

Bilan gériatrique régional et suivi du Plan maladies neuro-dégénératives des Hauts-de-France

Activités 2018



octobre 2019





Ce document a été réalisé à la demande de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France.

Il a été rédigé par :

- l'OR2S : François Michelot et Anne Lefèvre
- l'ARS Hauts-de-France : Brigitte Caron, Marie-Alexandra Divandary, Liana Iacob et D^r Marguerite-Marie Defebvre.



Sommaire

Sommaire	3
Avant-propos	9
Périmètre géographique	10
Données démographiques	11
Partie I : Le bilan gériatrique	13
Les filières gériatriques de la région en 2018	14
Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements de l’Aisne.....	15
Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements du Nord	16
Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements de l’Oise	17
Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements du Pas-de-Calais.....	18
Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements de la Somme	19
Les courts séjours gériatriques déclarés	20
Implantation des CSG	20
Capacité des CSG	22
Activité des CSG.....	24
Les séjours générés.....	24
La durée moyenne de séjour idem aux remarques précédentes.....	25
Modes d’entrée et de sortie en CSG	26
Les entrées.....	26
Les sorties	27
Personnel des CSG	28
Plan de formation dans les CSG.....	30



Les équipes mobiles gériatriques.....	31
Implantation des EMG.....	32
Activité des EMG intrahospitalières.....	33
La file active.....	33
Les interventions.....	34
Personnel dédié à l'activité intrahospitalière.....	35
Équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières.....	36
Les équipes mobiles intervenant en EHPAD.....	37
Les hôpitaux de jour gériatriques.....	39
Implantation des hôpitaux de jour gériatriques déclarés.....	39
Activité des HJ gériatriques déclarés.....	41
Personnel des HJ gériatriques.....	42
Les soins de suite et réadaptation gériatriques.....	44
Implantation des SSRG autorisés.....	44
Capacité des SSRG autorisés.....	47
Activité des SSRG.....	48
Durée moyenne de séjour en SSRG.....	49
Modes d'entrée et de sortie en SSRG.....	49
Personnel des SSRG autorisés.....	51
Les unités de soins longue durée.....	53
Implantation des USLD autorisées.....	53
Capacité des USLD.....	55
Activités des USLD autorisées.....	56
Personnel des USLD autorisées.....	56
Partie II : Bilan du Plan maladies neuro-dégénératives.....	57
Préambule.....	58

Les consultations mémoire.....	59
La BNA.....	59
Méthodologie.....	60
L’implantation des consultations mémoire en 2018.....	61
La file active.....	62
Le mode d’entrée.....	63
Les unités cognitivo-comportementales.....	64
Implantation des UCC labellisées.....	64
Les entrées et les sorties.....	66
Personnel des UCC.....	68
Les unités d’hébergement renforcées.....	69
Implantation des UHR labellisées.....	69
La file active.....	71
Caractéristiques démographiques.....	71
Durée moyenne de séjour.....	71
État cognitif des personnes accueillies en UHR labellisées.....	72
Les entrées.....	73
Les sorties.....	74
Les activités proposées dans les UHR labellisées.....	75
Personnel des UHR labellisées.....	75
Les partenariats des UHR labellisées.....	77
Mesure n°28 : Développement et diversification des structures de répit - les plateformes d’accompagnement et de répit.....	78
Présentation générale.....	78
Implantation des PFR.....	79
Analyse des données d’activité.....	80
Méthodologie.....	80
Ouverture des PFR.....	80
File active.....	81
Prestations réalisées par les PFR.....	88
Prestations réalisées par d’autres associations.....	94

Lien avec l'accueil de jour	95
Personnel	95
Partenariat	96
Insuffisance concernant l'offre sur le territoire	96
Financement	97
<i>Counseling</i>	98
Présentation générale	98
Méthodologie	98
Analyse des données des bilans d'activité 2017	99
Actions de sensibilisation des services intervenant au domicile (SIAD) pour le repérage et l'alerte des risques d'épuisement des aidants.....	105
Présentation générale	105
Méthodologie	105
Actions financées et actions réalisées par l'ARS en 2018.....	106
Analyse des données des bilans d'activité 2017	107
Accompagnements individuels spécifiques à domicile	113
Présentation générale	113
Méthodologie	113
Analyse des données des bilans d'activité 2018	113
Groupes de parole	119
Présentation générale	119
Méthodologie	119
Analyse des données des bilans d'activité 2018	120
Mesure n°50 : Actions de formation des aidants	127
Présentation générale	127
Méthodologie	127
État des lieux dans la région	128
Actions financées par l'ARS et actions réalisées entre 2012 et 2018.....	128
Actions de formations programmées en 2018-2019.....	130
Aspects financiers.....	131
Analyse des données des bilans d'activité 2017	132
Les types de porteur	132
Données sur les formations.....	132

Difficultés à mobiliser les aidants	133
Les intervenants	135
Mobilisation des partenaires.....	135
Données concernant les aidants	136
Données concernant la personne aidée.....	139

Mesure n°34 : Poursuivre l’effort et consolider la dynamique d’intégration des services d’aide et de soins pour les personnes âgées en perte d’autonomie grâce au déploiement des MAIA **141**

Présentation générale	141
Implantation des MAIA.....	142
Type de porteurs	142
Analyse des données d’activité	143
Méthodologie	143
Table de concertation stratégique et tactique.....	143
Guichet intégré.....	147
Gestion de cas.....	151
MAIA 25	154
Difficultés rencontrées par les MAIA.....	154

Mesure 22 : Renforcement du soutien à domicile en favorisant l’intervention des professionnels spécialisés : les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esa) **156**

Présentation générale	156
Méthodologie	156
État des lieux dans la région	157
Ouverture effective des Esa.....	158
Porteurs des Esa	158
File active	159
File active par département	159
File active par Esa	159
File active par place autorisée	160
File active par semaine	160
Prescripteurs des séances	161
Diagnostics des patients	163
Sexe et âge moyen des patients.....	163

MMSE (<i>Mini-mental state evaluation</i>)	164
Niveau de dépendance (Gir) des patients	165
Séances réalisées	166
Durée moyenne de prise en charge (en semaines)	167
Objectif des séances réalisées	167
Personnel	168
Frais de déplacement	169
Synthèse des commentaires	170
Conclusion	171
Synthèse des indicateurs par département	172
Mesure n°16 : Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées : les Pasa.....	174
Présentation générale	174
Analyse des données d'activité	175
Méthodologie	175
Ouverture des Pasa.....	175
Capacités des Pasa.....	176
File active	177
Profil des résidents	177
Surfaces des Pasa.....	180
Activités des Pasa	181
Personnel	183
Commentaires des Pasa	185
Annexes	186
Sigles	186
Tableaux de résultats.....	188
EMG	188
SSRG.....	190
USLD.....	192
UHR.....	194
UCC	196

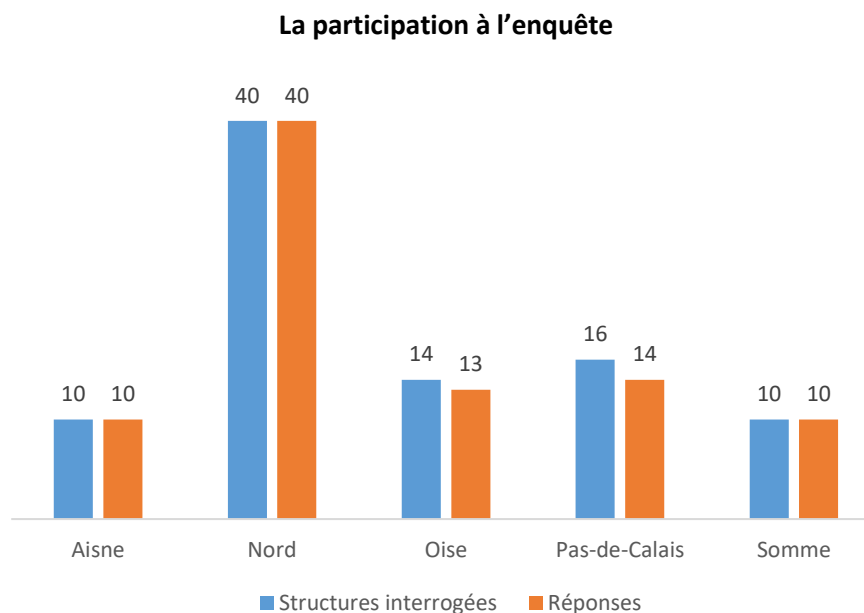
Avant-propos

Ce bilan n'a pas vocation à recenser toutes les prises en charge des personnes âgées dans la région mais de disposer d'une vue d'ensemble des organisations spécifiques et spécialisées gériatriques au sens des textes réglementaires pour le sanitaire. Des données médico-sociales constituent la seconde partie de ce document et décrivent en partie le développement des mesures du plan Alzheimer 2008-2012 et du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019.

Ce tome du bilan gériatrique a pour ambition de fournir au lecteur une vision d'ensemble des indicateurs concernant la gériatrie de la nouvelle région des Hauts-de-France, les grandes caractéristiques, ainsi qu'une première lecture des données des différents établissements de santé concernés.

Par ailleurs, les analyses reposeront sur deux maillages territoriaux : territoires de santé (niveau départemental) et infra-départemental.

Cette année, le taux de réponse de l'enquête gériatrie hospitalière est de 97 %. Il est en progression par rapport aux années précédentes (88 % pour l'enquête 2016 et 95 % pour l'enquête 2017) et est homogène selon les départements.



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Périmètre géographique

Les territoires



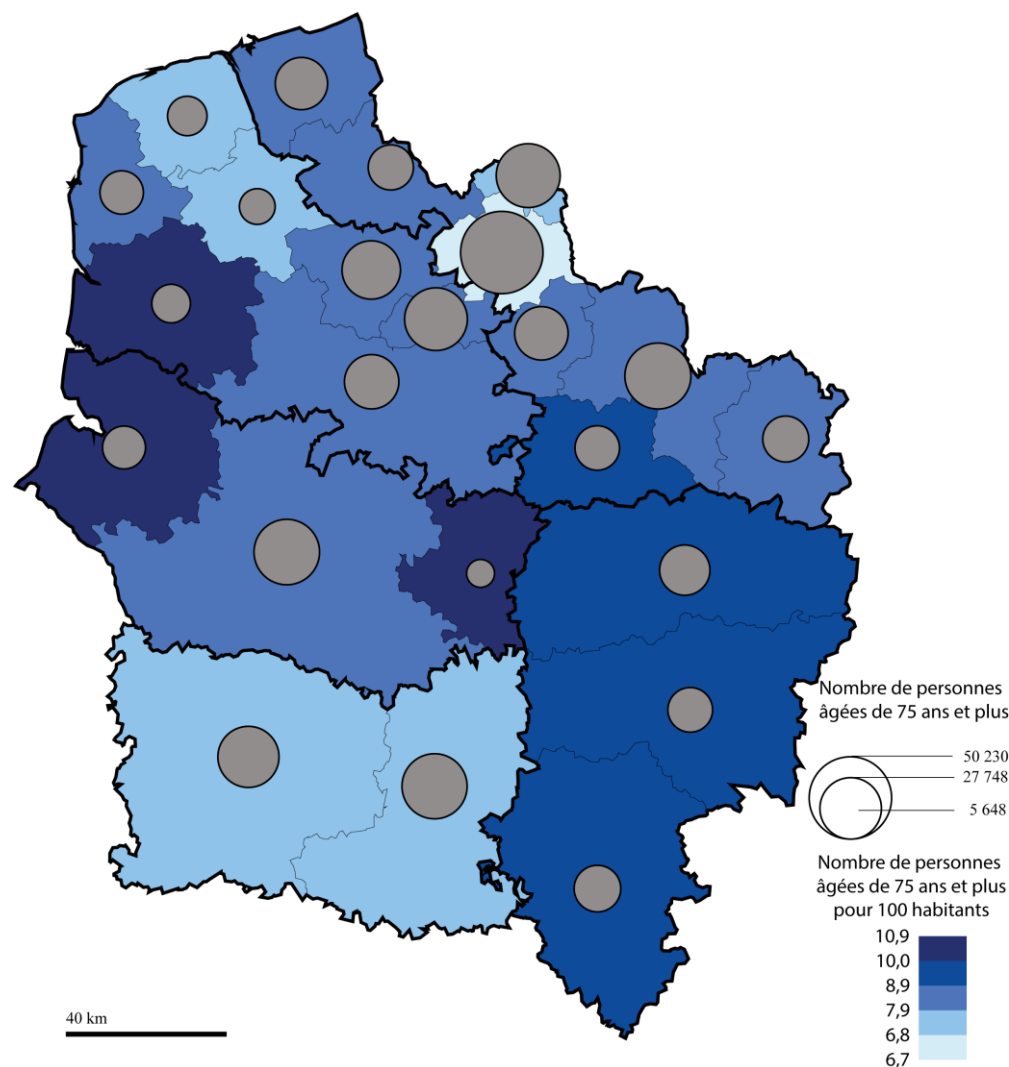
Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Les analyses sont réalisées par département et par zone de proximité ou de soins (quand cela a du sens). Dans le cadre des politiques sanitaires, la zone Haute-Somme (Péronne et ses environs) ne peut être traitée isolément du fait de son poids démographique. Il est différencié de la zone Somme-Est (qui inclut Amiens), de telle façon à pouvoir analyser ses données en regard de sa proximité en termes de fonctionnement avec Aisne-Nord (Saint-Quentin) tout en gardant une cohérence départementale (territoire pertinent pour le secteur médico-social).

La commune de Carvin (Pas-de-Calais) est rattachée à la zone de Lille (Nord) et la commune de La Bassée (Nord) l'est à la zone de Béthune - Bruay (Pas-de-Calais). Afin d'être cohérent dans les calculs, la commune de Carvin sera rattachée au département du Nord et celle de La Bassée au Pas-de-Calais.

Données démographiques

Population âgée de 75 ans et plus par territoire



Source : RP2016 Insee - Traitement OR2S

Population âgée de 75 ans et plus par département

	Population totale	Population de 75 ans et plus	Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus pour 100 habitants
Aisne	536 066	49 324	9,2
Nord	2 603 723	198 083	7,6
Oise	823 542	59 036	7,2
Pas-de-Calais	1 470 725	122 014	8,3
Somme	572 744	51 113	8,9
Hauts-de-France	6 006 800	479 570	8,0

Source : RP2016 Insee - Traitement OR2S

Au RP 2016, les Hauts-de-France comptent 480 000 habitants âgés de 75 ans et plus, soit 8,0 % de la population totale. L'Oise et le Nord affichent une part de population âgée de 75 ans et plus inférieure à celles des autres départements. À l'inverse, l'Aisne et la Somme se caractérisent par une plus grande proportion de personnes âgées de 75 ans et plus, proportion qui se rapproche du niveau hexagonal (9,4 %).

Les zones les plus « âgées » sont : Somme-Ouest (10,9 % de la population sont âgés d'au moins 75 ans), Haute-Somme (10,0 %) et le Montreuillois (10,0 %). Les territoires pour lesquels les pourcentages de 75 ans et plus sont les plus faibles sont : Lille (6,7 %), le Calaisais (6,9 %), Roubaix - Tourcoing (7,0 %) et Oise-Ouest (7,1 %).



Partie I : Le bilan gériatrique

Les filières gériatriques de la région en 2018

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'**organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire** donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Du fait de sa dimension territoriale, une filière doit par conséquent s'entendre comme une organisation qui fédère plusieurs « maillons » de l'activité gériatrique que sont le **court séjour gériatrique, l'équipe mobile de gériatrie, l'unité de consultations et d'hospitalisation de jour gériatrique, les soins de suite et de réadaptation appropriés aux besoins des personnes âgées poly-pathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR gériatriques), les soins de longue durée**. L'expression de cette fédération est confortée par l'élaboration d'une convention liant tous les établissements membres d'une filière et précisant son mode de fonctionnement. Une filière de soins gériatriques s'appuie de surcroît, nécessairement, sur **de solides partenariats au sein de son territoire d'implantation**. Le développement des conventions de coopération entre établissement de santé et EHPAD répond notamment à cet objectif.

Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements de l'Aisne

Territoire	Établissement	Unités et structures constituant le pôle-filière interne
Aisne-Nord	CH de Guise CH Le Nouvion-en-Thiérache CH de Saint-Quentin Maison de santé de Bohain-en-Vermandois	SSRG - USLD - EHPAD – Pasa (en cours) – consultation mémoire EHPAD - Pasa - AJ – HT – Esa - consultation mémoire CSG - EMG - HJ - SSRG - USLD - UHR - EHPAD - AJ - consultation mémoire USLD – EHPAD - Pasa
Aisne-Centre	CHG La Fère CH de Laon CH de Chauny	SSRG - EHPAD - Unité de psychogériatrie CSG - HJ - SSRG - EHPAD - USLD - EMG - consultation mémoire USLD - EHPAD - SSRG
Aisne-Sud	CH de Soissons CH Jeanne de Navarre (Château-Thierry) La Renaissance sanitaire (Villiers-Saint-Denis)	EMG – SSRG - USLD - EHPAD - consultation mémoire CSG - EMG - UHR - consultation mémoire SSRG - UCC - AJ – PFR – EMG – consultation mémoire

Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements du Nord

Territoire	Établissement	Unités et structures constituant le pôle-filière interne
Flandre Intérieure	CH d'Armentières CH de Bailleul EPSM Flandres CH d'Hazebrouck	CSG - EMG - HJ - SSRG - USLD - EHPAD - Pasa - PFR SSRG - HJ SSRG - UCC- EHPAD - consultation mémoire EHPAD – UHR - Pasa
Lille	CHRU Lille CH de Seclin-Carvin GHICL (Saint-Philibert, Saint-Vincent-de-Paul) Groupe hospitalier Loos Haubourdin Centre Féron-Vrau La Mitterie - Lomme	CSG - HJ - SSR - UCC - USLD - UHR - EHPAD - EMG - EMPG - consultation mémoire - CM2R CSG - HJ - consultation mémoire - EMG - SSRG - UCC - USLD - EHPAD - Pasa - UHR - HT - accueil de jour - PFR Carvin CSG - EMG - HJ - SSRG - consultation mémoire sur les 2 sites Accueil de jour - UCC - UHR - SSRG – EHPAD – consultation mémoire UHR – EHPAD- Pasa - PFR SSRG - UCC
Roubaix - Tourcoing	HPM (Saint Jean, La Victoire, Lys) CH de Tourcoing CH de Roubaix Clinique Saint-Roch Roncq Clinique de Villeneuve d'Ascq* CHI Wasquehal CH de Wattrelos	CSG - HJ - SSRG CSG - EMG - HJ - SSRG - EHPAD - USLD - consultation mémoire - UHR - Pasa CSG – EHPAD - USLD - SSRG - HJ - consultation mémoire – EMG - Pasa SSRG SSRG SSRG - USLD – EHPAD - Pasa – UHR – consultation mémoire CSG – consultation mémoire
Cambrésis	CH de Cambrai SAS Clinique Saint-Roch CH Le Cateau	CSG - HJ - SSRG - USLD - EMG - consultation mémoire SSRG CSG- EHPAD- accueil de jour - PFR
Douaisis	CH de Douai La Plaine de Scarpe de Lallaing UGSS du château de la Motte de Marchiennes CH de Somain	CSG - EMG - HJ - SSRG - USLD - UHR - EHPAD - accueil de jour - consultation mémoire - PFR SSRG SSRG – consultation mémoire SSRG – USLD – EHPAD – Pasa – UHR – AJ – CSG (demande en cours)
Dunkerquois	CH de Dunkerque Polyclinique de Grande-Synthe CH de Zuydcoote	CSG - HJ -EMG - EHPAD dont HT- consultation mémoire CSG - USLD - SSRG - UCC- UHR SSRG – consultation mémoire
Sambre Avesnois	CH d'Avesnes CH d'Hautmont CH de Sambre Avesnois CH Fourmies CH de Jeumont CH de Felleries-Liessies	SSRG- USLD- EHPAD – consultation mémoire UCC - SSRG - USLD CSG – HJ - EMG – EHPAD - consultation mémoire USLD – EHPAD – SSRG (demande en cours) CSG - SSRG SSRG
Valenciennois	CH Le Quesnoy SAS Clinique Saint-Roch Villars - Denain CH de Denain CH de Valenciennes CH Saint-Amand-les-Eaux Unité locale de soins Escaudain	SSRG - UCC - USLD - EHPAD - Pasa - EMG - consultation mémoire - UHR SSRG – consultation mémoire CSG- HJ - SSRG- EHPAD - USLD - EMG – Paerpa – consultation mémoire CSG - HJ - SSRG - UHR - EHPAD – AJ - EMG - consultation mémoire Consultation mémoire SSRG

Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements de l'Oise

Territoire	Établissement	Unités et structures constituant le pôle-filière interne
Oise-Est	GHPSO (Senlis-Creil) Centre hospitalier de Compiègne-Noyon CH Georges Decroze (Pont-Sainte-Maxence) CGAS Gouvieux Fondation Condé (Chantilly)	CSG - HJ – EMG - SSRG - USLD - EHPAD - AJ - consultation mémoire CSG - SSRG - USLD - EHPAD – HT - AJ - EMG - UHR - consultation mémoire - Pasa SSRG – USLD - EHPAD SSRG SSRG – USLD – EHPAD – AJ - Pasa
Oise-Ouest	CH de Beauvais Hôpital Villemin - Paul Doumer (Liancourt) Institut médical de Breteuil Hôpital local Jean-Baptiste Caron de Crèvecœur-le-Grand CH de Clermont-sur-l'Oise Château du Tillet (Cires-les-Mello) CH de Chaumont-en-Vexin CH de Grandvilliers	CSG - HJ - SSRG - USLD - EHPAD - AJ - HT - UHR - EMG - Pasa - consultation mémoire SSRG - USLD – UHR – consultation mémoire SSRG - UCC SSRG – EHPAD - Pasa USLD – EHPAD – consultation mémoire SSRG USLD USLD

Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements du Pas-de-Calais

Territoire	Établissement	Unités et structures constituant le pôle-filière interne
Béthune - Bruay	GHPA (Clinique Anne d'Artois, Mahaut de Termonde) CH de Béthune Auchel - La Manaie	CSG - HJ - SSRG CSG (demande en cours) - HJ - SSRG - USLD - EHPAD – AJ - UHR -consultation mémoire - EMG - EMPG - PFR SSRG – EHPAD - USLD
Arrageois	CH d'Arras CH du Ternois CH de Bapaume	CSG - HJ - SSRG - USLD - UCC - EHPAD - UHR - consultation mémoire - EMG - Pasa CSG - SSRG - USLD - EHPAD – UCC - EMG - PFR SSRG
Audomarois	CH de Saint-Omer CH Aire-sur-la-Lys	CSG - HJ - SSRG - USLD - EMG USLD – EHPAD – UHR - Pasa
Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	CSG - HJ - SSRG - USLD - UCC - EHPAD - AJ - HT - UHR - EMG - consultation mémoire
Calaisis	CH de Calais	CSG - HJ – SSRG - USLD - EHPAD - UHR - EMG consultation mémoire - PFR
Montreuillois	Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer Clinique Les Acacias Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer	CSG - EMG - HJ - SSR Gériatrique - USLD - UCC - EHPAD - AJ – Pasa - consultation mémoire - PFR SSRG SSRG
Lens - Hénin	CH de Seclin-Carvin CH Hénin-Beaumont Polyclinique Riaumont CH de Lens	CSG - HJ - consultation mémoire - EMG - SSRG - UCC - USLD - EHPAD – AJ – HT - Pasa - UHR - PFR SSRG - USLD - EHPAD - HT CSG - SSRG - HJ - UCC - USLD - EHPAD - EMG – consultation gériatrique CSG - HJ - AJ – EHPAD - HT - UHR - EMG - consultation mémoire

Filières gériatriques en 2018 - Déclarations des établissements de la Somme

Territoire	Établissement	Unités-structures constituant le pôle-filière interne
Somme - Ouest	CH d'Abbeville CH Intercommunal de la Baie de Somme (Saint-Valéry-sur-Somme)	CSG – HJ - SSRG - EHPAD - EMG - consultation mémoire, USLD - SSRG – UHR – EHPAD – AJ – HT - Pasa
Somme - Est	CH d'Albert CH de Doullens CHU Amiens Picardie Centre Henriville (Amiens) Montdidier-Roye CH Corbie	SSRG - EHPAD USLD - EHPAD - Pasa – AJ – HT – Consultation mémoire CSG - HDJ - EMG - SSRG- USLD – UCC - EHPAD - AJ - CM2R SSRG USLD - SSRG – EHPAD – Pasa - PFR USLD – EHPAD - UHR
Haute-Somme	CH Ham CH Péronne	USLD - EHPAD – AJ - HT - Pasa USLD - EHPAD – AJ – consultation mémoire

Les courts séjours gériatriques déclarés

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques :

Le court séjour gériatrique est l'axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière.

L'unité de court séjour gériatrique prend en charge en hospitalisation complète des patients gériatriques, généralement âgés de soixante-quinze ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neuro-dégénératives et somatiques et de problèmes sociaux surajoutés. **Le court séjour est situé dans les établissements sites de plateaux techniques et d'urgences.**

Le PRS adopté en 2018 précise que « selon le zonage de l'offre de soins sont reconnus au moins un court séjour gériatrique de 20 lits minimum dans un établissement site d'urgences, au moins une EMG adossée à un court séjour gériatrique site d'urgences ; au moins une offre d'HDJ de médecine (circulaire frontière HDJ 2010). »

Implantation des CSG

En 2018, selon la définition capacitaire retenue dans le PRS, la région compte 33 unités de courts séjours gériatriques déclarés par les établissements de santé. Selon cette définition, les autres sites déclarés sont des services de médecine polyvalente à orientation gériatrique. **L'étude ci-après est réalisée à partir des services déclarés répondant aux critères du PRS.**

Aisne

CH de Château-Thierry
CH de Laon
CH de Saint-Quentin

Oise

CH de Beauvais
CHI de Compiègne - Noyon
GHPSO de Creil - Senlis

Somme

CH Abbeville
CHU Amiens

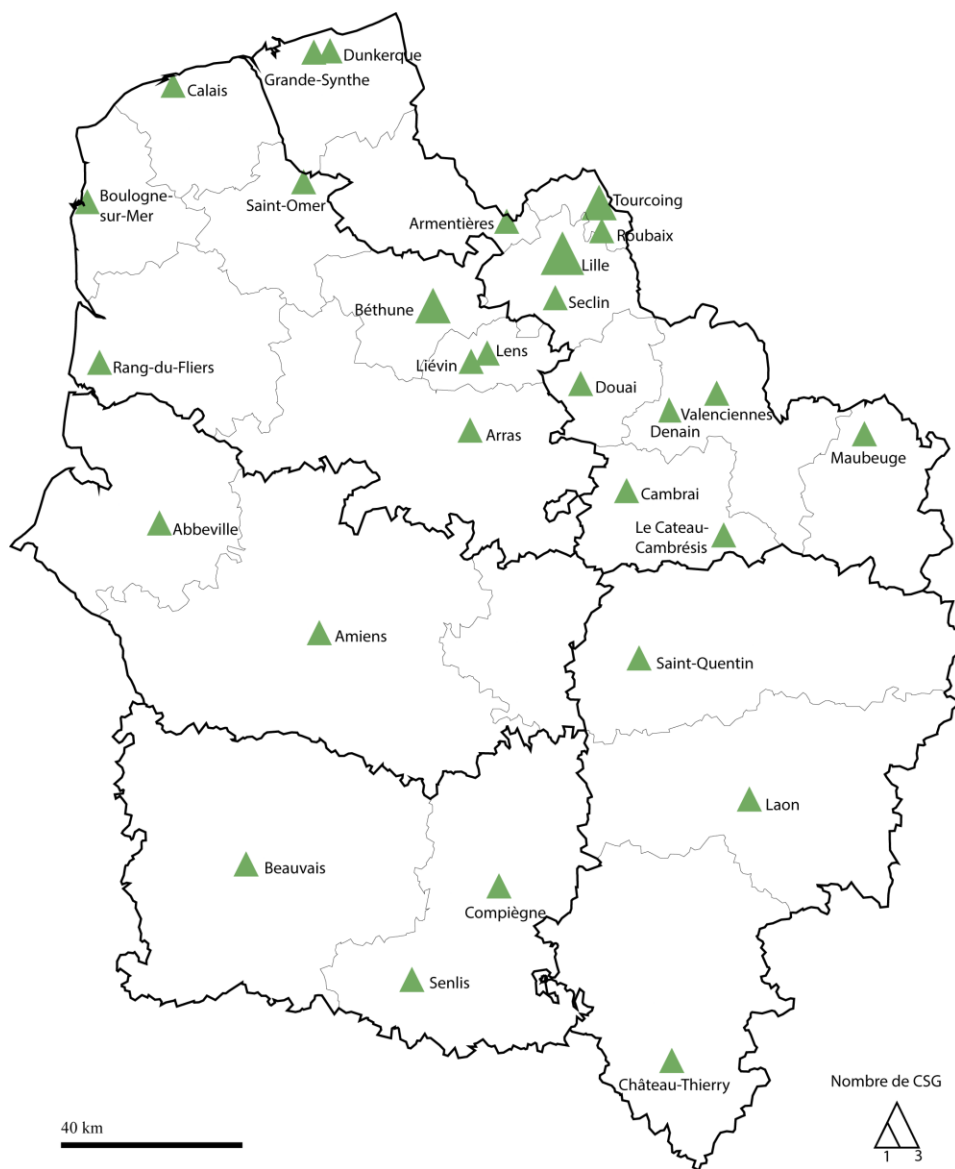
Nord

CH d'Armentières
CHRU de Lille
Cliniques Ramsay (Val de Lys/La Victoire)
GSCH - CH de Seclin
CH de Tourcoing
CH de Roubaix
CH de Cambrai
CH Le Cateau
CH de Douai
CH de Dunkerque
Polyclinique de Grande-Synthe
CH de Sambre Avesnois
CH de Denain
CH de Valenciennes
GHICL (CH Saint-Philibert Lomme, CH Saint-Vincent-de-Paul Lille)
CH de Fourmies

Pas-de-Calais

Clinique Anne d'Artois
CH de Béthune
CH d'Arras
CH de Saint-Omer
CH de Boulogne-sur-Mer
CH de Calais
CHAM
Polyclinique Riaumont
CH de Lens

Implantation des établissements déclarant le court séjour gériatrique en 2018



En 2018, les Hauts-de-France comptaient 33 établissements de court séjour gériatriques (CSG) déclarés :

- 3 dans l'Aisne,
- 16 dans le Nord,
- 3 dans l'Oise,
- 9 dans le Pas-de-Calais,
- 2 dans la Somme.

L'offre en CSG couvre l'ensemble des zones de proximité.

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Capacité des CSG

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : le court séjour gériatrique doit disposer au minimum de 20 lits.

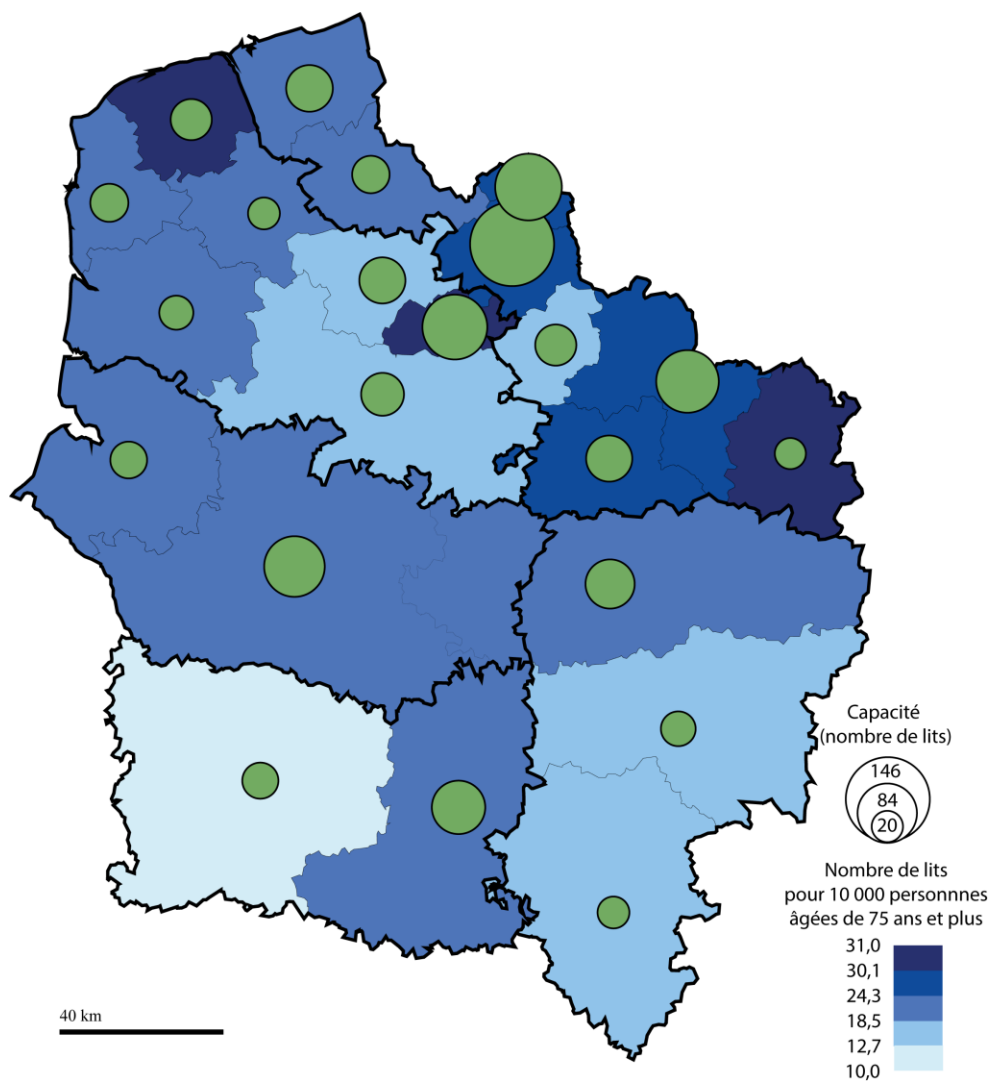
En 2018, la région possède une capacité totale de 1 057 lits CSG déclarés répartis dans 33 structures. La capacité la plus petite est de 20 lits pour un CSG déclaré (clinique Anne d'Artois à Béthune, centre hospitalier du Cateau-Cambrésis, polyclinique de Grande-Synthe, centre hospitalier de Sambre Avesnois), alors que la plus élevée est de 76 lits (CHU Amiens). Dans la région, il existe 11 autres structures¹ disposant de lits en CSG avec une capacité inférieure à 20 lits ne correspondant pas aux critères du PRS, et répondant à la définition de la médecine polyvalente.

Au regard de la population âgée et selon le zonage retenu (cf. page 10), la capacité est au niveau régional de 22 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus. La capacité varie entre 10 (Oise-Ouest) et 31 lits (Calais, Lens – Hénin) pour 10 000 habitants de 75 ans et plus.

À l'échelle des départements, le Nord présente des capacités supérieures aux autres départements (25 pour 10 000 habitants de 75 ans et plus). Le Pas-de-Calais dispose d'une capacité voisine de celle observée en région (23), tandis que le la Somme, l'Aisne et surtout l'Oise se démarquent avec une offre en lits de court séjour gériatrique en deçà de celle observée en moyenne dans la région (respectivement 20, 19 et 15 contre 22 dans les Hauts-de-France).

¹ Ces 11 établissements sont : le centre hospitalier de Somain, le centre hospitalier du Pays d'Avesnes, le centre hospitalier du Quesnoy, le centre hospitalier de Saint-Amand-les-Eaux, le centre hospitalier Hénin-Beaumont, le centre hospitalier Le Nouvion-en-Thiérache, le centre hospitalier gérontologique de La Fère, l'hôpital Paul Doumer – Liancourt, le centre hospitalier de Fourmies, le centre hospitalier de Soissons et la clinique Victor Pauchet Amiens.

Nombre de lits CSG déclarés en 2018 et taux d'équipement par territoire



Sources : ARS - DST 2019, RP2016 Insee - Traitement OR2S

Nombre de lits CSG installés en 2018 et taux d'équipement par territoire

	Population de 75 ans et plus	Nombre de lits en CSG	Lits en CSG pour 10 000 personnes âgées de 75 ans et plus
Aisne	49 324	96	19
Nord	198 083	492	25
Oise	59 036	86	15
Pas-de-Calais	122 014	279	23
Somme	51 113	104	20
Hauts-de-France	479 570	1 057	22

Sources : ARS - DST 2019, RP2016 Insee - Traitement OR2S

Champ : 33 établissements CSG

Activité des CSG

Les séjours générés

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : elle doit offrir au moins 25 séjours de court séjour gériatrique pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sur le territoire d'implantation de la filière.

39 000 séjours pour 370 000 journées.

En 2018, les établissements proposant un court séjour gériatrique ont comptabilisé 39 000 séjours pour 370 000 journées ce qui représente pour les Hauts-de-France 81 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

En 2018, à l'échelle des départements, l'Oise et Pas-de-Calais se situent en dessous de la moyenne régionale avec respectivement 60 et 77 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. À l'inverse, le Nord et la Somme sont au-dessus de la moyenne régionale (respectivement 87 et 91 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus pour chacun), l'Aisne affichant une valeur proche de la moyenne régionale (79).

Selon les zones retenues (cf. page 10), celles présentant le plus grand nombre de séjours en CSG pour 1 000 habitants de 75 ans et plus sont : Calaisis (101), Lille (105), Montreuillois (113) et Somme-Centre (121). Les zones se caractérisant par les plus faibles nombres de séjours en CSG sont : Sambre Avesnois (41), Béthune - Bruay (42), Aisne-Centre (50) et Flandre Intérieure (54).

Nombre de séjours en CSG déclarés en 2018 par département

	Population de 75 ans et plus	Nombre de séjours en CSG	Séjours en CSG pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus
Aisne	49 324	3 913	79
Nord	198 083	17 319	87
Oise	59 036	3 566	60
Pas-de-Calais	122 014	9 339	77
Somme	51 113	4 626	91
Hauts-de-France	479 570	38 763	81

Sources : ARS - DST 2019, RP2016 Insee - Traitement OR2S

Champ : 33 établissements CSG

La durée moyenne de séjour idem aux remarques précédentes

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 9,6 jours au niveau régional (contre 10,8 jours en 2016 et 10,0 jours en 2017), avec un minimum de 6,4 au CH d'Amiens et un maximum de 15,6 à l'HPM Nord.

Les départements de la Somme et de l'Aisne présentent la DMS la moins élevée (7,6 et 9,0). À l'inverse, l'Oise et le Pas-de-Calais se caractérisent par une DMS supérieure à celle observée pour le niveau régional (respectivement 10,1 et 10,6 jours). Le Nord (9,7) affiche une DMS voisine de la moyenne régionale.

Au niveau des zones retenues, de fortes disparités existent. En effet, la DMS la plus forte (Calais ; 14,2) est plus de deux fois supérieure à la DMS la plus faible (6,8 pour Aisne-Sud et Somme-Centre).

DMS en CSG déclarés en 2018 par département

	Nombre de séjours en CSG	Nombre de journées en CSG	DMS (en jours)
Aisne	3 913	35 267	9,0
Nord	17 319	167 550	9,7
Oise	3 566	36 046	10,1
Pas-de-Calais	9 339	99 289	10,6
Somme	4 626	35 322	7,6
Hauts-de-France	38 763	373 474	9,6

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Champ : 33 établissements CSG

Modes d'entrée et de sortie en CSG

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques :

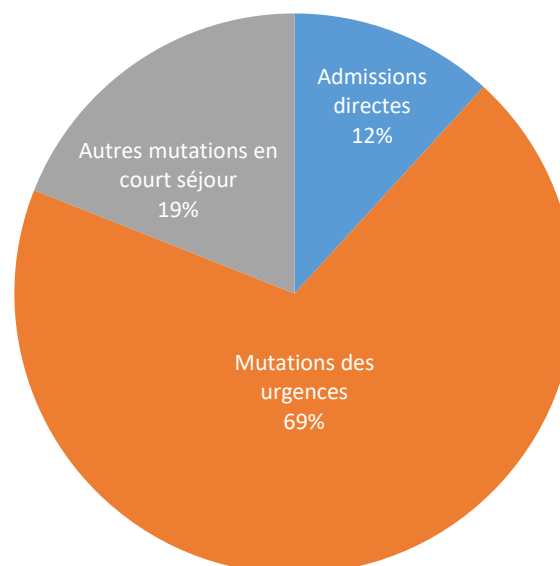
L'unité de court séjour gériatrique répond aux fonctions suivantes :

- assurer une hospitalisation directe ;
- assurer, le cas échéant, une hospitalisation après passage aux urgences ;
- assurer une période d'investigation ou d'équilibrage de traitement ;
- assurer l'orientation du patient adaptée au décours d'une hospitalisation de quelques jours.

Les entrées

En 2018, les 32 structures (parmi les 33 interrogées) qui ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique, ont déclaré un peu plus de 36 000 entrées. L'entrée par « Mutations des urgences » représente le premier mode d'entrée en CSG avec 25 000 entrées (69 % des modes d'entrée déclarés). Les mutations des urgences constituent le premier motif d'entrée pour l'ensemble des départements et pour 80 % des établissements CSG de la région. Dans cinq établissements, le motif d'entrée « mutations par urgences » n'est pas majoritaire. Cette même année, les structures CSG ont déclaré 4 300 admissions directes et 6 900 mutations d'un autre service de court séjour.

