

Diagnostic territorial / Analisi territoriale

Analyse des besoins en offre d'action sociale, médico-sociale et sanitaire des personnes âgées sur le territoire des Terres du Monviso

Analisi dei bisogni in materia di azione sociale, socio-assistenziale e sociosanitaria delle persone anziane sui territori delle Terre del Monviso

PITER Terres Monviso - Projet InCL Bien vieillir



«La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

Remerciements

Le présent rapport n'aurait pas pu voir le jour sans l'implication et les contributions des collectivités locales, notamment des Chargées de missions en charge de la coordination des travaux de diagnostic représentant la Communauté de Commune de Serre-Ponçon, de la Directrice des services à la population de la Communauté de Communes du Guillestrois-Queyras et de la Directrice générale des services de la Communauté des Communes de la Vallée de l'Ubaye.

Un remerciement particulier aux acteurs du territoire ayant pris de leur temps pour faciliter l'entrée en contact avec les usagers et participer aux rendez-vous, notamment : l'animatrice territoriale du CCAS de Méolan-Revel, la Responsable du CCAS de Barcelonnette, la référente de l'ADMR de Barcelonnette, la Responsable de l'Antenne de la Croix Rouge de Barcelonnette, la Chargée de développement et des partenariats de la Fédération ADMR 05, les référentes autonomie de la Maison des solidarités d'Embrun et Guillestre du Département des Hautes-Alpes, l'équipe du CCAS d'Embrun, la Responsable du Service aînés de l'ACSSQ.

Par ailleurs, ce travail de diagnostic a pu être réalisé grâce aux retours des acteurs ressources qui se sont rendus disponibles malgré la situation de crise sanitaire, à conduire et partager leur réflexion autour des problématiques du vieillissement qui impactent les vallées sud alpines des Terres Monviso.

Rien de tout cela n'aurait pu prendre un sens sans la participation des usagers et leurs disponibilités à me recevoir et m'accueillir, malgré la situation actuelle.

Enfin, un grand merci à Claire Guichou du cabinet EVALISS pour son support méthodologique et son énergie jusqu'au bout dans la production de ce rapport.

<p>Synthèse des travaux du diagnostic territorial des besoins des personnes âgées qui résident sur les territoires des Terres du Monviso.</p> <p>Le diagnostic territorial lancé par les trois Communautés de Communes de Serre-Ponçon, du Guillestrois-Queyras et de la Vallées de l'Ubaye-Serre-Ponçon, a été réalisé afin de mieux comprendre l'adéquation de l'offre de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux avec les besoins des personnes âgées de 65 ans et plus résidant sur ces territoires et identifier les zones de manque.</p> <p>La démarche a été réalisée par la Mutualité Française PACA SSAM et le cabinet EVALISS et conduite en quatre temps forts : la rencontre d'acteurs ressources présents sur les territoires de référence étant en lien avec les personnes âgées, la passation d'un questionnaire (en ligne) aux acteurs des trois territoires n'ayant pas pu être rencontrés, la rencontre d'un panel non représentatif d'utilisateurs, le croisement des résultats d'enquête avec les données issues des enquêtes territoriales.</p> <p>L'étude s'est basée sur l'approche socio-environnementale et des déterminants sociaux de la santé afin de comprendre l'impact sur les personnes âgées habitant au domicile, en particulier : en menant une analyse sur le contexte global, les systèmes, les milieux de vie, les caractéristiques individuelles et l'état de santé de la population de référence.</p> <p>Par le croisement des retours des professionnels, ceux des usagers et des données descriptives et statistiques, le diagnostic a permis de faire émerger plusieurs besoins. Parmi ces besoins, trois ont été identifiés comme prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Maintenir la mobilité des personnes le plus longtemps possible⇒ Adapter les logements des personnes⇒ Conduire et multiplier les actions de prévention et d'animation de proximité en direction des aînés et des aidants <p>Les autres besoins identifiés ont été classés par domaine d'intervention :</p> <p>L'accès aux services de santé et médico-sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Faciliter l'accès aux professionnels de second recours⇒ Aider à faire connaître les aides et services	<p>Sintesi dei lavori dello studio territoriale dei bisogni delle persone anziane che risiedono nei territori delle Terre del Monviso.</p> <p>Lo studio territoriale avviato dalle tre Comunità di Comuni di Serre-Ponçon, Guillestrois-Queyras e Vallées de l'Ubaye-Serre-Ponçon, è stato realizzato al fine di capire meglio l'adeguatezza dell'offerta di servizi sanitari, socio-assistenziali e sociali in relazione ai bisogni delle persone anziane con più di 65 anni di età residenti in questi territori.</p> <p>Lo studio è stato condotto dalla Mutualité Française PACA SSAM e dalla società EVALISS e si è svolto in quattro fasi principali: l'incontro di attori chiave presenti sui territori di riferimento in contatto con gli anziani, la diffusione di un questionario (online) agli attori dei tre territori che non è stato possibile incontrare, l'incontro di un campione non rappresentativo di utenti, l'incrocio dei risultati dell'indagine con i dati degli studi di settore.</p> <p>Lo studio si è basato sull'approccio socio-ambientale e dei determinanti sociali della salute al fine di comprendere l'impatto sugli anziani che vivono a domicilio, in particolare: effettuando un'analisi sul contesto globale, i sistemi, gli ambienti di vita, caratteristiche individuali e stato di salute della popolazione di riferimento.</p> <p>Combinando il riscontro degli operatori, quello utenti e i dati descrittivi e statistici, l'analisi ha permesso di identificare diverse esigenze. Tra queste, tre sono state individuate come prioritarie:</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Garantire la mobilità delle persone il più a lungo possibile;⇒ Adattare i luoghi di vita delle persone⇒ Condurre e moltiplicare le azioni di prevenzione e di animazione di prossimità in direzione degli anziani <p>Gli altri bisogni identificati sono stati classificati per settore d'intervento:</p> <p>L'accesso ai servizi sanitari e socio-assistenziali :</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ <i>Facilitare l'accesso al personale specialistico</i>⇒ <i>Contribuire a far conoscere i sussidi ed i servizi esistenti per gli anziani</i>⇒ <i>Anticipare l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della domanda di assistenza</i>
---	--

<p>existants à destination des personnes âgées</p> <p>⇒ Anticiper le vieillissement de la population et l'augmentation de la demande de soins</p> <p>Logement et espace urbain</p> <p>⇒ Aider à faire connaître les aides et services existants à destination des personnes âgées</p> <p>⇒ Accompagner les personnes (opérateurs du territoire et usagers) à prendre conscience de la nécessité d'adapter un logement avec l'avancée en âge avant 75 ans</p> <p>⇒ Améliorer le repérage des personnes fragiles dont le logement n'est pas adaptés énergétiquement (eaux potable, électricité)</p> <p>Déplacement et mobilité</p> <p>⇒ Développer des moyens de transports individuels et collectifs à la demande</p> <p>⇒ Adapter l'espace urbain (trottoirs, bancs publics, etc.)</p> <p>Public vulnérable, isolement, précarité et insécurité</p> <p>⇒ Développer la connaissance de tous les professionnels aux principaux facteurs de risques d'isolement géographique et sociale, aux notions de précarité économique et sociale</p> <p>⇒ Conduire un travail collectif pour définir ce que signifie "être précaire sur les Terres Monviso"</p> <p>⇒ Favoriser les activités collectives et les réseaux de sociabilité permettant de lutter contre l'isolement et la solitude des personnes</p> <p>Accès aux droits et participation citoyenne</p> <p>⇒ Développer une communication adaptée envers les personnes âgées pour faire connaître leurs droits</p> <p>⇒ Identifier les zones blanches et mutualiser les moyens intercommunaux</p> <p>⇒ Limiter la dématérialisation des services et/ou développer des actions d'accompagnement aux outils numériques des personnes</p> <p>⇒ Recréer d'autres formes de participation, mieux adaptées aux 75 ans et plus</p> <p>⇒ Développer une offre culturelle diversifiée (exemple : déployer des spectacles itinérants dans le milieu de vie qui répondent aux centres d'intérêts des personnes)</p>	<p><i>sanitaria</i></p> <p><i>Luogo di vita e spazio urbano</i></p> <p>⇒ <i>Contribuire a far conoscere gli aiuti ed i servizi esistenti per gli anziani</i></p> <p>⇒ <i>Accompagnare le persone (operatori del territorio ed utenti) a prendere coscienza della necessità di adattare gli alloggi con l'avanzare dell'età prima dei 75 anni</i></p> <p>⇒ <i>Migliorare l'identificazione delle persone vulnerabili il cui alloggio non è energeticamente inadatto (acqua potabile, elettricità)</i></p> <p><i>Spostamenti e mobilità</i></p> <p>⇒ <i>Sviluppare mezzi di trasporto individuali e collettivi alla domanda</i></p> <p>⇒ <i>Adattare lo spazio urbano (marciapiedi, panchine pubbliche, ecc.)</i></p> <p><i>Pubblico vulnerabile, isolamento, precarietà e insicurezza</i></p> <p>⇒ <i>Sviluppare la conoscenza di tutti i professionisti sui principali fattori di rischio d'isolamento geografico e sociale, le nozioni di precarietà economica e sociale</i></p> <p>⇒ <i>Condurre un lavoro collettivo per definire cosa significa essere "precari sulle Terre del Monviso"</i></p> <p>⇒ <i>Promuovere attività collettive e reti sociali per lottare contro l'isolamento e la solitudine delle persone</i></p> <p><i>L'accesso ai diritti e la partecipazione dei cittadini</i></p> <p>⇒ <i>Sviluppare una comunicazione adeguata verso gli anziani per far conoscere i loro diritti</i></p> <p>⇒ <i>Identificare le zone franche e raggruppare le risorse intercomunali</i></p> <p>⇒ <i>Limitare la dematerializzazione dei servizi e / o sviluppare azioni di supporto agli strumenti digitali delle persone</i></p> <p>⇒ <i>Ricreare altre forme di partecipazione, più adatte a persone dai 75 anni in su</i></p> <p>⇒ <i>Sviluppare un'offerta culturale diversificata (esempio: distribuire spettacoli itineranti nell'ambiente di vita che soddisfino gli interessi delle persone)</i></p> <p><i>Comportamento individuale</i></p> <p>⇒ <i>Sviluppare la conoscenza dei professionisti dei segni di dipendenza e dipendenza</i></p> <p>⇒ <i>Sviluppare un'offerta diversificata di attività</i></p>
--	--

<p>Comportement individuels</p> <p>⇒ Développer la connaissance des professionnels sur les signes de dépendances et d'addictions</p> <p>⇒ Développer une offre diversifiée d'activité physique qui permette une pratique régulière</p> <p>A l'issue de cette analyse, le diagnostic émet des préconisations et propose des pistes de réflexion sur lesquels les Communautés de Communes peuvent d'ores et déjà s'investir dans le cadre du projet Bien Vieillir, notamment :</p> <p>⇒ Mutualiser les services au niveau des CC, inter CC, prioriser les offres d'actions sociales et engager une démarche Ville amie des aînés.</p> <p>⇒ Structurer les services à destination des personnes âgées par pôles de compétences et favoriser la pluridisciplinarité et la transversalité</p> <p>⇒ Faire évoluer les services de santé et médico-sociaux ainsi qu'une offre d'hébergements adaptés</p>	<p><i>fisica che consenta una pratica regolare.</i></p> <p><i>Al termine di questa analisi, lo studio formula alcune raccomandazioni e suggerisce percorsi di riflessione su cui le Comunità di Comuni possono già investire nell'ambito del progetto Invecchiare bene, in particolare:</i></p> <p>⇒ <i>Mutualizzare i servizi a livello delle Comunità dei Comuni, tra Comunità dei Comuni, dando priorità alle offerte di azione sociale e avviando un'esperienza di Città amica degli anziani.</i></p> <p>⇒ <i>Strutturare i servizi per gli anziani per settori di competenza e promuovere la multidisciplinarietà e la trasversalità</i></p> <p>⇒ <i>Sviluppare servizi sanitari e socioassistenziali, nonché un'offre di luoghi di vita adattati.</i></p>
---	---

Table des matières

Introduction générale	8
Déroulement de la mission	9
L'évolution de la formulation des objectifs.....	9
Méthodologie de réalisation du diagnostic	10
L'approche socio-environnementale mise au service du Bien-Vieillir.....	10
Les choix thématiques réalisés pour le diagnostic du Projet Bien Vieillir.....	11
La réalisation de la collecte de données	13
Les personnes mobilisées dans le cadre du diagnostic.....	14
Les biais méthodologiques des travaux	17
Présentation du rapport	18
Le contexte global.....	19
Portrait géographique du territoire à la frontière italienne.....	19
Éléments du contexte socio-économique.....	20
Des conditions de vie favorables sur les CC	21
La diminution des revenus des personnes de 65 ans et plus	21
Les caractéristiques de la population	23
Une population peu dense sur l'ensemble des CC.....	23
Une surreprésentation des personnes de 60 ans et plus.....	24
L'organisation de l'offre et du système sanitaire, médico-social et social.....	27
L'accès à l'offre de soins de premier recours et de second recours en tension	27
La densité de médecins généralistes est bonne, mais en tension	27
L'offre en kinésithérapie et soins dentaires.....	28
L'offre en infirmiers est très satisfaisante.....	29
Des fortes carences sur certaines spécialités.....	29
Le taux de renoncement aux soins	30
Professionnels et usagers unanimes sur l'existence d'une inégalité territoriale d'accès aux soins.....	31
L'adéquation de l'offre et des besoins dans le champ de l'action social et du médico-social	33
Une offre d'action sociale diversifiée, mais qui laisse apparaître des zones blanches	33
Une offre médico-sociale importante, mais peu diversifiée qui laisse apparaître des zones blanches.....	34
Des actions et services insuffisamment visibles pour les usagers.....	35
Les milieux de vie et l'environnement des personnes	38
Le milieu familial	38
La part des personnes âgées vivant seules augmente avec les années	38
Les milieux d'hébergements : le patrimoine des personnes de 65 ans et plus.....	39

Le patrimoine détenu par les personnes de 65 ans est élevé	39
La précarité financière des personnes très âgées.....	40
Une anticipation inégale de l'adaptation au logement.....	41
Les aides financières pour aider à l'adaptation des logements sont très peu connues	41
La communauté locale et le voisinage	42
Des territoires dans lesquels les personnes se sentent en sécurité.....	42
Des difficultés de mobilité croissantes avec l'âge	42
La participation aux activités de loisirs et le choix des animations sont liés aux représentations des usagers, à leur mobilité et à leur gratuité	43
Un isolement géographique et social subi par les usagers	43
L'état de santé de la population	45
Des taux de mortalité et d'espérance de vie favorables pour les plus de 65 ans	45
Une prévalence des affections de longues durées un peu plus importante que la moyenne et une couverture moindre de la population.....	46
Les personnes de 70 ans et plus ont encore des difficultés à intégrer les parcours de santé	46
Les habitudes de vie des usagers : sommeil, activités physiques et consommations (alcool, médicaments).....	46
Les spécificités locales	48
CC Guillestrois-Queyras	48
CC Vallée de l'Ubaye Serre-Ponçon	49
CC Serre-Ponçon	49
Les impacts de la crise de la COVID 19.....	50
Les recommandations formulées par les usagers et les professionnels	51
La synthèse des besoins.....	53
Les préconisations	54
Annexe n° 1 : Synthèse des entretiens individuels et des questionnaires adressés aux professionnels	56
Annexe n° 2 : Synthèse des entretiens individuels des usagers.....	59
Annexe n° 3 : Bibliographie thématique	65

Introduction générale

Le vieillissement des personnes âgées est un phénomène global en France, dans la région PACA, sur les départements des Hautes-Alpes et des Alpes de hautes Provence et évidemment sur les Terres Monviso. Loin d'être anecdotique, la géronto-croissance pose un ensemble de questionnement pour les acteurs locaux (politiques et administratifs) qui constatent jour après jour l'augmentation et la singularité des situations de leurs administrés.

Ces préoccupations et le soutien apporté par le Projet simple 5 Incl : Bien Vieillir dans le cadre du Programme Intégré Territorial (PITER) ALCOTRA ont conduit trois communautés de communes : la Communauté de Communes de Serre-Ponçon, la Communauté de Communes de la Vallée de l'Ubaye-Serre-Ponçon et la Communauté de Communes du Guillestrois-Queyras, à commander une enquête pour **la réalisation d'un diagnostic de la demande et des besoins sanitaires et médico-sociaux des personnes âgées sur le territoire français des Terres Monviso**. L'ensemble de la population des trois communes représente 32 116 personnes.



Situés en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et à la frontière italienne, les acteurs du territoire des Terres Monviso sont depuis plusieurs années à l'initiative et actifs pour créer des stratégies en faveur de l'amélioration des connaissances des besoins des citoyens et la création de services innovants.

L'enquête s'est déroulée de juin à décembre 2020 dans un contexte singulier de pandémie mondiale (SARS-COVID 19).

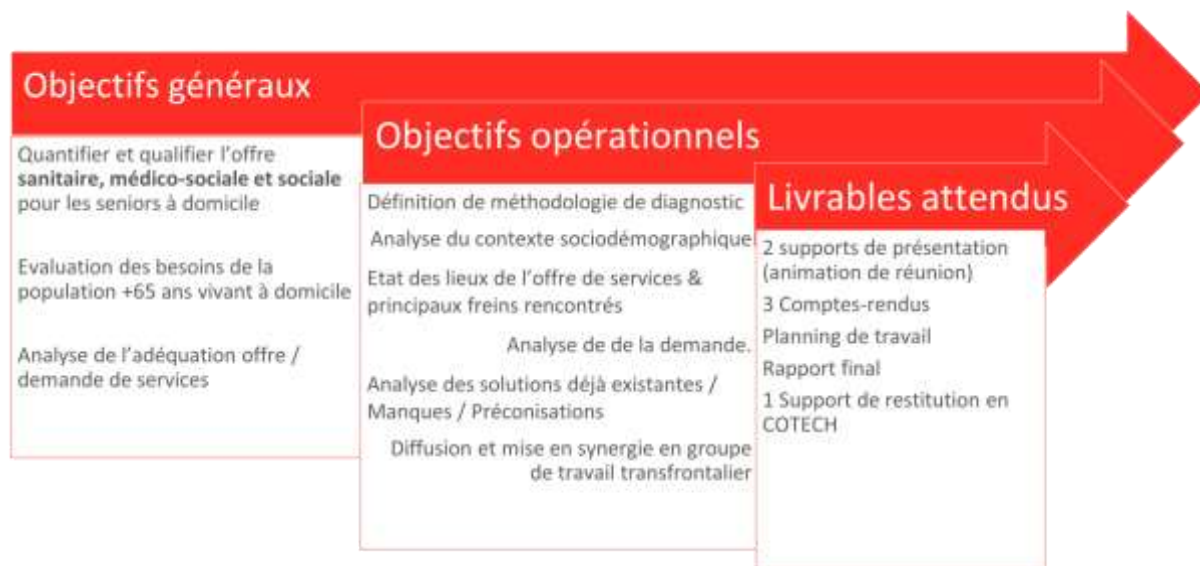
Le rapport final est la synthèse :

- d'un travail de statistique descriptive,
 - o sur les territoires avec les données nationales (INSEE), voire locales,
 - o sur les opinions des professionnels à l'aide d'un questionnaire fermé,
- d'entretiens individuels auprès des usagers et des professionnels.

