 lits pour 10 000 adultes dans les territoires de santé de Nancy, de Paris et du Valenciennois-Quercitain à 18 lits pour 10 000 personnes de 16 ans ou plus dans le territoire de santé de Hautes-Pyrénées. Les territoires de santé des Hautes-Pyrénées, de la Nièvre et de la Mayenne ont des taux de lits bien plus élevés que leurs régions.

Au niveau national (carte 4.3a), la Bretagne, le Gard, la Lozère, la Nièvre et l'Yonne sont parmi les territoires qui concentrent plus de lits en psychiatrie que la moyenne nationale (+ 30 à 78 %).

Calcul

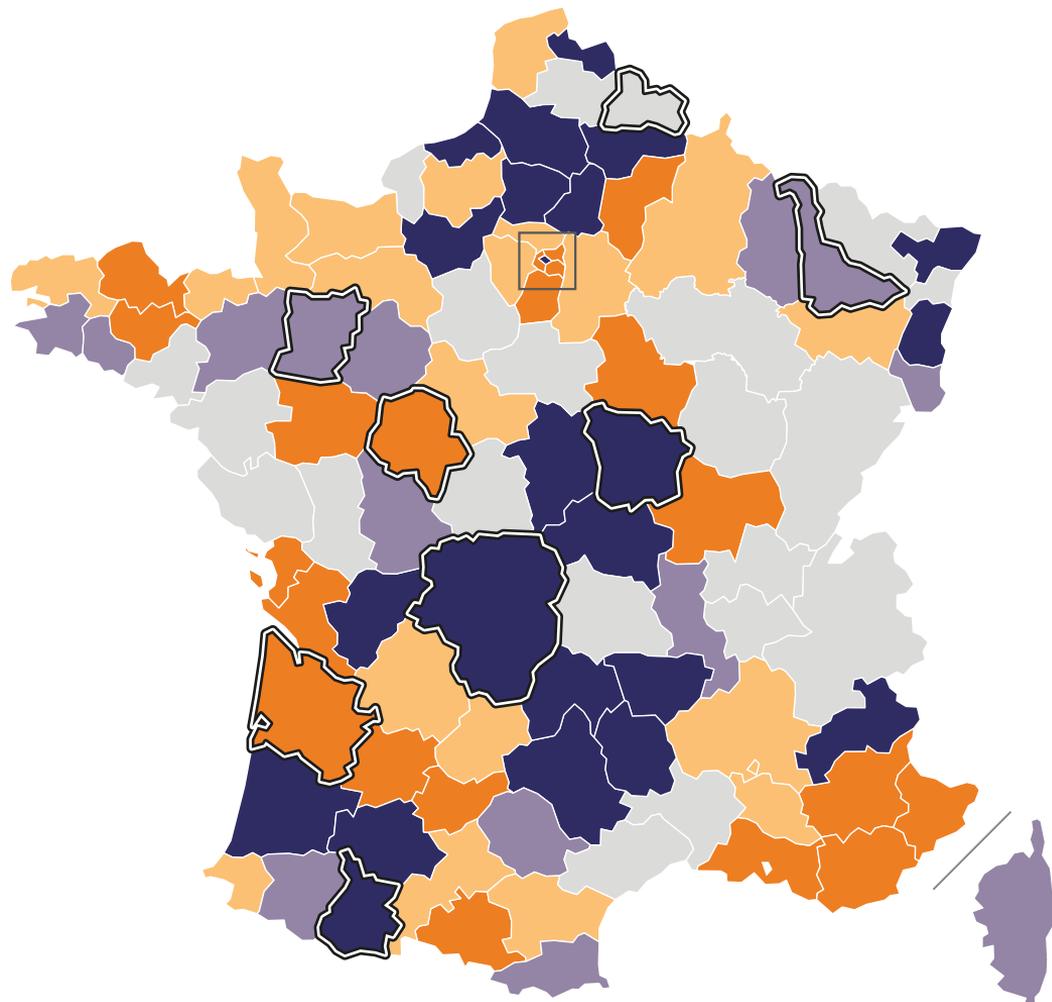
Numérateur : Nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie générale des établissements autorisés en psychiatrie (publics, privés, Espic) du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 16 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Le numérateur est extrait du bordereau Q09 de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de 2012

Source : Drees – Exploitation : Irdes

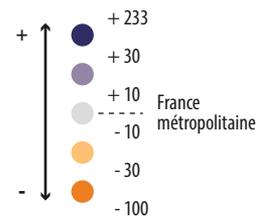
100 km



Taux d'équipement en lits de SLD parmi les 60 ans et plus

4.4a

indice : France métropolitaine = 100



⊙ territoire de santé d'inscription
d'un territoire pilote

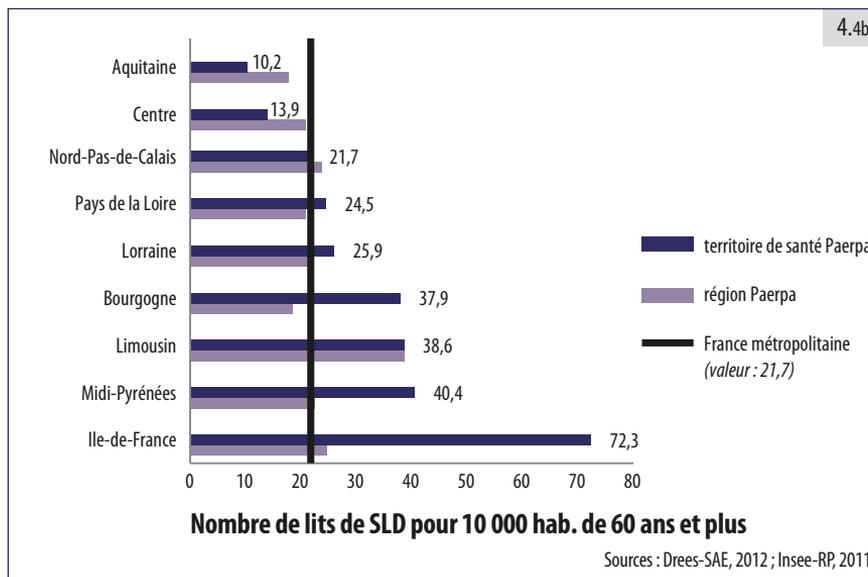


Indicateur

Cet indicateur donne le nombre de lits dans les unités de soins de longue durée (USLD) pour 10 000 habitants de plus de 60 ans dans le territoire de santé au sein duquel s'insère le territoire pilote. Les USLD dispensent des soins médicaux à des patients qui sont dépendants et qui nécessitent, en principe, une surveillance médicale constante.

Généralement, l'admission en USLD se fait suite à un passage en court (indicateur 4.1) ou moyen séjour (indicateur 4.2).

Comme pour les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) [indicateur 4.6], le financement des USLD est composé de trois parties, l'hébergement (pris en charge par le patient ou grâce à l'aide du Conseil général sous conditions de ressources), la prise en charge de la dépendance (dont le financement dépend de la grille de dépendance Aggir, indicateur 3.8b) et les soins (financés par l'Assurance maladie).



À retenir

Le territoire de santé de Paris a plus de trois fois plus de lits de SLD que la moyenne nationale, il est toutefois entouré de territoires de santé qui ont moins de lits en SLD (carte 4.4a). Le territoire de santé de Gironde (incluant Bordeaux) en a deux fois moins que la moyenne nationale. Ce dernier et le territoire de santé d'Indre-et-Loire ont moins de lits en SLD que la moyenne nationale et que leurs régions.

L'offre en lits de SLD est plus importante dans les territoires de santé de la Nièvre, du Cher, en Picardie (sauf pour le sud-est de l'Aisne), Haute-Loire, Limousin, Aveyron, Lozère, Charentes,

Landes, Gers, Hautes-Pyrénées et le nord du Bas-Rhin et du Haut-Rhin (carte 4.4a). L'extrême Sud-Est, le nord de la Bretagne et la Basse-Normandie ont un nombre de lits en SLD plus faible que la moyenne nationale.

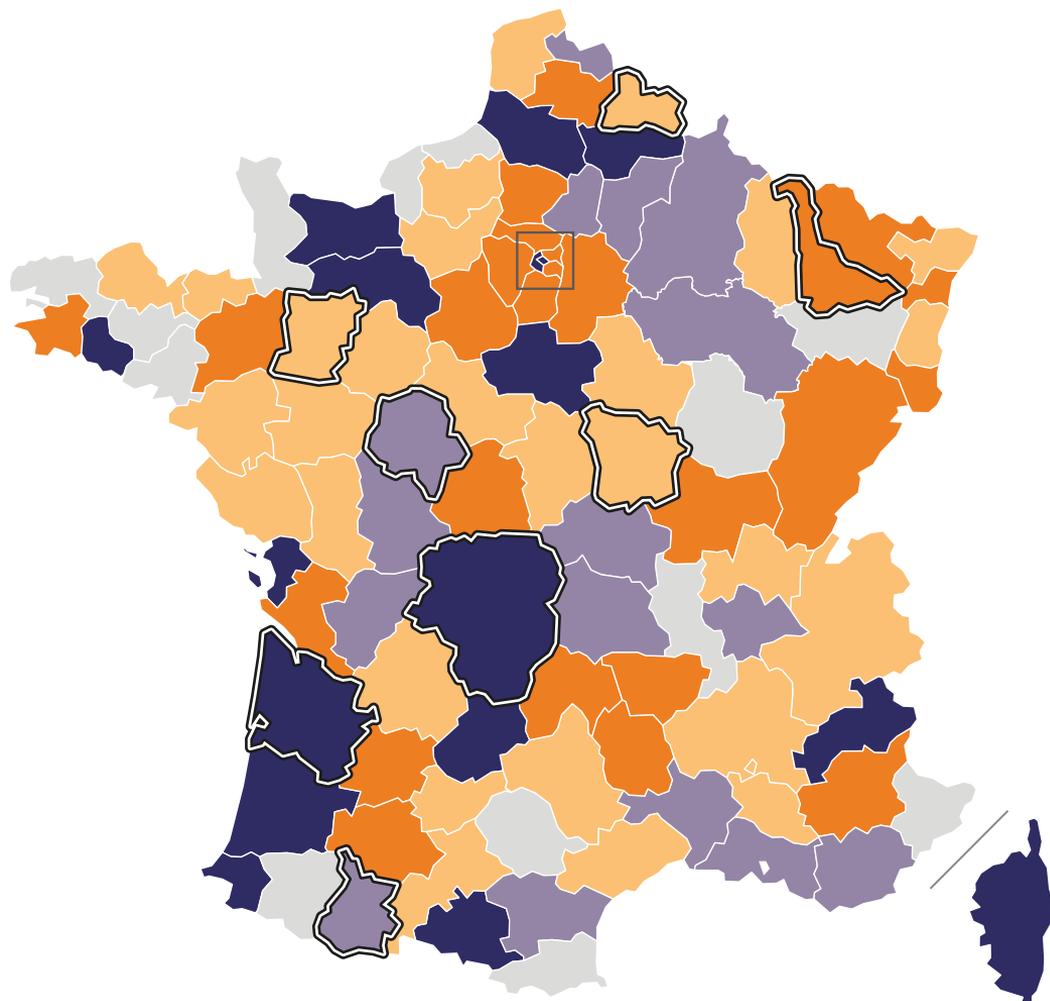
Calcul

Numérateur : Nombre de lits en Soins de longue durée (SLD) dans le territoire de santé/région considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus résidant au sein du territoire de santé/région considéré en 2011

Source : Drees – Exploitation : Irdes

100 km

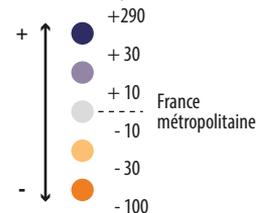


Sources : Drees-SAE, 2012 ; Insee-RP, 2011 © Irdes, 2014

4.5a

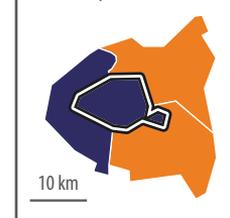
Taux d'équipement en places de HAD

indice : France métropolitaine = 100



⊙ territoire de santé d'inscription d'un territoire pilote

Paris et la petite couronne

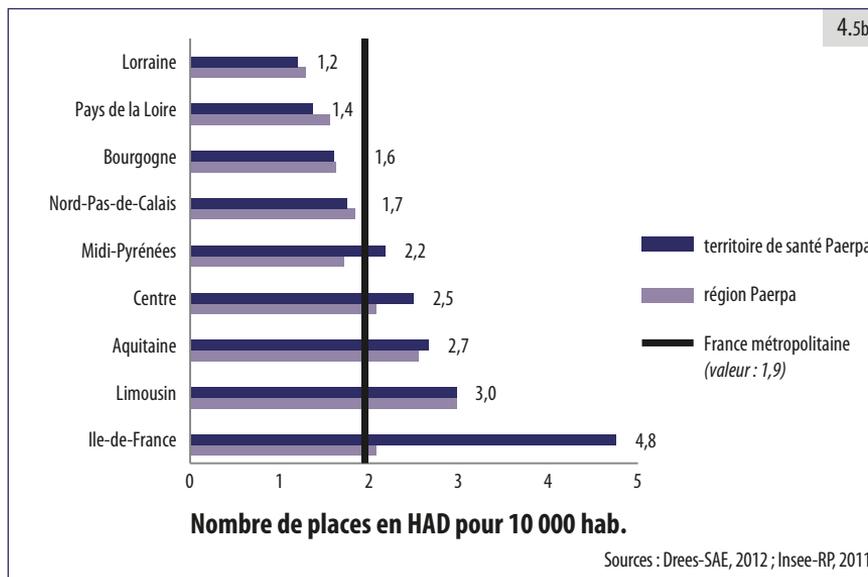


Indicateur

Le taux d'équipement en places d'Hospitalisation à domicile (HAD) est calculé au niveau des territoires de santé et des régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa. Le nombre de places de l'ensemble des établissements et structures publics et privés est rapporté à 10 000 habitants du territoire concerné. L'indicateur n'est pas spécifique aux personnes âgées de 75 ans ou plus.

L'HAD est une forme d'hospitalisation réservée à des patients dont les soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile, par la technicité, la fréquence et la durée des actes tels que des soins palliatifs, d'assistance respi-

ratatoire ou de chimiothérapie (www.HadFrance.fr). L'HAD peut être une alternative économique intéressante, notamment pour les soins de suite et de réadaptation (Afrite *et al.*, 2007). Elle ne peut toutefois être envisagée pour tous les patients et ne doit pas être imposée car elle nécessite très souvent la présence d'un entourage aidant. L'HAD repose sur la nécessaire coordination entre les acteurs de soins primaires, notamment le médecin traitant et l'hôpital (Com-Ruelle et Lebrun, 2003).



À retenir

En 2012, le territoire pilote d'Île-de-France se distingue avec des taux d'équipement en HAD 2,5 fois plus élevés que la moyenne nationale, soit presque 5 places pour 10 000 habitants. Les écarts entre les autres territoires ne sont pas moins importants, allant de 1,2 place pour 10 000 habitants dans le territoire de santé de Nancy à 3 pour 10 000 en Limousin où le territoire de santé et la région se superposent. Les territoires de santé dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa du Centre et de Midi-Pyrénées ont plus de places d'HAD que leurs régions.

Les places en HAD ne sont pas uniformément réparties sur le territoire national avec des poches de places plus importantes dans l'extrême sud-ouest, en Champagne et Picardie, en Corse, autour du bassin méditerranéen et dans le Limousin (carte 4.5a). En Île-de-France, Paris et les Hauts-de-Seine sont mieux dotés que le reste de la région.

Calcul

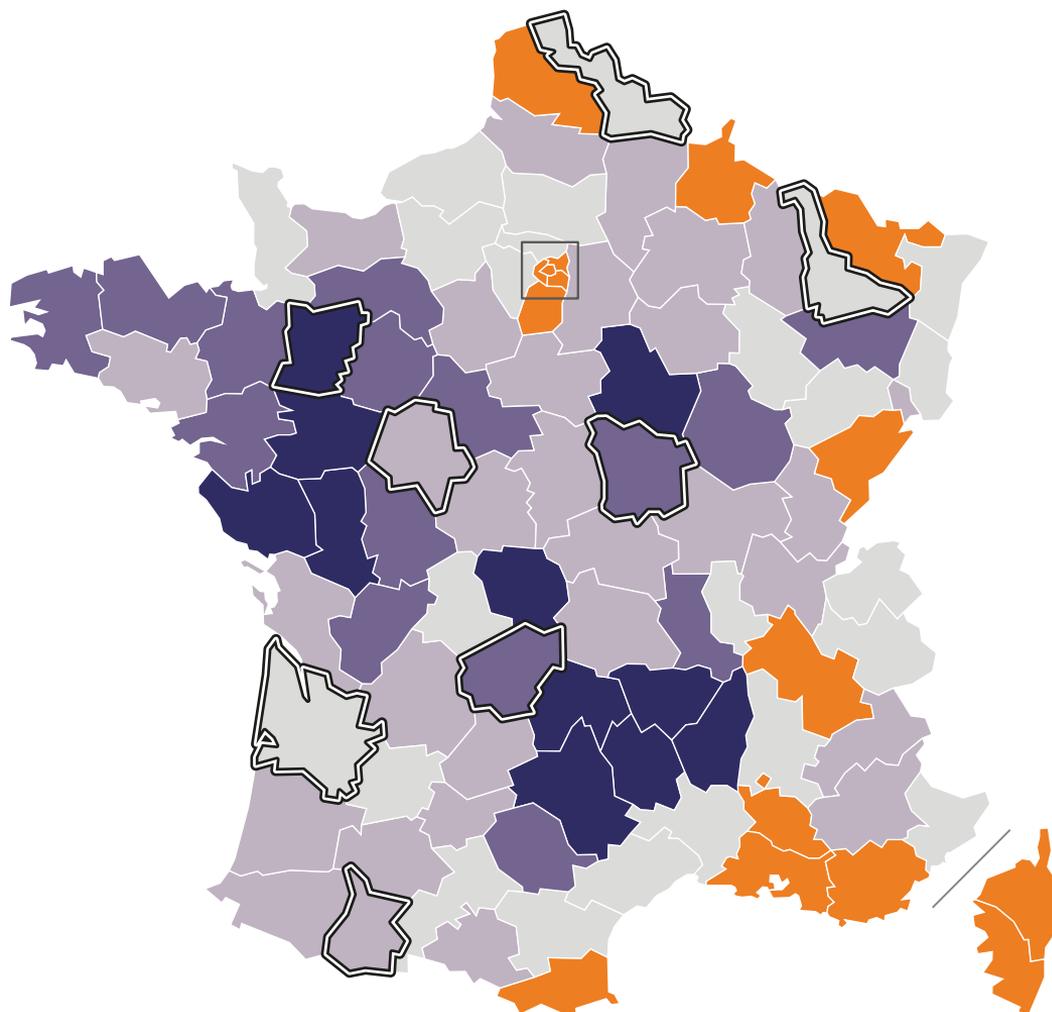
Numérateur : Nombre de places d'hospitalisation à domicile (HAD) au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Le numérateur est extrait du bordereau Q01 de la Statistique annuelle des établissements de santé (*SAE*)

Source : Drees – Exploitation : Irdes

100 km

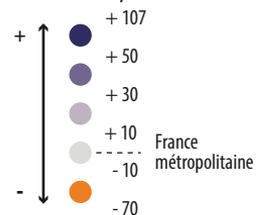


Sources : Drees-Finess et Enquête Ehpa, 2011 ; Insee-RP, 2011 © Irdes, 2014

4.6a

Taux d'équipement en places d'Ehpad parmi les 60 ans et plus

indice : France métropolitaine = 100



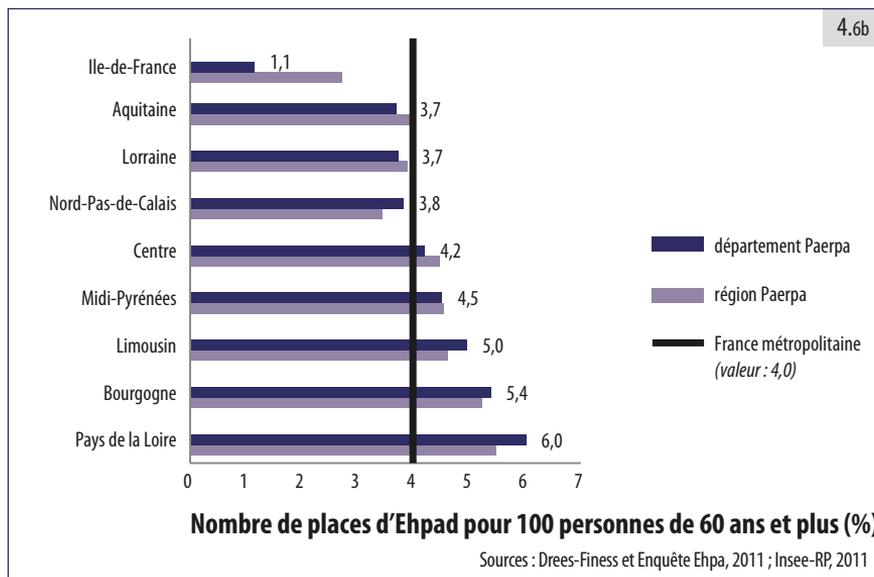
○ département d'inscription d'un territoire pilote



Taux d'équipement en places d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)

Indicateur

Le taux d'équipement en places dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) est calculé au niveau des départements et des régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa. Le nombre de places de l'ensemble des établissements publics et privés est rapporté à 100 personnes âgées de 60 ans ou plus du département concerné. Structure médico-sociale, les Ehpad accueillent des personnes de plus de 60 ans, plus ou moins dépendantes sur les plans physique et psychologique. L'entrée est prononcée sur avis du médecin coordonnateur. Les Ehpad ont des finalités distinctes (Destais *et al.*, 2011) : l'hébergement (financé par le résident et l'aide sociale), la prise en charge de la dépendance (financée par le département et le résident) et les soins (financés par l'Assurance maladie). Fin 2007, la moyenne d'âge des résidents était de 84 ans. 84 % d'entre eux étaient considérés comme dépendants, dont la moitié comme très dépendants (Gir 1 à 2) [Prévoit, 2009].



