



## Personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante

■ Yann KUBIAK  
ARS Lorraine

Les années 2030 verront le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans franchir la barre des 300 000. Le vieillissement, phénomène plus marqué dans la Meuse et dans les Vosges, est également très présent en Moselle et Meurthe-et-Moselle. Le placement en établissement concerne surtout les personnes âgées en perte d'autonomie. Parmi les 42 000 bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie, 20 000 vivent en établissement et sont fortement dépendants. Depuis quelques années, le maintien à domicile est préféré au placement en établissement, notamment pour des personnes souffrant d'une légère perte d'autonomie. Ce choix implique de maintenir sur le territoire lorrain un nombre suffisant et bien réparti de professionnels de santé, notamment les médecins généralistes. Plusieurs mesures visent d'ores et déjà à renforcer l'attractivité de l'exercice de la médecine généraliste libérale sur l'ensemble des territoires lorrains.

**E**n 2006, plus d'un Lorrain sur cinq (21%) était âgé de 60 ans ou plus. Cette proportion atteindra 27% en 2021 et plus de 30% en 2031. Plus de 184 000 habitants étaient âgés d'au moins 75 ans, soit 7,9% de la population lorraine. À l'horizon 2031, cette classe d'âge comptera près de 300 000 personnes, soit un Lorrain sur huit.

### Un vieillissement annoncé

Tendance lourde de la démographie régionale, le vieillissement n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. Les départements les plus concernés sont la Meuse et les Vosges, où respectivement 24,5% et 26,1% des habitants sont âgés de 60 ans ou plus. À l'inverse, cette tranche d'âge est proportionnellement moins importante dans les deux autres départe-

tements lorrains, plus urbanisés, Meurthe-et-Moselle et Moselle. Toutefois, les projections réalisées sur le département de la Moselle font apparaître une accélération du vieillissement de la population. D'ici à 2031, le nombre de Mosellans âgés de 60 ans ou plus devrait progresser de 54,2%, contre moins de 40% en Meurthe-et-Moselle. L'augmentation continue de l'espérance de vie alimente les tranches d'âges les plus élevées.

### Faire correspondre l'offre en établissements aux besoins locaux

Anticiper le vieillissement à un niveau territorial fin est indispensable pour une politique éclairée de prévention et d'accompagnement de la dépendance. Cette



dernière appelle une réponse individualisée, proportionnée à la perte d'autonomie engendrée. Au 31 décembre 2009, en Lorraine, 42 461 personnes de 60 ans ou plus bénéficient de l'allocation personnalisée d'autonomie, 38% résident en institution. Plus de 60% des bénéficiaires présentent une perte d'autonomie totale ou sévère. Plus le degré de dépendance est élevé, plus le placement en institution s'avère nécessaire voire indispensable. À cet effet, au 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Lorraine compte 269 établissements réalisant de l'accueil pour personnes âgées dépendantes en hébergement permanent, soit une offre de 19 574 places installées. Le taux d'équipement varie fortement selon le territoire considéré, de 48,3 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus dans le Territoire de Santé de Proximité (TSP) de Longwy, à plus de 180 pour 1 000 dans le TSP de l'Ouest vosgien. En regard du vieillissement, l'offre en structures risque à terme d'être insuffisante dans des territoires très

vieillissants et moins dotés, à l'instar du Bassin Houiller, en Moselle-Est. Dans la décennie à venir, un rééquilibrage territorial de l'offre sera nécessaire, afin de répondre au mieux aux besoins localisés.

### Le maintien à domicile : une alternative exigeante

Pour les personnes moins dépendantes (GIR 3 ou 4), le maintien à domicile est la solution choisie dans plus de huit cas sur dix. Ce mode de prise en charge a la faveur des patients et de leurs familles. Il est également encouragé par les pouvoirs publics dans une logique de maîtrise des coûts.