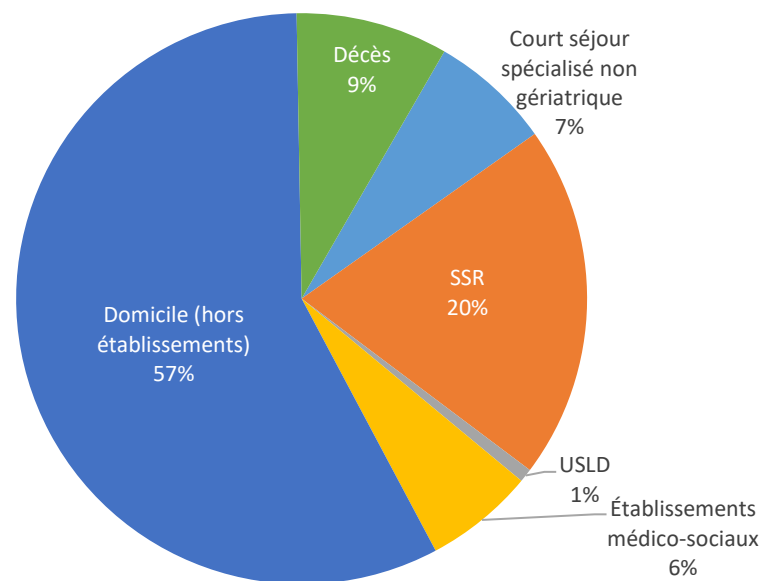
Répartition des modes entrée en CSG en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Les sorties

En 2018, les 32 structures (parmi les 33 interrogées) qui ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique, ont déclaré environ 38 000 sorties. Le retour à domicile est le mode de sortie le plus fréquent (21 900 retours, soit plus de la moitié des modes de sortie déclarés). Les sorties vers des établissements sanitaires représentent 28 % de l'ensemble des sorties d'établissements de courts séjours gériatriques (20 % vers des SSR, 7 % vers des établissements de courts séjours non gériatrique et 1 % vers des USLD). Les établissements médico-sociaux constituent 6 % des sorties. Enfin, 9 % des sorties (3 275) se soldent par un décès.

Répartition des modes de sortie de CSG en 2018

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

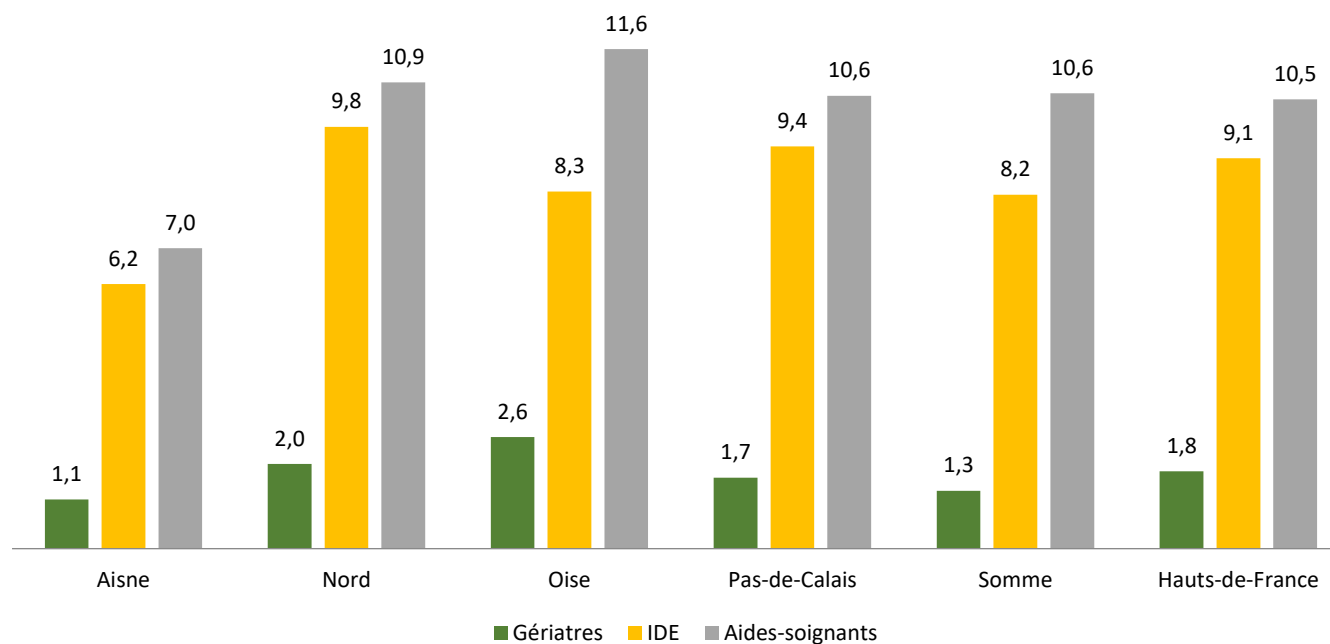
Personnel des CSG

La circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques indique qu'une unité de CSG gériatrique doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire coordonnée par un gériatre.

Pour une unité composée, au minimum, de 20 lits, la circulaire recommande 2 ETP de gériatre, 12 ETP d'IDE, 12 ETP d'AS et du temps psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicien et assistant social.

En 2018, les 33 établissements de court séjour gériatrique implantés dans les Hauts-de-France comptent 95 ETP de gériatres, 553 ETP d'aides-soignants et 481 ETP d'IDE. En moyenne, chaque établissement CSG de la région dispose, pour 20 lits de 1,8 ETP de gériatre, 9,1 ETP d'IDE, et 10,5 ETP d'aide-soignant.

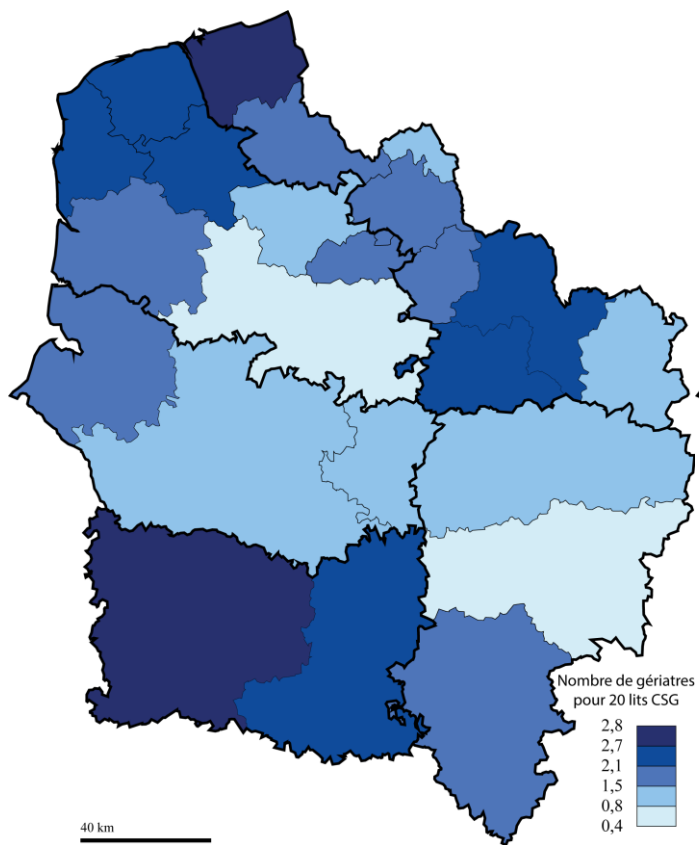
Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignants exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique en 2018 (en ETP pour 20 lits)



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

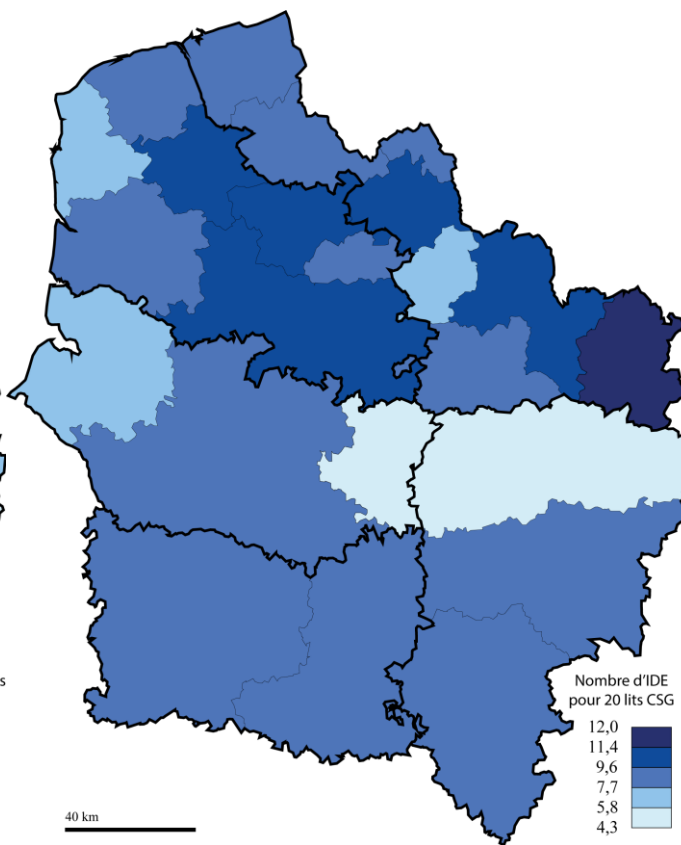
Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignants exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique (en ETP pour 20 lits)

Gériatres pour 20 lits en CSG en 2018



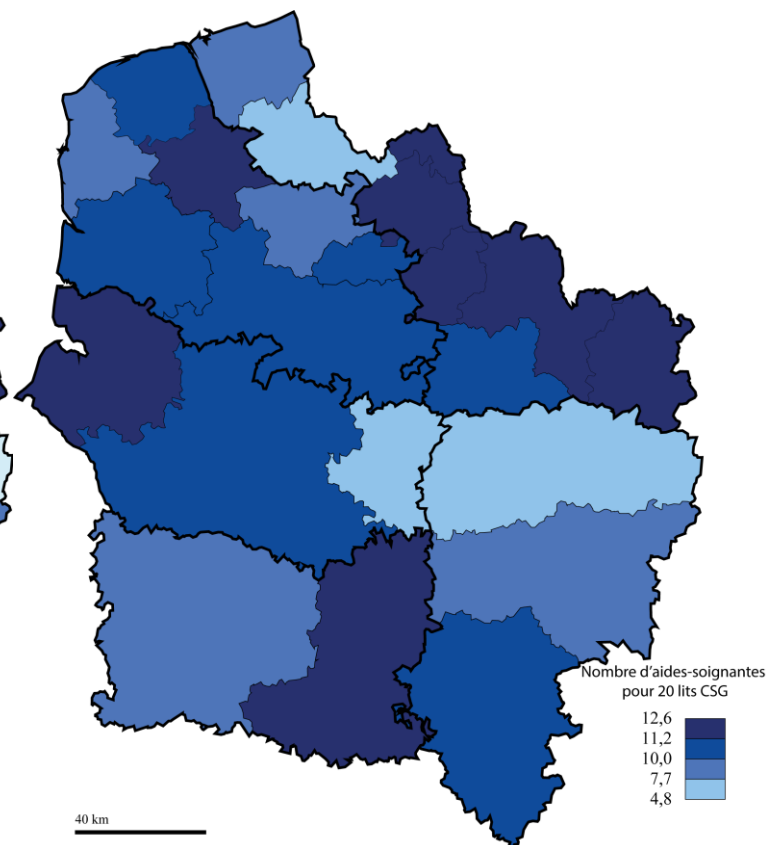
Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

IDE pour 20 lits en CSG en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Aides-soignants pour 20 lits en CSG en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Plan de formation dans les CSG

La circulaire DHOS/0 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques précise que l'équipe pluridisciplinaire doit être formée, spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.

Pour l'année 2018, 31 établissements de CSG sur les 33 (94 %) ayant répondu déclarent leur plan de formation. En 2015, seuls deux tiers des établissements déclaraient leur plan de formation ; en 2016, ils étaient 90 % et en 2017, 98%.

Sur les 31 établissements déclarant avoir un plan de formation, 20 ont précisé le nombre de personnels formés. Ainsi, au moins 700 professionnels l'ont été durant l'année 2018 (auquel il faut ajouter le personnel des établissements qui n'ont pas précisé le nombre de personnels formés).

Les formations portent sur la bientraitance, les soins palliatifs, la douleur, la manutention des patients, la prévention des escarres...

Les différences entre établissements sont importantes :

- 3 établissements ont formé plus de 40 personnes ;
- 7 établissements ont formé entre 21 et 40 personnes ;
- 9 établissements ont formé entre 10 et 20 personnes ;
- 1 établissement a formé moins de 10 personnes.

Les équipes mobiles gériatriques

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques :

L'équipe mobile de gériatrie est installée **au sein d'un établissement siège d'un court séjour gériatrique**.

L'équipe mobile gériatrique permet de **dispenser une expertise gériatrique** à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée, **dans les services de court séjour et aux urgences**. Le patient reste sous la responsabilité du service où la personne se situe.

Financée sur le FIR, l'EMG ne prescrit pas ; de même elle n'intervient pas en activité d'hospitalisation de jour, ni pour remplacer un médecin coordonnateur ou traitant en EHPAD.

L'équipe mobile gériatrique intervient, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, notamment dans la structure des urgences pour :

- dispenser une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique sur demande des équipes de soins qu'elle aura formées au repérage des patients à risque ;
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques ;
- les orienter dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux ;
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (Clic, coordination gérontologique, services sociaux, Ssiad, réseau de santé « personnes âgées ») ;
- participer à des téléconsultations ;
- conseiller, informer et former les équipes soignantes.

La prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé, ou à domicile sous la responsabilité du médecin traitant. En fonction du contexte local et **avec accord de l'ARS**, il peut être souhaitable que l'équipe mobile gériatrique :

- assure des expertises avancées à domicile ;
- intervienne au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant ;
- effectue des actes de télémédecine pour les EHPAD.

L'EMG assure des expertises pluridisciplinaires et, à ce titre, dispose des professionnels suivants :

- gériatre et IDE formés à la gériatrie, dont les ETP sont paramétrés en fonction des besoins repérés ;
- un temps de secrétariat ;
- un temps d'ergothérapeute, en propre ou mutualisé dans l'hôpital ;
- un temps d'assistante sociale, en propre ou mutualisé dans l'hôpital.

Implantation des EMG

Les équipes citées sont financées comme prévu à l'annexe de la circulaire de 2007. La plupart des établissements qui portent des équipes mobiles sont celles assurant une activité exclusivement intrahospitalière, mais certaines ont des activités à domicile ou en EHPAD (voire par télé-médecine). Les éléments relatifs aux équipes assurant une activité extrahospitalière seront présentés dans le chapitre suivant et ne sont pas exhaustifs.

Aisne

CH de Soissons
 CH de Saint-Quentin
 CH de Chauny
 CH de Laon
 CH de Château-Thierry
 Hôpital de Villiers-Saint-Denis

Nord

CH de Dunkerque (activité intra + domicile)
 Polyclinique de Grande-Synthe (activité exclusive en EHPAD)
 CH d'Armentières
 EPSM Lille Métropole à Armentières (activité exclusive en EHPAD)
 CH de Tourcoing
 CH de Roubaix (activité intra + domicile)
 CH Saint-Philibert - Lomme (GHICL)
 CH Saint-Vincent-de-Paul Lille (GHICL)
 CHRU Lille (activité intra + EHPAD)
 GSCH - CH de Seclin
 CH de Douai (activité intra, domicile et EHPAD)
 CH Denain (activité intra dont conciliation médicamenteuse + EHPAD)
 CH de Valenciennes
 GCS Valenciennes (activité psychogériatrique domicile)
 CH de Cambrai
 CH Hautmont (activité exclusive EHPAD)
 CH de Sambre Avesnois
 CHI de Wasquehal
 CH du Cateau-Cambrésis
 CH le Quesnoy

Oise

CH de Beauvais
 GHPSO
 CH Compiègne - Noyon

Pas-de-Calais

CH de Calais
 CH de Boulogne-sur-Mer (activité intra + domicile + EHPAD)
 CH de Saint-Omer
 CHAM
 CH de Béthune (EMG + EHPAD)
 CH de Lens
 Polyclinique de Riaumont
 CH d'Arras (intra + EHPAD)

Somme

CH d'Abbeville
 CHU Amiens

En 2018, les Hauts-de-France comptent 38 établissements de santé qui portent des équipes mobiles gériatriques et/ou psycho-gériatriques. Elles se répartissent ainsi :

- 6 dans l'Aisne,
- 19 dans le Nord,
- 3 dans l'Oise,
- 8 dans le Pas-de-Calais,
- 2 dans la Somme.

Chaque zone dispose d'au moins une équipe mobile gériatrique.

Activité des EMG intrahospitalières

Dans la région des Hauts-de-France, en 2018, les dotations allouées par l'ARS comprennent essentiellement les activités intra-hospitalières, avec une activité privilégiée au sein des urgences et des services de spécialités (en particulier chirurgie orthopédique, cardiologie, pneumologie). Tous les établissements sites d'urgences avec MCO dont court séjour gériatrique en possèdent une, sauf le CH de Chauny qui ne possède pas toutes ces autorisations.

La file active

En 2018, la file active de la région est d'environ 21 200 (19 800 patients en 2017, 18 500 en 2016), soit une activité moyenne de 660 patients en file active par EMG (600 en 2017, 560 en 2016).

Par département, la file active est de l'ordre de :

- 1 200 patients dans l'Aisne ;
- 11 250 patients dans le Nord ;
- 1 750 patients dans l'Oise ;
- 5 650 patients dans le Pas-de-Calais ;
- 1 350 patients dans la Somme.

Au niveau régional, les EMG prennent en charge 44 personnes pour 1 000 habitants âgés d'au moins 75 ans (41 en 2017). Si cette valeur est retrouvée pour les EMG du Pas-de-Calais (46), ce n'est pas le cas dans la Somme (26), l'Oise (30) et l'Aisne (24). Les EMG du Nord affichent des valeurs supérieures à celle observée en région (57).

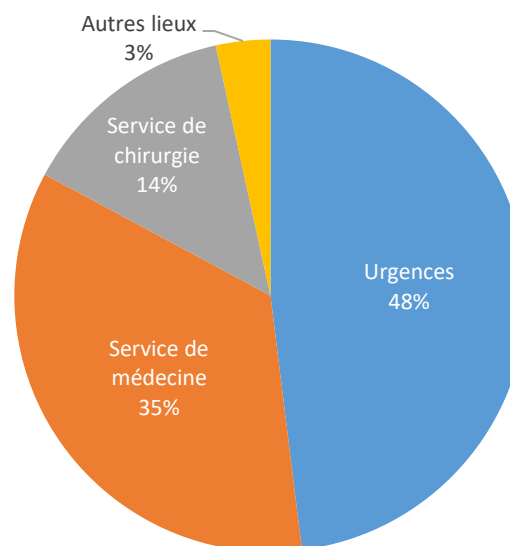
Les interventions

Sur 33 EMG interrogées sur leur activité, 32 ont répondu à la file active. Elles font remonter 20 400 interventions en 2018 (19 800 en 2017) :

- 9 800 en service d'urgences,
- 7 100 en service de médecine,
- 2 800 en service de chirurgie,
- 700 dans d'autres lieux intrahospitaliers.

Les EMG du Nord et du Pas-de-Calais enregistrent une proportion plus importante d'interventions aux urgences (respectivement 49 % et 66 %) que leurs homologues de la Somme (18 %). Les EMG de la Somme, l'Oise et l'Aisne pratiquent plus d'interventions en service de médecine (respectivement 48 %, 54 % et 59 %).

Interventions intrahospitalières des EMG en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Personnel dédié à l'activité intrahospitalière

La circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques précise que pour remplir ses missions, il est souhaitable que l'EMG pluridisciplinaire comprenne au minimum : 1 ETP gériatre, 1 ETP IDE, 1 ETP assistante sociale et du temps de psychologue, d'ergothérapeute, de diététicien et de secrétaire.

En 2018, 32 EMG ont répondu à ce volet de l'enquête (sur les 33 interrogées). Elles ont déclaré disposer au total de 83,0 ETP (82,6 ETP en 2017 pour 32 EMG, 78,5 ETP en 2016 pour 30 EMG) :

- 21,7 ETP de gériatre (auxquels s'ajoutent 2,1 ETP d'autres médecins) ;
- 34,9 ETP d'IDE ;
- 8,3 ETP d'assistant de service social ;
- 9,5 ETP de secrétaire ;
- 3,5 ETP de psychologue ;
- 1,7 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,5 ETP de diététicien ;
- 0,8 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...).

En moyenne, chaque EMG dispose de 2,6 ETP (2,5 ETP également en 2017 et 2016) :

- 0,7 ETP de gériatre (ou médecin) ;
- 1,1 ETP d'IDE ;
- 0,3 ETP d'assistante sociale ;
- 0,3 ETP de secrétaire ;
- 0,1 ETP de psychologue ;
- 0,1 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,1 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...).

Parmi les 32 EMG étudiées, 30 déclarent disposer d'un temps de gériatre et 28 de temps d'IDE. Les autres professionnels sont au choix des établissements : 21 disposent de temps d'AS. Du temps de psychologue est mobilisé pour 14 EMG, du temps d'ergothérapeute pour 12 EMG et du temps de diététicien pour 12 EMG également. Ces temps sont plus souvent mobilisés à la demande.

Équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières

Circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : en fonction du contexte local et avec accord de l'ARS, il peut être souhaitable que l'équipe mobile gériatrique assure des évaluations en ville ou intervienne au sein des EHPAD à leur demande ou à la demande du médecin traitant.

Les activités des équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières sont récentes et les outils de recensement non encore stabilisés.

Les équipes mobiles gériatriques extrahospitalières en région peuvent mener 3 types d'activité : 10 équipes mobiles de psychogériatrie interviennent en EHPAD, 4 équipes mobiles gériatriques interviennent à domicile ; l'équipe de psychogériatrie Paerpa intervient à domicile. Ces équipes sont financées sur accord de l'ARS. Les équipes qui ont été autorisées et financées pour intervenir à domicile se situent uniquement dans les territoires où il n'existe pas de réseau gériatrique. Les équipes de psychogériatrie réalisent également des activités de prévention comme la formation à la prévention du risque suicidaire en EHPAD.

Le portage de ces équipes est variable :

- 4 équipes sont positionnées auprès d'UCC, aux : CHU de Lille, polyclinique de Grande-Synthe, CH Hautmont, CH Boulogne-sur-Mer ;
- 1 auprès de SSR gériatrique : CH Wasquehal ;
- 2 en psychiatrie : EPSM de Lille métropole et CH Arras ;
- 4 équipes auprès d'établissements de court séjour gériatrique : CH Dunkerque, CH Douai, CH Denain, CH Roubaix, CH Boulogne-sur Mer ;
- 1 équipe auprès d'un GCS filière gériatrique à Valenciennes (Paerpa).

Les équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières en 2018

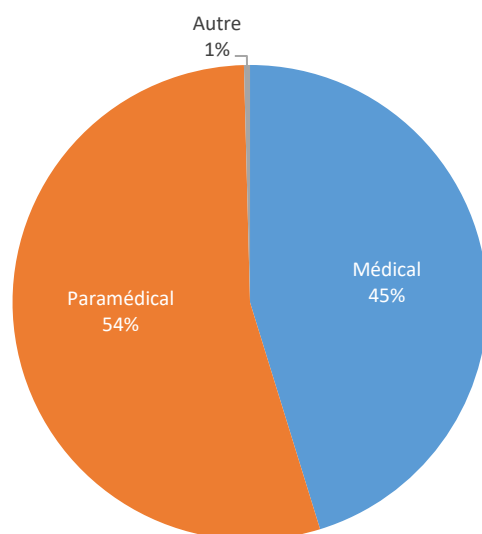
		Intervention à domicile	Intervention en EHPAD
Nord	Polyclinique Grande Synthe		psychogériatrie
	CH de Dunkerque	gériatrie	
	EPSM Lille métropole		psychogériatrie
	CH de Roubaix	gériatrie	
	CH de Wasquehal		psychogériatrie
	CHRU de Lille		psychogériatrie
	CH de Douai	gériatrie	psychogériatrie
	CH Denain		psychogériatrie
	GCS Valenciennes	psychogériatrie	
	CH Hautmont		psychogériatrie
Pas-de-Calais	CH d'Arras		psychogériatrie
	CH de Béthune		psychogériatrie
	CH de Boulogne	gériatrie	psychogériatrie

Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Les équipes mobiles intervenant en EHPAD

Parmi les équipes mobiles en EHPAD, 5 ont renseigné leur activité (CH de Béthune, CH de Denain, CH de Wasquehal, CH de Boulogne et Polyclinique de Grande-Synthe). Ces équipes ont évalué 535 patients pour 675 interventions en EHPAD.

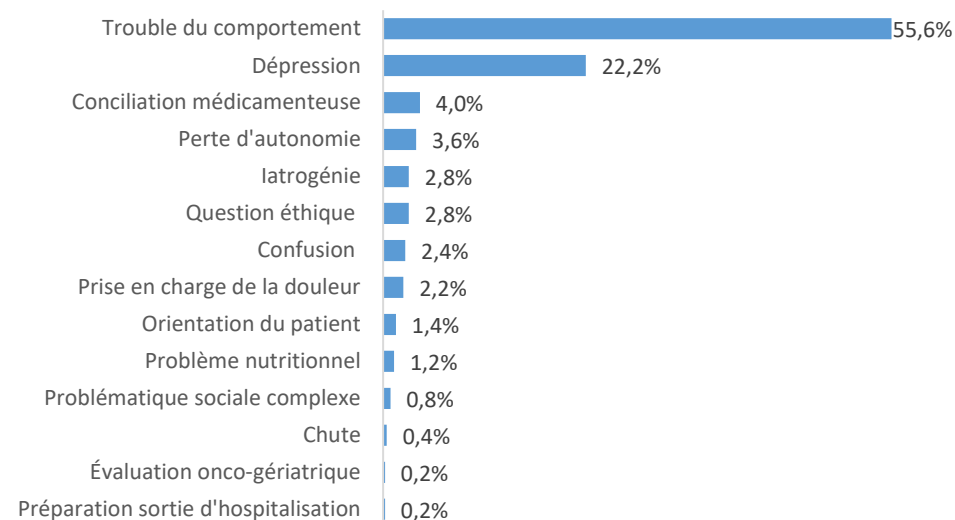
Part des origines des demandes d'intervention en 2018



Champs : 5 EMPG répondantes

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

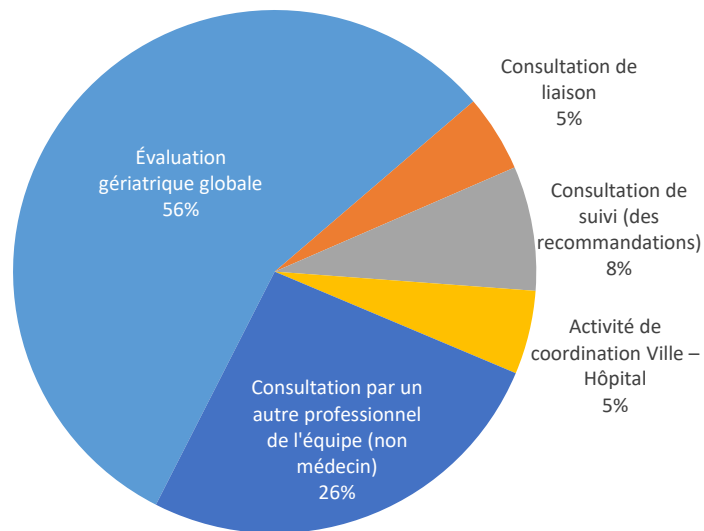
Motif d'appel identifié par l'EMPG en 2018



Champs : 5 EMPG répondantes

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

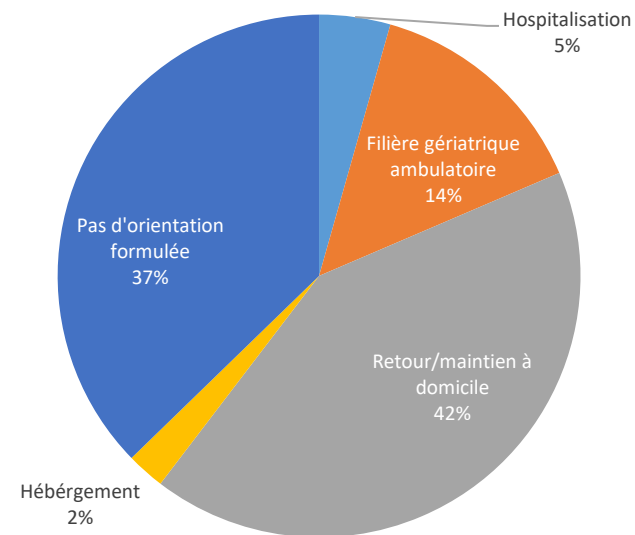
Format d'intervention de l'EMPG en 2018



Champs : 5 EMPG répondantes

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

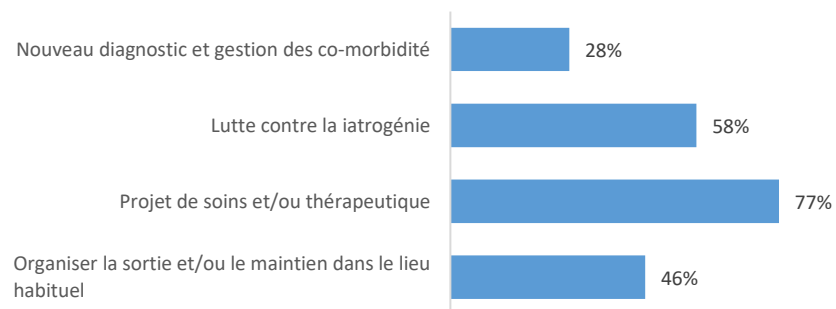
Orientations recommandées par l'EMPG en 2018



Champs : 5 EMPG répondantes

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Contribution de l'intervention de l'EMPG à...



Champs : 5 EMPG répondantes

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Les hôpitaux de jour gériatriques

Circulaire N°DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques : il est recommandé 5 places et 120 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus.

Selon le PRS adopté en 2018, selon le zonage de l'offre de soins sont reconnus au moins un court séjour gériatrique de 20 lits minimum dans un établissement site d'urgences ; au moins une EMG adossée à un court séjour gériatrique site d'urgences ; au moins une offre d'HDJ de médecine (circulaire frontière HDJ 2010).

Implantation des hôpitaux de jour gériatriques déclarés

Dans l'étude ci-après seuls les HDJ de médecine gériatrique adossés à un court séjour d'au moins 20 lits sont retenus. En 2018, 25 établissements des Hauts-de-France proposent une activité d'hôpital de jour gériatrique (HJG)² :

Aisne	Oise	Somme
CH de Laon CH de Saint-Quentin	GHPSO CH de Beauvais	CH d'Abbeville CHU Amiens
Nord	Pas-de-Calais	
CHRU Lille * Groupe Ramsay - HPM (métropole lilloise) * GHSC - CH de Seclin Saint-Philibert Lomme (GHICL) * CH de Tourcoing CH de Roubaix * CH de Douai * CH de Denain CH de Valenciennes * CH de Dunkerque *	Clinique Anne d'Artois de Béthune (GHPA) * CH de Béthune CH de Saint-Omer CH d'Arras * CH de Calais CHAM CH de Boulogne-sur-Mer * CH de Lens Polyclinique Riaumont	Dans l'ex-Nord – Pas-de-Calais, une procédure avait permis l'identification de certains hôpitaux de jour gériatriques avec une compétence en oncogériatrie. Ces hôpitaux de jour sont identifiés par une * dans la liste ci-contre.

² 6 établissements (le CH de Bailleul, le CH du Pays d'Avesnes, le CH d'Hautmont, le CH Le Quesnoy, l'hôpital Paul Doumer Liencourt et la Clinique Victor Pauchet) ont déclaré une activité d'HDJ gériatrique qui correspond en fait selon le PRS à une activité d'hospitalisation de jour de médecine polyvalente dans laquelle peuvent être prises en charge des personnes âgées. Ces HDJ n'ont pas été retenues dans l'analyse. Par ailleurs, un établissement n'a pas renseigné l'enquête, les résultats portent par conséquent sur 24 établissements.

Implantation des établissements gériatriques assurant une hospitalisation de jour gériatrique déclarée en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

En 2018, sur les 24 établissements pour lesquels l'info est disponible, 18 unités d'hospitalisation de jour gériatrique sont individualisées, 6 autres unités sont situées dans un hôpital de jour de médecine.

Le nombre de places dédiées à l'hospitalisation de jour gériatrique est de 63 au niveau des Hauts-de-France pour 2018.

Les zones qui comptent le plus de place en HJ sont :

- Lille : 13 places,
- Roubaix – Tourcoing : 8 places,
- Valenciennes : 6 places,
- Béthune - Bruay : 6 places,
- Lens – Hénin : 5 places.

Les autres zones comprennent moins de 5 places d'hospitalisation de jour gériatrique.

Activité des HJ gériatriques déclarés

Parmi les 25 HJ gériatriques, 14 sont ouverts 5 jours par semaine. Pour les autres HJ gériatriques, le nombre de jours d'ouverture se répartit ainsi :

- 2 sont ouverts 4 jours par semaine,
- 4 sont ouverts 2 jours par semaine,
- 1 est ouvert 1,5 jour par semaine,
- 4 sont ouverts 1 jour par semaine.

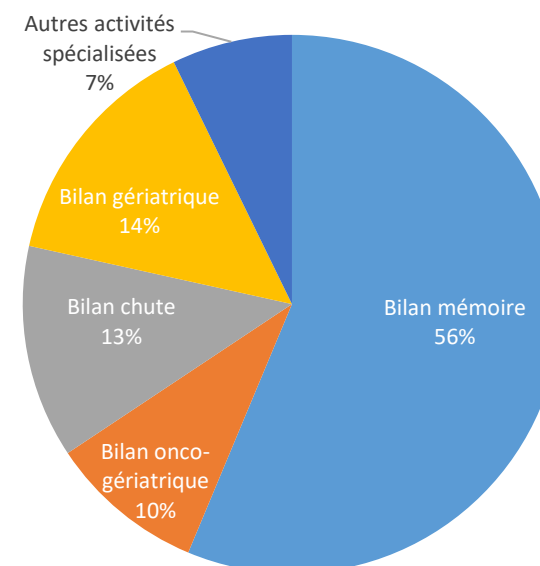
En 2018, la file active de la région est d'environ 4 600 patients (stable par rapport à 2017 et 2016).

Les Hauts-de-France comptent en moyenne 73 patients pris en charge pour une place. Le nombre de patients par place en HJ varie selon le département. Si l'Oise et la Somme comptent 167 et 113 patients par place en HJG, l'Aisne et le Pas-de-Calais en comptent un nombre inférieur (respectivement 36 et 49). Le département du Nord affiche un nombre de 78 patients par place, soit une valeur voisine du niveau régional.

En 2018, le HJ totalisent environ 4 600 journées pour 63 places recensées. Le nombre de journées réalisées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus dans la région est de l'ordre de 10. Les Hauts-de-France comptent en moyenne 73 journées en hôpital de jour par place. Cet indicateur varie d'un département à l'autre, de 33 journées par place d'HJ dans l'Aisne à 126 dans la Somme et 172 dans l'Oise. Le Pas-de-Calais et le Nord présentent des valeurs plus proches du niveau régional (respectivement 57 et 72 journées par place).

En 2018, plus de la moitié des journées réalisées en HJ a été consacrée aux bilans mémoires et un septième aux bilans gériatriques.

Types de journées réalisées en 2018 dans les HJ gériatriques déclarés



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Personnel des HJ gériatriques

La circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise de disposer d'une équipe pluridisciplinaire.

Personnel exerçant dans les HJ gériatriques déclarés en 2018

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuropsychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autres
CH Laon	Aisne - Centre	0,1		5,5	4						mutualisé	assistante sociale mutualisée diététicienne mutualisée
CH de Saint-Quentin	Aisne - Nord	0		1	1							
Aisne		0,1		6,5	5							
CHU de Lille	Lille	0,89		2	1	1	1				3	assistante sociale : 1 diététicienne : 1 cadre de santé : 1
HPM Nord (Groupe Ramsay)	Roubaix - Tourcoing	0,2		0,2		0,2	à la demande		à la demande	à la demande	à la demande	assistante sociale et diététicienne (à la demande)
GH Seclin Carvin	Lille	0,1		1		0,5						
GHICL	Lille	0,6	0,2	0,5	0,46	0,25	0,35			0,2	0,14	diététicienne : 0,2
CH de Tourcoing	Roubaix - Tourcoing	1		0,5	0,5					0,1		diététicienne : 0,2
CH de Roubaix	Roubaix - Tourcoing											
CH de Douai	Douaisis	0,3		0,5	0,15		0,2					
CH de Dunkerque	Dunkerquois	0,4		1								
CH de Denain	Valenciennois	0,3							Oui			diététicienne professeur Apa
CH de Valenciennes	Valenciennois	1		1,5		1	Oui			Oui		assistante sociale diététicien
Nord		4,8	0,2	7,2	2,1	3,0	1,6			0,3	3,1	

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Personnel exerçant dans les HJ gériatriques déclarés en 2018 (suite)

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuropsychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autres
CH de Beauvais	Oise - Ouest	0,6		1		0,4			Oui			
GHP SO Creil-Senlis	Oise - Est	1		1,3	2		2			à la demande		assistante sociale et diététicien à la demande
Oise		1,6		2,3	2	0,4	2					
Clinique Anne d'Artois	Béthune - Bruay	0,3		0,5	0,5	0,25	0,2		0,3			assistante sociale : 0,3
CH de Béthune-Beuvry	Béthune - Bruay	0,1										assistante sociale Diététicien
CH d'Arras	Arrageois		0,3	0,2	0,8	0,3	0,4		0,4			
CH de Saint-Omer	Audomarois	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Boulogne-sur-Mer	Boulonnais	0,2		0,2	0,1	0,1		à la demande	0,1			diététicien: 0,1
CH de Calais	Calaisis	0,05		2,7	0,9	1				à la demande	à la demande	cadre de santé : 0,4
CHAM	Montreuillois	0,2		0,2			à la demande			à la demande	à la demande	
Polyclinique de Riaumont	Lens - Hénin	0,2		0,25	0,25	0,1	0,2	0,2	0,2			diététicienne: 0,2 assistante sociale: 0,2
CH de Lens	Lens - Hénin	0,8		1	0,6	0,4	0,3				0,5	
Pas-de-Calais		1,9	0,3	5,1	3,2	2,2	1,1	0,2	1		0,5	
CH d'Abbeville	Somme - Ouest	0,2		0,5			mutualisé		à la demande	mutualisé		diététicienne, assistante sociale à la demande (mutualisation)
CHU d'Amiens	Somme - Centre	0,1	0,3	0,55	0,21							
Somme		0,3	0,3	1,1	0,2							
Hauts-de-France		8,6	0,8	22,1	12,5	5,5	4,7	0,2	1,0	0,3	3,6	

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR25

Les soins de suite et réadaptation gériatriques

Les SSR possèdent des autorisations spécialisées depuis le décret de 2008. Dès lors, certains sont autorisés à la mention « **Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance** » appelés, communément, SSR gériatriques. Pour la plupart de ces sites, la visite de conformité a été réalisée durant l'année 2012. Circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation : l'exercice de l'activité de soins de suite et de réadaptation ne peut en aucun cas être isolé. Il s'inscrit naturellement dans les filières de prise en charge.

Implantation des SSRG autorisés

Les 68 établissements de soins de suite et de réadaptation gériatriques autorisés se répartissent ainsi par département :

Aisne	Nord	
CH de Guise	CH d'Armentières	CH Le Quesnoy
CH de Soissons	CH de Bailleul	CH de Denain
CHG La Fère	CHRU Lille	Clinique Saint Roch Villars - Denain
Hôpital Villiers-Saint-Denis	Clinique Saint-Jean– Ramsay - HPM – Roubaix	CH de Valenciennes
CH de Saint-Quentin	GHSC - CH de Seclin	Unité locale de soins Escaudain
CH de Laon	CH Saint-Philibert Lomme (GHICL)	CH de Cambrai
	CH Saint-Vincent-de-Paul Lille (GHICL)	Clinique Saint Roch - Cambrai
	Groupe Hospitalier Loos Haubourdin	CH d'Avesnes
	Clinique La Mitterie - Lomme	CH d'Hautmont
	CH de Tourcoing	CH de Jeumont
	CH de Roubaix	CH Felleries-Liessies
	CH de Wattrelos	
	Clinique de Villeneuve d'Ascq	
	Clinique Saint Roch - Roncq	
	CHI Wasquehal	
	CH de Douai	
	La Plaine de Scarpe de Lallaing	
	UGSS de la Motte de Marchiennes	
	Polyclinique de Grande-Synthe	
	Hôpital maritime de Zuydcoote	
	CH de Somain	

Oise

Institut médical de Breteuil
CH de Compiègne - Noyon
Fondation Condé - Chantilly
Château du Tillet – Cires-les-Mello
CGAS de Gouvieux
CH de Beauvais
GHPSO
Hôpital Villemin - Paul Doumer (APHP) - Liancourt
CH Jean-Baptiste Caron de Crèvecœur-le-Grand
CH Georges Decroze de Pont-Sainte-Maxence

Pas-de-Calais

CH d'Arras
CH du Ternois
CH de Bapaume
CH Hénin-Beaumont
Polyclinique Riaumont (Ahnac) - Liévin
GHSC - CH de Carvin
CHAM
Clinique les Acacias - Cucq
CH de Calais
CH de Saint-Omer
CH de Béthune
Clinique Mahaut de Termonde - Béthune
Polyclinique de la Clarence (Ahnac) - Divion
CH de Boulogne-sur-Mer
Hôpital maritime de Berck

Somme

CH d'Abbeville
CH d'Albert
CHU Amiens
Centre Henriville - Amiens
CHI de la Baie de Somme

Implantation des SSRG autorisés en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

En 2018, les Hauts-de-France comptaient 68 SSR gériatriques (SSRG) :

- 6 dans l'Aisne,
- 32 dans le Nord,
- 10 dans l'Oise,
- 15 dans le Pas-de-Calais,
- 5 dans la Somme.