À retenir

En France métropolitaine, le nombre moyen de places en Ehpad pour 100 personnes de 60 ans est de 4. Mais ce taux varie de 1 place pour 100 personnes de 60 ans ou plus, dans le département parisien, à plus de 6 pour 100 dans le département de la Mayenne. Les régions ainsi que les départements dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa du Centre, de Midi-Pyrénées, du Limousin, de Bourgogne et des Pays de la Loire ont des taux de places au-dessus de la moyenne nationale.

La région d'Île-de-France, et plus particulièrement Paris, se singularise avec des taux de places extrêmement faibles (2,3 et 1 pour 100 personnes de 60 ans ou plus).

La carte (4.6.a) montre que les territoires de la Mayenne, d'Indre-et-Loire, des Hautes-Pyrénées, de Corrèze et de la Nièvre s'inscrivent dans des départements qui ont plus de places en Ehpad que la moyenne. Les départements du Nord et de la Meurthe et Moselle sont frontaliers de départements qui disposent de peu de places d'Ehpad pour la population des 60 ans ou plus.

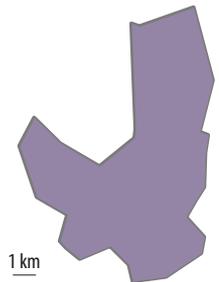
Calcul

Numérateur : Nombre de places installées en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) au sein du département/région considéré en 2011

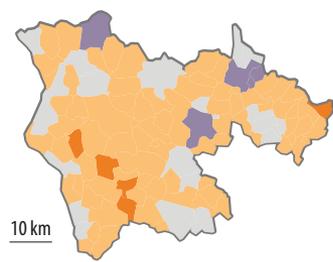
Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus résidant au sein du département/région considéré en 2011

Sources : Drees et enquête EHPA – Exploitation : Irdes

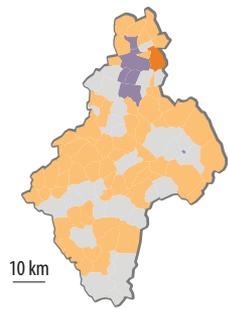
Aquitaine



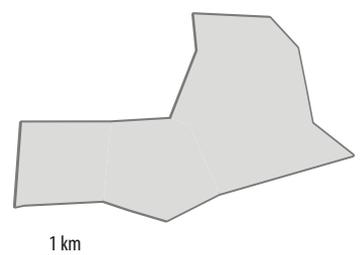
Bourgogne



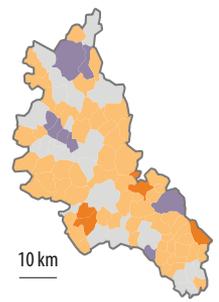
Centre



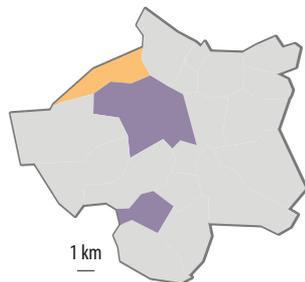
Île-de-France



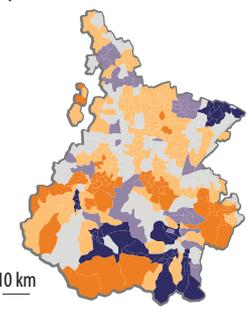
Limousin



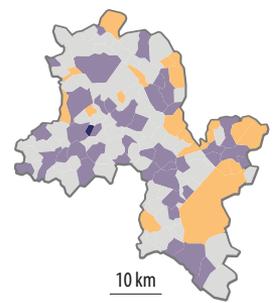
Lorraine



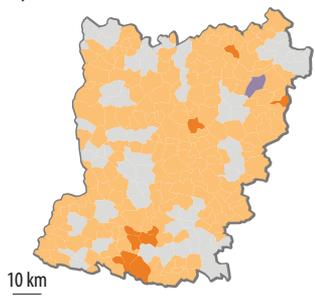
Midi-Pyrénées



Nord-Pas-de-Calais



Pays de la Loire

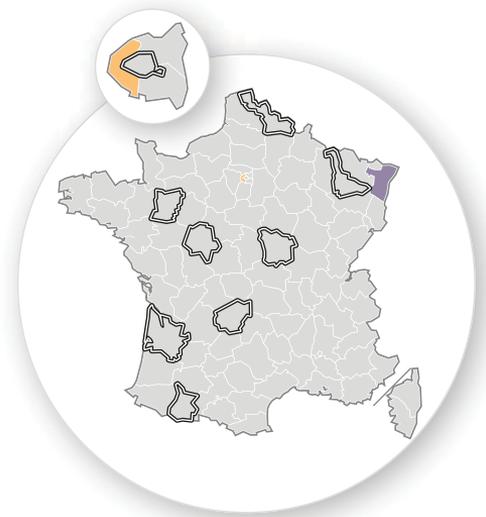


APL aux médecins généralistes libéraux 4.7a

indice : France métropolitaine = 100

+ 170
+ 75
+ 25 France métropolitaine
- 25
- 75
- 100

○ département d'inscription d'un territoire pilote



Sources : Insee/Drees-Kit-AT39, 2010 ; Insee-REP, 2011 © Irdes, 2014

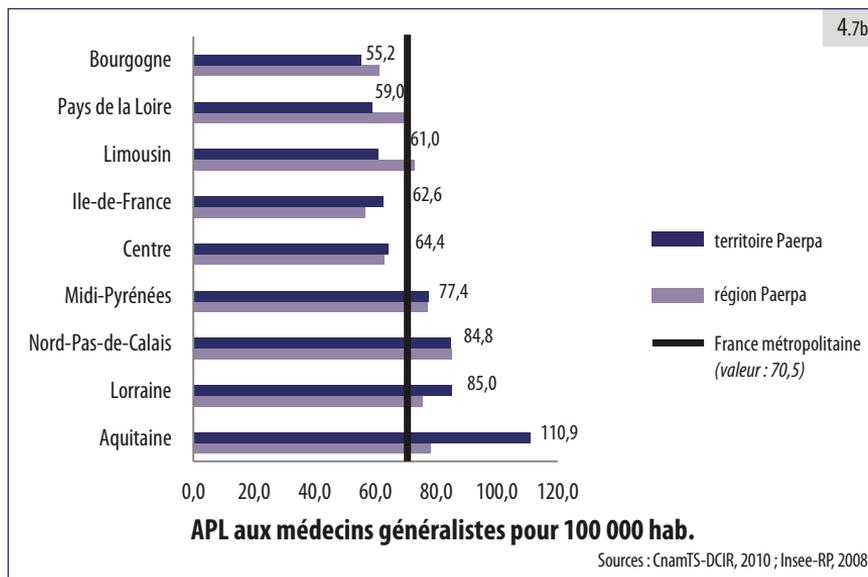
Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes (MG) libéraux

Indicateur

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure de l'accessibilité aux soins qui intègre une meilleure définition de l'offre et de la demande de soins. L'APL tient en effet compte du niveau d'activité des médecins généralistes (MG) libéraux pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour ajuster sur la demande de soins. Cet indicateur est calculé pour chaque commune tout en tenant compte de l'offre et de la demande des communes environnantes (Barlet *et al.*, 2012). Celui-ci se lit comme une densité de MG en équivalent temps plein. Il a été calculé à partir de données de 2010. Calculée au niveau des communes de France métropolitaine, la valeur de cet indicateur s'obtient, pour des territoires composés de plusieurs communes, en effectuant une moyenne pondérée par l'effectif de population. Cet indicateur n'est pas spécifique aux personnes âgées de 75 ans ou plus.

L'indicateur permet de caractériser les situations auxquelles font face les habitants des différents types d'espaces urbains et ruraux et de revisiter les constats sur les écarts de densité de MG libéraux et d'accès aux soins entre les territoires Paerpa.

L'indicateur permet de caractériser les situations auxquelles font face les habitants des différents types d'espaces urbains et ruraux et de revisiter les constats sur les écarts de densité de MG libéraux et d'accès aux soins entre les territoires Paerpa.



Calcul

L'indicateur APL est un indice de densité de médecins généralistes libéraux qui permet de définir l'offre en tenant compte du niveau d'activité des médecins généralistes libéraux et de la structure d'âge de la population dans une zone de recours (en utilisant une distance de référence).

Source : Cnamts – Exploitation : Drees-Irdes

À retenir

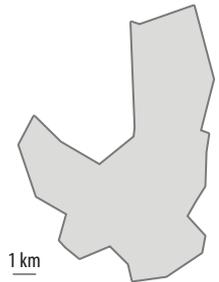
En France métropolitaine en 2010, on compte une moyenne de 71 médecins généralistes (MG) libéraux pour 100 000 habitants. La densité de MG libéraux varie fortement de 55 pour 100 000 habitants dans le territoire Paerpa de Bourgogne, à 111 en Aquitaine (Bordeaux). Dans les territoires d'Aquitaine et de Lorraine, l'Accessibilité potentielle localisée (APL) aux MG libéraux est plus forte que celle de leurs régions.

La carte (4.7a) permet de mettre en évidence les disparités à l'intérieur des territoires composés de communes et de localiser les zones où la densité est forte et d'autres où la densité est moyenne à faible.

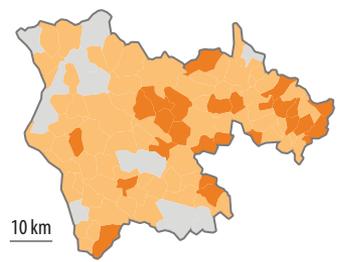
Par exemple, en Midi-Pyrénées, la densité de MG libéraux est très hétérogène, certaines communes ont une densité de MG faible et d'autres une densité forte.

On constate globalement peu de différences d'APL aux MG libéraux entre les départements mais il existe des disparités intra-départementales (page précédente).

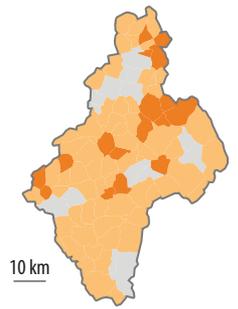
Aquitaine



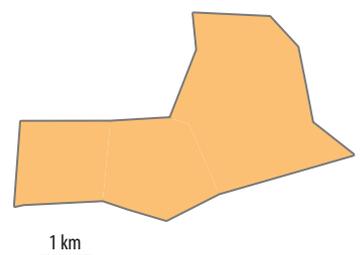
Bourgogne



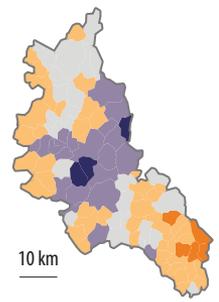
Centre



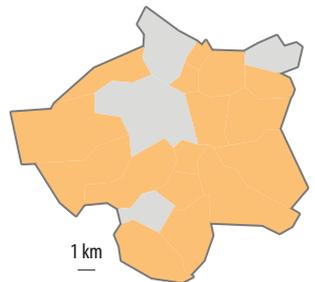
Île-de-France



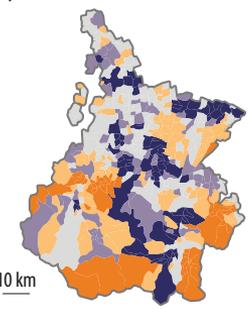
Limousin



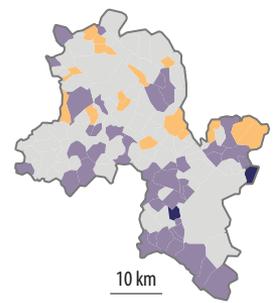
Lorraine



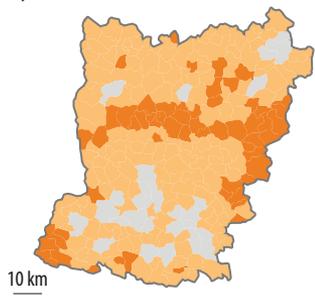
Midi-Pyrénées



Nord-Pas-de-Calais

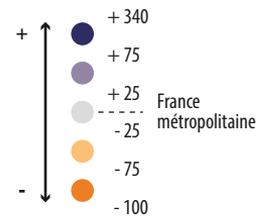


Pays de la Loire

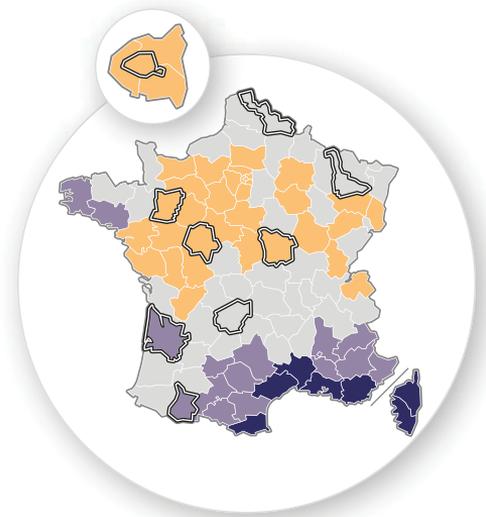


APL aux infirmiers libéraux
indice : France métropolitaine = 100

4.8a



○ département d'inscription d'un territoire pilote



Sources : Insee/Drees-Kit-AT39, 2010 ; Insee-REP, 2011 © Insee, 2014

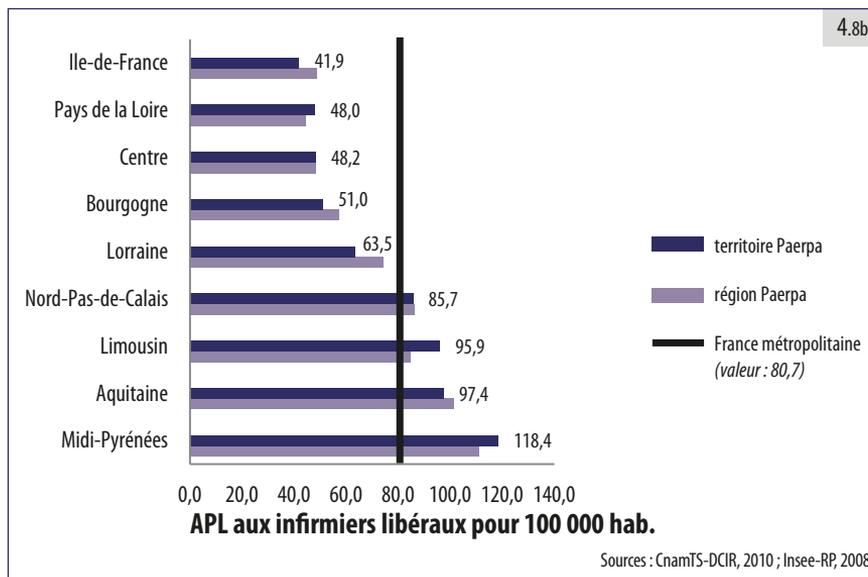


Indicateur

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure de l'accessibilité aux soins qui intègre une meilleure définition de l'offre et de la demande de soins. L'indicateur tient en effet compte du niveau d'activité des infirmiers libéraux (IL) pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande de soins. Il est calculé pour chaque commune tout en tenant compte de l'offre et de la demande des communes environnantes (Barlet *et al.*, 2012). Il se lit comme une densité d'IL en équivalent temps plein. Il a été calculé à partir de données de 2010 fournies par la Cnamts. Calculé

au niveau des communes de France métropolitaine, la valeur de cet indicateur s'obtient, pour des territoires composés de plusieurs communes, en effectuant une moyenne pondérée par l'effectif de population. Il n'est pas spécifique aux personnes âgées de 75 ans ou plus.

L'indicateur permet de caractériser les situations auxquelles font face les habitants des différents types d'espaces urbains et ruraux et de revisiter les constats sur les écarts de densité d'IL et d'accès aux soins entre les territoires Paerpa.



À retenir

En France métropolitaine, en 2010, il y a en moyenne 81 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants, avec des écarts allant de 1 à 3 entre les territoires Paerpa. Le taux varie de 118 pour 100 000 habitants dans le territoire pilote de Midi-Pyrénées à 42 dans le territoire d'Île-de-France. Les territoires pilotes du Limousin et d'Aquitaine ont des taux près de 20 % plus élevés que la moyenne nationale. A l'inverse, les territoires Paerpa d'Île-de-France, des Pays de la Loire, du Centre et de Bourgogne ont une densité d'infirmiers libéraux presque 2 fois inférieure à la moyenne nationale.

La lecture de la carte (4.8a) permet de mettre en évidence le découpage Nord-Sud du territoire national pour la densité d'infirmiers. Hormis pour la Bretagne, le nord de la France a une densité d'infirmiers libéraux nettement moins forte que le sud. Cette information est à mettre en regard des places en Ssiad qui offrent des soins infirmiers pour les personnes de 60 ans ou plus.

Calcul

L'indicateur APL est un indice de densité d'infirmiers libéraux qui permet de définir l'offre en tenant compte du niveau d'activité des infirmiers libéraux et de la structure d'âge de la population dans une zone de recours (en utilisant une distance de référence).

L'indice est calculé par l'Irdes à partir des données de la Drees et de l'Insee.

Source : Cnamts – Exploitation : Drees-Irdes

OFFRE DE SOINS

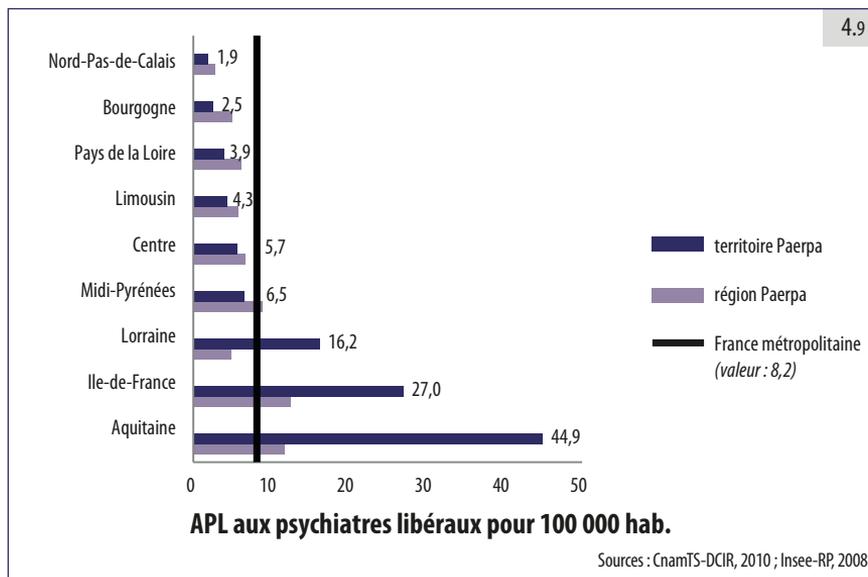
Accessibilité potentielle localisée (APL) aux psychiatres libéraux (PL)

Indicateur

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure de l'accessibilité aux soins qui intègre une meilleure définition de l'offre et de la demande de soins. L'APL tient en effet compte du niveau d'activité des psychiatres libéraux (PL) pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour ajuster sur la demande de soins. Cet indicateur est calculé pour chaque commune tout en tenant compte de l'offre et de la demande des communes environnantes (Barlet *et al.*, 2012). Il se lit comme une densité de PL en équivalent temps plein. Il a été calculé à partir de données de 2010 fournies par la Cnamts. Calculé

au niveau des communes de France métropolitaine, la valeur de cet indicateur s'obtient, pour des territoires composés de plusieurs communes, en effectuant une moyenne pondérée par l'effectif de population. Cet indicateur n'est pas spécifique aux personnes âgées de 75 ans ou plus.

L'indicateur permet de caractériser les situations auxquelles font face les habitants des différents types d'espaces urbains et ruraux et de revisiter les constats sur les écarts de densité de PL et d'accès aux soins entre les territoires Paerpa.



Calcul

L'indicateur APL est un indice de densité de psychiatres qui permet de définir l'offre en tenant compte du niveau d'activité des psychiatres et de la structure d'âge de la population dans une zone de recours (en utilisant une distance de référence).

Source : Cnamts – Exploitation : Drees-Irdes

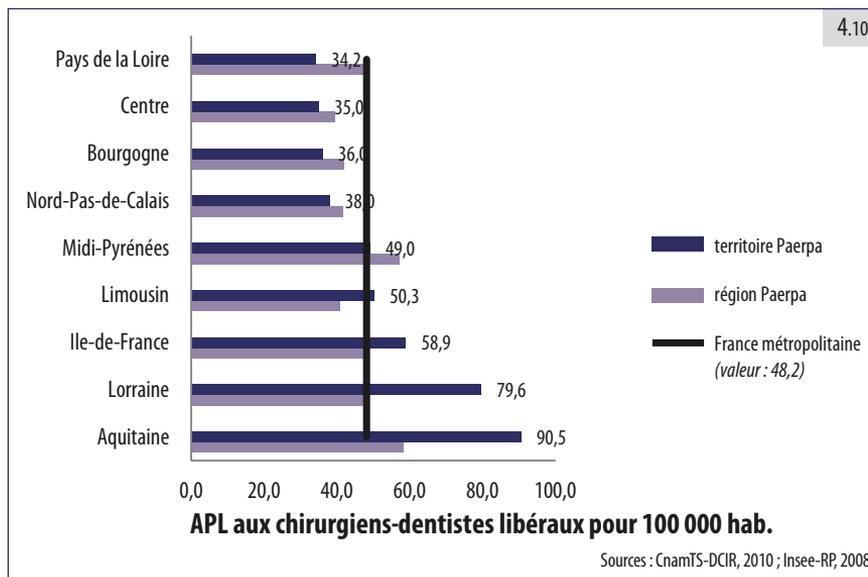
À retenir

Il existe de très grands écarts entre les territoires Paerpa quant à l'accessibilité aux psychiatres libéraux. Si en moyenne, en 2010, la moyenne en France métropolitaine s'établit à 8 psychiatres pour 100 000 habitants dans le territoire Paerpa d'Aquitaine et de 27 dans le territoire d'Ile de France à moins de 2 psychiatres pour 100 000 habitants dans le territoire du Nord-Pas-de-Calais et 2,5 en Bourgogne. Le territoire pilote du Nord-Pas-de-Calais fait partie également des trois territoires qui ont le plus faible nombre de lits en psychiatrie (graphique 4.3b). A

l'inverse, le territoire pilote de Bourgogne, qui a une faible densité de psychiatres libéraux, est le deuxième territoire le mieux doté en nombre de lits en psychiatrie.