Le maintien à domicile des personnes âgées coûte en effet globalement moins cher que le placement en institution. Toutefois, il requiert une présence suffisante et une bonne répartition géographique des professionnels de santé de premier recours. Dans cette approche pluri-professionnelle, la coordination est indispensable entre infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens et mé-

decins généralistes. Ces derniers occupent une place centrale dans le dispositif, en tant que prescripteurs. Les difficultés qui pourraient à moyen terme frapper cette profession auraient des conséquences importantes sur l'ensemble du système de soins ambulatoires de la région.

### Une démographie médicale mal répartie sur le territoire

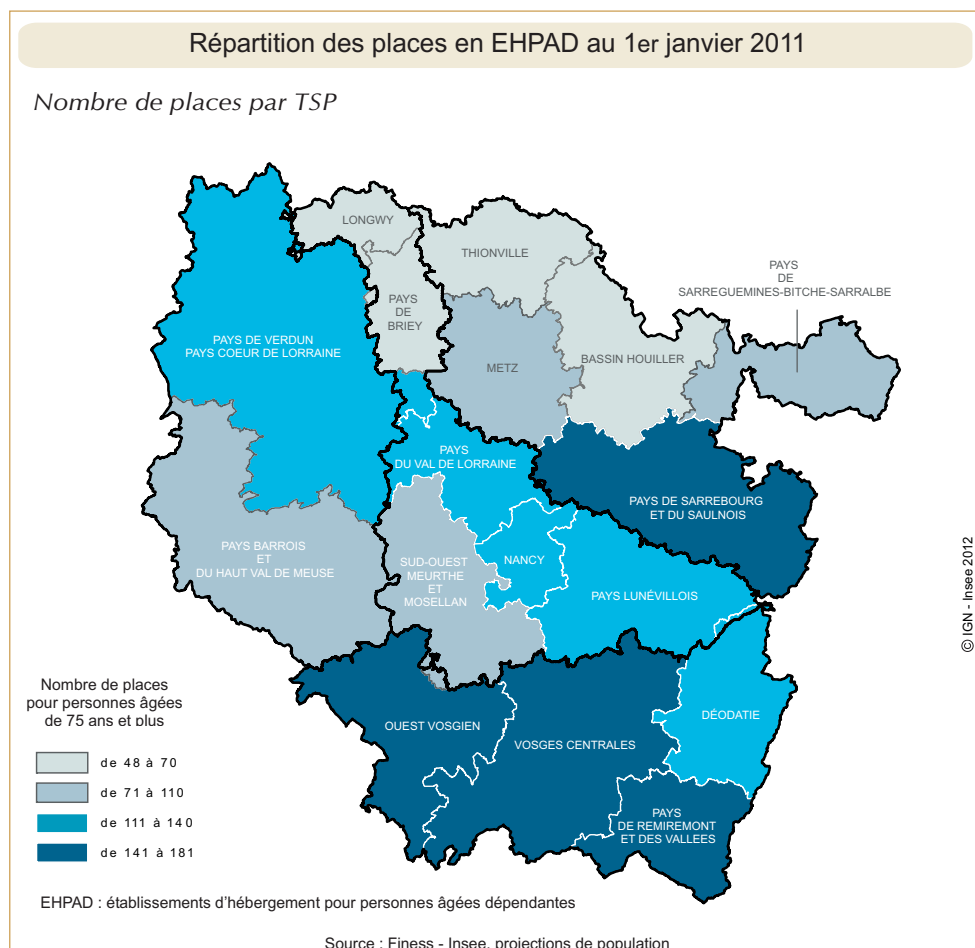
En Lorraine, les difficultés à venir sont déjà identifiées, même s'il n'y a jamais eu autant de médecins en activité : une densité médicale inférieure à la moyenne nationale, mais surtout de fortes disparités territoriales et une forte proportion de médecins qui cesseront leur activité dans les dix prochaines années.