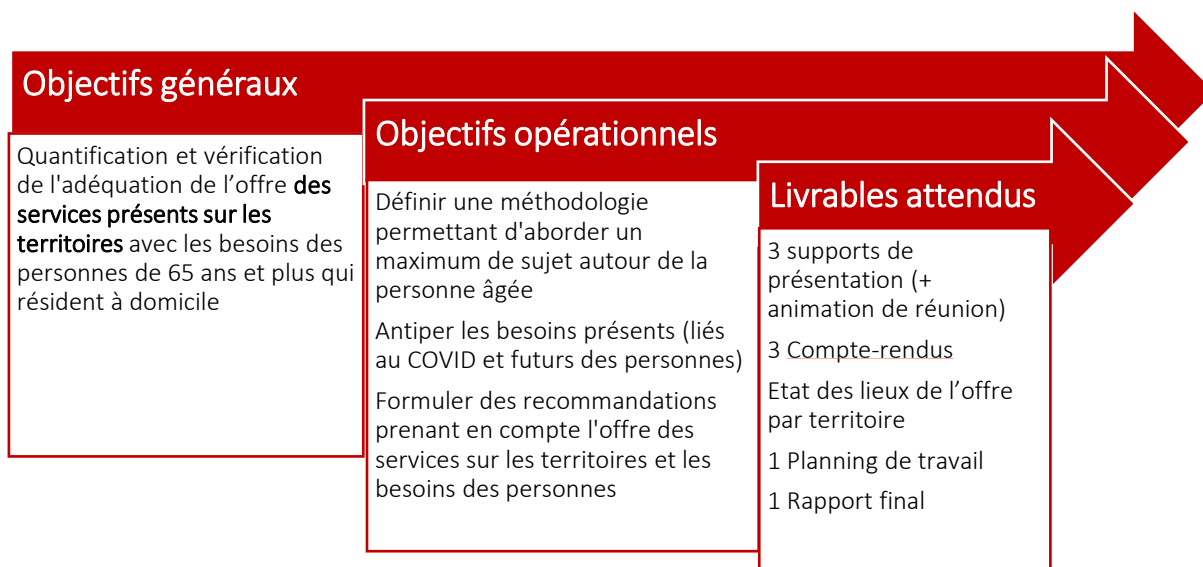
Déroulement de la mission

L'évolution de la formulation des objectifs

Initialement, la mission poursuit les objectifs suivants.



Au premier Comité Technique (COTECH), des demandes non précisées dès l'appel d'offres ont été prises en considération afin d'avoir une vision plus globale et large des actions menées et à mener en direction des personnes âgées du territoire. Ce choix, tout à fait pertinent a eu des conséquences sur la formulation des objectifs et la méthodologie mise en œuvre.



Les choix thématiques réalisés pour le diagnostic du Projet Bien Vieillir

Compte tenu de la diversité des thématiques et des sous-thématiques couvertes par les déterminants de la santé, une sélection fut opérée en comité technique et par le prestataire. La sélection s'est opérée notamment en fonction des compétences (c'est-à-dire des CC) à pouvoir répondre à un besoin et des priorités fixées par le commanditaire.

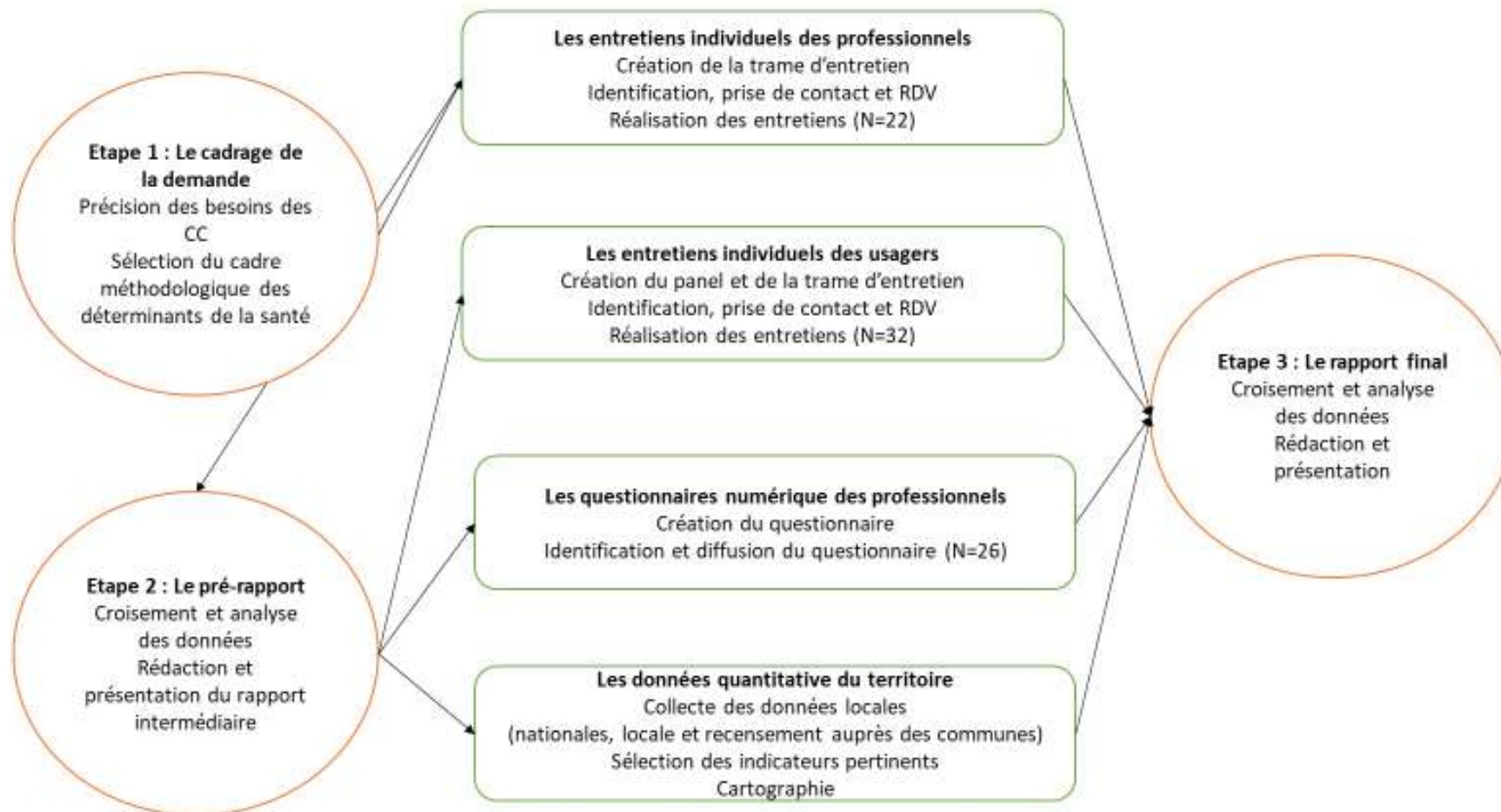
À des fins de compréhension des différentes catégories et sujets recouverts par le diagnostic des encadrés viendront les définir tout au long de ce rapport.

	Sous-catégories incluses	Sous-catégorie exclue
Contexte global		
Contexte démographique	Mouvement migratoire et de population, structure de la population par âge, mortalité, densité de population, composition des ménages	Natalité et fécondité
Contexte politique et législatif	Non couvert	Action sociale, économie (fiscalité), médico-sociale et de santé Régime et culture politique des institutions, politique sociale, lois et règlements
Contexte économique	Création d'entreprise, activité principale, taux de chômage, revenu médian, taux de pauvreté, ménages fiscaux, CSG, aides ANAH, part des résidences principales et secondaires	Coût des biens de consommation, distribution de la richesse, structure/conjoncture économique, niveau d'endettement et crédits des ménages
Environnement naturel et écosystèmes	Accès au territoire, topographie	Climat, contaminant (air, eau, sol), niveaux de risque de sinistre, radiations
Contexte social et culturel	Non couvert	Normes, valeurs, préjugés et discrimination, changements sociaux
Contexte technologique et scientifique	Informatisation et TIC	Technologies et modes d'intervention en santé (appareils et équipements, procédures), pharmacologie, connaissances et innovations dans le domaine social
Systemes		
Services sociaux et services de santé	Soins de premier et second recours, services médico-sociaux et d'action sociale, accessibilité des services, complémentaire santé solidaire	Structure privé et public, type d'équipement, qualités des services, accessibilité financière et financement
Aménagement du territoire	Aménagement urbain et rural des CC, moyens et infrastructures de transports, part des résidences principales et secondaires	Logement social, espaces publics
Système d'éducation et de services de garde à l'enfance	Non couvert	
Soutien à l'emploi et solidarité sociale		

Autres systèmes et programmes		
Milieus de vie		
Milieu familial	Structure des ménages, soutien social et affectif, conditions matérielles et socio-économique (qualité du logement et adaptation, revenu familial)	Relations dans la famille, liens d'attachement, violence intrafamiliale
Milieus de travail	Non couvert	
Communauté locale et voisinage	Soutien social et réseaux (institutionnel et associatif), conditions matérielles (sécurité dans l'espace urbain), participation citoyenne	Cohésion sociale et capital social, gouvernance locale et politiques publiques locales, criminalité,
Milieu scolaire et de garde à l'enfance	Non couvert	
Milieu d'hébergement	Type de milieu pour les aînés	Ressources (humaines et équipement), accessibilité, conditions sociales et matérielles, gouvernance locale
Caractéristiques individuelles		
Caractéristiques biologiques et génétiques	Non couvert	Âge, sexe, particularité génétique, statut immunitaire et vaccinal
Habitudes de vie et comportements	Pratique et accès aux activités, perception des consommations d'alcool et de drogues, participation aux services préventifs	Nutrition et alimentation, mode de vie, tabagisme, pratiques sexuelles et affectives, jeux de hasard et d'argent, attitudes, voyages, hygiène et soins
Caractéristiques socioéconomiques	Insécurité alimentaire	Type d'emploi, revenu individuel, niveau de scolarité, origine ethnoculturelle et langue, statut socio-économique
Compétences personnelles et sociales	Non couverts	Capacités physiques, habiletés cognitives, compétences sociales, résilience, sentiment de contrôle/de sécurité, connaissance sur la santé, littératie
État de santé de la population		
Santé globale		Perception de la santé globale, incapacité, santé fonctionnelle, bien-être
Santé mentale et psychosociale	Intégration sociale	Santé mentale positive et négative, suicide, adaptation sociale et rôle social
Santé physique	Prévalence des ALD, morbidité	Maladies et traumatismes, létalité, comorbidité, éclosions et épidémies

La réalisation de la collecte de données

La collecte de données s'est réalisée grâce à quatre actions coordonnées et cohérentes rappelées dans le schéma ci-dessous.



Les personnes mobilisées dans le cadre du diagnostic

Les professionnels et les opérateurs qui interviennent en lien avec les personnes âgées

Cette enquête a vu la participation de **48 professionnels** dont la majorité travaille dans le **secteur médico-social** et dont la distribution est présentée dans le tableau ci-dessous.

Secteur d'intervention de l'opérateur	Questionnaire	Enquête
Administration publique	3	3
Logement	1	1
Médico-social	11	10
Santé, médico-sociale	0	2
Services aux publics	2	2
Social	4	4
Culture, loisirs, sports	3	0
Associations	2	0
Total	26	22

Parmi ces 48 personnes, la démarche a vu la participation de **26 acteurs ressources** sur **15 entretiens individuels d'une durée moyenne de 50 minutes**. La sélection de ces acteurs a été faite sur la base de leur large connaissance des problématiques des personnes âgées vivant sur le territoire et avec la participation des Communautés de Communes qui ont aidé les enquêteurs à les identifier.

Concernant la localisation des répondants, les Communautés de Communes de la Vallée de l'Ubaye et de Serre-Ponçon sont représentées et en suivant le Guillestrois (voir tableau ci-dessous).

	Questionnaire	Enquête
Communauté de communes Vallée de l'Ubaye Serre-Ponçon	8	5
Communauté de communes de Serre-Ponçon	6	8
Communauté de communes du Guillestrois	1	6
CC du Guillestrois et Serre-Ponçon	1	0
Département des hautes Alpes	6	3
Département des hautes Alpes et des Alpes de Haute Provence	4	0
Total	26	22

Enfin pour les besoins de la cartographie de l'offre de soins de l'action sociale, l'ensemble des communes des 3 CC ont été contactées avec plus ou moins de succès. Cet échange a permis de réaliser un recensement non exhaustif et de compléter des offres sur le territoire.

Les usagers

- **Les caractéristiques et le repérage du groupe des usagers**

Un travail de définition d'un groupe présentant certaines caractéristiques a été réalisé avec le Comité technique. Pour ce faire, il a été défini un panel de 30 personnes soit 10 par territoire présentant les critères suivants :

- l'âge (avoir 65 ans ou plus),
- le lieu de résidence,
- le statut des personnes (vivre seule ou non, être aidant),
- habiter en zone urbaine ou rurale.

Cela a permis de lister les profils recherchés sur chaque territoire :

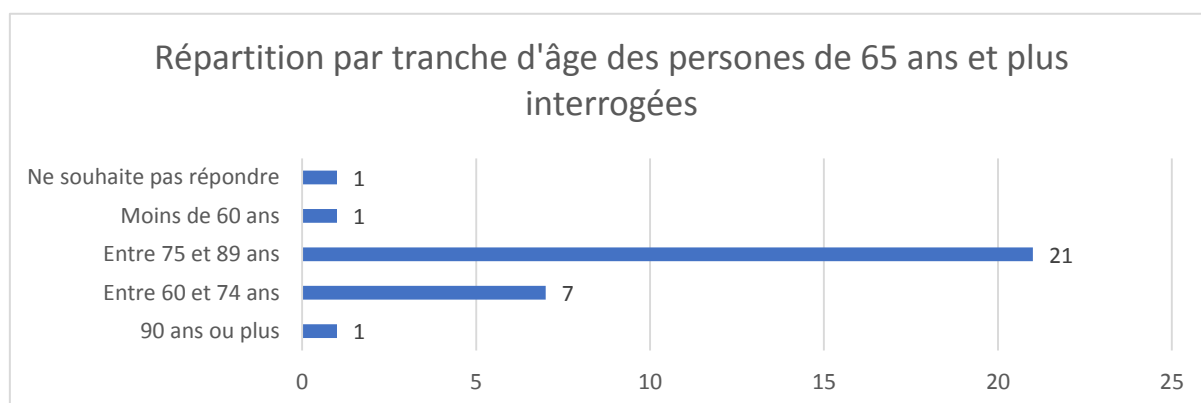
- 2 aidants proches de plus de 65 ans,
- 2 personnes vivant seules ayant plus de 75 ans en zone rurale,
- 2 personnes vivant seules ayant plus de 75 ans en zone urbaine,
- 2 personnes vivant en couple et ayant plus de 75 ans
- et 2 personnes ayant entre 65 et 75 ans.

- **La constitution effective du groupe des usagers**

Ces profils ont pu être identifiés par différents relais, notamment : l'ADMR de Barcelonnette, la Fédération ADMR 05, l'ACSSQ¹, le CCAS d'Embrun, le CCAS de Méolan-Revel, le CCAS de Barcelonnette, les Référentes Autonomie des MDS² d'Embrun et Guillestre, l'antenne de la Croix Rouge de Barcelonnette.

- **Âge et sexe des personnes interrogées**

L'enquête a vu la participation de **31 usagers**, dont **71 % de femmes (22)** et **29 % d'hommes (9)**. La cible de l'enquête des personnes de 65 ans et plus a été atteinte conformément à la répartition par tranche d'âge présentée ci-dessous.



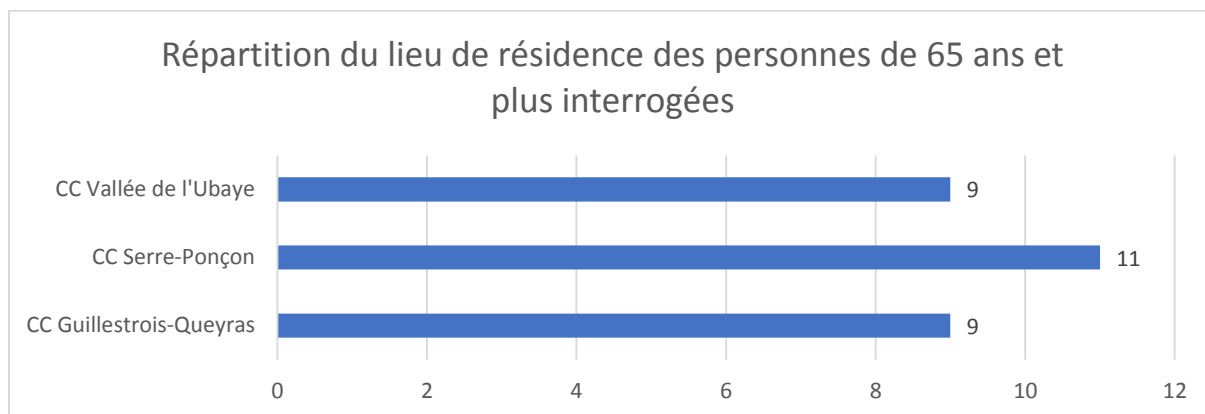
- **Lieux de résidences**

Pour ce qui est du lieu de résidence des personnes interrogées, l'objectif de 10 personnes par territoire est quasi atteint et toutes vivent à leur domicile. Parmi les personnes interrogées, certaines

¹ Association Culturelle Sociale et Sportive du Queyras

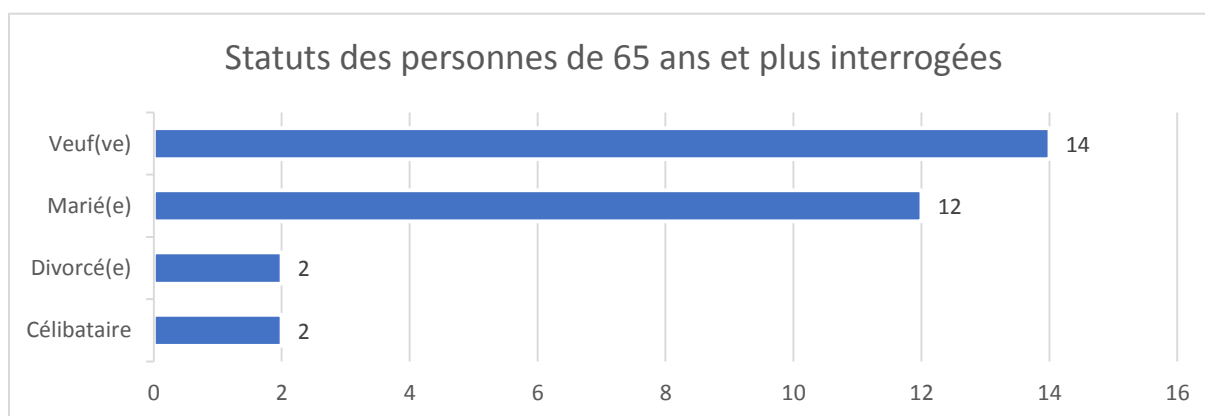
² Maisons des Solidarités

ne sont pas originaires du territoire (58 %). Ce point est ressorti comme un élément marquant et fait l'objet de plus d'explications au cours du rapport.



- **Statuts des personnes**

Pour ce qui est du statut des personnes interrogées et compte tenu des critères établis, une diversité des profils a été convenue et respectée comme le confirme le graphique ci-dessous.



D'autre part, l'enquête a vu la participation de **7 proches aidants**, dont : 4 s'occupent de leurs parents, 2 de leurs conjoints respectifs et 1 de son enfant.

Parmi les interviewés rencontrés, **62 % d'entre eux ne vivent pas à côté de leurs proches**, puisque soit les enfants ont changé de territoire pour le travail, soit les retraités ont choisi de venir s'installer sur le territoire puisqu'ils y avaient une résidence secondaire tout en s'éloignant de leurs enfants.