L'offre en SSR gériatrique couvre l'ensemble des zones.

Capacité des SSRG autorisés

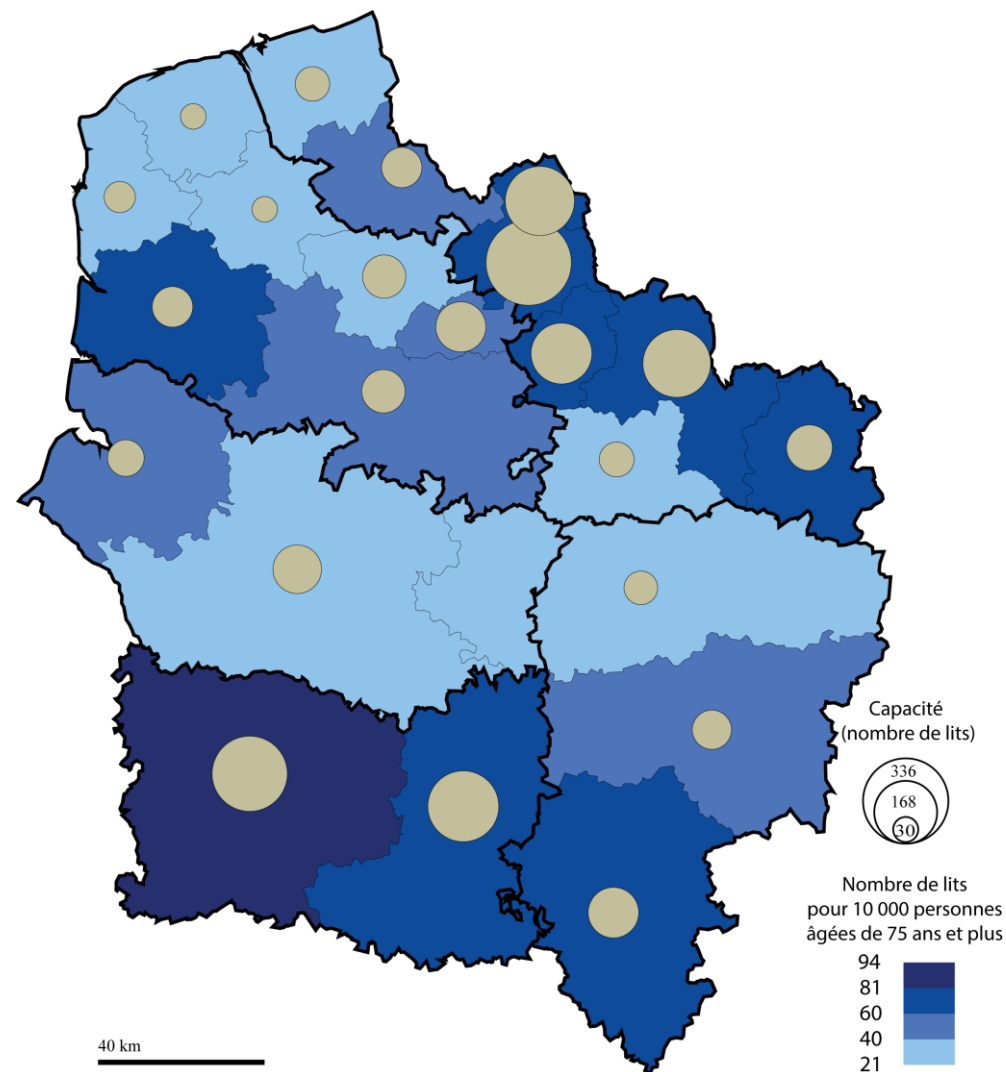
En 2018, dans les Hauts-de-France, les 68 établissements SSRG autorisés totalisent une capacité de près de **2 600 lits** soit **54 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus**. La taille des unités de SSRG varie de 10 à 120 lits, 6 unités disposent de moins de 20 lits, 41 unités entre 20 et 40 lits et 21 unités de plus de 40 lits.

Bien que chaque zone soit pourvue en SSRG, il n'en demeure pas moins que l'offre en lits n'est pas homogène sur le territoire. L'Oise présente une densité de lits SSRG (84 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus) trois fois supérieure à celle de la Somme (33) et deux fois à celle observée dans le Pas-de-Calais (39). L'Aisne et le Nord se situent dans une situation intermédiaire (respectivement 49 et 63 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus).

Au niveau infra-départemental, cet écart entre les zones les mieux pourvues et les moins bien dotées s'inscrit dans un rapport de 1 à 4,5. Le nombre de lits pour 10 000 habitants de plus de 75 ans varie ainsi de 21 pour l'Aisne-Nord / Haute-Somme à 94 pour l'Oise-Ouest. Les zones les mieux dotées sont celles qui sont limitrophes de l'Île-de-France (Oise-Ouest, Oise-Est et Aisne-Sud) et celles situées dans le département du Nord autour de la métropole lilloise (Lille, Roubaix – Tourcoing, Douaisis) ainsi qu'en Somme-Ouest et dans le Montreuillois.

Outre Aisne-Nord / Haute-Somme, les zones les moins bien pourvues sont situées dans la partie Nord du Pas-de-Calais. Les territoires de la Somme-Est, le Dunkerquois, Béthune-Bruay, l'Arrageois et le Cambrésis compte un nombre de lits SSRG pour 10 000 personnes de 75 ans et plus inférieure à la moyenne régionale.

Nombre de lits en SSRG autorisés et installés en 2018 et taux d'équipement par territoire



Source : ARS - DST 2019 - Traitement : OR2S

Activité des SSRG

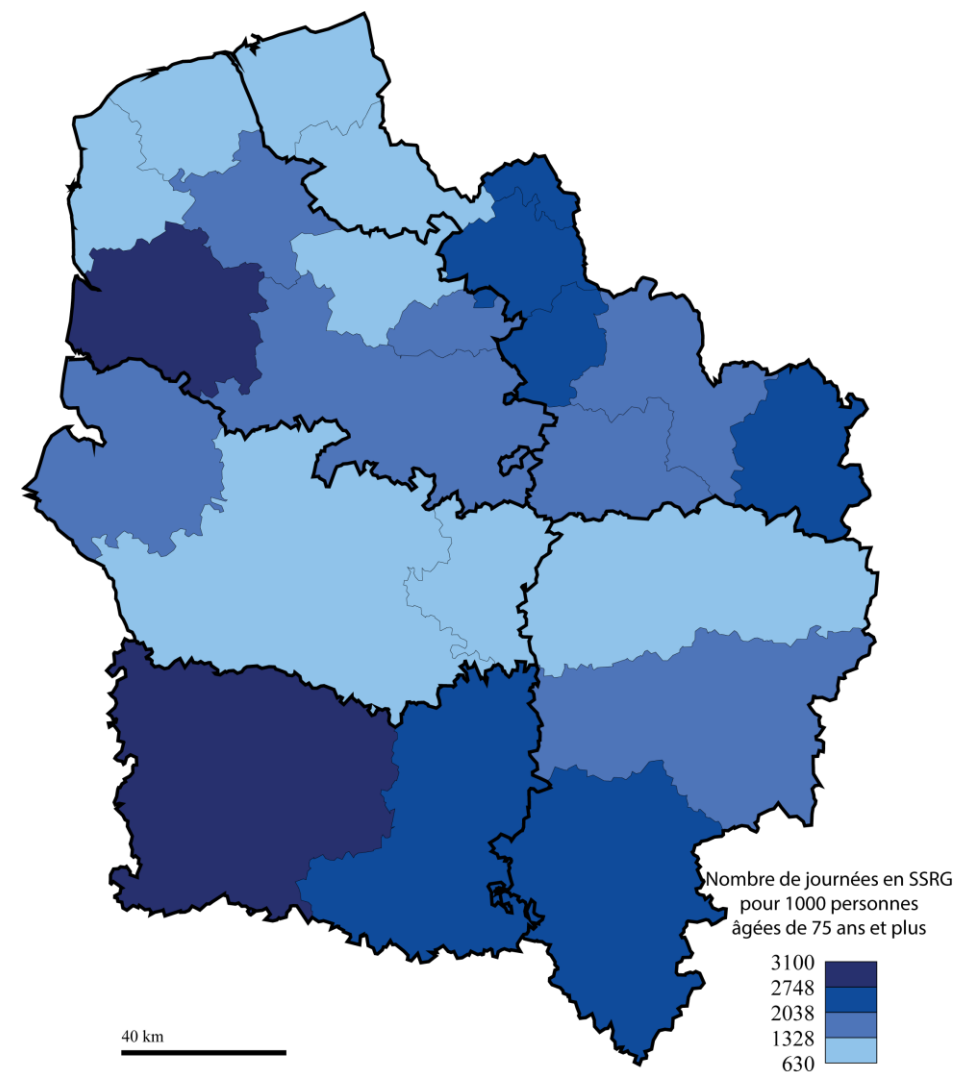
La circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise une activité de 1 000 à 2 600 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en SSR gériatrique. Une unité de soins de suite gériatriques doit disposer au minimum de 20 lits.

En 2018, les SSRG ont généré 870 00 journées, soit 1 812 journées pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus.

Au niveau départemental, le nombre de journées en SSR pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus varie du simple (1 217 dans la Somme) à plus du double (2 702 dans l'Oise). Le Pas-de-Calais présente une valeur en deçà de la valeur régionale (1 438) alors que le Nord affiche un résultat supérieur à cette dernière (1 985). L'Aisne, quant à elle, est dans une situation intermédiaire (1 587).

La zone Oise-Ouest est de loin celui qui affiche le nombre de journées en SSRG pour 1 000 habitants de 75 ans et plus le plus élevé (3 100). Le Montreuillois, le Douaisis, Roubaix-Tourcoing, Lille, Oise-Est et Aisne-Sud se caractérisent par un nombre de journée en SSRG pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus situé entre 2 200 et 2 800. Le Calaisis, Aisne-Nord / Haute-Somme, le Dunkerquois et le Boulonnais affichent quant à eux des valeurs en deçà de 1 000 journées pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus, seuil minimal préconisé dans la circulaire de 2007 relative à la filière de soins gériatriques (*cf.* ci-dessus).

Activité des SSRG autorisés en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement : OR2S

Durée moyenne de séjour en SSRG

Pour 2018, la durée moyenne de séjour a été renseignée par 64 des 68 établissements SSRG interrogés. Au niveau régional, la DMS est de l'ordre 34 journées (comme en 2017 et en 2016) ; elle est plutôt homogène au niveau des départements variant de 29 journées dans l'Aisne à 37 journées dans l'Oise.

La DMS varie cependant d'un territoire à l'autre : de 23 journées dans l'Arrageois à 37 journées dans les deux territoires de l'Oise ou dans Somme-Ouest. Trois-quarts des territoires présentent une DMS comprise en 29 et 37 journées. L'Arrageois, Aisne-Sud et la Flandre intérieure et le Sambre Avesnois se caractérisent par une DMS en deçà de 29 journées.

Modes d'entrée et de sortie en SSRG

Les modes d'entrée et de sortie dans les SSRG ont été renseignés par 64 établissements.

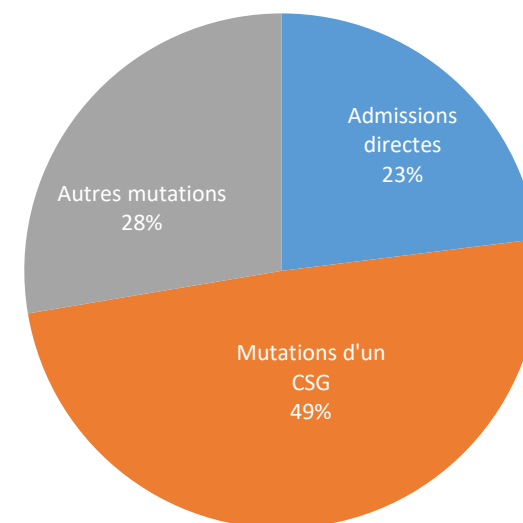
Au niveau régional, les admissions directes représentent 23 % des entrées (19 % en 2017, 23 % en 2016), les mutations en provenance d'un court séjour gériatrique 49 % (48 % en 2017, 43 % en 2016) et les autres mutations 28 % (32 % en 2017, 34 % en 2016).

La répartition des modes d'entrée en SSRG n'est pas homogène selon les départements. Les admissions directes sont plus fréquentes dans l'Oise et la Somme où elles représentent plus d'un tiers des entrées, contre environ 20 % dans l'Aisne et le Nord et 10 % dans le Pas-de-Calais.

Les mutations d'un CSG n'ont pas le même poids dans les modes d'entrée en SSRG : elles constituent plus des deux tiers des entrées pour l'Aisne et le Pas-de-Calais, la moitié pour le Nord contre environ 30 % pour l'Oise et la Somme.

Les « autres » mutations varient entre 8 % (dans l'Aisne) et 37 % (dans la Somme) des modes d'entrée.

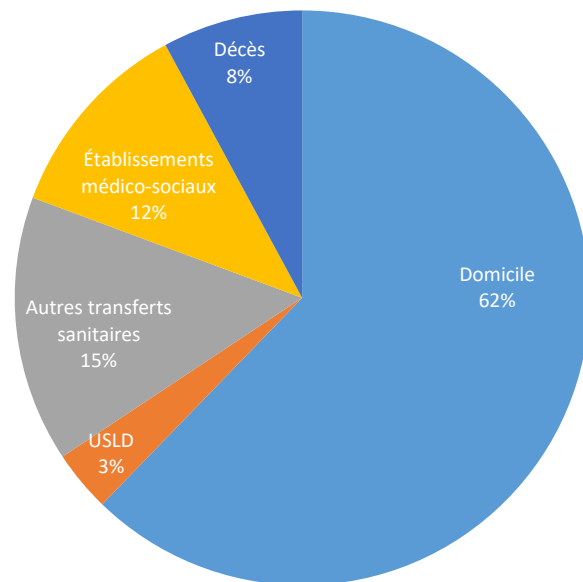
Les modes d'entrée en SSRG autorisés en 2018



Champ : modes d'entrée rapportés par 64 SSRG

Source : ARS - DST 2019 - Traitement : OR2S

Les modes de sortie en SSRG autorisés en 2018



Champ : modes de sortie rapportés par 64 SSRG

Source : ARS - DST 2019 - Traitement : OR2S

Au niveau régional, le retour à domicile (hors établissements médico-sociaux) représente 62 % des entrées. Les établissements médico-sociaux sont la destination de 12 % des sorties de SSRG. Les décès sont la cause de 8 % des sorties. Enfin, les transferts et mutations vers d'autres structures sanitaires ou les orientations en USLD constituent respectivement 15 % et 3 % des sorties de SSRG. Cette répartition est identique à celle observée pour 2016 et 2017.

La répartition des modes de sortie de SSRG observée par département est moins hétérogène que celle du mode d'entrée. Les SSRG de l'Oise et du Pas de Calais affichent une répartition un peu différente de celle des autres départements avec moins de sorties orientées vers les établissements médico-sociaux (8 %) et plus de sorties vers le domicile (respectivement 66 % et 70 %).

Personnel des SSRG autorisés

La circulaire DHOS 02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise un ETP de médecin gériatre, 8 ETP d'IDE, 12 ETP d'AS pour 20 lits et du temps de kinésithérapeute, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de podologue, de psychologue, de diététicien et d'assistant social.

Le décret du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, conditions particulières à la prise en charge spécialisée des affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance. Le médecin coordonnateur est qualifié spécialiste en gériatrie ou titulaire de la capacité de gériatre. L'équipe pluridisciplinaire comprend au moins trois des compétences de masseur-kinésithérapeute, d'ergothérapeute, de diététicien, de psychologue, psychomotricien ou orthophoniste.

La circulaire du 3 octobre 2008 relative à l'application des décrets d'avril 2008 : les compétences d'assistante sociale sont nécessaires à toute structure de SSR et il doit être possible que certains professionnels des services de SSR interviennent sur le lieu de vie des patients.

En 2018, les établissements de SSRG implantés dans les Hauts-de-France comptent en moyenne pour 20 lits :

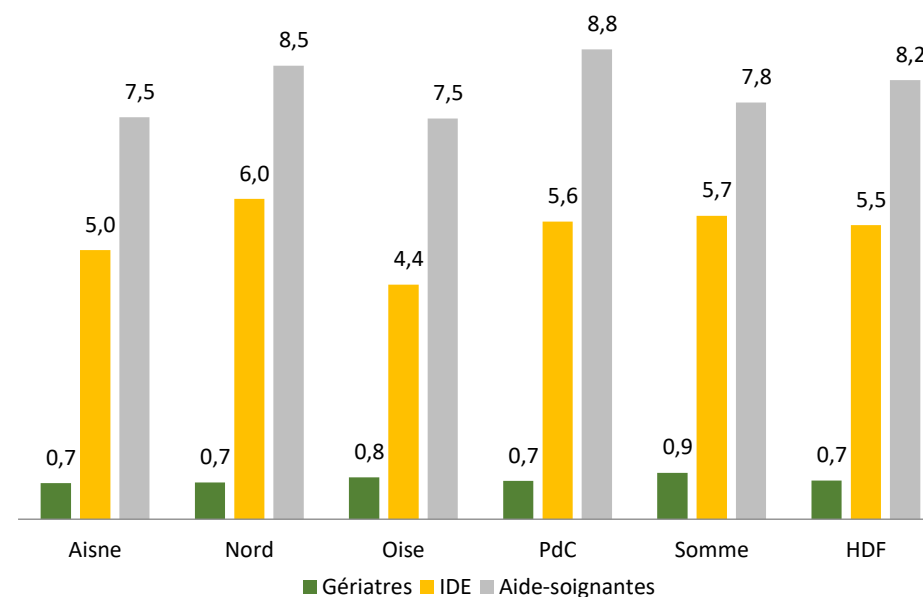
- 0,7 ETP de gériatre,
- 5,5 ETP d'IDE,
- 8,2 ETP d'aide-soignant.

Concernant les autres professionnels, sur les 67 SSRG ayant répondu à ce volet de l'enquête :

- 65 mobilisent du temps de kinésithérapeute ;
- 62 mobilisent du temps d'assistante sociale ;
- 61 mobilisent du temps de psychologue ;
- 58 mobilisent du temps de diététicien ;
- 58 mobilisent du temps d'ergothérapeute ;
- 41 mobilisent du temps d'orthophoniste ;
- 29 mobilisent du temps de Staps ;
- 27 mobilisent du temps de psychomotricien ;
- 11 mobilisent du temps d'animateur social.

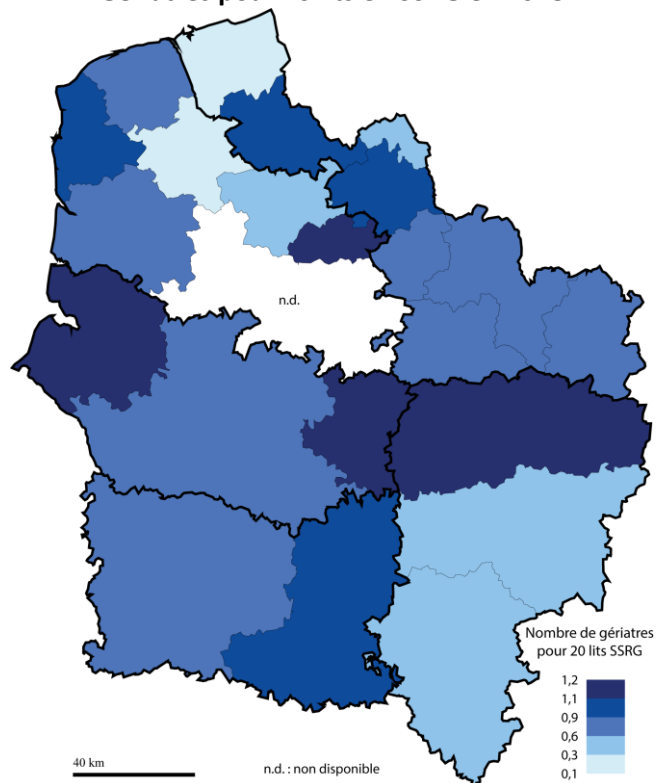
Les SSRG peuvent être également à mobiliser du temps d'autres professions (cadre de santé, secrétaire, ASHQ, podologue/pédicure, socio-esthéticienne...).

Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignantes exerçant dans les établissements SSRG autorisés en 2018 (en ETP pour 20 lits)



Champ : données issues des 67 SSR pour lesquels l'information est disponible (68 SSR interrogés)
Source : ARS - DST 2019 - Traitement : OR2S

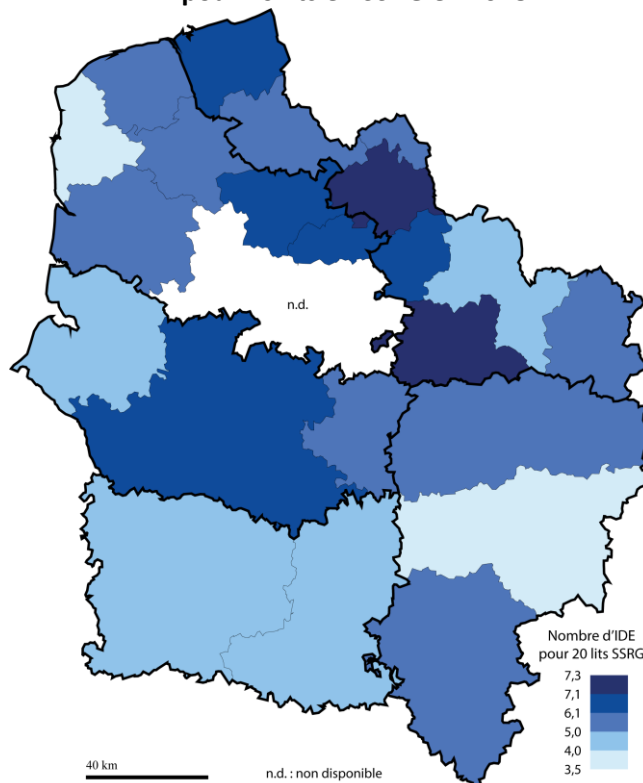
Gérialtes pour 20 lits en SSRG en 2018



Champ : données issues de 67 SSR (68 SSR interrogés)

Source : ARS - DST 2019 - Traitement : OR2S

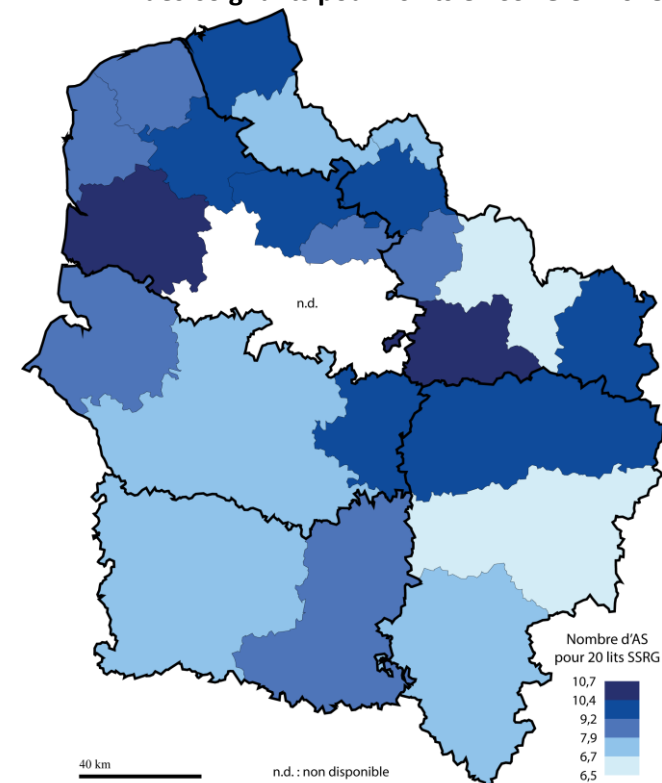
IDE pour 20 lits en SSRG en 2018



Champ : données issues de 67 SSR (68 SSR interrogés)

Source : ARS - DST 2019 - Traitement : OR2S

Aides-soignants pour 20 lits en SSRG en 2018



Champ : données issues de 67 SSR (68 SSR interrogés)

Source : ARS - DST 2019 - Traitement : OR2S

Les unités de soins longue durée

Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 : des Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) peuvent être individualisées en USLD.

Implantation des USLD autorisées

Aisne

CH Guise
 CH de Laon
 Maison de santé Bohain-en-Vermandois
 CH de Saint-Quentin
 CH de Soissons
 CH de Chauny
 CH de Château-Thierry (non mise en œuvre en 2018)

Nord

CH d'Armentières
 CHRU Lille
 GHSC - CH de Seclin
 CH de Tourcoing
 CH de Roubaix
 CHI de Wasquehal
 CH de Cambrai
 CH de Douai
 Polyclinique de Grande-Synthe
 CH d'Avesnes
 CH d'Hautmont
 CH de Fourmies
 CH Le Quesnoy
 CH de Denain
 CH de Valenciennes
 CH de Somain

Oise

CH de Beauvais
 CH de Chaumont-en-Vexin
 CHI de Compiègne – Noyon (Compiègne et Noyon)
 CH Villemin - Paul Doumer (APHP) Liancourt
 GHPSO Senlis
 CH de Grandvilliers
 CH de Clermont-de-l'Oise
 CH de Pont-Sainte-Maxence
 Fondation Condé – Chantilly

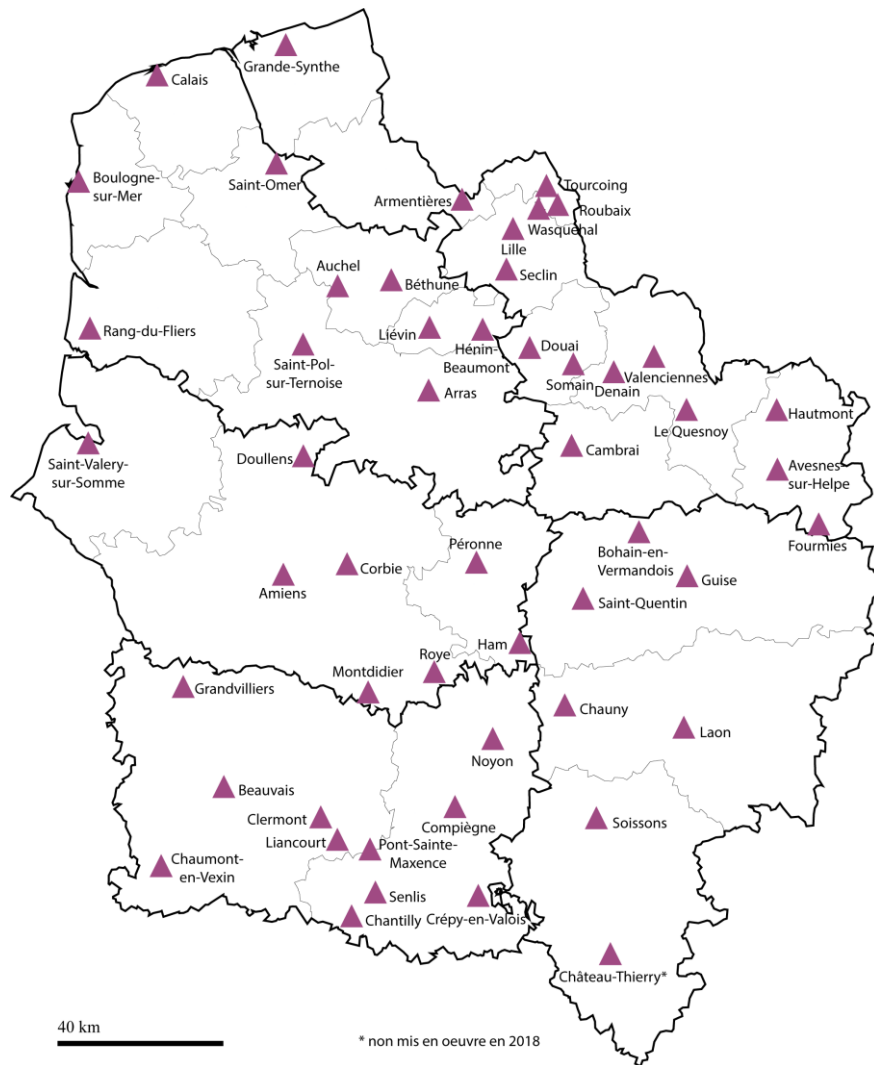
Pas-de-Calais

CH de Béthune
 Maison SLD Auchel - La Manaie
 CH d'Arras
 CH du Ternois
 CH de Saint-Omer
 CH de Boulogne-sur-Mer
 CH de Calais
 CHAM
 CH Hénin-Beaumont
 Polyclinique de Riaumont (Liévin)

Somme

CHU Amiens
 CHI de Montdidier - Roye (Montdidier et Roye)
 CH de Ham
 CHI de la Baie de Somme
 CH de Corbie
 CH de Péronne
 CH de Doullens

Implantation des USLD autorisées en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

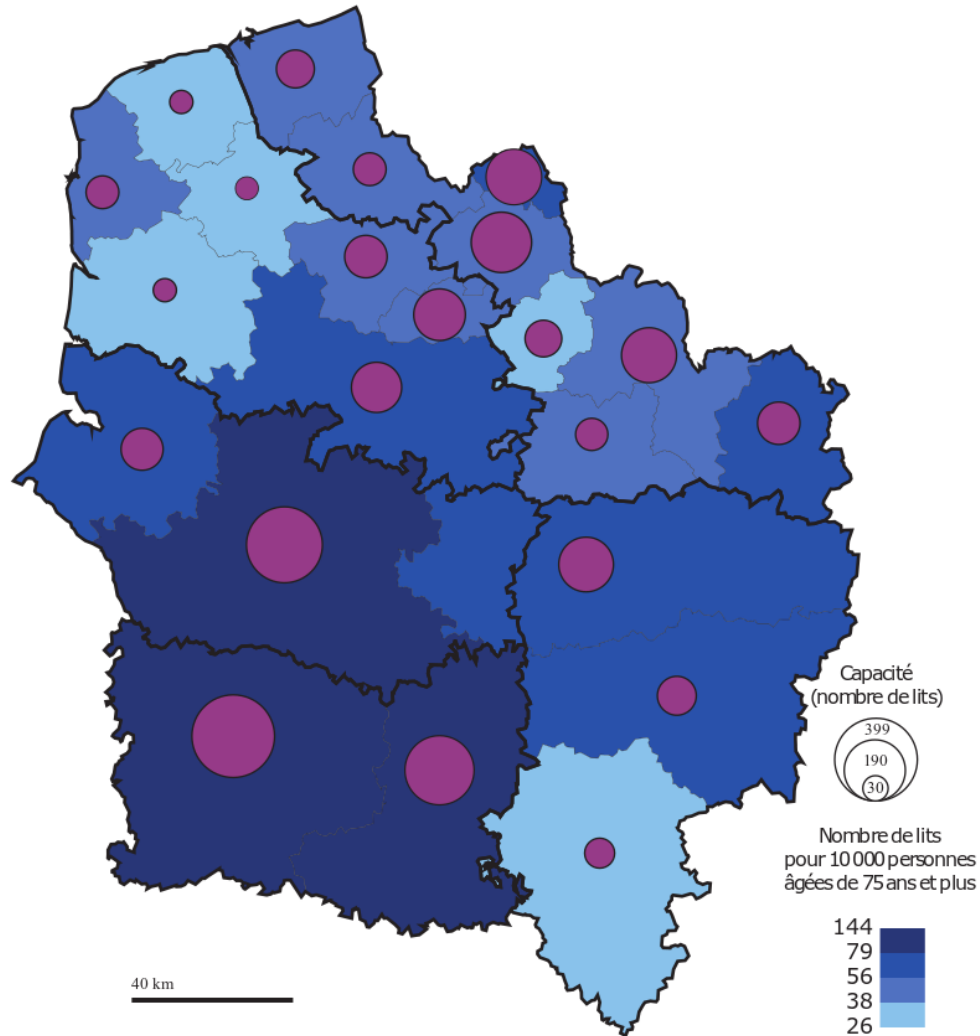
En 2018, les Hauts-de-France comptent 51 unités de soins de longue durée (USLD) autorisées ayant eu une activité :

- 6 dans l'Aisne,
- 16 dans le Nord,
- 11 dans l'Oise,
- 10 dans le Pas-de-Calais,
- 8 dans la Somme.

L'offre en USLD autorisées couvre l'ensemble des zones.

Capacité des USLD

**Nombre de lits en USLD autorisées et installées en 2018
et taux d'équipement par territoire**



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

En 2018, dans les Hauts-de-France, les 51 USLD totalisent une capacité de **2 874 lits**, soit **60 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus** (61 en 2017, 57 en 2016). La taille des USLD varie de 28 à 190 lits : 1 unité dispose de moins de 30 lits, 15 unités de 30 lits, 14 unités entre 31 et 59 lits, 14 unités entre 60 et 89 lits et 7 plus de 90 lits.

Bien que chaque zone soit pourvue en USLD, il n'en demeure pas moins que l'offre en lits n'est pas homogène sur le territoire. L'Oise et la Somme présentent des densités de lits USLD (respectivement 117 et 94 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus) deux fois supérieures à celles des autres départements : Nord (47), Aisne (49) et Pas-de-Calais (44).

Au niveau infra-départemental, cet écart entre les zones de proximité les mieux pourvues et les moins bien dotées s'inscrit dans un rapport de 1 à 5. Le nombre de lits en USLD pour 10 000 habitants de 75 ans et plus varie ainsi de 26 pour le Calaisis à 144 pour Oise-Ouest. Outre ce dernier, les zones les mieux dotées sont Somme-Est (101), Oise-Est (92), Somme-Ouest (72) et Aisne-Nord / Haute-Somme (69).

Outre le Calaisis, les zones les moins bien pourvues sont le Montreuillois, Aisne-Sud et l'Audomarois avec une offre deux fois moins élevée qu'au niveau régional.

Activités des USLD autorisées

En 2018, les USLD ont accueilli un peu plus de 3 500 personnes (4 200 en 2017, 4 000 en 2016). Parmi elles, une quarantaine de personnes étaient âgées de moins de 60 ans (une cinquantaine en 2017 comme en 2016). Ces dernières étaient prises en charge en USLD du fait de complications de certaines pathologies (trouble du comportement, Alzheimer précoce/Syndrome de Korsakoff, encéphalopathie, Chorée d'Huntington, SEP, maladie de Little, AVC...) associées parfois à certaines situations sociales difficiles (isolement, handicap de naissance...) ou à une situation de polyhandicap

Sur les 51 USLD interrogées, 46 ont fait remonter 1 682 sorties parmi lesquelles 1 351 décès ont été recensés. Autrement dit, 8 sorties d'USLD sur 10 ont pour cause le décès de la personne prise en charge (contre un peu plus de 8 sur 10 en 2017 et 9 sur 10 en 2016), comme en EHPAD.

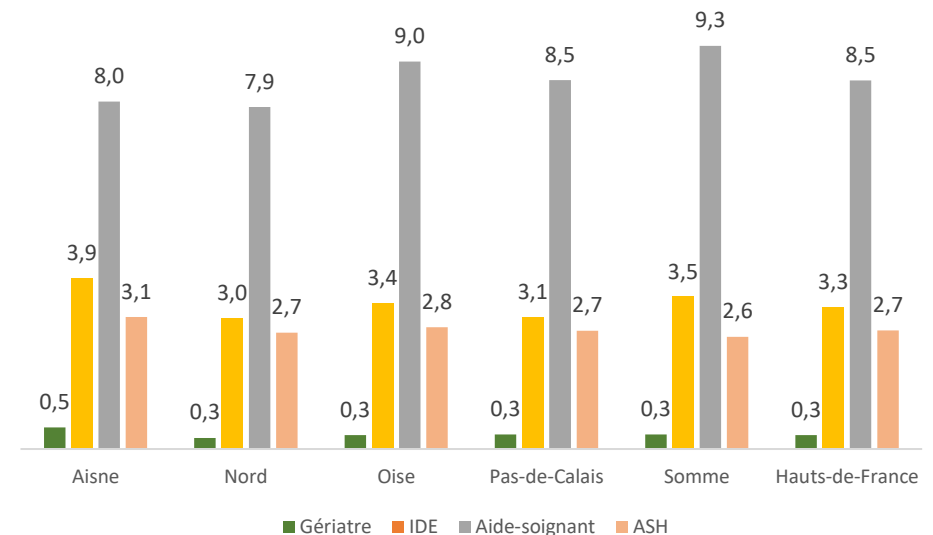
Personnel des USLD autorisées

Au niveau régional, les USLD autorisées emploient environ 2 350 ETP en 2018 (2400 ETP en 2017, 2 300 ETP en 2016) dont la moitié est représentée par les aides-soignantes, 20 % par les IDE et 15 % par les ASH.

En 2018, les USLD autorisées implantées dans les Hauts-de-France comptent en moyenne 16,3 ETP pour 20 lits (17,0 en 2017, 16,7 en 2016), soit :

- 0,4 ETP de temps médical (dont 0,3 ETP de gériatres),
- 3,3 ETP d'IDE,
- 8,5 ETP d'aide-soignante,
- 2,7 ETP d'ASH,
- 0,1 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien,
- 1,4 ETP d'autres professions (secrétaire, animateur, éducateur, kinésithérapeute, psychologue...).

Effectifs de gériatres, AS, IDE et ASH exerçant dans les USLD autorisées (en ETP pour 20 lits) en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Partie II : Bilan du Plan maladies neuro-dégénératives

Préambule

Le bilan d'activité régional des mesures médico-sociales issues du plan Alzheimer 2008-2012 est établi à partir des questionnaires d'activité annuelle transmis par les établissements et services. Il s'agit donc de données déclaratives. Un important travail a été réalisé pour récupérer les données qui sont presque exhaustives.

Il a été réalisé chaque année depuis 2012 pour l'ex-région Nord - Pas-de-Calais et, pour la première fois en 2016, pour les Hauts-de-France.

Le deuxième volet de ce rapport traite des activités menées dans le cadre du Plan maladies neuro-dégénératives. Ce volet s'organise en deux sous-parties : la première se focalise sur les consultations mémoire, les UCC et les UHR ; la seconde est consacrée aux plateformes d'accompagnement et de répit (PFR), la formation des aidants, le dispositif MAIA, les Esa et les Pasa.

Les consultations mémoire

La BNA

La banque nationale Alzheimer (BNA) a été créée dans le cadre de la mesure 34 du plan Alzheimer 2008-2012. Elle a pour but de recueillir l'ensemble des actes réalisés par les consultations mémoire.

Suite à la circulaire N°DGS/SD5D/DHOS/02/DGAS/SD2C/2005/172 du 30 mars 2005 relative à l'application du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007, l'ARS Nord - Pas-de-Calais a mis en place une procédure de labellisation des consultations mémoire en 2013, avec 4 niveaux :

- **le centre mémoire de ressources et de recherche (CM2R).** Il s'agit d'un centre de consultations « expert » organisé au sein d'un centre hospitalo-universitaire (CHU). Il reçoit à la demande des autres consultations mémoire ou des spécialistes installés en ville, des personnes dont les troubles de la mémoire nécessitent des examens approfondis. En fonction des résultats obtenus et du diagnostic posé, il est proposé à la personne qui consulte un traitement et/ou un accompagnement personnalisés. Le suivi est organisé en lien avec la consultation mémoire ou le spécialiste qui a orienté la personne vers le centre. Le centre expert assure des formations universitaires et développe des travaux de recherche. Il organise des groupes de parole pour les personnes malades, leurs aidants informels et professionnels et doit développer une réflexion éthique.
- **les centres mémoire référents de territoire (CMRT).** Il s'agit d'un centre de consultations organisé au sein d'un établissement de santé, à partir de services de gériatrie et/ou de neurologie, disposant d'une équipe de professionnels compétents pour évaluer les troubles de la mémoire repérés par le médecin de famille. Au cours de la consultation, un bilan complet comportant, notamment des tests de mémoire, est réalisé. Le centre permet également l'accès facilité au plateau de radiologie dont l'IRM. Un psychologue de la consultation peut assurer un soutien psychologique individuel ou en groupe de la personne malade et de son aidant principal.
- **les centres mémoire de proximité.** Il s'agit de consultations organisées au sein d'un établissement de santé, par un médecin compétent pour l'évaluation et le suivi des troubles de la mémoire repérés par le médecin de famille. La consultation peut déboucher sur un bilan plus complet à réaliser au centre de consultations référent de territoire avec lequel ce médecin a un accès facilité, notamment à l'IRM.
- **les consultations libérales.** Des consultations mémoire libérales sont inscrites à la BNA mais aucune n'a déposé de candidature de labellisation.