Avec 102 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (source ADELI au 1<sup>er</sup> janvier 2011), la Lorraine se situe légèrement en dessous de la moyenne nationale (109 généralistes pour 100 000 habitants). Certains territoires de santé souffrent déjà d'une présence médicale très en deçà de la moyenne régionale. Dans la Meuse, la densité médicale est de près de 20 points inférieure à celle de la région. En Moselle, pourtant département urbain et le plus peuplé de Lorraine, la densité médicale est inférieure au niveau régional. Ce chiffre n'inclut toutefois pas les centres de santé miniers, très présents dans le Bassin houiller, et dans lesquels les médecins ont un statut de salariés. Ces centres accueillent désormais tous les patients, affiliés ou non au régime minier.

Les inégalités sont encore plus criantes au niveau des territoires de santé de proximité. Ainsi, les pays de Verdun et du Barrois font partie des territoires de Lorraine où le nombre de médecins généralistes libéraux est le plus faible.

### Des départs certains, des installations à motiver

À l'image de la population, la profession médicale est vieillissante. Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, sur les 2 404 mé-



decins généralistes libéraux exerçant en Lorraine, 38,7% sont âgés de 55 ans ou plus et mettront probablement fin à leur activité dans les dix ans à venir. Ces cessations d'activité tireront à la baisse la densité médicale, car les départs ne seront pas compensés en totalité par les nouvelles installations. Par ailleurs, ces installations devraient continuer de se concentrer sur le sillon lorrain, et ainsi accentuer les inégalités entre territoires, au détriment des marges, moins attractives. Sur la période 2006-2011, les flux nets d'installation sont lourdement déficitaires sur certains territoires lorrains comme Longwy ou Bar-le-Duc. Aux problèmes de densité et de flux d'installation s'ajoute celui de la localisation des praticiens. À densité équivalente, les cabinets médicaux sont deux fois plus concentrés géographiquement dans le Lunévillois que dans le TSP de Thionville. Ces effets d'agglomération de l'offre médicale tendent à augmenter le temps d'accès moyen au médecin le plus proche, pour les habitants des communes périphériques. Aussi, si ces tendances se poursuivaient – baisse du nombre de médecins et concentration de l'offre autour du sillon lorrain – elles pourraient creuser encore davantage les inégalités d'accès aux soins entre les différents territoires lorrains.

### Des mesures immédiates, des effets différés

Des mesures ont été prises pour prévenir la constitution de déserts médicaux. Le numerus clausus national, nombre d'étudiants en médecine admis au terme de la première année d'études est de 8 000 étudiants en 2012, contre 7 400 étudiants en 2011, et 4 100 en 2001. À Nancy, sur la même période, le nombre de places ouvertes a quasiment doublé, passant de 156 en 2001 à 306 en 2011. Ce renforcement des effectifs ne produira ses effets qu'à la fin de la décennie et ne résoudra pas l'insuffisante implantation dans les zones fragiles, la liberté d'installation restant pour l'instant la règle.

