



A l'âge de 65 ans, un homme peut actuellement espérer vivre encore plus de 18 ans et une femme plus de 22 ans ; à 75 ans, cette espérance de vie est encore supérieure à 11 ans chez les hommes et à 14 ans chez les femmes.

Espérance de vie à 65 ans et 75 ans sur la période 2007-2009

| | A 65 ans | | A 75 ans | |
|----------------------|----------|--------|----------|--------|
| | Hommes | Femmes | Hommes | Femmes |
| Ardèche | 18,5 | 22,6 | 11,3 | 14,2 |
| Drôme | 18,8 | 22,7 | 11,4 | 14,2 |
| Rhône-Alpes | 18,7 | 22,7 | 11,5 | 14,2 |
| France métro. | 18,3 | 22,3 | 11,2 | 14,0 |

Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Chez les personnes de plus de 75 ans, les maladies cardiovasculaires arrivent en tête à la fois des causes de décès (plus de 40% des décès) et des motifs d'hospitalisation (environ 20% des séjours). Les tumeurs sont à l'origine d'un décès sur 3 chez les hommes de plus de 75 ans et d'un sur 4 chez les femmes du même âge. Ces pathologies, maladies cardiovasculaires et tumeurs, constituent également les premiers motifs d'admission en ALD (affection de longue durée), suivis du diabète et de la maladie d'Alzheimer (et autres démences). En 2010, parmi les assurés de 75 ans et plus, une personne sur trois est en ALD pour maladie cardiovasculaire, une sur sept en ALD pour tumeur, une sur neuf en ALD pour diabète et une sur quatorze en ALD pour maladie neurologique.

Prévalence des ALD chez les assurés de 75 ans et plus, pour les principaux motifs d'ALD, en 2010

| | Ardèche | | Drôme | | Rhône-Alpes |
|-----------------------|----------|-------|----------|-------|-------------|
| | Effectif | Taux* | Effectif | Taux* | Taux* |
| MCV** | 13 133 | 38,5 | 18 567 | 41,4 | 36,0 |
| Tumeurs | 4 177 | 12,2 | 6 339 | 14,1 | 14,1 |
| Diabète | 3 590 | 10,5 | 5 414 | 12,1 | 11,4 |
| Mal. neuro.*** | 2 179 | 6,4 | 3 295 | 7,4 | 7,2 |

*Taux pour 100h **Maladies cardio-vasculaires *** Maladies neurologiques
Sources : CnamTS, CCMSA, RSI

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est accordée aux personnes de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie qui ont besoin d'une aide à domicile ou d'un accueil en établissement. Fin 2011, 10,6% des personnes de 60 ans et plus perçoivent l'APA en Ardèche, contre 9,0% dans la Drôme et 8,3% dans la région.

Bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2011 (effectifs et taux*)

| | APA à domicile | APA en établissement | Total APA | Taux* |
|--------------------|----------------|----------------------|-----------|-------|
| Ardèche | 4 696 | 4 348 | 9 044 | 10,6 |
| Drôme | 6 483 | 3 998 | 10 481 | 9,0 |
| Rhône-Alpes | 61 818 | 48 748 | 110 566 | 8,3 |

* Taux pour 100 habitants de 60 ans et plus
Source : DREES

Avec respectivement 63 500 et 85 818 personnes âgées de 65 ans et plus au 1er janvier 2008, l'Ardèche et la Drôme figurent parmi les départements de la région ayant la plus grande part de personnes âgées, soit 20,3% en Ardèche et 18,0% dans la Drôme, contre 15,9% en Rhône-Alpes et 16,7% en France.

Avec l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans ne cesse d'augmenter en France, et cette tendance devrait se poursuivre au-delà de 2040. Si globalement l'état de santé de ces personnes ne cesse de s'améliorer, les maladies chroniques et les déficiences physiques ou psychiques viennent souvent affecter la qualité de vie et l'autonomie des personnes les plus âgées. Si l'enjeu de la prévention à ces âges est toujours d'éviter l'apparition de maladies ou d'accidents, son objectif ultime est bien d'aider la personne âgée à conserver le plus longtemps une vie sans incapacité et retarder ainsi l'entrée dans la dépendance.

La prévention pour un « bien vieillir » s'adresse déjà à des seniors entre 55 et 65 ans, afin que ces derniers adoptent des comportements favorables à un vieillissement en bonne santé. Il s'agit généralement de conseils sur l'activité physique, l'alimentation, les activités de mémoire, la vie affective, les dépistages... A des âges plus avancés, la prévention se concentre sur les problèmes risquant d'accélérer la perte de l'autonomie : les chutes, la dénutrition, les troubles dépressifs...

Dans la région Rhône-Alpes, les actions prévues par le Schéma régional de prévention 2012-2017 et par le Programme du Territoire de santé Sud s'adressent non seulement aux seniors valides, avec par exemple la lutte contre la sédentarité ou le repérage des troubles dépressifs chez les seniors en situation de fragilité sociale, mais également aux personnes déjà dépendantes afin de leur faciliter l'accès à la prévention (prévention buccodentaire et dépistage du cancer du sein). Certaines actions de prévention, comme celle sur la dénutrition des personnes âgées à domicile, passent par la sensibilisation et la formation des aidants institutionnels et associatifs.



1. Indicateurs de prévention chez les personnes âgées

1.1. Prévention des chutes accidentelles

Chez les personnes de 65 ans et plus, les accidents de la vie courante sont à l'origine de 91 décès annuels sur la période 2007-2009 en Ardèche et de 133 décès annuels dans la Drôme, les chutes représentant 60% de ces accidents mortels.

Les chutes accidentelles sont également lourdes de conséquences en termes d'hospitalisation pour fractures et de perte possible d'autonomie.

Une étude de la Cire Rhône-Alpes, réalisée en 2010-2011 à partir des données du réseau SurSaUD a montré que les chutes représentaient dans la région 26% des diagnostics posés aux urgences hospitalières chez les personnes de 75 ans et plus. 80% de ces traumatismes étaient de gravité légère, et les femmes étaient davantage représentées, ce qui peut être lié à l'ostéoporose.

