



OCTOBRE 2019

VIEILLISSEMENT DE LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE

ÉQUILIBRES ET DÉSÉQUILIBRES TERRITORIAUX DE L'ACTION GÉRONTOLOGIQUE



RÉSUMÉ

La région Pays de la Loire compte en 2016 135 000 personnes âgées en perte d'autonomie. Selon l'Insee Pays de la Loire, ce nombre sera amené à augmenter de 2 600 personnes par année entre 2018 et 2028. Pour répondre aux besoins d'accompagnement de ce public, la région Pays de la Loire est dotée de nombreux atouts : une bonne répartition de l'offre hospitalière et un bon niveau d'équipement médico-social. En revanche, ces atouts sont doublés d'une répartition territoriale inégale des professionnels de santé de ville et des établissements et services médico-sociaux. Si l'Allocation Personnalisée Autonomie et la proximité des aidants familiaux permettent de compenser localement cette hétérogénéité, elles ne permettent pas cependant de combler les décalages socio-sanitaires en termes d'offres publiques d'une part et au niveau des périphéries rurales de l'est de la région d'autre part.

Retraités, seniors, personnes âgées, personnes très âgées : sociologie et quels seuils d'âge

La vieillesse reste une construction sociale qui recouvre une multiplicité de publics et de pratiques. En termes de santé, de mode de vie, de rôle social et de représentations, les publics âgés des années 2010 sont très différents de ceux des années 1970.

Dans ce cadre, on peut distinguer plusieurs âges de la vieillesse :

➤ *Les 65-74 ans : ce sont des jeunes seniors, généralement très impliqués à divers titres dans la société. Ils occupent leur logement sans difficulté et leur mobilité dans le territoire est encore élevée. En lien avec l'émancipation économique et sociale post-1968, ils constituent la 1^{ère} génération de « papyboomers » et se distinguent des générations précédentes par une plus grande référence aux pratiques hédonistes et de consommation ainsi que, pour une partie de cette sous-catégorie, par des trajectoires de vie davantage marquées par des ruptures économiques (alternance entre activité et chômage) et affectives (divorces). Cette génération est également celle la plus mobilisée, en tant qu'aidant, que ce soit auprès de leurs enfants et petits-enfants et de leurs parents,*

➤ *Les 75-84 ans : nés entre 1935 et 1944, cette population est encore valide et le plus souvent autonome. Toutefois, une altération des facultés physiques peut apparaître progressivement. On rencontre dans ce groupe d'âge de plus en plus de personnes confrontées à la solitude. C'est pour ce groupe d'âge que d'autres formes de logements peuvent présenter une alternative au logement « ordinaire » : résidences-autonomie, habitat groupé adapté à proximité des services, équipements et commerces. Au même titre que la précédente, cette génération se démarque de la génération suivante par une plus grande stabilité économique et sociale et par une plus grande référence aux pratiques de sobriété économique héritée de la seconde guerre mondiale,*

➤ *Les plus de 85 ans : nés entre les 2 guerres mondiales, cette population est en majorité féminine, plus dépendante pour la réalisation des tâches quotidiennes. C'est dans ce groupe d'âge que la dépendance est la plus représentée et que se pose le plus fréquemment le problème des besoins en hébergements, bien que le premier choix des personnes soit de rester à domicile (raisons sentimentales, financières) et donc la question des services d'accompagnement.*

Le long de l'étude et selon les disponibilités statistiques, les seuils d'âge de 60 ans (distinction des politiques de l'autonomie entre personne handicapée et personne âgée), de 65 ans (âge proche du passage de la vie active à la retraite), de 75 ans (seuil d'âge d'apparition de signes de pertes d'autonomie) et la catégorie de retraité ont été retenus pour témoigner de cette diversité.

Usuellement, les seuils d'âge de 75 ans et de 80 ans sont régulièrement utilisés pour distinguer la population âgée en bonne « santé » de celle en perte d'autonomie. Pour rappel, les personnes âgées de 75 et de 80 ans et plus dans la région sont au nombre de 361 000 et de 298 000 en 2016. Comme présenté dans le livret Vieillessement de la Région Pays de la Loire, État des lieux et perspectives démographiques¹, la croissance du nombre de personnes très âgées va être élevée dans les années à venir, avec un quasi-doublement des effectifs de personnes de 90 ans et plus entre 2016 et 2040 (de 46 000 à 92 000).

Malgré ces constats, il est primordial de rappeler que :

- au niveau national et en 2018, la majorité des personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie. Seuls 8% des plus de 60 ans sont dépendants et 1 personne de plus de 85 ans sur 5 (20%) selon le Ministère des Affaires sociales et de la Santé,
- la majeure partie des personnes âgées de 75 ans et plus de la région (89 %) résident à domicile et le plus souvent seules après 85 ans.

Dans un contexte de croissance du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie dans la région, ces constats ainsi que la volonté des personnes de vieillir chez elles résonnent comme une invitation à élargir l'appréhension des personnes en perte d'autonomie selon différentes entrées : l'habitat, l'urbanisme, la mobilité ou bien la citoyenneté. Ces domaines constituent des facteurs d'intégration sociale et favorisent le maintien en santé des personnes âgées. Comme nous l'a retracé une participante, « être en bonne santé représente un défi pour les personnes un peu plus âgées (comprendre après 70 ans), afin de ne pas devenir une charge pour les autres (les proches)... ». Or, même si l'avancée en âge ne s'accompagne pas automatiquement de la maladie

et de la perte d'autonomie, la santé des personnes âgées ne se limite pas à une dimension préventive et révèle une dimension curative incontournable. Comme le note une étude récente de l'ORS Pays de la Loire (2017), les personnes âgées sont particulièrement exposées aux maladies chroniques : « Ainsi, près de la moitié des Ligériens de 65 ans et plus, sont actuellement reconnus par l'assurance maladie comme atteints d'une affection de longue durée (ALD). Cette proportion atteint 59 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus, et 74 % chez celles de 90 ans et plus. L'une des caractéristiques de la santé des personnes âgées est la fréquence des situations de multi morbidité (personnes âgées de 75 ans et plus, ayant au moins trois maladies chroniques

selon la Haute Autorité de Santé), dont la prise en charge est complexe, avec des exigences en particulier en termes de coordination des différents professionnels de santé, et des risques en termes d'interactions médicamenteuses. Or, les déficiences liées à ces affections chroniques mais aussi au vieillissement peuvent toucher les fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques des individus »². Dans ce schéma, les personnes âgées (encadré 1) font l'objet d'une distinction récurrente entre, d'une part, celles qui sont en bonne santé, et d'autre part, celles qui sont en perte d'autonomie, catégorie fourre-tout qui regroupe les démences, les polyopathologies ainsi que les personnes dont les capacités sensorielles sont altérées.