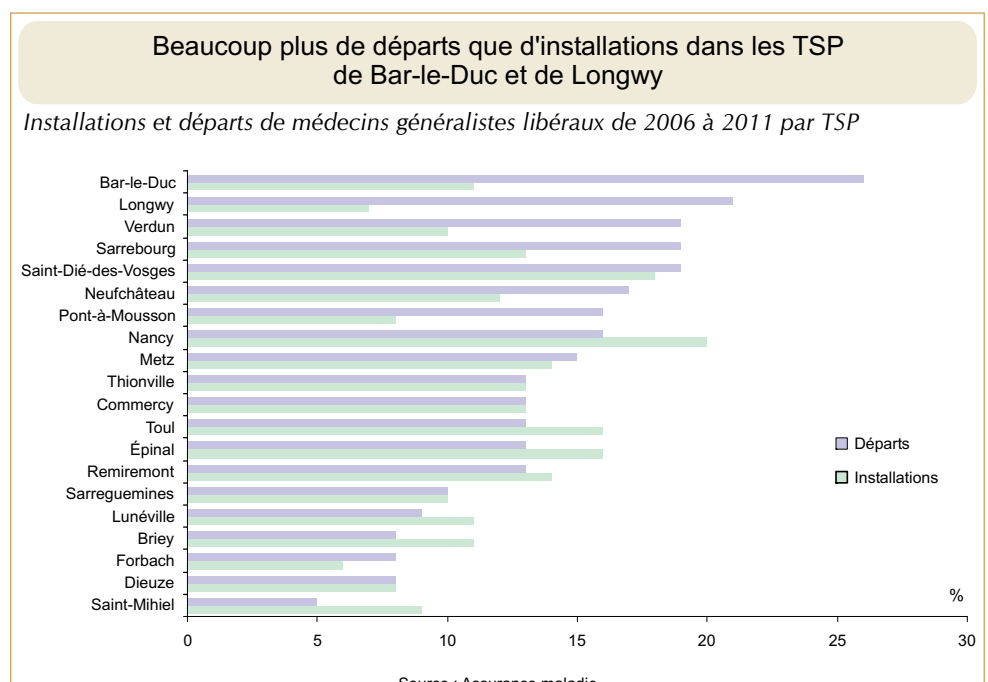
À plus court terme, le nombre de postes d'internat en spécialité « médecine générale » a été fortement relevé en Lorraine : 146 postes d'internat en 2011, contre 88 en 2004. D'autres dispositifs incitatifs existent, comme les contrats d'engagement de service public qui ont pour objectif « de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée ». En Lorraine, pour l'année universitaire 2010-2011, près de la moitié des 17 contrats proposés ont été signés. Dans le cadre du Projet Régional de Santé, des bassins de vie et des bassins de services intermédiaires ont été classés "fragiles". Dans ces bassins, les professionnels bénéficieront d'aides à l'installation. La grande majorité des zones éligibles se trouve dans la Meuse et dans les Vosges. L'ARS et la Faculté de médecine soutiennent également la mission de maître de stage. Dans ce cadre, le Conseil Régional de Lorraine aide financièrement les maîtres de stage exerçant en zone rurale. Leur mission consiste en effet à faire découvrir le métier et le terrain à de futurs professionnels.

D'autres initiatives existent déjà, notamment le développement des maisons médicales de santé ou des maisons de santé pluri-professionnelles. Ces structures sont implantées dans des zones où l'offre médicale est déficitaire, et les pro-

jets sont soutenus conjointement par des communautés de communes et des professionnels de santé. La pluridisciplinarité permet de placer le patient dans un parcours de soin, et incite les professionnels à une meilleure coordination, source de confort pour le patient et d'économie pour la collectivité. L'exercice en groupe est plébiscité par les jeunes professionnels. Depuis 2010, onze projets ont été validés par l'ARS. Actuellement, plus de vingt projets de maison de santé pluri-professionnelles sont en cours d'installation. L'année dernière, cette formule a permis six installations de jeunes médecins dans la Meuse.

### La consommation médicale : liée au vieillissement

Le défi posé par le vieillissement de la population en termes d'accès aux soins de premier recours est bien plus large que la seule réponse au problème de la dépendance et du maintien à domicile. Entre 2008 et 2010, les médecins généralistes lorrains ont effectué annuellement plus de dix millions de consultations, soit en moyenne quatre consultations par an et par habitant. Un lien positif se dégage entre vieillissement et niveau de consommation de soins. Environ 16% des consultations généralistes en Lorraine sont le fait de



patients âgés de 75 ans et plus, alors que les personnes de cet âge ne représentent que 8% de la population régionale. Cette surreprésentation résulte de l'apparition, généralement avec l'âge, de pathologies ou de maladies chroniques (diabète, hypertension, maladies cardio-vasculaires). Ces pathologies ou maladies nécessitent dans la plupart des cas des traitements qui ne relèvent pas de la dépendance.

Toutefois, le vieillissement n'est pas le seul facteur qui conditionne la consommation de soins observée. En effet, le nombre d'actes médicaux généralistes par habitant est très variable entre les communes ou territoires de santé de proximité de Lorraine.