Indicateur

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure de l'accessibilité aux soins qui intègre une meilleure définition de l'offre et de la demande de soins. L'APL tient en effet compte du niveau d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux (CDL) pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande de soins. Cet indicateur est calculé pour chaque commune tout en tenant compte de l'offre et de la demande des communes environnantes (Barlet *et al.*, 2012). Il se lit comme une densité de CDL en équivalent temps plein. Il a été calculé à partir de données de 2010 fournies par la Cnamts. Calculé au niveau des communes de France métropolitaine, la valeur de cet indicateur s'obtient, pour des territoires composés de plusieurs communes, en effectuant une moyenne pondérée par l'effectif de population. Cet indicateur n'est pas spécifique aux personnes âgées de 75 ans ou plus. L'indicateur permet de caractériser les situations auxquelles font face les habitants des différents types d'espaces urbains et ruraux et de revisiter les constats sur les écarts de densité de CDL et d'accès aux soins entre les territoires Paerpa.



À retenir

La densité de chirurgiens-dentistes libéraux en 2010 varie de 34 pour 100 000 habitants dans le territoire Paerpa des Pays de la Loire à 91 dans le territoire Paerpa d'Aquitaine, le taux moyen national se situant à 48 pour 100 000 habitants. Les trois territoires d'Aquitaine, de Lorraine et d'Île-de-France ont des valeurs plus élevées que leurs régions et que la moyenne nationale. Les territoires des Pays de la Loire, du Centre, de Bourgogne et du Nord-Pas-de-Calais ont des APL 30 % plus faibles que la moyenne nationale. Une bonne santé dentaire est identifiée comme un préalable essentiel à la réduction du risque

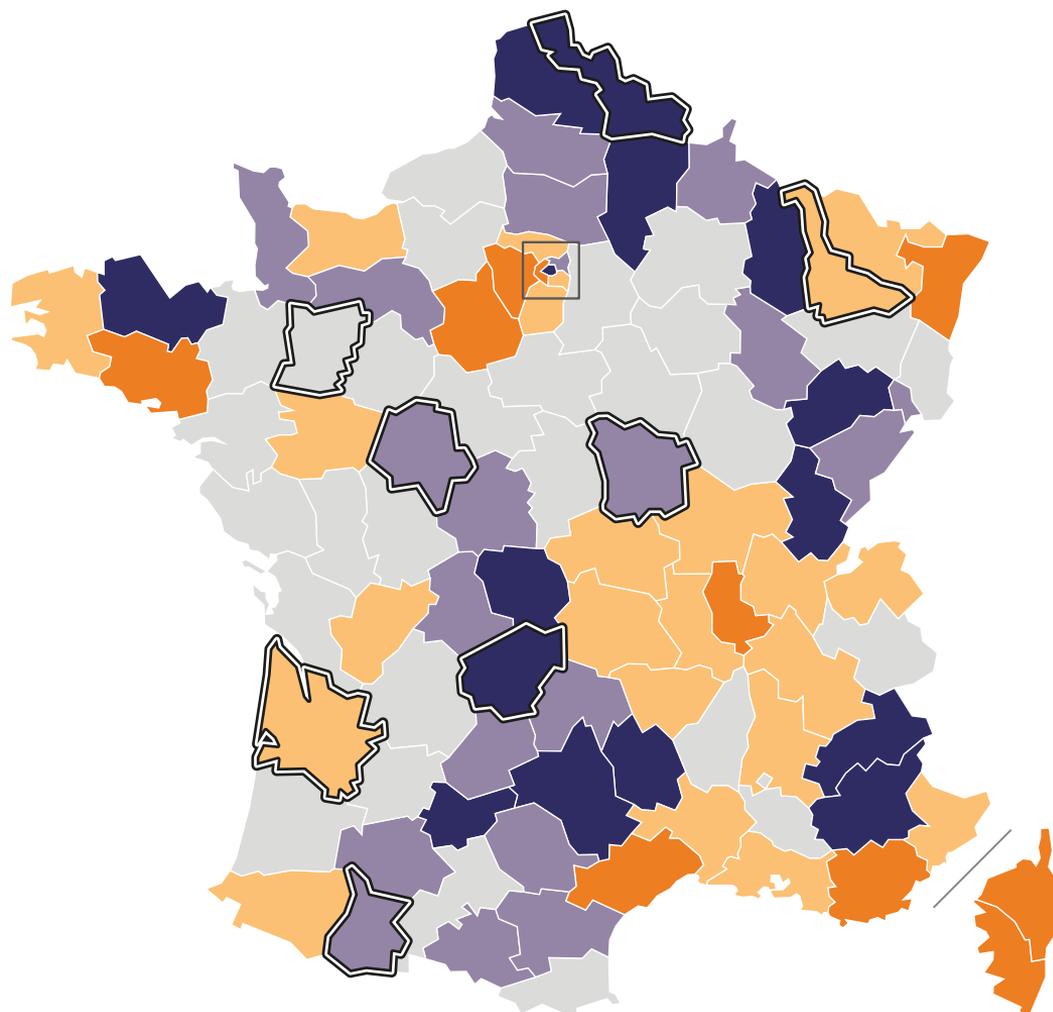
de dénutrition des personnes âgées (Mojon *et al.*, 1999 ; Borreani *et al.*, 2008). L'accessibilité aux chirurgiens-dentistes libéraux peut être particulièrement difficile pour les personnes âgées dans les zones où l'offre est limitée.

Calcul

L'indicateur APL est un indice de densité de chirurgiens-dentistes libéraux (CDL) qui permet de définir l'offre en tenant compte du niveau d'activité des CDL et de la structure d'âge de la population dans une zone de recours (en utilisant une distance de référence).

Source : Cnamts – Exploitation : Drees-Irdes

100 km

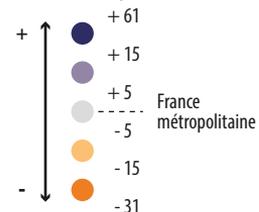


Sources : Insee-Action sociale, 2012 ; Insee-RP, 2011 © Irdes, 2014

4.11a

Taux d'équipement en places de Ssiad

indice : France métropolitaine = 100



☉ département d'inscription d'un territoire pilote



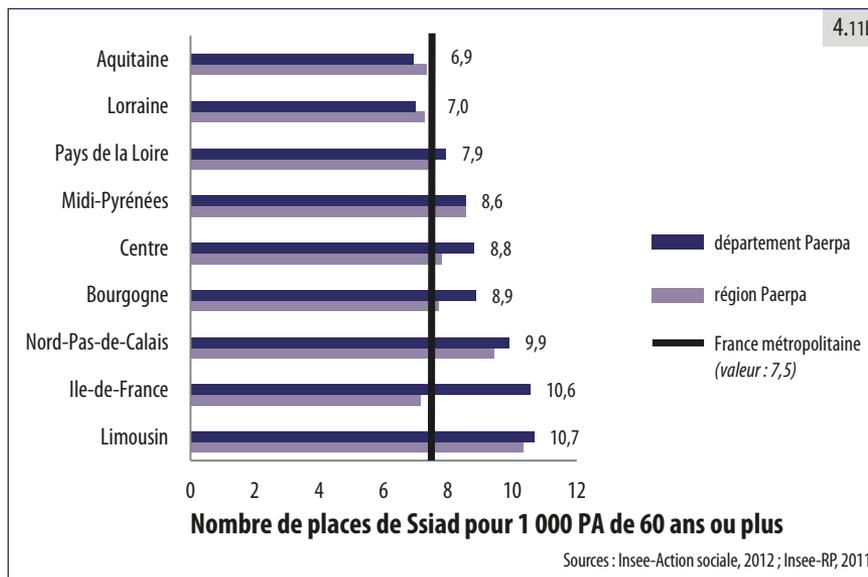
Indicateur

Le taux d'équipement en places de Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) est calculé au niveau des départements et des régions dans lesquels s'inscrivent les territoires Paerpa. Le nombre de places est rapporté à 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus du territoire concerné.

Les Ssiad sont des services médico-sociaux qui assurent la prise en charge des soins infirmiers (soins techniques infirmiers et soins de *nursing*) des personnes âgées de 60 ans ou plus, personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques.

Ils interviennent au domicile ou en établissements non médicalisés ou en Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) de petite taille. Le Ssiad intervient à partir d'une prescription du médecin généraliste.

Les Ssiad, comme les infirmiers libéraux, ne concernent pas seulement les personnes âgées. Toutefois, plus de 9 patients sur 10 pris en charge par les Ssiad ont 70 ans ou plus et près de 4 sur 10 ont plus de 90 ans. C'est une patientèle lourdement dépendante : plus de 42 % sont classés dans les Gir 1 et 2 (DGAS, 2009).



Calcul

Numérateur : Nombre de places en Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) au sein du département/région considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus résidant au sein du département/région considéré en 2011

Source : Insee – Exploitation : Irdes

À retenir

En 2012, le nombre de places de Ssiad pour 1 000 personnes âgées de 60 ans ou plus varie de 7 dans les départements d'Aquitaine et de Lorraine à 11 dans le département du Limousin et à Paris. Les départements de Meurthe-et-Moselle et de Gironde ont une densité de places en Ssiad plus faible que leur région et plus faible que la moyenne nationale.

La carte associée à cet indicateur (Carte 4.11a) met en exergue la forte densité de places en Ssiad à Paris par rapport aux autres départements d'Île-de-France (sauf pour la Seine-Saint-Denis). Le département du Nord est entouré de départements qui ont une

forte densité de places en Ssiad. Le département de Meurthe-et-Moselle est entouré d'un département à l'ouest (la Meuse) qui a une forte densité de places en Ssiad et à l'est par un département (la Moselle) avec une faible densité. Pour la Mayenne, le Centre, la Nièvre et Paris, la forte densité de places en Ssiad semble compenser la faible densité d'infirmiers libéraux (Graphique 4.8b). La Meurthe-et-Moselle cumule une faible densité de places en Ssiad et d'infirmiers libéraux.

5. Dépense et recours aux soins

Part des personnes âgées assurées par le Régime général (RG).....	91	Part des hospitalisations non programmées des personnes âgées (PA) en médecine-chirurgie (MC)*	105
Dépenses moyennes publiques d'hospitalisation et de ville par personne âgée (PA)	93	Passages aux urgences des personnes âgées (PA) non suivis d'une hospitalisation	107
Dépense moyenne publique d'hospitalisation par personne âgée (PA)	95	Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète, toutes causes, pour les personnes âgées (PA)	108
Dépense moyenne publique de soins de ville par personne âgée (PA)	96	Durée moyenne de séjour en Soins de suite et de réadaptation (SSR) des personnes âgées (PA)	109
Dépense moyenne publique de soins dentaires par personne âgée (PA)	97	Durée moyenne de séjour en psychiatrie des personnes âgées (PA)	110
Dépense moyenne publique de médicaments remboursés en ville par personne âgée (PA)	98	Taux de réhospitalisation à 30 jours des personnes âgées (PA) en médecine-chirurgie (MC)*	111
Polyprescription des personnes âgées (PA)*	99	Nombre moyen de journées avec un soin infirmier par personne âgée (PA)	113
Recours à l'hospitalisation de court séjour des personnes âgées (PA), toutes causes*	100	Nombre moyen de consultations de médecin généraliste (MG) par personne âgée (PA)	114
Recours aux établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR) des personnes âgées (PA)	101	Nombre moyen de consultations de médecin spécialiste par personne âgée (PA)	115
Recours aux établissements psychiatriques des personnes âgées (PA)	102	Nombre moyen de visites à domicile par personne âgée (PA)	116
Recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD) des personnes âgées (PA)	103		
Taux d'hospitalisations non programmées en médecine-chirurgie (MC) par personne âgée (PA)	104		

* indicateur de suivi national

5. DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

Cette dernière partie de l'Atlas décrit les structures de dépense et de recours aux soins des personnes âgées dans les territoires Paerpa. La consommation de soins est le résultat de l'interaction entre la demande et l'offre de soins sur le territoire. Ainsi, les variations observées dans les taux de recours et de dépenses reflètent à la fois les diversités des populations prises en charge dans chaque territoire et les différentes organisations et pratiques de soins. Pour identifier les effets spécifiques de l'organisation des soins, et définir les marges de manœuvre de différents territoires, il est nécessaire d'ajuster les niveaux de recours et de dépense aux facteurs liés à la demande. Lorsque c'était possible, nous avons standardisé les taux par la structure d'âge de la population âgée dans chaque territoire. Les indicateurs de dépenses couvrent uniquement les assurés du Régime général (RG). Nous présentons donc d'abord la part des assurés du RG dans l'ensemble des assurés d'un territoire (quel que soit le régime) pour mettre en contexte les variations ob-

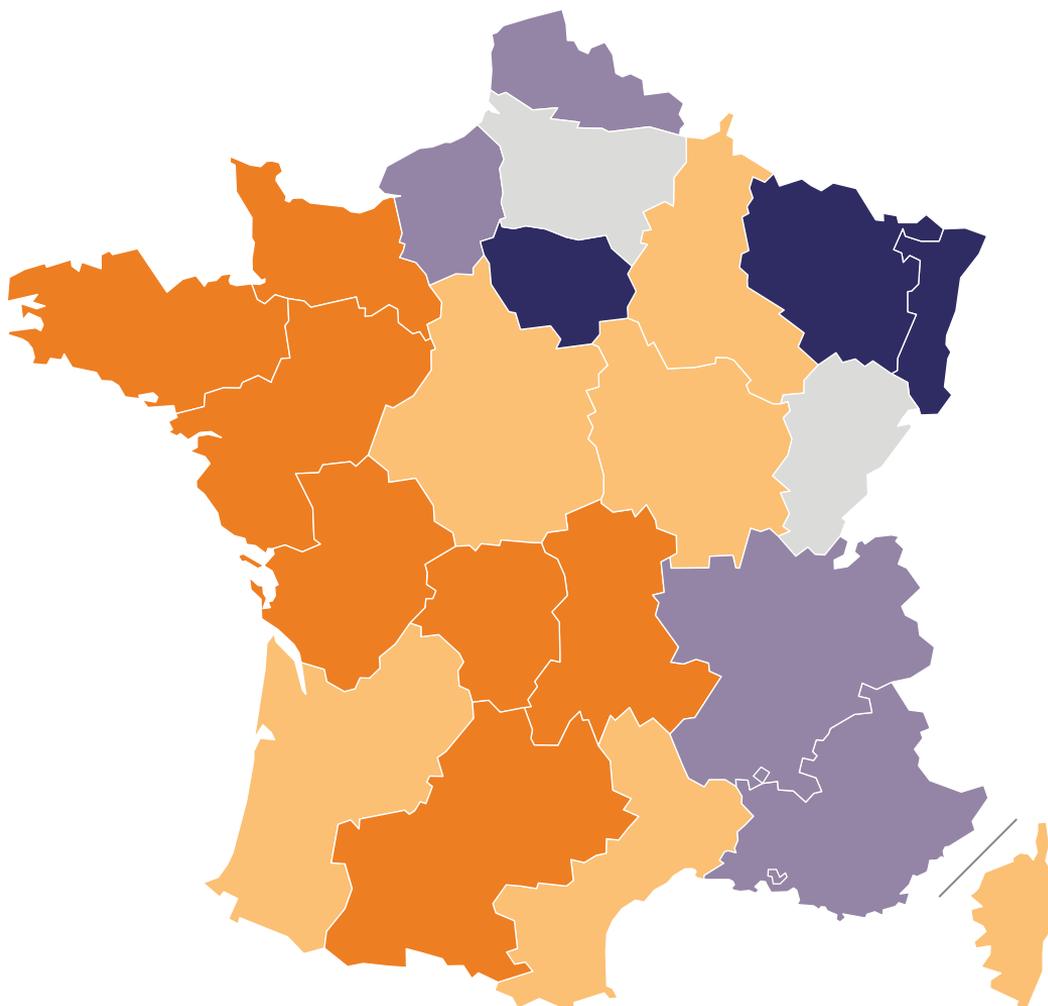
servées. Dans l'analyse des dépenses par territoire, il faut garder à l'esprit que les populations couvertes ne sont pas tout à fait identiques. Dans un premier temps sont présentées les dépenses moyennes publiques correspondant aux sommes remboursées par le RG. Ces dépenses n'incluent pas les restes à charge des patients payés par eux-mêmes ou pris en charge par les couvertures complémentaires. Les dépenses sont calculées pour différents types de prises en charge (hospitalières, de ville, médicaments, etc.). Une série d'indicateurs en volume décrit ensuite le recours par les assurés de tous les régimes à différents types de soins dans chaque territoire. L'un des principaux objectifs des projets Paerpa est d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées et la coordination des soins, ainsi que de réduire les recours évitables à l'hospitalisation. Les recours à l'hôpital sont décrits par des indicateurs de volume de différents types d'hospitalisation, de durées moyennes de séjours mais aussi par les taux de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation et

par les taux de réadmission à 30 jours. Les variations de recours aux soins de ville sont appréhendées par le nombre moyen de consultations chez un médecin généraliste ou un spécialiste, les visites à domicile, ainsi que par « l'utilisation » des soins infirmiers.

Cette section comporte au total quatre indicateurs de résultats affichés dans le tableau de bord national : part des hospitalisations non programmées en médecine-chirurgie, taux de rehospitalisations à 30 jours, nombre moyen de journées d'hospitalisation et la fréquence de polymédication. Ces indicateurs sont signalés par un astérisque.

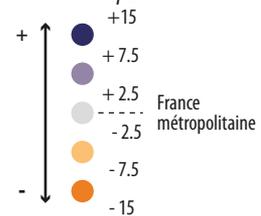
Les données de dépenses sont fournies par la Cnamts qui a également calculé l'indicateur de polymédication et les volumes de recours aux soins de ville. Les indicateurs de recours à l'hôpital et les durées de séjours sont calculés par l'ATIH. L'Irdes a standardisé les taux de recours pour permettre la comparaison des territoires et des régions à structure d'âge des 75 ans ou plus égale.

100 km



**Part des assurés au RG
parmi les PA ayant au moins
une prestation remboursée**
indice : France métropolitaine = 100

5.1a

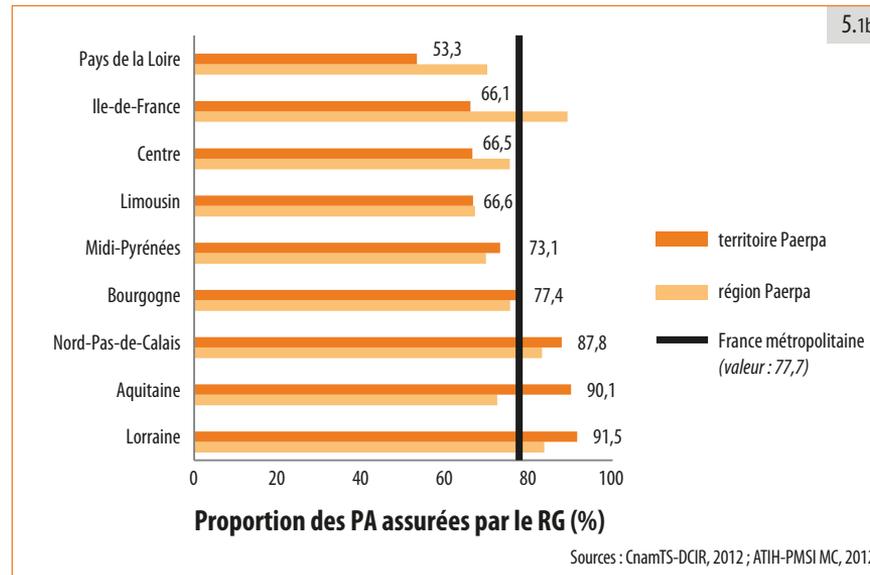


Sources : ChamiS-DCIR, 2012 ; ATIH-PMSI MC, 2012 © Irdes, 2014

Indicateur

Cet indicateur rapporte le nombre de personnes âgées ayant eu au moins une prestation de soins en 2012 remboursée par le Régime général (RG) [sections locales mutualistes-SLM comprises], sur l'ensemble des personnes âgées ayant eu au moins une prestation de soins quel que soit le régime en 2012, donc présente dans le Système d'information inter-régime de l'Assurance maladie (Sniiram). Le Régime dit « général » de l'Assurance maladie couvre tous les salariés du secteur privé ainsi que leurs ayants-droits (conjoint, enfants...) et les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU). En 2012, il couvre près de 88 % de la population. Les régimes « spéciaux » complètent la couverture de la population, en particulier, la Mutuelle sociale agricole (MSA) assure les agriculteurs et le Régime social des indépendants (RSI) les artisans, les commerçants et les industriels (indépendants), respectivement 7 % et 5 % de la population.

Les données du Régime général (RG) exploitées ici couvrent toutes les personnes âgées protégées par le RG (personnes ayant eu une activité salariée ou assimilée), y compris les fonctionnaires d'État, excepté les personnes ayant exercé une activité salariée agricole qui sont couvertes par la MSA.



À retenir

En France métropolitaine, près de 80 % des personnes âgées qui consomment un soin sont couvertes par le Régime général (RG). Il existe toutefois de fortes variations entre les régions et plus encore entre les territoires Paerpa. A l'échelon régional, la part des personnes ayant eu au moins une prestation en 2012 remboursée par le RG varie de 90 % dans la région d'Île-de-France à 67 % en Limousin. A l'échelon des territoires, la part des assurés au RG varie de 53 % dans le territoire Paerpa des Pays de la Loire à plus de 90 % dans les territoires de Lorraine et d'Aquitaine.

Les différences de proportions de personnes âgées remboursées par le RG entre les territoires peuvent refléter les diverses situations socio-économiques de la population âgée. Dans les territoires Paerpa d'Aquitaine (la ville de Bordeaux, très urbain, cf. partie 1), de Lorraine et, à un moindre degré, du Nord-Pas-de-Calais, la part des personnes âgées remboursées par le RG est beaucoup plus élevée que celle de leurs régions, relativement plus agricoles.

Remarque : Une personne peut être enregistrée dans les bases sous deux identifiants différents. Ces doublons concernent essentiellement les jeunes étudiants (18-25 ans) qui changent souvent de régime.