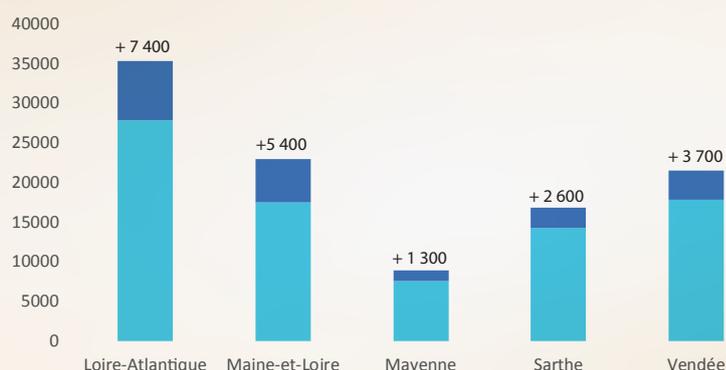
Encadré 1 - L'état de santé des personnes âgées dans la région Pays de la Loire

Il est possible de relever les problèmes de santé les plus fréquents après 65 ans selon trois sources statistiques : les affections de longue durée, les causes médicales de décès et les hospitalisations en médecine-chirurgie-obstétrique. Les maladies cardiovasculaires et le diabète constituent les principales maladies tandis que les cancers sont à l'origine de la moitié des décès entre 65 et 74 ans. Les enjeux en termes de prévention primaire (alcool et tabac) et de dépistage (sein et côlon-rectum) sont donc très forts, pour cette classe d'âge comme pour celles qui précèdent. Passé 75 ans, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause d'admission à l'hôpital et de mortalité des ligériens de 75 ans et plus. Également, la maladie d'Alzheimer (et ses apparentées) progresse avec l'âge : 4 % des personnes entre 75 et 89 ans et 13 % au-delà de 90 ans. Les troubles mentaux et du comportement apparaissent de façon marquée à partir de 75 ans. Enfin, nombre d'hospitalisations des personnes âgées visent à limiter les conséquences fonctionnelles du vieillissement, notamment à travers la chirurgie orthopédique (arthrose de la hanche et du genou en particulier) et celle de la cataracte, et contribuent au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des personnes âgées.

¹ Vieillessement de la Région Pays de la Loire, État des lieux et perspectives démographiques, Gérontopôle des Pays de la Loire, octobre 2019

² Tallec A., David S., Buyck J-F., Berrut G., 2017. La Santé des habitants dans la région des Pays de la Loire, Observatoire régional de la Santé des Pays de la Loire.

Graphique 1 - Croissance du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie entre 2010 et 2030



ENQUÊTE HID 2008-2009, INSEE 2015

En 2016, la région Pays de la Loire compte un peu plus de 75 000 personnes âgées en perte d'autonomie. Dans un contexte de croissance de cette population (Graphique 1), une analyse des offres (offre d'établissements et de services sur le territoire) ainsi que des activités de ces mêmes réponses associées au public âgé nous permettra d'apprécier les équilibres médicaux et médico-sociaux relatifs au vieillissement du territoire.

UNE FORTE MOBILISATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Dans une logique de flux depuis la fin des années 1990 (Lerouvillois et Vinclet, 2002)³, les séjours hospitaliers révèlent une série de distinctions : selon le statut juridique de l'établissement (public, privé non commercial et privé commercial), le type d'entrée (en urgence ou de manière planifiée), la durée (séance d'acte(s) ou journée(s)) et les spécialisations. Outre ces distinctions, la carte hospitalière ligérienne s'avère stratifiée entre les activités les plus techniques au sein des CHU d'Angers et de Nantes, d'une part, et les Centres Hospitaliers (anciens Hôpitaux Locaux) reconvertis en établissements gériatriques (de soins de suite et de longue durée), d'autre part. Diffé-

rentes recherches géographiques (Blanchet 2018⁴; Macé 2003⁵) ont montré que les patients âgés s'adaptent, dans leurs parcours de soins, à cette stratification territoriale de l'offre hospitalière. L'enjeu est de taille puisque la population âgée représente une part croissante de la population accompagnée par les établissements hospitaliers⁶.

Pour l'année 2018 et la région Pays de la Loire, on compte plus de 770 000 passages aux urgences dont, respectivement 182 076 et 127 454 pour les personnes âgées de 65 ans et de 80 ans ou plus. Comme le montrent les données du Tableau 1, les personnes âgées et

très âgées sont surreprésentées dans la population prise en charge aux urgences : 23 % contre 19 % de représentativité démographique pour les personnes âgées de 65 ans ou plus et 16 % contre un peu moins de 10 % de représentativité pour les personnes âgées de 75 ans ou plus. Logiquement, le taux de passage aux urgences suit cette tendance : le taux est de 209 pour la population totale et s'élève à 357 pour les ligériens de 75 ans ou plus. Enfin, dernier enseignement, six patients âgés de 75 ans ou plus sur dix passant par les urgences sont hospitalisés contre un sur quatre pour l'ensemble de la population.

Tableau 1 - Activités des services d'urgences selon l'âge dans la région Pays de la Loire

	Nombre de passages	% de passages	Taux pour 1000 habitants	Part de patients hospitalisés (en %)
65 ans et plus	182 076	23	259	56
75 ans et plus	127 454	16	357	61
Tous âges	777 627		209	28

ARS PAYS DE LA LOIRE 2018 ET ATIH 2018

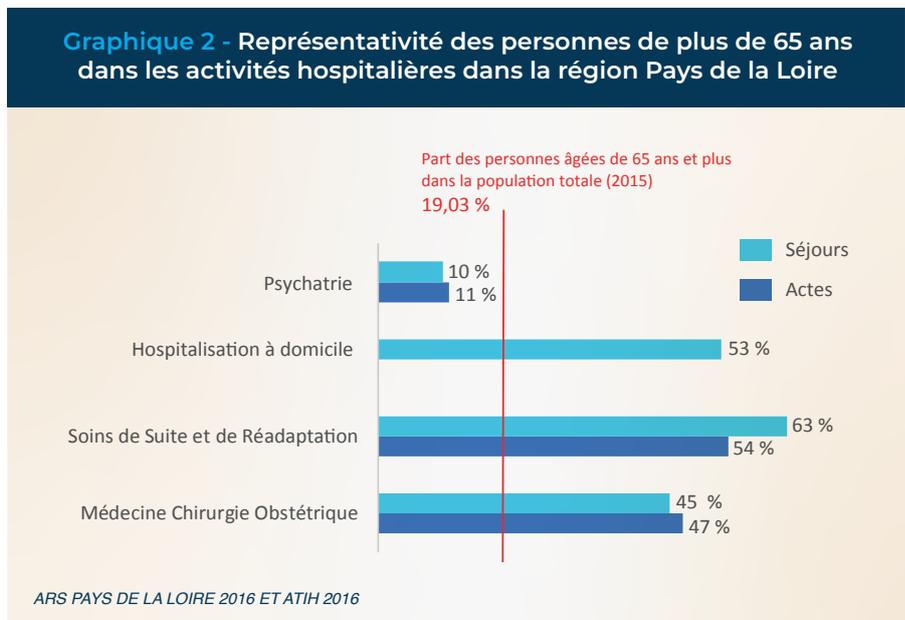
³ Lerouvillois, G. Vinclet, P. (2002), « Les hôpitaux sous contraintes. Des restructurations aux recompositions de l'offre. L'exemple de la Basse-Normandie », in Séchet, R. Fleuret, S. (dir), La santé, les soins, les territoires. Penser le bien-être, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 49-64.