En (ex-)Picardie, la démarche a abouti à la mise en place de 3 niveaux : le CM2R, les centres mémoires et les consultations avancées en hôpitaux de proximité par les centres mémoires.

Méthodologie

À partir de l'extraction de la BNA, les données d'activité 2018 issues des centres de consultations peuvent être analysées.

À partir de la BNA, il est possible d'obtenir des éléments caractérisant la file active des patients ayant été reçus en consultation mémoire. La BNA distingue trois files actives :

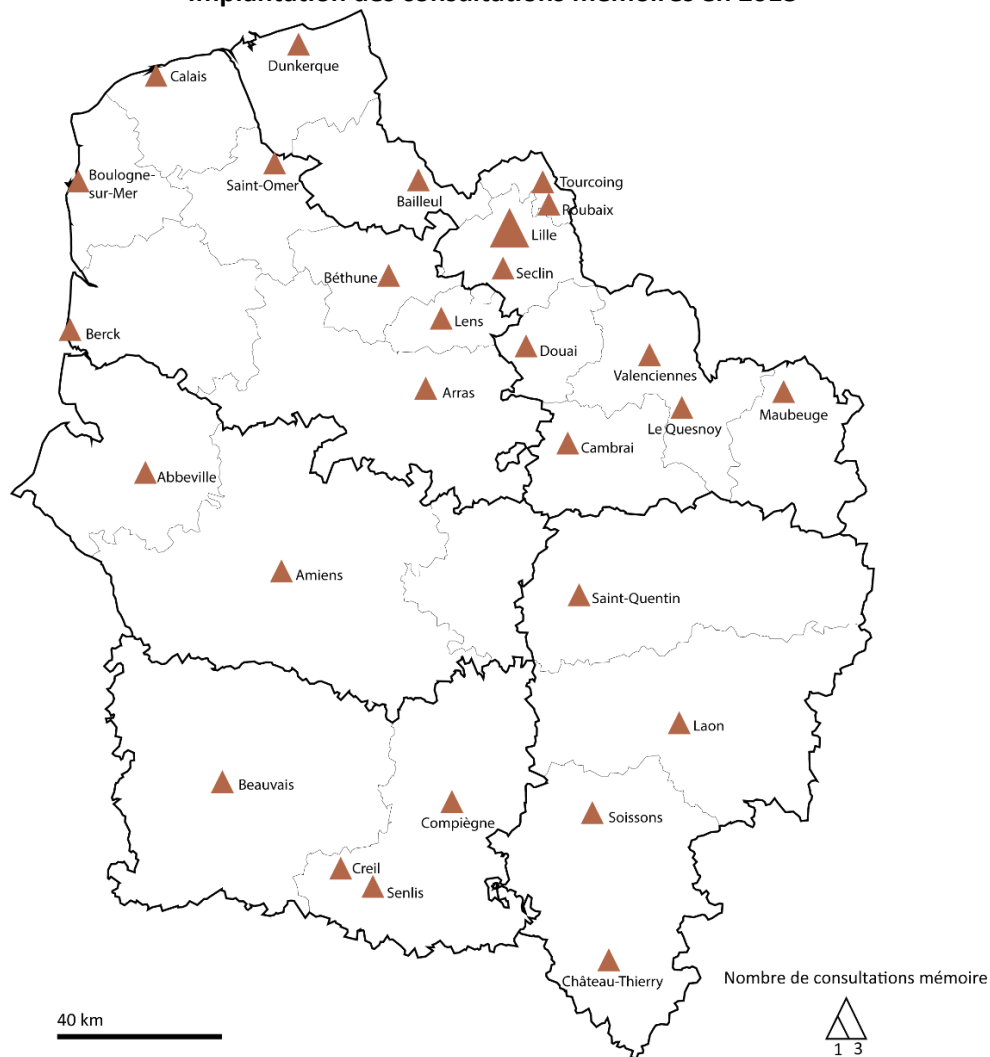
- **File active A** (nouveaux patients pour le centre) correspond à l'ensemble des nouveaux patients reçus par le centre pour la période et ayant fait l'objet de l'envoi d'un Cima à la BNA. C'est cette file active qui est demandée par les ARS dans le cadre du suivi d'activité et de la labellisation.
- **File active B** (tous les patients) : correspond à l'ensemble des patients du centre dans une période donnée.
- **File active C** (nouveaux patients-épidémiologie) correspond à l'ensemble des nouveaux patients ayant consulté au cours de la période pour la toute première fois pour plainte cognitive ou comportementale. Ces patients n'ont jamais consulté auparavant un professionnel (CM, spécialiste pour plainte cognitive).

La BNA fournit également le nombre d'actes représentant à la fois les consultations médicales et l'ensemble des prestations pour un patient. Elle permet aussi de connaître quels sont les acteurs à l'origine des orientations du patient ainsi que le diagnostic posé pour ce dernier. Enfin, la BNA permet de disposer de données relatives aux ressources humaines exerçant au sein des consultations mémoires.

Les données présentées ci-après concernent 29 des 30 structures assurant des consultations mémoires labellisées par l'ARS, la consultation mémoire portée par le CH de Château-Thierry n'a pas déclaré d'activité en 2017. Cependant, du fait d'une migration vers un nouveau système d'information (non encore opérable avec la BNA), les données des consultations mémoires (hormis le nombre de patients vus en consultation) n'ont pu être collectées cette année. Par conséquent, hormis les données sur le nombre de patients, les résultats présentés portent sur 9 consultations de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme.

L'implantation des consultations mémoire en 2018

Implantation des consultations mémoires en 2018



Source : BNA, ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

En 2018, les Hauts-de-France abritent 30 structures assurant des consultations mémoires :

- 4 sont situées dans l'Aisne,
- 13 dans le Nord,
- 4 dans l'Oise,
- 7 dans le Pas-de-Calais,
- 2 dans la Somme.

La file active

En 2018, ces structures ont reçus **21 005 patients dont 9 327 ont consulté pour la toute première fois** pour plainte cognitive ou comportementale. Autrement dit, **44 % des patients reçus en consultation mémoire en 2018 n'avaient jusqu'alors jamais consulté** un professionnel (dans le cadre d'une consultation mémoire ou tout autre spécialiste pour plainte cognitive). Ces chiffres sont voisins de ceux observés en 2017 et 2016 (sur le même périmètre des 30 structures observées).

En 2018, 7 établissements assurent près de la moitié des consultations mémoire de la région (celles référencées dans la BNA). Il s'agit du CM2R de Lille, du CM2R d'Amiens et des centres de mémoires de Béthune, Lens, Valenciennes, Beauvais et Creil-Senlis. Les CM2R de Lille et d'Amiens concentrent à eux deux 23 % des consultations mémoires de la région.

Au niveau des territoires, la file active de Lille est la plus importante avec 4 620 patients, contrairement au Cambrésis qui n'en compte que 210. Les Hauts-de-France comptent 44 patients reçus en consultations mémoire pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Cet indicateur varie dans un rapport de 1 à 8 dans les territoires (12 dans le Boulonnais contre 92 pour Lille).

[La suite de l'analyse porte sur 9 des 10 consultations mémoires situées dans l'Aisne, l'Oise et la Somme.]

Les personnes venant consulter sont âgées en moyenne de 77 ans, avec des **âges moyens compris entre 69,4 ans** (GHPSO Creil) **et 81,5 ans** (CH de Laon). **Trois personnes ayant consulté sur cinq sont des femmes.**

Environ **12 % des personnes font un déplacement de plus de 50 km pour consulter (9 % sur le même périmètre géographique en 2017)**. Il existe de **fortes disparités territoriales**. Les consultations mémoires du CHU d'Amiens et du GHPSO Creil-Senlis accueillant une proportion de patients plus éloignés que les autres consultations mémoires.

File active en consultations mémoire en 2018

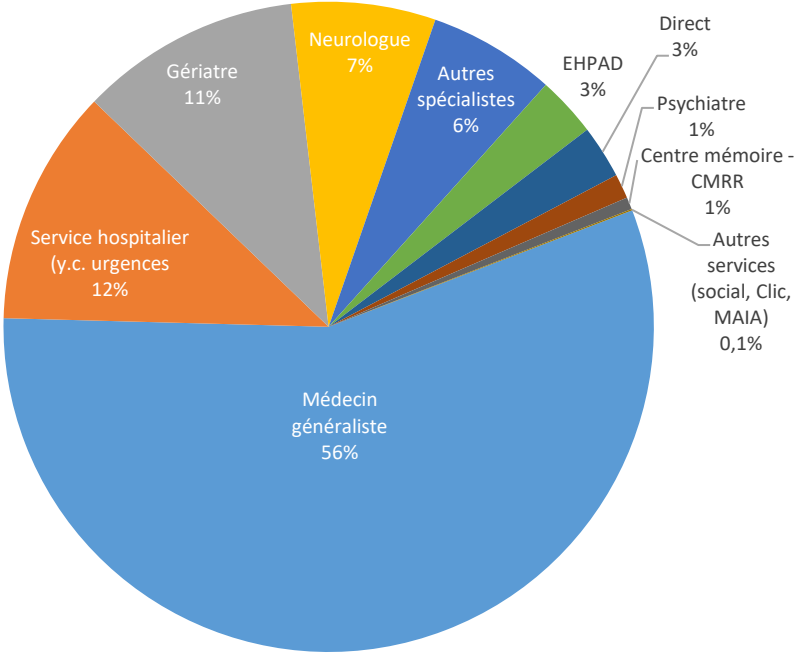
	Nombre de patients reçus	Nombre de patients reçus pour 1 000 hab. de 75 ans et plus
Aisne-Nord / Haute-Somme	741	31
Aisne-Centre	333	23
Aisne-Sud*	451	28
Cambrésis	210	15
Douaisis	355	17
Dunkerquois	513	25
Flandre Intérieure	555	36
Lille	4 620	92
Roubaix - Tourcoing	1 208	40
Sambre Avesnois	401	26
Valenciennois	1 728	55
Oise-Est	1 897	61
Oise-Ouest	1 109	40
Arrageois	645	30
Audomarois	641	68
Béthune - Bruay	1 077	43
Boulonnais	172	12
Calaisis	271	24
Lens - Hénin	871	31
Montreuillois	281	26
Somme-Est	2 159	68
Somme-Ouest	767	56
Hauts-de-France	21 005	44

* (données incomplètes)

Source : BNA, ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Le mode d'entrée

Répartition des modes d'entrée en consultation mémoire en 2018



Source : BNA, ARS - DST 2019 - Traitement OR2S
Champ : 9 consultations mémoires de l'Aisne, l'Oise et la Somme
(35 % de la file active des Hauts-de-France)

Les patients vus en consultation mémoire sont **orientés très majoritairement (81 %) par un professionnel de santé :**

- un médecin généraliste dans 56 % des cas,
- un gériatre dans 11 % des cas,
- un neurologue dans 7 % des cas,
- un psychiatre dans 1 % des cas,
- un autre spécialiste dans 6 % des cas.

De manière moins fréquente, le patient est orienté par un service hospitalier y compris les urgences (12 %).

Dans 3 % des cas, le patient se rend directement à la consultation.

Enfin, les orientations des patients par les EHPAD, centres mémoires et autres services (Clic, MAIA) sont beaucoup plus rares (1 % des orientations).

Les unités cognitivo-comportementales

Mesure n°17 du Plan national Alzheimer : création d'unités spécialisées au sein des services de soins de suite et de réadaptation (SSR), pour malades atteints d'Alzheimer. Les UCC dédiées à la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont situées au sein de structures autorisées en soins de suite et de réadaptation. L'organisation des soins et les locaux de ces unités sont adaptés aux besoins des patients notamment lorsqu'il s'agit de patients souffrant de la maladie de survenue précoce. Les unités comportent entre 10 et 12 lits d'hospitalisation complète et disposent d'un plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante adapté et de réhabilitation cognitive mises en œuvre.

Implantation des UCC labellisées

Nord

Centre médical de Monts de Flandres - Bailleul
CHRU Lille
CH de Seclin
CH Le Quesnoy
Groupe Hospitalier Loos Haubourdin
UGSS du Château de la Motte de Marchiennes
CH d'Hautmont
Polyclinique de Grande-Synthe

Pas-de-Calais

CH d'Arras
CH de Boulogne-sur-Mer
CHAM
Polyclinique Riaumont de Liévin (Ahnac)

Aisne

Hôpital la Renaissance sanitaire Villiers-Saint-Denis

Oise

Institut médical de Breteuil

Somme

CHU Amiens

Les unités cognitivo-comportementales labellisées sont au nombre de 15 dans les Hauts-de-France en 2018 (14 en 2017, 13 en 2016). Elles totalisent 188 lits (173 lits en 2017, 163 en 2016).

Implantation des UCC labellisées en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

En 2018, 15 UCC ouvertes et labellisées dénombrées :

- 8 dans le Nord,
- 4 dans le Pas-de-Calais,
- 1 dans l'Aisne,
- 1 dans l'Oise,
- 1 dans la Somme.

Les 188 lits d'UCC labellisées se répartissent ainsi :

- 106 dans le Nord,
- 45 dans le Pas-de-Calais,
- 15 dans l'Aisne,
- 12 dans l'Oise,
- 10 dans la Somme.

En 2018, les UCC labellisées ont déclaré 1 650 séjours, pour un total de 55 800 journées de plus de 24 heures. Par rapport à 2017, le nombre de séjours a augmenté de 17 % et le nombre de journées de 4 %.

La durée moyenne de séjours de 37 jours en 2018, (39 jours en 2017 et 33 jours en 2016) masque de fortes disparités selon les établissements allant de 26 jours au Centre médical des Monts de Flandres à 57 jours pour la Polyclinique de Grande-Synthe.

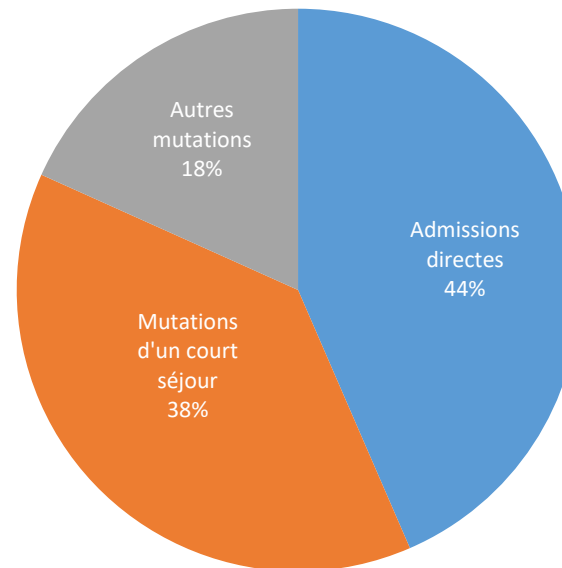
Les entrées et les sorties

Circulaire DHOS/02/01/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012 : les patients proviennent, essentiellement, de leur domicile ou d'EHPAD.

Évaluation mesure 17 : Pourcentage de retours à domicile à partir de ces unités par rapport aux autres modes de prise en charge.

En 2018, les UCC de la région ont déclaré 1 560 entrées (contre 1 330 en 2017)³. L'entrée par admissions directes constitue le premier mode d'entrée en UCC avec 680 entrées, soit 44 % des modes d'entrée déclarés (49 % en 2017). Les mutations d'un court séjour représentent quant à elles 38 % des entrées (35 % en 2017). L'admission directe n'est cependant pas le mode d'entrée majoritaire pour toutes les UCC. Les entrées par mutations d'un court séjour sont majoritaires dans 4 UCC : CHAM (95 %), UGSS du Château de la Motte de Marchiennes (84 %), Institut médical de Breteuil (71 %), CH de Boulogne-sur-Mer (68 %).

Répartition des modes d'entrée en UCC labellisées en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

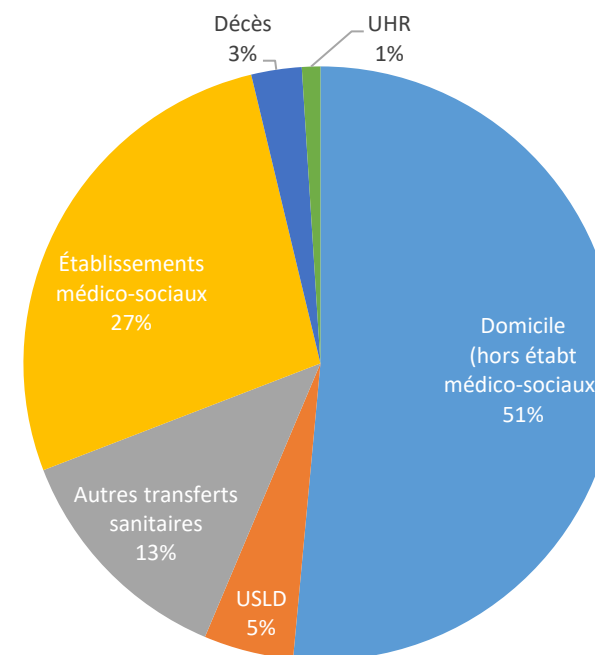
³ Pour les aspects d'entrées/sorties d'UCC, les données de 2018 n'intègrent pas le CH d'Arras, les données de 2017 n'intégraient pas les données du CHRU de Lille.

En 2018, les UCC labellisées recensées dans la région ont déclaré 1 500 sorties⁴ (1 348 en 2017), la moitié d'entre elles (51 %) se faisant vers le domicile hors établissements médico-sociaux (contre 57 % en 2017). Le deuxième mode de sortie le plus fréquent est le transfert vers un établissement médico-social (27 % des sorties, comme en 2017). Les sorties vers les USLD ou UHR sont en marge avec des proportions très faibles (5 % pour les USLD, 1 % pour les UHR). Les autres transferts sanitaires constituent 13 % des sorties. Enfin, 3 % des sorties (41) se terminent par un décès.

La répartition des modes de sortie varie d'un établissement à l'autre. Le retour à domicile est majoritaire dans certaines UCC (CHU Amiens, Polyclinique de Grande-Synthe, Villiers-Saint-Denis, Centre médical des Monts de Flandres, CH du Quesnoy, CHU de Lille), voire même quasi-exclusif au CH de Boulogne-sur-Mer et au CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer (respectivement 73 % et 84 % des sorties). Par contre, le retour à domicile représente moins de 40 % des sorties dans d'autres UCC (Clinique Saint Roch de Marchiennes, Polyclinique de Riaumont, Institut médical de Breteuil) pour lesquelles les proportions de sorties vers des établissements médico-sociaux sont plus élevées (entre 45 % et 50 %). Enfin, les sorties vers une USLD sont plus répandues à la Polyclinique de Grande-Synthe et au CHU d'Amiens que dans les autres UCC de la région (respectivement 40 % et 21 % contre 5 % dans l'ensemble des Hauts-de-France).

La répartition des modes de sortie en 2018 varie un peu par rapport à l'année précédente. En 2018, les sorties vers les établissements médico-sociaux représentaient 27 % des sorties d'UCC (27 % en 2017, 29 % en 2016) et les retours à domicile 51 % (57 % en 2017, 53 % en 2016).

Répartition des modes de sortie d'UCC labellisées en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

⁴ Pour les aspects d'entrées/sorties d'UCC, les données de 2018 n'intègrent pas le CH d'Arras, les données de 2017 n'intégraient pas les données du CHRU de Lille.

Personnel des UCC

Circulaire DHOS/02/01/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 - Annexe 3 portant sur le cahier des charges des unités cognitivo-comportementales en SSR :

« Les démarches comportementales et, d'une façon plus générale, le traitement psychosocial permettent d'améliorer très nettement la qualité de vie et de réduire l'apparition des troubles du comportement. Les pratiques suivantes doivent pouvoir être proposées à ces patients : psychomotricité, ergothérapie, orthophonie.

En plus des personnels habituels de l'unité SSR, il faut des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement : médecin ayant une expérience ou une formation en réhabilitation cognitivo-comportementale, psychologue, professionnels de rééducation (psychomotricien, ergothérapeute,...) et personnels paramédicaux (la qualification d'assistant de gérontologie n'étant pour l'instant pas mise en place, il est possible de substituer cette compétence par celle d'aide médico-psychologique ou d'aide-soignant ayant bénéficié ou s'engageant dans une formation appropriée). »

En 2018, les 188 lits répartis dans les 15 UCC de la région ont mobilisé 235 ETP dont 5 % de personnel médical (9 gériatres et 1,9 ETP non gériatre réparti entre 0,8 ETP de psychiatre, 0,5 ETP de médecin généraliste, 0,3 ETP de neurologues et 0,3 ETP d'autres spécialités). Les 95 % restants de personnels non-médicaux se répartissent ainsi :

- Aide-soignant : 109 ETP (soit 46 % du personnel œuvrant dans les UCC) ;
- IDE : 67 ETP (29 %) ;
- Autres personnels non-médicaux (assistante sociale, kinésithérapeutes, diététicienne, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, STAPS, socio-esthéticienne, cadre de santé, neuropsychologue...) : 48 ETP (20 %).

Parmi les 15 UCC de la région :

- tous ont déclaré disposer d'aides-soignants ;
- tous ont déclaré disposer d'IDE ;
- tous ont déclaré disposer de psychologues ;
- 14 ont déclaré disposer d'ergothérapeutes ;
- 13 ont déclaré disposer d'assistants de services sociaux ;
- 13 ont déclaré disposer de diététiciens ;
- 12 ont déclaré disposer de psychomotriciens ;
- 12 ont déclaré disposer de kinésithérapeutes ;
- 10 ont déclaré disposer d'orthophonistes ;
- 9 ont déclaré disposer de personnel STAPS.

Les unités d'hébergement renforcées

Les unités d'hébergement renforcées (UHR) sont des structures sécurisées permettant de prendre en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer présentant des troubles moyens et sévères du comportement, situées en EHPAD ou en USLD. En 2018, il existe 29 UHR en région pour 405 lits (22 UHR pour 320 lits en 2017 et 21 UHR pour 302 lits en 2016), 19 UHR sont implantées dans un EHPAD et 10 dans une USLD.

Implantation des UHR labellisées

Aisne (2 UHR)

CH Jeanne de Navarre – Château-Thierry
CH de Saint-Quentin

Nord (14 UHR)

CHRU Lille
Association Féron-Vrau (Lille)
CHI Wasquehal
CH de Seclin
Groupe Hospitalier Loos Haubourdin
CH de Tourcoing
CH de Hazebrouck
Polyclinique de Grande-Synthe
CH de Douai
CH de Somain
CH de Valenciennes
CH de Saint-Amand-les-Eaux
CH Le Quesnoy
CH Le Cateau-Cambrésis

Pas de Calais (9 UHR)

CH de Béthune
CH d'Arras
CH de Boulogne-sur-Mer
CH de Calais
CHAM
CH de Lens
CH d'Aire-sur-la-Lys
CH du Ternois
EHPAD l'Aquarelle de Bully-les-Mines

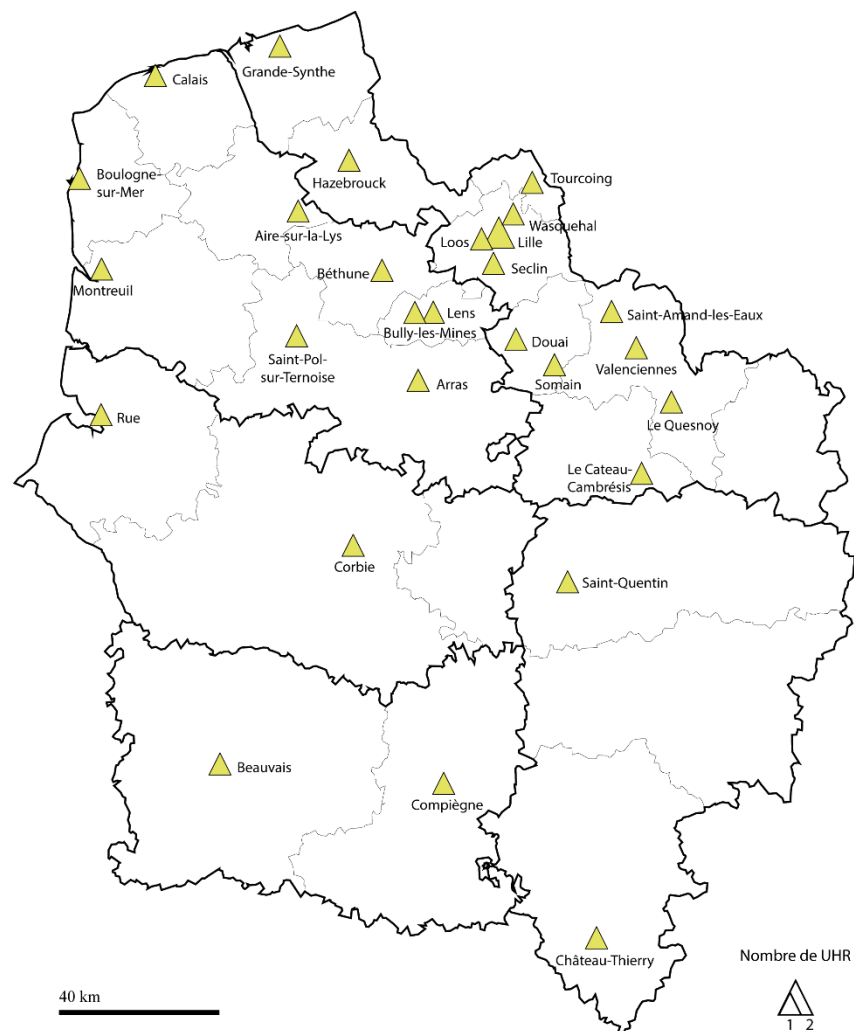
Oise (2 UHR)

CH de Beauvais
CHI Compiègne - Noyon

Somme (2 UHR)

CHI de la Baie de Somme
CH de Corbie

Implantation des UHR labellisées en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Les UHR labellisées comprennent entre 10 et 22 lits (10 à 15 lits en règle générale).

Les 29 UHR labellisées se répartissent sur les 5 départements de la région de la manière suivante :

- 2 UHR dans l'Aisne,
- 14 UHR dans le Nord,
- 2 UHR dans l'Oise,
- 9 UHR dans le Pas-de-Calais,
- 2 UHR dans la Somme.

La file active

Caractéristiques démographiques

Parmi les 29 UHR implantées dans les Hauts-de-France, 26 ont déclaré avoir eu une activité en 2018. Ces dernières ont accueilli 465 personnes en 2018 (404 en 2016, puis 409 en 2017). La population accueillie en UHR présente un *sex-ratio* à parité.

L'âge moyen des personnes accueillies en UHR est de 79 ans (81 ans en 2017, 79 ans en 2016). Cet âge n'est pas homogène selon les UHR. En effet, l'âge moyen des personnes accueillies varie de 75 ans à 87 ans.

Durée moyenne de séjour

En 2018, la durée moyenne de séjour dans les UHR est de l'ordre de 18 mois (comme en 2017 alors que la DMS était de l'ordre de 14 mois en 2016) et varie considérablement : de 9 mois pour l'UHR du CH de Douai à 5 ans pour le CHU de Lille.

Capacité et file actives des UHR labellisées en 2018

	Nombre de places	File active	Age moyen (en années)	DMS (en j)
CH de Château-Thierry	16	24	87	913
CH de Saint-Quentin	14	21	79	554
CH d'Hazebrouck	12	15	80	702
CHU de Lille	13	20	82	1948
GH Seclin Carvin	14	19	76	954
GH Loos Haubourdin	12	15	76	854
CH de Tourcoing	14	23	84	611
CHI Wasquehal	14	20	NR	NR
CH Le Cateau Cambrésis	14	21	76	270
CH DE Douai	15	11	75	178
CH de Somain	14	NR	NR	NR
Polyclinique de Grande-Synthe	14	12	81	NR
CH Le Quesnoy	12	17	79	200
CH de Valenciennes	20	26	80	406
CH de Saint-Amand-les-Eaux	14	NR	NR	NR
EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue	12	12	79	305
CH de Beauvais	22	33	81	NR
CHI Compiègne-Noyon	15	23	76	504
CH de Béthune-Beuvry	14	18	80	668
CH d'Arras	15	29	NR	204
CH d'Aire-sur-la-Lys	15	NR	NR	NR
CH de Boulogne-sur-Mer	14	32	76	275
CH de Calais	14	11	80	NR
CH de Lens	10	16	76	217
EHPAD Bully-les-Mines	10	NR	NR	NR
CH du Ternois	20	NR	NR	NR
CHAM	NR	NR	NR	NR
CHI de la Baie de Somme	18	32	80	197
CH de Corbie	14	15	NR	NR
Hauts-de-France	405	465	79,3	553

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

État cognitif des personnes accueillies en UHR labellisées

L'enquête sur les UHR permet de collecter des éléments sur l'état cognitif des personnes accueillies à travers le test *Mini Mental State (MMS)*.

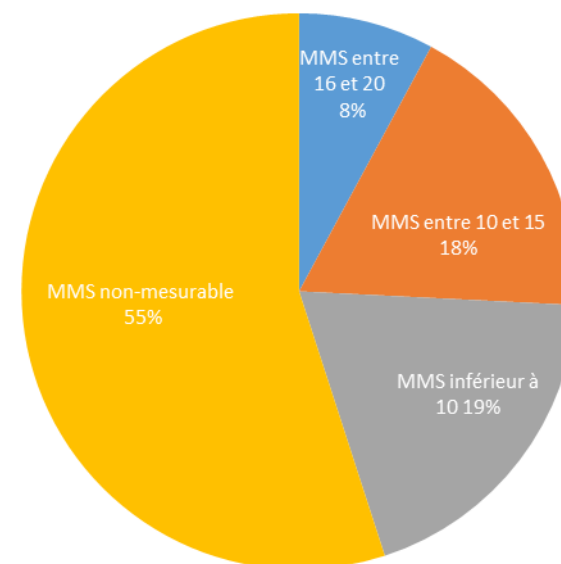
En 2018, pour plus d'une personne sur deux prises en charge en UHR, le MMS n'a pu être mesuré.

Par conséquent, le test MMS a été réalisé pour 45 % des patients. Cette part se distribue ainsi :

- 26 % présente un MMS entre 10 et 20 (démence modérée ; part équivalente à celle observée en 2016 et 2017),
- 19 % un MMS inférieur à 10 (démence sévère ; 19 % en 2016 et 23 % en 2017).

Les UHR ont précisé le diagnostic principal des résidents admis. Comme en 2016 et 2017, le diagnostic le plus fréquent (79 % ; respectivement 72 % et 78 % en 2016 et 2017) est de loin celui de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (démence vasculaire, démence mixte, corps de Lewy, dégénérescence frontotemporale) ; pour 12 % des patients pris en charge en UHR, le diagnostic n'est pas précisé (15 % en 2017).

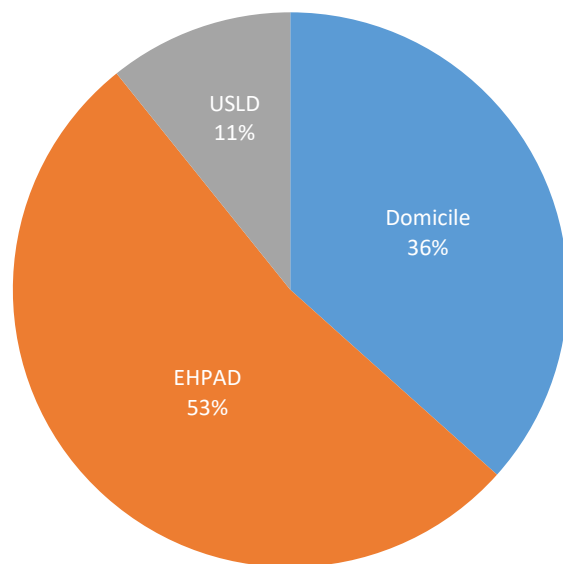
Diagnostic de la démence *via* le *Mini Mental State* à l'entrée des UHR labellisées en 2018



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Les entrées

Provenance des personnes prises en charge en UHR labellisées en 2018



Champ : 325 entrées rapportées par 21 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Sur les 29 UHR, 21 ont renseigné le lieu de vie qu'occupaient les patients avant leur prise en charge dans leurs murs :

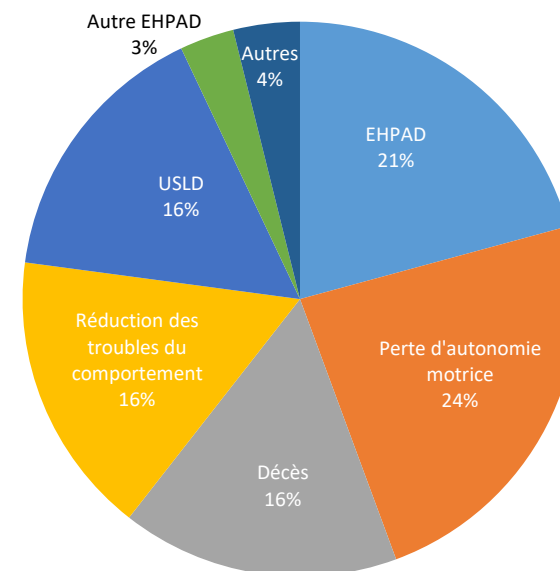
- 53 % résidaient en EHPAD (55 % en 2017),
- 36 % habitaient leur domicile (38 % en 2017),
- 11 % étaient pris en charge en USLD (6 % en 2017).

Les sorties

Les UHR ont pu renseigner la destination que leurs patients prennent après leur prise en charge :

- dans près d'un quart des cas, la prise en charge s'arrête du fait de la perte d'autonomie motrice de la personne (20 % en 2017);
- dans un cas sur cinq, le patient part dans un EHPAD classique du même établissement (28 % en 2017);
- dans un cas sur six, c'est le décès de la personne qui interrompt l'accompagnement (comme en 2017) ;
- dans un cas sur six, le motif de sortie de l'UHR se justifie par la réduction des troubles du comportement pendant une période continue d'au moins 1 mois (comme en 2017);
- dans un cas sur six, la personne prise en charge est transférée vers une USLD classique (10 % en 2017) ;
- parmi les autres destinations, les retours à domicile sont rares.

Destination des personnes prises en charge en UHR labellisées en 2018



Champ : 284 sorties rapportées par 23 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Les activités proposées dans les UHR labellisées

Sur les 29 UHR interrogées, 23 ont répondu au module de questions portant sur les activités proposées au sein de ce type de structure. Toutes ont répondu avoir proposé les activités suivantes :

- maintien ou réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes,
- mobilisation des fonctions sensorielle,
- maintien ou la réhabilitation des capacités cognitives restantes.

Pour le maintien du lien social des résidents, seul le CHU de Lille n'a pas indiqué proposer cette activité.

Outre les équipes des UHR (décrites ci-après), divers acteurs interviennent pour assurer les activités proposées. Il s'agit notamment d'animateurs, de kinésithérapeutes ou de professeurs d'APA. De manière plus ponctuelle, les UHR font appel également à des orthophonistes et socio-esthéticiens.

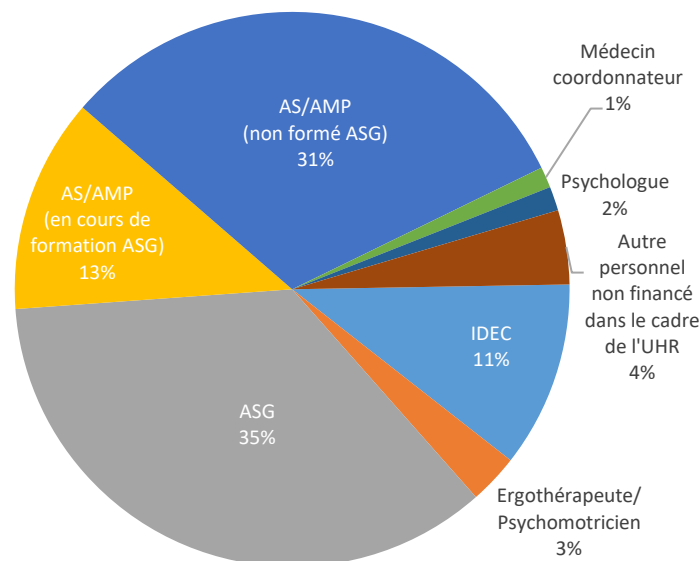
Personnel des UHR labellisées

L'enquête permet de disposer de quelques éléments sur le personnel mobilisé dans les UHR, en distinguant le personnel dédié aux soins et le personnel consacré à la dépendance. À ce titre, 19 UHR ont répondu au module de questions portant sur le personnel (19 sur le personnel dédié aux soins et 9 sur le personnel consacré à la dépendance).

Globalement, les 19 UHR ont fait remonter un total 193 ETP dédiés aux soins, soit 13,7 ETP pour 20 lits UHR (189 ETP soit 15,1 ETP pour 20 lits en 2016). Pour le personnel dédié à la dépendance, les UHR recensent 29 ETP soit 4,1 ETP pour 20 lits UHR (34 ETP soit 3,8 ETP pour 20 lits en 2016)⁵. Ces chiffres correspondent au personnel étant intervenu réellement dans les UHR en 2018.

⁵ Pour cette partie sur le personnel des UHR labellisées, les données 2018 ne sont pas comparées à celles observées en 2017 car elles ne portent pas sur le même périmètre.

Personnel réservé aux soins en UHR labellisées en 2018 (en ETP)



Champ : 19 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Les UHR mobilisent plusieurs types de professionnels dédiés aux soins. Les 19 UHR labellisées ayant renseigné la partie relative aux ressources humaines de l'enquête déclarent un total 193 ETP dédiés aux soins :

- 68,2 ETP d'ASG (43,2 en 2016),
- 60,5 ETP d'AS / AMP (non formés ASG ; 45,4 en 2016),
- 24,1 ETP d'AS / AMP (en cours de formation ASG ; 58,6 en 2016),
- 20,9 ETP d'IDEDEC (28,0 en 2016),
- 5,6 ETP d'ergothérapeute /psychomotricien (3,9 en 2016),
- 2,7 ETP de psychologue (0,9 en 2016),
- 2,4 ETP de médecin coordonnateur (3,2 en 2016),
- 8,3 ETP d'autres personnels non financés dans le cadre de l'UHR (ASH, cadre de santé ; 6,1 en 2016).

Le personnel consacré à la dépendance est presque exclusivement composé d'ASG et d'AS/AMP. Des psychologues, médecins coordonnateurs, IDEDEC et ASH peuvent également intervenir sur ce champ.

Les partenariats des UHR labellisées

Sur les UHR interrogées, 23 ont répondu aux questions portant sur les partenariats :

- 18 déclarent travailler avec une UCC,
- 15 déclarent travailler avec d'autres EHPAD,
- 22 déclarent travailler avec une consultation mémoire,
- 13 déclarent travailler avec un CMP,
- 20 déclarent travailler avec un service de psychiatrie,
- 19 déclarent travailler avec un CSG,
- 6 déclarent travailler avec d'autres partenaires (MAIA, Clic, associations).

Les partenariats des UHR labellisées en 2018

	UCC	Autres EHPAD	Consultation mémoire	CMP	Service de psychiatrie	CSG	Autres partenariats
CH de Château-Thierry	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CH de Saint-Quentin	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH d'Hazebrouck	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CHU de Lille	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non
GH Seclin Carvin	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
GH Loos Haubourdin	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CH de Tourcoing	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non
CHI Wasquehal	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non
CH Le Cateau Cambrésis	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH DE Douai	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non
CH de Somain	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Polyclinique de Grande-Synthe	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
CH Le Quesnoy	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non
CH de Valenciennes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Saint-Amand-les-Eaux	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CH de Beauvais	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CHI Compiègne-Noyon	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
CH de Béthune-Beuvry	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non
CH d'Arras	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non
CH d'Aire-sur-la-Lys	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Boulogne-sur-Mer	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
CH de Calais	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Lens	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
EHPAD Bully-les-Mines	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH du Ternois	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CHAM	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CHI de la Baie de Somme	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Oui
CH de Corbie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui

Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Mesure n°28 : Développement et diversification des structures de répit - les plateformes d'accompagnement et de répit

Présentation générale

De nombreuses études ont mis en évidence l'épuisement que peut entraîner pour les aidants l'accompagnement au quotidien d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer, ainsi que les effets négatifs sur leur santé, leur qualité de vie, mais également sur la poursuite d'une prise en charge à domicile.

C'est pour répondre à cette problématique d'épuisement des aidants que la mesure n°1 du Plan Alzheimer 2008-2012 a prévu une diversification des dispositifs de répit ainsi qu'une amélioration de l'accessibilité à ce type de dispositifs. Les plateformes d'accompagnement et de répit sont des formules innovantes car elles proposent, en complément de répit, des prestations de soutien, de conseil, d'éducation et d'information des aidants.

Le Plan Alzheimer précisait que les structures porteuses d'une PFR sont des accueils de jour disposant d'une capacité minimale de 10 places installées, le Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 réduit à 6 ce nombre.

En ciblant autant les aidants que les personnes malades et le couple aidant-aidé, les PFR interviennent sur un territoire plus large que celui de la structure porteuse et des activités peuvent être réalisées à l'extérieur de l'espace qui lui est dédié.

La mesure 28 du Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 vise à conforter et poursuivre le déploiement des PFR. Ce dispositif a beaucoup mobilisé les acteurs des territoires et l'évaluation qui en a été faite incite à privilégier à la fois la stabilisation du modèle et son développement dynamique.