Parmi les hospitalisations pour traumatismes chez les personnes de 75 ans et plus, les hospitalisations pour fracture du col du fémur en constituent plus d'un tiers. Sur la période 2009-2010, 462 Ardéchois et 580 Drômois de plus de 75 ans ont été hospitalisés annuellement pour fracture du col du fémur et les femmes sont entre 3 et 4 fois plus nombreuses que les hommes parmi ces patients. Le taux brut d'hospitalisation pour ce motif est supérieur chez les Ardéchoises de 75 ans et plus (173 patientes hospitalisées pour 10 000 habitantes) aux taux observés dans la Drôme (159) et en Rhône-Alpes (159). En ce qui concerne les hommes, ce sont les Drômois de 75 ans et plus dont le taux d'hospitalisation est plus élevé que celui des Ardéchois et des Rhônealpins du même âge.

Effectifs annuels et taux* bruts d'hospitalisation pour fracture du col du fémur chez les 75 ans et plus sur la période 2009-2010

| | Ardèche | | Drôme | | Rhône-Alpes |
|-----------------|----------|-------|----------|-------|-------------|
| | Effectif | Taux* | Effectif | Taux* | Taux* |
| Hommes | 96 | 73,9 | 142 | 81,7 | 77,4 |
| Femmes | 367 | 172,7 | 438 | 159,3 | 159,2 |
| Ensemble | 462 | 135,3 | 580 | 129,3 | 128,8 |

*taux brut pour 10 000 habitants de 75 ans et plus

Sources : INSEE, PMSI – Exploitation ORS RA

On distingue deux grands types de déterminants dans la survenue des chutes, des facteurs intrinsèques liés à la personne et des facteurs extrinsèques liés à l'environnement. Sur le plan de la personne, certaines déficiences peuvent entraîner des pertes d'équilibre. Selon l'enquête Handicap Santé 2008 (INSEE), 45% des Français de 60 ans et plus déclarent des problèmes de motricité, 82% des problèmes de vision, 29% des problèmes d'audition et 30% des déficiences psychiques. Si 17% des personnes de 60 à 79 ans ont recours à des aides techniques ou des aménagements du logement pour pallier ces déficiences, ce sont 53% des personnes de 80 ans et plus qui ont recours à ces

aides.

La prévention des chutes repose sur des actions diverses, comme le maintien d'une bonne motricité par l'activité physique ou l'aménagement du logement des personnes âgées (90% des personnes de 75 ans et plus vivent à domicile). Les clubs de personnes âgées, les organismes d'assurance maladie et de retraite, de nombreuses associations, interviennent soit directement auprès des personnes âgées soit auprès des aidants à domicile (sensibilisation, formation).

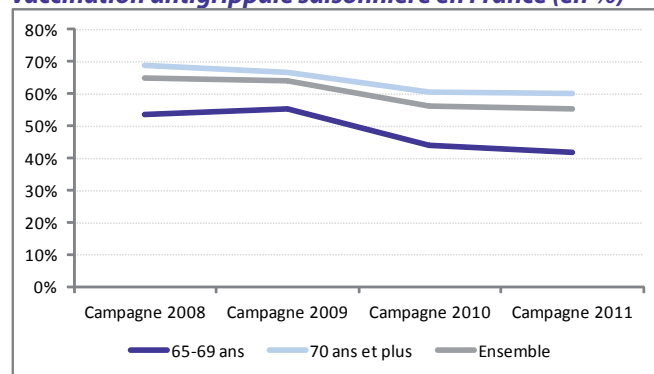
Une enquête de la CNAV, réalisée en 2011 auprès des retraités bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV, montre que 37% d'entre eux ont fait une chute dans les 12 derniers mois et que huit personnes sur dix se disent prêtes à transformer une baignoire en douche, à enlever tapis ou moquettes ou encore à poser des barres d'appui. 41% des personnes interrogées ont des projets de travaux mais l'obstacle financier est important, et 2/3 ignorent qu'il existe des financements pour les travaux d'adaptation du logement liés à la perte d'autonomie et au vieillissement (ANAH, CNAV, Conseils généraux...).

1.2. Vaccination antigrippale

La grippe saisonnière touche particulièrement les personnes fragiles, et la vaccination antigrippale annuelle est recommandée pour les populations à risque et les professionnels à leur contact. Les populations à risque, parmi lesquelles figurent les personnes de 65 ans et plus, bénéficient de la prise en charge à 100% du vaccin contre la grippe.

Selon les données de la CNAMTS, la participation à la campagne de vaccination antigrippale ne cesse de baisser ces dernières années chez les personnes de 65 ans et plus. Entre 2008 et 2011, la participation des 65-69 ans est passée de 53,7% à 41,8% (-12 points) et celle des 70 ans et plus de 68,6% à 60,1% (-8,5 points). La CNAMTS précise que ces données sont très loin de l'objectif d'une couverture à 75 % des populations à risque de forme grave de grippe.

Evolution du taux* de participation à la campagne de vaccination antigrippale saisonnière en France (en %)



*Taux de personnes vaccinées pour 100 personnes invitées

Source : CNAMTS, régime général

En 2010, 21 852 bénéficiaires ardéchois du régime général de plus de 65 ans ont fait l'objet d'un

remboursement de vaccin antigrippal en 2010, comme 33 154 bénéficiaires drômois, soit un taux de vaccination légèrement supérieur dans l'Ardèche (52,2%) et la Drôme (53,1%) au taux régional (51,5%). Les recommandations de vaccination antigrippale sont davantage suivies chez les hommes que chez les femmes, et davantage chez les personnes âgées de 70 ans et plus que chez les 65-69 ans.