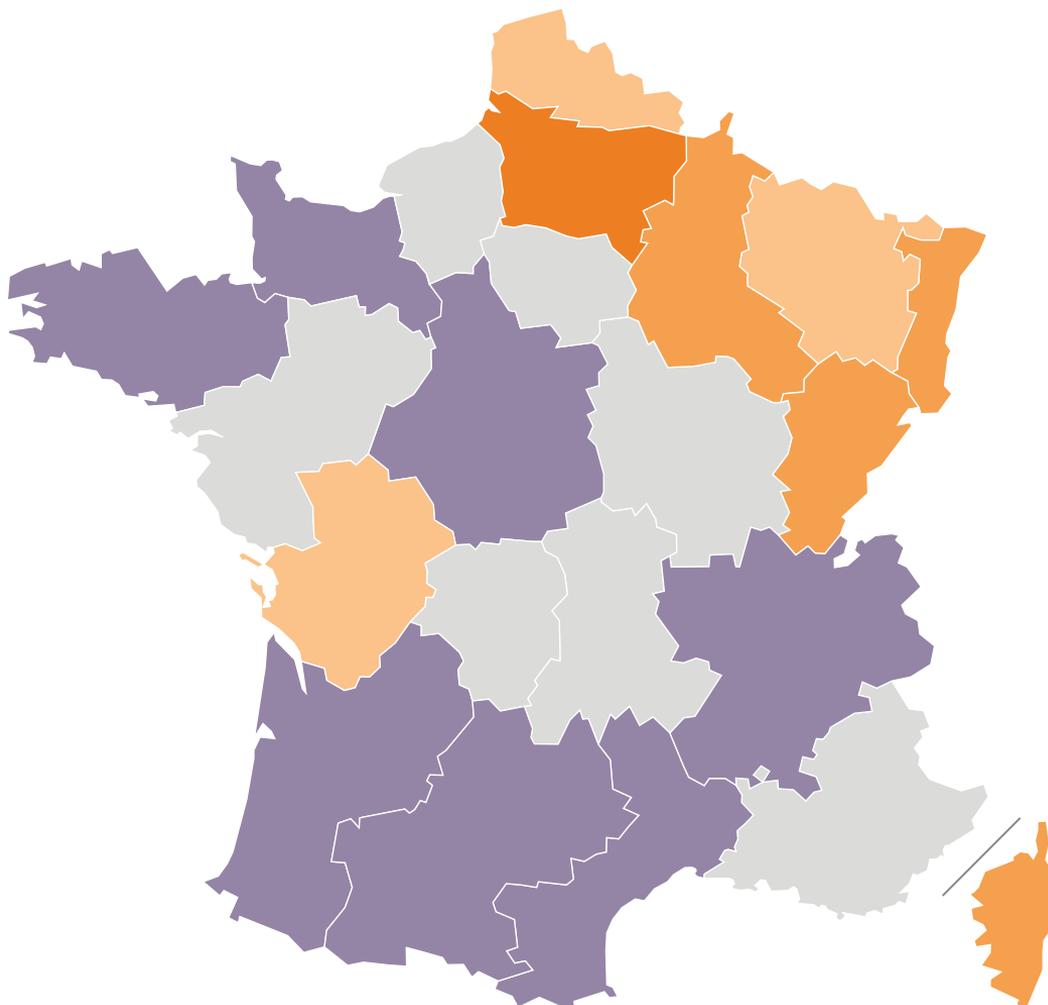
Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus ayant consommé une prestation de soins remboursée par le Régime général (RG) de l'Assurance maladie en 2012, y compris les Sections locales mutualistes (SLM)

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus ayant consommé au moins une prestation remboursée en 2012, quel que soit le régime d'Assurance maladie obligatoire

Source : Cnamts – Exploitation : Irdes

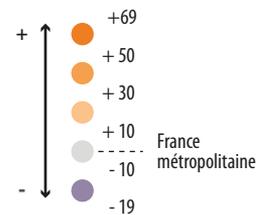
100 km



Montant moyen remboursé par PA pour des soins à l'hôpital et en ville (€)

5.2a

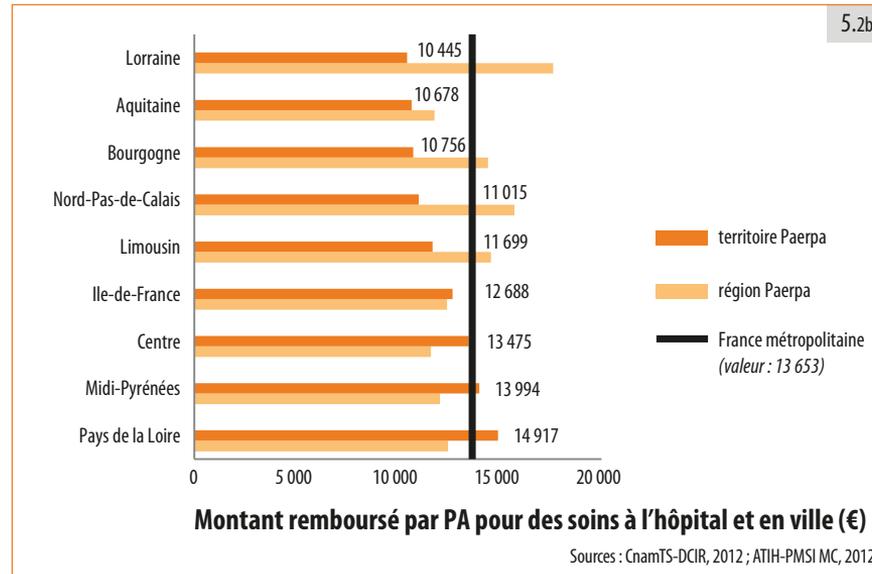
indice : France métropolitaine = 100



Indicateur

L'indicateur correspond au montant moyen remboursé par le Régime général (RG) pour les soins de ville et d'hospitalisation en court séjour (médecine et chirurgie) dans les établissements publics, privés à but lucratif ou non lucratif par personne âgée ayant au moins une consommation de soins dans l'année (repérable dans le Sniiram).

Les dépenses en établissement de soins de suite, de psychiatrie et de Soins de longue durée (SLD) ne sont pas comptabilisées ici. Dans une logique de parcours de soins des personnes âgées, il serait important de les inclure.



À retenir

En 2012, en France métropolitaine, le montant annuel moyen de remboursement par l'Assurance maladie, par personne de 75 ans ou plus, pour soins ambulatoires et hospitaliers est de 13 653 €. Ce montant varie de 10 445 € dans le territoire Paerpa de Lorraine à 14 917 € dans le territoire des Pays de la Loire.

Les variations régionales sont aussi importantes que les écarts entre les territoires Paerpa. Le niveau de la dépense régionale n'est pas corrélé avec celui des territoires. Par exemple, la région de Lorraine a le niveau de dépenses remboursées le plus élevé tandis que le territoire Paerpa (Grand Nancy) a le niveau

le plus faible ; la situation est pratiquement inverse dans la région des Pays de la Loire.

La carte 5.2a permet de visualiser les différences régionales au niveau de la France métropolitaine. Le quart nord-est et la région Poitou-Charentes ont un niveau de dépenses supérieur à celui du reste de la France (entre 30 et 70 %). Le sud de la France (hors Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca)), la Bretagne et la Basse-Normandie ont un niveau de dépenses remboursées inférieur à la moyenne nationale.

Calcul

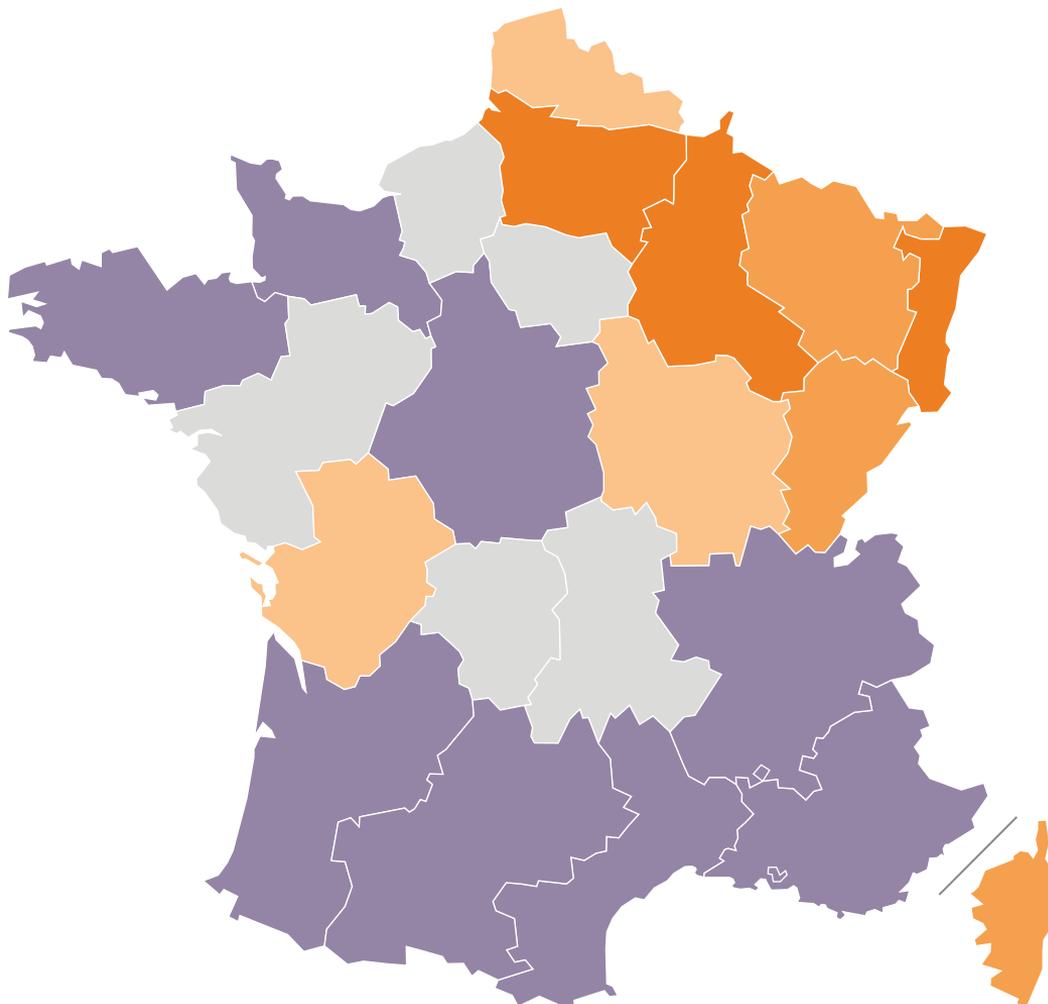
Numérateur : Somme des montants remboursés par l'Assurance maladie obligatoire pour les soins réalisés en 2012 en ville et en établissement de médecine-chirurgie (MC) à destination des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, résidant au sein du territoire considéré en 2012, ayant eu au moins un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire

Précision : Cet indicateur est calculé uniquement pour les personnes âgées appartenant au RG. Il n'est pas standardisé par la structure par âge et genre de la population âgée ni par l'état de santé

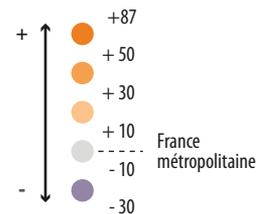
Source : Cnamts – Exploitation : Irdes

100 km



Montant moyen remboursé par PA pour les séjours en MC (€)
indice : France métropolitaine = 100

5.3a

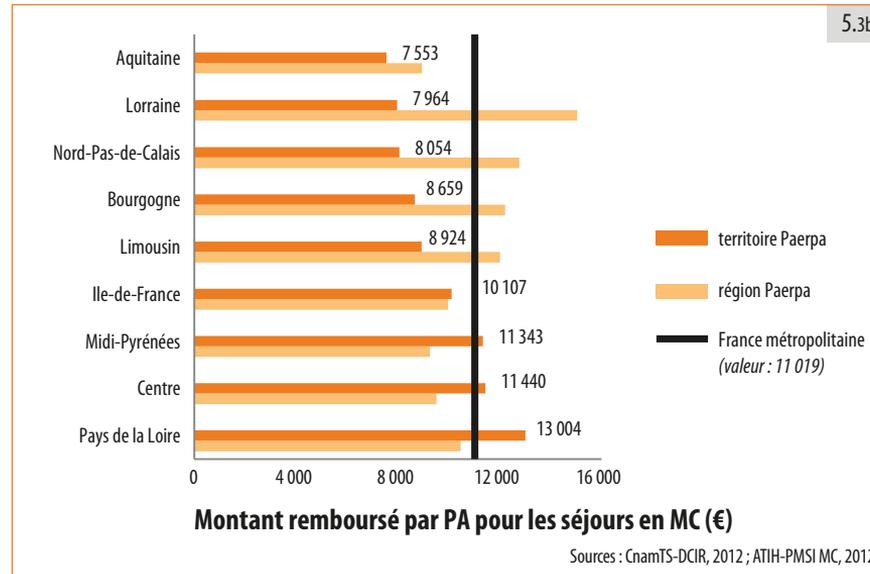


Sources : CnamIS-DCIR, 2012 ; ATIH-PMSI MC, 2012 © Inpes, 2014

Indicateur

L'indicateur rapporte le montant moyen remboursé par le Régime général (RG) pour les soins hospitaliers au nombre de personnes âgées ayant eu au moins une consommation dans l'année sur le territoire. La dépense hospitalière par personne âgée couvre les remboursements relatifs aux séjours dans tous les établissements de soins de court séjour (médecine et chirurgie) publics, privés à but lucratif ou non lucratif. Les montants remboursés correspondent aux dépenses prises en charge par le RG par personne âgée ayant au moins une consommation dans l'année (repérable dans le Sniiram). Les restes à charge des patients payés par eux-mêmes ou pris en charge par les couvertures complémentaires ne sont pas comptabilisés.

Cet indicateur donne un aperçu du poids des dépenses hospitalières en MC dans la prise en charge publique (par l'Assurance maladie obligatoire) des personnes âgées dans les territoires. Les taux de recours et la durée de séjour permettent de compléter cet aperçu (indicateurs 5.8 et 5.15).



À retenir

En 2012, le montant moyen remboursé par le RG pour les séjours hospitaliers en médecine et chirurgie est de 11 019 € par personne âgée de 75 ans ou plus. Les écarts de dépenses hospitalières vont du simple au double entre les différents territoires Paerpa, allant de 7 550 € dans le territoire d'Aquitaine à 13 000 € en Pays de la Loire. Les variations régionales sont également fortes sans être corrélées avec les territoires pilotes. Les territoires des Pays de la Loire, du Centre et de Midi-Pyrénées ont des dépenses remboursées plus élevées que les régions auxquelles ils appartiennent.

Ces écarts peuvent être liés aux différences de recours à l'hôpital et de pratiques d'hospitalisation (durée et intensité des séjours) mais aussi aux profils socio-économiques et à l'état de santé des populations. Notons par ailleurs que les trois territoires qui ont la dépense moyenne la plus faible font partie des territoires dont les taux de recours sont les plus élevés (indicateur 5.8).

Calcul

Numérateur : Somme des montants remboursés par l'Assurance maladie obligatoire pour les soins réalisés en 2012 lors d'une hospitalisation en établissement de médecine-chirurgie des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, résidant au sein du territoire considéré en 2012, ayant eu au moins un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire

Précision : Cet indicateur est calculé uniquement pour les personnes âgées appartenant au RG. Il n'est pas standardisé par la structure par âge et genre de la population âgée ni par l'état de santé

Source : Cnamts – Exploitation : Irdes

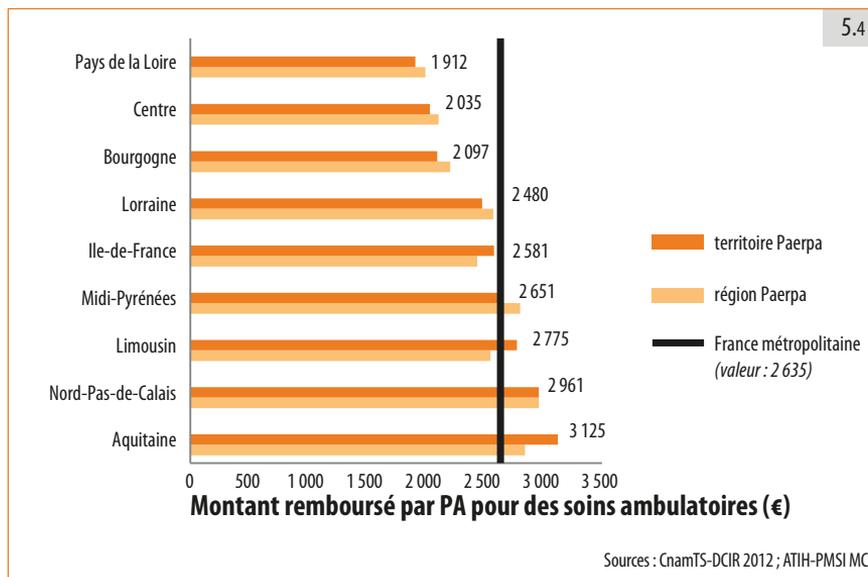
DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

Dépense moyenne publique de soins de ville par personne âgée (PA)

Indicateur

L'indicateur donne les montants moyens remboursés par le Régime général (RG) pour les soins ambulatoires par personne âgée ayant au moins une consommation dans l'année sur le territoire. Les soins ambulatoires recensent l'ensemble des prestations réalisées en ville ainsi que les consultations externes en établissement de santé. Ces prestations concernent les actes réalisés par les praticiens (dont celles de dentistes), les auxiliaires, les biologistes ainsi que les achats de médicaments, de prothèses, d'optique, d'appareils de traitements, de pansements et l'utilisation de transports tels que les ambulances agréées. Les actes (par exemple les consultations externes) réalisés dans les cliniques privées sont également comptabilisés dans les remboursements ambulatoires.

Remarque : Le RG ne couvre pas le coût total des soins (notamment dentaires) et les dépassements d'honoraires des médecins en secteur 2. Les restes à charge des patients (écart entre leur dépense totale et le remboursement du RG et/ou leur assurance complémentaire), plus ou moins importants selon les territoires, devraient être pris en compte pour une vision globale des dépenses ambulatoires totales.



Calcul

Numérateur : Somme des montants remboursés par l'Assurance maladie obligatoire pour des soins réalisés en 2012 en ville et en établissement de médecine et de chirurgie (MC), hors hospitalisation, à destination de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, résidant au sein du territoire considéré en 2012, ayant eu au moins un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire

Précision : Cet indicateur est calculé uniquement pour les personnes âgées appartenant au RG. Il n'est pas standardisé par la structure par âge et genre de la population âgée ni par l'état de santé

Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts, Irdes

À retenir

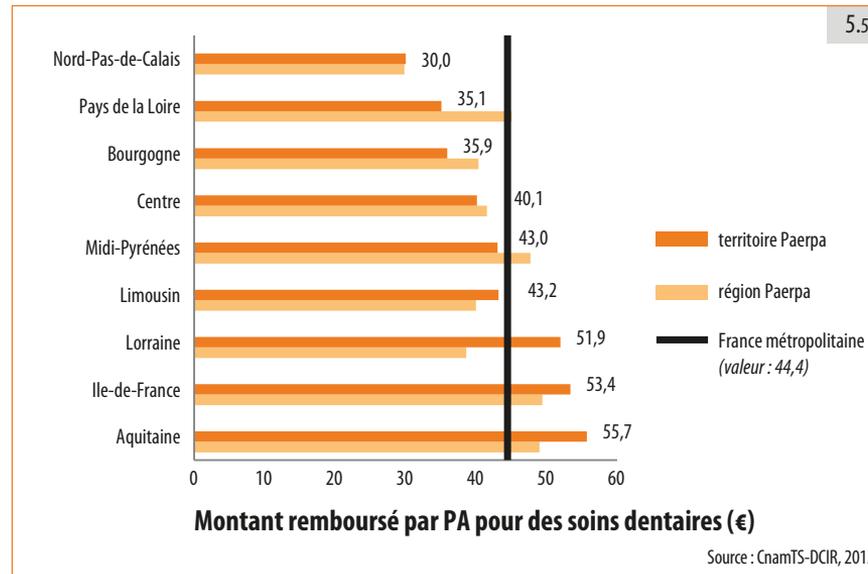
En France métropolitaine, en 2012, le montant moyen remboursé pour les soins de ville par le Régime général (RG) par personne âgée de 75 ans ou plus est de 2 635 €. Ce montant varie de 1 912 € dans le territoire Paerpa des Pays de la Loire à 3 125 € dans celui d'Aquitaine (un écart de 65 %). Les dépenses ambulatoires des territoires pilotes sont assez proches des dépenses régionales, même si les territoires d'Aquitaine, du Limousin et de l'Île-de-France ont un niveau de dépense légèrement plus élevé que celui de leur région.

A première vue, il semble y avoir une substitution entre les dépenses hospitalières et les dépenses ambulatoires (indicateurs 5.3b et 5.4).

Indicateur

L'indicateur rapporte le montant moyen remboursé par le Régime général (RG) pour les soins dentaires au nombre de personnes âgées ayant eu au moins une consommation dans l'année sur le territoire (repérable dans le Sniiram).

Réduire le risque de dénutrition est un des objectifs du projet Paerpa. Une bonne santé dentaire est identifiée comme un préalable à la réduction du risque de dénutrition des personnes âgées (Mojon *et al.*, 1999 ; Borreani *et al.*, 2008). Selon les études, la santé bucco-dentaire est fortement corrélée avec le niveau de revenu et les personnes âgées vivant en institution sont plus à risque d'une mauvaise nutrition (Van Lancker *et al.*, 2012).



À retenir

En 2012, la dépense moyenne remboursée pour les soins dentaires par personne âgée de 75 ans ou plus variait de 30 € dans le territoire Paerpa du Nord-Pas-de-Calais à 56 € dans le territoire de l'Aquitaine et, en moyenne, 44 € pour la France métropolitaine. Ces dépenses, extrêmement faibles, peuvent indiquer la nécessité d'interventions publiques pour améliorer l'accès aux soins dentaires et assurer la santé bucco-dentaire des personnes âgées.

Le niveau de dépenses par territoire semble être lié à la densité des chirurgiens-dentistes dans le territoire (Indicateur 4.10).

Les trois territoires pour lesquels les montants moyens remboursés en soins dentaires sont les plus faibles (Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Bourgogne) sont aussi parmi les territoires pour lesquels l'Accessibilité potentielle localisée (APL) des chirurgiens-dentistes est la plus faible.