Le présent diagnostic n'avait pas pour objet une analyse des besoins spécifiques des aidants âgés de plus de 65 ans. Néanmoins cela reste un véritable sujet à approfondir. L'enquête ne mettra en avant que certains aspects problématiques qui impactent particulièrement les aidants interviewés, sans pour autant fournir des données probantes nécessaires en soutien de cette analyse.

Les biais méthodologiques des travaux

Comme tous travaux, le diagnostic comporte des biais méthodologiques pour lesquels nous préférons mettre en garde le lecteur.

1. Concernant les données statistiques, le territoire et la taille des CC a pour impact que celles-ci ne sont pas toujours connues en raison du secret statistique.
2. Le recrutement des personnes interrogées (professionnels comme usagers) est basé sur le volontariat. Autrement dit, bien que les consultants aient privilégié la constitution d'un groupe pour les usagers (avec certaines caractéristiques), celui-ci ne constitue pas un échantillon représentatif et les résultats ne seront pas généralisables. Ce choix a été fait également pour des raisons de temps de réalisation de l'étude.
3. Concernant l'enquête numérique, au regard du grand nombre de thématiques à aborder, les questions fermées ont été privilégiées ne permettant pas d'entrer dans la finesse des opinions exposées.
4. L'ensemble du diagnostic a mobilisé plus de 80 personnes, dont 48 professionnels sur le territoire. Cette proportion importante des professionnels se base sur la croyance suivante : les acteurs connaissent les besoins des usagers et ont la capacité de les formuler.
5. Les méthodes d'entretiens semi-directifs (c'est à dire guidés par le consultant) peuvent présenter plusieurs biais dès lors qu'il est question d'un processus de communication.

Théoriquement, pour limiter l'influence des réponses, l'enquêteur doit limiter sa distance sociale avec l'enquêté. Cette posture permet de limiter le malaise de la personne et invite à la confiance. Compte tenu du contexte sanitaire, cette posture n'a pu être mise en œuvre et nous ne connaissons pas à ce jour l'impact du port du masque.

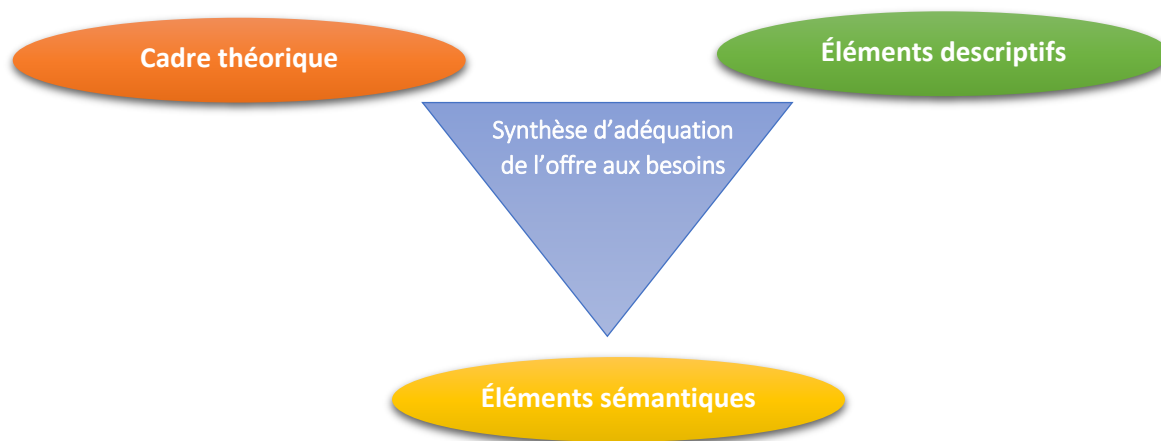
D'autre part, la mise en relation du consultant avec les personnes et les entretiens se sont déroulés en présence d'une tierce personne. En effet, que ce soit le contexte sanitaire ou la méfiance des personnes à l'égard d'un inconnu, il a été privilégié d'accepter la présence d'autrui (référente autonomie, animatrice de CCAS/de centre social, proche aidant) pour favoriser les confidences des personnes.

Ces biais méthodologiques n'entachent en rien la qualité des informations recueillies.

Présentation du rapport

Le rapport final résulte d'un croisement entre :

- Le cadre théorique des déterminants sociaux de la santé
- Des éléments de statistiques descriptives issues des bases de données nationales et de l'enquête fermée,
- Des traitements sémantiques et statistiques des entretiens individuels des professionnels et des usagers.



Chacun des éléments est signalé à l'aide des bulles ci-dessus.

Les résultats et l'analyse sont présentés selon le cadre des déterminants de santé en commençant par :

- Les caractéristiques de la population
- L'organisation de l'offre et du système sanitaire, médico-social et social
- Les milieux de vie et l'environnement des personnes
- L'état de santé des personnes

Aussi, **tout au long du rapport se confrontent les statistiques du territoire, les points de vue des professionnels et des usagers**. Ce choix permet pour chaque thématique de balayer un ensemble de sous-thématique et d'avoir une réflexion approfondie sur certains sujets phares. Enfin, une synthèse des besoins et des préconisations d'action viendront conclure ce rapport.

Le contexte global

Cadre théorique

L'étude du contexte global se fait classiquement à travers plusieurs données :

- Qualitatives à travers le portrait du territoire, la topographie et son accessibilité,
- Quantitatives avec des indicateurs statistiques transversaux comme :
 - La taille et la structure de la population
 - L'activité économique et du travail (le taux d'activité et/ou taux de chômage)
 - La part de ménages fiscaux, le revenu fiscal médian ou encore le taux de pauvreté

Selon la disponibilité des données, ces indicateurs seront ou non utilisés pour fournir une première qualification du territoire, sans pour autant être exhaustifs.

Portrait géographique du territoire à la frontière italienne

Les Communautés de Communes (CC) du Guillestrois-Queyras et de Serre-Ponçon sont situées sur le département des Hautes Alpes (05). La Communauté de Communes Vallée de l'Ubaye Serre-Ponçon se situe dans le département des Alpes-de-Haute-Provence (04).

Les communes composant les CC sont détaillées ci-dessous :

- **CC du Guillestrois et du Queyras, 15 communes** : Abriès-Ristolas, Aiguilles, Arvieux, Ceillac, Château-Ville-Vieille, Eygliers, Guillestre, Molines-en-Queyras, Mont-Dauphin, Réotier, Risoul, Saint-Clément-sur-Durance, Saint-Crépin, Saint-Véran et Vars.
- **CC de Serre-Ponçon, 17 communes** : Pontis, Baratier, Châteauroux-les-Alpes, Chorges, Crévoux, Crots, Embrun, Les Orres, Prunières, Puy-Saint-Eusèbe, Puy-Sanières, Réallon, Saint-André-d'Embrun, Saint-Apollinaire, Saint-Sauveur, Le Sauze-du-Lac, Savines-le-Lac.
- **CC Vallée de l'Ubaye Serre-Ponçon, 13 communes** : Barcelonnette, Ubaye-Serre-Ponçon, La Condamine-Châtelard, Enchastrayes, Faucon-de-Barcelonnette, Jausiers, Le Lauzet-Ubaye, Val d'Oronaye, Méolans-Revel, Saint-Paul-sur-Ubaye, Saint-Pons, Les Thuiles, Uvernet-Fours.

L'accès au territoire se fait principalement par :

- Les nationales N85, N94 et les départementales D994, D1075, D900
- Les gares de Chorges, Embrun et Mont Dauphin-Guillestre (1 h 10 de trajet Gap-Guillestre, principalement des cars)
- Le réseau de Bus de la Région SUD ligne ZOU





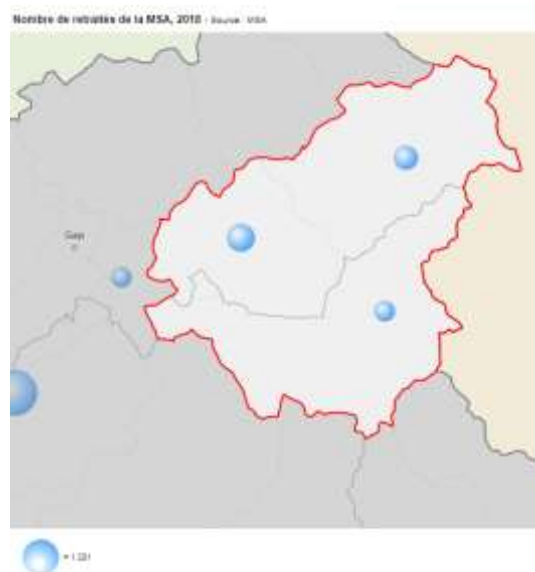
Le territoire est marqué par une frontière environnementale avec le Lac de Serre-Ponçon où vient se déverser la rivière la Durance.

Le territoire présente une forte hétérogénéité de cadre de vie et s'étend sur 2454 km².

Éléments du contexte socio-économique

Les chiffres clés marquant du territoire sont les suivants :

- ⇒ 386 créations d'entreprises au 1^{er} janvier 2019
- ⇒ Une activité économique tournée vers le tourisme avec 81 hôtels et 71 terrains de camping sur le territoire au 1^{er} janvier 2020.
- ⇒ 1893 personnes retraitées du régime MSA ayant plus de 55 ans (données 2018) sur une population totale



Des conditions de vie favorables sur les CC

Avec un taux de chômage légèrement inférieur à la moyenne régionale, les 15-64 ans des CC de la vallée de l'Ubaye et de Guillestrois, semblent avoir une bonne situation. C'est sans compter un revenu fiscal médian inférieur. Autrement formulé, les emplois des CC existent, mais les revenus issus de l'activité sont moins importants.

La situation est inversée dans la CC de Serre Ponçon, le taux de chômage est identique à la moyenne régionale et le revenu médian légèrement inférieur.

	CC Serre-Ponçon	CC Vallée de l'Ubaye — Serre-Ponçon	CC du Guillestrois et du Queyras	Département Hautes-Alpes	Région PACA
Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2017	11,2	9,4	6,7	8	11,2
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2017, en euros	20570	19600	20040	20350	20800
Taux de pauvreté en 2017, en %	13,3	15,8	12,8	13,9	17

Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

La diminution des revenus des personnes de 65 ans et plus

Concernant les ménages fiscaux, en raison de la taille des CC, les données ne sont pas disponibles. Pour réaliser cette comparaison, les taux du département sont utilisés. Aussi, on constate que la part des ménages fiscaux des personnes de 60 ans et plus du département est inférieure à la région.

	Taux en %	
	Département Hautes-Alpes	Région PACA
De 15 à 75 ans ou plus	13,9	17
De 60 à 74 ans	9,2	12,7
75 ans ou plus	9,5	10,3

Champ : ménages fiscaux — hors communautés et sans abris.
Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Cmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2020.

Ce résultat va de pair avec les tendances nationales qui constatent que le niveau de vie moyen des seniors en 2015 dont l'évolution, est stable depuis les récentes générations, mais avec encore de fortes disparités selon le sexe et la configuration familiale comme le montre le tableau ci-dessous.

Niveau de vie des seniors en 2015 et évolution entre 1996 et 2015 selon le sexe et le mode de cohabitation

	Niveau de vie moyen en 2015 (en euros)	Évolution 1996-2015 (en %)
Sexe		
Femme	24 300	19,1
Homme	26 300	21,8
Mode de cohabitation		
Personne seule	22 500	12,0
Femme seule	21 700	11,6
Homme seul	24 700	9,9
Famille monoparentale	22 700	11,2
Couple	27 000	26,0
Ménage complexe	23 100	13,2

Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré à l'administration fiscale est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Lecture : en 2015, les femmes de 65 ans ou plus ont un niveau de vie moyen de 24 300 euros, contre 26 300 euros pour les hommes des mêmes âges, soit 8 % de moins.

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives de 1996 à 2004 ; Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux de 2005 à 2015.

Les caractéristiques de la population

Cadre théorique

L'étude des caractéristiques de la population se réalise à partir des données quantitatives avec des indicateurs statistiques comme :

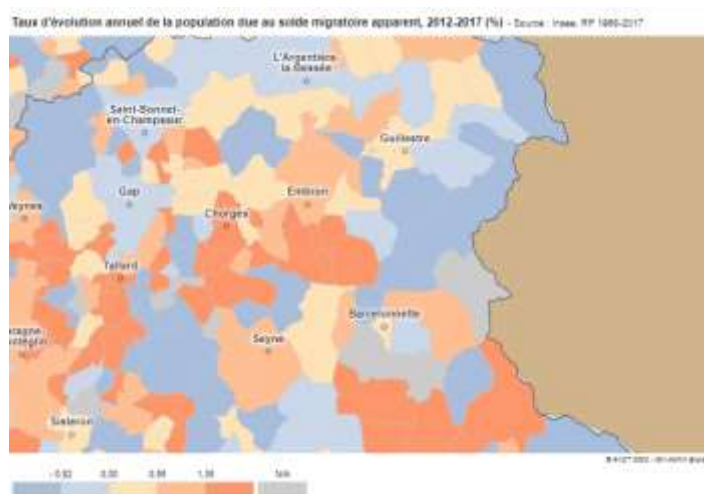
- La densité de population
- La répartition par classe d'âge et par sexe
- La part d'une classe d'âge en comparaison aux autres

Une population peu dense sur l'ensemble des CC

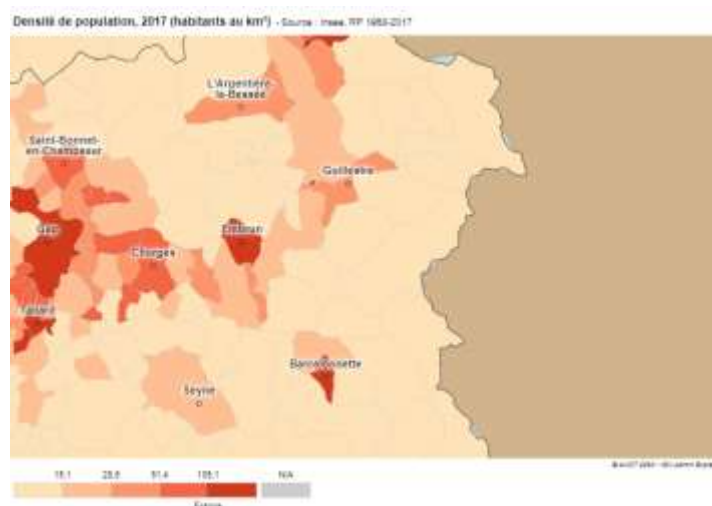
Éléments descriptifs

Entre 2012 et 2017, le taux de variation annuelle moyen de la population est :

- Positif pour la CC de Serre-Ponçon avec un nombre d'entrées important (nouvelles installations sur le territoire)
- Négatifs pour les CC de la Vallée de l'Ubaye et du Guillestrois-Queyras. Autrement formulé, le solde des naissances est égal au nombre de décès et les CC ont eu un moins grand nombre d'installations de nouveau résident sur le territoire (voir carte ci-contre).

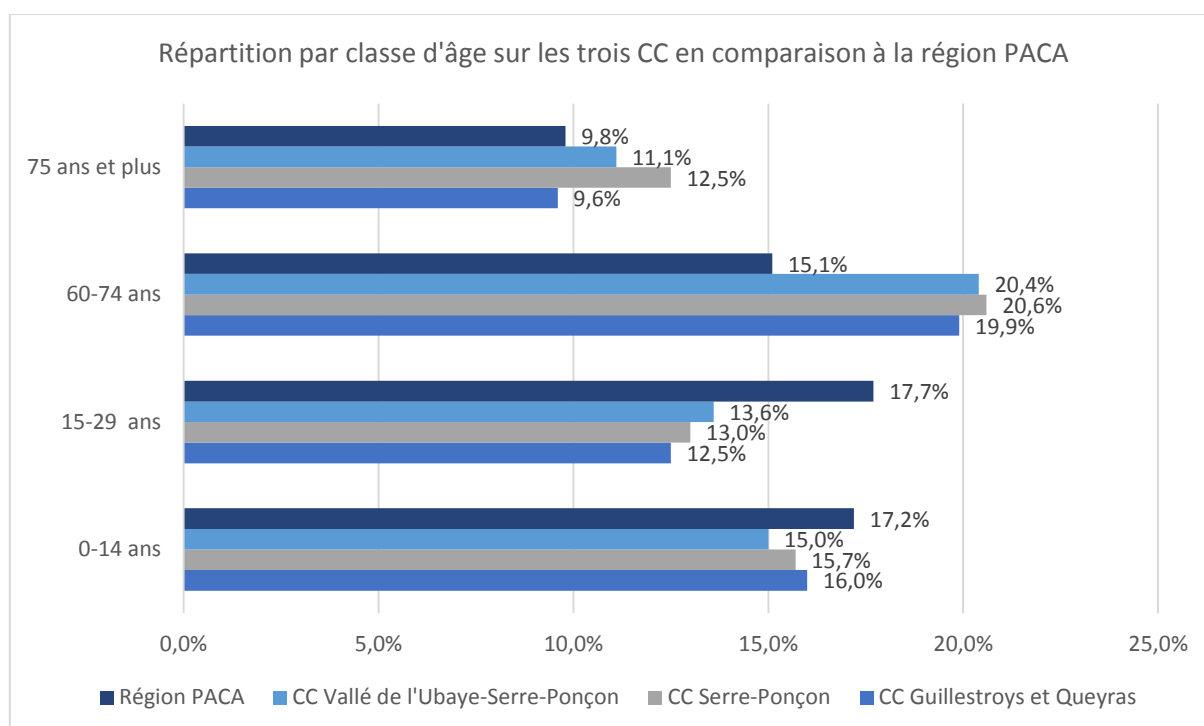


La densité de population des CC de la Vallée de l'Ubaye (7,7 habitants/km²) et du Guillestrois-Queyras (9,6 habitants/km²) sont nettement inférieures à la CC de Serre-Ponçon (26,5 habitants/km²) et au département des Hautes-Alpes (25,5 habitants/km²).



Une surreprésentation des personnes de 60 ans et plus

L'étude de la structure permet d'appréhender les besoins de santé de la population d'un territoire.



En effet, on estime que deux tranches de la population sont particulièrement « consommatrices de soins », à savoir les jeunes de moins de 20 ans et les personnes âgées de plus 75 ans. Il convient donc d'étudier ces données statistiques à partir des recensements et prospectives de l'Insee.

L'étude de la structure de la population par âge met en évidence **une nette surreprésentation des personnes de 60 ans et plus qui constitue plus de 30 % de la population globale** contre 25 % en Région PACA.