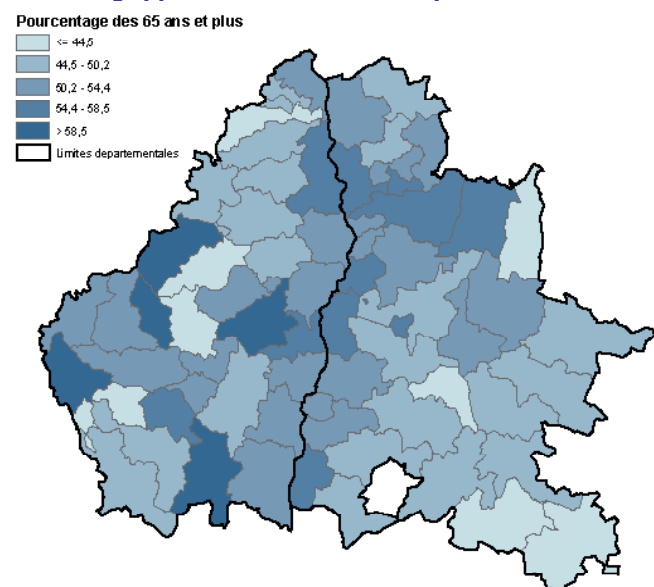
Taux de personnes vaccinées contre la grippe saisonnière en 2010 (%)

| | 65-69 ans | | | 70 ans et plus | | |
|-------------|-----------|--------|----------|----------------|--------|----------|
| | Hommes | Femmes | Ensemble | Hommes | Femmes | Ensemble |
| Ardèche | 38,9 | 34,5 | 36,6 | 58,9 | 52,3 | 54,9 |
| Drôme | 40,3 | 36,6 | 38,3 | 59,9 | 53,5 | 56,0 |
| Rhône-Alpes | 39,5 | 35,4 | 37,4 | 57,2 | 51,8 | 53,9 |

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Au niveau cantonal, les taux de vaccination antigrippale varient entre 36% et 64%, avec des taux plus élevés dans la vallée du Rhône et dans quelques cantons ardéchois.

Taux de personnes âgées de 65 ans et plus* vaccinées contre la grippe saisonnière en 2010 (par canton)



* couvertes par le régime général de la sécurité sociale

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Les données de surveillance de la grippe ont montré que la saison 2011-2012 avait été caractérisée, par rapport aux deux saisons précédentes, par davantage d'épisodes de grippe dans les collectivités de personnes âgées, par une hospitalisation pour grippe plus fréquente chez les personnes de 65 ans et plus, et par une mortalité (toutes causes confondues) plus importante chez les personnes de 85 ans et plus. Selon une enquête de couverture vaccinale réalisée en janvier 2011 par l'InVS au niveau national, les raisons déclarées de non-vaccination contre la grippe sont : le sentiment d'être en bonne santé et ne pas avoir besoin d'être vacciné (25% des réponses), la peur du vaccin ou de ses effets secondaires (22%), l'inutilité du vaccin de la grippe (18%), le refus des vaccinations en général (11%), l'abandon du vaccin depuis la pandémie (7%),

le peu de gravité de la grippe (4%).

1.3. Prévention des problèmes liés à la nutrition

Une prévalence élevée du diabète

Le diabète est une affection particulièrement présente chez les personnes de plus de 75 ans, spécialement le diabète de type 2, dû à des facteurs comportementaux (alimentation, surpoids, sédentarité...) et héréditaires. La prévalence du diabète continue de croître en France, notamment en lien avec le vieillissement de la population et avec l'augmentation de la fréquence de l'obésité. La prévention du diabète porte sur les comportements alimentaires et l'activité physique, et le dépistage précoce du diabète permet, quant à lui, de ralentir l'évolution de la maladie et l'apparition de complications graves (infarctus du myocarde, AVC, cécité, amputations).

En 2010, 14,5% des assurés ardéchois du régime général de 75 ans et plus prennent un traitement antidiabétique, taux légèrement inférieur au taux drômois (15,8%) et au taux régional (15,2%). Les hommes sont davantage sous traitement antidiabétique que les femmes.

Effectifs et taux bruts de personnes de 75 ans et plus sous traitement antidiabétique en 2010

| | Effectifs | | | Taux | | |
|-------------|-----------|--------|----------|--------|--------|----------|
| | Hommes | Femmes | Ensemble | Hommes | Femmes | Ensemble |
| Ardèche | 1 349 | 1 723 | 3 072 | 17,9 | 12,6 | 14,5 |
| Drôme | 2 249 | 2 627 | 4 876 | 20,1 | 13,4 | 15,8 |
| Rhône-Alpes | 25 197 | 30 789 | 55 986 | 18,6 | 13,2 | 15,2 |

Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Selon une étude réalisée en 2000-2001 par la Cnamts, 15% des personnes diabétiques âgées de 65 ans et plus ne seraient pas diagnostiquées comme telles, ce qui conduirait à sous-estimer la prévalence du diabète dans cette population. Selon cette même étude, la mesure de la glycémie veineuse, qui constitue le mode de dépistage du diabète, avait été pratiquée par 71% des personnes âgées de plus de 45 ans entre 2000 et 2001. La recommandation actuelle porte sur un dépistage ciblé, proposé à l'occasion d'une consultation médicale aux personnes âgées de plus de 45 ans ayant au moins un facteur de risque (migrant, surpoids, hypertension artérielle, dyslipidémie, antécédent familial, antécédent de diabète gestationnel, naissance d'un enfant pesant plus de 4 kg). Ce dépistage doit être réalisé tous les trois ans.

La prévention du diabète réside aussi dans la prévention des complications du diabète chez le malade dépisté. L'Assurance maladie a testé durant quatre ans, dans dix départements pilotes, un service d'accompagnement des patients, intitulé Sophia. Ce dispositif a été étendu à l'ensemble du territoire en 2013, il est disponible depuis février 2013 pour les Ardéchois et les Drômois. Ce service d'accompagnement gratuit est proposé par l'Assurance maladie aux personnes majeures souffrant d'un diabète de type 1 ou de type 2 et prises en charge au titre d'une affection de longue durée. L'objectif de

ce service est d'accompagner de manière efficiente et personnalisée les patients diabétiques volontaires, en fonction de leur état de santé et en relais du médecin traitant, afin de les aider à mieux vivre avec leur maladie et d'en prévenir les complications. Des infirmiers conseillers en santé, formés à l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques, proposent un accompagnement téléphonique afin d'apporter des conseils pour mieux vivre avec sa maladie au quotidien et pour mieux mettre en pratique les recommandations de son médecin traitant. Le service est véritablement un relais du médecin traitant, il apporte des informations complémentaires utiles au patient sans pour autant se substituer au rôle du médecin. Les personnes éligibles au dispositif sont directement contactées par l'Assurance maladie qui leur envoie un courrier contenant un bulletin d'inscription à compléter et à renvoyer. L'évaluation médico-économique du programme Sophia, portant sur les trois premières années de fonctionnement, montre une amélioration du suivi médical (visite ophtalmologique, visite chez le cardiologue, réalisation d'un électrocardiogramme...) chez les patients adhérant au programme (par rapport aux non-adhérents), ainsi que des dépenses ambulatoires et hospitalières moindres chez les adhérents, avec une différence de coûts d'environ 226 euros entre adhérents et témoins sur la période 2009-2011.