Calcul

Numérateur : Somme des montants remboursés par l'Assurance maladie obligatoire pour des honoraires médicaux, dentaires et de prothèses réalisés par des chirurgiens-dentistes en 2012 à destination de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, résidant au sein du territoire considéré en 2012, ayant eu au moins un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire

Précision : Cet indicateur est calculé uniquement pour les personnes âgées appartenant au RG. Il n'est pas standardisé par la structure par âge et genre de la population âgée ni par l'état de santé

Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts, Irdes

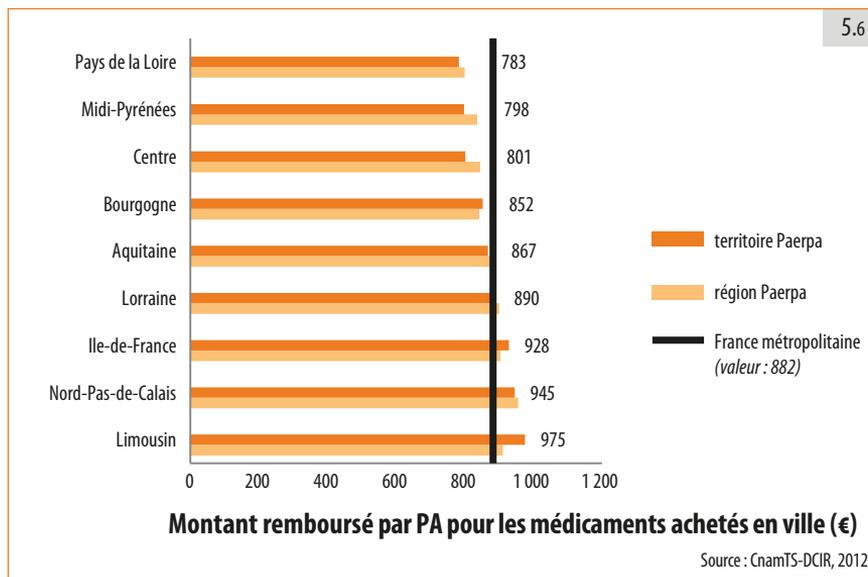
DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

Dépense moyenne publique de médicaments remboursés en ville par personne âgée (PA)

Indicateur

L'indicateur correspond au montant moyen remboursé par le Régime général (RG) pour les médicaments achetés en officine de ville par les personnes âgées de 75 ans ou plus ayant eu au moins une consommation dans l'année. L'indicateur ne couvre pas les médicaments consommés par les personnes âgées à l'hôpital ou dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui ont une pharmacie à usage intérieur, soit environ 28 % des Ehpad (Verger, 2013, p. 17). La consommation des médicaments dans les Ehpad sans pharmacie à usage intérieur est enregistrée dans les dépenses de médicaments remboursés en ville et est donc incluse dans le calcul de cet indicateur.

Eviter les prescriptions inappropriées et réduire la polymédication des personnes âgées est un objectif de santé publique des projets Paerpa.



Calcul

Numérateur : Somme des montants remboursés par l'Assurance maladie obligatoire pour des médicaments achetés en ville en 2012 par des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, résidant au sein du territoire considéré en 2012, ayant eu au moins un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire

Précision : Cet indicateur est calculé uniquement pour les personnes âgées appartenant au RG. Il n'est pas standardisé par la structure par âge et genre de la population âgée ni par l'état de santé

Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts, Irdes

À retenir

En France métropolitaine, en 2012, le montant moyen remboursé par le Régime général (RG) de l'Assurance maladie pour les médicaments achetés en ville était de 882 € par personne âgée affiliée à ce régime. Le territoire Paerpa pour lequel le remboursement est le plus élevé est le territoire du Limousin (975 €) et le plus faible celui des Pays de la Loire (783 €). Globalement, les niveaux de dépenses régionales semblent être corrélés aux niveaux de dépenses des territoires Paerpa. Les territoires pour lesquels les montants moyens remboursés en médicament en ville sont élevés sont aussi les territoires pour lesquels

les polyprescriptions sont les plus fréquentes (indicateur 5.7).

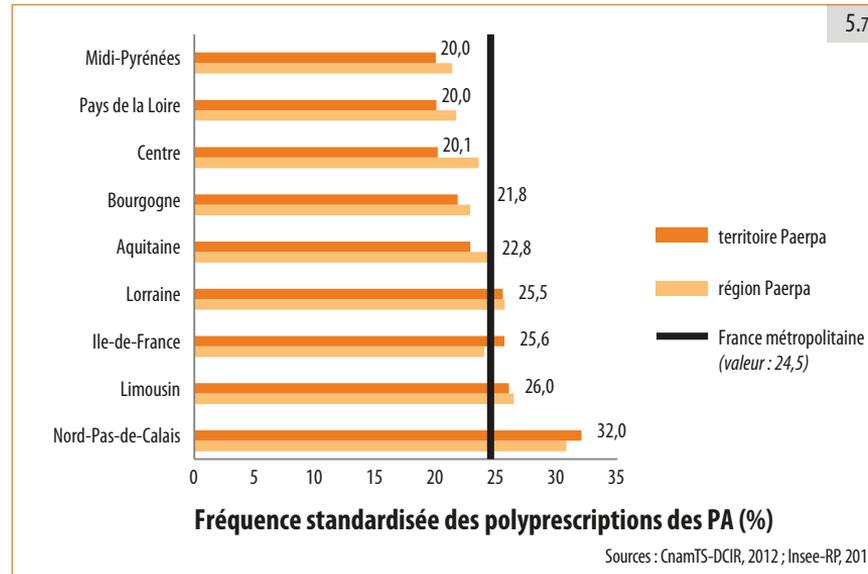
DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

Polyprescription des personnes âgées (PA)*

Indicateur

L'indicateur correspond à la proportion de personnes âgées ayant eu au moins dix médicaments différents délivrés au moins trois fois dans l'année. Les médicaments sont identifiés par le code de la classification Anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) au niveau le plus fin. L'indicateur est calculé à partir des données de tous les régimes de l'Assurance maladie et standardisé pour permettre la comparaison des territoires et des régions à structure d'âge des 75 ans ou plus égale. Cet indicateur permet notamment de s'intéresser aux polymédications régulières (traitement continu). Alternativement, dans la littérature, on s'intéresse également à d'autres indicateurs de polymédication simultanée à un moment donné ou cumulative.

L'âge est fortement lié à la polypathologie qui peut conduire à la polymédication. Si la polymédication peut être légitime dans certains cas, elle peut s'avérer problématique, les sujets âgés étant particulièrement exposés au risque iatrogénique. La polymédication est un bon prédicteur du risque iatrogénique, en revanche, elle n'est qu'un prédicteur partiel de la prescription inappropriée (Sermet *et al*, 2015).



À retenir

En 2012, en France métropolitaine, une personne âgée sur quatre a eu plus de 10 médicaments prescrits au moins trois fois dans l'année. Cette proportion varie de 20 % pour les territoires Paerpa de Midi-Pyrénées, Pays de la Loire et du Centre à 32 % dans le territoire Paerpa du Nord-Pas-de-Calais.

Si une partie de ces écarts pourrait être liée à l'état de santé de la population et à la prévalence de problèmes spécifiques, le niveau élevé de polymédication laisse penser qu'il y a des marges de progrès possibles.

Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré ayant eu au moins 10 codes ATC (Classification Anatomique, Thérapeutique et Chimique) délivrés au moins 3 fois en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Cet indicateur mobilise les données de tous les régimes et a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge des 75-84 ans et des 85 ans ou plus en 2011 en France métropolitaine

* indicateur de suivi national

Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts, Irdes

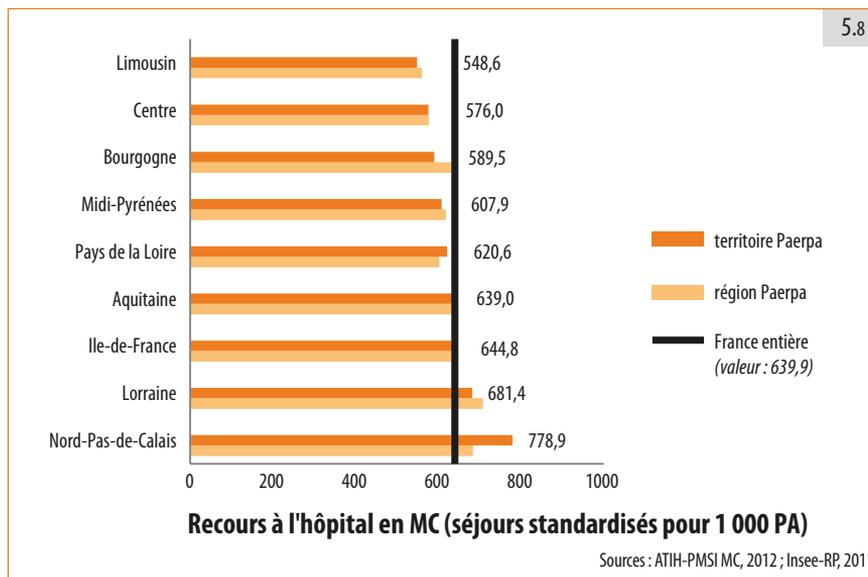
DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

Recours à l'hospitalisation de court séjour des personnes âgées (PA), toutes causes*

Indicateur

Le taux de recours à l'hospitalisation de court séjour correspond au nombre moyen de séjours complets (avec nuitée) en médecine ou en chirurgie pour 1 000 personnes âgées. Les séjours ambulatoires (sans nuitée) et les séances sont exclus. Les taux sont standardisés par la structure d'âge de la population âgée.

Les variations de taux de recours à l'hospitalisation peuvent indiquer les différences dans le profil socio-économique et l'état de santé de la population mais aussi dans l'offre et l'organisation des soins au niveau territorial. Plusieurs travaux montrent que, à problèmes de santé identiques, les patients sont soignés de manière très différente selon leur lieu d'habitation et que les disparités régionales dans l'utilisation de soins médicaux ne sont pas toujours liées aux besoins cliniques de la population (OCDE, 2014 ; Or et Verboux, 2014).



À retenir

En 2012, le taux de recours à l'hospitalisation varie de moins de 550 pour 1 000 personnes âgées de plus de 75 ans ou plus dans le territoire Paerpa du Limousin à près de 780 pour 1 000 dans celui du Nord-Pas-de-Calais, la moyenne nationale se situant à 640 pour la France entière.

Globalement, les taux de recours au niveau régional et dans les territoires Paerpa sont assez proches, à l'exception du territoire Paerpa du Nord-Pas-de-Calais qui se distingue par un taux de recours de 15 % plus élevé que celui de sa région.

Calcul

Numérateur : Nombre de séjours en établissement de médecine et de chirurgie (MC) en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012. Les séjours très longs sont exclus.

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précisions : Le taux national correspond à la France entière et non à la France métropolitaine ; cet indicateur a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine

* indicateur de suivi national

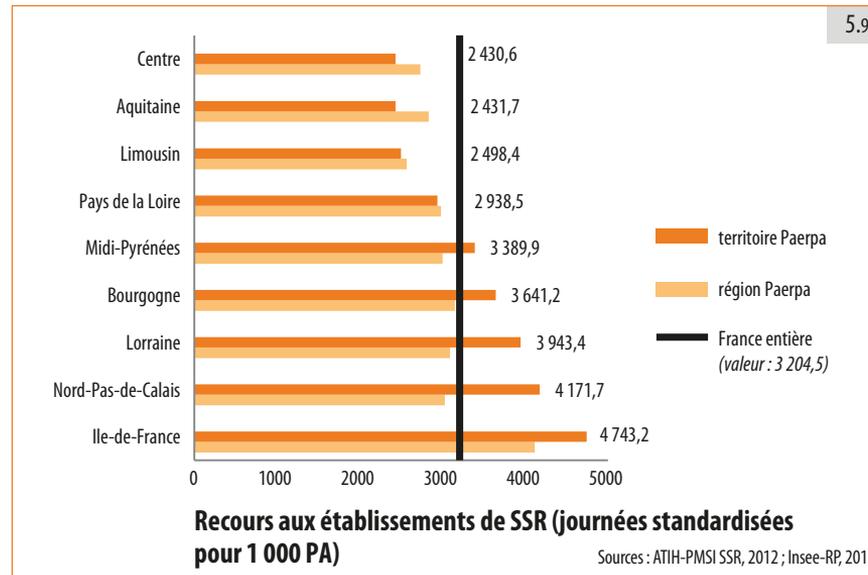
Source : ATIH – Exploitation : ATIH, Irdes

Indicateur

Le taux de recours aux établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR) est calculé à partir du nombre de journées réalisées dans les établissements qui ont une autorisation pour ces soins pour 1 000 personnes âgées. Les taux sont standardisés par la structure d'âge de la population âgée.

Les SSR visent à prévenir ou à réduire les conséquences physiques, cognitives ou sociales des déficiences des patients et à promouvoir leur réinsertion (www.fhp-ssr.fr). Il s'agit des soins qui suivent une hospitalisation, avec pour objectif d'accompagner le retour à domicile, de réduire

les dépendances. La demande en SSR est en augmentation compte tenu des besoins de soins liés aux maladies chroniques, au vieillissement de la population et du fait de la diminution des durées de séjour en médecine et en chirurgie (MC). La moitié des patients dans les établissements de SSR a 75 ans ou plus (Coquelet et Valdelièvre, 2011). Il existe toutefois des alternatives efficaces aux soins en établissements SSR (Fusco *et al.*, 2009 ; Morandi *et al.*, 2013) pour assurer les besoins tels que les soins en hospitalisation à domicile (HAD) ou les soins impliquant des professionnels de ville, comme les kinésithérapeutes.



À retenir

En 2012, en moyenne, 3 200 journées ont eu lieu dans les établissements de SSR en France. Si les taux régionaux sont relativement proches de la moyenne, à l'exception de l'Île-de-France, forte consommatrice de SSR, les écarts entre les territoires Paerpa sont frappants, variant du simple au double, allant de près de 2 400 journées pour 1 000 personnes âgées dans les territoires du Centre, de l'Aquitaine et du Limousin, à plus de 4 700 en Île-de-France et 4 100 dans le territoire du Nord-Pas-de-Calais. Le taux d'équipement en SSR, très variable selon l'implantation géographique, est un déterminant

important du recours à ces établissements. Toutefois, toute structure SSR n'est pas destinée aux seules personnes âgées, la spécialisation en gériatrie peut augmenter le recours. Par exemple, le territoire Paerpa du Nord-Pas-de-Calais a une offre importante de SSR spécialisés en gériatrie (Diagnostic Territorial, 2014a, p. 80), ce qui peut expliquer le fort recours, relativement à la faible capacité en nombre de lits SSR par personne âgée (indicateur 4.2b).

L'absence d'alternatives à domicile et/ou en ville peut en outre expliquer les taux élevés dans certains territoires.

Calcul

Numérateur : Nombre de journées en établissement SSR en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012. Les séjours très longs sont exclus.

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précisions : Le taux national correspond à la France entière et non à la France métropolitaine ; cet indicateur a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine.

Source : ATIH – Exploitation : ATIH, Irdes

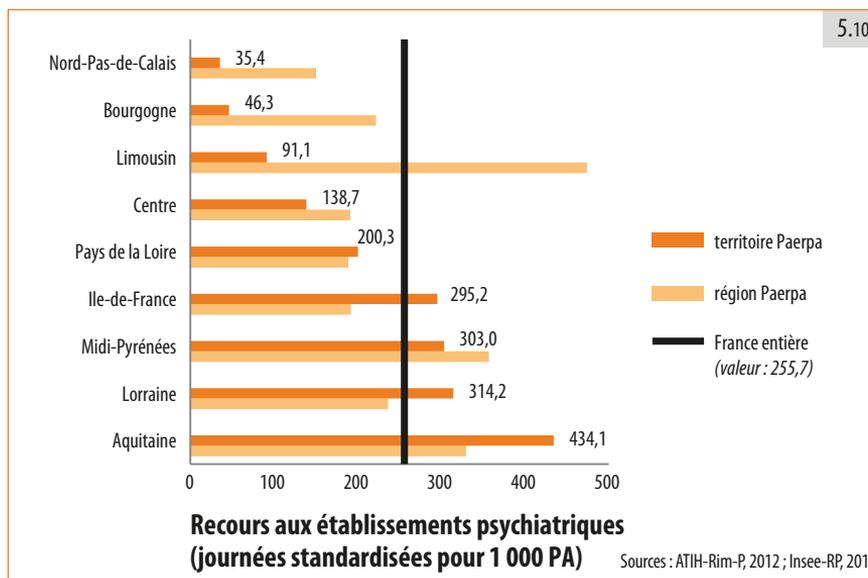
DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

Recours aux établissements psychiatriques des personnes âgées (PA)

Indicateur

Le taux d'hospitalisation dans des établissements psychiatriques est calculé en nombre de journées dans l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie, publics et privés, spécialisés ou non dans la prise en charge des maladies mentales, pour les prises en charge à temps plein, pour 1 000 personnes âgées. Les prises en charge alternatives à temps complet (type appartement thérapeutique) et à temps partiel et les actes ambulatoires sont exclus.

Dans la prise en charge de troubles psychiques sévères, les soins hospitaliers peuvent avoir une place importante lors de crises quand il y a un besoin aigu d'observation intensive, de diagnostic et de traitement. Réduire les hospitalisations psychiatriques en privilégiant les alternatives dans la communauté ou dans les structures plus flexibles où les interventions coordonnées sont délivrées par les professionnels de soins primaires et les spécialistes de santé mentale est cité comme un objectif pour assurer une meilleure prise en charge de la santé mentale (OMS, 2008). Un taux d'hospitalisation élevé peut être révélateur de dysfonctionnements éventuels dans l'organisation de l'offre de soins sur les territoires.



Calcul

Numérateur : Nombre de journées en établissement psychiatrique en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012. Les séjours très longs sont exclus.

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précisions : Le taux national correspond à la France entière et non à la France métropolitaine ; les taux ont été standardisés selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine

Source : ATIH – Exploitation : ATIH, Irdes

À retenir

En 2012, en moyenne, 255 journées d'hospitalisation sont comptabilisées dans les établissements de soins psychiatriques pour 1 000 personnes âgées. Les taux de recours varient de 1 à 10 entre les régions et de 1 à 12 entre les territoires Paerpa. Le taux le plus faible est de 35 journées pour 1 000 personnes âgées dans le territoire Paerpa du Nord-Pas-de-Calais et le plus élevé de 434 journées pour 1 000 personnes âgées dans le territoire d'Aquitaine.

Les taux de recours à l'hospitalisation sont très variables entre les territoires et leurs régions. La région du Limousin se distingue avec un taux de recours de près

de 474 journées pour 1 000 personnes âgées tandis que dans le territoire Paerpa du Limousin, ce taux est de 90 pour 1 000 habitants. Le manque de structures adaptées pour la prise en charge des problèmes neuropsychiatriques (Alzheimer, etc.) peut conduire à un recours inapproprié à des établissements psychiatriques où on peut trouver des malades avec des troubles du comportement importants, moins bien tolérés dans les Ehpad ou services de médecine.

DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

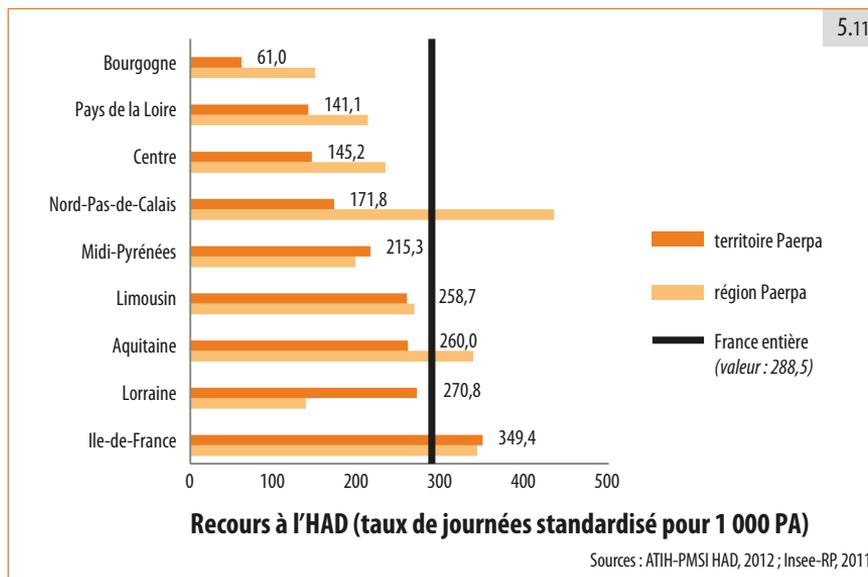
Recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD) des personnes âgées (PA)

Indicateur

Le taux de recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) est calculé en nombre de journées dans l'ensemble des structures, publiques et privées, ayant une autorisation de pratiquer l'HAD, pour 1000 personnes âgées du territoire.

L'HAD concerne des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques qui, en l'absence de prise en charge par une structure d'HAD, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. L'HAD est une forme d'hospitalisation réservée à des patients dont les soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile, par la technicité, la fréquence et la durée des actes tels que des soins palliatifs, d'assistance respiratoire ou de chimiothérapie (www.HadFrance.fr).

L'HAD peut être une alternative économique intéressante, notamment pour les soins de suite et de réadaptation (Afrite *et al.*, 2007). Elle ne peut toutefois être envisagée pour tous les patients et ne doit pas être imposée car elle nécessite très souvent la présence d'un entourage aidant. L'HAD repose sur la nécessaire coordination entre les acteurs de soins primaires, notamment le médecin traitant et l'hôpital (Com-Ruelle et Lebrun, 2003).



À retenir

En France, en 2012, le taux de recours à l'HAD est de 289 journées pour 1 000 personnes âgées, avec des variations entre régions qui peuvent devenir fortes au plan local.

Le Nord-Pas-de-Calais, l'Aquitaine et l'Île-de-France sont les régions où l'HAD est la plus utilisée (respectivement 435, 338 et 343 journées pour 1 000 personnes âgées). Les régions Lorraine, Bourgogne et Midi-Pyrénées y ont deux fois moins de recours (entre 138 et 197 journées pour 1 000 personnes âgées). Mais certains territoires Paerpa ont des différences notables par rapport à leurs régions. Le taux de recours

du territoire de Bourgogne (61 journées pour 1 000 personnes âgées) et celui du Nord-Pas-de-Calais (172 journées pour 1 000 personnes âgées) sont respectivement trois et deux fois inférieurs aux taux de recours de leurs régions.