L'instruction du 16 février 2018 rappelle les missions des PFR :

- répondre aux besoins d'information, d'écoute, de conseils et de relais des proches aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité ;
- participer au repérage des besoins des personnes : aidants et aidés ; proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple aidant-aidé et l'orienter vers une ressources adaptée au besoin si nécessaire ;
- être un interlocuteur des dispositifs d'appui à la coordination territoriale des parcours (CLIC, MAIA, CTA-PAERPA, PTA) ;
- être l'interlocuteur privilégié des médecins traitants chargés de suivre la santé des proches aidants et des patients et de repérer les personnes « à risque » ;
- offrir du temps libéré (aide se substituant à celle apportée par l'aidant / séparation de l'aidant et de l'aidé) ou accompagné (sans séparation / intégrant la dimension de « bon temps passé ensemble ») ;
- informer et soutenir les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant d'une maladie neuro-dégénérative ;
- favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et lutter contre le repli et la dépression du couple aidant-aidé.

Implantation des PFR

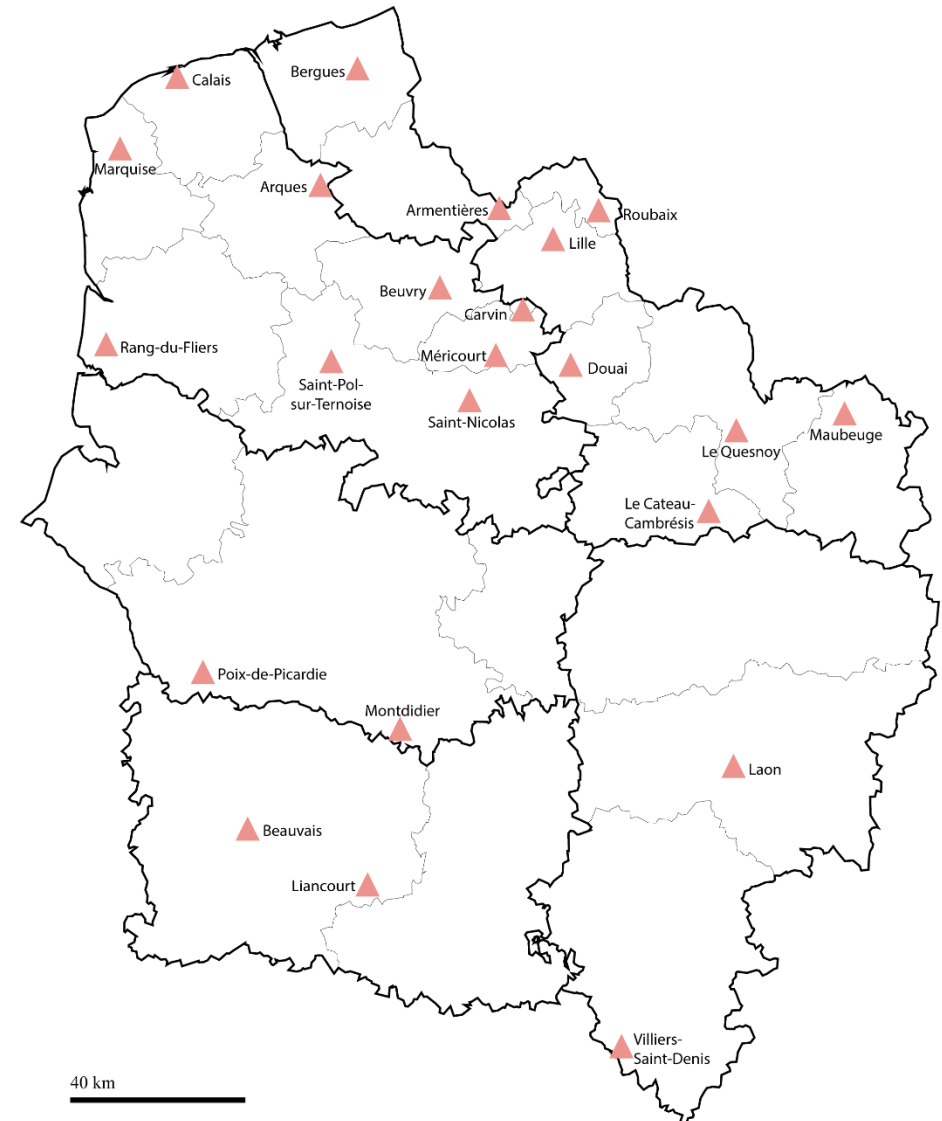
Dans l'ex-Nord – Pas-de-Calais, le déploiement des PFR a débuté en 2009 avec la création d'un site expérimental : la « Maison d'Aloïs » à Bergues. Ensuite, la généralisation de ce dispositif a commencé en 2011 lors de l'entrée dans le droit commun de la plateforme expérimentale et de la diffusion du cahier des charges. Ainsi 23 PFR sont autorisées fin 2018 dans les Hauts-de-France. Trois l'ont été en 2016 : la PFR de l'Arrageois située à Saint-Nicolas-lès-Arras, la PFR de Laon et la PFR de l'Audomarois située à Arques. Une autre PFR a été autorisée en 2017 (PFR du Calais portée par l'accueil de jour de l'EHPAD de la Roselière) et une en 2018 à Poix-de-Picardie, dans la Somme (EHPAD).

Au niveau géographique, les PFR ouvertes fin 2018 se répartissent ainsi :

- 2 dans l'Aisne,
- 8 dans le Nord,
- 2 dans l'Oise,
- 9 dans le Pas-de-Calais,
- 2 dans la Somme.

Fin 2018, les départements du Nord, du Pas-de-Calais, de la Somme et de l'Oise sont couverts par une PFR. En 2019, une 24^e PFR sera autorisée après appel à candidatures dans le nord de l'Aisne et permettra ainsi de finaliser la couverture territoriale régionale.

Implantation des PFR en 2018



Source : ARS – DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Analyse des données d'activité

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2018 des plateformes a été effectuée principalement à l'aide de deux outils : d'une part, l'enquête d'activité réalisée selon le modèle de la CNSA et, d'autre part, l'annexe 4 prévue par la circulaire du 30 juin 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer (mesure 1). L'ensemble des PFR en activité a transmis leurs données.

Ouverture des PFR

Sur les 23 PFR ayant déclaré une activité en 2018, 1 a démarré son activité en octobre 2018 et a assuré 13 semaines d'ouverture (Somme). Sur les 22 PFR ouvertes avant 2018, 16 ont assuré 52 semaines d'ouverture sur l'année 2018 (7 dans le département du Nord, 6 dans le Pas-de-Calais, 2 dans l'Aisne et 1 dans l'Oise), 2 ont été ouvertes 51 semaines (1 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais), 2 ont été ouvertes 47 semaines (1 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme) et 1 du Pas-de-Calais a été ouverte 46 semaines. Une structure n'a pas indiqué le nombre de semaines d'ouverture (Oise).

Ainsi, au total, les PFR ont assuré 1 087 semaines d'ouverture aux usagers en 2018. En comparaison, en 2017, les 22 PFR avaient assuré 1 116 semaines d'ouverture (1 032 en 2016). À périmètre constant, cela équivaut à une stagnation des semaines d'ouverture.

Sur les 23 PFR ayant déclaré une activité en 2018, 10 ont mis en place avec leurs partenaires un système de transport pour faciliter l'accès aux prestations des aidants isolés et sans moyen de locomotion (8 sur 22 en 2017 et 6 sur 21 en 2016) : 3 dans le Nord, 4 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise et 1 dans la Somme.

File active

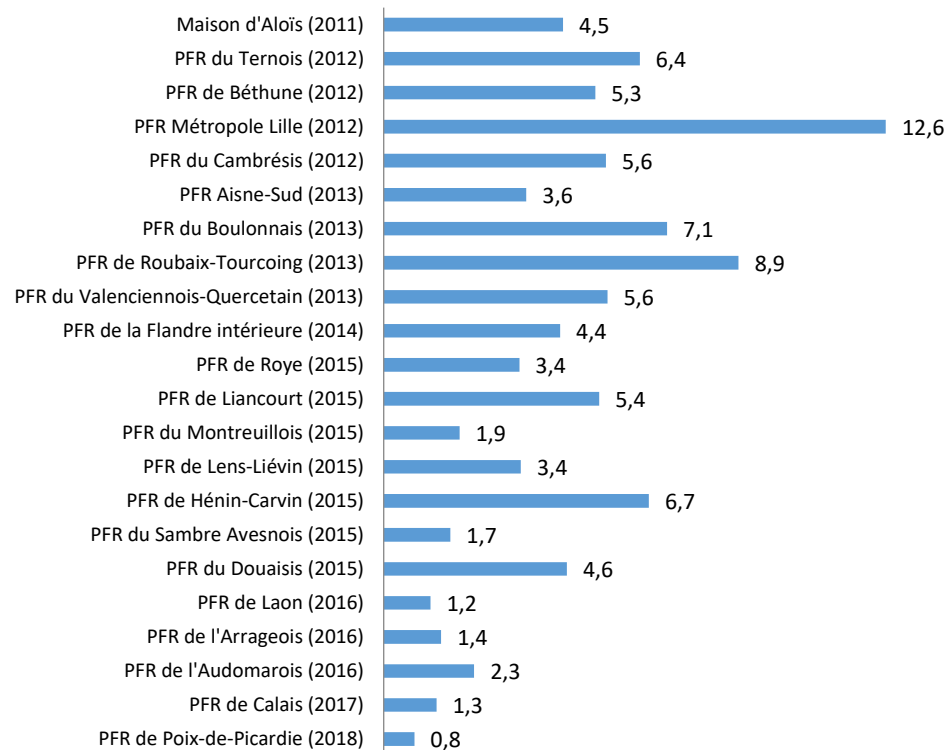
En 2018, **5 152 aidants ont contacté l'une des 23 PFR**, soit 8 % de plus qu'en 2017 (année au cours de laquelle 1 PFR a débuté son activité). Logiquement, au vu du nombre de PFR par département, le nombre d'aidants est plus important dans le Nord (48 % des aidants ayant contacté les PFR des Hauts-de-France) et le Pas-de-Calais (35 %). Dans les départements de l'ex-Picardie, l'Oise regroupe 8 % des aidants des Hauts-de-France, l'Aisne 5 % et la Somme 3 %.

Les moyens de contact les plus utilisés sont l'accueil téléphonique (42 % des contacts) et physique (36 % des contacts). Les visites à domicile représentent 13 % des contacts, les lieux neutres 4 % et les autres moyens (contacts par mail), 6 %. Par département, l'accueil téléphonique est privilégié dans le Pas-de-Calais (45 % des contacts), l'Aisne (56 %) et la Somme (72 %). Les aidants du Nord se tournent davantage vers le contact physique (59 %) tandis que ceux de l'Oise privilégient les visites à domicile (52 %).

Le nombre moyen d'aidants contactant une PFR chaque semaine est de 4,6⁶ en 2018 (4,3 en 2017 et 3,2 en 2016). Cet indicateur est plus élevé dans le Nord (6,0 aidants par semaine), l'Oise (5,4) et le Pas-de-Calais (4,0). La Somme (2,8) et l'Aisne (2,4) viennent ensuite.

Il existe une très grande disparité du nombre d'aidants ayant pris contact avec l'une des PFR, allant de moins de 1 aidant par semaine pour la PFR de Poix-de-Picardie (qui a débuté son activité en 2018) à plus de 12 pour la Maison des Aidants de Lille. La densité de population couverte est variable d'une PFR à l'autre, ce qui peut expliquer ceci.

Nombre moyen d'aidants ayant pris contact avec une PFR par semaine d'ouverture en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

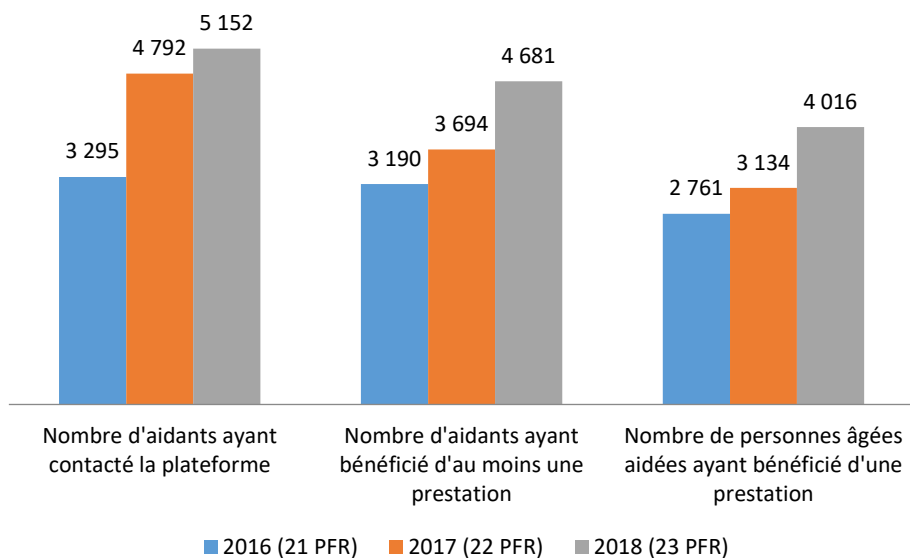
Champ : 5 152 aidants

⁶ Une PFR n'a pas déclaré le nombre de semaines et n'a pas été prise en compte pour le calcul de cet indicateur.

Sur les **5 152 aidants ayant pris contact** avec une des 23 PFR, **4 681 aidants ont bénéficié d'au moins une prestation** (soit 91 %) et **4 016 personnes aidées** ont au moins un aidant ayant bénéficié d'une prestation.

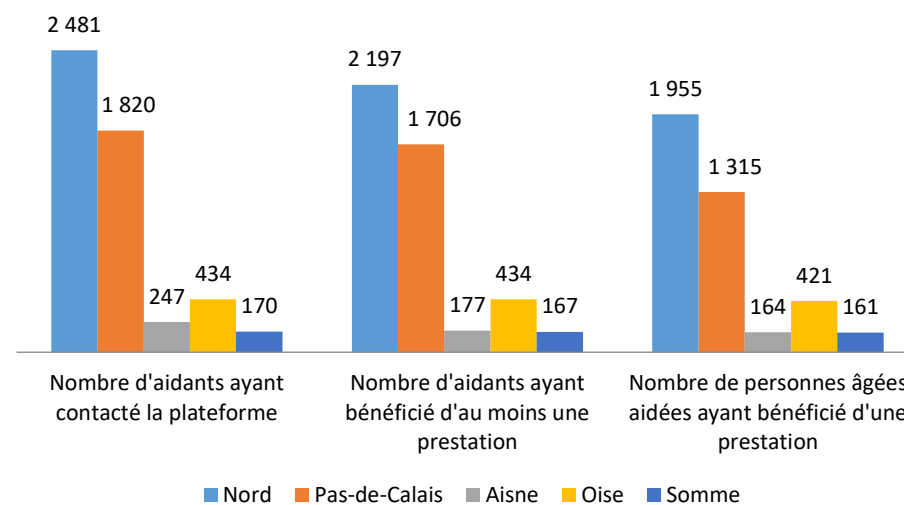
En 2017, 4 792 aidants avaient contacté une PFR et 3 694 avaient bénéficié d'au moins une prestation (respectivement 3 190 et 2 761 en 2016).

Nombre d'aidants et d'aidés ayant bénéficié d'une prestation d'une PFR en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Nombre d'aidants et d'aidés ayant bénéficié d'une prestation d'une PFR en 2018, par département



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

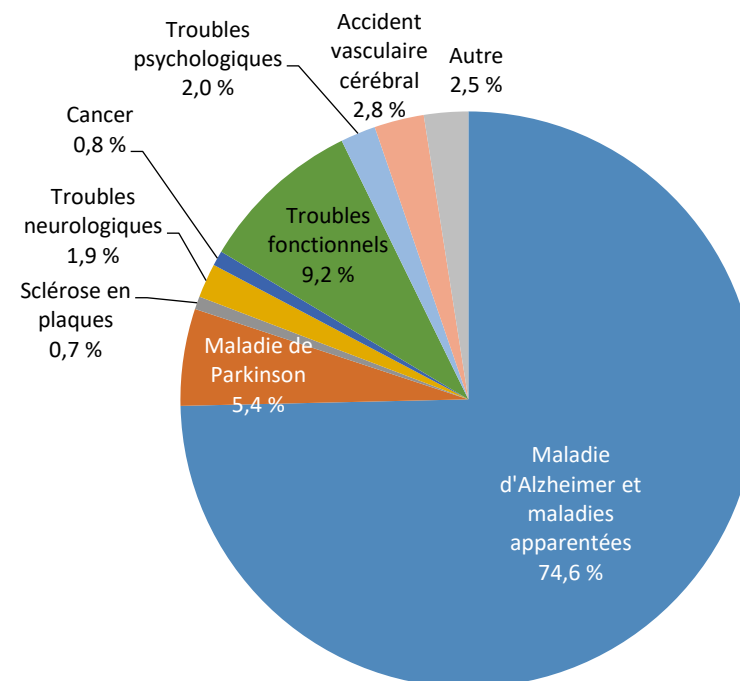
Champ : 23 PFR

En 2018, est comptée 1,3 aidant pour une personne aidée. Ce chiffre a légèrement baissé par rapport à 2017 (1,5) alors qu'il était en augmentation par rapport aux années précédentes (1,1 aidant par personne aidée en 2016, 1,3 en 2014, 1,2 en 2013). Le département de l'Aisne (1,5 aidant pour une personne aidée) devance le Pas-de-Calais (1,4), le Nord (1,3), la Somme (1,1), et l'Oise (1,0).

Profil des aidés

En 2018, parmi les 4 016 personnes aidées dont l'information est connue, 75 % sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ou de troubles cognitifs (75 % atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées en 2017, 80 % en 2016). La perte d'autonomie fonctionnelle concerne 9,2 % des personnes aidées (12 % en 2017, 9 % en 2016 et 2015, 10 % en 2014 et 9 % en 2013).

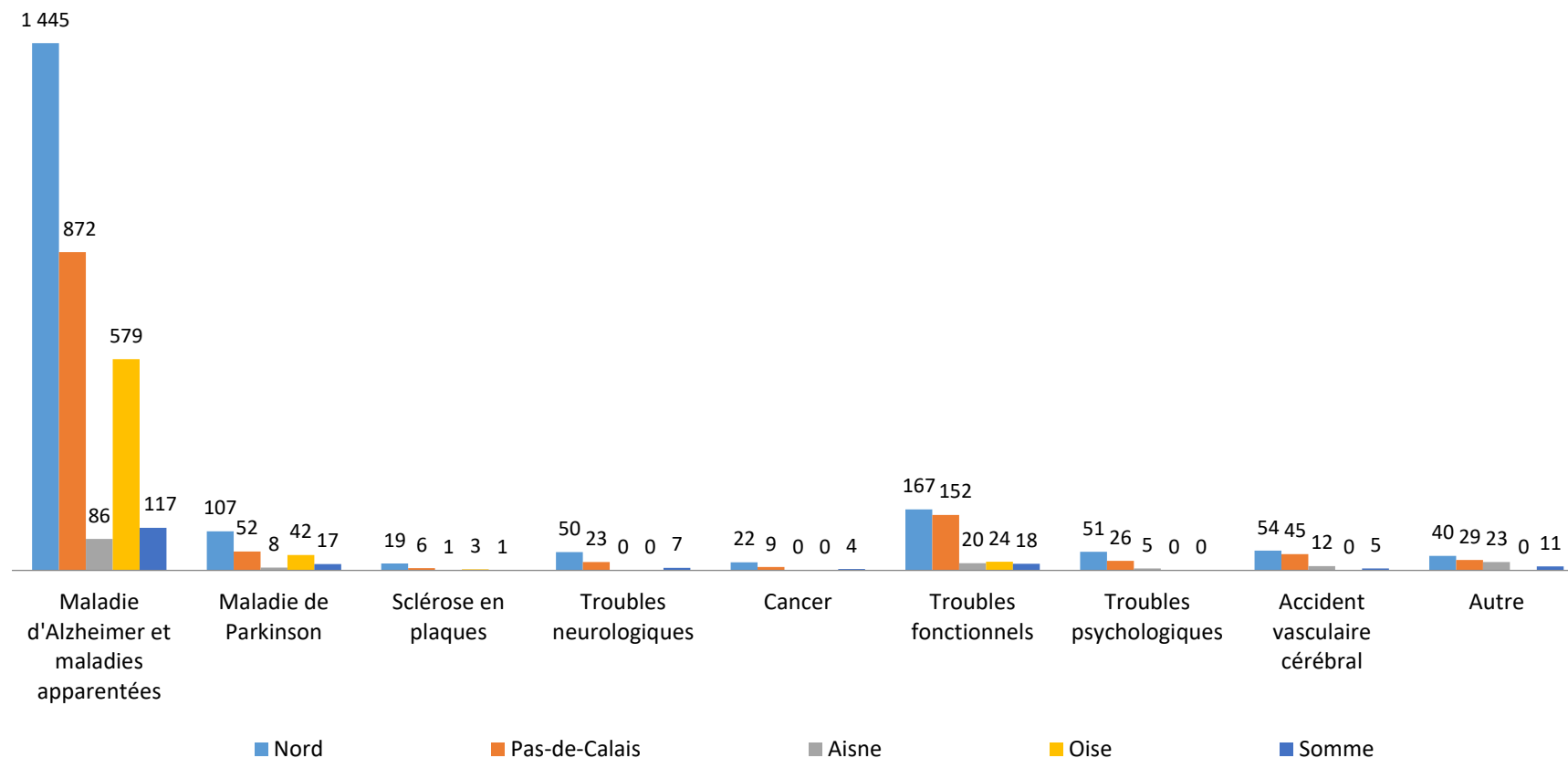
Enfin, les autres situations (Parkinson, sclérose en plaques, troubles neurologiques et psychologiques, cancer et autres pathologies) concernent 16 % des personnes aidées (11 % en 2017, 9 % en 2016, 8 % en 2015, 7 % en 2013 et 2014).

Profils des aidés en fonction de leur pathologie en 2018

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 4 152 aidants

Profils des aidés en fonction de leur pathologie en 2018, par département (nombre)



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 4 152 aidants

La maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées) et les troubles cognitifs constituent la pathologie des personnes aidées la plus représentée dans les cinq départements des Hauts-de-France (de 55 % des personnes dans l'Aisne à 89 % dans l'Oise). L'Aisne compte davantage de troubles fonctionnels (13 %, comme dans le Pas-de-Calais) et d'accidents vasculaires cérébraux (8 %) que les autres départements. Les troubles neurologiques sont présents dans la Somme (4 % des aidés), le Nord (3 %) et le Pas-de-Calais (2 %).

Profil des aidants

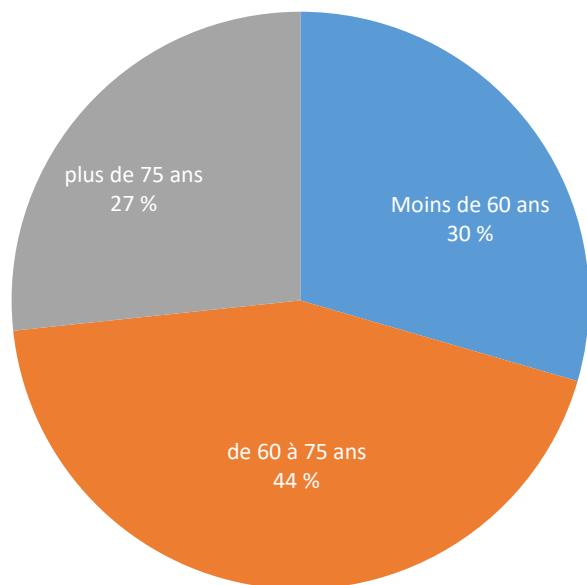
La répartition par classe d'âges des aidants est proche en 2018 aux années précédentes : 30 % des aidants ont moins de 60 ans (29 % en 2017, 31 % en 2016), 44 % des aidants ont entre 60 et 75 ans (comme en 2017, 42 % en 2016), 27 % ont plus de 75 ans (comme en 2017 et 2016).

Les aidants de l'Oise et la Somme sont proportionnellement plus nombreux à avoir plus de 75 ans (respectivement 31 % et 35 % des aidants), tandis que ceux de l'Aisne sont 73 % à avoir entre 60 et 75 ans.

L'aidant est à quelques exceptions près (amis, voisins) presque toujours un membre de la famille de la personne aidée. Dans la moitié des cas, l'aidant est le conjoint de la personne aidée (53 % ; 52 % en 2017). Les enfants représentent 40 % des aidants (42 % en 2017), les petits-enfants jouent un rôle anecdotique (1 % des aidants, comme en 2017). Les autres membres de la famille (frères et sœurs, beaux-enfants, neveux et nièces), voisins et amis représentent 6 % des aidants (5 % en 2017). Ces chiffres restent stables par rapport aux observations de 2017.

Dans le Pas-de-Calais, les conjoints et enfants de la personne aidée sont dans des proportions similaires (respectivement 46 % et 48 %). Dans l'Aisne, ceci se répartit entre les conjoints (38 %), les enfants (36 %) et les autres liens (fratrie, ami, voisin : 26 %). Dans l'Oise, les conjoints représentent 76 % des aidants.

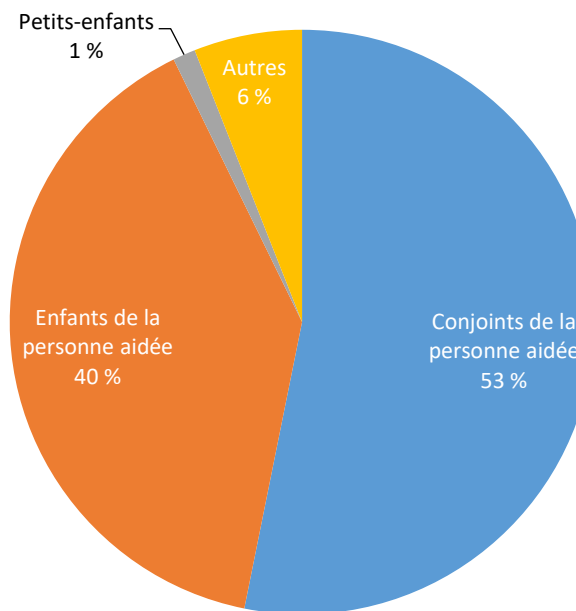
Répartition des aidants par groupe d'âges en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 4 236 aidants

Lien familial entre l'aidant et l'aidé en 2018



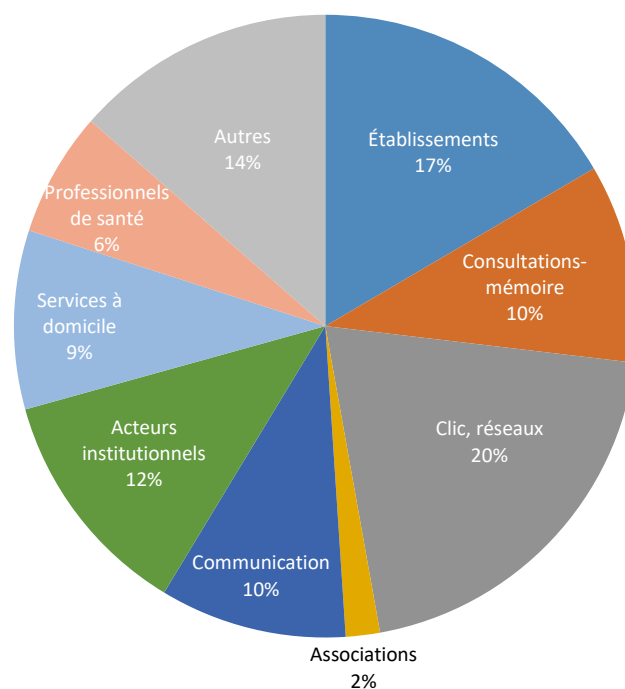
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 4 642 aidants

Orientation des aidants

Les aidants sont orientés vers les PFR par différents acteurs. Les établissements (EHPAD, centres hospitaliers, ...) sont à l'origine de 17 % des orientations vers les PFR. Les Clic et réseaux gérontologiques orientent 20 % des aidants. De plus, 12 % des orientations sont issues des acteurs institutionnels (conseils départementaux, CCAS, caisses de retraite...) et 9 % des services à domicile. Le bouche-à-oreilles et les actions menées auprès du grand public (rassemblé sous le terme « Communication » dans le graphique ci-dessous) constituent 10 % des orientations vers les PFR, tout comme les consultations-mémoire. Enfin, les professionnels de santé (libéraux) sont à l'origine de 6 % des orientations des aidants vers les PFR et les associations d'usagers et de familles, 2 %.

En 2017, la répartition était différente. Les établissements avaient une part plus importante des orientations (28 %), tout comme les associations (11 %) et les professionnels de santé (11 %). Les consultations mémoire (8 %), les Clic et réseaux gérontologiques (12 %), la communication (8 %), les acteurs institutionnels (9 %) et les services à domicile (6 %) étaient en revanche moins présents dans les orientations qu'en 2018.

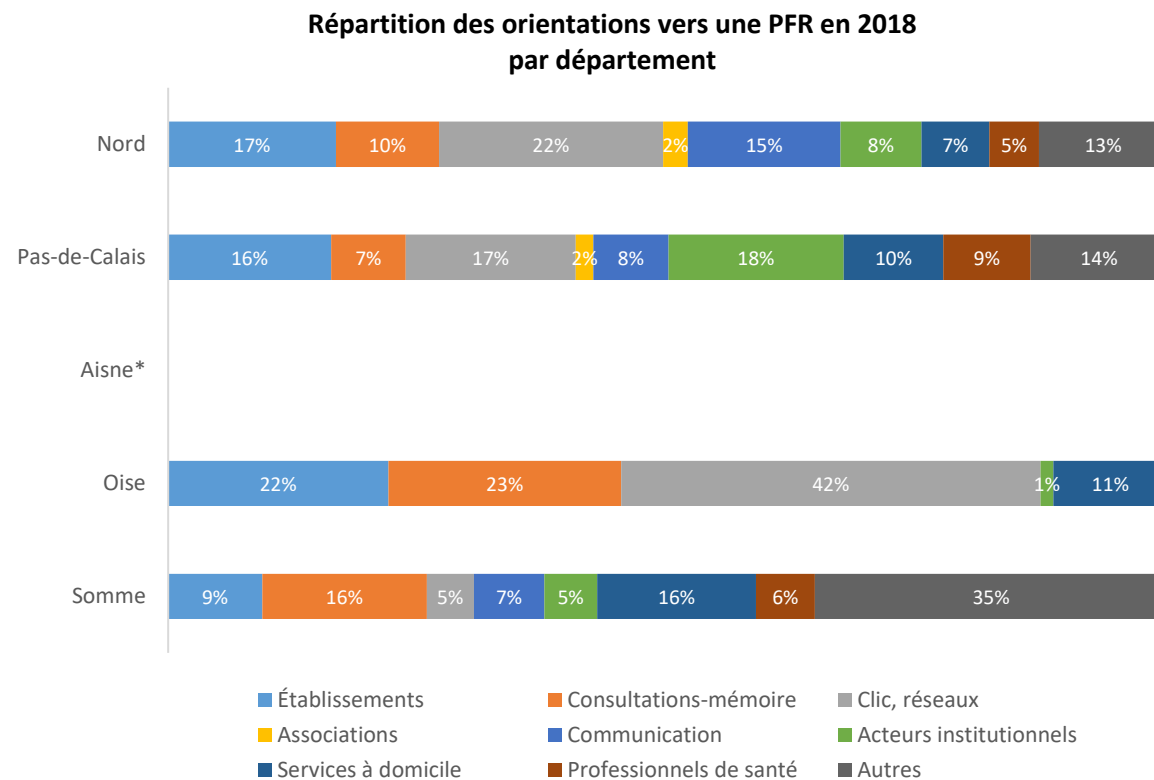
Répartition des orientations vers une PFR en 2018

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 2 876 aidants en 2018

Globalement, les différents partenaires du territoire (Clic, consultations mémoire, accueils de jour, Esa, France Alzheimer, réseaux, EHPAD, Ssiad, MAIA, autres PFR...) sont à l'origine de plus des deux tiers des orientations des aidants vers les PFR.

Dans le Nord, les orientations les plus fréquentes viennent des Clic et réseaux gérontologiques (22 %), tout comme dans le Pas-de-Calais (17 % ; avec les acteurs institutionnels, 18 %) et l'Oise (42 %). Dans la Somme, les consultations mémoire (16 %) et les services à domicile (16 %) sont majoritaires dans les orientations.



* Les PFR de l'Aisne n'ont pas précisé les acteurs orientant les aidants.

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 2 876 aidants

Prestations réalisées par les PFR

Actions d'écoute et de soutien

Accueil téléphonique

Sur les 23 PFR ayant déclaré une activité en 2018, 22 ont mis en place une permanence téléphonique. Pour 14 plateformes, l'amplitude horaire est plus large que celle de l'accueil de jour (6 PFR du Nord, 5 du Pas-de-Calais, 1 de l'Aisne, 1 de l'Oise et 1 de la Somme) tandis que pour 7 plateformes, les horaires de permanence téléphoniques sont les mêmes que l'accueil de jour (1 dans le Nord, 4 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne et 1 dans la Somme). Une PFR du Nord a spécifié un horaire moins large que celui de l'accueil de jour.

En 2018, 3 619 aidants ont ainsi bénéficié de cet accueil téléphonique par 22 des 23 PFR dans la région (à noter que, parmi les 22 PFR mentionnées, quatre n'ont pas précisé le nombre d'aidants bénéficiaires). L'enquête portant sur l'activité 2017 mentionnait près de 2 600 aidants ayant bénéficié d'un accueil téléphonique (1 900 en 2016).

Rencontres individualisées

Une seule PFR n'a pas réalisé de rencontres individualisées avec des aidants. Pour les 22 autres, ces rencontres ont eu lieu soit à la plateforme soit au domicile de l'aidant. En 2018, 5 393 rencontres individualisées ont été réalisées par les PFR, concernant 2 879 aidants. En 2017, les PFR de la région avaient enregistré 5 043 rencontres individualisées menées auprès de 2 422 aidants (respectivement 4 262 et 1 950 en 2016). Autrement dit, le nombre de rencontres individualisées a augmenté de +7 % entre 2017 et 2018 (mais deux structures n'ont pas renseigné l'indicateur en 2018 ; +18 % entre 2016 et 2017) et le nombre d'aidants ayant bénéficié de ce type de prestation a augmenté de 19 % (+24 % entre 2016 et 2017).

En 2018, le nombre moyen de rencontres individualisées par aidant, pour les structures ayant renseigné les deux items (20 PFR), est de 2,2 (2,1 en 2017, 2,2 en 2016). Seule la Somme est proche d'1 rencontre par aidant (0,9), mais cet indicateur ne concerne qu'une PFR (la seconde n'a pas indiqué le nombre de rencontres). Les autres départements atteignent ou dépassent les 2 rencontres par aidant : 2,0 dans le Nord et le Pas-de-Calais (une PFR n'a pas indiqué le nombre de rencontres), 2,3 dans l'Aisne et 2,8 dans l'Oise.

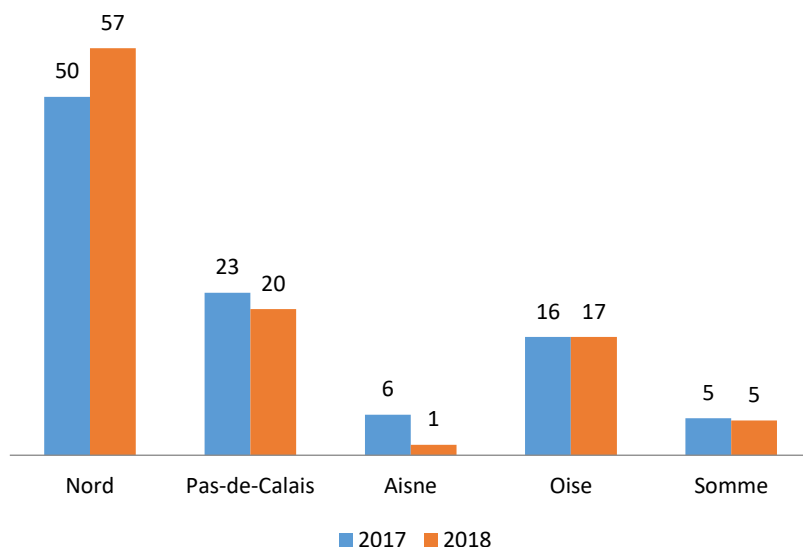
En 2018, chaque semaine d'activité a généré 5,1 rencontres individualisées pour les 19 PFR ayant rempli l'ensemble des données (4,5 en 2017 et 4,1 en 2016) : de 0,7 dans une PFR de la Somme à 22,7 dans celles de l'Oise. L'Aisne (3,0 rencontres individualisées par semaine), le Pas-de-Calais (4,0) et le Nord (5,5) sont dans des positions intermédiaires.

Actions collectives

En 2018, 17 des 23 PFR ayant déclaré une activité ont organisé **206 groupes de parole** ayant mobilisé **590 aidants**¹ (contre 194 groupes pour 385 aidants en 2017 et 141 groupes pour 262 aidants en 2016). Un peu plus de la moitié des groupes de parole de la région se tiennent dans le Nord (57 % des groupes de parole, représentant 67 % des aidants ayant bénéficié de ces groupes). Le Pas-de-Calais (20 %) et l'Oise (17 %) viennent ensuite. La Somme et l'Aisne représentent respectivement 5 % et 1 % des groupes de parole.

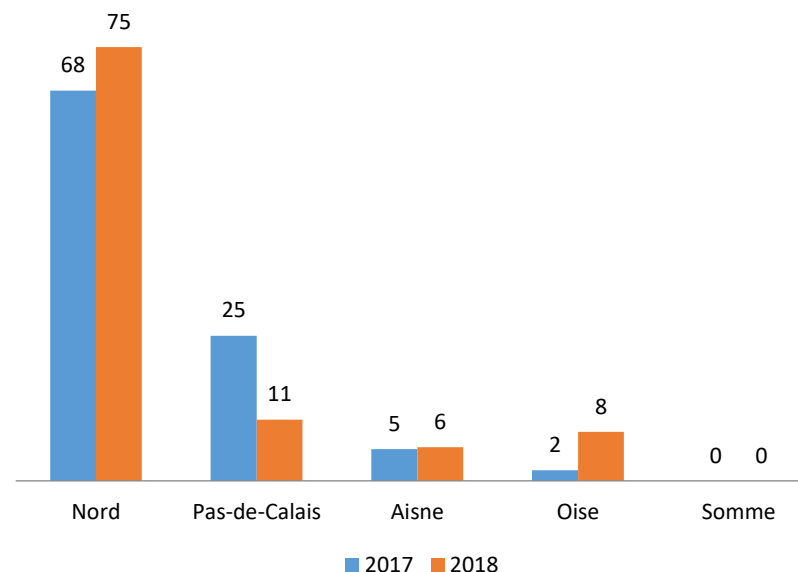
En 2018, 13 des 23 PFR ont organisé des réunions de groupe de type « **café des aidants** ». Au total, **189 réunions** ont ainsi été organisées et **440 aidants**⁷ y ont participé (219 réunions pour 295 aidants en 2017 et 217 réunions pour 376 aidants en 2016). Les trois quarts de ces réunions se situent dans le Nord (75 % des réunions, soit 66 % des aidants des Hauts-de-France ayant bénéficié de ces réunions). La Somme n'a pas organisé de réunion de type « café des aidants » en 2018, contrairement au Pas-de-Calais (11 réunions), à l'Oise (8) et à l'Aisne (6).

Répartition des groupes de parole par département en 2017 et 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S
 Champ : 194 groupes de parole en 2017, 206 en 2018

Répartition des réunions de type café des aidants par département en 2017 et 2018



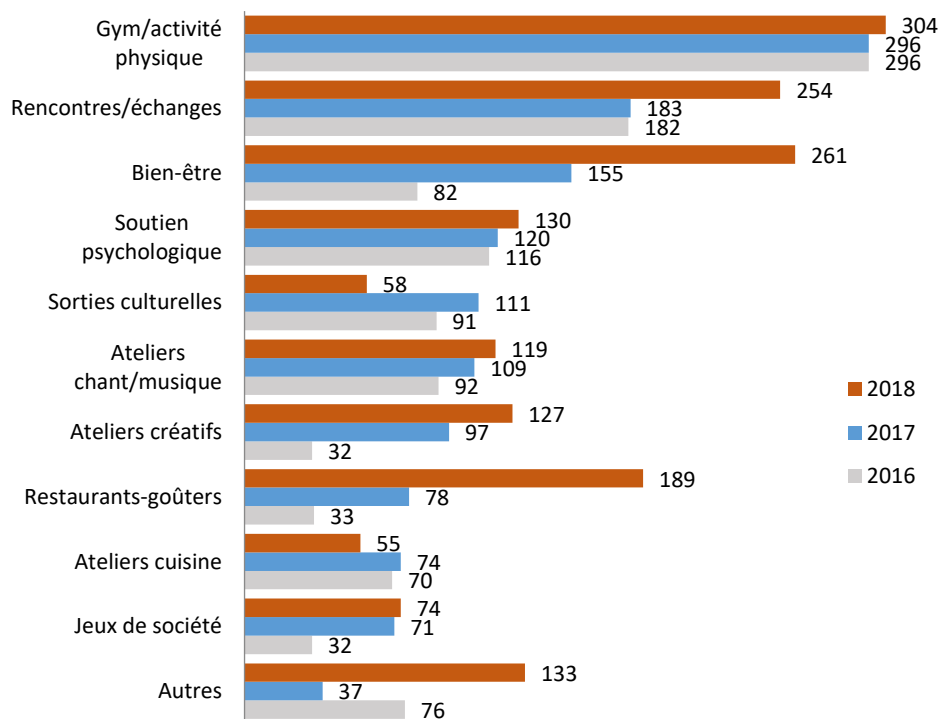
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S
 Champ : 219 réunions en 2017, 189 en 2018

⁷ N.B. : un aidant peut participer à plusieurs groupes.