Des actions de prévention de la dénutrition

Le Schéma régional de prévention Rhône-Alpes, ainsi que le Programme territorial de santé Sud, prévoit la mise en place d'actions de sensibilisation des aidants professionnels sur la dénutrition des personnes âgées à domicile.

La dénutrition des personnes âgées a des conséquences graves sur la santé, elle est associée à une augmentation des chutes et des fractures, de la dépendance, des infections nosocomiales, des escarres, de la durée d'hospitalisation et de la mortalité.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) et à partir de différentes études, la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées à domicile peut être estimée à 4% environ, et jusqu'à 25 à 30% chez celles qui présentent une perte d'autonomie. En institution, cette prévalence varie entre 15 et 38% selon les études, et en hôpital elle peut atteindre 50 à 60%. La prévalence relativement élevée de la dénutrition dans la population âgée peut être expliquée par les modifications physiologiques liées au vieillissement et par l'accumulation des pathologies au cours du vieillissement, éventuellement aggravées par les médicaments et certains régimes. La HAS a défini en 2007 une stratégie de dépistage et de prise en charge de la dénutrition, qui comporte la liste des situations à risque et recommande pour toutes les personnes âgées un dépistage : une fois par an en ville, une fois par mois en institution, et lors de chaque hospitalisation (avec une fréquence plus élevée pour les personnes repérées à risque de dénutrition). Ce

dépistage repose sur la mesure répétée du poids, l'estimation des apports alimentaires et le dosage de l'albuminémie. Il peut être formalisé par un questionnaire tel que le Mini Nutritional Assessment® (MNA).

L'IREPS a mené en 2012 une enquête sur les pratiques des aidants professionnels en matière de dénutrition des personnes âgées dans la région Rhône-Alpes. 71% des aidants professionnels interrogés disent n'avoir jamais suivi de formation professionnelle sur cette thématique. Les aidants se déclarent très démunis sur ce sujet relativement méconnu et sont fortement demandeurs d'information et de formation sur le repérage des signes de la dénutrition chez les personnes âgées.

Une santé bucco-dentaire déficiente

Des problèmes de santé bucco-dentaire peuvent contribuer à une mauvaise alimentation chez les personnes âgées. Un état bucco-dentaire déficient est fréquent chez les personnes en situation de précarité et chez celles en situation de dépendance. L'association SOHDEV, dans le cadre du programme ESOPAD (Etude sur la santé orale des personnes âgées dépendantes) a mis en évidence, dans une cohorte de 455 résidents d'établissements de la région, un manque de prise en charge buccodentaire de ces patients : la prévalence du tartre était de 63%, celle des caries de 74%. Le nombre moyen de dents absentes était de 19,6, il était de 32 chez 17% des résidents.

1.4. Dépression et suicide

Le repérage des troubles dépressifs chez les seniors en situation de fragilité sociale fait partie des actions envisagées dans le cadre du Programme territorial 2012-2017 du territoire de santé Sud. Il s'agira d'élargir le réseau des acteurs médico-sociaux autour des conduites suicidaires aux professionnels en contact avec les personnes âgées. Le CRPCS (Centre régional de prévention des conduites suicidaires) contribue à l'information sur les facteurs de risques du passage à l'acte suicidaire chez les personnes âgées, sur les signes avant-coureurs et sur les attitudes préventives à adopter par les professionnels.

L'Ardèche et la Drôme, avec respectivement 15 et 20 décès annuels par suicide chez des personnes de 65 ans et plus sur la période 2007-2009, présentent des taux comparatifs de mortalité par suicide légèrement plus élevés (23,8 décès pour 100 000 habitants) que la région Rhône-Alpes (21,9).

Les séjours hospitaliers (en MCO) pour tentatives de suicide sont au nombre de 37 en moyenne par an sur la période 2009-2010 chez les Ardéchois de plus de 65 ans, et de 70 chez les Drômois. Le taux comparatif de tentatives de suicide hospitalisées chez les 65 ans et plus est ainsi plus élevé dans la Drôme que dans la région et l'Ardèche ((8,2 pour 10 000 habitants dans la Drôme contre 6,7 dans la région et 5,8 dans l'Ardèche.

Tentatives de suicides hospitalisées chez les personnes de 65 ans et plus, sur la période 2009-2010 (effectif et taux*)

| | Effectifs | Taux* |
|-------------|-----------|-------|
| Ardèche | 37 | 5,8 |
| Drôme | 70 | 8,2 |
| Rhône-Alpes | 658 | 6,7 |

*taux comparatif pour 10 000 habitants de 65 ans et plus

Source : PMSI

L'isolement affectif est particulièrement présent chez les personnes âgées. Une étude de la CNAV, réalisée en 2011 auprès des bénéficiaires de l'action sociale de la CNAV, montre que 37% des retraités expriment un fort sentiment de solitude, sentiment renforcé par le fait de vivre seul et de ne pas recevoir au moins une visite dans la semaine.

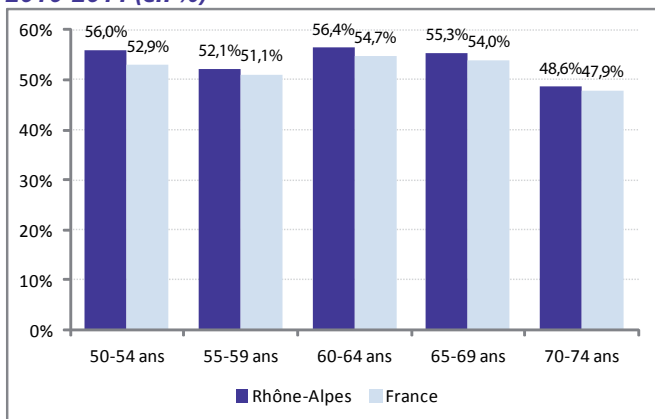
1.5. Dépistages

Le dépistage organisé des cancers du sein et colorectal, jusqu'à 74 ans

Les programmes de dépistage organisé des cancers du sein et du cancer colorectal s'adressent aux personnes âgées de 50 à 74 ans.