Ces gros écarts de recours sont à mettre en lien avec le niveau de développement de l'HAD, très inégale entre les territoires (indicateur 4.56).

Calcul

Numérateur : Nombre de journées en HAD en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précisions : Le taux national correspond à la France entière et non à la France métropolitaine ; cet indicateur a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine

Source : ATIH – Exploitation : ATIH, Irdes

DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

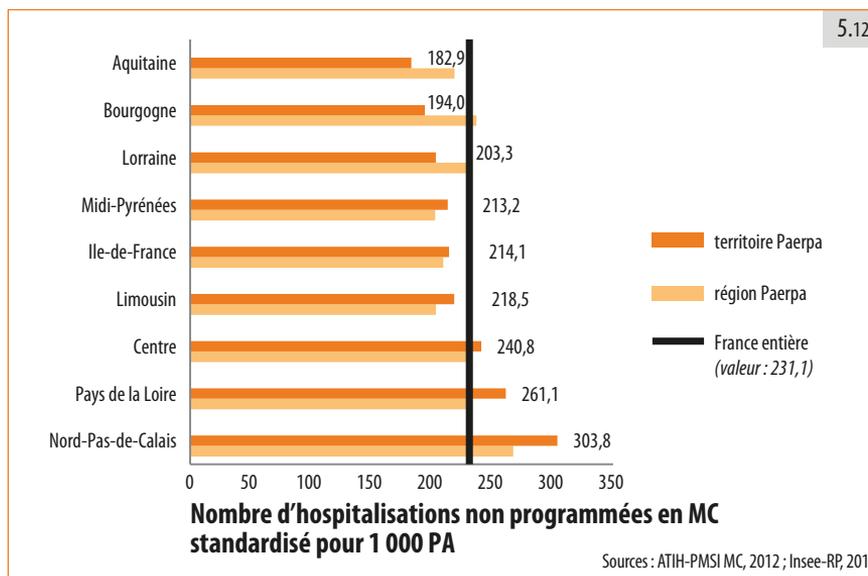
Taux d'hospitalisations non programmées en médecine-chirurgie (MC) par personne âgée (PA)

Indicateur

L'indicateur rapporte le nombre de séjours non programmés des personnes âgées dans les établissements de soins de courte durée (médecine et chirurgie) à la population du territoire (1 000 personnes âgées résidant sur le territoire). Il permet d'estimer l'importance des hospitalisations en urgence au sein de la population cible.

Le nombre de séjours non programmés chez les personnes âgées est identifié par un algorithme de l'ATIH qui permet de sélectionner les séjours par mode d'entrée (domicile) et provenance des séjours (avec passage aux urgences d'un établissement).

Les taux d'admissions non programmées, particulièrement pour des pathologies chroniques, sont souvent utilisés comme un indicateur de coordination entre les différents acteurs du système de santé. On considère qu'une prise en charge appropriée en secteur primaire peut éviter certaines hospitalisations pour des pathologies chroniques mais aussi pour des situations aiguës comme la grippe, la pneumonie, les infections urinaires qui, normalement, ne nécessitent pas une prise en charge hospitalière (Wysocki *et al.*, 2014).



À retenir

Le taux d'hospitalisations non programmées varie de 183 pour 1 000 personnes âgées dans le territoire Paerpa d'Aquitaine à 304 pour 1 000 dans le territoire du Nord-Pas-de-Calais, avec une moyenne nationale de 231 séjours pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les taux des territoires sont relativement proches de ceux de leurs régions, excepté des variations notables : les territoires du Nord-Pas-de-Calais et des Pays de la Loire sont au-dessus de leurs moyennes régionales tandis que les territoires d'Aquitaine, de Bourgogne et de Lorraine sont en dessous.

Calcul

Numérateur : Nombre d'hospitalisations non programmées en établissement de médecine et chirurgie (MC) en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

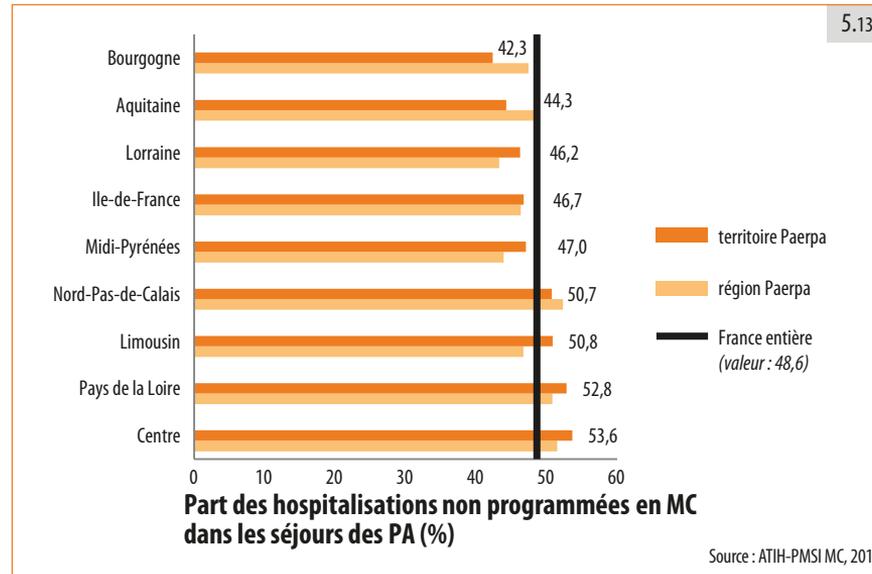
Précisions : Le taux national correspond à la France entière et non à la France métropolitaine ; cet indicateur a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine

Source : ATIH – Exploitation : ATIH, Irdes

Indicateur

L'indicateur rapporte le nombre de séjours non programmés au nombre de séjours totaux dans les établissements de soins de courte durée (médecine et chirurgie) des personnes âgées. Il permet de comparer la taille du phénomène au sein des établissements de santé ou dans le secteur hospitalier. Le nombre de séjours non programmés chez les personnes âgées est identifié par un algorithme de l'ATIH qui permet de sélectionner les séjours par mode d'entrée (domicile) et provenance des séjours (avec passage aux urgences d'un établissement). Cet indicateur fait partie des 10 indicateurs de suivi national des projets Paerpa.

Les taux d'admissions non programmées, particulièrement pour des pathologies chroniques, sont souvent utilisés comme un indicateur de coordination entre les différents acteurs du système de santé. On considère qu'une prise en charge appropriée en secteur primaire peut éviter certaines hospitalisations pour des pathologies chroniques mais aussi pour des situations aiguës.



À retenir

En 2012, 42 % des séjours des personnes âgées ont été des hospitalisations non programmées dans le territoire Paerpa de Bourgogne contre 54 % dans celui du Centre. Au niveau national, un séjour sur deux (49 %) semble être une hospitalisation non programmée. Les taux aux niveaux régional et territorial sont assez proches. Cet indicateur ne permet pas de séparer les hospitalisations pour causes « évitables » des autres hospitalisations. Les taux d'admissions non programmées pour les pathologies chroniques et aiguës dites « sensibles » aux soins primaires sont utilisés plus souvent dans la littérature. Etant

donné les fortes variations de taux d'admissions non programmées, il serait intéressant d'affiner les indicateurs qui s'y rapportent en ciblant des causes d'admissions spécifiques pour aborder la qualité de la prise en charge et de la coordination des soins et services en ambulatoire.

Calcul

Numérateur : Nombre d'hospitalisations non programmées en établissement de médecine et chirurgie (MC) en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de séjours en établissement MC en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant en 2012 au sein du territoire considéré

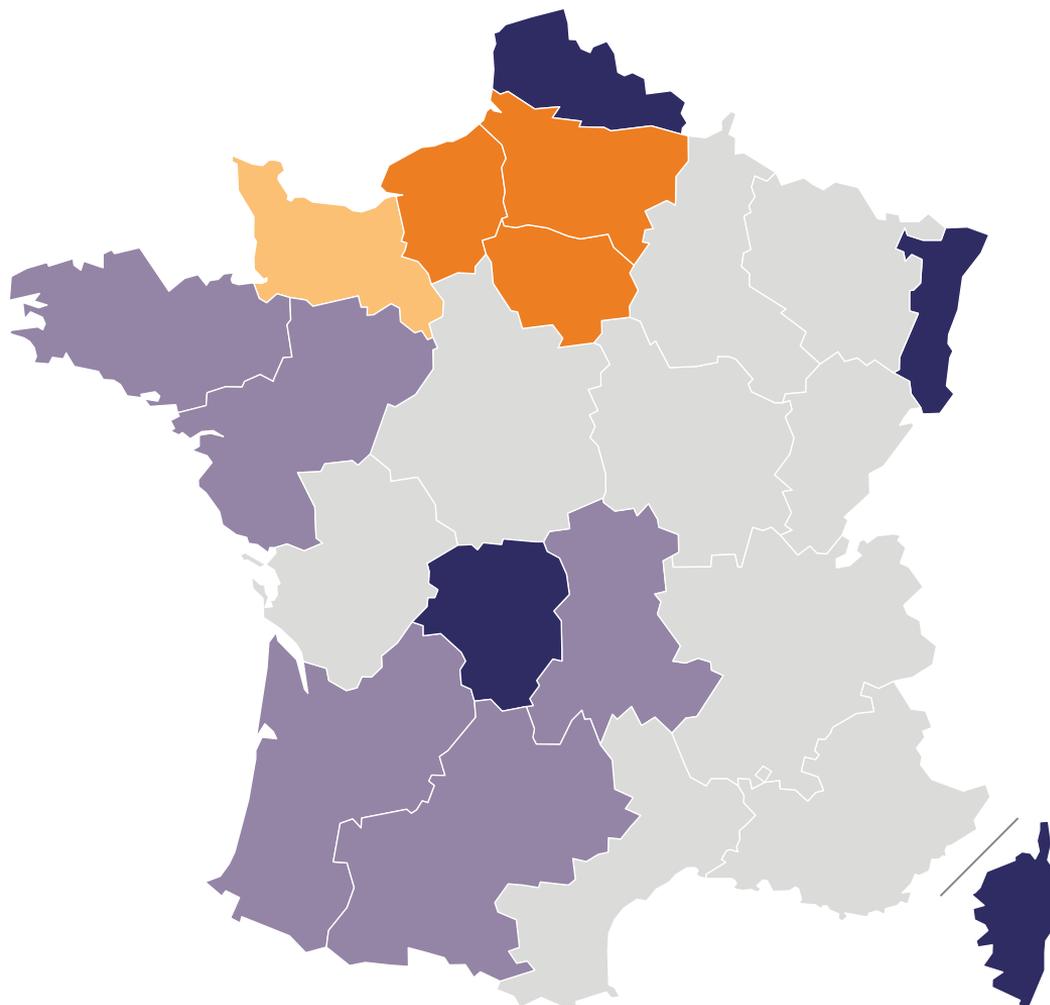
Précision : Le taux national correspond à la France entière et non à la France métropolitaine

* indicateur de suivi national

Source : ATIH – Exploitation : ATIH

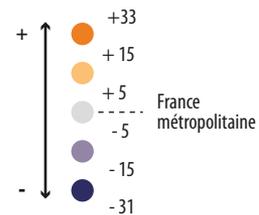
100 km

Sources : CnamIS-DCIR, 2012 ; ATIH-PMSI MC, 2012 ; Insee-IRP, 2011 ©Irdes, 2014



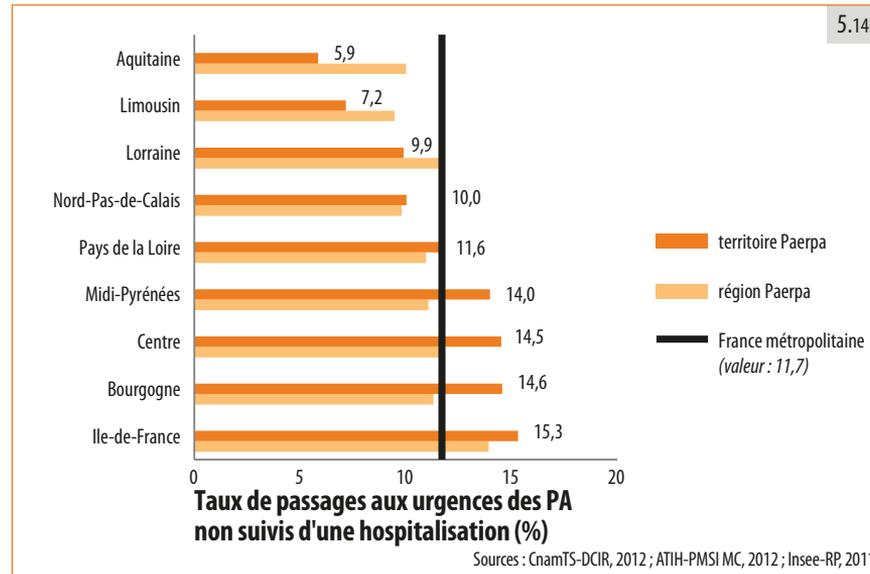
Taux de passages aux urgences des PA non suivis d'une hospitalisation
indice : France métropolitaine = 100

5.14a



Indicateur

Le taux de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation rapporte le nombre de passages à 100 personnes âgées résidant dans le territoire ou la région. L'indicateur est standardisé pour permettre la comparaison des territoires et des régions à structure d'âge de 75 ans ou plus égale. Les passages aux urgences sont des recours à l'hôpital non organisés ou planifiés en amont. Le taux de passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation est souvent considéré comme un signe de la mauvaise organisation ou coordination des soins primaires. Une prise en charge inadéquate des facteurs de risques et des problèmes de santé chroniques peut provoquer des recours aux urgences. L'accès limité à des soins de premiers recours peut aussi conduire les personnes âgées à aller à l'hôpital même si leur problème ne le nécessite pas. Des taux élevés dans un territoire peuvent indiquer le manque d'alternatives en ville pour prendre en charge les personnes âgées.



À retenir

Les taux de recours aux urgences non suivis d'une hospitalisation varient fortement entre les territoires Paerpa, de 6 % en Aquitaine à plus de 15 % en Île-de-France. Les territoires d'Aquitaine, du Limousin, de la Lorraine et du Nord-Pas-de-Calais ont des recours aux urgences plus faibles que la moyenne nationale (11,7 %). Les trois premiers de ces territoires ont aussi des recours aux urgences plus faibles que ceux de leurs régions.

La disponibilité des visites à domicile le soir et le week-end peut influencer le recours à l'hôpital en urgence. En effet, les territoires Paerpa de Bourgogne, d'Île-de-

France et du Centre ont un taux de visites à domicile plus faible que la moyenne nationale et inversement, les territoires d'Aquitaine, du Limousin, de la Lorraine et du Nord-Pas-de-Calais ont un nombre moyen standardisé de visites plus élevé que la moyenne (indicateur 5.22).

Calcul

Numérateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant en 2012 au sein du territoire considéré auxquelles un forfait « Accueil et traitement des urgences » a été facturé en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Cet indicateur a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine

Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts, Irdes

DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

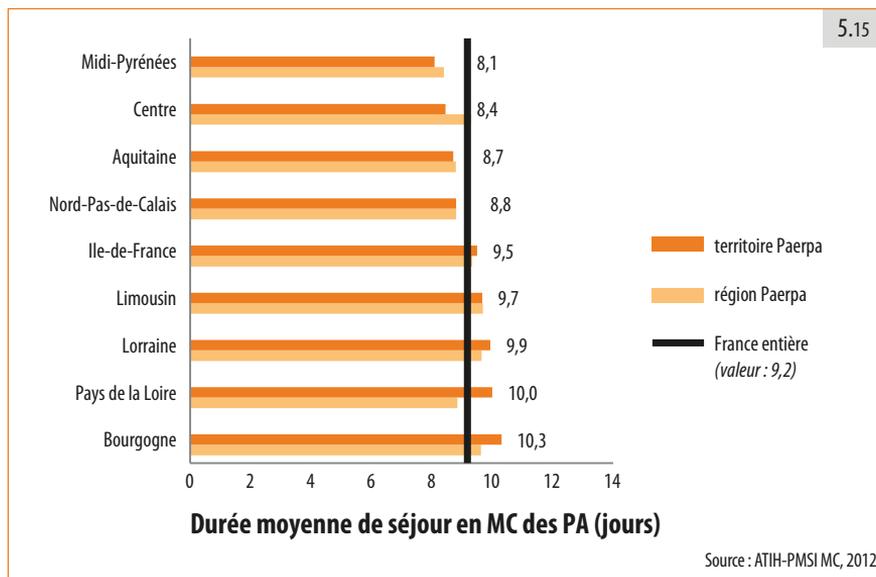
Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète, toutes causes, pour les personnes âgées (PA)

Indicateur

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète correspond aux sommes des durées (en journées) de séjours en médecine et chirurgie (MC) des personnes âgées résidant dans le territoire divisé par le nombre de séjours. Les séjours ambulatoires (sans nuitée), les séjours incomplets et les séances sont exclus du calcul de la durée moyenne de séjour.

La durée de séjour est souvent utilisée comme un indicateur de qualité et d'efficacité hospitalière (OCDE, 2010). Toutes choses égales par ailleurs, un séjour plus court réduit le coût par séjour pour l'hôpital et pour le système de santé en transférant les soins de

l'hôpital (généralement plus onéreux) vers les SSR moins coûteux. Raccourcir la durée des séjours est un objectif commun dans de nombreux pays. Il est attendu que les établissements y parviennent par le biais d'un fonctionnement plus efficace en développant notamment les séjours ambulatoires, en organisant mieux en amont et en aval les hospitalisations. Cependant, des séjours trop courts peuvent avoir des effets indésirables sur les résultats de santé, provoquer des coûts supplémentaires pour le patient ou des réadmissions.



À retenir

En 2012, la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète des personnes âgées varie de 8,1 jours dans le territoire Paerpa de Midi-Pyrénées à 10,3 jours dans le territoire de Bourgogne, la moyenne nationale se situant à 9,2 jours pour la France entière. Les territoires de Lorraine et du Limousin ont aussi des durées de séjour plus longues que la moyenne nationale.

Les variations de durée de séjour peuvent être liées au niveau d'articulation des soins hospitaliers avec les soins de suite et les soins à domicile mais aussi à l'état de santé et au profil socio-économique de la population locale. La DMS

peut également être mise en regard de la dépense hospitalière et du taux d'hospitalisation (indicateurs 5.3b et 5.8).

Calcul

Numérateur : Somme des durées de séjour en établissement de médecine et chirurgie (MC) en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012. Il s'agit de séjours débutés et terminés dans l'année.

Dénominateur : Nombre de séjours en établissement MC en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Précisions : La moyenne nationale correspond à la France entière et non à la France métropolitaine

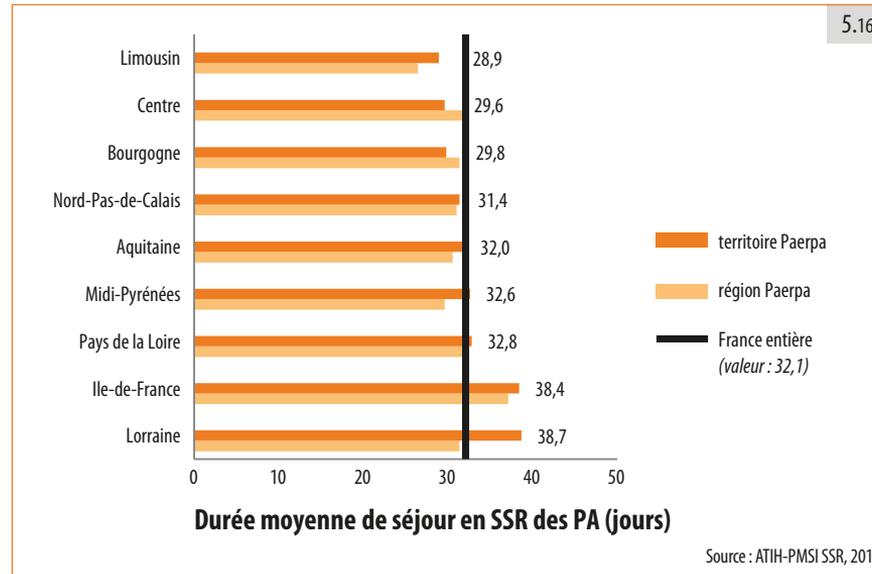
Source : ATIH – Exploitation : ATIH

Durée moyenne de séjour en Soins de suite et de réadaptation (SSR) des personnes âgées (PA)

Indicateur

La durée moyenne de séjours (DMS) en Soins de suite et de réadaptation (SSR) correspond aux sommes des durées (en journées) de séjour des personnes âgées dans les établissements de SSR divisées par le nombre de séjours. La demande pour les SSR est en augmentation, en partie à cause de la baisse des journées d'hospitalisation en médecine et en chirurgie. Pour la moitié des patients (tous âges confondus) ayant connu un épisode de soins hospitalier unique, l'épisode a débuté avec un séjour en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et a été suivi d'un séjour en SSR (Boisguérin *et al.*, 2014, p. 126).

Ainsi, les durées de séjour en SSR et en médecine et chirurgie peuvent être liées. La disponibilité des places en SSR peut impacter les durées de séjour en médecine et chirurgie et la demande pour les soins de suite peut influencer sur les durées de séjour en SSR.



À retenir

En 2012, la durée moyenne de séjour en SSR varie de 29 jours dans le territoire Paerpa du Limousin à 39 jours dans celui de Lorraine, la moyenne en France métropolitaine se situant à 32 jours. Les territoires Paerpa de Lorraine, de Midi-Pyrénées, d'Aquitaine et du Limousin ont des durées moyennes de séjour plus élevées que celles de leurs régions. On retrouve les deux territoires qui ont les durées de séjour les plus longues en SSR parmi les territoires qui ont les taux de recours les plus élevés (Île-de-France et Lorraine, indicateur 5.9).