	CC Serre-Ponçon	CC Vallée de l'Ubaye — Serre-Ponçon	CC du Guillestrois et du Queyras	Département Hautes-Alpes	Région PACA
Part de la population de 60 à 74 ans	20,6	20,4	19,9	19,2	17,8
Part de la population de 75 ans et plus	12,5	11,1	9,6	11,4	11

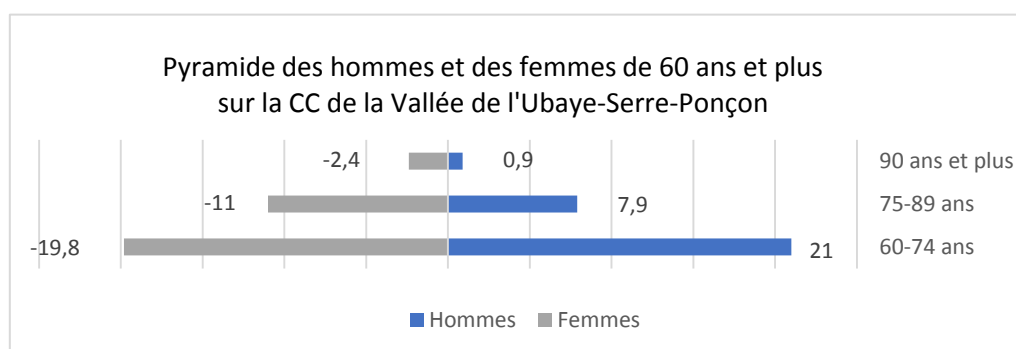
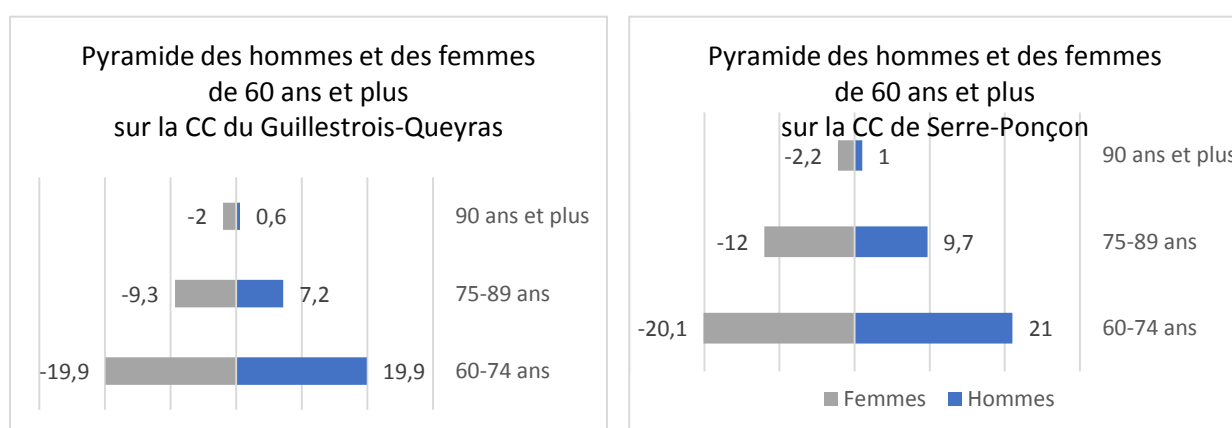
Sources : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.

L'étude de la répartition par sexe permet d'approfondir ce premier résultat.

Dans l'ensemble des CC, plus l'âge avance, plus les femmes sont surreprésentées. Cette tendance correspond aux résultats nationaux en relation avec les courbes d'espérances de vie.

Concernant les personnes de 60-74 ans, la répartition sur les trois CC est quasi-identique.

Les 75-89 ans sont proportionnellement plus nombreux sur la CC de Serre-Ponçon et moins nombreux sur la CC du Guillestrois-Queyras et de la Vallée de l'Ubaye.



Ces données sont importantes en termes d'organisation des soins médicaux, paramédicaux et des équipements nécessaires pour maintenir les personnes de 60 ans et plus sur le territoire.

EN CONCLUSION

Sur le territoire du projet, on constate :

- Un territoire rural, très peu dense avec des voies d'accès limités par la topographie du territoire
- Des conditions de vie relativement favorables pour la population dont l'étude approfondit auprès des personnes de 65 ans et plus requièrent notre attention
- Une surreprésentation des personnes de 65 ans et plus et des femmes

L'organisation de l'offre et du système sanitaire, médico-social et social

Depuis plus de vingt ans, la démonstration de l'impact de l'organisation des systèmes sanitaires, médico-sociaux sur l'état de santé et le vieillissement des populations fait l'objet de nombreuses démonstration.

Cadre théorique

À travers cette première thématique, nous décrivons l'offre existante, tout en mettant en exergue les observations des professionnels et des usagers.

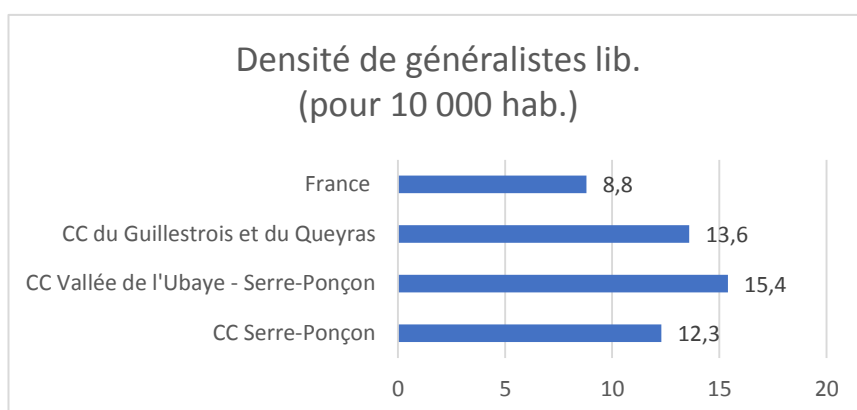
L'accès à l'offre de soins de premier recours et de second recours en tension

La densité de médecins généralistes est bonne, mais en tension

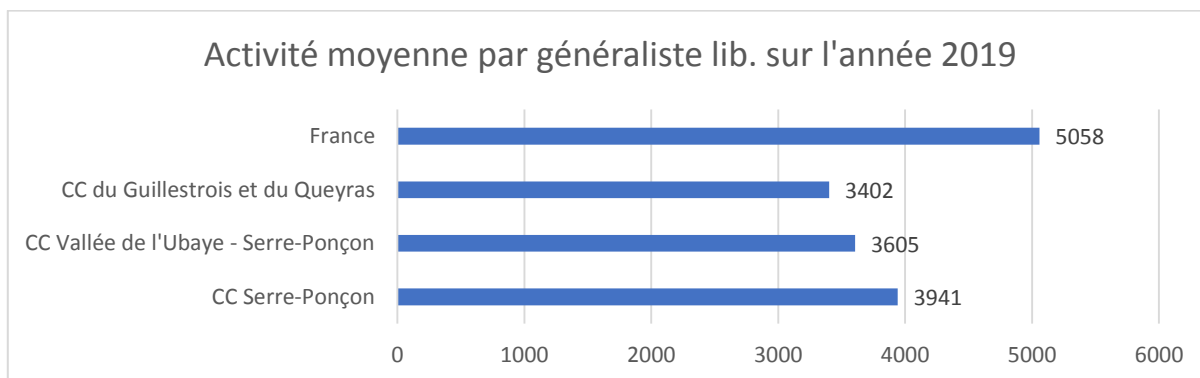
Éléments descriptifs

43 médecins généralistes étaient implantés sur les communautés de communes au 31 décembre 2019. La densité en médecins généralistes est donc plutôt satisfaisante et supérieure à la moyenne nationale (8,8 médecins pour 100 000 habitants).

Malgré la densité en médecins généralistes correcte, certains chiffres indiquent une tension de l'offre en médecine libérale. En effet, l'offre est en diminution et l'âge des médecins est préoccupant.

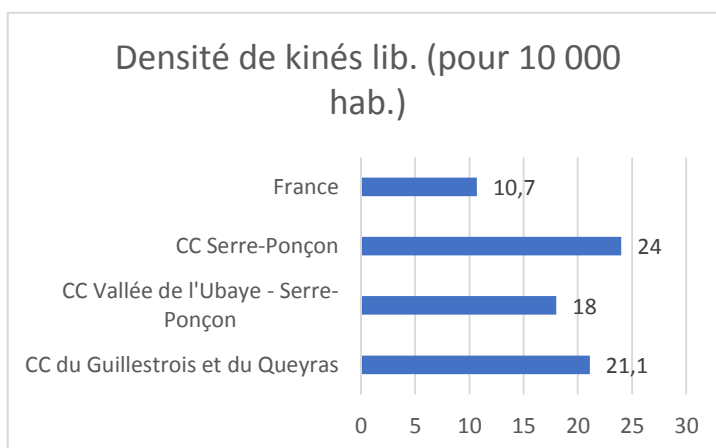


En revanche, l'activité moyenne par professionnel actif sur l'année complète est inférieure aux données nationales. Cette différence s'expliquerait soit par un temps plus important dédié aux consultations complexes soit par un temps significatif pour des consultations externes au cabinet, intégrant notamment les temps de déplacement (visites à domicile réalisées sur ces territoires, visites en établissement pour personnes âgées).

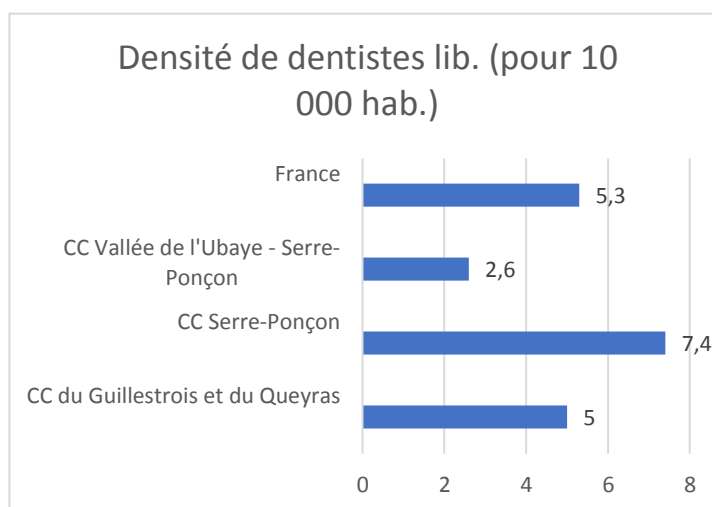


L'offre en kinésithérapie et soins dentaires

Avec 70 kinésithérapeutes sur l'ensemble des communautés de communes, les CC sont très bien dotés en comparaison aux références nationales comme le montre le graphique ci-dessous.

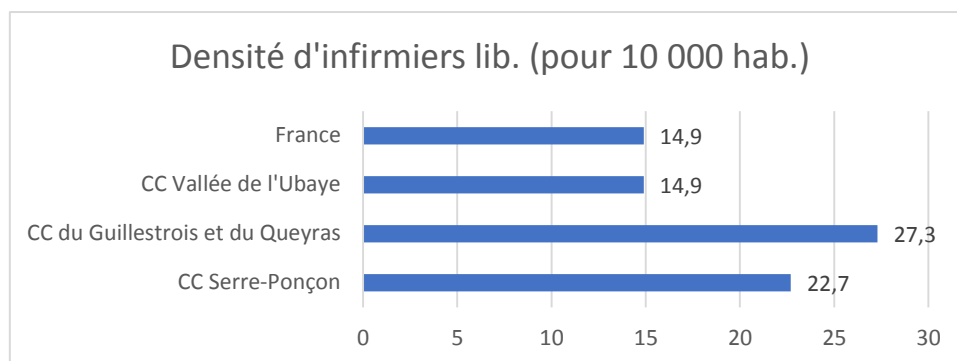


Par ailleurs, l'offre de dentisterie est très inégalement répartie sur le territoire et la densité actuelle reste inquiétante.



L'offre en infirmiers est très satisfaisante

Il y avait 77 infirmiers implantés sur les 3 communautés de communes au 31 décembre 2019, soit une densité supérieure à la moyenne nationale de 14,9 pour 10000 habitants.

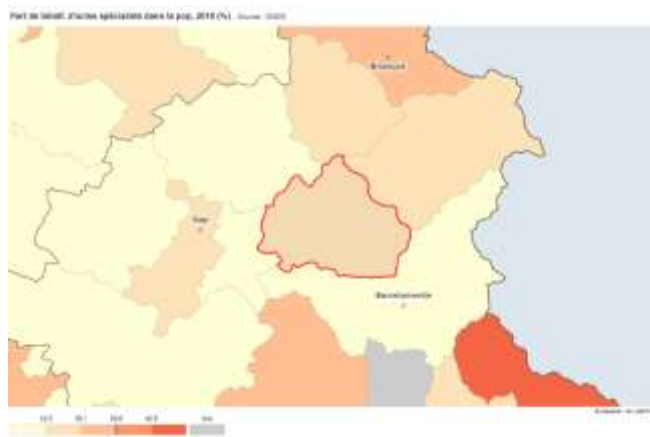


Des fortes carences sur certaines spécialités

De fortes carences en spécialistes existent au regard de la demande. C'est en particulier le cas pour les spécialités suivantes :

- Ophtalmologie
- Psychiatrie,
- Gynécologie,
- Cardiologie.

Ces carences poussent les habitants qui le peuvent à aller consulter dans les villes avoisinantes, cela augmente les délais d'attente et les risques de rupture de parcours.



Au niveau du territoire de l'étude, les trois CC disposent respectivement d'un hôpital local rattaché à la direction commune du Groupement Hospitalier des Alpes du Sud. Cependant :

- ⇒ l'offre de soins spécialisée n'est pas organisée de la même manière sur les trois établissements de référence. Uniquement le CH d'Embrun propose des consultations avancées en soins spécialisés pour un suivi pathologique comme le montre le tableau ci-dessous.



⇒ Des consultations externes aux Centres Hospitaliers sont organisées en cabinet libéral pour certaines prise en charges (suivi gynécologique notamment) ou en Maison de santé afin d'assurer des consultations de dépistage et/ou de suivi non pathologique.

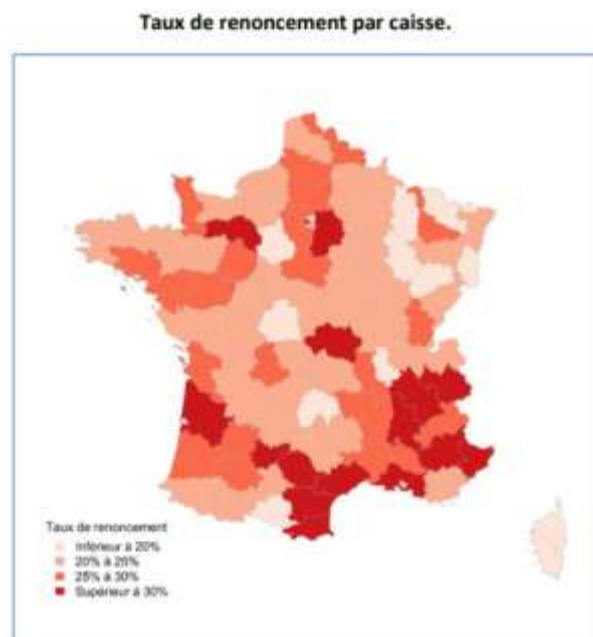
Le taux de renoncement aux soins

Au regard des éléments présentés ci-dessus, une réflexion concernant le renoncement aux soins peut être conduite.

Sur la base des travaux de l'ODENORE publié en 2019, le taux de renoncement aux soins a été mesuré à travers différentes vagues (mesures réalisées auprès des assurés du régime général de l'assurance maladie dans le cadre d'entretiens déclaratifs).

Aussi les CC résident sur les départements où le taux de renoncement aux soins est supérieur à 25 %.

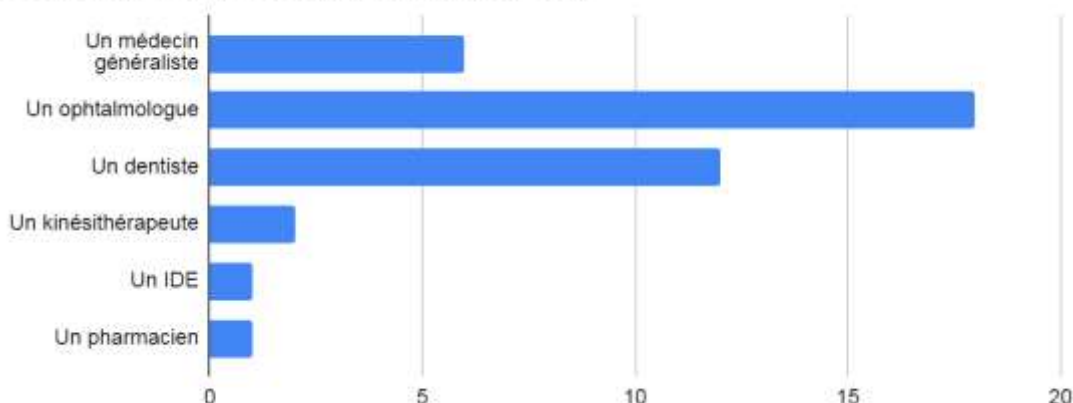
À l'aide des entretiens avec les professionnels et les usagers, nous allons à présent explorer les facteurs explicatifs.



Éléments sémantiques

D'un point de vue général, à la question ouverte suivante : *avez-vous des difficultés à accéder à des professionnels de santé ?* Les usagers identifient les spécialistes et le médecin généraliste.

Accès aux services de premier recours



En effet, malgré la présence de Maisons de santé, les difficultés de déplacement subsistent et une partie des patients âgés sollicitent les médecins traitants pour des visites à domicile.

Les professionnels ajoutent également une problématique liée à l'accès aux soins en psychiatrie.

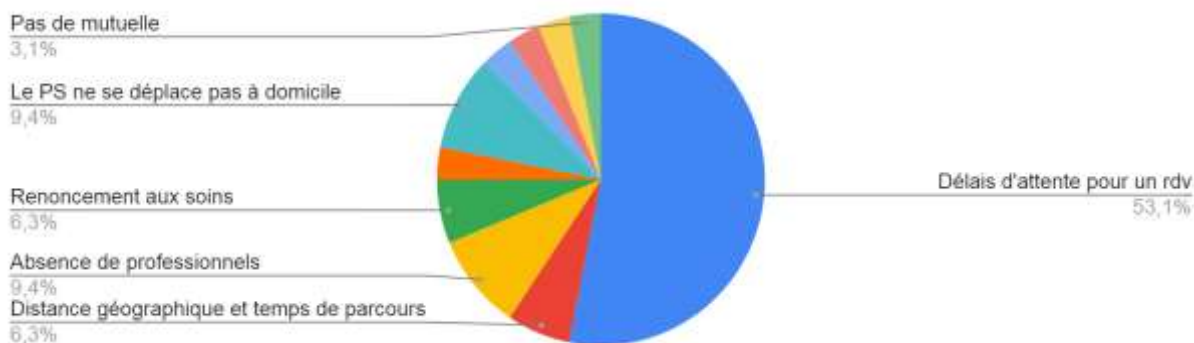
Professionnels et usagers unanimes sur l'existence d'une inégalité territoriale d'accès aux soins

Les inégalités territoriales de santé (ITS) recouvrent deux dimensions, la prise en compte des caractéristiques populationnelles et la dimension organisationnelle de l'offre de santé. L'écart entre les deux permet de constater une ITS.

Cadre théorique

Éléments sémantiques

Aussi, pour les professionnels et les usagers l'accès aux services de santé est directement lié à d'autres facteurs dont **le premier est le délai d'attente.**



Les délais de prise en charge (rendez-vous médicaux, hospitalisation, interventions et soins) sont le résultat (d'un ou plusieurs facteurs) :

- ⇒ de l'éloignement géographique,
- ⇒ de la faible densité en professionnels de santé,
- ⇒ d'une méconnaissance de l'offre de soins existante (délégation de tâches par exemple).

La combinaison de l'ensemble de ces facteurs amène à un renoncement aux soins. C'est-à-dire que « *les personnes déclarent ne pas pouvoir satisfaire la totalité, ou une partie de leurs besoins de soins* » en raison des délais d'attente, de l'éloignement géographique, de l'absence de moyen de transport et du coût du déplacement.

Cadre théorique

Éléments sémantiques

Les professionnels estiment que 28,3 % des personnes de 65 ans et plus seraient concernés par le renoncement aux soins.

Les **raisons dites «Temporelles»** de délais d'accès aux soins sont clairement identifiées pour **l'ophtalmologie, la cardiologie et la dermatologie**. Les usagers décrivent des délais d'attente aux consultations trop élevés avec pour conséquence un renoncement à réaliser les suivis annuels (non pathologiques).

Puis les **raisons dites «Géographiques»** qui s'expliquent par l'éloignement et la distance entre les lieux d'habitations et les professionnels. C'est encore plus **le cas pour la dentisterie** pour laquelle l'offre est insuffisante dans la vallée de l'Ubaye et du Guillestrois-Queyras et l'ensemble du premier et second recours.