⁴ Blanchet M., 2018. L'accompagnement post-diagnostic des malades d'Alzheimer : un exemple rural, Gérontologie et société, n°155.

⁵ Macé JM., 2003. Les territoires d'accès et de recours aux soins : l'identification d'arrière-pensées médicales, Cahiers de sociologie et de démographie, n°43.

⁶ Ibid, ORS Pays de la Loire.

La surreprésentation des personnes âgées de 65 ans et plus ne se limite pas aux urgences. Elle s'observe également au niveau des activités hospitalières (séjours et actes) où, à l'exception de la Psychiatrie, les personnes âgées de 65 ans ou plus ont une représentativité deux fois supérieure à celle de leur poids démographique (Graphique 2). Ainsi, pour la région et pour l'année 2018, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 47 % des 4 377 000 actes hospitaliers prodigués en Médecine Chirurgie Obstétrique, 63 % des 66 078 séjours en Soins de suite et de Réadaptation (SSR) et 53 % des séjours d'Hospitalisation à Domicile (HAD).



Stable entre 2015 et 2018, la part des personnes âgées de plus de 65 ans dans les activités hospitalières de la région reste légèrement supérieure à celle que l'on observe sur le territoire national.

Cette particularité mérite d'être suivie dans le temps et dans l'espace afin d'apprécier l'influence locale du vieillissement de la population dans la dynamique des établissements hospi-

taliers et afin de mesurer le niveau d'adaptation des urgences et des plateaux hospitaliers à la diversité des besoins et des parcours des personnes âgées (Boisguérin et Mauro, 2017)⁷.

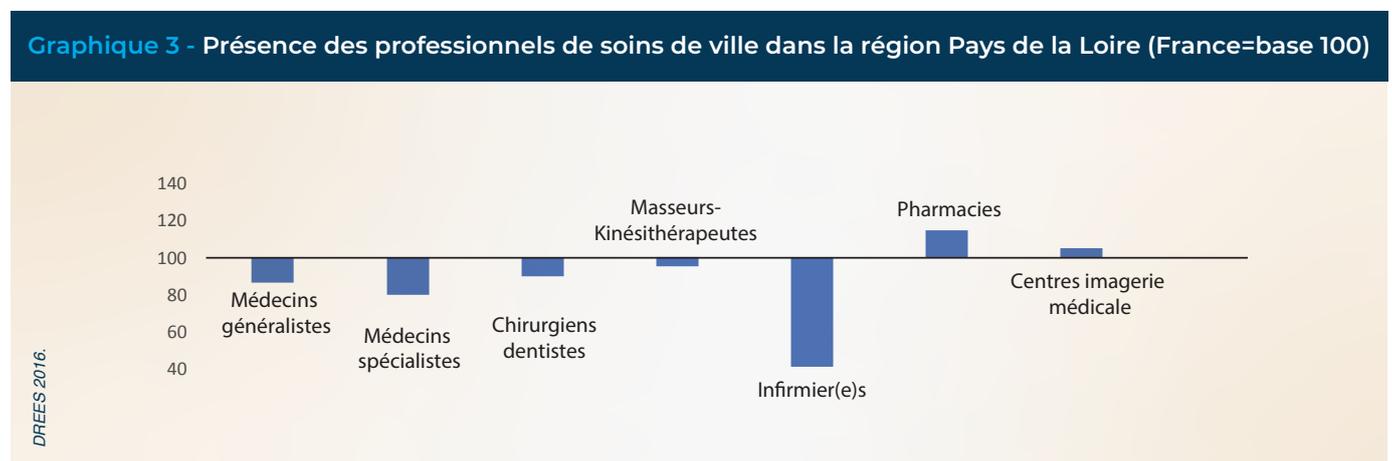
MÉDECINE DE VILLE : ENTRE INÉGALE RÉPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET INFLUENCE CROISSANTE DU VIEILLISSEMENT SUR LES ACTIVITÉS DES PROFESSIONNELS

La médecine de ville recouvre l'ensemble des acteurs médicaux et para-médicaux situés hors du domaine hospitalier : médecins spécialistes, médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, pharmacies et centres d'imagerie médicale. Malgré une croissance importante du nombre de professionnels de santé de ville de 1970 au milieu

des années 1990, on observe depuis une dizaine d'années, sous l'effet de la croissance démographique, une érosion de la densité (par rapport à la population totale) de ces professionnels de santé.

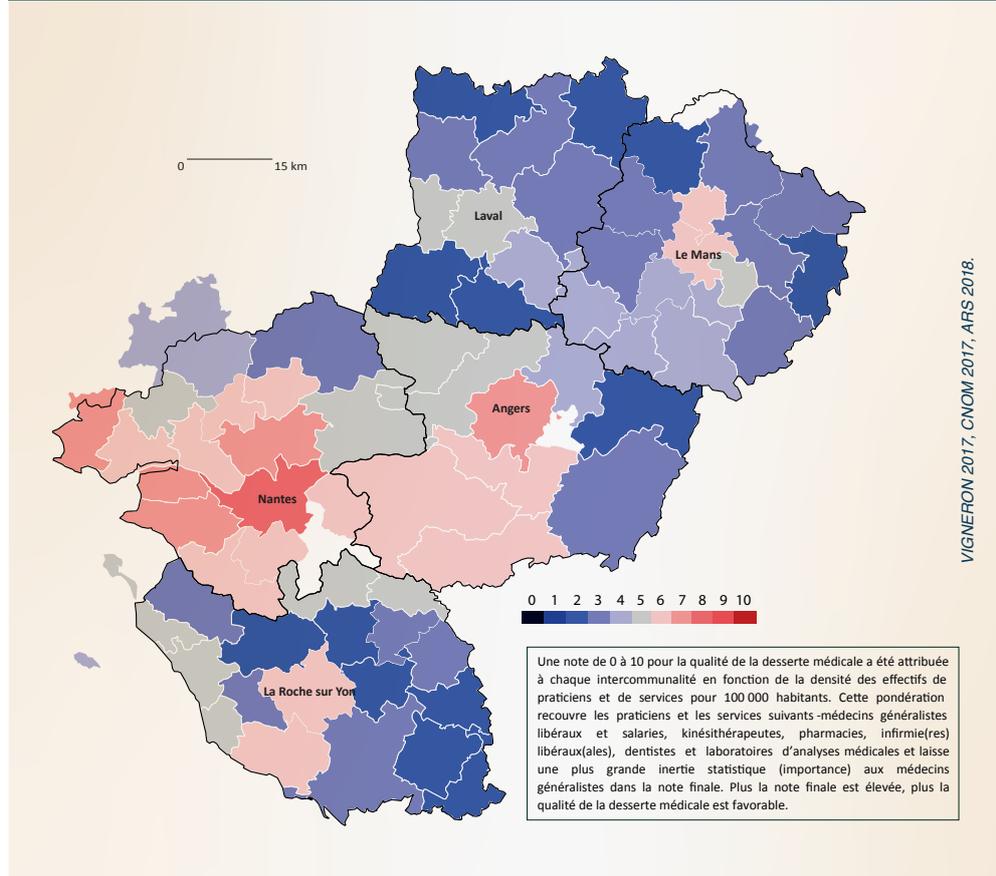
En la matière, la région Pays de la Loire présente une moindre densité des professionnels et des services de ville qu'au niveau

national (Graphique 3). A l'exception des pharmacies, la région est légèrement moins équipée que la France en médecins généralistes, spécialistes, dentistes et masseurs-kinésithérapeutes. En parallèle, on recense une très faible densité régionale des infirmiers libéraux que l'on peut néanmoins tempérer par le bon taux d'équipement médico-social de la région (EHPAD et SSIAD).