Calcul

Numérateur : Somme des durées de séjour en établissement SSR en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012. Les séjours très longs sont exclus. Il s'agit des séjours débutés et terminés dans l'année

Dénominateur : Nombre de séjours en établissement SSR en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Précisions : La moyenne nationale correspond à la France entière et non à la France métropolitaine

Source : ATIH – Exploitation : ATIH

DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

Durée moyenne de séjour en psychiatrie des personnes âgées (PA)

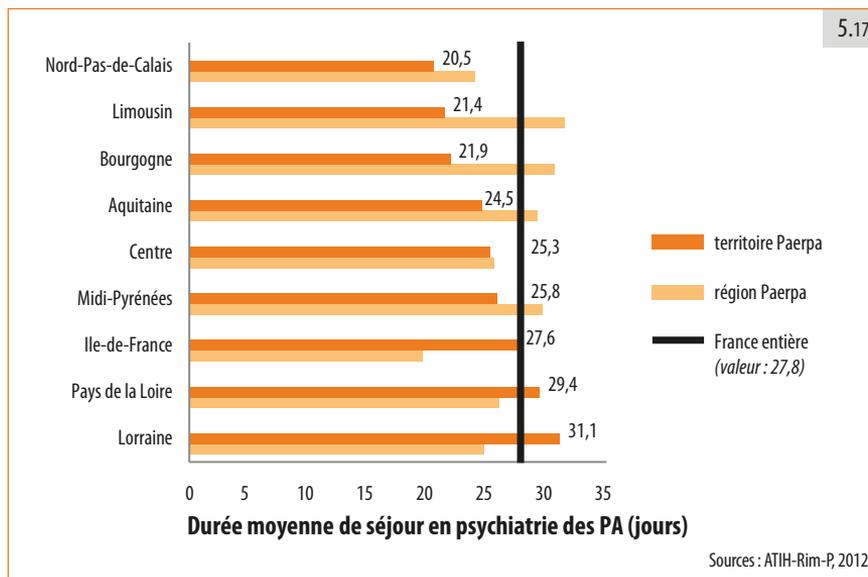
Indicateur

La durée moyenne de séjour (DMS) en psychiatrie correspond aux sommes des durées (en journées) de séjour des personnes âgées dans les établissements divisées par le nombre de séjours.

Cet indicateur peut signaler les différences de pratiques médicales en santé mentale et de recours en psychiatrie. Les durées moyennes de séjour sont très variables selon les statuts et catégories d'établissement : souvent plus courtes dans les services de psychiatrie implantés à l'hôpital général, plus longues dans les centres spécialisés. Une partie de la disparité des DMS peut donc s'expliquer par l'offre des territoires. Par ailleurs,

certains établissements ou services se spécialisent dans l'accueil des patients au long cours (hospitalisation supérieure ou égale à un an), ce qui peut avoir un impact sur la valeur moyenne observée.

Remarque : Dans la littérature, on utilise plus souvent une durée moyenne annuelle (cumulée dans l'année) d'hospitalisation, car les hospitalisations répétées, séquentielles peuvent être fréquentes.



À retenir

En 2012, la durée moyenne de journée en hospitalisation à temps plein en psychiatrie des personnes âgées varie de 20,5 jours dans le territoire Paerpa du Nord-Pas-de-Calais à 31 jours dans le territoire de Lorraine, la moyenne nationale se situant à 28 jours.

Le territoire d'Aquitaine est celui dont le taux de recours à l'hôpital (indicateur 5.10) et le nombre moyen de journées d'hospitalisation sont les plus élevés.

Calcul

Numérateur : Somme des durées de séjour en établissement psychiatrique en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012. Les séjours très longs sont exclus. Il s'agit des séjours débutés et terminés dans l'année

Dénominateur : Nombre de séjours en établissement psychiatrique en 2012 des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Précisions : La moyenne nationale correspond à la France entière et non à la France métropolitaine

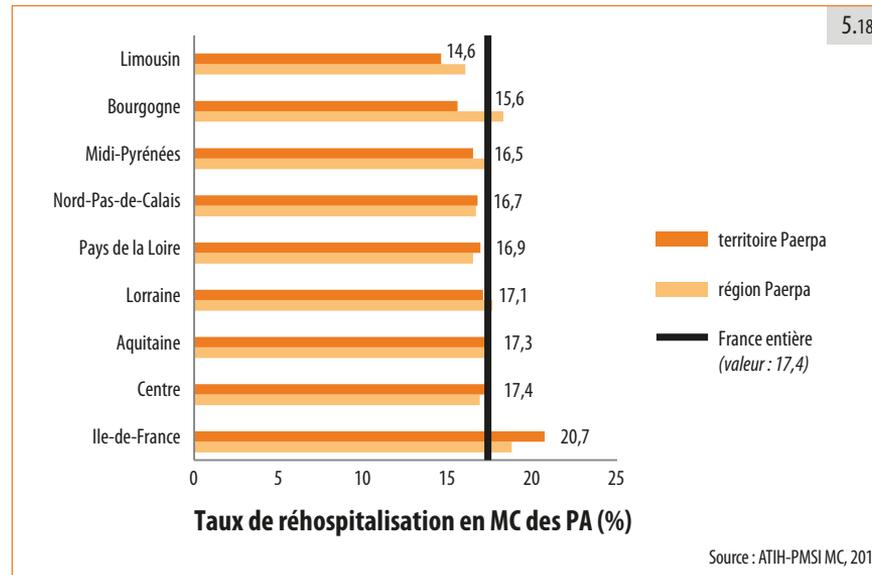
Source : ATIH – Exploitation : ATIH

Indicateur

Le taux de réhospitalisation à 30 jours est calculé en divisant le nombre d'hospitalisations (hors transferts) dans les 30 jours suite à un premier séjour dans un établissement de court séjour (médecine et chirurgie-MC) par le nombre de séjours total en médecine et en chirurgie des personnes âgées. Tout séjour d'hospitalisation complet (de plus de 24h) dans un établissement de MC durant les 30 jours suivant la sortie d'un séjour initial est considéré comme un événement de réadmission. Les séjours ambulatoires, les séances, les transferts et les décès sont exclus.

La survenue d'une réhospitalisation non prévue, peu de temps après une intervention chirurgicale ou médicale, est un exemple typique d'événement indésirable et potentiellement évitable. C'est l'un des indicateurs les plus souvent employés dans la littérature comme marqueur de la « non-qualité » de la prise en charge hospitalière (Or et Renaud, 2009).

Cet indicateur fait partie des 10 indicateurs de suivi national des projets Paerpa.



À retenir

Les taux de réhospitalisation à 30 jours varient de près de 15 % dans le territoire Paerpa du Limousin à 21 % dans le territoire d'Île-de-France, la moyenne nationale se situant à 17,4 %. La région Île-de-France a également un taux de réhospitalisation plus élevé que la moyenne (18,8 %) mais le territoire Paerpa se distingue avec un taux encore plus élevé. Au contraire, le territoire de Bourgogne avec 15,6 % se situe bien au-dessous de la moyenne régionale (18,3 %).

Calcul

Numérateur : Nombre de réhospitalisations à 30 jours en établissement de médecine et chirurgie (MC) des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire en 2012 suite à un premier séjour en MC terminé entre le 1^{er} décembre 2011 et le 1^{er} décembre 2012

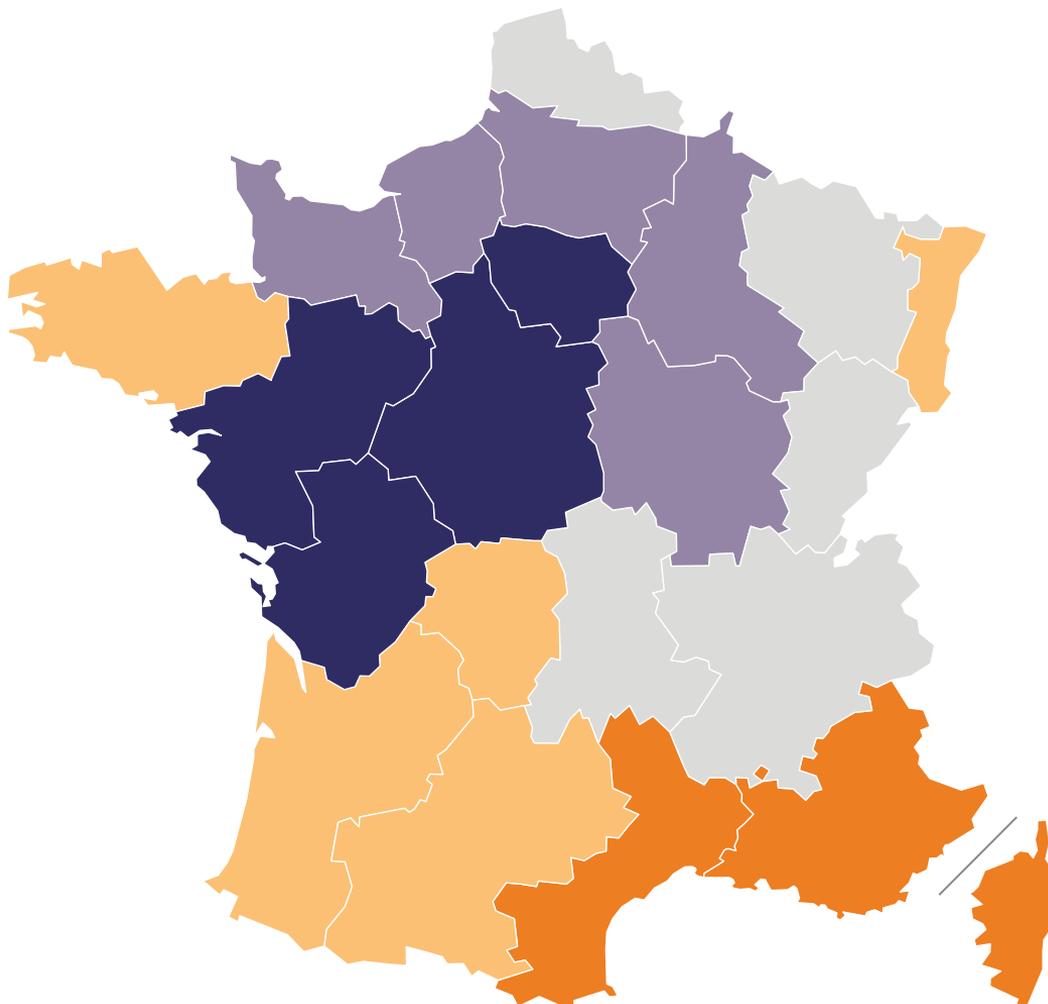
Dénominateur : Nombre de séjours en établissement MC des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Précision : Le taux national correspond à la France entière et non à la France métropolitaine

* : indicateur de suivi national

Source : ATIH – Exploitation : ATIH

100 km

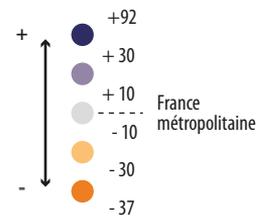


Sources : ChamiS-DCIR, 2012 ; ATIH-PMSI MC, 2012 ; Insee-IRP, 2011 ©Irdes, 2014

5.19a

Nombre moyen standardisé de journées avec un soin infirmier par PA

indice : France métropolitaine = 100

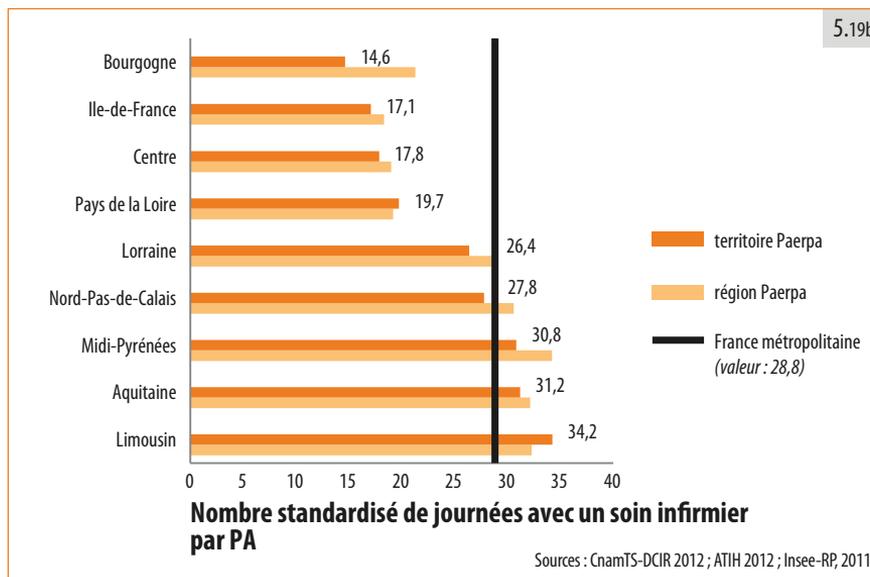


Indicateur

L'indicateur rapporte le nombre moyen de journées lors desquelles les personnes âgées ont eu un acte infirmier (libéral) réalisé à leur domicile ou au cabinet de l'infirmier au nombre de personnes âgées du territoire. Il s'agit d'actes techniques (injection, chimiothérapie, etc.), d'actes de soins infirmiers (soins d'hygiène, prévention d'escarres, etc.) ainsi que de démarches de soins infirmiers (évaluer des besoins). Les taux par personne âgée donnent une approximation des contacts avec un infirmier libéral. Ils sont standardisés pour permettre la comparaison des territoires et des régions à structure d'âge de 75 ans ou plus égale.

Les infirmiers interviennent auprès des patients sur prescription médicale et assurent les soins de confort, d'hygiène et de sécurité des personnes âgées. Le rôle d'infirmier libéral comme coordinateur de la prise en charge infirmière et sociale dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées est amené à se développer dans le cadre des projets Paerpa.

Cet indicateur est à mettre en perspective avec la disponibilité de l'offre en infirmiers libéraux et en service de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Cependant, le recours aux soins en Ssiad n'est pas observé.



À retenir

En 2012, en France métropolitaine, le nombre moyen de journées comportant au moins un acte infirmier par personne âgée est de 28,8. Il existe des écarts importants entre les territoires Paerpa. Le nombre moyen de journées comportant au moins un acte infirmier varie de 14,6 journées dans le territoire Paerpa de Bourgogne à 34,2 dans celui du Limousin. Les taux régionaux sont assez proches de ceux des territoires Paerpa. Les régions de Bourgogne, d'Île-de-France et du Centre ont des taux de recours aux infirmiers libéraux deux fois moins élevés que ceux des régions de Midi-Pyrénées, d'Aquitaine et du Limousin.

Cet indicateur ne prenant pas en compte le recours aux soins des Ssiad, les territoires qui ont une faible consommation de soins infirmiers en libéral peuvent avoir une consommation importante de Ssiad. Les indicateurs de l'offre en infirmiers libéraux (indicateur 4.8b) et de places en Ssiad (indicateur 4.11b) montrent qu'il y a une complémentarité entre les deux offres. La carte 5.9a montre que, globalement, dans le nord-ouest du pays (à l'exception de la Bretagne et de l'Alsace) le recours aux soins infirmiers libéraux est plus fort que dans le sud.

Calcul

Numérateur : Somme des journées comportant au moins une séance réalisée par un infirmier libéral en 2012 à destination d'une personne âgée de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Cet indicateur a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine

Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts, Irdes

DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

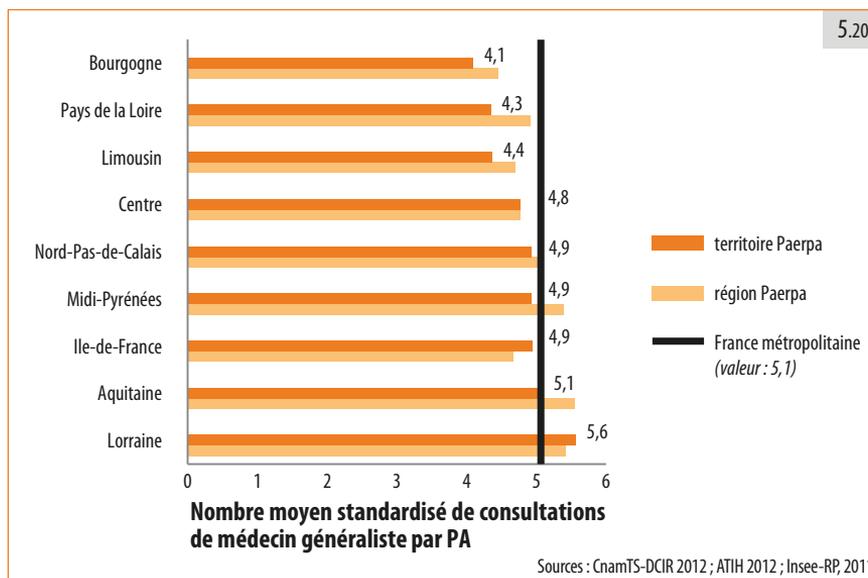
Nombre moyen de consultations de médecin généraliste (MG) par personne âgée (PA)

Indicateur

Cet indicateur rapporte le nombre de séances (consultations) réalisées dans un cabinet médical ou un service de consultations externes d'un établissement de santé (public ou privé) avec un médecin généraliste (omnipraticien) au nombre de personnes âgées du territoire.

Afin d'obtenir le volume total des contacts avec des médecins généralistes (MG), on comptabilise les actes techniques médicaux. Lors d'une séance, un MG délivre une simple consultation et/ou un ou plusieurs actes techniques médicaux (échographie, imagerie, actes d'obstétrique...). Sauf cas spécifiques¹, un praticien ne peut pas facturer simultanément une consultation et un acte technique, mais peut coder un acte médico-technique à la place d'une consultation.

Remarque : Ne disposant pas des données concernant le nombre d'actes CCAM par généraliste, le nombre de consultations comptabilisées ici peut sous-estimer le nombre de contacts avec les MG. Les différences observées peuvent être, en partie, liées aux pratiques de codage des MG.



Calcul

Numérateur : Somme des consultations réalisées par un médecin généraliste (MG) en 2012 à destination des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Cet indicateur a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine

Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts, Irdes

À retenir

En 2012, en France métropolitaine, le nombre moyen standardisé de consultations chez un MG par personne âgée était de 5,1, variant de 4,1 par personne âgée dans le territoire Paerpa de Bourgogne à 5,6 dans le territoire de Lorraine.

Globalement, le nombre moyen de consultations ambulatoires est plus faible dans les territoires dont une grande partie de la population vit dans des communes isolées. Le nombre de consultations en ville est par ailleurs plus élevé dans les territoires où il y a peu de visites à domicile. La disponibilité des professionnels effectuant des visites à domicile peut influencer sur le niveau

de recours aux consultations en ville.

Au niveau territorial, l'activité semble corrélée avec l'offre en MG.

¹ Précisés dans l'Article III-3 de la liste des actes et des prestations : www.ameli.fr/finleadadmin/user_upload/documents/Livres_1_et_III_01_10_2014.pdf

Nombre moyen de consultations de médecin spécialiste par personne âgée (PA)

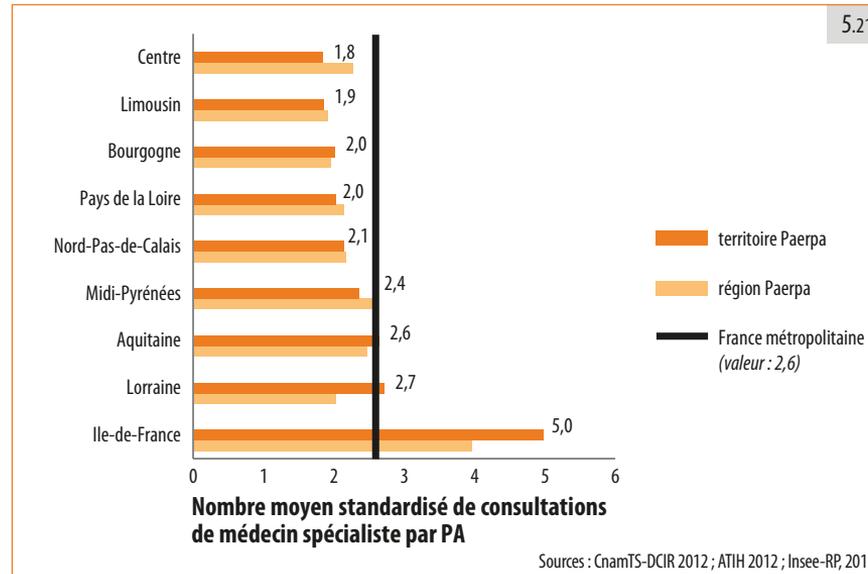
Indicateur

Cet indicateur décrit le nombre moyen de séances (consultations) réalisées dans un cabinet médical ou un service de consultations externes d'un établissement de santé, dans une clinique privée en ambulatoire ou lors d'une hospitalisation avec un médecin spécialiste (y compris les consultations spécifiques des neuropsychiatres, de cardiologie, ou pour un bilan) par personne âgée.

Afin d'obtenir le volume total des contacts avec les médecins spécialistes, prendre en considération les actes techniques médicaux codés selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM) est nécessaire. Au cours d'une séance

avec un médecin, généraliste ou spécialiste, celui-ci délivre une simple consultation et/ou un ou plusieurs actes techniques médicaux (échographie, imagerie, actes d'obstétrique...). Sauf cas spécifiques, un praticien ne pouvant facturer simultanément une consultation et un acte technique peut coder un acte médicotechnique à la place d'une consultation.

Remarque : Ne disposant pas des données concernant le nombre d'actes CCAM par spécialiste, le nombre de consultations comptabilisées ici peut sous-estimer le nombre de contacts avec les spécialistes.



À retenir

En 2012, en France métropolitaine, le nombre moyen standardisé de consultations chez un spécialiste par personne âgée varie de 1,8 dans les territoires Paerpa du Centre et du Limousin à 5 dans le territoire d'Île-de-France, avec une moyenne nationale de 2,6 consultations. Il existe de fortes disparités entre les neuf territoires Paerpa.

La région d'Île-de-France se singularise avec une moyenne de 4 consultations par personne âgée, mais son territoire Paerpa a un taux de consultations encore plus fort. Hors Île-de-France, les variations régionales sont moins importantes allant de 2 consultations

de spécialistes en Lorraine à 2,6 en Midi-Pyrénées.