Concernant les personnes non originaires du territoire (c'est-à-dire résidents depuis moins de 10 ans), ceux-ci affirment réaliser leurs suivis dans leurs résidences d'origine.

EN CONCLUSION

Sur le territoire des Terres Monviso, on constate :

- L'existence d'inégalité d'accès territoriale aux offres de soins qui amènent des situations de renoncement aux soins,
- Une bonne connaissance des professionnels concernant l'offre de santé présente sur le territoire et les besoins des personnes de 65 ans et plus (estimation correcte du renoncement).

L'adéquation de l'offre et des besoins dans le champ de l'action social et du médico-social

Le déploiement du travail social en milieu rural trouve son origine dans une logique historique, géographique et démographique. Aussi, le déploiement d'actions et de politique sociale est réalisé par des opérateurs comme les travailleurs sociaux de la Mutualité Sociale Agricole, les conseils départementaux, les communautés de communes et les communes. Dès lors, une distinction peut être opérée entre l'intervention sociale et le déploiement d'actions sociales.

Cadre théorique

A ce jour, le champ de l'action sociale est conduit par les CC de façon très hétérogène (pour certaine inclus dans les compétences facultatives). Ceci a pour conséquence des actions éparpillées sur les communes et difficile en terme de visibilité.

Sur la base du recensement réalisé auprès des communes dans un cadre déclaratif, les offres d'actions sociales et médico-sociales sur les différentes communes de chaque CC ont été identifiées (sous réserve que l'ensemble des informations transmises soient exactes et complètes). Ces cartographies viennent compléter et éclairer la parole des professionnels et des usagers.

Éléments descriptifs

Une offre d'action sociale diversifiée, mais qui laisse apparaître des zones blanches

	CC du Guillestrois-Queyras	CC de la vallée de l'Ubaye	CC de Serre-Ponçon	Communes couvertes
Portage de repas			X	Chateauroux-les-Alpes, Chorges, Crots, Embrun, les Orres [1], Prunières et Saint Apollinaire [2], Savines-le-Lac [3]
		X		L'ensemble des communes de la CC bénéficie d'un portage de repas organisé par le Foyer La Sousta
	X			L'ensemble des communes de la CC bénéficie d'un portage de repas organisé par la CC en lien avec le CH d'Aiguilles
Épiciers, boucher et boulanger ambulants			X	Prunières, Réallon (<i>ce type de service est sans doute présent sur d'autres communes des 3 CC, mais pas recensé</i>)
		X	X	Chateauroux-les-Alpes, Chorges
Permanence pour instruction aides sociales				Barcelonnette, Ubaye-Serre-Ponçon, Méolan-Revel
		X		
Transport à la demande			X	Chorges (en convention avec la CC Val d'Avance Serre-Ponçon)
		X		Ubaye-Serre-Ponçon, Méolan-Revel, Lauzet ; Barcelonnette (pour les courses)
Logements sociaux adaptés			X	Chorges
Aides financières (dépenses énergétiques, logement, alimentation)	X			Guillestre
		X		Barcelonnette (orientation vers les dispositifs existant)
			X	Prunières
Débarrassage des végétaux et encombrants à la demande			X	Puy-Sanières
Services de dégagement des			X	Embrun

voies d'accès privés				
Petit Bricolage			X	Chorges, Puy-Sanières, Embrun
Animations collectives en direction des aînés		X		Ubaye-Serre-Ponçon, Méolan-Revel, Saint-Paul-sur-Ubaye
			X	Chorges, Puy-Sanières, Saint Apollinaire
Repas/Colis de Noël		X		Ubaye-Serre-Ponçon, Méolan-Revel
			X	Chorges, Embrun
Téléassistance	X			L'ensemble de la CC (à ce jour on ne connaît pas la part d'utilisateurs équipés. Ce volet mériterait d'être approfondi)
		X		L'ensemble de la CC (à ce jour on ne connaît pas la part d'utilisateurs équipés. Ce volet mériterait d'être approfondi)
			X	L'ensemble de la CC (à ce jour on ne connaît pas la part d'utilisateurs équipés. Ce volet mériterait d'être approfondi)
Ateliers de prévention : équilibre, mémoire, remise en forme, cuisine		X		Barcelonnette
	X			Aiguilles
			X	Embrun
[1] Action(s) réalisées en mutualisation avec le CCAS d'Embrun				
[2] Cuisine centrale de Chorges + employé communal de Saint Apollinaire et Prunières				
[3] Cuisine du CH d'Embrun + employé de la commune				

Une offre médico-sociale importante, mais peu diversifiée qui laisse apparaître des zones blanches

Toujours sur la base du recensement réalisée par nos soins, nous pouvons qualifier le volume de l'offre comme conséquent, mais peu diversifié. En effet, l'offre repose très souvent sur les structures sanitaires et hospitalières, aussi cette organisation laisse apparaître des zones blanches.

	CC du Guillestrois-Queyras	CC de la vallée de l'Ubaye	CC de Serre-Ponçon	Communes couvertes
SAAD/SAP ³		X		Sur la CCVUSP, les services de SAAD/SAP sont proposés principalement par les deux associations locales de l'ADMR et les CESU.
			X	Sur la CCSP, les services de SAAD/SAP sont proposés par l'ADMR, le CCAS d'Embrun (uniquement sur la Ville d'Embrun) et les CESU.
	X			Sur la CCGQ, les services de SAAD/SAP sont proposés par la CC, VVCS, ADMR et CESU. A noter que dans la vallée du Queyras les acteurs mentionnés n'assurent pas des prestations de SAAD.
SSIAD ⁴		X		Hôpital de Jausiers sur l'ensemble de la CC
	X			CH d'Aiguilles sur la vallée du Queyras + Association VVCS qui intervient notamment sur le Guillestrois
			X	CH d'Embrun

³ SAAD (Service d'Aide d'Accompagnement à Domicile) ; SAP (Services à la Personne)

⁴ Service de Soins Infirmiers à Domicile

	CC du Guillestrois-Queyras	CC de la vallée de l'Ubaye	CC de Serre-Ponçon	Communes couvertes
CLIC ⁵		X		Pour toute la Vallée de l'Ubaye
Résidence-Autonomie		X		Foyer la Sousta à Barcelonnette
EHPAD	X			EHPAD de Guillestre et Aiguille
		X		EHPAD du Lac (Ubaye-Serre-Ponçon),
			X	EHPAD Les Chanterelles et EHPAD Lou Village (Embrun) EHPAD François Pavie (Savines le Lac)
Accueil de jour itinérant	X			Association VVCS de Guillestre qui intervient de Guillestre, du Queyras et d'Embrun
Équipe spécialisée Alzheimer	X			Association VVCS intervient avec un service spécialisé itinérant sur la partie nord du département
Equipe Mobile de Gériatrie (Equipe Mobile de Gériatrie)	X		X	L'EMG du CH d'Embrun intervient sur les territoires de la CCSP et de la CCGQ
Plateforme Territoriale d'Appui des Hautes-Alpes	X	X	X	

Éléments sémantiques

En complément de ces premiers éléments, les entretiens (usagers et professionnels) et le questionnaire numérique ont mis en exergue deux éléments concernant l'offre d'action sociale et médico-sociale. D'une part, un manque d'information, de compréhension des aides et services existants. D'autre part, une offre insuffisante pour répondre à la demande.

Éléments descriptifs

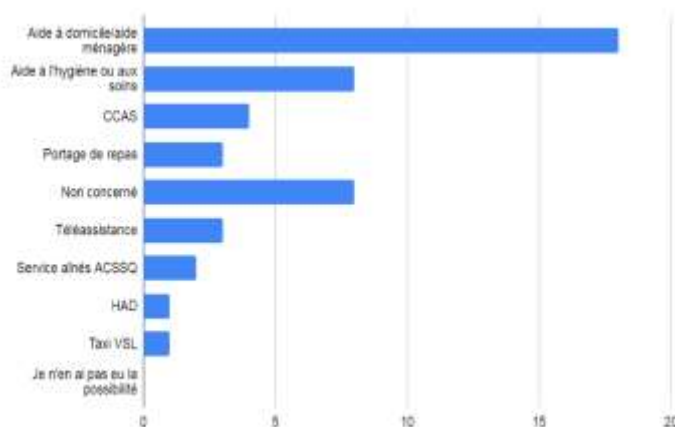
Des actions et services insuffisamment visibles pour les usagers

Dans l'enquête numérique, 71,1 % des professionnels pensent que la population ne connaît pas les services présents sur le territoire (y compris la répartition des rôles), pour 82,5 % d'entre eux l'accès aux informations est difficile et cela expliquerait le non-recours à certaines prestations.

Éléments sémantiques

Pour connaître les circuits de diffusion des informations, nous avons interrogé les usagers ayant recours aux services de nous expliquer de quelle manière ils ont été informés et à quel moment de leur parcours. Les services des usagers qui nous ont répondu sont identifiés dans le graphique ci-dessous.

⁵ Centre Local d'Information et de Coordination



- Un parcours de l'utilisateur difficile pour faire appel aux services et/ou dispositifs

En amont de l'accès aux services et/ou dispositifs, les usagers expriment des difficultés à s'orienter par méconnaissance des existants et des rôles et missions de chacun. En conséquence, les usagers sont dans l'incompréhension du « qui fait quoi » et certains restent méfiants.

L'identification d'un service/dispositif s'effectue principalement à la suite d'une sortie d'hospitalisation, à l'aide de la mobilisation des enfants (même s'ils sont à distance) ou encore grâce au réseau de voisinage.

Une fois l'identification d'un service/dispositif, les usagers expriment des difficultés à **répondre aux besoins administratifs et à savoir ce qu'il faut faire**. Cette problématique est valable pour les personnes âgées et **pour les aidants rencontrés** au cours de l'enquête. Pour ces derniers **les démarches administratives font l'objet de soucis supplémentaires et participent à leur épuisement**.

« Lorsqu'on est confronté à ce genre de situation, on est un peu perdu, mais lorsqu'on entre dans le système c'est bon. »

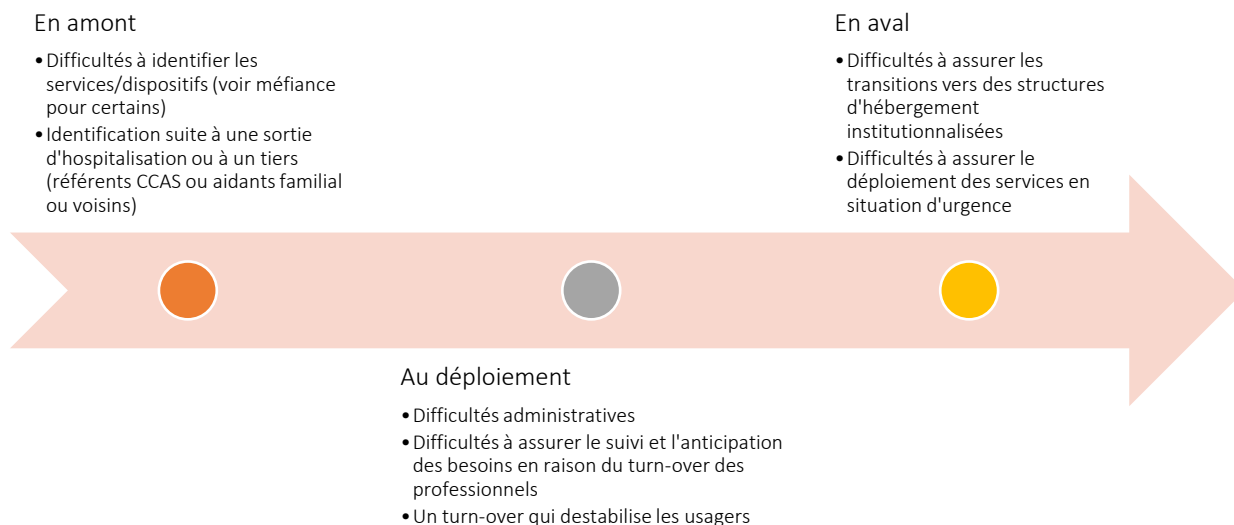
Une fois le service déployé, les usagers rapportent être déstabilisés par l'organisation notamment dans les services à la personne. Ils regrettent que ce ne soit pas toujours les mêmes intervenants qui se présentent.

Enfin concernant, les personnes qui ne font pas appel aux dispositifs et qui déclarent avoir une situation financière modeste, expriment leur méfiance à solliciter les services par peur de perdre le peu d'argent qu'ils ont.

Les professionnels quant à eux insistent sur :

- leurs difficultés à assurer le suivi des usagers et à anticiper leurs besoins/attentes dans les territoires où il n'y a pas de référent autonomie ou de référent CCAS,
- orienter les personnes sur des établissements d'hébergements pour personnes âgées (listes d'attentes longues).

Le schéma ci-dessous reprend l'ensemble des difficultés exprimées par les usagers et les professionnels.



Pour finir sur cette thématique, nous avons constaté que la **dématérialisation des communications et des outils participant à l'exclusion des seniors**. En effet, seuls les jeunes retraités maîtrisent les outils numériques ce qui contribue à accentuer les inégalités d'accès en raison de la fracture numérique.

EN CONCLUSION

Sur le territoire des Terres Monviso, on constate :

- Une communication dans les services/dispositifs et à destination des usagers insuffisante voir inadapté lorsqu'elle repose sur le numérique.
- En conséquence, les interventions arrivent tardivement auprès des usagers
- Un repérage des personnes fragiles et des parcours coordonnés peu explorés
- Une offre d'hébergement des personnes âgées très insuffisante
- Un sentiment de méfiance renforcé par le turnover important des professionnels

Les milieux de vie et l'environnement des personnes

Cadre théorique

Les milieux de vie des personnes correspondent aux environnements dans lesquels les personnes interagissent quotidiennement : au travail, dans le quartier ou le village, en allant faire ses courses, en participant ou non à une association. Aussi, dans cette section nous observons le milieu familial (composition des ménages et structure des ménages), les milieux d'hébergements et la communauté locale et le voisinage.

Le milieu familial

Éléments descriptifs

La part des personnes âgées vivant seules augmente avec les années

La part des personnes vivant seules et ayant plus de 65 ans est similaire aux moyennes départementales et régionales.

Ménages	CC Serre-Ponçon	CC Vallée de l'Ubaye — Serre-Ponçon	CC du Guillestrois et du Queyras	Département Hautes-Alpes	Région PACA
Personnes de 65 à 79 ans vivants seules	28,7	30,8	25,6	28,6	29
Personnes de 80 ans ou plus vivants seuls	45,6	50,7	47,2	46	47,8

Champ : ménages fiscaux — hors communautés et sans abris.
Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2020.

Bien que cette information ne soit pas une découverte, son rappel nécessite une contextualisation.

Cadre théorique

Le milieu familial influence chacun d'entre nous d'un point de vue cognitif, affectif et social. En conséquence, le milieu familial impacte nos compétences, nos comportements et notre état de santé.

Les milieux d'hébergements : le patrimoine des personnes de 65 ans et plus

Pendant de nombreuses années, la propriété apparaît comme une assurance de sécurité et de stabilité. Cependant avec les années un logement secondaire nécessite un entretien et ajoute des charges supplémentaires à couvrir, alors qu'en parallèle les ressources diminuent avec l'avancée en âge.

Cadre théorique

Le patrimoine détenu par les personnes de 65 ans est élevé

Éléments descriptifs

Concernant le logement, il est à noter que la part des résidences principales est faible et par conséquent les résidences secondaires sont élevées. Ceci s'explique par une activité touristique locale importante sur le territoire des CC.

	CC Serre-Ponçon	CC Vallée de l'Ubaye — Serre-Ponçon	CC du Guillestrois et du Queyras	Département Hautes-Alpes	Région PACA
Part des résidences principales en 2017, en %	43,4	26,3	23,2	48,5	74,5
Part des résidences secondaires (y compris les logements occasionnels) en 2017, en %	51	69,1	72,5	45,3	17,8

Champ : ménages fiscaux — hors communautés et sans abris.
Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2020.

En France, les résidences secondaires sont détenues pour 19 % à des personnes ayant de 62 à 89 ans. Aussi, par projection, a minima 19 % des 51 % des logements secondaires de la CC de Serre-Ponçon sont détenus par les personnes de 62 ans et plus.

Éléments sémantiques

Concernant la qualité des logements dans lesquels vivent les personnes, les professionnels déclarent que 42,3 % de la population aurait un logement inadapté et inaccessible et que 34,6 % de la population ne disposerait pas des énergies indispensables (eaux, électricité, etc.).

Au cours des entretiens, les professionnels alertent sur les logements précaires des personnes, l'insuffisance d'offres adaptées et la précarité des logements (c'est ce dernier point qui fut exploré au cours des entretiens). **Les professionnels évoquent deux raisons pour expliquer la précarité des logements : la précarité financière des personnes très âgées et le manque d'anticipation des personnes.**

La précarité financière des personnes très âgées

Pour ce qui est de la précarité financière, les professionnels évoquent des profils de personnes avec de maigres retraites qui peinent à couvrir leurs charges courantes, mais qui peuvent être détenteurs d'une ou plusieurs résidences. Certains usagers quant à eux ont également évoqué leurs difficultés à couvrir les charges courantes afférentes à leurs logements.

D'autre part, **des données fournies par les associations caritatives agréées pour la distribution des paniers alimentaires confirment ce phénomène.** Les Unités locales de la Croix rouge Française qui assurent la distribution aux personnes aux revenus les plus modestes tout au long de l'année déclarent pour la CC de la Vallée de l'Ubaye Serre-Ponçon, sur les 50 usagers ayant droit aux paniers, 70 % environ sont âgés de plus de 60 ans. Pour les CC de Serre-Ponçon et du Guillestrois-Queyras, à ce jour on compte environ une cinquantaine de bénéficiaires également dont 60 % âgés de plus de 60 ans avec une majorité d'usagers âgés sur le territoire.

De plus, les données concernant les personnes âgées de plus de 60 ans éligibles aux aides de l'ANAH pour bénéficier des aides d'État pour la rénovation de l'habitat montrent que sur la CC Serre-Ponçon ce public représente 15 % des propriétaires occupants âgés de plus de 60 ans et sur la CC du Guillestrois-Queyras 28 % des propriétaires occupants âgés de plus de 60 ans.

Ces éléments ne sont pas pour autant significatifs pour soutenir la thèse de l'existence d'une précarité financière des personnes âgées vivant sur le territoire.



Les projections mentionnées sont favorables pour la population, cependant une réflexion au niveau locale devrait être conduite.

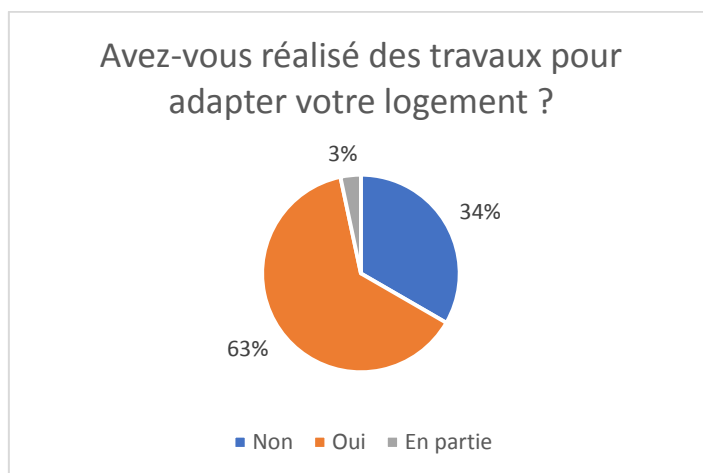
En effet le grand nombre de structures caritatives qui interviennent sur ces territoires (5 seulement sur la Commune d'Embrun) laisse à penser qu'une partie de la population, à ce jour non identifiée par les pouvoirs publics (DDCSPP) et les Caisses de retraite, vivrait dans la précarité.