Si la consommation de soins résulte principalement de comportements individuels non observés, elle dépend également, pour partie, de l'état de santé de la population, de sa composition sociodémographique et de l'offre médicale de proximité.

Toutes choses égales par ailleurs, le nombre annuel de décès survenus dans une commune est corrélé positivement à la consommation de soins généralistes de ses habitants. Cette consommation est d'autant plus élevée que la commune se trouve dans un territoire de santé de proximité où le taux de mortalité standardisé est élevé. Cet indicateur d'état de santé varie très fortement en Lorraine d'un TSP à l'autre. Seul le taux de Nancy est compa-

nable au niveau national. Partout ailleurs, il est plus élevé, en particulier en Moselle-Est dans le Saulnois, dans le TSP de Sarreguemines-Bitche-Sarralbe et dans le Bas-sin Houiller.

Parmi les déterminants sociodémographiques, plus la part des 75 ans et plus est importante dans une commune, plus le nombre de consultations généralistes est élevé. Ce résultat vient confirmer *ceteris paribus* l'influence du vieillissement sur la consommation de soins, à état de santé et offre médicale donnés. Il en est de même pour le nombre annuel de naissances enregistrées dans la commune. Les effets de ces deux facteurs tendent à valider l'idée que la consommation de soins se concentre aux deux extrémités de la vie. Toutefois, la part des enfants de moins de 5 ans n'influe pas significativement sur la consommation médicale généraliste. Autre facteur sociodémographique influent au niveau communal, la part des femmes est corrélée positivement avec la consommation de médecine générale. L'hypothèse souvent avancée est que les femmes, jouissant en général d'indicateurs de santé meilleurs que ceux des hommes, sont plus attentives à leur santé ou celle de leurs enfants.

Enfin, la question des inégalités sociales de santé est abordée au travers de la composition sociale de la population active communale.

Plus la part des ouvriers est importante, plus la consommation médicale généraliste par habitant est élevée. Ce résultat fait écho dans une région où la part des ouvriers dans la population active demeure 5 points au-dessus de la moyenne nationale, et où, dans les anciens bassins industriels, une part importante des retraités sont d'anciens ouvriers.

Les facteurs d'offre médicale influent moins sur la consommation médicale que les facteurs sociodémographiques ou de santé. Ils jouent toutefois un rôle significatif. Toutes choses égales par ailleurs, plus la densité médicale est élevée dans un TSP, plus la consommation médicale est importante dans les communes qui le constituent. Ce résultat valide l'idée selon laquelle une offre abondante génère sa propre demande. Cette théorie dite «de la demande induite» a justifié pendant ces dernières décennies le maintien d'un *numerus clausus* bas. Toutefois, à densités médicales égales, la consommation médicale est d'autant plus faible que la distance au plus proche médecin est élevée. Ce résultat confirme que le maintien voire l'accroissement du nombre de médecins dans la région est une condition nécessaire mais insuffisante pour assurer sur le territoire lorrain un accès homogène aux soins de proximité.

### La consommation médicale par habitant augmente avec le vieillissement

Nom de la variable explicative	Coefficient standardisé	Significativité
Nombre de décès au niveau communal lissé sur la période 2006-2008	0,14	***
Part communale des personnes âgées de 75 ans et plus	0,13	***
Taux de mortalité standardisé (par sexe et âge) au niveau TSP	0,13	***
Pourcentage de femmes dans la commune	0,13	***
Nombre de naissances au niveau communal lissé sur la période 2006-2008	0,12	***
Part des ouvriers dans la population active communale	0,11	***
Nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants au niveau TSP	0,07	**
Part des moins de 5 ans	-0,03	ns
Distance moyenne au médecin le plus proche calculée dans chaque TSP	-0,06	**

Variable expliquée : nombre annuel moyen de consultations généralistes par habitant (période 2006-2008)

\*\*\* : significatif au seuil de 1%

\*\* : significatif au seuil de 5%

ns : non significatif

Note de lecture : Toutes choses égales par ailleurs, une augmentation de la part des personnes âgées de 75 ans et plus implique une hausse de la consommation médicale par habitant. L'impact du vieillissement est du même ordre de grandeur (+0,13) que l'état de santé. L'offre médicale influe aussi sur la consommation mais son impact est moitié moindre (+0,07). À offre équivalente, plus la distance au médecin le plus proche est grande, plus la consommation de soins est faible (-0,06).