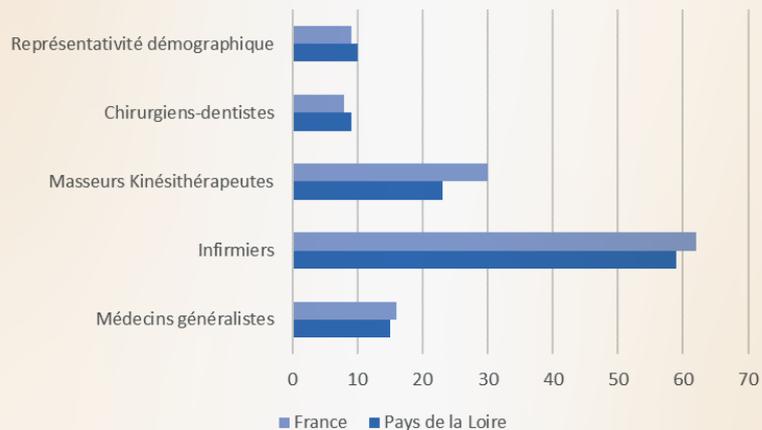
⁷ Boisguérin B., Mauro L., 2017. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier, *Études et Résultats*, n°1007.

En complément de cet état des lieux et à partir des travaux du géographe E. Vigneron (2013), il a été possible de croiser de manière hiérarchique la densité des professionnels médicaux sur le territoire. Ce croisement (Carte 1) met clairement en avant une inégale répartition de l'offre de soins de ville entre les intercommunalités de la région. Les intercommunalités rurales du nord et de l'est de la région ainsi que les intercommunalités d'une large partie de la Vendée affichent une moindre qualité de la desserte médicale. Cette desserte est en revanche plus favorable au niveau des métropoles, des intercommunalités de la Loire-Atlantique, des Mauges et du Choletais.



VIGNERON 2017, CNOM 2017, AFS 2018.

Graphique 4 - Proportion (en pourcentage) d'actes (consultations et visites) réalisés par les professionnels de santé libéraux pour les personnes âgées de 75 ans et plus



SNIIRAM - OFFRE DE SOINS, UNIVERS BEN (CNAMTS), INSEE - EXPLOITATION ORS PAYS DE LA LOIRE (2015)

Au-delà de ces inégalités, force est de constater que les personnes âgées mobilisent fortement ces professionnels de santé (Grangier, 2018)⁹. Selon le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux de l'ORS et l'Union régionale des médecins libéraux Pays de la Loire (URML), la quasi-totalité des praticiens ligériens déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante (PAD) vivant à domicile (85 % pour le suivi d'une maladie chronique et 10 % pour le suivi d'affections aiguës) et en établissement (suivi de personnes présentant des affections aiguës)¹⁰. Plus généralement, la part des personnes âgées dans le total des actes réalisés par les professionnels de santé est nettement supérieure à leur représentativité démographique (Graphique 4). Cette proportion est élevée chez les médecins généralistes (15 % des actes contre 10 % de représentativité démographique en 2015), très élevée chez les masseurs-kinésithérapeutes ainsi que chez les infirmiers où 60 % des actes prodigués le sont en faveur des personnes de 75 ans et plus.

⁹ Juliette Grangier (DREES), 2018, « Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée », *Études et Résultats*, n°1077, Drees, septembre.

¹⁰ ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2014). *La prise en charge de personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les médecins généralistes des Pays de la Loire*. n° 7. *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale*. 12 p. [37] ORS Pays de la Loire, URPS médecins libéraux Pays de la Loire. (2014). *La prise en charge de personnes âgées dépendantes vivant en institution par les médecins généralistes des Pays de la Loire*. n° 8. *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale*. 12 p.

En revanche, les personnes âgées de 75 ans ou plus sont sous-représentées (en France et dans la région Pays de la Loire) dans l'ensemble des actes auprès des chirurgiens-dentistes. En effet, comme le pointe l'enquête nationale Handicap-Santé de 2008-2009, 56 % des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en institution et 42 % de celles vivant à domicile déclarent avoir perdu toutes leurs dents ou presque (Calvet et Pradines, 2016)¹¹ ce qui représente un besoin important d'accompagnement, notamment en terme de nutri-

tion. Cette mobilisation des professionnels de santé par les personnes âgées rappelle que ces premiers jouent un rôle incontournable en termes de prévention et d'accompagnement, et ce, quelque soit l'état de santé ou le lieu de résidence des personnes âgées. Or, « *ils évoluent dans un environnement de plus en plus complexe où il faut tenir compte de plein de services, de dispositifs qui changent régulièrement et de la pression de l'entourage* » selon une participante. Le manque d'intégration pour des raisons diverses (cotation mal

connue en médecine générale, complexité des dispositifs et nouvelles manières de travailler des médecins généralistes et des spécialistes) des professionnels de santé de ville dans la coordination professionnelle autour des personnes âgées en perte d'autonomie nuit à une prise en charge optimale. Ce travail de coordination est essentiel pour limiter le recours aux urgences et faciliter les parcours des personnes entre hôpital, domicile et établissement.

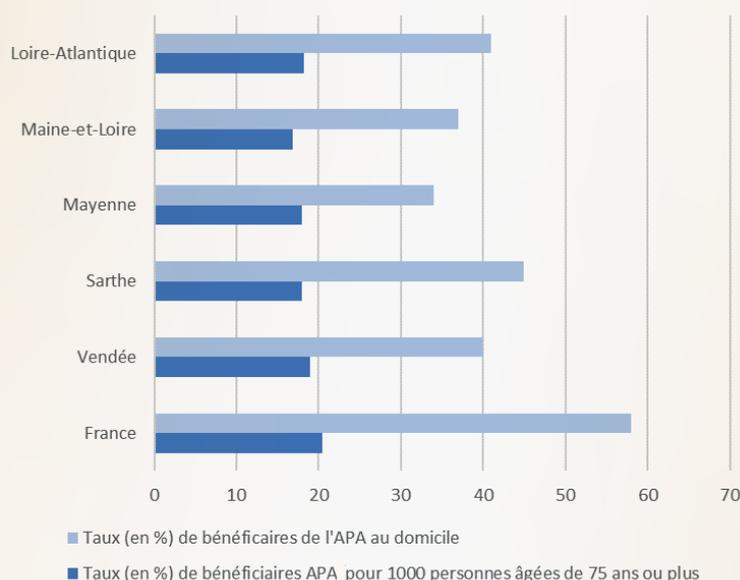
HÉTÉROGÉNÉITÉ INFRA-RÉGIONALE DES RÉPONSES MÉDICO-SOCIALES

Complémentaire de l'offre hospitalière et médicale, l'offre médico-sociale recouvre une multitude d'établissements et de services qui interviennent auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les résidences autonomie, les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) et les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) représentent les