Concernant le dépistage du cancer du sein, les données de l'InVS montrent une moindre participation des femmes à partir de 70 ans, dans la région comme au niveau national, alors que l'incidence du cancer du sein reste très élevée à cet âge. Les femmes de 70-74 ans présentent le taux de participation le plus faible des cinq classes d'âge concernées, 48,6% en 2010-2011 dans la région contre 56,4% chez les femmes de 60-64 an. En France ces taux sont respectivement de 47,9% et de 54,7%.

Taux de participation au dépistage du cancer du sein en 2010-2011 (en %)

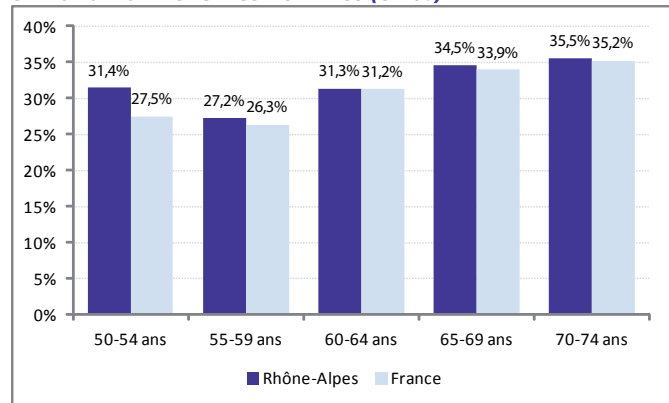


Sources : Organismes de dépistage, InVS

Le dépistage du cancer colorectal, via le test Hémocult®, est par contre davantage suivi par les personnes les plus âgées. Chez les hommes, ce sont les 70-74 ans qui adhèrent le plus au programme de dépistage (35,5% en Rhône-Alpes, contre 27,2% chez les 55-59 ans). Chez les femmes, les taux de participation sont plus élevés que chez les hommes quelle que soit la classe d'âge, et ce sont les femmes de 65-69 ans qui présentent le taux

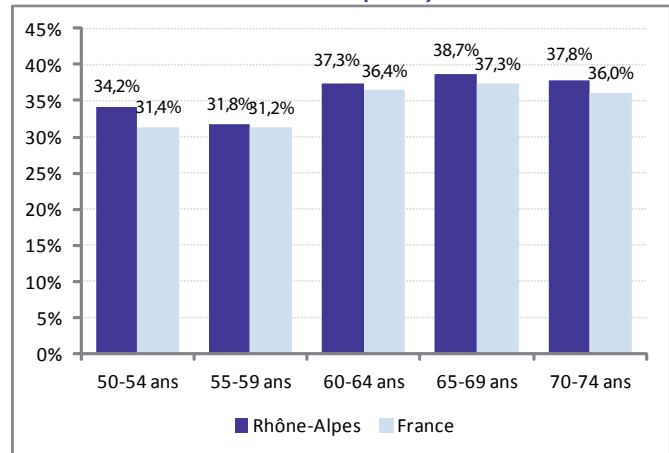
le plus élevé (38,7% en Rhône-Alpes, contre 31,8% chez les 55-59 ans).

Taux de participation au dépistage du cancer colorectal en 2010-2011 chez les hommes (en %)



Sources : Organismes de dépistage, InVS

Taux de participation au dépistage du cancer colorectal en 2010-2011 chez les femmes (en %)



Sources : Organismes de dépistage, InVS

Le dépistage du cancer du col de l'utérus, hors recommandation après 65 ans

La pratique du frottis cervico-utérin (au moins un tous les trois ans) est recommandée actuellement seulement aux femmes de 25 à 65 ans. Les chiffres de l'assurance maladie montrent que cette pratique chute en fait très rapidement après l'âge de 55 ans. Or les résultats de certaines études militent pour une recommandation de ce dépistage jusqu'à 70 ans, voire 75 ans. Il existe en effet un taux de lésions précancéreuses et cancéreuses non négligeables après 65 ans, ces lésions étant même plus fréquentes entre 65 et 70 ans. Par ailleurs, selon les données du réseau Francim sur la période 1989-1997, la survie à 5 ans du cancer du col de l'utérus est beaucoup plus faible chez les femmes de 75 ans et plus (38%) que chez les plus jeunes (82% entre 15 et 44 ans).

Dans la région Rhône-Alpes, le programme isérois de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a concerné jusqu'en 2009 les femmes de 50-74 ans afin de coïncider avec les deux autres dépistages organisés. Depuis 2009 ce programme cible, comme dans les 13 autres départements où le dépistage se pratique à titre expérimental, les femmes de 25 ans à 65 ans n'ayant



pas fait de frottis depuis plus de 3 ans.

Le dépistage du cancer de la prostate, non recommandé de façon systématique

Le cancer de la prostate concerne très majoritairement des hommes de plus de 65 ans, et trois décès par cancer de la prostate sur quatre interviennent chez des hommes de 75 ans et plus. Dans l'Ardèche et la Drôme, comme en France, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme en termes d'incidence, et le 3ème cancer en termes de mortalité. Entre 2007 et 2009, ce cancer est à l'origine de 62 décès annuels dans l'Ardèche et de 69 décès dans la Drôme, soit des taux comparatifs de mortalité respectivement de 43 et de 33 pour 100 000 habitants, contre 37 en Rhône-Alpes. En termes d'hospitalisation, les taux comparatifs de patients hospitalisés pour cancer de la prostate sont inférieurs dans l'Ardèche et la Drôme au taux régional sur la période 2009-2010.