Une anticipation inégale de l'adaptation au logement

Concernant le manque d'anticipation, celui-ci n'est pas un phénomène nouveau, mais il semble que la prise de conscience et la mesure des enjeux même par les professionnels ne soient pas tout à fait claires. En effet, les professionnels mesurent l'importance d'adapter les logements seulement lorsque l'on parle de personnes ayant 75 ans et plus, mais pas avant.

Du côté des usagers, ils sont nombreux à avoir réalisé des travaux d'adaptation ou d'amélioration du logement (voir schéma ci-contre) dont les plus fréquents sont :

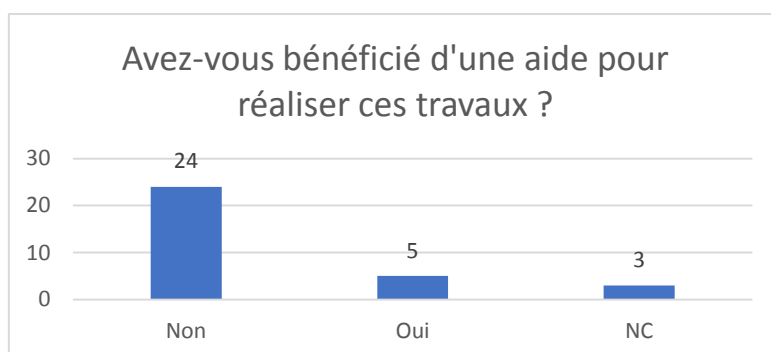
- l'augmentation de la performance énergétique du logement : filtre à air, purificateur d'eau, isolation des fenêtres
- l'adaptation du logement et équipement du logement : barres d'appui, rampes, lits, tables et fauteuil confort



Les aides financières pour aider à l'adaptation des logements sont très peu connues

Toujours concernant le logement et son adaptation, un sujet fut facilement évoqué par les professionnels qui considèrent que **les personnes connaissent mal les dispositifs d'aides pour faire adapter son logement (75 % de la population n'aurait pas accès facilement à ces informations.**

Aussi, nous avons interrogé les usagers ayant réalisé des travaux et nous leur avons demandé s'ils avaient bénéficié d'aide. Comme le graphique le montre, **les aides sont insuffisamment sollicitées.**



La communauté locale et le voisinage

Cadre théorique

Dans ce cadre est compris :

- la zone autour du domicile des personnes dans laquelle elle peut se déplacer en sécurité et qui sera plus ou moins favorable à la pratique de l'activité physique,
- le territoire qui permet d'accéder à des services de loisirs, communautaires et commerciaux.

La communauté locale est un milieu de proximité qui fait une place au citoyen et encourage ses membres à favoriser leur santé. C'est pourquoi dans cette section il est question de sécurité, de mobilité et de participation sociales.

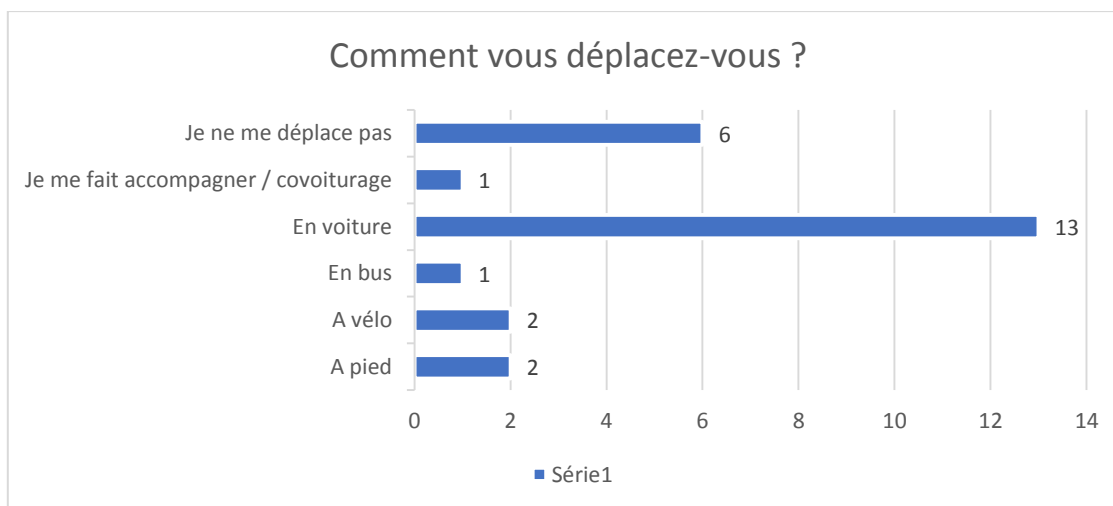
Éléments sémantiques

Des territoires dans lesquels les personnes se sentent en sécurité

Les usagers n'évoquent pas l'insécurité directement comme une problématique ou un sujet. Par contre, les professionnels considèrent que la population a un sentiment d'insécurité vis-à-vis de l'environnement à 28,8 % et un sentiment d'insécurité vis-à-vis des autres à 40,4 %.

Des difficultés de mobilité croissantes avec l'âge

1/3 des usagers déclarent avoir des difficultés à se déplacer hors de la ville, avoir des difficultés dans la ville et trouver que la ville n'est pas adaptée. Le constat est également partagé par les professionnels qui évoquent que 90,4 % de la population ne peut pas se déplacer en dehors du village et que l'offre de mobilité n'est pas adaptée.



Le mode de déplacement le plus fréquent des personnes de 65 ans et plus du territoire est la voiture.

La participation aux activités de loisirs et le choix des animations sont liés aux représentations des usagers, à leur mobilité et à leur gratuité

Pour les professionnels, la participation sociale est plus forte pour les 65-75 ans, au-delà celle-ci diminue. Dans l'enquête numérique, ce sont les instances, les lieux de rencontres et les activités culturelles qui seraient principalement concernés. Et enfin, les inégalités d'offres réalisées entre les bourgs-centres et les zones rurales.

Les usagers déclarent pour la moitié avoir participé à une activité d'animation sur leur territoire de résidence. Cette participation est dépendante de leur représentation sur les animations et leur mobilité. Concernant leurs représentations, beaucoup d'usagers ont évoqué le fait « d'être trop âgée – trop vieux », d'autres se disent non concernés (une majorité d'hommes).

Enfin pour ce qui est des animations auxquels ils participent, les usagers privilégient les activités gratuites et organisées par les CCAS, les clubs des aînés, les centres sociaux, etc.

Un isolement géographique et social subi par les usagers

Les professionnels déclarent que 63,4 % de la population est isolée géographiquement et 46,2 % des personnes seraient isolées socialement, c'est effectivement la déclaration de 52 % des usagers.

Les causes de l'isolement des personnes

En recherchant les causes de l'isolement, il apparaît un léger décalage entre les formulations des causes entre les professionnels et les usagers que nous résumons dans le schéma ci-dessous.

Causes évoquées par les professionnels

- ⇒ Rupture familiale ou perte d'un proche
- ⇒ Personne loin des services et des principales zones urbaines
- ⇒ L'avancée en âge et le manque d'anticipation

Causes évoquées par les usagers

- ⇒ Les difficultés liées à l'état de santé. L'utilisateur n'est plus en mesure de se déplacer en autonomie. Cette solitude est souvent comblée par la télévision, la lecture parfois et les visites à domicile des aidants (services à la personne, aidants familiaux);
- ⇒ La distance géographique des proches et/ou le changement de réseau par rapport à l'endroit où les usagers vivaient avant;
- ⇒ La perte du conjoint ou de la conjointe

Pour ce qui est de la situation des aidants, la moitié d'entre eux évoquent la présence d'un réseau qui leur permet de surmonter la solitude. Ce réseau étant constitué principalement de l'entourage familial.

EN CONCLUSION

Sur le territoire des Terres Monviso, on constate :

- Un isolement important des personnes qu'il soit géographique et social
 - L'isolement géographique est lié aux difficultés de mobilité des personnes et à l'inadéquation de l'offre qui va impacter les possibilités de participation sociale
 - L'isolement social est lié :
 - aux représentations sociales sur les offres d'animation et de participation
 - aux perceptions de l'état de santé des personnes
- La précarisation des logements des personnes malgré un patrimoine conséquent dont les origines sont à retrouver dans :
 - Des difficultés à couvrir leurs charges de patrimoine
 - Le manque d'anticipation avant 75 ans
 - Le manque d'identification des dispositifs d'aide financière pour améliorer/adapter son logement.
- Une précarisation des personnes âgées à approfondir pour mieux identifier les profils

L'état de santé de la population

Cadre théorique

L'étude de l'état de santé de la population se fait classiquement à travers plusieurs indicateurs sanitaires statistiques quantitatifs transversaux comme :

- L'espérance de vie à 60 ans, c'est-à-dire le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge dans les conditions de mortalité par âge de l'année en cours
- La prévalence des Affections de Longue Durée (ALD)
- Le taux brut de mortalité c'est-à-dire le rapport du nombre de décès de l'année à la population totale moyenne de l'année.

Selon la disponibilité des données, ces indicateurs seront ou non utilisés pour fournir une estimation de l'état de santé de la population sur un territoire, sans pour autant être exhaustifs.

Éléments descriptifs

Des taux de mortalité et d'espérance de vie favorables pour les plus de 65 ans

La composition des populations des CC est en grande partie responsable de ce taux légèrement supérieur au département et à la région.

Mortalité	CC Serre-Ponçon	CC Vallée de l'Ubaye — Serre-Ponçon	CC du Guillemet et du Queyras	Département Hautes-Alpes	Région PACA
Taux de mortalité %	11	13,5	9,6	9,6	9,7

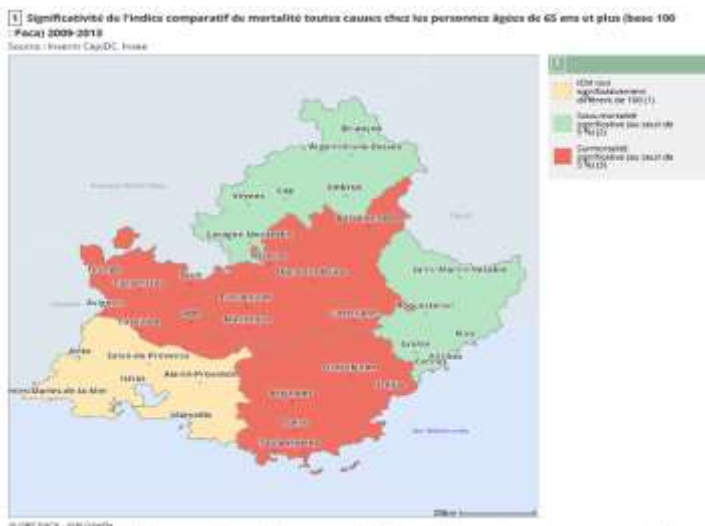
Sources : Insee, RP1968 à 1999 dénombremments, RP2007 au RP2017 exploitations principales — État civil.

En effet, l'observance de l'espérance de vie à 60 ans conforte l'hypothèse de « l'effet de la composition de la population des personnes ayant plus de 60 ans » sur les 3 CC.

	Département Hautes-Alpes	Région PACA	France Métropolitaine
Hommes	23,9	23,7	19,3
Femmes	28,5	27,7	23,3

Source : Insee, État civil, Estimations de population (données provisoires).

Par ailleurs, sur le département les personnes vieillissent plus longtemps. Pour aller plus loin, le territoire des Hautes-Alpes est décrit comme présentant une sous-mortalité (voir carte).



Une prévalence des affections de longues durées un peu plus importante que la moyenne et une couverture moindre de la population

Parmi les facteurs déterminants individuels de la santé, on retrouve les affections de longues durées. Sur le territoire, conformément à l'âge de la population, le taux est légèrement élevé sans être trop inquiétant.

En revanche, le pourcentage de personnes couvertes par une complémentaire santé solidaire interroge. En effet, il est significativement plus bas que les taux du département et de la région, cela laisse présumer des situations de non-recours.

	CC Serre-Ponçon	CC Vallée de l'Ubaye — Serre-Ponçon	CC du Guillestrois et du Queyras	Département Hautes-Alpes	Région PACA
Population exonérée au titre d'une ALD	25,6 %	27,2 %	23,5 %	25,2 %	23,2 %
Population couverte par la complémentaire santé solidaire	5,9 %	6,6 %	5,1 %	7,1 %	11,3 %

Source : Assurance Maladie, 6 août 2020

Les personnes de 70 ans et plus ont encore des difficultés à intégrer les parcours de santé

À l'origine des prises en charge globale, le médecin traitant (bien qu'il ne soit pas obligatoire) joue un rôle pivot dans le cadre d'un parcours de soins.

Aussi, sur les CC d'Ubaye et de Serre-Ponçon, il est observé un taux supérieur au département et à la région, de personnes de 70 ans et plus n'ayant pas déclaré de médecin traitant. Cette observation devra être approfondie ultérieurement.

	CC Serre-Ponçon	CC Vallée de l'Ubaye — Serre-Ponçon	CC du Guillestrois et du Queyras	Département Hautes-Alpes	Région PACA
70 ans et plus sans médecin traitant	6,1 %	6 %	4,6 %	6 %	4,8 %

Source : Assurance Maladie, 6 août 2020

Cadre théorique

Les habitudes de vie des usagers : sommeil, activités physiques et consommations (alcool, médicaments)

« Les cinq dimensions de la fragilité ont été définies de la manière suivante :

- ⇒ Épuisement : fatigue physique ou faiblesse ou manque d'énergie signalé par la personne
- ⇒ Perte non intentionnelle de 5 % du poids corporel au cours des douze derniers mois
- ⇒ Faiblesse musculaire : difficulté à porter un sac pesant 5 kg (en l'absence de difficulté à utiliser ses mains ou ses doigts) ou difficulté à se pencher ou à s'agenouiller sans aide
- ⇒ Mobilité réduite : difficulté à marcher sur 500 mètres sans aide ou difficulté à monter ou descendre au moins une douzaine de marches sans aide

⇒ Niveau faible d'activité physique : aucune pratique de la marche, de la bicyclette ou de sport (jogging, fitness, nage, cyclisme, etc.)»⁶

Compte tenu de l'objectif de l'enquête, la question de l'état de santé de la population auprès des professionnels a été exclue du périmètre, mais **les usagers ont été interrogés sur leur perception de leur état de santé à travers le thème des modifications des habitudes de vie au passage de la retraite.**

Éléments sémantiques

Au cours des entretiens ¾ des usagers déclarent avoir changé leurs habitudes avec le passage à la retraite dont **une réduction du temps de sommeil et de l'activité physique, ainsi qu'un changement d'activité physique** : s'occuper du jardin, participer à des ateliers collectifs, etc.

15 % des usagers affirment ne pas consommer d'alcool et 53 % avoir une consommation modérée (selon les recommandations de Santé Publique, la consommation journalière fixée à 2 verres/jours).

Concernant la médication, **les usagers rencontrés prennent en moyenne 7,5 médicaments par jour.** On parle alors de polymédication, c'est-à-dire une consommation quotidienne de 5 médicaments ou plus.

EN CONCLUSION

Sur le territoire des Terres Monviso, on constate :

- Une espérance de vie favorable pour les personnes de 65 ans et plus
- Des difficultés des personnes à intégrer les parcours de soins
- Une polymédication des personnes interrogées qui devrait faire l'objet d'un approfondissement

⁶ <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/230-fragilite-des-personnes-agees-et-consommation-de-medicaments.pdf>

Les spécificités locales

CC Guillestrois-Queyras

Point de vue des professionnels :

- ⇒ Accès aux services de santé et médico-sociaux :
 - le manque du médecin de famille représente un frein,
 - le manque d'aides à domicile représente un frein pour le Queyras
- ⇒ Forte inégalité d'accès aux services entre les deux territoires de la même CC
- ⇒ Déplacements et mobilité : inégalité d'organisation des transports entre zone urbaine et zone rurale, le Queyras plus impacté par l'insuffisance des transports, mais une entraide très forte
- ⇒ Publics vulnérables, isolement, précarité et insécurité une notion d'isolement moins ressentie du fait de l'existence de réseaux sociaux très forts, malgré l'éloignement géographique

Point de vue des usagers :

- ⇒ Un manque d'opérateurs réguliers de l'aide à domicile dans la vallée du Queyras impacte non seulement les usagers, mais aussi les infirmières à domicile et les aidants proches qui interviennent pour répondre à une demande aujourd'hui non satisfaite.



La problématique liée à l'absence d'un service régulier d'aide à domicile n'a pas pu être prouvée dans le présent rapport. En effet :

- ⇒ Le taux de consommation des plans d'aides APA est de 69% (plus que la moyenne départementale de 68%)
- ⇒ Les organismes de services à la personne ne font pas état d'une demande en aides à domicile.

Cette problématique ressentie par les professionnels interrogés mériterait ainsi d'être approfondie avec les différents acteurs qui œuvrent dans le secteur médico-social.

CC Vallée de l'Ubaye Serre-Ponçon

Point de vue des professionnels :

- ⇒ Accès aux services de santé et médico-social : proposer un service de navette pour l'ensemble de la vallée
- ⇒ Publics vulnérables, isolement, précarité et insécurité : un public vulnérable plutôt à cause des addictions

Point de vue des usagers :

- ⇒ Le service de portage des repas sur la Vallée est principalement proposé par le Foyer la Sousta. Le coût du portage de repas dans certaines communes, est souvent onéreux, voire il est au-dessus de la moyenne (15 euros/jour sur Ubaye Serre-Ponçon) pour les usagers.