principaux établissements et services de ce domaine d'action. Financée depuis 2001 par les départements via l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA), la perte d'autonomie est partagée entre accompagnement au domicile et accompagnement en établissement. On compte en 2017, un peu plus de 68 000 bénéficiaires de l'APA, soit 18 % des personnes âgées de 75 ans et plus contre 20,5 % au niveau national. Le taux de bénéficiaires de l'APA par rapport à la population de 75 ans et plus est inférieur au taux national pour l'ensemble des départements ligériens, avec le

taux le plus faible pour le département du Maine-et-Loire. Autre spécificité ligérienne : 40 % des ligériens bénéficiaires de l'APA vivent au domicile contre un peu plus de 60 % au niveau national. Ce déséquilibre qui s'explique par le bon niveau d'équipement régional en EHPAD nous rappelle qu'une analyse cartographique de l'APA à un niveau infra-départemental n'est pertinente que si elle est remise en perspective dans son contexte gérontologique (population âgée, parc d'EHPAD, balance APA domicile et APA établissement...).

Graphique 5 - Structuration de l'APA dans les départements de la région Pays de la Loire



DREES 2017

¹¹ Calvet L., Pradines N., 2016. État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile, Études et Résultats, n° 988.

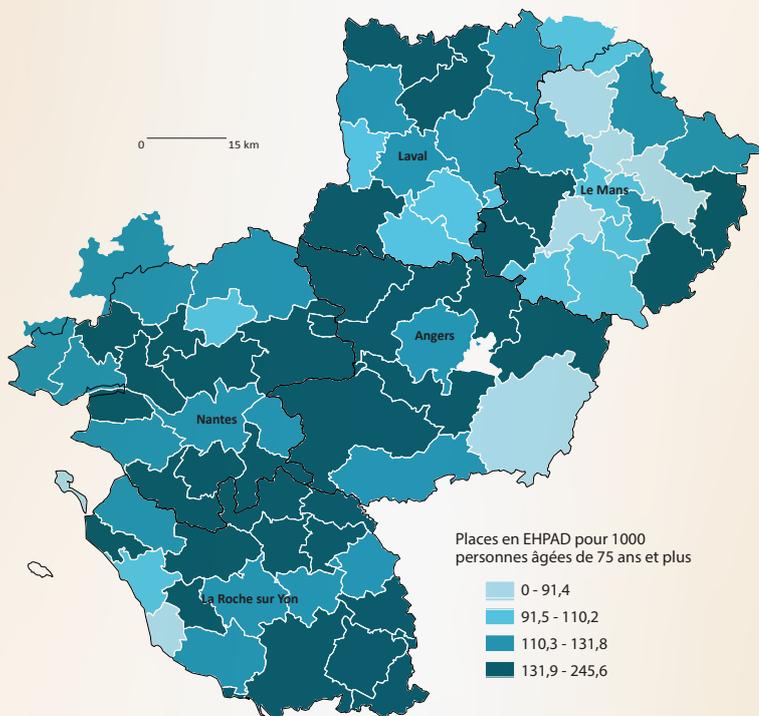
Afin de répondre aux évolutions des EHPAD (recul de l'âge d'entrée, entrée dans l'EHPAD à un stade de perte d'autonomie plus avancé et séjours en EHPAD de plus en plus courts), les établissements pour personnes âgées se sont spécialisés dans les années 2000. Cette spécialisation s'est traduite par la création de places dédiées à la dépendance cognitive en EHPAD, de places en hébergement temporaire et en accueil de jour et par une redéfinition des EHPA ou Foyer-Logements en Résidences Autonomie (plus axées sur la prévention depuis la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement de 2015). Une photographie récente de l'équipement médico-social dédié aux personnes âgées nous montre que la région Pays de la Loire se démarque par un excellent taux d'équipement en EHPAD et par un moindre équipement en Résidences Autonomie, en places en accueil de jour ou de nuit et en SSIAD (Tableau 2).

Tableau 2 - Taux d'équipement (places pour 1000 personnes de 75 ans et plus) en EHPAD, Accueil jour/nuit et résidence autonomie

	Ehpad (1000)	Accueil jour/nuit (1000)	Résidence autonomie (10000)	Services de Soins Infirmiers à Domicile (1000)
	Pays de la Loire	127	3,7	226
Loire-Atlantique	128	6,7	113	19,3
Maine-et-Loire	131	3,3	444	19,3
Mayenne	129	1,6	132	19,6
Sarthe	106	1,9	338	20,5
Vendée	136	2,0	128	19,1
<i>Grands pôles</i>	109		255	
<i>Espace périurbain</i>	138		277	
<i>Petites et moyennes villes</i>	147		195	
<i>Communes rurales</i>	137		123	

INSEE 2015, ARS PAYS DE LA LOIRE 2018

Carte 2 - Taux d'équipement en EHPAD dans la région Pays de la Loire



Au 1^{er} janvier 2017, la région compte respectivement 45 000 places en EHPAD et 8 150 en résidences autonomie (ex foyers-logement). Pour les EHPAD, il en résulte un taux d'équipement de 133 pour 1000 personnes de 75 ans ou plus, contre 101 au niveau national (Guennery, 2014)¹² (Tableau 2). Le taux régional d'équipement en accueil de jour et de nuit est quant à lui proche du taux national (3,7 pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus), contre 3,6 en 2016 (selon la DREES). Plus précisément, le taux d'EHPAD met en avant des contrastes entre les départements et selon le type d'espace. En effet, les départements du Maine-et-Loire et de la Vendée affichent un taux supérieur à 130 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus. La Sarthe dispose, quant à elle, de 106 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, taux qui reste supérieur au taux national. Selon le type d'espace, le taux d'équipement est élevé dans les grandes villes et atteint son apogée dans les petites et moyennes villes. En détail (Carte 2), on observe que les intercommunalités qui ceinturent Nantes et Angers, celles du bocage vendéen, de l'est de la Sarthe et du nord de la Mayenne sont bien équipées en EHPAD, tandis que le Saumurois, les métropoles, le littoral vendéen ainsi que le nord de l'agglomération mancelle apparaissent moins équipés.

¹² Guennery S., 2014, L'hébergement de la personne âgée dépendante. Modélisation prospective : exemple de la région Poitou-Charentes, Thèse de Géographie sous la direction de Macé J-M., Paris, CNAM.