Effectifs annuels et taux* comparatif d'hospitalisation pour cancer de la prostate chez les 65 ans et plus sur la période 2009-2010

| | Effectif | Taux* |
|--------------------|-----------------|--------------|
| Ardèche | 620 | 9,2 |
| Drôme | 782 | 9,1 |
| Rhône-Alpes | 8 744 | 9,9 |

*taux comparatif pour 10 000 habitants de 65 ans et plus
Sources : INSEE, PMSI Exploitation ORS RA

Le dépistage du cancer de la prostate s'effectue par le dosage du PSA (Prostate specific antigen), mais cet examen n'est recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) ni en population générale, ni pour une population à risque. Hormis le fait que la population à risque soit difficile à identifier, plusieurs éléments ne plaident pas pour un dépistage systématique : la diminution de la mortalité n'est pas constatée dans les populations dépistées, les examens (dosage sanguin puis biopsie) ne sont pas sans risque, et les traitements ont parfois des conséquences physiques et psychologiques importantes (troubles sexuels, urinaires, digestifs) alors que certaines formes de cancer peuvent évoluer très lentement et n'avoir pas d'impact sur la vie des patients. La HAS insiste particulièrement sur la nécessité de fournir une information complète aux hommes envisageant la réalisation d'un tel dépistage, notamment sur ses conséquences éventuelles.

Une incitation au diagnostic précoce des cancers chez les plus de 75 ans

Dans la région Rhône-Alpes, une campagne de sensibilisation au diagnostic précoce des cancers chez les personnes de plus de 75 ans a été menée en 2005-2006 par la Mutualité Française Rhône-Alpes. Basée sur le fait que près d'une personne de plus de 75 ans sur deux est concernée par les cancers et qu'un cancer diagnostiqué tôt augmente les chances de guérison, cette campagne visait d'une part les personnes âgées elles-mêmes, en les incitant à prêter attention

aux signes évocateurs de cancer et à en parler à leur médecin, et d'autre part les professionnels de santé (en établissement et libéraux), en leur recommandant d'être attentifs à certains symptômes. Une enquête d'évaluation menée par l'ORS Rhône-Alpes auprès des professionnels de santé a montré que cette campagne d'information semblait pertinente à la majorité des professionnels. Les dépliants ont été donnés en main propre aux personnes âgées davantage par les professionnels d'établissement que par les médecins libéraux, ces derniers les laissant à disposition dans la salle d'attente. Bien que la majorité des médecins libéraux déclarent que le diagnostic précoce des cancers fait partie de leur pratique quotidienne avec les personnes de plus de 75 ans, la moitié des médecins pensent que cette pratique entre dans le cadre d'une consultation spécifique de prévention.

Le dépistage de l'ostéoporose, seulement pour les patients à risque

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la micro-architecture du tissu osseux, responsables d'une augmentation du risque de fracture. Selon la DREES, 25% des Françaises de 65 ans et plus et 50% des Françaises de 80 ans et plus seraient atteintes d'ostéoporose. La complication principale de l'ostéoporose réside dans la fracture du col du fémur, source de handicaps et d'incapacités chez les personnes âgées.

Le dépistage de l'ostéoporose par ostéodensitométrie (qui mesure la densité osseuse) n'est pas recommandé pour l'ensemble de la population. Cet examen n'est indiqué que pour des patients à risque :

- en population générale : pathologie ou traitement potentiellement inducteurs d'ostéoporose, antécédent de fracture sans traumatisme majeur
- chez la femme ménopausée : antécédent de fracture du col du fémur sans traumatisme chez un parent du 1er degré, indice de masse corporelle inférieur à 19kg/m², ménopause précoce (avant 40 ans), antécédent de corticothérapie de plus de trois mois consécutifs.

Dans tous les cas, un traitement ne sera prescrit qu'après avoir corrigé une éventuelle carence en calcium et/ou en vitamine D (chez les sujets les plus âgés notamment), par ajustement des apports alimentaires et/ou supplémentation médicamenteuse. Le sevrage tabagique est également conseillé.

Le repérage des démences et de la maladie d'Alzheimer

A partir des taux de prévalence constatés dans plusieurs études (notamment en Aquitaine), on peut estimer que plus de 6 700 Ardéchois et plus de 7 300 Drômois souffriraient d'une maladie d'Alzheimer. Compte-tenu des difficultés de repérage de la maladie et des

pratiques diverses de prise en charge des patients, ce sont 865 Ardéchois de plus de 75 ans (bénéficiaires du régime général) et 1 469 Drômois qui reçoivent en 2010 un traitement spécifique de la maladie d'Alzheimer, avec une forte surreprésentation des femmes. Le taux brut de personnes de 75 ans et plus sous traitement antiAlzheimer est légèrement moins élevé en Ardèche (4,1%) que dans la Drôme (4,8%) et la région (4,7%).

Effectifs et taux* bruts de personnes de 75 ans et plus sous traitement antiAlzheimer en 2010

| | Effectifs | | | Taux | | |
|-------------|-----------|--------|----------|--------|--------|----------|
| | Hommes | Femmes | Ensemble | Hommes | Femmes | Ensemble |
| Ardèche | 228 | 637 | 865 | 3,0 | 4,7 | 4,1 |
| Drôme | 435 | 1 034 | 1 469 | 3,9 | 5,3 | 4,8 |
| Rhône-Alpes | 4 876 | 12 428 | 17 304 | 3,6 | 5,3 | 4,7 |

*taux pour 100 bénéficiaires du régime général de 75 ans et plus
Source : ARS (Assurance maladie, régime général)

Les consultations mémoire, au nombre de 3 dans la Drôme et de 2 dans l'Ardèche, sont spécialisées dans le diagnostic de la maladie d'Alzheimer et des symptômes apparentés. Au côté des médecins libéraux, elles permettent une prise en charge adaptée des malades. En Ardèche, 603 patients ont consulté au moins une fois en 2011 dans les centres de consultation mémoire d'Aubenas et d'Annonay, chiffre stable sur les 3 dernières années. Dans la Drôme, l'année 2011 a vu une augmentation par rapport à 2010 de 40% des patients ayant consulté, soit 1 588 patients en 2011, liée à l'intégration des consultants du CDPRV de Valence (centre de prévention du vieillissement - consultation avancée de la consultation de gériatrie du CH en ville pour les patients autonomes après 65 ans).