CC Serre-Ponçon

Point de vue des professionnels :

- ⇒ Accès aux services de santé et médico-sociaux :
 - avoir plus de consultations avancées sur le CH d'Embrun,
 - saturation des services d'aide à la personne
- ⇒ Déplacements et mobilité : inégalité d'organisation des transports entre zone urbaine et zone rurale
- ⇒ Publics vulnérables, isolement, précarité et insécurité : inégalité de situation entre zone urbaine et zone rurale
- ⇒ Précarité très forte (5 associations caritatives uniquement sur la commune d'Embrun)
- ⇒ Un public vulnérable principalement à cause de l'hameçonnage

Les impacts de la crise de la COVID 19



Les impacts de la crise sanitaire

Malgré des liens sociaux fortement impactés par la crise sanitaire, l'heure est à la recherche de nouvelles formes de socialisation

55 % des interviewés (17 personnes sur 31) ont déclaré avoir été impactés par la présente crise sanitaire et principalement par l'absence de contacts humains, notamment :

- ⇒ dus à l'éloignement de l'entourage familial et/ou à l'impossibilité de se rapprocher de leurs proches ;
- ⇒ à cause de l'interruption des activités d'animation ;
- ⇒ à cause du port du masque ;
- ⇒ à cause de l'interruption, parfois des interventions à domicile

Ces relations sociales fortement impactées par la crise ont engendré cependant des formes positives de socialisation et de solidarité malgré les mesures de confinement que le présent diagnostic n'a pas pu analyser, mais qui mettrait une plus ample attention au vu des retours des usagers :

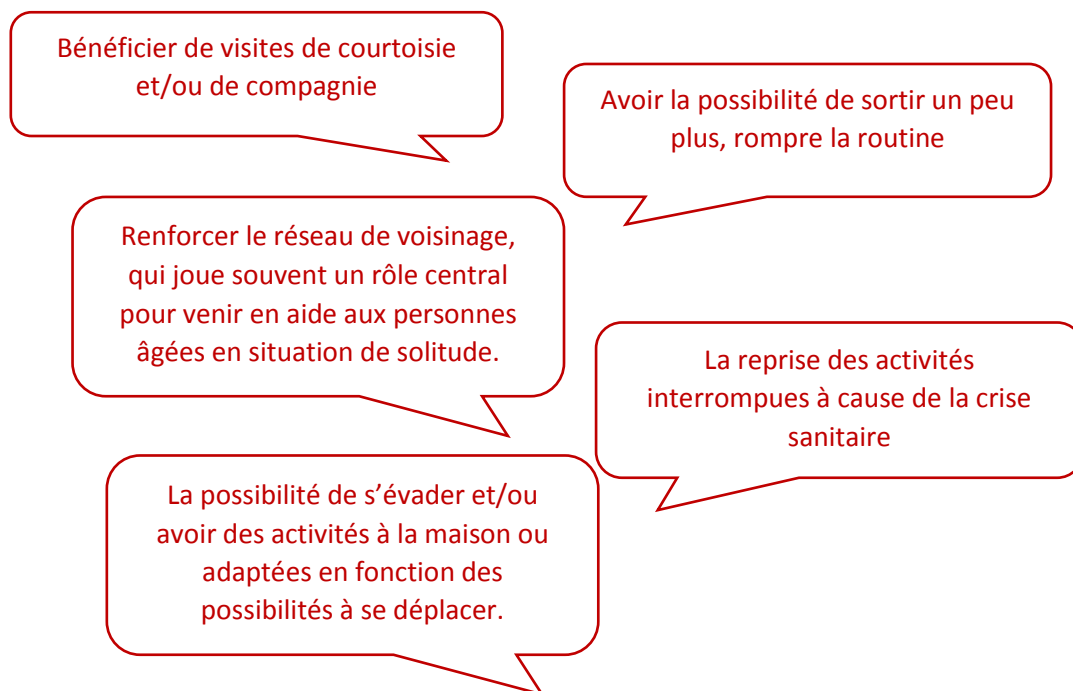
- ⇒ 80 % des communes et/ou CCAS ont mis en place un démarchage téléphonique auprès de toutes les personnes âgées durant le confinement.
- ⇒ Le confinement a parfois rapproché géographiquement les enfants avec leurs aînés

Les impacts de la crise sanitaire sur l'intervention des services

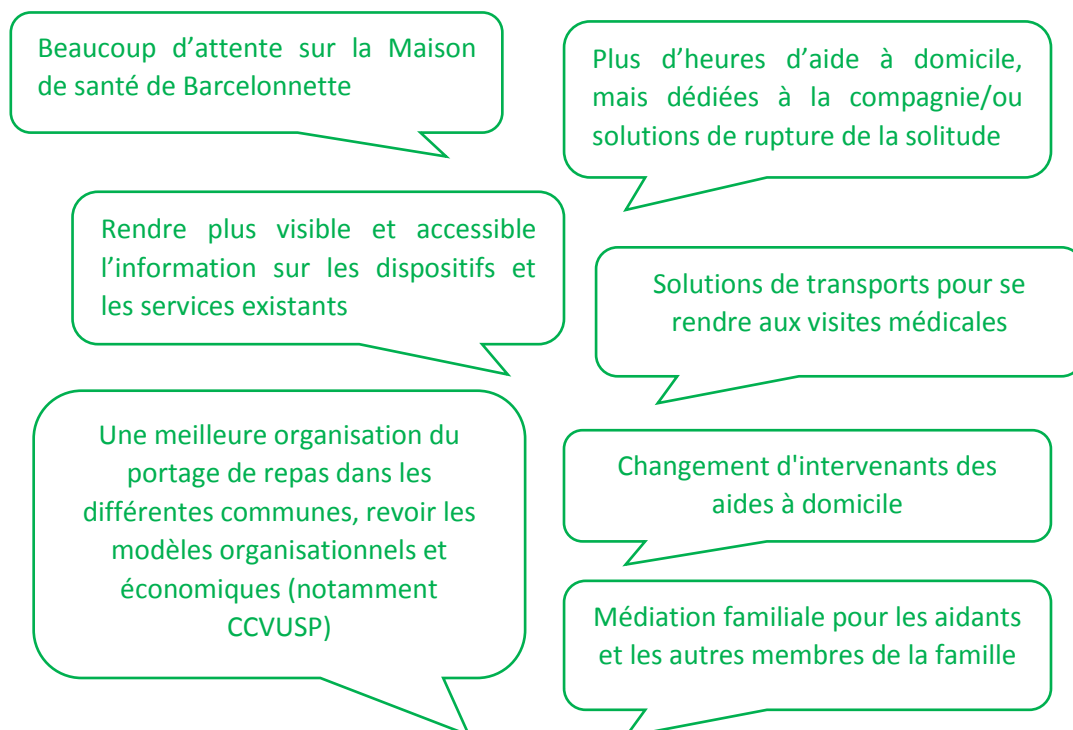
Ce qui a impacté davantage certains usagers en ces temps de crise sanitaire est l'arrêt des interventions à domicile, voire la difficulté des structures prestataires de SAAD et SAP à se réorganiser rapidement au vu de la crise sanitaire. Ceci a poussé parfois les usagers à se tourner vers des intervenants indépendants.

Les recommandations formulées par les usagers et les professionnels

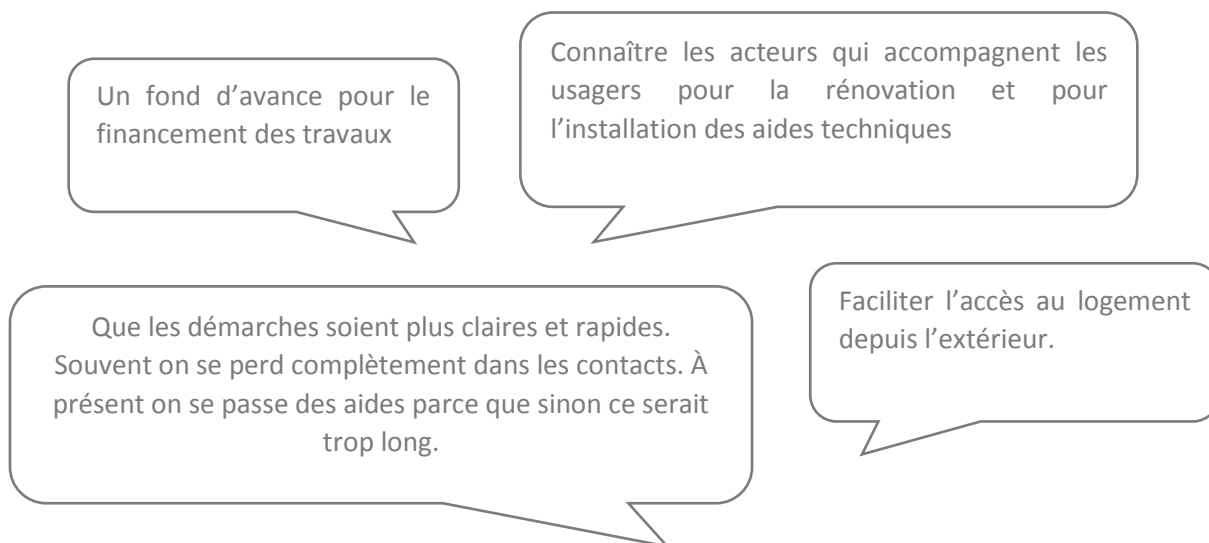
...pour renforcer le lien social et lutter contre l'isolement...



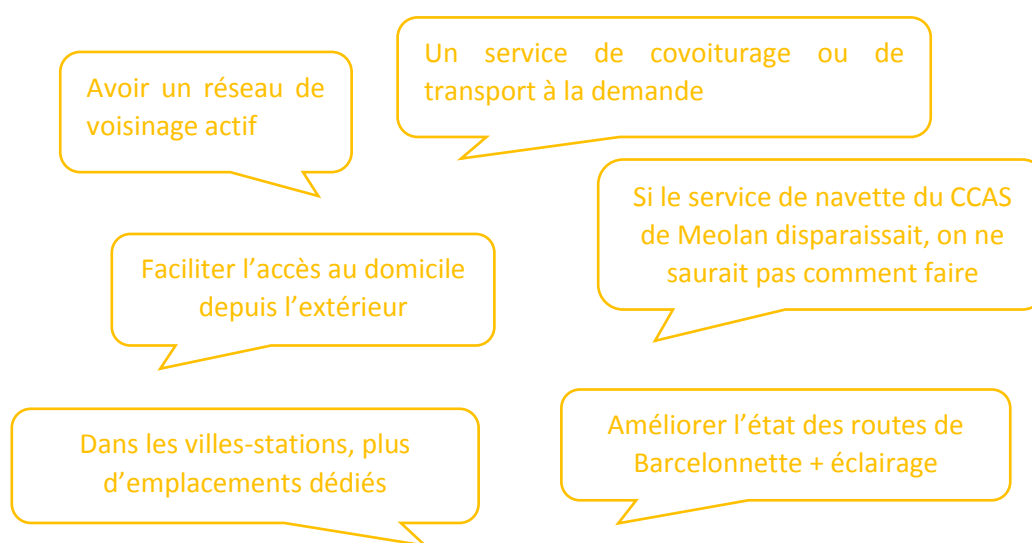
...pour améliorer l'offre de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux...



...pour l'amélioration des lieux de vie...



...pour faciliter les déplacements et l'amélioration des espaces urbains...



La synthèse des besoins

Les besoins prioritaires

Maintenir la mobilité des personnes le plus longtemps possible
Adapter les logements des personnes
Conduire et multiplier les actions de prévention et d'animation en direction des aînés

Accès aux services de santé et médico-sociaux

Faciliter l'accès aux professionnels de second recours
Aider à faire connaître les aides et services existants à destination des personnes âgées
Anticiper le vieillissement de la population et l'augmentation de la demande de soins

Logement et espace urbain

Aider à faire connaître les aides et services existants à destination des personnes âgées
Accompagner les personnes (opérateurs du territoire et usagers) à prendre conscience de la nécessité d'adapter un logement avec l'avancée en âge avant 75 ans
Améliorer le repérage des personnes fragiles dont le logement n'est pas adapté énergétiquement (eau potable, électricité)

Déplacement et mobilité

Développer des moyens de transports individuels et collectifs à la demande
Adapter l'espace urbain (trottoir, banc public, etc.)

Publics vulnérables, isolement, précarité et insécurité

Développer la connaissance de tous les professionnels aux principaux facteurs de risque d'isolement géographique et sociale, aux notions de précarité économique et sociale
Conduire un travail collectif pour définir ce que signifie "être précaire sur les Terres Monviso"
Favoriser les activités collectives et les réseaux de sociabilité permettant de lutter contre l'isolement et la solitude des personnes

Accès aux droits et participation citoyenne

Développer une communication adaptée envers les personnes âgées pour faire connaître leurs droits
Identifier les zones blanches et mutualiser les moyens intercommunaux
Limiter la dématérialisation des services et/ou développer des actions d'accompagnement aux outils numériques des personnes
Recréer d'autres formes de participation, mieux adaptés aux 75 ans et plus
Développer une offre culturelle diversifiée (exemple : déployer des spectacles itinérants dans le milieu de vie qui répondent aux centres d'intérêts des personnes)

Comportements individuels

Développer la connaissance des professionnels sur les signes de dépendance et d'addictions
Développer une offre diversifiée d'activité physique qui permette une pratique régulière

Les préconisations

1. Mutualiser les services au niveau des CC, inter CC, prioriser les offres d'actions sociales et engager une démarche *Ville amie des aînés*.

Actuellement, certaines communes sont isolées, au regard de leurs tailles, il leur est difficile de développer une offre d'action sociale. C'est pourquoi, la mutualisation au niveau des CC peut permettre à la fois de couvrir les zones blanches tout en garantissant une meilleure diffusion des informations au niveau des services.

Dans un premier temps, il est nécessaire de définir le champ de compétences et le périmètre d'intervention de chaque CC et ensuite élaborer un projet d'action sociale selon les besoins repérés et les priorités du territoire.

Dans un deuxième temps, le développement d'une coordination inter-CC faciliterait le partage de pratiques et la mutualisation des moyens sur des thématiques lourdes à développer. Par exemple :

- ⇒ Dans le champ de la mobilité **mener une réflexion pour l'amélioration des transports des personnes**, non seulement en lien avec les acteurs locaux et les Communes, mais également avec les collectivités compétentes en la matière pour mettre en œuvre un service d'accompagnement à la mobilité (au-delà de services de transports sanitaires) ;
- ⇒ Pour lutter contre les inégalités territoriales de santé entamer une démarche de **création d'un Contrat Local de Santé** en lien avec l'ARS ;
- ⇒ Pour lutter contre l'isolement et la vulnérabilité des populations, **mettre en place une coordination des actions de prévention/animation pour le bien vieillir sur chaque CC** avec un lien très fort avec les opérateurs qui interviennent.

Et enfin, l'**adhésion à une démarche *Ville amie des aînés* soutenue par l'Organisation Mondiale de la Santé** engagerait les CC à prendre en compte l'expérience des habitants âgés pour améliorer leur qualité de vie au quotidien. Ceci permettrait :

- ✓ Être soutenu dans le déploiement de sa politique envers les aînés.
- ✓ Construire un territoire bienveillant à l'égard de tous les âges.
- ✓ Apprendre à penser l'environnement social et l'environnement bâti en lien avec les spécificités des différentes générations.
- ✓ Être mieux préparé aux défis de la longévité.
- ✓ Disposer d'informations de qualité.
- ✓ Bénéficier de conseils pour structurer une dynamique Villes amies des aînés.
- ✓ Identifier les ressources de son territoire qui favorisent le vieillissement actif et heureux.
- ✓ Se former à la mise en œuvre de la démarche participative avec les habitants âgés.
- ✓ Échanger et faire connaître ses bonnes pratiques.
- ✓ Être reconnu dans ses actions et son engagement pour mieux adapter le territoire au vieillissement.
- ✓ Être valorisé et rayonner dans toute la France et au-delà.
- ✓ Se fédérer pour être force de proposition auprès des pouvoirs publics

2. Structurer les services à destination des personnes âgées par pôles de compétences et favoriser la pluridisciplinarité et la transversalité

À ce jour, le manque d'organisation des services rend l'offre insuffisamment lisible pour les personnes et les professionnels. En élaborant un pôle par compétences/besoins prioritaires, les acteurs identifient un/e professionnel/le référent vers qui chacun peut (opérateurs médico-sociaux, Mairies, etc.) se tourner en cas de besoins.

Pour illustrer nos propos, voilà plusieurs exemples.

- Le référent du pôle mobilité des personnes âgées pourrait :
 - réaliser une fois par an une réunion sur les enjeux du maintien des mobilités et son impact sur l'autonomie et l'insertion sociale en milieu rural,
 - développer l'offre de transport au niveau de la CC pour tous motifs confondus.
- Le référent du pôle logement développerait :
 - un outil partagé et mis à jour sur les types d'aides, les critères pour en bénéficier, comment et auprès de qui faire sa demande, etc.
 - les compétences de ces pairs sur l'identification de public en situation de précarité
- Le référent du pôle de prévention assurerait :
 - le déploiement d'actions collectives et individuelles de prévention en direction des personnes de 65 ans et plus et des aidants,
 - de rendre lisible la diversité d'offre d'activité physique (levier pour motiver la pratique régulière)

La transversalité des problématiques relatives au vieillissement doit devenir un objectif partagé par les CC pour être intégré progressivement dans toutes les réflexions et prises de décisions que ce soit de l'aménagement urbain (PLU) aux services de santé et offre de logement.

3. Faire évoluer les services de santé et médico-sociaux ainsi que les offres d'hébergements

L'avancée en âge de la population va avoir deux conséquences importantes sur les CC, une augmentation de la demande de soins et de l'hébergement.

À ce jour, l'offre en hébergement est limitée et l'offre de soins est en mutation (diminution des visites à domicile).

D'une part les CC pourraient impulser auprès des professionnels de santé une dynamique territoriale pouvant aboutir sur des modèles organisationnels alternatifs et/ou innovants (exemple : CPTS, services itinérants de dépistage/prévention, etc.) afin de rapprocher les services de soins aux usagers habitant les territoires. Pour aller plus loin, des actions de préventions de la perte d'autonomie à domicile devraient être imaginées dans l'objectif d'anticipation des situations de fragilité.

D'autre part, les CC devraient travailler à d'autres formes de logement et d'habitation entre le domicile et l'hébergement de type EHPAD. La création d'une nouvelle offre permettrait de répondre aux attentes des personnes sans être totalement dépendant du secteur sanitaire et médico-social (expérience déjà existante dans la Vallée de l'Ubaye). Enfin, cette organisation présente l'avantage encore une fois d'être visible, lisible et participerait à rendre le territoire plus attractif.

Annexe n° 1 : Synthèse des entretiens individuels et des questionnaires adressés aux professionnels

	Professionnels	
	Entretiens individuels	Questionnaire numérique
3 problématiques identifiées	<p>Mobilité et isolement géographique des personnes en zone rurale</p> <p>Le logement : précarité et offre insuffisante de logement adapté</p> <p>Accès aux services de santé et médico-sociaux</p>	<p>Insuffisance des offres de mobilité mises à disposition des personnes</p> <p>Manque d'adaptation et de clarté des informations concernant les offres et services existants pour les PA (logements, prestations, etc.)</p> <p>Accès aux services de santé et actions de prévention en dessous des besoins</p>
Accès aux services de santé et aux services médico-sociaux	<p>Problèmes en lien avec la mobilité des personnes pour se rendre aux visites médicales</p> <p>Difficultés d'accès aux spécialistes sur tous les territoires et des spécialités en tension (ophtalmologistes, dentistes, psychiatres en particulier)</p> <p>Délais d'attente élevés pour les places en EHPAD</p> <p>Manque d'information sur les services médico-sociaux</p>	<p>28,3 % des professionnels affirment que les personnes n'auraient pas un accès aux soins de premier recours garantis et 84,6 % pour le second recours</p> <p>21,1 % des professionnels déclarent que la population n'aurait pas accès aux services médico-sociaux</p> <p>71,1 % des professionnels pensent que la population ne participe pas aux programmes et actions de prévention proposés sur le territoire</p>
Logement et espace urbain	<p>Manque d'adaptation des logements en raison d'une précarité financière des personnes très âgées</p> <p>Manque d'information concernant les aides existantes</p> <p>Problème culturel associé à un manque d'anticipation</p>	<p>Pour les professionnels, l'adaptation au logement n'apparaît qu'à partir de 75 ans et plus</p> <p>42,3 % professionnels considèrent que les logements ne sont ni adaptés, ni accessibles voir que certains ne sont pas adaptés énergétiquement (eaux potables, électricité)</p>
Déplacement et mobilité	<p>Insuffisance des moyens de transport</p> <p>Absence d'un service de transport individualisé (non réservé aux visites médicales)</p>	<p>90,4 % des professionnels observent que la population ne peut se déplacer en dehors du village et que l'offre de mobilité n'est pas adaptée</p> <p>D'autre part, 65,3 % des considèrent que l'espace urbain, lui non plus n'est pas adapté aux besoins des personnes</p>
Publics vulnérables, isolement, précarité et insécurité	<p>Pour les professionnels, les principales causes d'isolement sont les suivantes : rupture familiale ou perte d'un proche, personne loin des services et des principales zones urbaines, l'avancée en âge et le manque d'anticipation.</p> <p>La précarité financière reste centrale : elle détermine un</p>	<p>63,4 % des professionnels affirment qu'une partie des personnes est isolée géographiquement la population et pour 46,2 % déclarent que la population est isolée socialement</p> <p>La précarité économique concernerait une partie de la population selon 46,5 % des professionnels et 30,8 % pour ce qui est de la précarité sociale</p> <p>Les professionnels déclarent que 28,8 % de la population a un sentiment</p>