Actions auprès du couple aidant-aidé

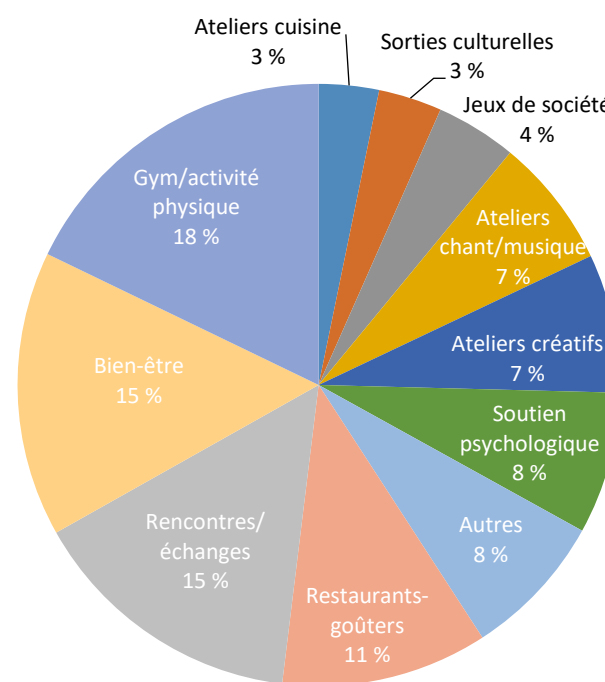
En 2018, 21 des 23 PFR en activité de la région ont proposé des actions pour le couple aidant-aidé ; **1 704 actions** ont ainsi été organisées et **2 628 aidants** y ont participé (1 331 actions pour 2 539 aidants en 2017 et 1 102 actions pour 1 953 aidants en 2016). Les actions portant sur l'activité physique et le bien-être (relaxation, sophrologie...) représentent à elles seules un tiers des actions auprès du couple aidant-aidé. D'autres actions prennent la forme d'ateliers : chant/musique (7 % des actions), ateliers créatifs (7 %), jeux de société (4 %), cuisine (3 %) ou peuvent se formaliser par des temps de rencontres et d'échanges (15 % des actions), des sorties au restaurant / goûters (11 %), des sorties culturelles (3 %).

Les différents types d'action par thématique auprès du couple aidant-aidé en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S
 Champ : 1 102 actions en 2016, 1 331 en 2017 et 1 704 en 2018

Répartition des actions par thématique en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 1 704 actions

Dans le Nord, les 8 PFR ont proposé 952 actions pour le couple aidant-aidé en 2018 : principalement des restaurants (17 %), des activités physiques (16 %), des activités bien-être (13 %), du soutien psychologique (12 %) et des rencontres – échanges (12 %). Huit des neuf PFR du Pas-de-Calais ont proposé ces prestations (561 actions), dont 24 % pour des activités physiques, 23 % pour des activités bien-être, 18 % de rencontres – échanges.

Les 2 PFR de l'Aisne ont proposé 42 actions en 2018 dont 45 % d'ateliers chant – musique, 21 % d'échanges – rencontres, 14 % d'ateliers cuisine et 14 % de sorties culturelles. Dans l'Oise, les 2 PFR ont mis en place 90 actions aidant – aidé : 24 % d'ateliers créatifs, 20 % d'échanges – rencontres, 18 % de jeux de société, 12 % d'activités bien-être. Enfin, 1 des 2 PFR de la Somme a organisé 59 actions, dont 27 % d'échanges – rencontres, 27 % d'activités physiques, 17 % d'ateliers créatifs.

Répartition des actions par thématique et par département en 2018 (en%)

	Nord	Pas-de-Calais	Aisne	Oise	Somme
Ateliers créatifs	5	8	0	24	17
Jeux de société	4	2	5	18	0
Restaurants/goûters	17	4	0	6	0
Ateliers cuisine	3	4	14	0	0
Bien-être	13	23	0	12	0
Sorties culturelles	3	2	14	10	0
Atelier chant/musique	7	6	45	0	0
Soutien psychologique	13	0	0	9	3
Rencontres/échanges	12	18	21	20	27
Gym/activité physique	16	24	0	0	27
Autres	8	7	0	1	25
Total	100	100	100	100	100

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 1 704 actions

Actions de répit à domicile

Les actions de répit à domicile mises en œuvre par les PFR sont des prestations dont la durée se limite à quelques heures et lors desquelles un ou plusieurs professionnels interviennent pour assurer l'accompagnement de la personne aidée durant l'absence temporaire de l'aidant principal.

En 2018, 15 plateformes ont mis en œuvre des actions de répit à domicile (16 en 2017, 12 en 2016). Ce type d'action a bénéficié à **495 aidants** (360 aidants en 2017, 463 en 2016, 282 en 2015, 141 en 2014) pour une **durée totale de 1 757 jours** (1 650 en 2017, un peu plus de 1 300 en 2016, 218 jours en 2015). Le nombre de jours de répit moyen accordé par aidant est de 3,5 (4,6 en 2017, 2,8 en 2016, 0,8 jour en 2015 et 1,4 jour en 2014).

Cependant, tous les aidants ayant sollicité cette prestation n'ont pas pu en bénéficier. En 2018, sur les 15 PFR ayant assuré des actions de répit à domicile, 9 ont pu honorer l'ensemble des demandes qui leur a été adressé : 2 des 6 PFR du Nord ayant mis en place des actions de répit, 3 des 5 PFR du Pas-de-Calais, la PFR de l'Aisne, les 2 PFR de l'Oise et la PFR de la Somme.

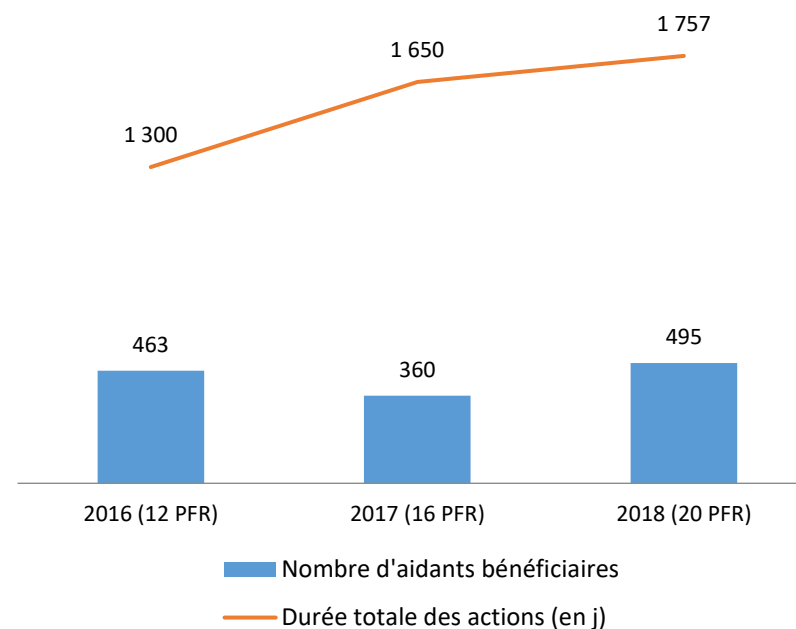
De plus, 2 PFR du Pas-de-Calais n'ayant pas mis en œuvre ce type d'action en 2017 ont recensé **86 aidants en demande**, demandes que ces plateformes n'ont pas pu prendre en charge du fait qu'elles ne proposaient pas encore cette prestation (parfois par manque de moyens humains et matériels).

Autres actions

En 2018, 20 des 23 PFR de la région ont organisé 1 827 autres actions auxquelles ont participé 2 351 aidants (1 869 actions pour 2 627 aidants en 2017, 712 actions pour 1 674 aidants en 2016, 248 actions pour 519 aidants en 2015, 60 actions pour 259 aidants en 2014). Ces « autres actions » ont porté notamment sur le suivi et l'accompagnement des aidants (26 %, dont le soutien psychologique), le bien-être (19 % des actions), l'activité physique (5 %), les ateliers cuisine, jeux, musique, sorties (3 %). Les actions de formation/information représentent 6 % de ces autres actions, celles portant sur de la communication grand public (forums, journées thématiques) 3 %.

Des activités liées à l'organisation interne des PFR (traitements des dossiers, envoi de courriers personnalisés, orientations, évaluations) sont comptabilisées par certaines PFR et comptent pour 39 % des activités totales. Les permanences comptent pour 14 % des actions, et les haltes répit ou séjours pour 8 %.

Nombre d'aidants bénéficiaires d'action de répit à domicile



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Les 8 PFR du Nord proposent d'autres actions aux aidants, dont 17 % d'activités bien-être et 13 % de formation/information. Les activités liées à l'organisation interne de la PFR représentent 45 % des activités totales.

Parmi les 7 PFR sur les 9 du Pas-de-Calais proposant d'autres actions, celles relatives à l'organisation interne (permanence, orientations, évaluation, administratif) sont également prépondérantes (58 % de l'activité). Les activités bien-être (24 %) et le suivi et l'accompagnement des aidants (8 %) viennent ensuite.

Dans l'Aisne et l'Oise, les 2 PFR proposent d'autres actions : pour 58 % des activités de bien-être dans l'Aisne (15 % de suivi et 15 % d'activités physiques), pour 78 % du suivi et de l'accompagnement dans l'Oise (21 % d'organisation interne).

Dans la Somme, cela concerne 1 PFR et 22 actions, dont 91 % concernent de la formation/information et 9 % de la communication grand public

Évaluation des prestations réalisées

En 2018, 16 des 23 PFR déclarent avoir mis en place un dispositif d'évaluation de leurs actions auprès des aidants : 7 dans le Nord, 6 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise et 1 dans la Somme. Elles étaient 15 à le déclarer en 2017 et 2016.

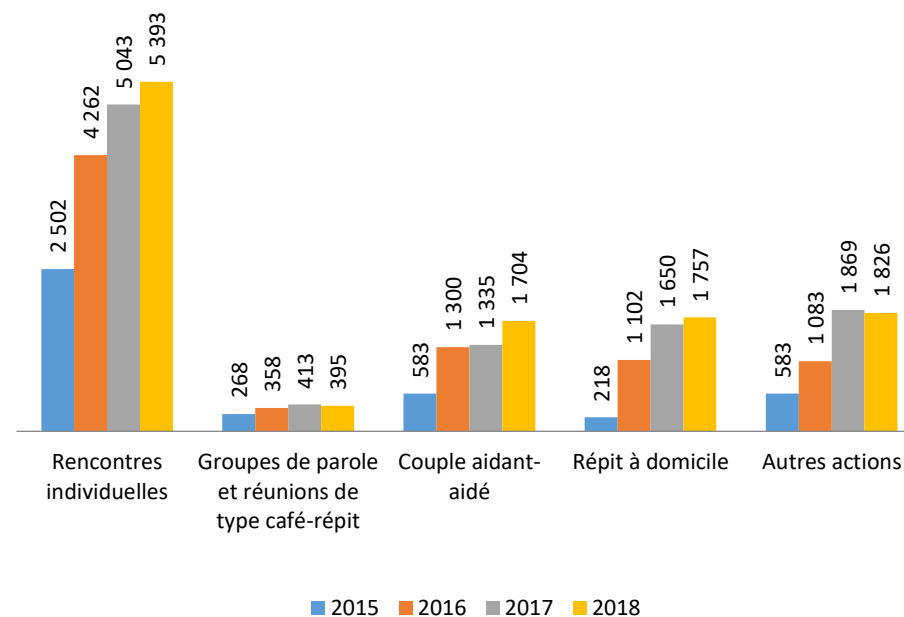
Listes d'attente

En 2018, en dehors des prestations de répit à domicile, 4 PFR déclarent avoir des listes d'attente pour les autres prestations proposées (elles étaient 8 en 2017) : 1 dans le Nord (Le Cateau-Cambrésis), 2 dans le Pas-de-Calais (Carvin et Marquise) et 1 dans l'Aisne (Laon).

Modalités de prise en charge pour faciliter la participation des aidants aux actions proposées

En 2018, 21 des 23 PFR de la région ont mis en place des modalités de prise en charge des personnes aidées pour permettre aux aidants de participer aux actions proposées (20 en 2017), 17 en leur permettant de fréquenter occasionnellement un accueil de jour (15 en 2017), 15 en proposant une prestation de répit à domicile (15 en 2017).

Nombre de prestations dans les PFR

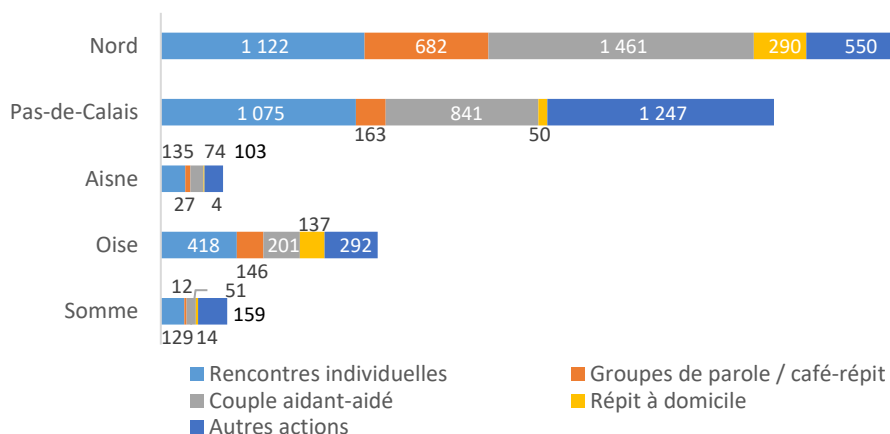


Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR25

En résumé, les 23 PFR des Hauts-de-France ont proposé en 2018 :

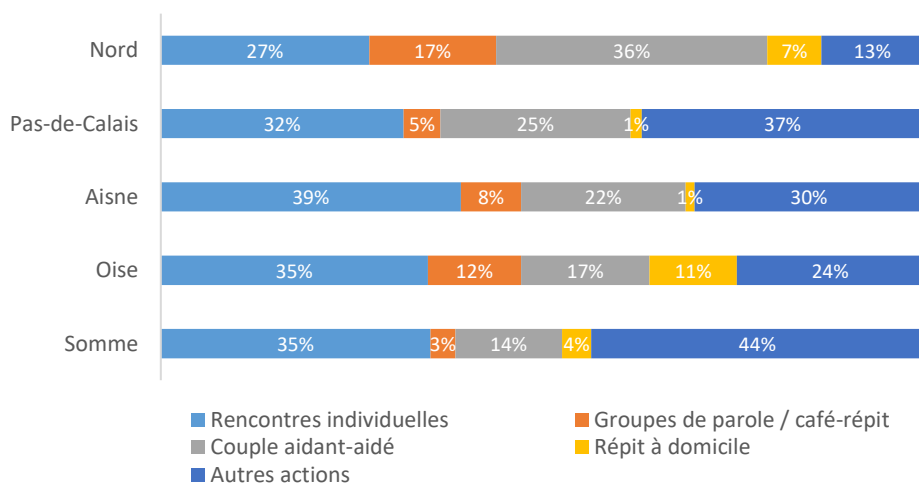
- 5 393 actions individuelles pour 2 879 aidants ;
- 395 groupes de parole et réunions de type café-répit pour 1 030 aidants ;
- 1 757 jours de répit à domicile pour 495 aidants ;
- 1 826 « autres actions » pour 2 351 aidants ;
- 1 704 actions auprès du couple aidant-aidé pour 2 628 aidants.

Nombre d'aidants concernés par type de prestations dans les PFR en 2018 par département



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Répartition des aidants par type de prestations dans les PFR en 2018 par département



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Prestations réalisées par d'autres associations

Afin de proposer aux aidants le plus grand nombre d'activités, les PFR recensent les actions mises en place par d'autres acteurs du territoire. L'ensemble des 23 PFR ayant déclaré une activité en 2018 s'appuie notamment sur des associations du territoire susceptibles de proposer des prestations supplémentaires :

- France Alzheimer pour les séjours de répit/vacances, certaines actions de formation, l'animation de certains temps de rencontre (groupes de parole, « café des aidants », « bistrot mémoire » ou d'ateliers artistiques) ;
- Centres Locaux d'information et de coordination gérontologique ;
- Équipes spécialisées Alzheimer à domicile ;
- Établissements de santé (consultations mémoire, court séjour, SSR, EHPAD, MAIA, accueils de jour) ;
- Associations qui sont à l'écoute des aidants en dehors des heures d'ouverture de la PFR (« Avec nos proches ») ;
- Associations d'aides à domicile (aide au soin du corps ou pour des aides de services divers, formation) ;
- Associations assurant les haltes-répits ou le répit à domicile (Alzheimer à domicile, Alzheimer chez soi, Interv'Alzheimer) ;
- Associations d'aides aux handicapés ;
- Association pour le maintien à domicile (aménagement de l'habitat) ;
- Professionnels de santé ;
- Institutionnels (CCAS, Conseil départemental, Udaf, caisses de retraite...) ;
- D'autres associations (France Parkinson, France AVC, SRISTF...) ou réseaux (G-SEP) peuvent également proposer des formations, des informations juridiques.

Les PFR communiquent aux aidants les coordonnées de ces associations. Elles peuvent également fournir à l'aidant les coordonnées de professionnels de santé, de services juridiques.

Lien avec l'accueil de jour

En 2018, 335 personnes aidées ont fréquenté l'accueil de jour suite au contact de l'aidant avec une plateforme, soit 8 % des personnes aidées (en 2017, 300 personnes aidées, soit 11 % de l'ensemble des personnes aidées ; respectivement 255 personnes et 9 % en 2016) : 9 % dans le Nord, 6 % dans le Pas-de-Calais, 17 % dans l'Aisne, 10 % dans l'Oise et 4 % dans la Somme.

Les personnes ayant fréquenté l'accueil de jour suite à un contact de l'aidant avec la PFR représentent un peu moins de la moitié des personnes prises en charge en accueil de jour (705 personnes aidées ont fréquenté un accueil de jour en 2018, 633 en 2017).

Personnel

En 2018, les 23 PFR ayant déclaré une activité ont disposé de 56,2 ETP (48,2 ETP en 2017, 45,2 en 2016) :

- 12,9 ETP d'IDE (13,9 ETP en 2017, 13,1 en 2016) ;
- 22,8 d'AMP/AS ou ASG (18,8 ETP en 2017, 19,3 en 2016) ;
- 14,8 ETP de psychologue (11,4 ETP en 2017, 10,0 en 2016) ;
- 5,8 ETP Autres⁸ (4,0 ETP en 2017, 2,8 en 2016).

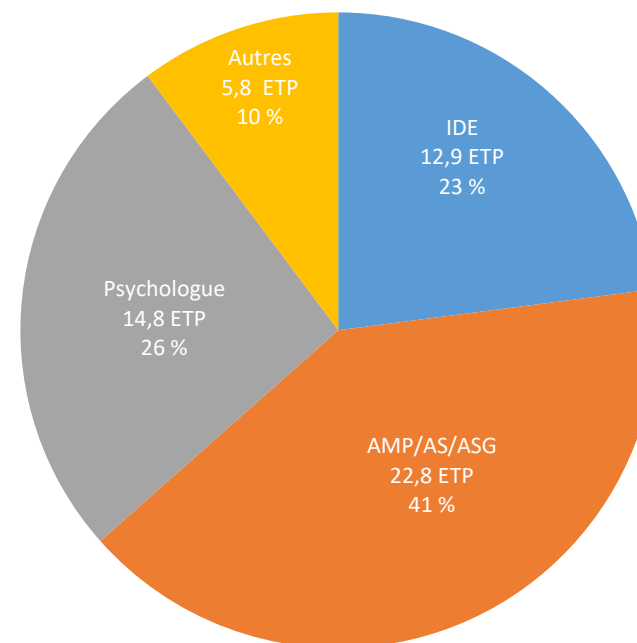
En moyenne, chaque PFR dispose de 2,4 ETP (2,2 en 2017 et 2016) :

- 0,6 ETP d'IDE (0,6 en 2017) ;
- 1,0 ETP d'AMP/AS ou ASG (0,9 en 2017) ;
- 0,6 ETP de psychologue (0,5 en 2017) ;
- 0,3 ETP Autres (0,2 en 2017).

Parmi les 23 PFR étudiées :

- 3 ne disposent ni d'AMP/AS, ni d'ASG (3 en 2017) : 2 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne ;
- 6 ne disposent pas d'un infirmier dans leur équipe (4 en 2017) : 1 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne, les 2 PFR de l'Oise et 1 dans la Somme ;
- 3 PFR du Pas-de-Calais ne disposent pas d'un psychologue dans leur équipe, dont une indique avoir recours à des vacances (3 en 2017).

Personnel des PFR



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 56,2 ETP

⁸ Administratif, cadres, assistant social, ergothérapeute, coordinateur, gériatre, diététicien.

Partenariat

En dehors des associations vers lesquelles les PFR orientent les usagers, les plateformes ont mis en place des partenariats avec d'autres acteurs :

- les associations d'usagers et de famille pour les 23 PFR ayant déclaré une activité en 2018 ;
- les établissements (22 PFR) ;
- les services à domicile (20 PFR) ;
- les Clic et réseaux gérontologiques (21 PFR).

De plus, d'autres partenariats avec des acteurs de leur territoire ont été mis en place par certaines PFR, comme par exemple des partenariats avec les MAIA, les consultations mémoire, les Esa, les CCAS, les caisses de retraite, l'ANCV, les pôles autonomie, les mairies, les centres sociaux, les communautés de communes ou encore avec d'autres PFR.

Insuffisance concernant l'offre sur le territoire

Les plateformes, étant donné leur place dans l'accompagnement des aidants et/ou du couple aidant-aidé, peuvent repérer les insuffisances concernant l'offre du territoire et peuvent ainsi proposer des améliorations pour étoffer l'offre et répondre aux besoins du territoire. En 2018, 22 PFR ont repéré des manques dans l'offre dédiée aux aidants proposée sur le territoire. Les manques suivants ont été soulevés :

- offre de répit à domicile, offre de répit de longue durée (10 PFR) ;
- manque de place et de places adaptées en accueil de jour (9 PFR) ;
- transport et moyens de locomotion (8 PFR) ;
- offre en accueil de jour pour les malades jeunes (6 PFR) et pour les personnes âgées en perte d'autonomie mais sans troubles cognitifs (6 PFR) ;
- offre en accueil de nuit (5 PFR) ;
- hébergement temporaire (4 PFR) ;
- lisibilité de l'offre de services pour l'aidant et les partenaires (4 PFR).

Plusieurs PFR soulignent le manque de solutions d'halte-répit de courte durée (6 PFR), de solution de répit à domicile supérieure à 1 journée ou 24h/24 de type baluchonnage et de séjours de répit.

De plus, d'autres manques ont été signalés mais moins fréquemment mentionnés comme le manque d'hébergement d'urgence (3 PFR) et l'absence de solution d'accueil d'urgence en cas d'hospitalisation de l'aidant (2 PFR).

L'insuffisance de solutions de transport pour l'aidant et/ou le couple aidant-aidé, surtout en milieu rural, peut être un frein dans la prise en charge par une plateforme d'aidants et/ou de couples aidant-aidé, et ainsi limiter l'augmentation de l'activité des plateformes. La prise en compte des difficultés d'ordre financier ou d'ordre professionnel de l'aidant sont également à étudier.

Les insuffisances concernant l'offre de territoire de l'accueil temporaire notamment pour les personnes en perte d'autonomie mais non atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée et pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ne se déplaçant plus. L'insuffisance d'hébergement temporaire en unité protégée, un besoin d'accueil temporaire plus souple (urgence, courtes périodes, halte répit) ont aussi été mentionnés.

Les PFR de Lille et Roubaix soumettent également l'idée de faire une campagne nationale pour faire prendre conscience aux aidants de leur statut et leur faire assimiler les messages de prévention qui leur sont destinés. Ces PFR évoquent aussi une plateforme numérique d'entraide sécurisée pour les aidants développée à titre expérimental sur la métropole lilloise et qui pourrait être étendue à d'autres plateformes, en mutualisant les équipes dédiées (plateforme SCALAA pour Solidarité citoyenne d'aide locale aux aidants). Une PFR ajoute que certains aidants refusent l'aide des professionnels extérieurs.

Les PFR ont fait part de certaines difficultés quant à leur fonctionnement, elles ont notamment souligné :

- la saturation du personnel dont la charge de travail augmente fortement (besoin de recrutement) et manque de psychologues dans certaines PFR ;
- le déficit d'image et de lisibilité de leur structure ;
- la nécessité de constituer un réseau de PFR afin de mutualiser des ressources, les outils de communication, etc. ;
- des territoires parfois vastes (beaucoup de trajets et difficultés à faire des actions sur l'ensemble du territoire) ;
- le temps administratif trop important ;
- le poste de coordonnateur peu reconnu et sans sécurité de poste (d'autant plus difficile quand le coordonnateur est sur plusieurs PFR) ;
- la mauvaise articulation de certaines politiques publiques.

Financement

En 2018, sur les 23 PFR, 17 déclarent avoir bénéficié de financements en dehors de la dotation de fonctionnement de l'ARS (12 en 2017, 7 sur 21 en 2016). Le conseil départemental du Nord est intervenu financièrement à hauteur de 40 000 € pour les 8 PFR de son département.

Une PFR du sud de la région a également bénéficié d'un financement conséquent d'un groupe de protection sociale (51 100 €).

L'ARS a également alloué des financements dans 14 PFR de la région allant de 540 € à 31 480 € dans le cadre de programme Interreg, de financements de formation, de counseling, de portes ouvertes...

Les autres financements relevés par les PFR sont d'un montant moindre : le conseil départemental du Nord à une PFR pour une action d'intérêt locale (500 €), le conseil départemental du Pas-de-Calais pour des prestations de yoga du rire (1 600 €), les aînés ruraux ont participé à hauteur de 1 700 € pour 1 PFR, la MSA a aidé 2 PFR (entre 6 900 € et 10 000 €). Des dons d'aidants ont intégré le financement d'1 PFR (1 000 €).

Le projet Scalaa de la PFR de Lille a mobilisé cinq financements de la part du conseil départemental du Nord (15 000 €), d'une banque (18 900 €), d'une entreprise (18 000 €), de la MSA (10 000 €) et de l'ARS (10 000 €).

En 2018, 18 des 23 PFR ont mis en place une participation financière modérée des usagers pour certaines prestations proposées (sorties, séjours de répit, activités sportives ou culturelles...).

Counseling

Présentation générale

Le *counseling* a pour objectif spécifique d'apporter, sur base volontaire, un soutien affectif aux aidants, d'améliorer leur dynamique familiale, de développer leurs compétences pour mieux gérer les troubles de comportements des aidés, d'améliorer leur estime de soi et d'adopter de nouvelles stratégies d'adaptation. Cette démarche participe à l'acceptation de l'entrée dans une démarche d'aide.

Il s'agit d'un accompagnement réalisé par un psychologue spécialisé dans le domaine des pathologies neuro-dégénératives. Ce professionnel est également spécifiquement formé à l'accompagnement des aidants proches. Ce suivi personnalisé se compose d'une ou de plusieurs séances. Le nombre et la fréquence de ces séances peuvent varier en fonction des besoins. Les consultations peuvent être individuelles ou familiales.

Les psychologues des plateformes d'accompagnement et de répit sont progressivement formées spécifiquement à cet accompagnement individualisé par le Pr Adam de l'Université de Liège dans le cadre du projet AP/réseau Service du programme Interreg à partir de 2017. Elles proposent désormais cette nouvelle prestation aux personnes qui s'occupent ou se sont occupées d'un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée : démence frontotemporale, démence à corps de Lewy...

Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 17 structures ayant effectué du *counseling* au cours de l'année 2018 (7 en 2017).

Les porteurs sont situés pour 8 d'entre eux dans le Nord (5 en 2017), pour 5 dans le Pas-de-Calais (2 en 2017) et pour la première année dans les trois départements de l'ex-Picardie : 1 dans l'Aisne, 2 dans l'Oise et 1 dans la Somme.

L'ARS a financé entre 1 et 5 counselings par structure au titre de l'appel à projet 2018 (entre 1 et 11 en ajoutant les actions reportées financées en 2017). Seul un porteur dans le Nord n'a pas été financé par l'ARS (Maubeuge).

Les structures ont mis en place 99 actions de *counseling* entre **décembre 2017 et avril 2019**, 54 dans le cadre de l'appel à projet 2018 et 45 dans le cadre de l'appel à projet 2017.

Sur cette même période : 4 porteurs ont réalisé 10 suivis d'aidants (3 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais), 1 en a réalisé 9 (dans le Nord), 2 en ont réalisés 8 (1 dans le Nord et 1 dans l'Oise), 1 en a réalisé 7 (Pas-de-Calais), 3 en ont réalisés 5 (1 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais et 1 dans l'Aisne), 2 en ont réalisés 3 (Nord), 2 en ont réalisés 2 (Oise et Somme), et 2 en ont réalisés 1 (Pas-de-Calais). Globalement, 99 aidants ont été accompagnés sur cette période : 58 dans le Nord, 24 dans le Pas-de-Calais, 5 dans l'Aisne, 10 dans l'Oise et 2 dans la Somme.

Analyse des données des bilans d'activité 2017

Les types de porteur

Sur les 17 structures ayant réalisé du *counseling*, la répartition est la suivante :

- 9 centres hospitaliers (PFR Flandre Intérieure, PFR Douaisis, Maison des aidants du Cambrésis, PFR Valenciennois Quercitain, PFR Le relais des aidants Béthune, Maison des Aidants d'Hénin-Carvin, CH Ternois, CHI Montdidier Roye, PFR Oise Ouest) ;
- 6 associations (PFR Sambre Avesnois, Maison des Aidants de l'Arrageois, PFR du Littoral Boulonnais, Maison d'Aloïs PFR Dunkerque Bergues, Maison des aidants Métropole Lille, Maison des aidants métropole Roubaix Tourcoing) ;
- 1 fondation (PFR de Villiers-Saint-Denis) ;
- 1 Ehpad public (PFR Oise Est).

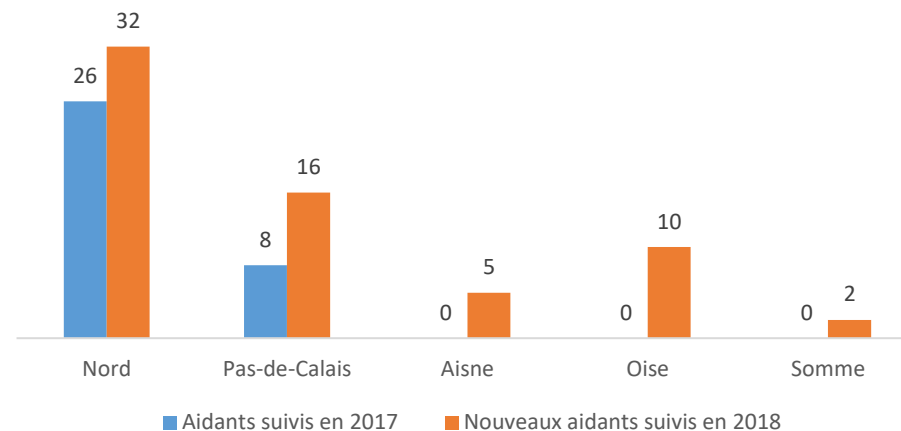
Données sur les séances de counseling

Au total, **99 aidants** ont participé aux **427 séances** de *counseling* déclarées dans les bilans 2018 (258 dans le Nord, 81 dans le Pas-de-Calais, 24 dans l'Aisne, 55 dans l'Oise et 9 dans la Somme). Parmi eux, 65 sont des nouveaux aidants suivis.

Les structures ont accueilli entre 1 et 10 aidants.

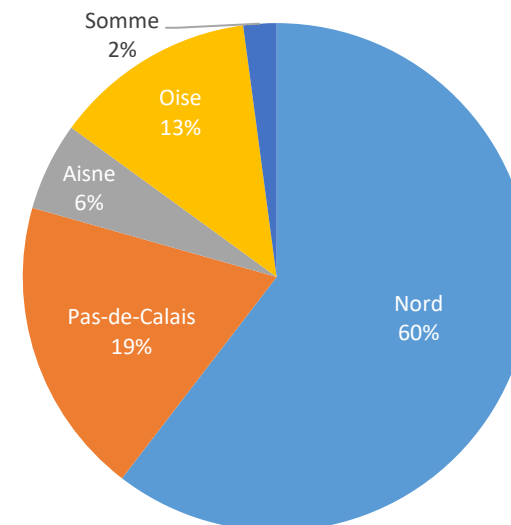
Les aidants ne participent pas aux mêmes nombres de séances. Ainsi, le nombre de séances de *counseling* par participant varie entre 2 et 8, avec une majorité de 5 et 6 séances par participant (la moitié des PFR).

Le Nord organise en moyenne 4,4 séances de *counseling* par aidant, le Pas-de-Calais 3,4, l'Aisne 4,8, l'Oise 5,5 et la Somme 4,5.

Nombre d'aidants suivis en *counseling* en 2017 et 2018

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 7 structures en 2017, 17 en 2018

Répartition des séances par département en 2018



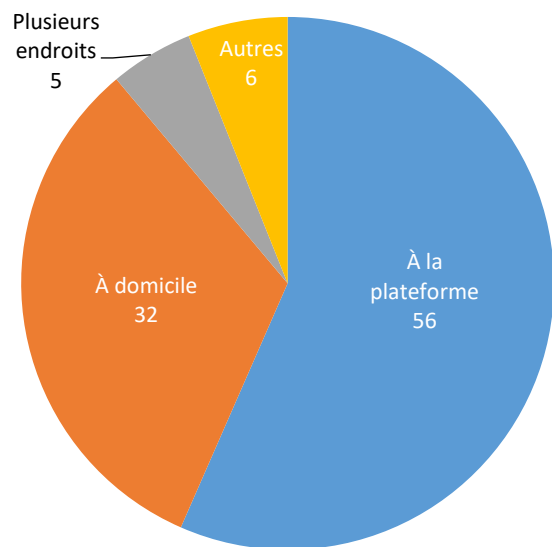
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Lieux de déroulement des séances

Les séances de *counseling* se sont déroulées à la plateforme pour 52 des 99 aidants. Pour 32 aidants (issus de 13 plateformes), les séances ont eu lieu à domicile. Les 11 autres aidants (tous localisés dans 4 plateformes du département du Nord) ont bénéficié de séances à plusieurs endroits (5 aidants ; plateforme et domicile notamment) ou dans d'autres lieux (Clic, partenaires, téléphone...).

Quatre structures ne proposent des séances de *counseling* que dans leurs locaux (1 dans le Nord, 2 dans le Pas-de-Calais et 1 dans l'Aisne). À l'inverse, une PFR ne propose que des séances à domicile.

Nombre d'aidants par lieu de déroulement des séances de *counseling*



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 99 aidants

Données concernant les aidants

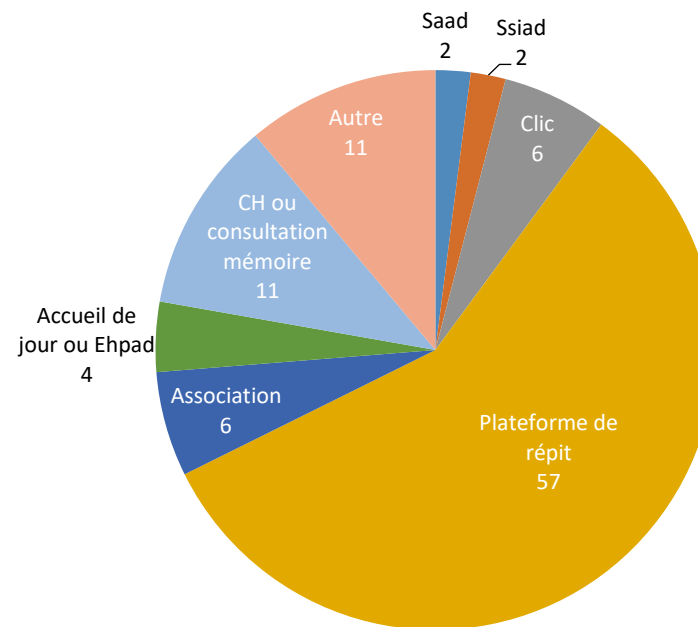
En 2018, 78 femmes (soit 79 % des aidants ; 80 % en 2017) et 21 hommes ont bénéficié des actions de *counseling* des 17 structures des Hauts-de-France. Cette prédominance des femmes se retrouve à l'échelle départementale.

Les aidants ayant participé aux formations ont été orientés principalement par les plateformes de répit (57 aidants), les centres hospitaliers ou consultations mémoire (11), les Clic (6) et les associations (6).

Quatre aidants ont été orientés par des accueils de jour ou EHPAD, 2 par des Saad et 2 par des Ssiad.

La catégorie « Autre » (11 aidants) correspond aux orientations liées à des réseaux principalement (6), mais aussi à une plateforme gériatrique, du bouche à oreille, à des recherches personnelles et au service de l'APA du conseil départemental.

Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés en 2018

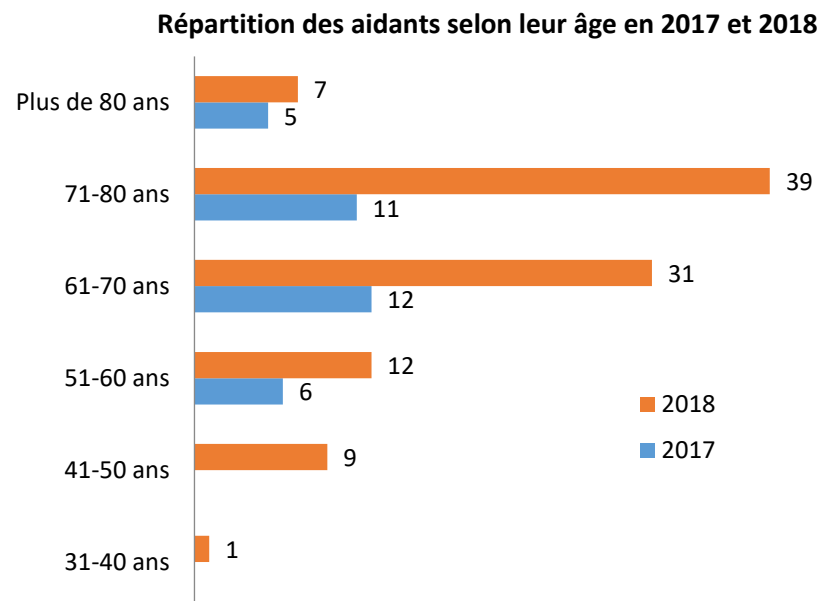


Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 99 aidants

En 2017, les plateformes de répit étaient également les principales orientations (15 des 34 aidants), puis les Clic (7), les CH et consultations mémoire (4), les accueils de jour et EHPAD (2), l'association France Alzheimer (1). Les « Autres » regroupaient 5 aidants et étaient liées à Internet, un CMP et une information grand public.

Les aidants sont sept fois sur dix les conjoints des aidés (soit 67 personnes) et trois fois sur dix les enfants de l'aidé (31 personnes). Une belle-fille a également été recensée.

Un peu plus de 8 aidants sur 10 ont plus de 60 ans en 2018 (82 % en 2017), soit 77 personnes. Pour l'ensemble des aidants de PFR, les 60 ans et plus représentent 71 % des aidants. En 2018, 7 aidants ayant bénéficié d'une action de *counseling* ont plus de 80 ans (12 en 2017). Un aidant de l'Aisne a entre 31 et 40 ans.



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 7 structures en 2017, 17 en 2018

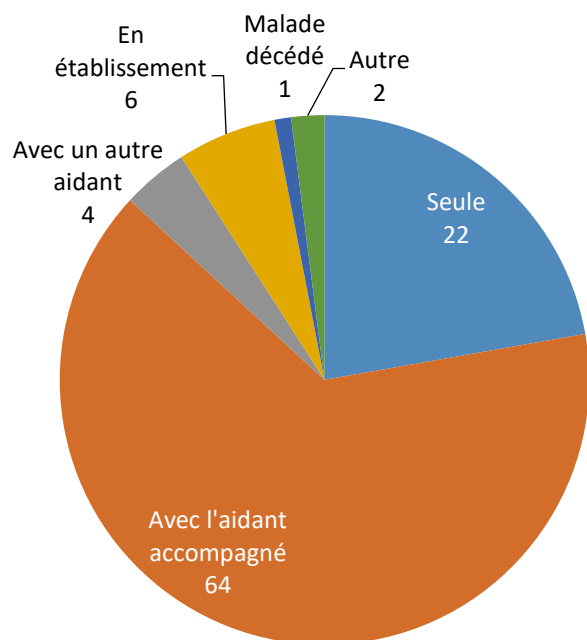
Données concernant la personne aidée

Les aidants ont renseigné des informations sur les personnes qu'elles accompagnent. Elles portent sur le diagnostic principal, l'année du diagnostic, le mode de vie et la durée d'accompagnement de l'aidant.