File active* de patients vus en centre sur la période 2009-2011

| | | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------|------------------------------|-------|------|-------|
| Ardèche | Annonay (CH) | 310 | 252 | 264 |
| | Aubenas (CH) | 294 | 376 | 339 |
| | Total | 604 | 628 | 603 |
| Drôme | Romans (Hôpitaux Drôme Nord) | 376 | 267 | 373 |
| | Montélimar (CH) | 393 | 407 | 475 |
| | Valence (CH) | 235 | 250 | 740 |
| | Total | 1 004 | 924 | 1 588 |

*total des patients vus au moins une fois dans l'année
Source : CROD

Environ 1/3 des consultations dans ces centres donnent lieu à un diagnostic de maladie d'Alzheimer. Cette part est plus importante dans le CH d'Aubenas (48%) et moins importante en 2011 dans le CH de Valence (21,5%), en raison de la présence du CDPRV qui accueille en ville des patients autonomes.

Part des diagnostics Alzheimer parmi les patients vus en centre sur la période 2009-2011 (en %)

| | | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------|------------------------------|------|------|------|
| Ardèche | Annonay (CH) | 36,5 | 37,9 | 34,9 |
| | Aubenas (CH) | 50,8 | 44,5 | 47,9 |
| Drôme | Romans (Hôpitaux Drôme Nord) | | 35,6 | 33,2 |
| | Montélimar (CH) | 43,6 | 42,5 | 39,7 |
| | Valence (CH) | 39,5 | 33,9 | 21,5 |

Source : CROD

Le repérage de la perte d'audition

La perte d'audition, souvent progressive avec l'avancée en âge, n'est pas toujours ressentie ou reconnue par la personne qui en souffre. Elle peut être à l'origine de troubles psychiques (isolement croissant de la personne malentendante, anxiété, dépression) et physiques (perte de l'équilibre et risque de chute).

Alors que 29% des Français de plus de 60 ans, interrogés dans le cadre de l'enquête Handicap Santé 2008 (INSEE), déclarent une perte auditive, seulement 7% disent bénéficier d'une aide auditive. Le coût de l'appareil auditif (très peu remboursé) est un frein important à l'appareillage.

L'adaptation à un appareil auditif n'est pas toujours facile chez les personnes âgées, raison pour laquelle un appareillage précoce est conseillé lorsque la perte auditive est confirmée. Le test auditif, pratiqué chez un médecin ORL, un audioprothésiste ou en consultation préventive (médecine du travail ou centre d'examen de santé), permet de mesurer la perte d'audition et la nécessité d'une aide auditive. Certains spécialistes recommandent un test tous les deux ans à partir de l'âge de 60 ans. La Journée Nationale de l'Audition permet chaque année aux Français de faire contrôler gratuitement leur audition. Cette Journée Nationale s'est adressée en 2013 aux seniors, avec le message suivant : conserver ses capacités d'audition, par quelque moyen que ce soit, fait partie intégrante du Bien Vieillir.

2. Offre de prévention chez les personnes âgées

2.1. Professionnels de santé et personnel des structures médico-sociales

Les professionnels de santé libéraux, les professionnels des établissements pour personnes âgées, ainsi que ceux intervenant à domicile dans le cadre des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), sont particulièrement présents auprès des personnes âgées; leurs interventions concernent le soin mais intègrent fréquemment des conseils de prévention.

Intervenant spécifiquement auprès des personnes âgées, **les médecins gériatres ou gérontologues** sont difficiles à dénombrer, la gériatrie n'étant pas une spécialité médicale à part entière. Considérée comme une compétence de médecin généraliste jusqu'en 2010 dans le répertoire Adeli des professionnels de santé, la gériatrie est considérée depuis 2011 comme une spécialité ordinaire (reconnue par l'Ordre des médecins) dans le nouveau RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé); elle figure donc désormais parmi les spécialités. Le dénombrement de la DREES est ainsi passé de 2 784 médecins généralistes ayant une compétence en gériatrie-gériatrie au 1er janvier 2010 en France (fichier Adeli), à 1 247 médecins



spécialistes en gériatrie au 1er janvier 2012 en France. Selon ce nouveau mode de comptage, 122 médecins gériatres exercent en Rhône-Alpes en 2012, dont la moitié en hôpital public.

Parmi les nombreux professionnels de santé non médecins intervenant auprès des personnes âgées, les plus représentés sont les infirmiers, qui assurent à domicile les soins infirmiers et d'hygiène.

Les infirmiers libéraux, au nombre de 577 dans l'Ardèche et de 1 049 dans la Drôme au 1er janvier 2012, présentent dans ces deux départements des densités supérieures à la densité régionale : respectivement 183 et 215 infirmiers pour 100 000 habitants, contre 151 dans la région. Les infirmiers libéraux peuvent également intervenir à domicile dans le cadre d'une convention passée avec un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile).

Effectifs et densité* des infirmiers libéraux au 1er janvier 2012

| | Effectif | Densité* |
|--------------------|----------|----------|
| Ardèche | 577 | 183 |
| Drôme | 1 049 | 215 |
| Rhône-Alpes | 9 404 | 151 |

*densité = nombre pour 100 000 habitants

Source : Statiss (DREES, ARS)

S'adressant presque exclusivement aux personnes âgées (95% des bénéficiaires ont plus de 60 ans et 80% ont plus de 75 ans, selon l'enquête 2008 de la DREES), **les SSIAD (Services de soins infirmiers à domicile)** sont des établissements médico-sociaux qui ont pour mission d'assurer les soins infirmiers, ainsi que des soins d'hygiène générale, au domicile des personnes âgées. **Les SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile)** remplissent également cette fonction, complétée par un soutien à domicile plus large. Au 1er janvier 2012, l'Ardèche et la Drôme présentent des taux d'équipement en places de SSIAD (+ SPASAD) proches du taux régional, respectivement 19,2 et 18,0 places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, contre 17,7 au niveau régional.