Calcul

Numérateur : Somme des consultations réalisées par un médecin spécialiste en 2012 à destination des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Cet indicateur a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine

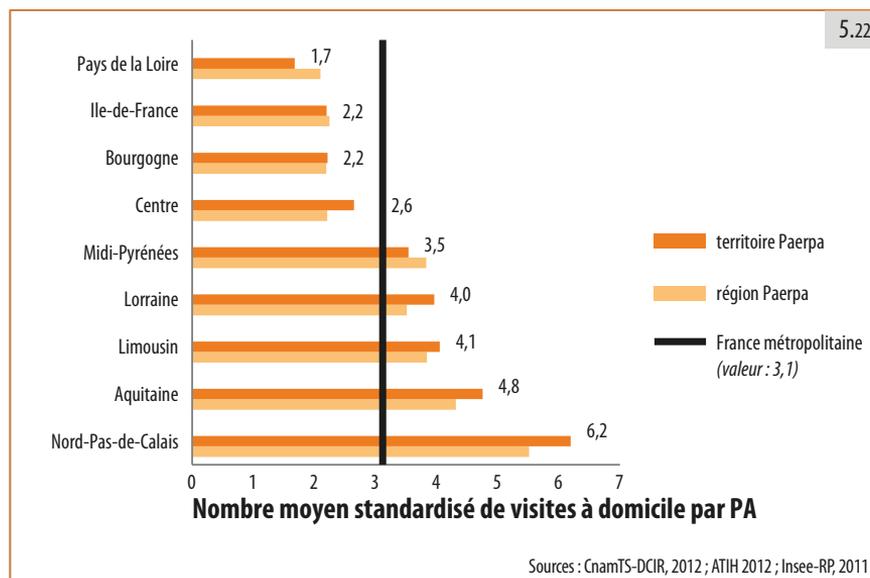
Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts, Irdes

DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

Nombre moyen de visites à domicile par personne âgée (PA)

Indicateur

L'indicateur rapporte le nombre de visites à domicile au nombre de personnes âgées du territoire. Une visite médicale à domicile correspond à une consultation au domicile du patient par un médecin généraliste (MG). Il y a très peu de visites à domicile effectuées par des spécialistes (moins de 0,1 % des visites). Cette visite permet d'assurer la prise en charge des patients ne pouvant se déplacer au cabinet du MG ainsi que les permanences des soins et des urgences médicales au domicile du patient. Les taux par personne âgée sont standardisés pour permettre la comparaison des territoires et des régions à structure d'âge des 75 ans ou plus égale.



À retenir

En 2012, en France métropolitaine, le nombre moyen standardisé de visites à domicile par personne âgée est de 3,1. Cependant, il existe de fortes disparités entre les neuf territoires pilotes Paerpa, le nombre moyen de visites variant de 1,7 pour le territoire Paerpa des Pays de la Loire à 6,2 pour le territoire du Nord-Pas-de-Calais.

Les taux des territoires Paerpa sont assez proches des taux régionaux. Globalement, dans les régions où le taux de visites à domicile est faible, le nombre de consultations en ville est plus élevé (indicateurs 5.20 et 5.21).

Le nombre de visites à domicile peut être particulièrement important pour assurer les soins primaires dans les zones rurales isolées.

Calcul

Numérateur : Somme des visites en ambulatoire réalisées en 2012 par un médecin généraliste (MG) auprès des personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2012

Dénominateur : Nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus résidant au sein du territoire considéré en 2011

Précision : Cet indicateur a été standardisé selon une répartition en deux classes d'âge (75-84 ans et 85 ans ou plus) en 2011 en France métropolitaine

Source : Cnamts – Exploitation : Cnamts, Irdes

CONCLUSION

et Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan constitue une référence pour comparer les progrès en matière de prise en charge des personnes âgées dans les années à venir et évaluer la contribution des dispositifs mis en place.

Ce constat initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structure d'offre de soins hospitaliers et de ville. A première vue, on constate de forts contrastes avec une opposition marquée entre les territoires urbains à forte densité (Paris, Bordeaux, Nancy), avec une plus faible part des personnes âgées, un revenu médian élevé, et les territoires ruraux ou mixtes avec des densités beaucoup plus faibles (Bourgogne, Midi-Pyrénées, Limousin, Centre...), une population plus âgée, des revenus moins élevés, et une situation sanitaire plus dégradée. On constate également une hétérogénéité, plus ou moins forte, dans l'accessibilité aux différents professionnels de santé et

équipements hospitaliers à la fois entre les territoires Paerpa et au sein des territoires (inter communes).

Ces différences territoriales ne sont pas sans conséquences sur les niveaux de recours aux soins et de dépenses médicales observés. La dernière partie de l'Atlas met en exergue des variations allant de 1 à 2 dans les dépenses de soins de ville, de 1 à 3 dans les taux de passages aux urgences sans hospitalisation et de 1 à 6 dans les recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD). On remarque des écarts de durées moyennes de séjours de 20 % à 50 % en fonction du territoire et du type d'hospitalisations.

Ces premières observations, à T0 avant le déploiement des initiatives Paerpa, suggèrent que les marges de progrès à atteindre sont différentes d'un territoire à l'autre et en fonction des indicateurs de résultats retenus. Si les données agrégées descriptives présentées dans cet Atlas suggèrent des pistes d'analyses (certaines configurations d'offre de soins semblant à première vue en lien avec certains indicateurs de résultats), seules les analyses multivariées, toutes choses égales par ailleurs, permettront d'établir les variations liées à l'organisation des soins et à la demande locale, et de tester les marges de progrès spécifiques.

Ainsi cet Atlas constitue la première brique d'une sé-

rie d'analyses à venir pour comprendre les variations de pratiques et de résultats de soins et services destinés aux personnes âgées et évaluer à terme l'impact des dispositifs Paerpa. Dans le cadre de l'évaluation nationale, l'Irdes, en collaboration avec ses partenaires, enrichira les données présentées et mènera ces analyses afin de suivre l'impact des projets Paerpa. Les exploitations des données individuelles fournies par le Siniiram, qui seront disponibles à l'Irdes dès mi 2015, permettront d'améliorer la qualité de certains indicateurs présentés dans cette première version de l'Atlas. Par ailleurs, la liste initiale des indicateurs de résultats sera complétée par d'autres indicateurs afin d'explorer plus finement les questions de coordination, notamment sur les thèmes des hospitalisations évitables, des prescriptions inappropriées ou des événements indésirables. Les données individuelles permettront également de tester de nouveaux indicateurs et d'assurer une standardisation adéquate. Ce travail sur les données et indicateurs est le préalable indispensable à la modélisation des résultats à T0 pour établir les facteurs susceptibles d'influencer les résultats constatés au niveau territorial et de constituer des groupes de contrôles et, enfin, d'estimer l'impact des dispositifs Paerpa.

BIBLIOGRAPHIE

- Adler N.E., Newman K. (2002). "Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies". *Health affairs* (Project Hope) 21, 60–76.
- Afrite, A., Chaleix, M., Com-Ruelle, L., Valdelièvre, H. (2009). « L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 140, mars, Paris, France.
- Afrite A., Com-Ruelle L., Or Z., Renaud T. (2007). « L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 119, février, Paris, France.
- Anap (2014a). *Paerpa - Diagnostic Territorial - Sud-est de l'Indre-et-Loire (Amboise/Loches)*. Agence nationale d'appui à la performance (Anap), Paris, France.
- Anap (2014b). *Paerpa - Diagnostic territorial - Basse-Corrèze*. Anap, Paris, France.
- Anap (2014c). *Paerpa - Diagnostic territorial - Lorraine*. Anap, Paris, France.
- Anap (2014d). *Paerpa - Diagnostic territorial - Hautes-Pyrénées*. Anap, Paris, France.
- Anap (2014e). *Paerpa - Diagnostic territorial - Nord*. Anap, Paris, France.
- Anap (2014f). *Paerpa - Diagnostic territorial - Mayenne*. Anap, Paris, France.
- Anap (2014g). *Paerpa - Diagnostic Territorial - Pays de la Loire*. Anap, Paris, France.
- ARS Aquitaine (2014). *Paerpa - Diagnostic territorial - Bordeaux*. ARS Aquitaine, Bordeaux, France.
- ARS Bourgogne (2014). *Paerpa - Diagnostic territorial - Nièvre*. ARS Bourgogne, Dijon, France.
- ARS-IDF (2014). *Paerpa - Diagnostic territorial*. ARS Île-de-France, Paris, France.
- Barlet, M., Coldefy, M., Collin, C., Lucas-Gabrielli, V. (2012). « L'accessibilité potentielle localisée (APL). Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins ». *Irdes, Document de Travail/Working Paper No. 51*, Paris, France.
- Boisguérin, B., Choné, P., Coquelet, F., Emery, G., Evain, F., Gualbert, N., Garrec, M.-A.L., Loquet, J., Marbach, M., Pages, J., Mas, R., Mouquet, M.-C., Thuaud, É., Valdelièvre, H., Vilain, A., Vuagnat, A., Wilner, L., Yilma, E. (2014). « Le panorama des établissements de santé édition 2013 », *Études et Statistiques*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Paris, France.
- Coldefy M. et Le Neindre C. (2014). « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », *Rapport Irdes* n° 558, Paris, France, 152 p.
- Comité national sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (2013). « Projet de cahier des charges des projets pilotes Paerpa ». Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris, France.
- Com-Ruelle L., Lebrun E. (2003). « Indicateurs d'état de santé des patients hospitalisés à domicile (ENHAD 1999-2000) ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 77, décembre, Paris, France.
- Coquelet F., Valdelièvre H. (2011). « Les soins de suite et de réadaptation en 2008 : patientèle traitée et offre de soins ». *Drees, Dossiers Solidarité et Santé* n° 23, Paris, France.

- Delbès, C., Gaymu, J. (2005). « Qui vit en institution ? ». *Gérontologie et société* 112, 13–24, Paris, France. doi:10.3917/gs.112.0013
- De Saint Pol, T. (2007). « La santé des plus pauvres ». *Insee première* 1161, 1-4, Paris, France.
- Destais, N., Ruol, V., Thierry, M. (2011). « Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale ». Inspection générale des affaires sociales, Paris, France.
- Direction générale de l'organisation des soins (2013). « Les chiffres clés de l'AVC ». Paris, France. URL <http://www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html>
- DGAS (2009). « Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), Le coût de leur prise en charge et ses déterminants », Direction générale de l'action sociale, sous la direction de Chevreur K., Bahrami S., Lucier S., Lelouarne J., Paris, France.
- Dourgnon P., Or Z., Sorasith C., (2013). « L'impact du dispositif des Affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008 ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 183, janvier, Paris, France.
- Fusco D., Bochicchio G.B., Onder G., Barillaro C., Bernabei R., Landi F. (2009). "Predictors of Rehabilitation Outcome Among Frail Elderly Patients Living in the Community". *Journal of the American Medical Directors Association* 10, 335–341. doi:10.1016/j.jamda.2009.02.004.
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., Saunders, K. (2013). "Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review". *Journal of Affective Disorders* 147, 17–28. doi:10.1016/j.jad.2013.01.004
- Herrmann, N., Lanctôt, K., Nguyen, E., Sambrook, R., Lesnikova, N. (2005). "Effect of Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) on Cost of Care in the Canadian Outcomes Study in Dementia". *Value in Health* 8, A200. doi:10.1016/S1098-3015(10)67762-5
- Institut national de prévention et d'éducation à la santé (2014). « Quel est le risque de suicide ? », Paris, France. URL <http://www.info-depression.fr/spip.php?rubrique16>
- Ishii, K. (2013). « La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France et au Japon : quelles différences ? » *La Revue de l'Ires* 79, Paris, France.
- Jusot F., Or Z., Sirven N (2011). "Variations in preventive care utilisation in Europe". *European Journal of Ageing*, 2011/10, 1-11.
- Kristiansson C., Gotuzzo E., Rodriguez H., Bartoloni A., Strohmeier M., Tomson G., Hartvig P. (2009). "Access to health care in relation to socioeconomic status in the Amazonian area of Peru". *International Journal for Equity in Health* 8, 11. doi:10.1186/1475-9276-8-11
- Leira, E.C., Hess, D.C., Torner, J.C., Adams, H.P. (2008). "Rural-urban differences in acute stroke management practices: A modifiable disparity". *Arch. Neurol.* 65, 887–891. doi:10.1001/archneur.65.7.887
- Limosin, F. (2014). « Spécificités et approche préventive du suicide chez le sujet âgé ». *European Psychiatry*, Hors-série 1 – 6^e congrès français de psychiatrie – Nice, novembre 2014 29, 574. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.09.264
- Lin, P.-J., Fillit, H.M., Cohen, J.T., Neumann, P.J. (2013). "Potentially avoidable hospitalizations among Medicare beneficiaries with Alzheimer's disease and related disorders". *Alzheimer's & Dementia* 9, 30–38. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.002

- Mitchell, P.B., Harvey, S.B. (2014). "Depression and the older medical patient—When and how to intervene". *Maturitas, Depression, dementia and cognition in older people* 79, 153–159. doi:10.1016/j.maturitas.2014.05.010
- Mojon, P., Budtz-Jørgensen, E., Rapin, C.H. (1999). "Relationship between oral health and nutrition in very old people". *Age Ageing* 28, 463–468. doi:10.1093/ageing/28.5.463
- Morandi, A., Bellelli, G., Vasilevskis, E.E., Turco, R., Guerini, F., Torpilliesi, T., Speciale, S., Emiliani, V., Gentile, S., Schnelle, J., Trabucchi, M. (2013). "Predictors of Rehospitalization Among Elderly Patients Admitted to a Rehabilitation Hospital: The Role of Polypharmacy, Functional Status, and Length of Stay". *Journal of the American Medical Directors Association* 14, 761–767. doi:10.1016/j.jamda.2013.03.013
- Or Z., Verboux D. (2014). "France: Geographic variations in health care". In *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* Paris : OCDE, 2014/09, 221-243.
- Prévot J. (2009). « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », Drees, *Études et résultats*, n° 699, Paris, France.
- Ratte, E., Imbaud, D. (2011). « Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie ». Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Paris, France.
- Raynaud, D. (2005). « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire ». Drees, *Études et résultats* n° 378, Paris, France.
- Rey, G., Stéphane R., Eric J. (2011). « Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès. Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, no 8 9: 87 90, Paris, France.
- Sermet, C. Monégat, M. (2014). « La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure », *Questions d'économie de la santé* n° 204, Paris, France.
- Sirven, N. (2014). « Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale: une comparaison entre ESPS et SHARE ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 199, juin, Paris, France.
- Saposnik, G., Cote, R., Phillips, S., Gubitz, G., Bayer, N., Minuk, J., Black, S. (2008). "Stroke Outcome in Those Over 80 A Multicenter Cohort Study Across Canada". *Stroke* 39, 2310–2317. doi:10.1161/STROKEAHA.107.511402
- Toulemon, L., Pennec, S. (2011). « Combien de personnes résident seules en France ? », Ined, *Population et Sociétés* n° 484, décembre, Paris, France.
- Van Lancker, A., Verhaeghe, S., Van Hecke, A., Vanderwee, K., Goossens, J., Beeckman, D. (2012). "The association between malnutrition and oral health status in elderly in long-term care facilities: A systematic review". *International Journal of Nursing Studies* 49, 1568–1581. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.04.001
- Verger, P. (2013). « La politique du médicament en Ehpad ». Ministère des Affaires sociales et de la santé, Paris, France.

LISTE DES SIGLES

ARS	Agence régionale de santé	CS	Consultation de spécialiste
ATC	Anatomique, thérapeutique et chimique	CTA	Coordination territoriale d'appui
Aspa	Allocation de solidarité aux personnes âgées	DCIR	Données de consommation inter-régimes
APL	Accessibilité potentielle localisée	DG	Dotation globale
Apa	Aide personnalisée d'autonomie	DLU	Dossier de liaison d'urgence
AMI	Acte médico-infirmier	DMP	Dossier médical partagé
ATI ^H	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	DMS	Durée moyenne de séjour
ATU	Accueil et traitement des urgences	Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
AVC	Accident vasculaire cérébral	DSS	Direction de la Sécurité sociale
CCAM	Classification commune des actes médicaux	EMG	Équipe mobile gériatrique
CCP	Coordination clinique de proximité	EMS	Équipe médico-sociale
CDL	Chirurgiens-dentistes libéraux	Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
CDS	Centre de santé	ETP	Éducation thérapeutique personnalisée
Clic	Centre local d'information et de coordination	GHT	Groupe homogène de tarif
CLS	Contrat local de santé	Gir	Groupe iso-ressources
CMD	Catégories majeures de diagnostic	HAD	Hospitalisation à domicile
CMU	Couverture maladie universelle	HAS	Haute Autorité de santé
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	Hcaam	Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse	HT	Hospitalisation temporaire
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	IDE	Infirmier diplômé d'Etat
CRH	Compte rendu d'hospitalisation	Insee	Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale	RSA	Résumé de sorties anonymes
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé	RSI	Régime social des indépendants
Maia	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer	Saad	Services d'aide et d'accompagnement à domicile
MC	Médecine chirurgie	SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
MSA	Mutuelle sociale agricole	Samu	Service d'aide médicale d'urgence
Monalisa	Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées	SLD	Soins de longue durée
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle	SLM	Section locale mutualiste
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique	Smur	Service mobile d'urgence et de réanimation
OMS	Organisation mondiale de la santé	Sniiram	Système d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national	Spasad	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
PA	Personne âgée	Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
Paca	Provence-Alpes-Côte d'Azur	SSR	Soins de suite et de réadaptation
Paerpa	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie / Parcours santé des aînés	UC	Unité de consommation
PL	Psychiatres libéraux	UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale	USLD	Unité de soins de longue durée
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information	VNP	Visite neuropsychiatrique
PPS	Plan personnalisé de santé	UNV	Unité neurovasculaire
PSP	Pôle de santé pluriprofessionnel	VS	Visite de spécialiste
Psy	Psychiatrie	VSM	Volet de synthèse médicale
RG	Régime général	ZAU	Zonage en aires urbaines
Rim-P	Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie		
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé		
RPSA	Résumé par séquence anonyme		

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 7

1. LOCALISATION ET DESCRIPTION GÉNÉRALE DES TERRITOIRES PILOTES

Territoire pilote d'Aquitaine.....	15
Territoire pilote de Bourgogne	17
Territoire pilote du Centre.....	19
Territoire pilote d'Île-de-France	21
Territoire pilote du Limousin	23
Territoire pilote de la Lorraine	25
Territoire pilote de Midi-Pyrénées	27
Territoire pilote du Nord-Pas-de-Calais	29
Territoire pilote des Pays de la Loire	31

2. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIO-ÉCONOMIQUE

Personnes âgées	37
Personnes âgées vivant seules	38
Personnes âgées en institution	39
Aides sociales - Allocation personnalisée d'autonomie (Apa).....	40
Aides sociales - Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)	41
Niveau de revenu	42
Population des communes isolées.....	43
Défavorisation sociale	45

3. ÉTAT DE SANTÉ ET DE DÉPENDANCE DES POPULATIONS

Mortalité prématurée.....	51
Mortalité des personnes âgées.....	53
Mortalité par Accidents vasculaires cérébraux (AVC)	54
Mortalité par démence	55
Mortalité par suicide ou dépression	57
Fréquence des Accidents vasculaires cérébraux (AVC) aigus des personnes âgées (PA).....	58
Fréquence de la démence des personnes âgées (PA)	59
Personnes âgées bénéficiaires de l'Apa à domicile évaluées en Gir 1 ou 2	61

4. OFFRE SANITAIRE, SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

Taux d'équipement en lits de médecine et chirurgie (MC)	67
Taux d'équipement en lits de Soins de suite et de réadaptation (SSR)	69
Taux d'équipement en lits de psychiatrie (PSY)	71
Taux d'équipement en lits de Soins de longue durée (SLD).....	73
Taux d'équipement en places d'Hospitalisation à domicile (HAD).....	75
Taux d'équipement en places d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).....	77
Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes (MG) libéraux.....	79
Accessibilité potentielle localisée (APL) aux infirmiers libéraux (IL)	81
Accessibilité potentielle localisée (APL) aux psychiatres libéraux (PL)	82

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux chirurgiens-dentistes libéraux (CDL)	83
Taux d'équipements en soins infirmiers à domicile (Ssiad)	85

5. DÉPENSE ET RECOURS AUX SOINS

Part des personnes âgées assurées par le Régime général (RG).....	91
Dépenses moyennes publiques d'hospitalisation et de ville par personne âgée (PA)	93
Dépense moyenne publique d'hospitalisation par personne âgée (PA)	95
Dépense moyenne publique de soins de ville par personne âgée (PA).....	96
Dépense moyenne publique de soins dentaires par personne âgée (PA)	97
Dépense moyenne publique de médicaments remboursés en ville par personne âgée (PA)	98
Polyprescription des personnes âgées (PA)*	99
Recours à l'hospitalisation de court séjour des personnes âgées (PA), toutes causes*	100
Recours aux établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR) des personnes âgées (PA).....	101
Recours aux établissements psychiatriques des personnes âgées (PA)	102
Recours à l'Hospitalisation à domicile (HAD) des personnes âgées (PA)	103
Taux d'hospitalisations non programmées en médecine-chirurgie (MC) par personne âgée (PA)	104
Part des hospitalisations non programmées des personnes âgées (PA) en médecine-chirurgie (MC)*	105

Passages aux urgences des personnes âgées (PA) non suivis d'une hospitalisation	107
Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète, toutes causes, pour les personnes âgées (PA).....	108
Durée moyenne de séjour en Soins de suite et de réadaptation (SSR) des personnes âgées (PA).....	109
Durée moyenne de séjour en psychiatrie des personnes âgées (PA)	110
Taux de réhospitalisation à 30 jours des personnes âgées (PA) en médecine-chirurgie (MC)*	111
Nombre moyen de journées avec un soin infirmier par personne âgée (PA)	113
Nombre moyen de consultations de médecin généraliste (MG) par personne âgée (PA)	114
Nombre moyen de consultations de médecin spécialiste par personne âgée (PA)	115
Nombre moyen de visites à domicile par personne âgée (PA)	116

CONCLUSION117

Achévé d'imprimer en juin 2015 sur les presses de

Présence graphique

2, rue de la Pinsonnière – 37260 Monts

Dépôt légal : juin 2015

Imprimé en France

Atlas des territoires pilotes *Paerpa*

Situation
2012

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés » (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées.

Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.



Prix : 39 €
ISBN 978-2-87812-408-8