	<p>statu quo</p> <p>L'insécurité est un sentiment inexistant</p> <p>L'existence de publics vulnérables, mais de différentes manières</p>	<p>d'insécurité environnementale et 40,4 % auraient un sentiment d'insécurité vis-à-vis des autres.</p>
<p>Accès aux droits et participation sociale</p>	<p>Méconnaissance des dispositifs existants</p> <p>Délais très importants</p> <p>Inégalité d'accès à l'information entre bourgs-centres et zones rurales</p> <p>Une dématérialisation des procédures inaccessible aux plus âgés</p> <p>Participation sociale plus forte pour les 65-75 ans. Au-delà de 75-80 ans très faible participation sociale (à moins que la personne n'ait pas été repérée par le système).</p>	<p>88,5 % des professionnels considèrent que les personnes n'utilisent pas les nouvelles technologies pour mieux accéder aux services</p> <p>71,1 % des professionnels pensent que la population ne connaît pas les services présents sur le territoire (y compris la répartition des rôles), pour 82,5 % d'entre eux l'accès aux informations n'est pas facile ce qui expliquerait que l'accès :</p> <p>aux prestations soit difficile (c'est l'opinion de 69,2 % des professionnels)</p> <p>aux aides financières pour adapter son logement soit peu accessible (pour 75 % des professionnels)</p> <p>Les instances et lieux de rencontres seraient adaptés auprès de la population selon 53,8 % des professionnels</p> <p>55,8 % de la population n'aurait pas accès facilement aux activités culturelles proposées sur le territoire</p>
<p>Comportements individuels</p>	<p>Non discuté</p>	<p>23,1 % des professionnels pensent que la population présenterait des signes de dépendances ou d'addictions particulières (tabac, alcool, pharmacologie)</p> <p>L'activité physique régulière ne serait pas pratiquée par 61,6 % des personnes âgées, mais seulement 44,2 % auraient un accès à une offre diversifiée</p>
<p>CC du Guillestrois et du Queyras</p>	<p>Accès aux services de santé et médico-sociaux :</p> <p>Le manque du médecin de famille représente un frein.</p> <p>Le manque d'aides à domicile représente un frein pour le Queyras</p> <p>Forte inégalité d'accès aux services entre les deux territoires de la même CC</p> <p>Déplacements et mobilité :</p> <p>Inégalité d'organisation des transports entre zone urbaine et zone rurale</p> <p>Queyras plus impacté par l'insuffisance des transports, mais entraide très forte</p>	

	<p>Publics vulnérables, isolement, précarité et insécurité</p> <p>Une notion d'isolement moins ressentie malgré l'éloignement géographique</p>
<p>CC Vallée de l'Ubaye — Serre Ponçon</p>	<p>Accès aux services de santé et médico-sociaux</p> <p>Un service de navette proposé par le CCAS de Méolan-Revel uniquement pour le territoire centre-sud de la vallée</p> <p>Déplacements et mobilité :</p> <p>Service de navette à la demande pour les bénéficiaires du CCAS de Méolan-Revel</p> <p>Publics vulnérables, isolement, précarité et insécurité</p> <p>Un public vulnérable plutôt à cause des addictions</p>
<p>CC Serre-Ponçon</p>	<p>Accès aux services de santé et médico-sociaux</p> <p>Avoir plus de consultations avancées sur le CH d'Embrun</p> <p>Saturation des services d'aide à la personne</p> <p>Déplacements et de la mobilité :</p> <p>Inégalité d'organisation des transports entre zone urbaine et zone rurale</p> <p>Publics vulnérables, isolement, précarité et insécurité</p> <p>Inégalité de situation entre zone urbaine et zone rurale</p> <p>Précarité très forte (5 associations caritatives uniquement sur la commune d'Embrun)</p> <p>Un public vulnérable principalement à cause de l'hameçonnage</p>

Annexe n° 2 : Synthèse des entretiens individuels des usagers

	Retour des usagers	Faits marquants
L'isolement social et la solitude des personnes âgées	52 % des usagers interviewés ont déclaré se sentir dans une condition de solitude. 10 % en plus n'expriment pas clairement ce problème et affirment se sentir bien lorsqu'ils sont seuls.	Une solitude due à trois éléments : les difficultés liées à l'état de santé. L'utilisateur n'est plus en mesure de se déplacer en autonomie. Cette solitude est souvent comblée par la télévision, la lecture parfois et les visites à domicile des aidants (services à la personne, aidants familiaux) ; la distance géographique des proches et/ou le changement de réseau par rapport à l'endroit où les usagers vivaient avant ; la perte du conjoint ou de la conjointe.
	Parmi les 7 aidants concernés par l'enquête, 4 ont affirmé se sentir seuls	Les proches aidants ayant répondu négativement (au nombre de 3) ont justifié leur position par la présence d'un réseau leur permettant de surmonter en partie cette solitude. Ce réseau étant constitué principalement par un entourage familial très présent autour de l'aidant (1 usager sur 7) ou par des professionnels très impliqués en soutien à l'aidant (2 personnes sur 7) La présente enquête n'a pas constaté des formes de solitude engendrées par les divergences au sein d'un même réseau familial. Malgré cela, cette problématique a été plutôt enregistrée chez les personnes âgées proches-aidants : 4 aidants sur 7 ont fait part des tensions existantes au sein de leur réseau familial.
La précarité financière de personnes	parmi l'ensemble des bénéficiaires rencontrés, 8 usagers sur 31 ont répondu avoir rencontré des difficultés à «boucler leurs fins de mois» ces 5 dernières années	Au moment des entretiens, la majorité des bénéficiaires interviewés se sont exprimés sur le faible revenu, sans relier ceci à une véritable problématique financière (« on vit avec ce qu'on a »), mais en fixant des priorités : les dépenses courantes liées au logement ; les dépenses liées à l'alimentation ; les dépenses liées aux services à la personne (ménage et entretien des lieux) ; les dépenses liées à la santé

		Sur chacune des thématiques soulevées, l'indicateur financier est déterminant sur leur choix de vie ce qui limite les usagers avec le temps dans l'expression de leurs besoins.
La participation à la vie sociale	<p>La moitié des personnes ayant participé à l'enquête affirme participer à une activité d'animation sur leur territoire de résidence.</p> <p>Sur les 9 hommes ayant participé à l'enquête, seulement 3 participent à des activités</p> <p>Parmi les aidants interviewés, 5 personnes sur 7 consacrent du temps à des activités d'animation</p>	<p>Le nombre de personnes participant à une activité d'animation ou de loisirs sur le territoire diminue avec l'avancée en âge (seules 2 personnes sur 12 ayant plus de 80 ans affirment participer à une activité d'animation)</p> <p>Les deux principales raisons soulevées par les personnes ayant répondu négativement sont le désintéressement (les hommes notamment) et l'impossibilité à se déplacer (en particulier les personnes âgées de plus de 80 ans)</p> <p>La plupart des activités d'animation sont organisées en mode collectif et sont proposées par les CCAS, par les clubs des aînés ou encore les centres sociaux (Le Queyras en particulier)</p> <p>La plupart des activités choisies <u>par les personnes âgées ne sont pas payantes</u></p>
Le sentiment d'insécurité	À présent la plupart des interviewés ont déclaré ne pas éprouver de sentiment d'insécurité, là où ils résident, ou du moins cela n'est pas ressenti tel un véritable problème.	
<p>Les habitudes de vie</p> <p><i>Les entretiens individuels ont permis de soulever la question par rapport aux changements dans les habitudes de vie des usagers dans l'avancée en âge</i></p>	<p>Les principales habitudes de vie qui ont changé depuis le départ à la retraite et avec l'avancée en âge sont :</p> <p>Les habitudes liées au sommeil</p> <p>Les habitudes liées à l'exercice de l'activité physique et aux déplacements</p> <p>Seules 5 personnes affirment ne pas avoir changé leurs habitudes</p> <p>Un peu moins de la moitié des personnes âgées interviewées affirme ne pas consommer d'alcool du tout. Cependant 17 personnes sur 31 affirment</p>	<p>Au niveau des habitudes liées au sommeil, les personnes interviewées affirment dormir beaucoup moins qu'avant</p> <p>Les habitudes ont changé également sur le plan de l'activité physique puisque les personnes interviewées bougent moins</p> <p>Sur le panel des usagers interviewés, le facteur de l'âge n'impacte pas sur l'absence de changement d'habitudes.</p> <p>Malgré une réduction des déplacements et de l'exercice de l'activité physique, la plupart des usagers affirment de tout faire pour maintenir une activité (s'occuper du jardin, ateliers collectifs d'activité physique, etc.)</p>

	<p>consommer de l'alcool, mais de façon modérée⁷ (pour la plupart d'entre eux).</p> <p>La valeur moyenne de consommation de médicaments est de 7 par jour environ (bien inférieur à la moyenne nationale de 14 verres par jour)</p>	<p>La grande majorité des usagers interviewés affirme ne pas (ou ne plus) fumer</p>
<p>L'adaptation du logement par les usagers</p>	<p>80 % des répondants habitent sur le territoire depuis plus de 10 ans (90 % d'entre eux n'ont pas changé de maison depuis qu'ils y habitent)</p> <p>61 % des répondants affirme avoir réalisé des travaux d'amélioration et/ou d'adaptation du logement</p> <p>Les deux principales raisons d'amélioration des lieux de vie sont :</p> <p>L'adaptation des lieux (barres d'appui, rampes, lits, tables, fauteuil confort, travaux d'agrandissement, accès au logement) : 16 personnes sur 31 ;</p> <p>L'amélioration, l'évaluation de l'environnement et de la performance énergétique de l'habitat (filtres à air, purificateur d'eau, fenêtres, systèmes de chauffage...)</p> <p>Seulement 3 personnes ont sollicité des aides financières pour la réalisation de ces travaux.</p> <p>15 personnes sur 31 ont exprimé vouloir faire ou refaire des travaux d'adaptation</p>	<p>Les deux principales typologies de travaux et/ou adaptations en aides techniques sollicitées par les usagers concernent la salle de bain et le système de chauffage.</p> <p>Les principaux freins liés à la sollicitation des aides sont :</p> <p>La non-éligibilité aux aides ;</p> <p>La méconnaissance des aides existants.</p> <p>Les principales raisons qui freinent les personnes à la réalisation de travaux ou de nouveaux travaux sont :</p> <p>L'âge de la personne et l'éventuelle revente du bien (devenu trop inadapté)</p> <p>Le fait de ne pas s'être posé la question et/ou de ne pas avoir besoin</p> <p>Parmi les personnes s'étant exprimées sur une nouvelle réalisation des travaux, une majorité (6 personnes) n'a pas exprimé la nécessité de se faire accompagner pour plusieurs raisons :</p> <p>Soit les travaux en perspectives ne sont pas envisagés à court terme et l'utilisateur ne se projette pas ;</p> <p>Soit l'entourage familial peut intervenir pour effectuer les travaux et poser les aides techniques.</p> <p>D'autres usagers ont exprimé un besoin pour :</p> <p>Un accompagnement pour une aide à la définition des travaux (5 personnes) ;</p> <p>Un accompagnement pour une aide financière (3 personnes)</p> <p>L'accès au domicile est un élément qui a été soulevé par les usagers à plusieurs reprises (sans qu'il fasse l'objet d'une question précise dans le cadre des entretiens). Ceci notamment pour des usagers ayant des problèmes de mobilité, vivant dans une habitation individuelle et souvent avec un chemin d'accès au logement.</p>

⁷ La consommation d'alcool de façon modérée se réfère aux recommandations de Santé Publique France par rapport à la consommation journalière fixée à 2 verres/jours

<p>Les déplacements en dehors de la ville ou du village</p>	<p>10 personnes sur 31 ne se sentent pas concernés par les problématiques de déplacement au sein ou en dehors de la ville/village où ils habitent</p> <p>10 usagers ont répondu être d'accord ou parfaitement d'accord sur l'existence de difficultés à se déplacer en dehors de leur lieu de résidence ou du centre bourg.</p> <p>1/3 des usagers, enfin, s'exprime en désaccord par rapport à l'existence de freins pour se déplacer en dehors du village/ville/centre-bourg.</p>	<p>Les personnes qui ne se sentent pas concernées ce sont souvent des usagers qui ne peuvent plus se déplacer de chez eux et parfois (très rare) des solutions de covoiturage se mettent en place.</p> <p>Les personnes ayant répondu ne pas être d'accord sur l'existence de problématiques inhérentes aux déplacements en dehors du centre-bourg ou de leur lieu de résidence, ce sont des usagers qui utilisent encore la voiture. Il est difficile de les faire projeter sur l'avenir.</p> <p>La problématique des intempéries n'est jamais vraiment ressortie. Les personnes interviewées apprécient le bon dégagement des routes l'hiver et sur les trois Communautés de Communes.</p> <p>Mis à part les personnes qui ne se sentent pas concernées par la question, les principaux territoires où les gens sont d'accord sur l'existence de difficultés pour se déplacer en dehors de leur village ou du centre-bourg, sont la CC de Serre-Ponçon et la vallée de l'Ubaye.</p> <p>Dans le premier territoire dès lors qu'on sort d'Embrun si on veut se déplacer sur les communes voisines ou sur Gap (sans voiture) il y a la ligne régionale ZOU. La Ville d'Embrun mutualise son transport de navette avec Les Orres. Les autres services de navettes existants sont souvent en fonction en période de haute saison, mais ne semblent pas être connus par les usagers interviewés.</p> <p>Sur la CC de la vallée de l'Ubaye, il y a également un service de, car ZOU, qui est gratuit pour les résidents de la vallée (convention avec la CC). La problématique du déplacement se pose notamment pour les personnes habitant dans les hameaux, loin de la nationale où transitent les cars.</p>
<p>Les déplacements au sein de la ville ou du village</p>	<p>Les personnes interviewées sont assez unanimes pour affirmer qu'il n'y a pas vraiment de difficultés à se déplacer au sein de la ville ou du centre-bourg (hormis pour les personnes ayant répondu non, concerné)</p>	
<p>La ville/le village est adaptée/e à vos déplacements (la question a été posée pour savoir si l'espace urbain est adapté selon les besoins des</p>	<p>12 personnes sur 31 sont d'accord pour affirmer que l'espace urbain est adapté à leurs déplacements [6 personnes ayant répondu ne pas être d'accord]</p>	<p>Les personnes ayant répondu ne pas se sentir concernées par cette problématique, soit elles n'ont pas pu s'exprimer puisqu'elles ne se déplacent pas [10 personnes], soit elles n'ont pas voulu s'exprimer [2 personnes].</p> <p>La problématique d'un espace urbain adapté ne semble pas en être une pour la majorité des répondants.</p>

usagers.		
Le principal moyen de déplacement	<p>10 personnes sur 31 ont répondu ne pas se déplacer ou se déplacer uniquement avec quelqu'un qui les accompagne [covoiturage]</p> <p>La grande majorité des personnes se déplace en voiture [14 personnes sur 31].</p> <p>6 personnes [habitant sur un bourg centre ou à proximité des principaux services] se déplacent à pied ou à vélo</p>	<p>1 personne seulement affirme se déplacer en bus;</p> <p>Sur la CC de la vallée de l'Ubaye [communes adhérentes au CCAS de Méolan-Rével] un service de navette est proposé aux personnes âgées par le CCAS notamment pour des visites médicales ou pour des ateliers/activités organisées par le CCAS.</p> <p>Sur la CC du Guillestrois-Queyras, l'ACSSQ propose des services de navettes-covoiturage aux aînés en fonction de leurs demandes.</p>
Les principaux freins aux déplacements [rapporté par les usagers]	<p>Difficultés à se déplacer tout seul</p> <p>Pas assez de transports collectifs ou de solutions de transports de proximité [difficultés à rejoindre l'arrêt de bus le plus proche; car peu fréquents]</p> <p>Difficultés à se déplacer en dehors de son village, bourg</p> <p>Difficultés à accéder au domicile depuis l'extérieur [chemin privatif à déneiger; boîte aux lettres en bout de chemin]</p>	
L'accès aux activités d'animation et aux loisirs	La moitié des personnes interviewées participe à des activités d'animation	<p>Souvent beaucoup d'activités d'animation pour les aînés ce sont également des ateliers prévention organisées, soit par le CCAS, soit par la Mutualité ou le Club des aînés. Les principales activités qui ressortent sont :</p> <p>Les ateliers préventions [mémoire, équilibre, etc.]</p> <p>Les activités du club des aînés</p> <p>L'activité physique et la marche en montagne [notamment pour les personnes âgées plus jeunes]</p> <p>La vie associative</p> <p>Les personnes qui ne participent à aucune activité ont affirmé soit être trop âgées, soit ne jamais avoir été intéressées</p> <p>Même si ce n'est pas clairement ressorti au sein d'une question ciblée, une grande partie des personnes âgées [notamment à partir de 75 ans] ont tendance à avoir des activités individuelles [télévision, lecture, potager]</p> <p>Avec l'avancée en âge [à partir de 75 ans] le nombre d'usagers participant à une activité diminue.</p>

		<p>Seulement 3 hommes [sur 9 interviewés] participent à des activités ou à des animations organisées.</p> <p>La grande majorité des activités n'est pas payante</p>
<p>L'utilisation d'internet et l'accès aux services aux publics</p>	<p>18 personnes sur 31 affirment utiliser internet</p>	<p>Les personnes plus âgées sont moins sensibles à l'utilisation d'internet [plus de 80 ans]</p> <p>À la question : « si une activité de formation individualisée à l'utilisation d'internet était organisée ? » seulement 2 personnes se disent d'accord.</p> <p>La question sur l'accès aux services aux publics n'a pas été clairement posée, cependant :</p> <p>Parmi les personnes interviewées, seulement 3 personnes connaissent les MSAP</p> <p>Uniquement 12 personnes sur 18 affirment savoir effectuer une démarche sur internet en pleine autonomie</p> <p>La plupart des services [banque, service postal, centre des impôts sont situés sur les bourgs-centres]</p>

Annexe n° 3 : Bibliographie thématique

- Cadre méthodologie des approches socio-environnementales pour les aînés

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>

<https://www.pourbienvieillir.fr/sante-homme-411>

- L'influence de l'organisation des politiques de la ville sur le Bien-Vieillir

<https://www.villesamiesdesaines-rf.fr/>

- Les inégalités territoriales de santé, de soins

<https://www.credoc.fr/download/pdf/Rech/C320.pdf>

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2013-1-page-41.htm>

- Facteurs explicatifs du renoncement aux soins

<https://www.cairn.info/revue-regards-2018-1-page-29.htm>

- Les résultats des organisations coordonnées dans le sanitaire et le médico-social

<https://www.irdes.fr/recherche/2020/qes-252-que-peut-on-apprendre-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-2-page-239.htm>

- Recommandations pour favoriser l'attractivité d'un territoire auprès des professionnels de santé

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-3-page-153.htm>

- Recommandations pour favoriser les réflexions et approches des offres de santé/médico-social et d'action sociale en temps et non en distance kilométrique

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2013-3-page-57.htm>

- Recommandations pour favoriser les logements adaptés aux aînés

<http://www.inventerdemain.fr/wp-content/uploads/2017/02/etude-icade.pdf>

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2011-1-page-141.htm>

- Interventions sociales en milieux ruraux

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2013-5-page-136.htm>

- Isolement des personnes de 60 ans et plus

<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-actualites/solitude-et-isolement-quand-on-a-plus-de-60-ans-en-france-en-2017>

- Le niveau de vie et le patrimoine des seniors en France

https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/3646023/FPORSOC18d_EC4_niveau-de-vie-seniors.pdf
https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/etudes-et-statistiques/4p-DGE/2016-02-4Pages-51-tourisme-seniors.pdf

- **Polymédication et fragilité**

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/230-fragilite-des-personnes-agees-et-consommation-de-medicaments.pdf>

- **Recommandations sur les organisations et les offres en activité physique adaptée**

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/HS/2020_HS_3.html

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/HS/2020_HS_7.html