Au-delà de ces contrastes propres à la répartition des EHPAD, le taux régional d'équipement en **accueil de jour et de nuit** est de 3,7 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Ce taux laisse place à de forts contrastes entre les départements : élevé pour la Loire-Atlantique (notamment au niveau de Nantes Métropole et du sud du département) et faible en Mayenne et en Sarthe (Tableau 2).

S'adressant aux personnes âgées autonomes dans un cadre préventif, **les résidences autonomes** de la région (8 150 places) sont inégalement réparties sur le territoire (Tableau 2). En croisant ces places à la population âgée de

75 ans ou plus, force est de constater que la Sarthe et surtout le Maine-et-Loire présentent des taux d'équipement importants (respectivement 444 et 338 places pour 10 000 personnes âgées de 75 ans ou plus) tandis que les départements de la Loire-Atlantique et de la Vendée restent sous-équipés (113 et 128). Dans le même temps, c'est en milieu urbain et périurbain que l'on recense les taux d'équipement les plus élevés tandis que les espaces ruraux et les petites villes demeurent moins équipés (Tableau 2). Enfin, les résidences autonomes sont confrontées à un autre enjeu : celui de la mise aux normes, généralement coûteuse, de ces anciens

foyers-logements. Sur le versant du domicile, la région Pays de la Loire compte en 2017 un peu plus de 8 400 places en SSIAD et SPASAD, services qui réalisent des actes techniques infirmiers et plus couramment des soins de nursing auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Le taux d'équipement pour la région est de 19,5 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus contre 20,7 au niveau national. A l'exception de la Sarthe (20,5), les quatre autres départements ligériens présentent des taux moindres d'équipement en SSIAD. Du fait d'un maillage cartographique spécifique, il n'est pas possible d'analyser les activités des SSIAD.

ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICAUX ET MÉDICO-SOCIAUX À DESTINATION DES PERSONNES ÂGÉES : QUELS ÉQUILIBRES ET DÉSÉQUILIBRES TERRITORIAUX ?

Plutôt que de ré-aborder une répartition régionale des établissements et services médicaux et médico-sociaux dédiés à la perte d'autonomie déjà largement documentée (ARS 2017)¹³, la volonté a été ici d'étudier les équilibres et déséquilibres qui se créent entre la présence de ces établissements, celle de la population âgée et les caractéristiques propres à chaque territoire.

Menée au niveau des 73 intercommunalités régionales, cette analyse a eu pour objectif de récolter et de croiser 5 types d'informations relatives :

- > Au vieillissement de la population et à la perte d'autonomie,
- > Aux recours des personnes âgées aux allocations et aux services,
- > A la densité des professionnels et des établissements médicaux et médico-sociaux,
- > Aux activités de ces mêmes professionnels et établissements,
- > Et aux caractéristiques du territoire (densité, dynamique démographique...).

Les 22 variables collectées au niveau intercommunal ont été croisées statistiquement à l'aide d'une Analyse en Composante Principale (Encadré 2) :

- > Densité de population au km²
- > % de 75 ans et plus dans la population
- > % évolution de la population âgée de 75 ans et plus entre 1999 et 2015
- > Ratio 55-65 ans/80 ans et plus
- > % de personnes de 65 ans et plus vivant seules
- > % retraités anciens cadres
- > % de retraités anciens agriculteurs
- > % de retraités anciens ouvriers-employés
- > Densité de médecins généralistes (pour 100 000 habitants)
- > Taux d'EHPAD (pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus)
- > Taux de résidence autonomie (pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus)
- > Taux accueil de jour/nuit (pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus)

> Taux de spécialisation des EHPAD : places en Unité Hébergement Renforcé et en Pôle de Soins d'Activités Adaptés (par rapport à l'ensemble de places en EHPAD)

- > Taux de non recours des retraités aux soins durant les douze derniers mois
- > Nombre annuel moyen d'actes des 75 ans et plus chez les médecins généralistes
- > Mortalité prématurée évitable (deux sexes)
- > Taux bénéficiaires APA à domicile (pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus)
- > GIR Moyen Pondéré (par intercommunalité) au domicile
- > GIR Moyen Pondéré (par intercommunalité) des EHPAD
- > Part des médecins généralistes âgés de 50 ans et plus (en %)
- > Taux de chômage des 50 ans et plus (en %)
- > Part des emplois d'aide à domicile et d'aide-soignant dans l'ensemble des emplois (en % et au lieu de travail)

¹³ https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-01/L6_Personnes_Agees_Repartition_Accessibilite_version_web_pour_avis_20180202.pdf

Encadré 2 - Méthodologie statistique

L'analyse en composantes principales est une méthode statistique qui consiste à transformer des variables liées entre elles en nouvelles variables décorrélatées les unes des autres et de dégager, par des opérations de réduction, des caractéristiques statistiques entre plusieurs variables. Cette méthode permet de relever des forces sous-jacentes entre plusieurs variables au niveau régional voire départemental.

La Classification Hiérarchique Ascendante est une méthode de classification statistique dont le but est de répartir un individu dans un certain nombre de classes. La classification ascendante hiérarchique est dite ascendante car elle part d'une situation où tous les individus sont seuls dans une classe, puis sont rassemblés de manière hiérarchique en classes de plus en plus grandes. Cette méthode permet de déterminer pour la région Pays de la Loire une typologie intercommunale des régulations gérontologiques territorialisées.

Il ressort plusieurs enseignements de ce croisement statistique :

➤ Tout d'abord la structuration démographique infra-régionale demeure un facteur central des équilibres ou déséquilibres médicaux et médico-sociaux qui concernent les personnes âgées. Ainsi, plus la part des personnes âgées est forte dans la population, plus leur influence dans la population bénéficiaire des médecins généralistes augmente.

Le ratio démographique d'aidants (55-65 ans/80 ans) est également l'objet de nombreuses corrélations statistiques. Ainsi, plus ce ratio démographique baisse, plus le taux de non-recours aux soins des retraités, le GIR Moyen Pondéré au domicile, le taux de chômage des 50 ans et plus et la part des emplois d'aide à domicile et d'aide-soignant dans l'ensemble des emplois augmente...

➤ En outre, plus la densité démographique augmente, plus la proportion de personnes âgées, anciens cadres et vivants seules, la densité de généralistes et le taux de spécialisation des places en EHPAD augmentent. Autrement dit, les villes se caractérisent par : une plus grande

solvabilité de la population âgée, une plus forte propension à vivre seul ainsi que par une densité plus importante des réponses gérontologiques les plus techniques.

➤ De plus, le taux de bénéficiaires de l'APA à domicile ainsi que les GMP en établissement et au domicile augmentent quand la part des personnes âgées d'origine populaire (anciens agriculteurs et anciens ouvriers-employés) augmente.

Dans le même temps, on observe que plus la part des bénéficiaires de l'APA au domicile est forte, plus les GMP au domicile et en établissement diminuent.

Enfin, plus la densité d'EHPAD est élevée, plus leur GIR Moyen Pondéré décline.

Croisées, ces relations statistiques s'expliquent par une régulation territoriale de l'APA selon la densité des réponses et selon les caractéristiques sociologiques du vieillissement de la population.