Equipement en places de SSIAD et SPASAD au 1er janvier 2012

| | Nombre de places | Taux* d'équipement |
|--------------------|------------------|--------------------|
| Ardèche | 669 | 19,2 |
| Drôme | 815 | 18,0 |
| Rhône-Alpes | 9 135 | 17,7 |

*taux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

Source : Statiss (DREES, ARS)

Selon l'enquête réalisée en 2008 auprès des SSIAD, ces derniers emploient en moyenne au niveau national 23 personnes en ETP (équivalent temps plein) pour 100 places, réparties entre 76% d'aides-soignants (qui assurent les soins de nursing), 9% d'infirmiers

coordonnateurs et 6% d'infirmiers soignants. Ils font appel également soit régulièrement soit ponctuellement à des intervenants extérieurs, dont 90% sont des infirmiers libéraux. Au total, 15% des visites réalisées par les SSIAD sont assurées par des intervenants libéraux.

Cette même enquête montre que les bénéficiaires des SSIAD sont quasiment tous en perte d'autonomie, avec 2/3 de personnes moyennement dépendantes (classées GIR 3 et 4) et environ 5% de personnes lourdement dépendantes, dans l'Ardèche comme dans la Drôme.

En établissement pour personnes âgées, les personnels médicaux et non médicaux participent à la mise en oeuvre d'actions de prévention (dénutrition, chutes, activités de mémoire...) auprès des résidents, particulièrement dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Avec 5 806 lits en EHPAD et 135 lits en USLD (Unité de soins longue durée), l'Ardèche présente le taux d'équipement en lits médicalisés (EHPAD et USLD) le plus élevé de la région, soit 170,6 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. La Drôme, avec 4 346 lits en EHPAD et 201 lits en USLD, se situe à un niveau d'équipement inférieur au taux régional, 100,7 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus dans la Drôme contre 111,3 dans la région.

Equipement en lits médicalisés pour personnes âgées au 1er janvier 2012

| | Lits EHPAD** | Lits USLD*** | Taux* d'équipement lits médicalisés |
|--------------------|--------------|--------------|-------------------------------------|
| Ardèche | 5 806 | 135 | 170,6 |
| Drôme | 4 346 | 201 | 100,7 |
| Rhône-Alpes | 54 561 | 3 057 | 111,3 |

*taux pour 1 000 habitants de 75 ans et plus

**EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

*** USLD : Unités de soins longue durée

Source : Statiss (DREES, ARS)

2.2. Services en direction des personnes âgées

Les Conseils généraux, à travers les Schémas départementaux en faveur des personnes âgées, sont un des acteurs principaux de la politique menée en faveur de ce public. Ils autorisent et contrôlent les établissements d'accueil, attribuent l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'aide sociale départementale, aident les personnes en perte d'autonomie à adapter leur logement, mènent des actions de prévention de la perte d'autonomie, soutiennent les aidants familiaux.

De nombreuses actions sont menées par les Conseils généraux en partenariat avec **les organismes d'assurance maladie, les organismes mutualistes,**

les centres communaux d'actions sociales (CCAS), les associations sanitaires et sociales...

La CARSAT (Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail) Rhône-Alpes s'adresse aux retraités du régime général et mène des actions dans toute la région afin de préserver l'autonomie des retraités (ateliers sur la nutrition, l'équilibre, la mémoire, le bien vieillir...) et contribuer au maintien à domicile des retraités en situation de fragilité. Cet accompagnement peut se traduire par un plan d'actions personnalisé (PAP) en faveur des publics les plus fragiles. La CARSAT est à l'initiative du programme «**ATOO, la dynamique senior**», programme gratuit d'évaluation et d'accompagnement en prévention personnalisé. Ce programme s'adresse à toute personne à partir de 55 ans, à laquelle il offre un bilan et un accompagnement personnalisé par une équipe de professionnels (conseillère en prévention santé, psychologue...).

Les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination gérontologique), sous l'autorité du Conseil général, ont pour mission la coordination des aides visant le soutien à domicile de la personne âgée dans tous ses aspects, ils participent dans ce cadre à des actions de prévention. La Drôme compte 7 CLIC répartis sur son territoire, il n'y a pas de CLIC en Ardèche.

Pour les personnes âgées à domicile mais en perte d'autonomie, de nombreux services sociaux et médico-sociaux gérés par des associations, des organismes mutualistes ou des centres communaux d'actions sociales (CCAS) contribuent au maintien à domicile des personnes âgées. Ils proposent des services tels que l'aide ménagère, la garde à domicile, les repas à domicile, la téléalarme.

Les SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile), sous l'autorité des Conseils généraux, visent au soutien à domicile, à la préservation de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien des activités sociales et des liens avec l'entourage. Le personnel des SAAD, par sa grande proximité avec les personnes âgées à domicile, peut constituer, s'il est formé et outillé, un acteur important à la fois pour la prévention et pour le repérage des situations à risque dans cette population.

2.3. Autres actions en prévention

Pour les personnes âgées autonomes, parfois les seniors à partir de 50 ans, des actions de prévention (autour de la nutrition, de l'activité physique, des dépistages...) sont proposées par des associations de santé mais également par des associations sportives et de loisirs, des organismes d'assurance maladie, des caisses de retraite et des mutuelles, des collectivités locales...

L'entourage des personnes dépendantes, les aidants familiaux, sont de plus en plus ciblés par des actions destinées à les soutenir mais également à leur apporter des formations ou des conseils dans leur pratique avec les personnes âgées.

La Mutualité Française Rhône-Alpes mène des actions à la fois auprès des seniors (conférences, ateliers, autour du «**Bien vieillir**»), auprès des résidents en EHPAD («**cap sur le sensoriel**», hygiène bucco-dentaire), et auprès des aidants familiaux et professionnels (accompagnement des aidants à domicile et en établissement).

Des dispositifs de prévention spécifiques tels que les plans «**canicule**» mis en oeuvre chaque année du 1er juin au 31 août par l'ARS, s'adressent tout particulièrement aux personnes âgées ainsi qu'à leur entourage, afin de prévenir les risques de déshydratation fréquents dans cette population.

Dans le domaine de la prévention de la maltraitance des personnes âgées, les associations ALMA mettent en place dans chaque département une écoute téléphonique ainsi que des actions de sensibilisation et de formation des personnels tant à domicile qu'en institution.