## Savoir plus :

- Sur le site de l'Orsas Lorraine  
<http://www.orsas.fr/>

- Sur le site de l'ARS Lorraine  
<http://www.ars.lorraine.sante.fr>

- STATISS 2010 - Statistiques et indicateurs de la santé et du social :  
[http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS\\_LORRAINE/ACTUALITES/statiss2010.pdf](http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/statiss2010.pdf)

- L'accès aux soins de premiers recours :  
<http://www.lorraine.sante.gouv.fr/statetu/etud/doc/sante/accesoin.pdf>

**Site Internet :**  
[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

Ministère de l'Économie et des Finances

**Insee**  
**Institut National de la Statistique et des Études Économiques**  
**Direction Régionale de Lorraine**  
15, rue du Général Hulot  
CS 54229  
54042 NANCY CEDEX  
Tél : 03 83 91 85 85  
Fax : 03 83 40 45 61  
[www.insee.fr/lorraine](http://www.insee.fr/lorraine)

**DIRECTEUR DE LA PUBLICATION**  
Christian TOULET  
Directeur régional de l'Insee

**COORDINATION RÉDACTIONNELLE**  
Bertrand KAUFFMANN  
Jean-Jacques PIERRE

**RESPONSABLE ÉDITORIALE ET RELATIONS MÉDIAS**  
Brigitte VIENNEAUX

**RÉDACTRICE EN CHEF**  
Agnès VERDIN

**RÉALISATION DE PRODUITS ÉDITORIAUX**  
Édith ARNOULD  
Marie-Thérèse CAMPISTROUS

ISSN : 0293-9657  
© INSEE 2012

## APA

Entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2002, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) permet aux personnes de plus de 60 ans résidant en France de bénéficier d'une aide pour accomplir des actes essentiels à leur vie. Elle prend en charge tout ou partie des frais liés à la perte d'autonomie. Le montant de cette aide est fonction du degré de dépendance de chacun (voir Grille AGGIR). Le Conseil général instruit les demandes et règle la prestation. L'instruction de chaque demande s'appuie sur une analyse personnalisée des besoins. Cette évaluation est réalisée au domicile de la personne âgée. L'APA peut être accordée aux personnes placées en famille d'accueil, en établissement, ou souhaitant le maintien à domicile. Dans ce dernier cas, l'APA participe à la prise en charge des dépenses qui concourent à l'autonomie et sont nécessaires au maintien à domicile : aide humaine, portage de repas, téléalarme, adaptation du logement, frais de séjour en accueil temporaire ou accueil de jour.

## Grille AGGIR

La grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources) permet de classer les personnes âgées de 60 ans ou plus en six niveaux de perte d'autonomie :

- GIR 1 : personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

- GIR 2 : personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices.

- GIR 3 : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.

- GIR 4 : personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.

- GIR 5 et GIR 6 : personnes très peu ou pas dépendantes (ces 2 derniers groupes ne donnent pas droit à l'APA).

## TSP

La définition des Territoires de Santé de Proximité (TSP) résulte des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins de troisième génération (SROS3). Elle constitue une des innovations importantes du SROS 3 en Lorraine. Le TSP doit répondre «aux besoins de la population tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention, de la réinsertion et de la réadaptation». Il doit correspondre à un «exercice collectif et interprofessionnel sur lequel s'organise la permanence des soins» et doit permettre d'«assurer des services polyvalents et coordonnés» et «faciliter une continuité de la prise en charge». Le territoire n'est plus envisagé comme un périmètre administratif, mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins.

Avec l'élaboration du SROS-PRS, les TSP n'ont plus de caractère officiel mais conservent leur statut de territoire d'observation.