➤ Enfin, on observe que la part des retraités n'ayant pas eu recours aux soins lors des 12 derniers mois est corrélée positivement avec la part des personnes de plus de 75 ans dans : la population totale, la mortalité prématurée, le GMP moyen

des EHPAD et la part des chômeurs de longue durée dans la population des chômeurs de 50 ans et plus.

Cette corrélation positive s'oppose avec une corrélation négative entre, d'une part, la part des retraités n'ayant pas eu recours aux soins lors des 12 derniers mois et la part des anciens cadres dans la population retraitée et le potentiel d'aidants, d'autre part.

En écho au premier enseignement, ces corrélations font émerger des logiques de cumuls favorables et défavorables sur le territoire pour lesquelles se dessinent pour la partie la plus défavorable une conjugaison de facteurs "défavorables" (mortalité prématurée, moindre potentiel d'aidant naturel, surreprésentation des catégories populaires, chômage de longue durée) qui se traduisent par un recours aux soins moindre et par une intensité plus forte des personnes en perte d'autonomie accompagnées en EHPAD.

En tenant compte de ces variables et de ces enseignements, sept profils relatifs aux régulations gérontologiques au niveau des 73 intercommunalités de la région ont été distingués à l'aide d'une classification hiérarchique ascendante (**Encadré 2 et Carte 3**).

> **Un Profil métropolitain** (Angers, Le Mans, Nantes, La Roche sur Yon, Saint-Nazaire et Laval) où la faible représentativité démographique des personnes âgées masque une forte hétérogénéité de la population âgée, laissant apparaître à la marge des poches de vulnérabilité (surreprésentation au niveau de certains quartiers des bénéficiaires du minimum vieillesse et de la mortalité prématurée). Il s'agit en quelque sorte d'espaces où la misère de l'âge se trouve cachée. En face, les réponses sont variées et techniques (présence des Centres Hospitaliers, densité médicale, innovations gérontologiques...) mais le niveau d'équipement en EHPAD demeure inférieur à celui de la région malgré les efforts des politiques publiques de ces dernières années. Enfin, le recours des personnes âgées à l'APA à domicile ainsi qu'aux acteurs médicaux se conjugue à des GMP au domicile et en établissement plus faibles dans ces espaces ce qui, malgré des poches de vulnérabilité, peut s'expliquer à travers la surreprésentation des catégories supérieures âgées (mieux informées, vieillissant en moyenne en meilleure santé et ne faisant pas forcément de demande d'APA) et la concentration des professionnels de santé.

> **Deux profils périurbains.** Ces deux profils ont pour caractéristiques communes d'avoir une population peu vieillie, d'accueillir une population âgée homogène socialement (et avec de bonnes conditions de vie), d'être dotés d'un bon ratio d'aidants, d'être en sous-densité médicale et de bénéficier de taux de bénéficiaires de l'APA à domicile supérieurs à celui de la région. Ces deux profils se distinguent selon le niveau d'équipement et de spécialisation en EHPAD. D'un côté (**Profil périurbain équipé**), on recense les intercommunalités

bien équipées en EHPAD où les établissements bénéficient en moyenne d'un bon niveau de spécialisation (accueil de jour/nuit et places spécialisées Alzheimer). D'un autre côté, le **Profil périurbain domicile** se caractérise par un moindre équipement en EHPAD qui se traduit par un report plus important vers les acteurs médico-sociaux du domicile (SSIAD et SAAD) et probablement par des mécanismes de solidarités familiales (avec la descendance) dynamiques. On recense le premier profil périurbain à proximité des agglomérations de Nantes et du Mans et le second profil à proximité de l'agglomération angevine. Ces profils péri-urbains seront demain ceux du vieillissement automobile où les enjeux de mobilité hors du domicile deviendront cruciaux.

> **Deux Profils ruraux** qui ont pour trait commun de connaître une surreprésentation démographique des personnes âgées et une surreprésentation des personnes âgées vivant seules, par des GMP au domicile et en établissement supérieurs à ceux de la région et d'être faiblement équipés en établissements et professionnels de santé. Le premier profil (**Profil rural**) se démarque par un équipement moyen et une moindre spécialisation (des places) en EHPAD ainsi que par un bon recours à l'APA à domicile et aux acteurs médicaux. On recense ce profil au niveau de la Mayenne essentiellement.

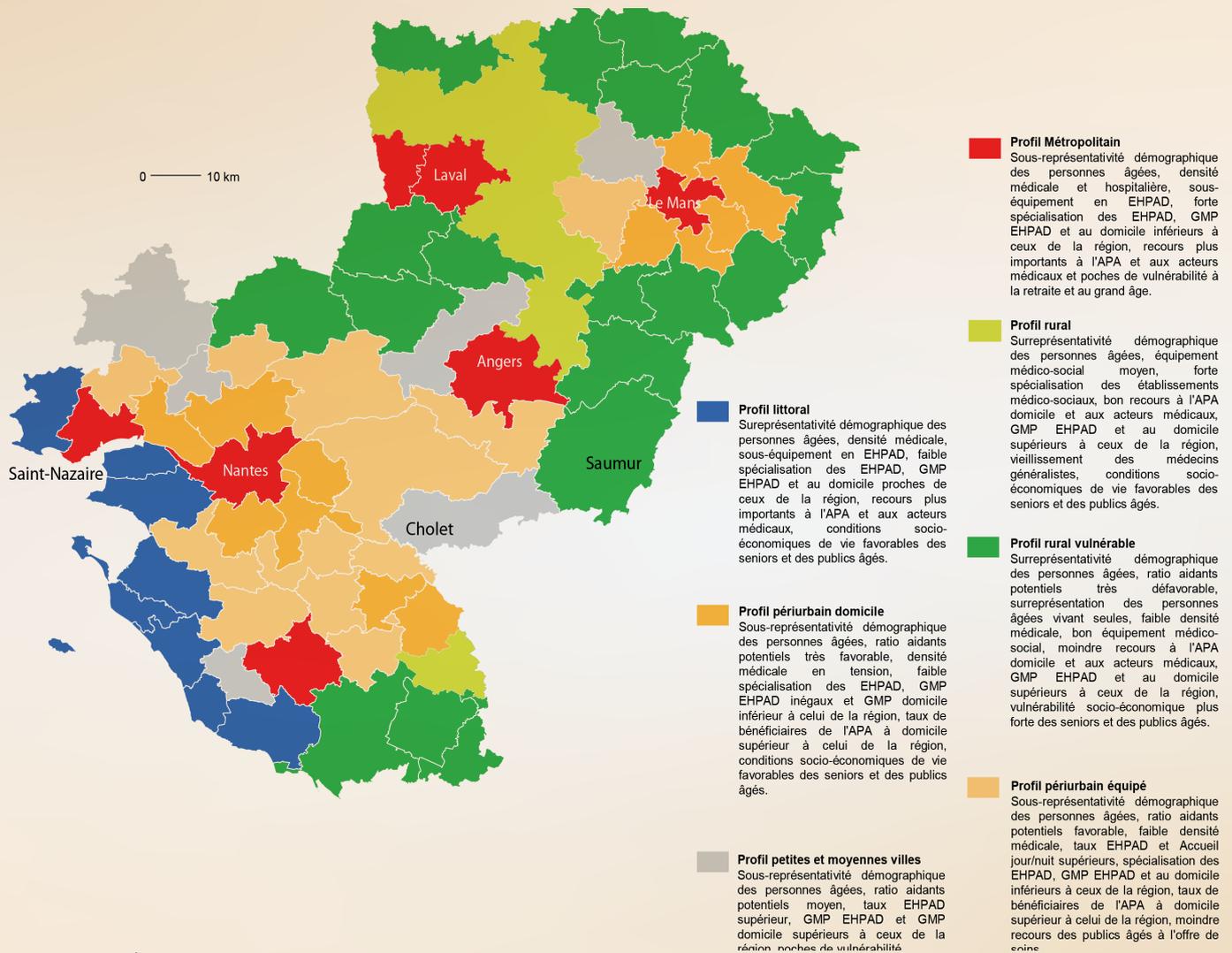
Le second profil rural (**Profil rural vulnérable**) se recense au niveau des marges septentrionales de la Sarthe, de l'Anjou, de la Loire-Atlantique et de la Mayenne et au niveau du sud de la Vendée. Au contraire du premier profil rural, ce profil a l'avantage d'être bien équipé en EHPAD, ce qui par ricochet se traduit par un moindre taux de bénéficiaires de l'APA au domicile. Les GMP au domicile et en établissement inférieurs à ceux de la région dans ces intercommunalités s'expliquent par des conditions socio-économiques de vie moins bonnes dans ces espaces : mortalité prématurée plus forte, moindre recours des retraités aux soins plus élevé et fragilité

socio-économique plus forte. Ces espaces sont dits vulnérables dans la mesure où les décès, dans les prochaines années, des nombreuses personnes âgées qui pouvaient encore stimuler certains services vont accélérer le processus de désertification.

> **Le Profil Littoral**, que l'on retrouve le long de la façade atlantique, se caractérise par un fort vieillissement de la population, une surreprésentation des personnes âgées d'origine aisée et vivant en couple et une bonne densité de médecins généralistes. Il en résulte localement un bon niveau de recours des personnes âgées aux professionnels et établissements médicaux et médico-sociaux. En revanche, et ce malgré un bon niveau de spécialisation du parc existant, ce profil est moins bien équipé en EHPAD. En outre, ces territoires subissent une rupture complète de l'équilibre intergénérationnel.

> **Le Profil petites et moyennes villes** que l'on recense pour les agglomérations de Cholet et de Redon ainsi qu'à l'est des agglomérations d'Angers et du Mans. Ce profil se démarque par un bon taux d'équipement en EHPAD et par des GMP au domicile et en établissement inférieurs à ceux de la région.

Carte 3 - Profils territorialisés relatifs aux équilibres ou déséquilibres gérontologiques



INSEE 2016, CONSEILS DÉPARTEMENTAUX, ARS PAYS DE LA LOIRE.

Avec huit années de recul en termes de recherches sur ce sujet (Blanchet, 2011), force est de constater que les équilibres médicaux et médico-sociaux gérontologiques dans la région Pays de la Loire demeurent contrastés géographiquement et selon la densité démographique plus larges. La densité démographique au même titre que le niveau économique de vie des habitants restent des marqueurs importants. Dans ce cadre, les concentrations urbaines sont certes en proie à des inégalités importantes mais demeurent mieux équipées techniquement et bénéficient d'un recours

plus important des personnes âgées à l'offre médicale et médico-sociale. Ce recours est bien entendu stratifié selon des logiques territoriales et économiques plus larges, ce qui n'est pas sans poser des questions géographiques de fond :

➤ Pour les littoraux où la surreprésentation des personnes âgées influence la composition démographique, l'aménagement et la structuration du tissu économique local au risque de reléguer d'autres populations et d'autres pistes de développement territorial et économique (Besingrand et Soumagne 2006).

➤ Pour les intercommunalités les moins denses et les moins équipées médicalement où le vieillissement représente un palliatif économique à la diminution des emplois secondaires des quatre dernières décennies. Il en découle un cumul défavorable (déclin démographique, population âgée plus vulnérable et population active en difficulté socio-économique) qui interroge sur la trajectoire géographique à venir de ces territoires et, plus globalement, sur les fractures spatiales infra-régionales.

RECOMMANDATIONS

- Favoriser la « *gériatrisation* » de la médecine générale.
- Favoriser l'émergence (par l'initiative territoriale) des projets des Maisons Pluridisciplinaires de Santé et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé comportant une compétence gériatrique spécifique.
- Construire des parcours territoriaux d'habitat et de soins permettant de créer des alternatives entre le domicile et l'institution et comportant une expertise gérontologique de proximité : équipes mobiles en lien avec les maisons professionnelles, développement de SPASAD, professionnalisation des SAAD, harmonisation des outils d'information et de coordination gérontologique en y associant l'ensemble des professionnels.
- Construire des politiques territorialisées de prévention de la perte d'autonomie prenant en compte tous les facteurs : sociaux, sanitaires, mobilités, etc.
- Créer des passerelles entre les établissements/services médicaux et médico-sociaux et d'autres domaines d'action (mobilité, culture...).
- Inscrire dans les politiques publiques d'aménagement (PLH, PLU, PDU) une prise en compte spécifique des populations âgées.
- Renforcer l'information autour des outils de citoyenneté et de personnalisation de l'aide déjà existants dans le secteur hospitalier et médico-social.

AUTEURS

Mickaël Blanchet et Elisabeth Artaud

CONTRIBUTEURS

Valérie Bernat - Chloé Baron - Delphine Piolet
Vincent Ould-Aoudia - Thomas Bronquard

**Étude réalisée sous la responsabilité du Professeur Gilles Berrut,
Responsable Scientifique du Gérontopôle des Pays de la Loire.**

REMERCIEMENTS

Nous remercions pour leur concours actif : l'ARS, la CARSAT, les conseils départementaux de Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée et le Conseil régional des Pays de la Loire

ainsi que les organisations contributrices : ADAR 44, ADMR, AD PA, Association MSIAO, Agglomération du Choletais, Angers ville, Angers Loire Métropole, AURA, Beaufort en Anjou (ville), Centre Hospitalier Nord Mayenne, CCAS d'Angers, CCAS du Mans, CIAS Meslay-Grez, Commune nouvelle de Loire Authion, EAAR Centre Mayenne, Entour'âge, Espace et Vie, FNADEPA Vendée, IMA, Laval ville, Le nid des aidants, Nantes Métropole, Old'Up, Pôle de santé Meslay du Maine-Grez en Bouère, Senior Coordination, Tikeasy, UCO, Vitalliance.



VIELLISSEMENT DE LA RÉGION PAYS DE LA LOIRE
ÉQUILIBRES ET DÉSÉQUILIBRES TERRITORIAUX DE L'ACTION GÉRONTOLOGIQUE