Les aidants qui ont participé aux actions de *counseling* vivent pour deux tiers d'entre eux avec la personne aidée. Vingt-deux aidants déclarent que la personne aidée vit seule, six aidants indiquent que l'aidé est en établissement (EHPAD, UHR, UCC, hôpital) et quatre du Pas-de-Calais qu'il vit avec un autre aidant. Deux aidants vivent l'un dans un foyer logement et l'autre dans une résidence autonomie. Un aidant de l'Oise était en deuil.

Soixante-deux aidants ont déclaré des proches aidés malades d'Alzheimer et 23 des personnes atteintes de maladies apparentées ou de démence vasculaire. Trois aidants déclarent que le diagnostic du proche est en cours, deux ont des proches touchés par la maladie de Parkinson et deux parlent de troubles cognitifs sans diagnostic. Enfin pour deux aidants, le diagnostic est autre : trouble neurologique et démence infectieuse.

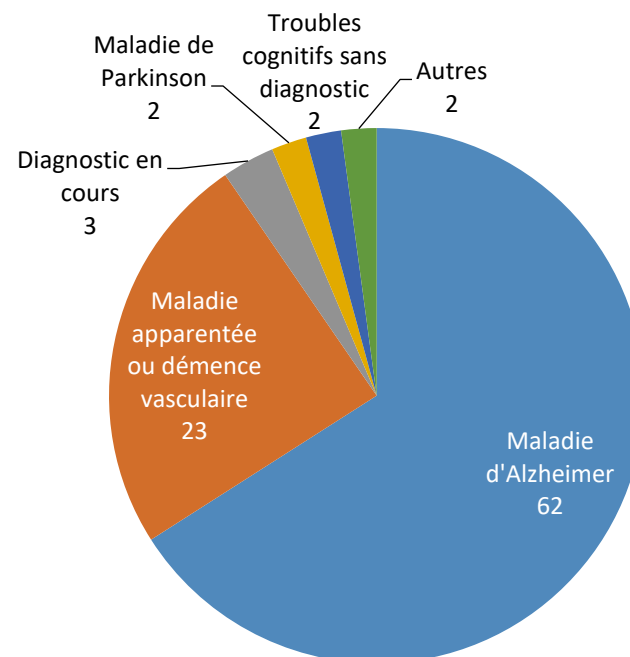
Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 99 aidants

Répartition des aidants selon le diagnostic principal de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 97 aidants

Plus de six aidants sur dix ayant bénéficié d'une action de *counseling* déclarent que le diagnostic de la personne aidée a été posé avant 2017 (61 aidants). Pour 33 aidants, le diagnostic a été posé les dernières années (21 en 2017 et 12 en 2018). Deux aidants déclarent que le diagnostic n'a pas été posé pour l'aidé. L'année n'a pas été précisée pour trois autres personnes.

Mobilisation des aidants

Globalement, 12 des 17 structures ayant proposé des actions de *counseling* en 2018 ont manifesté une mobilisation positive des aidants. Elles les ont trouvés réceptifs, curieux, intéressés et investis durant les séances. Les aidants sont en demande d'information, de soutien et de conseils pour mieux accompagner leurs proches (comprendre la maladie, adapter leurs comportements, prévention du *burn-out*...). Ils ont besoin d'écoute, d'évacuer leurs émotions et difficultés.

Pour cinq structures, il a été plus difficile de faire adhérer les aidants. Certains sont réticents à participer, à être contactés par téléphone par une personne qu'ils ne connaissent pas et ne trouvent pas le temps pour participer aux séances (même si des relais sont proposés pour le proche aidé). La passation des échelles d'évaluation en pré- et post-entretien sont assimilées à des contraintes administratives. La peur de s'engager dans un suivi à long terme a été évoquée par une plateforme.

Le *counseling* à domicile pose problème selon deux plateformes du fait de la difficulté de poser un cadre adapté (présence de la personne aidée, culpabilisation associée, absence de neutralité du cadre). La ruralité de certains territoires ne permet pas d'avoir des rendez-vous réguliers au local de la plateforme.

Le protocole d'entrée dans le *counseling* (appel avant la première consultation de la psychologue ; nouvel aidant non connu de la PFR) restreint le nombre d'aidants pouvant en bénéficier.

Un aidant a dû mettre fin à sa participation après trois séances à cause de la dégradation de l'état de santé de l'aidé.

Satisfaction des aidants

L'ensemble des 17 plateformes relate que les aidants semblent satisfaits des actions de *counseling*. Ils en ressortent avec une meilleure compréhension de la maladie et des troubles, ce qui les déculpabilise pour certains. La charge anxieuse est réduite et l'estime de soi revalorisée, tout comme la considération du rôle de l'aidant. La possibilité de faire des séances à domicile et d'adapter les outils est également importante.

Certains aidants ont indiqué qu'ils envisageaient plus sereinement le quotidien et qu'ils ont pu adapter leurs réactions face aux troubles de leur proche grâce à la meilleure compréhension des symptômes.

La possibilité de réaliser un entretien avec les autres membres de la famille est évoquée par les aidants d'une plateforme. Une aidante d'une autre plateforme pense que l'orientation des familles vers les plateformes devrait être systématique à l'annonce du diagnostic.

Une plateforme soulève cependant la problématique de la conduite automobile pour les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives et les difficultés que les proches aidants et les professionnels rencontrent pour faire face aux troubles du comportement associés à l'arrêt de la conduite (absence de structure décisionnaire ferme, difficulté de positionnement des médecins traitants).

Retentissement sur l'aidant et sur la personne aidée

D'après les structures, le *counseling* a permis aux aidants de mieux accepter les attitudes et comportements de leur proche. Ils ont également un meilleur moral, se sentent soutenus et écoutés, sont moins fatigués et gèrent mieux leur temps.

Les structures notent une amélioration de l'estime de soi et une réduction du sentiment de culpabilité et de la souffrance psychique de l'aidant. Les aidants acceptent plus facilement les aides extérieures et accèdent davantage aux activités de répit de la plateforme et aux groupes de parole.

Les aidants ont appris à relativiser les comportements de leurs proches, en comprenant que ces derniers n'agissent pas ainsi intentionnellement. Les tensions aidants – aidés s'en trouvent apaisées. L'adaptation apportée par les aidants semble permettre de limiter les mouvements de crises préalablement rencontrés et de retrouver une place plus autonome pour les personnes aidées (liberté de mouvement, lâcher prise de l'aidant).

Les relations aidants / aidés sont ainsi améliorées et l'aidant apprend à se focaliser sur les capacités préservées de l'aidé plutôt que celles perdues. Ceci permettant de préserver le plus possible l'autonomie de l'aidé.

Partenariats créés

Trois structures (1 dans le Nord, 2 dans le Pas-de-Calais) évoquent des partenariats avec des accueils de jour et accueils temporaires, services d'aide à domicile, conseil départemental (dossiers APA), assistants sociaux, Esa, structures d'hébergement...

Pour six plateformes (3 dans le Nord, 2 dans l'Oise et 1 dans la Somme), il s'agit de renforcement de partenariats déjà existants (lié aux formations à l'alerte et *counseling* notamment).

Deux structures (1 dans le Pas-de-Calais et 1 dans l'Aisne) parlent davantage de maintien de partenariats avec les associations, consultations mémoire du secteur...

Deux plateformes (Nord) n'évoquent pas de partenariats créés mais des orientations d'aidants vers d'autres services de la Maison des aidants (formation des aidants, loisirs partagés, répit...).

Quatre plateformes n'ont pas répondu à cette question.

Actions de sensibilisation des services intervenant au domicile (SIAD) pour le repérage et l'alerte des risques d'épuisement des aidants

Présentation générale

À partir de 2017, l'ensemble des professionnels des plateformes d'accompagnement et de répit des Hauts-de-France a été progressivement formé au « dépistage » des aidants à risque de décompensation psychologique. Cette sensibilisation a été dispensée par l'Université de Liège dans le cadre du projet Aidants Proches /réseau service du programme Interreg mené avec l'AVIQ, le Conseil départemental du Nord et l'ARS.

Il s'agit désormais pour ces professionnels, de répercuter leurs connaissances et de sensibiliser les professionnels intervenant au domicile, au repérage des aidants en risque de situation d'épuisement personnel, à l'identification de la détresse des aidants proches de personnes souffrant de pathologies neuro-dégénératives. Ceci, pour pouvoir alerter, et orienter au plus vite l'aidant notamment vers la plateforme d'accompagnement et de répit. Les psychologues des plateformes de répit pourront, le cas échéant, leur proposer un accompagnement psycho-social individuel pour lequel ils ont été également spécialement formés par l'Université de Liège.

L'objectif est de pouvoir accompagner l'aidant le plus tôt possible et non en fin de parcours lorsqu'il est complètement épuisé. Un accompagnement précoce permet d'éviter ou atténuer la dépression et de reculer l'entrée en institution.

Ces sensibilisations se déroulent sur une base de théorie et d'extraits vidéo.

Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 20 PFR ayant effectué 42 sessions de sensibilisation des services à domicile aux signes d'épuisement des aidants au cours de l'année 2018 (13 PFR en 2017 pour 16 sessions).

La plateforme de répit (PFR) d'Arques-les-Fontinettes n'a pas pu initier cette action en 2018 et a demandé un report.

L'ARS a soutenu financièrement 19 PFR à hauteur de 1 400 € par sensibilisation PFR. Les PFR de Maubeuge et de Montreuil n'ont pas demandé de financement pour les deux sensibilisations qu'elles ont menées.

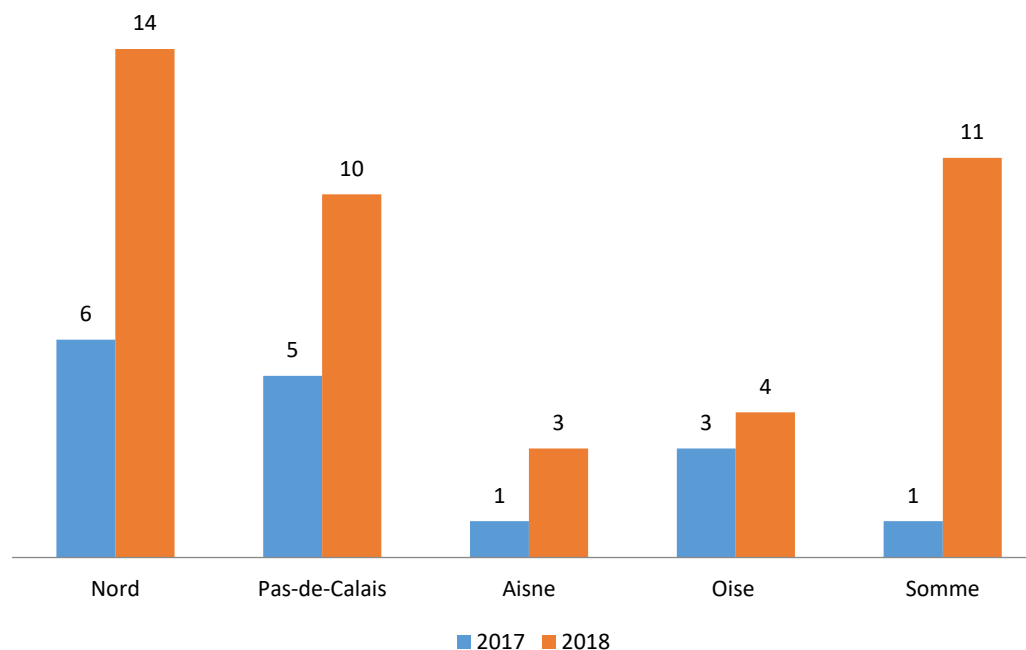


Actions financées et actions réalisées par l'ARS en 2018

En 2018, 42 sessions de sensibilisation SIAD ont été réalisées (16 en 2017), portées par 20 structures différentes (13 en 2017) : 8 PFR du Nord (14 sessions), 7 dans le Pas-de-Calais (10 sessions), 2 dans l'Aisne (3 sessions), 2 dans l'Oise (4 sessions) et 1 dans la Somme (11 sessions).

Les sensibilisations SIAD sont généralement organisées sur une période brève⁹. L'intervalle de temps au cours duquel elles se sont étalées est court, une journée (15 sensibilisations) ou deux (10 sensibilisations), voire entre 3 et 8 jours (9 sensibilisations). Cet intervalle de temps dépasse rarement les huit jours (8 sensibilisations).

Sensibilisations financées dans le cadre du SIAD par département en 2017 et 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

⁹ Le temps réel de formation est analysé dans la partie « Données sur les sensibilisations ».

Analyse des données des bilans d'activité 2017

Données sur les sensibilisations

Au total, **367 aidants professionnels (164 en 2017, soit une augmentation de 124 %)** ont participé aux **42 actions** de sensibilisation SIAD retenues pour cette étude, soit en moyenne 8,7 professionnels par action (10,3 en 2017).

Les PFR ont sensibilisé :

- 129 professionnels du Nord (70 en 2017), soit 9,2 professionnels par action,
- 83 du Pas-de-Calais (56 en 2017), soit 8,3 professionnels par action,
- 23 de l'Aisne (9 en 2017), soit 7,7 professionnels par action,
- 26 de l'Oise (23 en 2017), soit 6,5 professionnels par action,
- 106 de la Somme (6 en 2017), soit 9,6 professionnels par action.

Les données concernant l'assiduité des participants sont renseignées pour 40 des 42 actions de sensibilisation.

Globalement 94 % des participants ont suivi l'ensemble des séances mises en place (96 % en 2017) : seuls 20 professionnels sur 367 n'ont pas suivi l'intégralité de la sensibilisation (et 1 PFR n'a pas renseigné l'item pour 17 autres professionnels).

Pour 30 d'entre elles, les participants ont suivi toutes les séances prévues. Trois sensibilisations ont des pourcentages compris entre 90 % et 99 %, et 6 ont des pourcentages compris entre 70 % et 89 %. Une sensibilisation présente un pourcentage de 47 % des participants présents à toutes les séances.

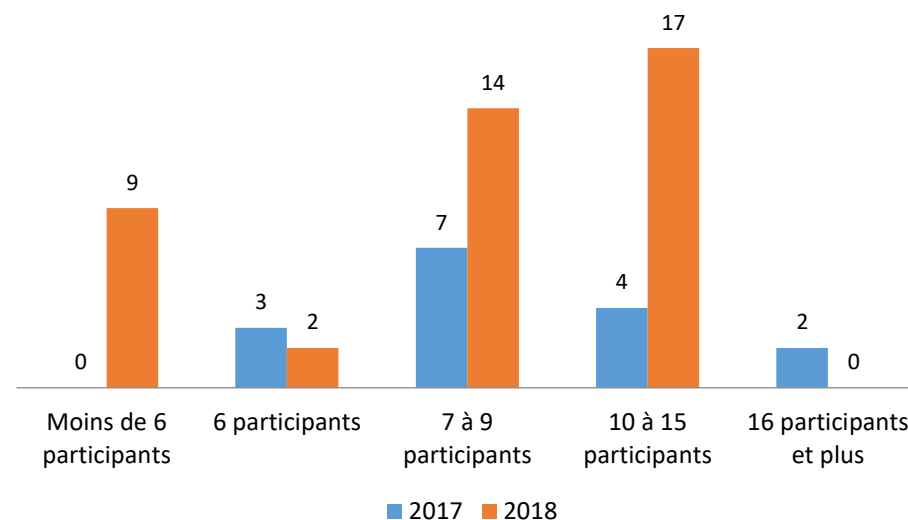
La moitié des sensibilisations s'est déroulée sur 7 heures (20 des 42 sensibilisations), réparties le plus souvent en deux demi-journées (3 sensibilisations se sont étalées sur trois demi-journées) ou sur 4 heures (11 sensibilisations), réparties en une à deux demi-journées (1 demi-journée pour les 8 séances de la Somme, 2 demi-journées pour les 2 séances dans l'Oise ; nombre de demi-journées non spécifié pour la séance dans le Nord).

¹⁰ Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

¹¹ Centre local d'information et de coordination

Six sensibilisations ont choisi le format intermédiaire de 6 heures en deux demi-journées (1 PFR du Nord l'a fait sur 4 demi-journées). Trois séances dans la Somme ont été faites sur 3 heures, en une demi-journée et 2 autres séances de 9 heures dans l'Aisne ont été réalisées sur 2 demi-journées.

Répartition des actions de sensibilisation selon le nombre d'aidants participants en 2017 et 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Les sensibilisations ont été principalement organisées dans les locaux des PFR (12 sensibilisations). Les autres sensibilisations se répartissent entre les structures de soins à domicile (11), les centres hospitaliers (10), les MAIA¹⁰ et/ou Clic¹¹ (4), les EHPAD¹² (3) et l'OPHS¹³ (2).

¹² Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

¹³ Office privé d'hygiène sociale

Les intervenants

Au total, 31 professionnels sont intervenus dans les 42 actions de sensibilisation.

Les professionnels cités sont :

- 11 psychologues (dont un neuropsychologue et deux coordonnateurs),
- 9 coordonnateurs (dont 6 infirmiers),
- 5 assistants de soins en gérontologie,
- 4 infirmières,
- 1 directrice,
- 1 assistant du service social.

Plusieurs professionnels interviennent dans plusieurs sensibilisations (4 psychologues dont le neuropsychologue, 4 infirmières coordonnatrices, 1 ASG et 1 assistant du service social).

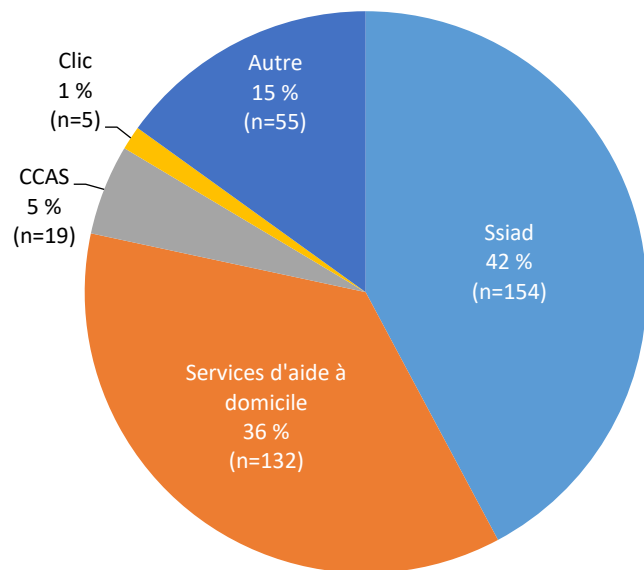
Données concernant les participants

Les professionnels ayant participé aux sensibilisations sont majoritairement des femmes (97 %, 90 % en 2017) et proviennent dans quatre cas sur dix (42 % ; 51 % en 2017) de Ssiad, soit 154 personnes (dont 22 d'équipe spécialisée Alzheimer à domicile - Esa).

Un peu plus d'un professionnel sur 3 fait partie de services d'aide à domicile (36 %, soit 132 personnes). Les centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres locaux d'insensibilisation et de coordination (Clic) viennent ensuite, représentant respectivement 5 % (19 personnes) et 1 % (5 personnes) des effectifs. Parmi les autres participants (55 personnes), se retrouvent :

- 8 personnes travaillant dans les hospitalisations à domicile (HAD),
- 8 personnes de l'association « Avec nos proches »,
- 6 professionnels faisant partie de réseaux gérontologiques,
- 5 personnes évoluant dans des EHPAD,
- 5 professionnels du conseil départemental,
- 4 professionnels de Maisons de l'autonomie,
- 3 personnes issues des méthodes d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soins (MAIA),
- 2 infirmières libérales,
- 2 étudiant et stagiaire,
- 1 assistante sociale de soins de suite et de réadaptation (SSR),
- 1 équipe de Plateforme des aidants non encore formée,
- 1 professionnel d'un réseau de soins palliatifs,
- 1 professionnel de résidence autonomie,
- 1 professionnel d'accueil de jour (psychologue),
- 1 professionnel de système de téléassistance,
- 6 professionnels sans précision entre EHPAD, SSR et conseil départemental.

Répartition des participants selon leur structure d'appartenance en 2018 (en % et nombre)

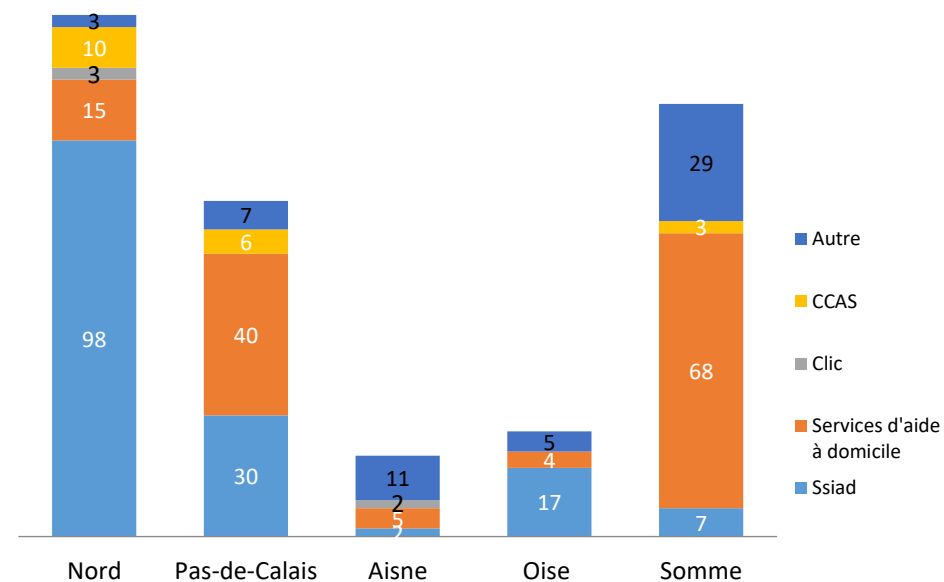


Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 365 professionnels

Les profils des participants diffèrent cependant selon les départements. Dans le Nord et l'Oise, les professionnels de Ssiad sont majoritaires : près de 7 participants sur 10 (respectivement 76 % et 65 %). Dans le Pas-de-Calais et la Somme, ce sont les professionnels de services d'aide à domicile qui prédominent (respectivement 48 % et 64 % des participants). Dans l'Aisne, 11 des 20 professionnels sont classés dans « Autre », 5 viennent des services d'aide à domicile, 2 des Ssiad et 2 des Clic.

Répartition des participants selon leur structure d'appartenance en 2018 par département



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 365 professionnels

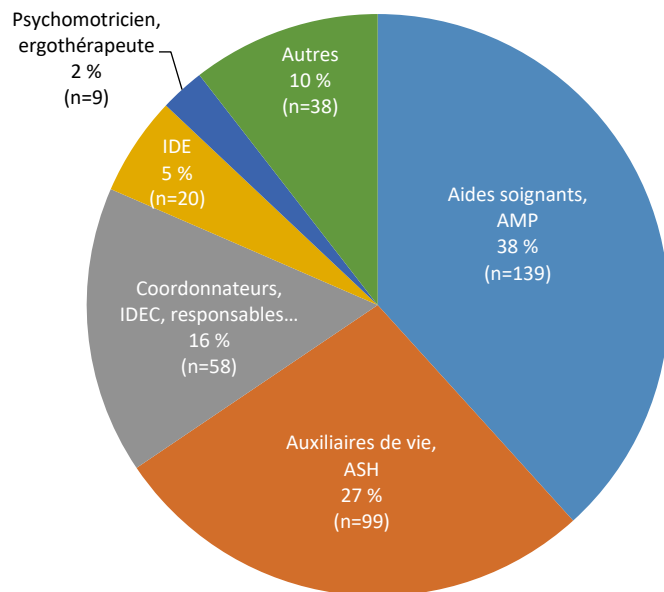
Quatre professionnels sur dix des Hauts-de-France ayant suivi la sensibilisation SIAD en 2018 ou début 2019 sont aides-soignants ou AMP, soit 139 personnes (dont 8 assistants de soins en gérontologie - ASG). Ils étaient près de 50 % en 2017.

Les auxiliaires de vie et agents de services hospitaliers (ASH) sont 99 à avoir suivi une sensibilisation SIAD dans les Hauts-de-France (28 % des participants ; 11 % en 2017).

Les coordonnateurs et responsables de structures comptent pour près d'un sixième des participants (16 %) : 58 personnes. Ils étaient proportionnellement plus nombreux en 2017 : 24 %. Viennent ensuite les infirmiers diplômés d'État - IDE (6 %) et psychomotriciens – ergothérapeutes (3 %).

Les autres participants regroupent 6 professionnels de santé (psychologue, gériatre, IDE), 6 agents administratifs (agent d'accueil, secrétaire, agent administratif), 5 étudiants et stagiaires, 5 assistants de services sociaux, 4 responsables de structures / directeur / cadre de santé, 3 gestionnaires de cas, 3 responsable autonomie du conseil départemental de la Somme. Les 6 autres personnes sont 2 aides ménagères, 1 agent de planification, 1 évaluateur APA, 1 délégué d'un système de téléassistance et 1 délégué de l'association « Avec nos proches ».

Fonction des participants aux sensibilisations SIAD en 2018 (en % et nombre)



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 363 professionnels

Mobilisation des professionnels

Onze PFR parlent de difficultés pour mobiliser les professionnels. Trois parlent notamment d'une sensibilisation similaire déjà proposée avant la leur par le conseil départemental du Pas-de-Calais ayant entraîné des annulations ou réticences à l'inscription (repérage des signes d'épuisement chez les aidants familiaux). Ceci apportait redondance et confusion auprès des acteurs.

Quatre autres PFR parlent de l'organisation du temps de travail qui ne facilite pas la mobilisation des professionnels : contrainte de service (travail en horaires coupés, le week-end, difficulté de mobiliser l'équipe trois heures consécutives...), difficultés pour les SAAD de rendre disponibles les auxiliaires de vie ou les aides à domicile (déjà en intervention chez les usagers, ou ayant travaillé tôt le matin et indisponibles l'après-midi pour venir sur leur temps personnel).

Une PFR note que le temps était trop court pour pouvoir échanger davantage sur toutes les difficultés que les participants voulaient évoquer. Une PFR constate moins de demandes de participation comparativement à la première session dispensée l'année précédente.

Une PFR évoque le retard de plusieurs personnes au début de la formation impactant sur la mise en place de la communication au sein du groupe. Enfin, une PFR évoque des perturbations liées aux actions des gilets jaunes bloquant certains participants sur les routes et provoquant des annulations, ainsi qu'une personne malade qui a dû annuler sa venue.

À part ces difficultés, les PFR recensent majoritairement des participants motivés, qui ont apprécié la sensibilisation proposée. Les interactions et questions ont été nombreuses et intéressantes. Les participants se sentent concernés par la thématique.

Les PFR ont pu communiquer sur leurs structures et fonctions, ce qui a permis aux participants d'avoir des perspectives de partenariats et d'orientation des aidants.

Satisfaction des participants

Globalement, les participants aux sensibilisations SIAD sont satisfaits des contenus et formats proposés. Ils apprécient l'apport, voire le renfort ou le rappel, de connaissances sur les maladies d'Alzheimer et troubles apparentés. Cela leur permet de mieux aborder les situations et de mieux prendre en charge les patients et leurs proches. La sensibilisation est jugée complète, enrichissante, adaptée aux difficultés du terrain. Les participants saluent cette approche, non conventionnelle et souvent éludée et apprécient ce regard différent sur le vieillissement.

Plusieurs professionnels souhaitent une reconduction de la sensibilisation pour les personnels n'ayant pas pu la suivre.

Les supports vidéo sont appréciés, variés, ludiques et intéressants. Ils permettent les échanges car sont interactifs et multidimensionnels.

Le questionnaire de dépistage de l'épuisement des aidants proches a semblé pertinent aux participants : ils ont compris son intérêt et sa répercussion sur les orientations des aidants.

Le fait de former les professionnels sur leur lieu de travail est particulièrement apprécié (plus confortable, pas de déplacement).

La durée de plusieurs demi-journées espacées est adaptée : elle permet aux participants de réfléchir entre deux séances, de poser des questions, d'assimiler les sensibilisations et de prendre du recul. Il semble que cela convienne également aux obligations de service dans certaines structures.

Les temps de repas ont permis des échanges informels et des rencontres entre professionnels travaillant dans le même secteur d'activité. Par ailleurs, les professionnels de l'aide à domicile ont été ravis de passer une journée entre eux, ce qui a permis entre autre de rompre "l'isolement" professionnel.

Les formateurs ont été jugés dynamiques et permettant les échanges.

Parmi les participants, 98 % jugent qu'ils sont désormais aptes à repérer les aidants en difficulté grâce à cette sensibilisation (325 des 331 participants ayant répondu à la question). Ils mettent l'accent sur la sensibilisation enrichissante et sur l'outil concret (questionnaire de repérage des signaux d'alerte d'épuisement des aidants), pertinent et facile à mettre en application. Ils pressentent pouvoir plus facilement aider les aidants et les orienter vers les partenaires pour des solutions concrètes.

Dans 32 sensibilisations, l'ensemble des participants s'est jugé apte à détecter les aidants en difficulté. Des non-réponses (partielles ou totales) ont été enregistrées dans 7 sensibilisations, totalisant 36 réponses manquantes (18 dans la Somme, 17 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais).

À l'inverse, dans trois sensibilisations du Nord, 6 professionnels n'ont pas jugé cette sensibilisation utile car certains ne rencontrent pas ce type de public dans leur pratique professionnelle. Ils ont trouvé la formation trop axée sur la maladie d'Alzheimer.

Quelques éléments négatifs ont été relevés par les PFR. Les problèmes techniques reviennent plusieurs fois (pas de connexion internet).

Concernant les vidéos, elles sont jugées un peu longues par quelques participants et nécessitent un support écrit.

La visioconférence n'a pas été appréciée lors d'une sensibilisation par certains participants qui préféraient des échanges directs avec le formateur.

Dans certaines formations, les participants cumulaient une journée de travail et la formation, avec un temps pour déjeuner court, ce qui rendait la sensibilisation difficile pour eux.

Les participants n'ont parfois pas de connaissances sur le vieillissement, sur les maladies et les aidants. Un lexique serait à prévoir avec les termes utilisés.

Selon une PFR, le format est trop court pour approfondir l'ensemble de la sensibilisation.

Une autre PFR évoque une amélioration à apporter au questionnaire transmis pour orientation. Il manque selon eux un encart avec les coordonnées de la personne, la date de l'évaluation ainsi que le souhait de la personne d'être contactée pour disposer d'un accompagnement ou de recevoir de la documentation concernant les dispositifs d'aides.

Développement des partenariats

La majorité des PFR parle de renforcement de partenariats déjà existants (17 des 20 PFR).

Trois PFR parlent de créations de partenariats : soit entre les professionnels participants (nouvelles connaissances, liens entre les services), soit entre leur structure et les participants (avec des aides-soignants), soit entre leur structure et les structures des participants du territoire (AMSAM, Esa, Spasad, Clic, ADAPH Services, Réseau).

Une PFR parle d'un partenariat accru avec la PFR limitrophe permettant une mutualisation des actions de formation, une mixité des services (urbains, semi-urbain, rural) et l'échange de pratiques.

Accompagnements individuels spécifiques à domicile

Présentation générale

Ces accompagnements individualisés sont réalisés par un psychologue de plateforme, à domicile, à raison de 5 heures maximum sur 6 mois, pour des aidants de personnes en difficultés spécifiques (aidants de malades de 60 ans et plus ayant des troubles psychiatriques, un handicap psychique, ou les aidants de personnes en situations qualifiées de complexes, n'étant pas en capacité physique ou psychique de se rendre à la PFR), orientés par les partenaires.

Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 8 structures ayant effectué de l'accompagnement individuel au cours de l'année 2018. Les porteurs sont situés pour 5 d'entre eux dans le Nord et pour 3 dans le Pas-de-Calais. Les structures ont mis en place des accompagnements individuels entre **mars 2018 et avril 2019**.

Suite à appel à candidatures, l'ARS a financé 10 accompagnements individuels pour 6 PFR, 4 accompagnements individuels pour une PFR et un pour une PFR. Globalement, 55 aidants ont été accompagnés sur cette période sur les 65 prévus : 42 sur 50 prévues dans le Nord, 13 sur 15 prévues dans le Pas-de-Calais.

Analyse des données des bilans d'activité 2018

Les types de porteur

Sur les 8 structures ayant réalisé de l'accompagnement individuel, la répartition est la suivante :

- 3 centres hospitaliers (Maison des aidants du Cambrésis, PFR Le relais des aidants Béthune, PFR du Calais) ;
- 5 associations (Maison d'Aloïs PFR Dunkerque Bergues, PFR des Aidants du Douaisis, Maison des aidants métropole Lille, Maison des aidants métropole Roubaix Tourcoing, Maison des Aidants de l'Arrageois).

Données sur les séances d'accompagnement individuel

Au total, **55 aidants** (42 dans le département du Nord et 13 dans le Pas-de-Calais) ont participé aux **164 séances** d'accompagnements individuels déclarés dans les bilans 2018 (120 dans le Nord¹⁴ et 44 dans le Pas-de-Calais). Les structures ont accompagné entre 1 et 10 aidants.

Les aidants ne participent pas aux mêmes nombres de séances. Ainsi, le nombre de séances d'accompagnements individuels par participant varie de 1 à 8, avec une majorité de 1 à 3 séances par participant.

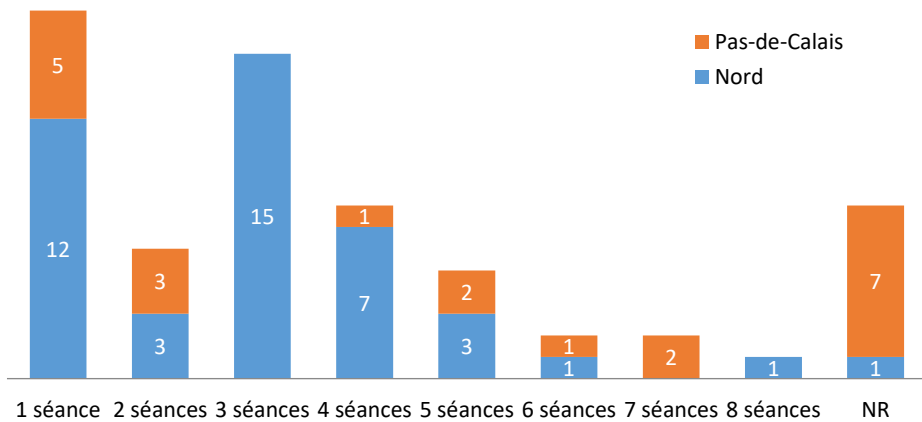
¹⁴ Une PFR de du Nord n'a pas précisé le nombre de séances pour 1 aidant.

Le Nord organise en moyenne 3 séances d'accompagnements individuels par aidant et le Pas-de-Calais 4 (la PFR qui n'a pas indiqué les nombres de séances n'a pas été prise en compte pour ce calcul).

Les séances durent en règle générale entre 1 h et 1h40. Le minimum est de 30 minutes dans une PFR du Pas-de-Calais et le maximum, de 2h30 dans une PFR du Nord.

Les séances d'accompagnement individuel se sont déroulées majoritairement au domicile des aidants pour 50 des 55 aidants. Pour les 5 autres aidants (issus de 2 plateformes du Nord), les séances ont eu lieu par téléphone ou à la PFR.

Nombre d'aidants suivis en accompagnement individuel en fonction du nombre de séances



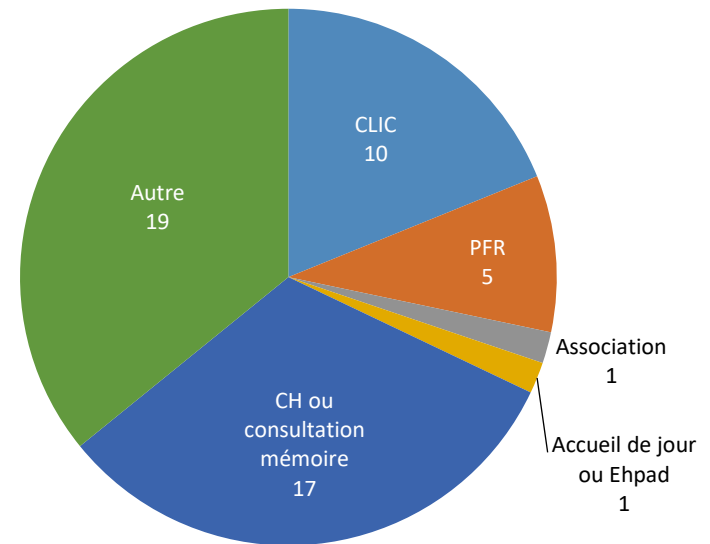
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 64 aidants

Données concernant les aidants

En 2018, 33 femmes (soit 61 % des aidants) et 21 hommes ont bénéficié des actions d'accompagnement individuel des 7 structures des Hauts-de-France ayant rempli l'item¹⁵. Cette prédominance des femmes se retrouve à l'échelle départementale (62 % des aidants dans le Nord et 58 % dans le Pas-de-Calais).

Les aidants ayant participé aux séances d'accompagnement individuel ont été orientés principalement par les centres hospitaliers ou consultations mémoire (17 aidants), les Clic (10) et les plateformes de répit (5). Les associations et les accueils de jour / EHPAD regroupent chacun 1 aidant.

Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

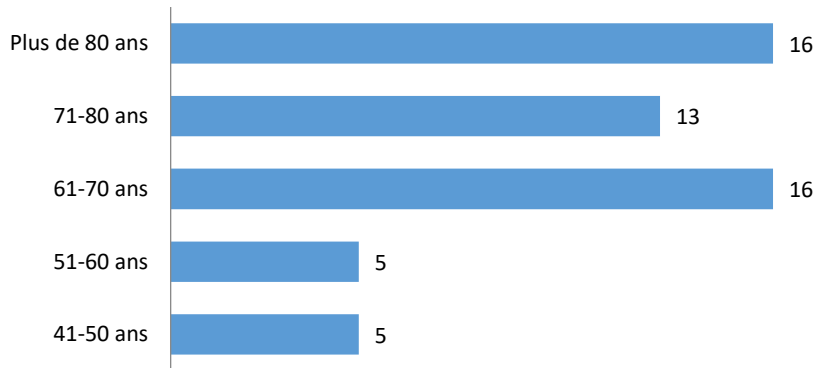
Champ : 53 aidants

¹⁵ La PFR de l'Arrageois n'a pas renseigné cette donnée.

La catégorie « Autre » (19 aidants) correspond aux orientations liées à des Esa / Esprad principalement (6), mais aussi à des réseaux (3), au bouche à oreille (3), à des MAIA (2), un CCAS (1), le service Mission Évaluation APA d'une Maison de l'Autonomie (1), une Équipe Mobile de Gériatrie (1), une équipe médico-sociale du conseil général (1), le gendre de l'aidant (1).

Les aidants sont plus de huit fois sur dix les conjoints des aidés (soit 46 des 55 aidants) et moins de deux fois sur dix les enfants de l'aidé (9 personnes).

Répartition des aidants selon leur âge



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 55 aidants

Un peu plus de 8 aidants sur 10 ont plus de 60 ans en 2018 (82 %), soit 45 personnes.

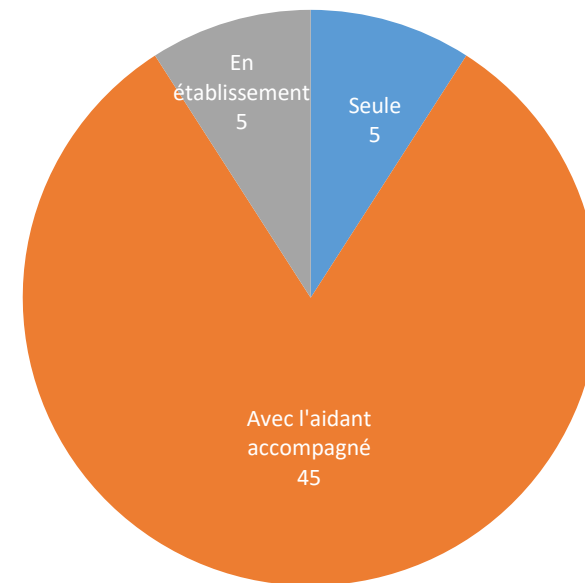
Les plus de 80 ans représentent 16 aidants ayant bénéficié d'accompagnement individuel : 11 dans le Nord et 5 dans le Pas-de-Calais. Dix aidants du Nord ont entre 41 et 60 ans.

Données concernant la personne aidée

Les aidants ont renseigné des informations sur les personnes qu'elles accompagnent. Elles portent sur le diagnostic principal, l'année du diagnostic, le mode de vie et la durée d'accompagnement de l'aidant.

Les aidants qui ont participé aux séances d'accompagnement individuel vivent pour 45 d'entre eux (soit plus de 80 %) avec la personne aidée. Cinq aidants déclarent que la personne aidée vit seule et cinq autres indiquent que l'aidé est en établissement (EHPAD, UHR, UCC, hôpital). Parmi ces dix derniers, un aidant d'une PFR du Nord a perdu son proche pendant l'accompagnement.

Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée



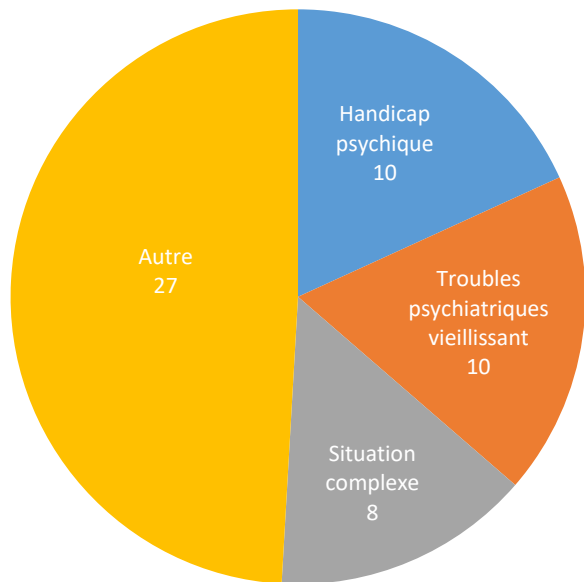
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 55 aidants

Dix aidants (soit 18 % des aidants) ont déclaré des proches aidés atteints de handicap psychique et 10 autres, des proches atteints de troubles psychiatriques vieillissant. Huit proches sont en situations qualifiées de complexes. Enfin pour 27 proches d'aidants, le diagnostic est autre : pour 15 d'entre eux, les proches sont atteints de troubles cognitifs, vivant sur des territoires reculés sans moyen de locomotion ou ayant un handicap physique ne leur permettant pas de se déplacer à la Maison des Aidants (2 PFR du Nord). Les autres proches d'aidants souffrent d'une maladie neuro-dégénérative (8 personnes), de la maladie d'Alzheimer (2 personnes), d'une maladie rare d'origine génétique (1 personne), de problèmes de santé de l'aidant qui l'empêchent de se déplacer (une personne).

Plus de six aidants sur dix ayant bénéficié d'accompagnement individuel déclarent une durée d'accompagnement de la personne aidée comprise entre 1 et 5 ans : 34 aidants, soit 62 %. Huit le sont depuis moins d'un an et 9 depuis plus de 7 ans.

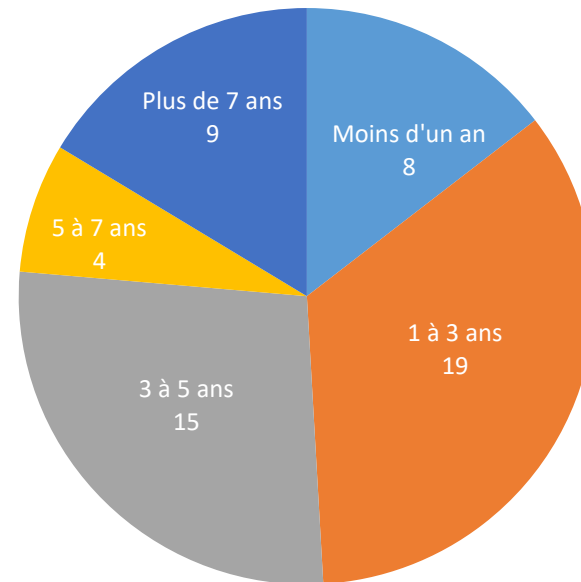
Répartition des aidants selon le type de maladie de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 55 aidants

Répartition des aidants selon la durée d'accompagnement de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 55 aidants

Mobilisation des aidants

Les accompagnements à domicile, ou par téléphone, permettent aux aidants isolés (manque de moyen de locomotion, éloignement géographique, impossibilité de laisser seul le proche ou de le déplacer, problèmes psychiques de l'aidant) de bénéficier des conseils et apports des professionnels.

Les aidants ont été disponibles, respectant leurs rendez-vous, et à l'écoute des conseils prodigués. Les aidants étaient volontaires et ont su verbaliser leurs difficultés quotidiennes.

Deux bémols cependant. Une PFR propose d'ajouter des supports sous forme de diapositives, et imagés, pour renforcer la portée des mots. Une autre PFR constate que les aidants ont des difficultés à comprendre la pathologie et les symptômes du proche.

Satisfaction des aidants

Les aidants sont satisfaits de ces accompagnements individuels à domicile qui rompent l'isolement et permettent d'avoir accès aux informations, en évitant de se déplacer. Par ailleurs, une PFR ajoute que rencontrer pour la première fois un psychologue est plus aisé dans un cadre familial comme le domicile.

Les aidants ont apprécié également pouvoir parler sans être jugés et ont exprimé de la reconnaissance pour le soutien apporté par cet accompagnement.

Une PFR fait part de difficultés sur l'accompagnement de situations complexes. En effet, ces situations demandent plus de disponibilité de la part des professionnels et plus de temps pour faire le lien entre les professionnels (souvent nombreux).

Retentissement sur l'aidant et/ou sur la personne aidée

Grâce à ces accompagnements individuels, les aidants se sentent écoutés, compris et peuvent déculpabiliser. Les relations et la communication entre aidant et aidé s'en trouvent améliorer. L'aidant apprend à s'occuper de lui pour mieux prendre en charge son proche. Plusieurs aidés ont par ailleurs exprimé de la satisfaction de voir leur proche aidant bénéficier d'un soutien.

Les aidants sont moins anxieux (notamment grâce aux visites à domicile qui permettent de ne pas avoir à chercher de solution pour l'aidé pendant les séances), dorment mieux et retrouvent confiance dans un avenir plus apaisé.

L'accompagnement à domicile permet aux équipes de mieux comprendre le quotidien des personnes et ainsi d'adapter les conseils aux situations.

Par ailleurs, grâce à cet accompagnement, les aidants ont une meilleure connaissance des dispositifs d'aides présents sur le territoire et des accompagnements sociaux ont pu être mis en place.

En revanche, la participation de certains aidés aux entretiens ne permettait pas aux aidants de s'exprimer librement.

Partenariats créés

Pour quatre plateformes (3 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais), il s'agit de renforcement de partenariats déjà existants (notamment avec des Esa, réseau de santé, professionnels à l'origine des orientations et centres hospitaliers).

Trois structures (1 dans le Nord, 2 dans le Pas-de-Calais) évoquent des partenariats avec des accueils de jour et accueils temporaires, MAIA, CCAS, UTPAS, CMP/EPSM, assistante sociale, services d'aides à domicile, Esa, formation des aidants, sophrologue, structures d'hébergement...

Une plateforme du Nord n'a pas répondu à cette question.



Groupes de parole

Présentation générale

Des groupes de parole ou soutiens psychosociaux collectifs sont organisés et animés par les psychologues des plateformes pour les proches aidants qui souhaitent, à la suite de leur participation aux formations des aidants ayant eu lieu sur le territoire, poursuivre les échanges et approfondir leurs connaissances sur les différents sujets abordés lors des formations.

Ces actions visent un partage d'expérience et de ressentis entre aidants, de manière à rompre l'isolement et favoriser l'interconnaissance et prévenir les risques d'épuisement.

Méthodologie

L'ARS a, au titre de l'appel à candidature 2018, financé 16 groupes de parole à hauteur de 600 € par groupe.

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 6 structures ayant effectué des groupes de parole au cours de l'année 2018. Les porteurs sont situés pour 4 d'entre eux dans le Nord et pour 2 dans le Pas-de-Calais.

Les structures ont mis en place des groupes de parole entre **janvier 2018 et mars 2019**. Une majorité (8 groupes sur 12) s'est déroulée en 2018 uniquement et 1 groupe a débuté en février 2019 et n'était pas terminé lors du bilan d'activité.

Globalement, les données présentées ci-après portent sur 12 groupes de parole.



Analyse des données des bilans d'activité 2018

Actions financées et actions réalisées par l'ARS en 2018

En 2018, 12 groupes de parole ont été réalisés, portés par 6 structures différentes : 4 PFR du Nord et 2 dans le Pas-de-Calais. L'analyse n'a toutefois été faite que sur 11 groupes, le dernier du Calaisis étant encore en cours lors du bilan.

Les 11 groupes de paroles ont donné lieu à 42 séances. Les groupes de parole se sont réunis entre 2 et 8 fois sur une période allant de 3 à 10 mois. En moyenne, ce sont 4 séances par groupe de parole. La PFR du Calaisis, en cours de groupe, n'avait réalisé que la première séance lors du bilan.

Parmi les 12 groupes de parole, 9 portent sur un public Alzheimer exclusif, 1 sur un public Parkinson exclusif et 2 sont ouverts aux deux pathologies.

Les séances de groupes de parole se sont déroulées pour 10 des 11 groupes au sein de la PFR. Un groupe de la PFR du Cambrésis a eu lieu dans une mairie.

	Nombre d'actions (groupe de parole)	Nombre de séances	Nombre d'aidants	Public concerné	Lieu
Nord	10	34	115		
Maison d'Aloïs Bergues – APAHM (Total)	5	14	64		
Bergues GDP n°1		2	12	Alzheimer et Parkinson	PFR
Bergues GDP n°2		4	18	Parkinson	PFR
Bergues GDP n°3		4	19	Alzheimer et Parkinson	PFR
Bergues GDP n°4		2	8	Alzheimer	PFR
Bergues GDP n°5		2	7	Alzheimer	PFR
Le Cateau-Cambrésis	1	6	10	Alzheimer	Mairie
PFR Métropole Lille (Total)	2	9	17		
Lille GDP n°1		5	10	Alzheimer	PFR
Lille GDP n°2		4	7	Alzheimer	PFR
PFR Roubaix-Tourcoing (Total)	2	5	24		
Roubaix Tourcoing GDP n°1		2	10	Alzheimer	PFR
Roubaix Tourcoing GDP n°2		3	14	Alzheimer	PFR
Pas-de-Calais	2	9	16		
PFR de Béthune	1	8	11	Alzheimer	PFR
PFR du Calaisis*	1	1	5	Alzheimer	PFR
Total Hauts-de-France	12	43	131		

*La PFR du Calaisis était en cours de réalisation des groupes de parole lors du bilan.

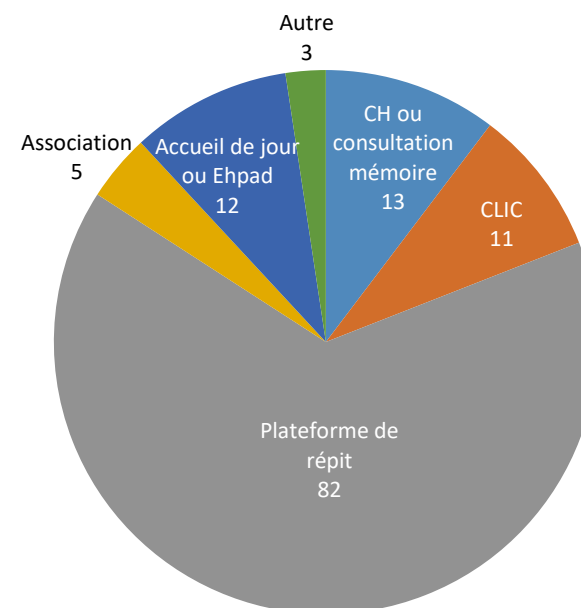
Données concernant les aidants

Au total, **126 aidants** ont participé aux **11 groupes de parole** déclarés dans les bilans 2018 : 115 dans le Nord et 11 dans le Pas-de-Calais (sans la PFR de Calais). Les inscrits étaient 166 sur les deux départements, soit une participation de 79 % : 78 % dans le Nord (115 participants sur 148 inscrits) et 89 % dans le Pas-de-Calais (16 participants sur 18 inscrits).

Les groupes de parole comprenaient entre 7 et 19 aidants, soit une moyenne de 11 aidants par groupe de parole sur les deux départements (12 en moyenne dans le Nord, 11 dans le groupe du Pas-de-Calais).

En 2018, 69 femmes (soit 55 % des aidants) et 57 hommes ont suivi des groupes de paroles. Cette prédominance des femmes se retrouve à l'échelle départementale, tout particulièrement dans le Pas-de-Calais : 52 % des aidants dans le Nord et 82 % dans le groupe du Pas-de-Calais.

Les aidants ayant participé aux groupes de parole ont été orientés principalement par les plateformes de répit (82 personnes) : 65 % des aidants (68 % dans le Nord et 36 % dans le Pas-de-Calais). Les centres hospitaliers ou consultations mémoire (13 aidants), les accueils de jour / EHPAD (12), les Clic (11) et les associations (5) regroupent 33 % des aidants. La catégorie « Autre » (3 aidants) correspond aux orientations liées à une Esprad (1 aidant) et au bouche à oreille (2 aidants).

Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés

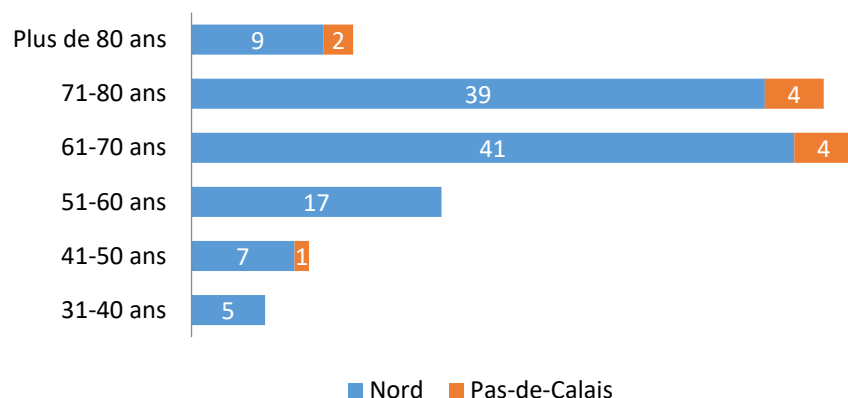
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 126 aidants

Les aidants sont sept fois sur dix les conjoints des aidés (soit 85 des 126 aidants) et trois fois sur dix les enfants de l'aidé (40 personnes). Un aidant est un frère ou une sœur de l'aidé.

Un peu moins de 8 aidants sur 10 ont plus de 60 ans en 2018 (77 %), soit 99 personnes. Les plus de 80 ans représentent 11 aidants ayant participé à des groupes de parole : 9 dans le Nord et 2 dans le Pas-de-Calais. Vingt-neuf aidants du Nord ont entre 31 et 60 ans, 1 aidant du Pas-de-Calais a entre 41 et 50 ans.

Sept aidants sur dix sont à la retraite (91 aidants, soit 73 % de l'ensemble des aidants) et 10 % sont en inactivité, hors retraite (12 aidants). Vingt-deux aidants sont encore en activité, soit 18 % des aidants¹⁶.

Répartition des aidants selon leur âge, par département



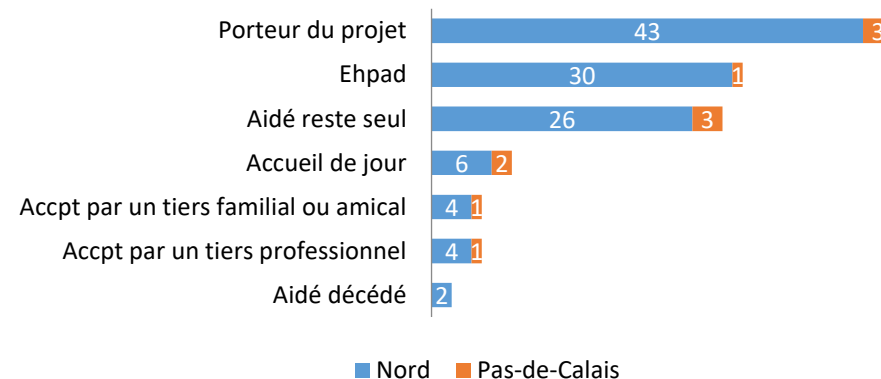
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 129 aidants

Solutions pour le proche aidé

Pour pouvoir assister aux groupes de parole, les aidants ont dû trouver des solutions pour le proche aidé. Une majorité d'entre eux a été aidé par les porteurs du projet (46 aidants, soit 37 % des participants) et par les EHPAD (31 aidants, soit 25 %). Vingt-neuf aidants ont pu laisser l'aidé seul à son domicile (23 %). Les accueils de jour (8 aidants, 6 %), les proches professionnels (5 aidants, 4 %) et les proches familiaux – amicaux (5 aidants, 4 %) ont aussi permis aux aidants de participer. Pour 2 aidants, l'aidé était décédé.

Onze groupes de parole ont mis en place des solutions pour l'accompagnement de la personne aidée pendant les groupes de parole. Les solutions déployées sont : l'aide d'une AMP de la PFR (4 groupes du Nord), l'aide d'une ASG pour accueillir les proches aidés dans une salle dédiée (4 groupes du Nord et 1 groupe du Pas-de-Calais), une halte animation mitoyenne au groupe de parole (1 groupe du Nord).

Solutions mises en place pour l'aidé pendant le groupe de parole, par département



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 126 aidants

Moyens de locomotion

Les aidants sont principalement venus aux groupes de parole avec leur voiture personnelle (115 des 126 aidants, soit 91 %). Un aidant du Pas-de-Calais est venu grâce aux transports en communs et 1 du même département est venu à pied. Pour les 9 autres aidants (8 du Nord et 1 du Pas-de-Calais), 6 ont fait du covoiturage avec d'autres aidants et 3 ont été déposés par un proche.

Une seule PFR du Nord a indiqué avoir cherché une solution pour le déplacement d'un aidant vers le lieu du groupe de parole et s'est tournée vers le covoiturage.

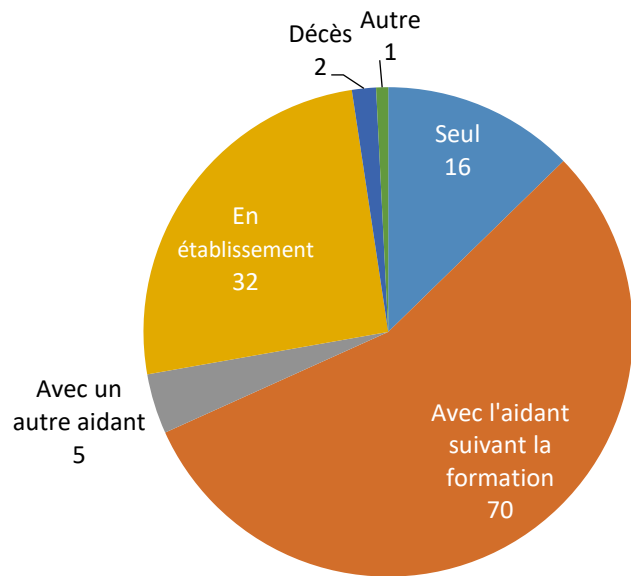
¹⁶ L'information manque pour 1 aidant.

Données concernant la personne aidée

Les aidants ont renseigné des informations sur les personnes qu'elles accompagnent. Elles portent sur le diagnostic principal, l'année du diagnostic, le mode de vie et la durée d'accompagnement de l'aidant.

Les aidants qui ont participé aux groupes de parole vivent pour 70 d'entre eux avec la personne aidée (60 dans le Nord et 10 dans le Pas-de-Calais ; 56 % des aidants). Trente-deux aidants indiquent que l'aidé est en établissement (31 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais ; 25 %) et 16 que la personne aidée vit seule (dans le Nord ; 13 %). Parmi les 7 autres aidants, 5 aidés du Nord vivent avec un autre aidant que celui suivant les groupes de parole, 2 aidés du Nord sont décédés et 1 aidé du Nord vit seul dans un logement situé à côté du domicile de l'aidante principale.

Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée

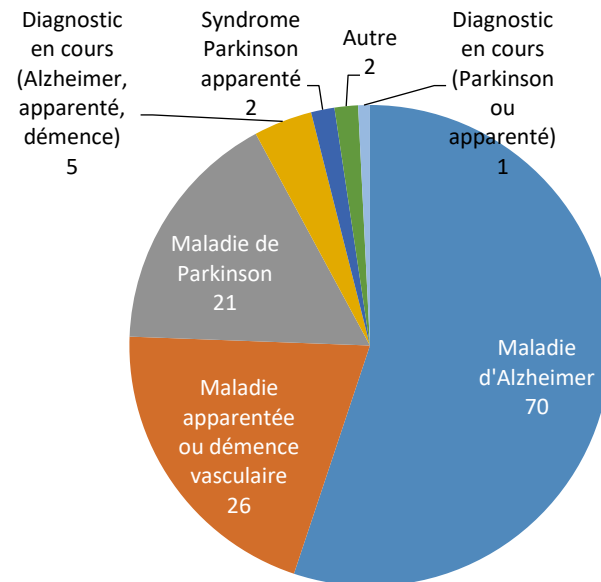


Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 126 aidants

Un peu plus de la moitié des aidants (70, soit 55 % des aidants) ont déclaré des proches aidés atteints de la maladie d'Alzheimer (60 dans le Nord, 10 dans le Pas-de-Calais) et 26 (20 %) parlent d'une maladie apparentée ou démence vasculaire (25 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais). La maladie de Parkinson est déclarée par 21 aidants du Nord (17 % des aidants) et 2 parlent de syndrome Parkinson apparenté (2 %, dans le Nord). Six aidants du Nord parlent de diagnostic en cours (5 pour maladie d'Alzheimer, apparenté ou démence et 1 pour Parkinson). Enfin, 2 aidants du Nord déclarent d'autres diagnostics : 1 soupçon de maladie à corps de Lewy et 1 cancer ayant engendré des troubles cognitifs.

Répartition des aidants selon le type de maladie de la personne aidée



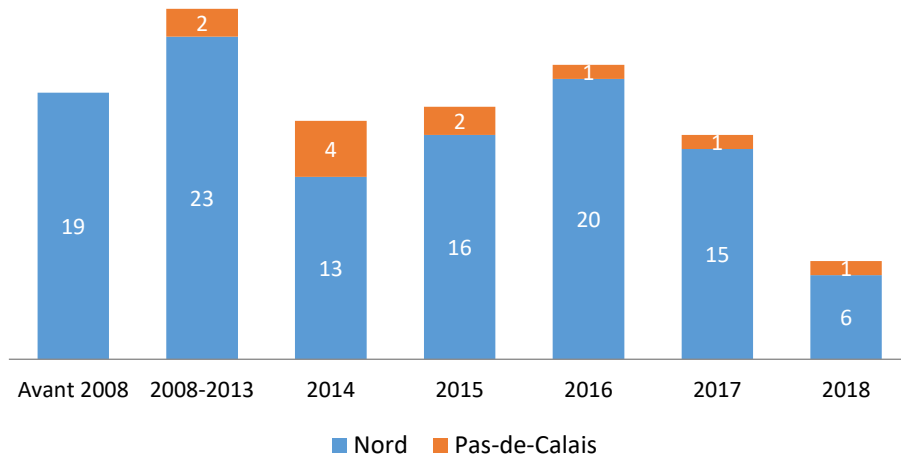
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 127 diagnostics

Huit aidants sur dix ayant bénéficié d'un groupe de parole déclarent que le diagnostic de la personne aidée a été posé avant 2017 (103 sur 126 aidants). Pour 23 aidants, le diagnostic a été posé les dernières années (16 en 2017 et 7 en 2018).

Trois aidants déclarent que le diagnostic n'a pas été posé pour l'aidé.

Répartition des aidants selon l'année de diagnostic de la personne aidée



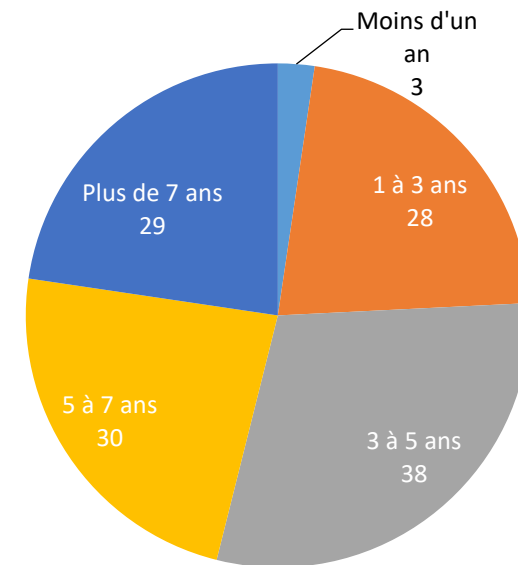
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 126 aidants (dont 3 non diagnostics)

La répartition des aidants selon la durée d'accompagnement de la personne aidée est assez large. Trois aidants sur dix ayant bénéficié de groupes de parole déclarent une durée d'accompagnement de la personne aidée comprise entre 3 et 5 ans (38 aidants, soit 30 %). Puis, les aidants se répartissent à parts égales entre 1-3 ans d'accompagnement (28 aidants, 22 %), 5-7 ans (30 aidants, 24 %) et plus de 7 ans (29 aidants, 23 %).

Trois aidants déclarent que leur aidé est suivi depuis moins d'un an (2 %).

Répartition des aidants selon la durée d'accompagnement de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 129 aidants

Thèmes des groupes de parole

Les thèmes des séances de groupes de parole sont variés, et une séance peut en aborder plusieurs :

- 6 séances ont porté sur des retours de formation sur les maladies d'Alzheimer et de Parkinson (toutes dans le département du Nord) ;
- 5 séances étaient sur prendre soin de soi en tant qu'aidant (4 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais) ;
- 5 séances ont porté sur les structures d'hébergement temporaire, accueil de jour, EHPAD (4 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais) ;
- 4 séances ont abordé les troubles du comportement (département du Nord) ;
- 4 séances ont traité de la gestion du stress de l'aidant (1 PFR du Nord) ;
- 4 autres sur les « trucs et astuces » du quotidien (1 PFR du Pas-de-Calais) ;
- 3 séances ont concerné la communication avec le proche malade (département du Nord) ;
- 3 autres sur la vie sociale de l'aidant (2 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais) ;
- 3 portaient sur les informations sur la maladie, les aides et le répit (1 PFR du Nord).

Les 5 derniers thèmes sont : aidants enfants (2), comment s'adapter face à la maladie ? (1), l'acceptation (1) et le partage d'expériences entre aidants (1).

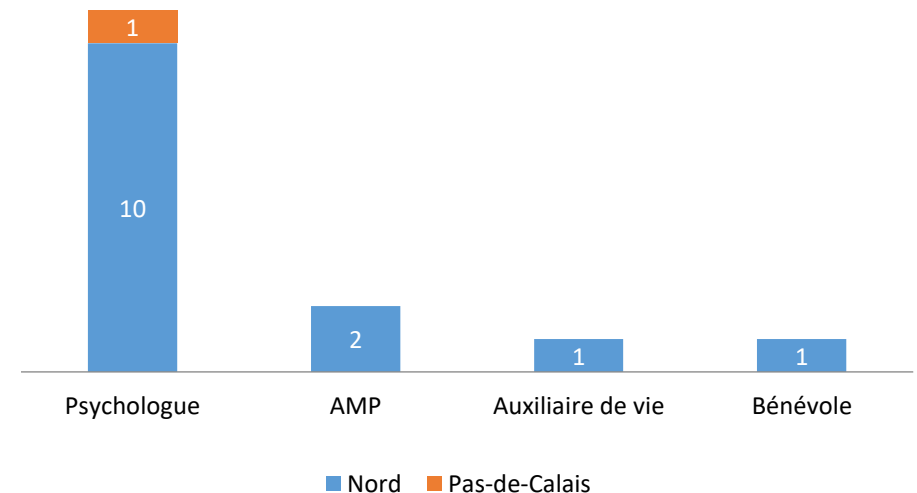
Mobilisation des aidants

La mobilisation des aidants semble plutôt décevante chez une majorité des porteurs. Les avis sont divers selon les groupes, pour 7 groupes sur 10¹⁷, des avis négatifs sont émis (à noter que les 4 groupes de Lille et Roubaix-Tourcoing ont écrit le même texte). Tout d'abord, un porteur revient sur les nombreuses inscriptions aux groupes mais à la participation plus faible (60 % des inscrits ont participé aux séances dans ce groupe).

¹⁷ Un groupe n'a pas rempli cet item.

Intervenants

Intervenants des groupes de parole



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 15 types d'intervenants

Les 11 groupes de parole ont pu bénéficier de l'intervention d'un psychologue ou neuropsychologue.

Deux groupes ont eu l'intervention d'une AMP, 1 groupe l'intervention d'une 1 auxiliaire de vie et 1 bénévole.

Un autre porteur exprime le fait que de nombreux aidants étant encore en activité (7 aidants sur les 8 de ce groupe sont en activité), il leur est souvent difficile de se dégager du temps et préfèrent garder ce temps libre pour leurs loisirs.

Cinq porteurs relatent d'aidants souhaitant se revoir après les groupes de parole. Le groupe de Bergues envisage de créer un temps convivial pour qu'ils se retrouvent au lieu d'un nouveau groupe de parole. Toutefois, l'expérience des groupes de Lille / Roubaix-Tourcoing ayant expérimenté une formule « café partage » est jugée par le porteur de assez négative : malgré des rappels, très peu d'aidants y ont participé. Les aidants semblent plus intéressés par des séances d'information que de recherche de soutien collectif, soit par manque de temps, soit par le peu de ressources émotionnelles dont ils disposent pour s'impliquer dans ce genre de partage. Les équipes se posent la question d'une reconduction de ces groupes de parole.

Un porteur estime que le nombre important de groupes de parole déjà en place sur le territoire (France Alzheimer, accueils de jour...) impacte sur la mobilisation des aidants.

Un autre porteur évoque de participation fluctuante d'une séance à une autre, avec une moyenne de 3 à 4 aidants par séance (pour un total de 11 aidants dans ce groupe).

Enfin, 2 derniers porteurs parlent d'une bonne mobilisation des aidants, avec une assiduité sur la durée, considérant que les groupes de parole répondent à une réelle demande, ce qui se traduit par une augmentation de la fréquentation dans un groupe. Les aidants sont reconnaissants des actions menées envers eux.

Satisfaction des aidants

Les aidants sont satisfaits de ces groupes de parole qui rompent l'isolement et permettent de se sentir compris, sans être jugés. Un sentiment d'appartenance à un groupe s'en dégage. Les participants aiment se retrouver et échanger des nouvelles, des astuces de vie quotidienne. Ils mettent en place les conseils et connaissances acquises lors des groupes.

Le groupe où les aidants sont principalement encore en activité professionnelle a moins bien fonctionné, du fait de cette spécificité. Il ressort que, pour ce public, des entretiens individuels sur des horaires calés à leur emploi du temps (midi, soirée), à domicile, sur le lieu de travail, par téléphone ou mail, soit plus adaptés. Enfin un autre groupe déplore que tous les participants ne soient pas présents à toutes les séances.

Partenariats créés

Cinq plateformes (4 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais) parlent notamment de renforcement de partenariats déjà existants (associations, France Alzheimer et France Parkinson, centre mémoire, Esa du territoire, Esprad...).

Quatre structures du Nord évoquent des partenariats créés avec des psychologues libéraux, une association, des entreprises locales (pour des interventions en entreprise)...

Les 4 groupes de Lille / Roubaix-Tourcoing n'ont pas répondu à cette question.

Mesure n°50 : Actions de formation des aidants

Présentation générale

Dans l'objectif d'apporter un soutien aux aidants qui accompagnent un proche atteint de la maladie d'Alzheimer ou autres maladies apparentées, le plan Alzheimer 2008-2012 a prévu la réalisation d'actions de formation dont l'objectif est « *d'informer et de sensibiliser les aidants familiaux à la compréhension de la maladie et de ses troubles, de ses retentissements dans la vie quotidienne, de permettre à l'aidant de prévenir, d'anticiper et mobiliser les ressources internes et externes afin de construire un projet de vie avec le malade, tout en se préservant* ».

Le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 conforte l'utilité et l'importance des formations à destination des aidants. La mesure 50 du plan prévoit d'améliorer la formation à destination des aidants et élargit les publics ciblés aux aidants de malades de Parkinson et de sclérose en plaques.

L'action de formation doit se décliner en cinq modules d'une durée totale de 14 heures et aborder les thématiques suivantes : connaître la maladie et comprendre ses manifestations, informer sur les différentes aides possibles, assurer l'accompagnement de l'aidé, communiquer et comprendre l'aidé, et être « l'aidant principal ».

Méthodologie

Ce bilan a été réalisé à partir de l'étude des bilans d'activité des 28 actions de formation mises en place par 16 porteurs fin 2017 - début 2018 (34 actions pour 20 porteurs en 2017). Parmi ces 28 actions, 23 ont été réalisées au titre de l'appel à candidatures 2018 et 5 l'ont été au titre de l'appel à candidatures d'une année précédente.

L'analyse des données des bilans d'activité 2018 porte sur 28 actions.

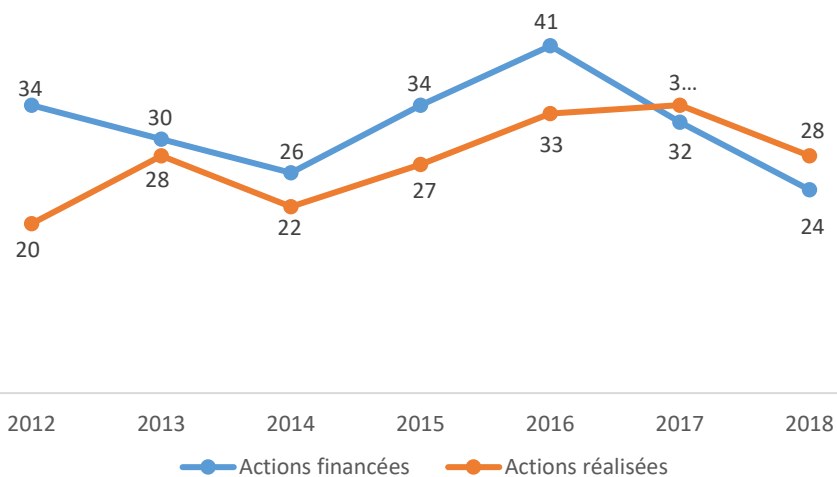


État des lieux dans la région

En 2009 et 2010, l'association France Alzheimer a été l'opérateur principal chargé de la mise en œuvre des actions de formations des aidants. Depuis 2011, la poursuite du déploiement de cette mesure a également été confiée aux agences régionales de santé. La sélection des projets s'effectue à travers une procédure d'appel à candidatures (AAC). En complément, France Alzheimer continue à organiser des formations des aidants sur l'ensemble du territoire national.

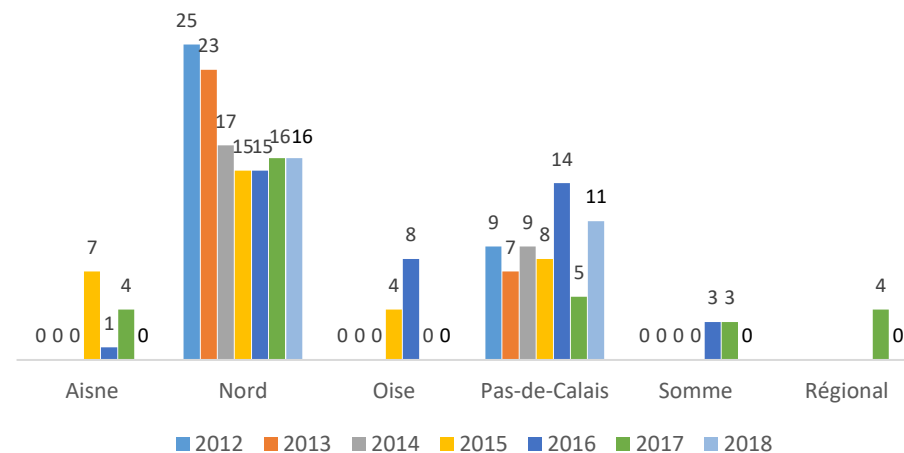
Actions financées par l'ARS et actions réalisées entre 2012 et 2018

Les actions de formation des aidants financées dans le cadre de l'AAC entre 2012 et 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

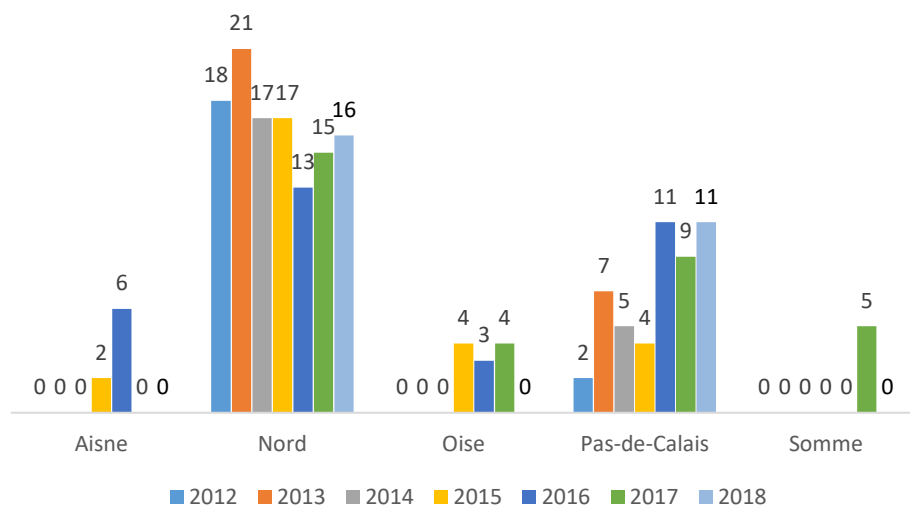
Actions financées dans le cadre de l'ACC par département entre 2012 et 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Depuis 2012, **192 actions de formation ont été réalisées** dans les Hauts-de-France. Le Nord concentre à lui seul 61 % des formations réalisées au cours de la période 2012-2018. Une formation sur quatre s'est tenue au cours de cette même période dans le Pas-de-Calais. Depuis 2015, les actions de formation se déployaient progressivement aux autres départements mais en 2018, aucun département de l'ex-Picardie ne présente d'action de formation.

Actions réalisées par département entre 2012 et 2018



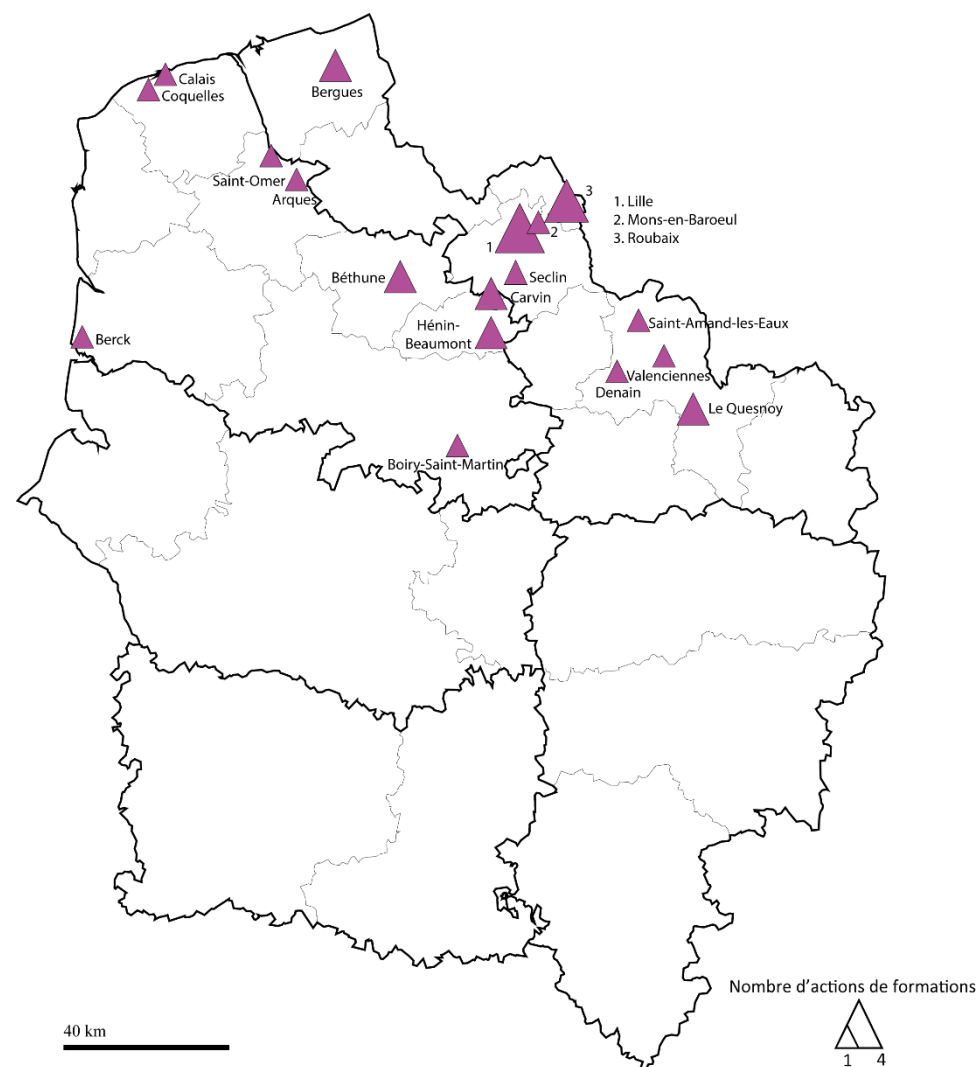
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

En 2018, 28 actions ont été réalisées (34 en 2017) :

- 16 dans le Nord (15 en 2017),
- 11 dans le Pas-de-Calais (9 en 2017),
- 1 formation sur le périmètre régional (non affectée à un département en particulier, comme en 2017).

Il n'existe pas d'actions dans les départements de l'ex-Picardie en 2018 alors qu'en 2017, 5 étaient recensées dans la Somme et 4 dans l'Oise.

Implantation des lieux de déroulement des formations des aidants en 2018



Source : ARS – DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Dans le cadre du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019, des actions de formations des aidants sont désormais ouvertes aux personnes souffrant de la maladie de Parkinson et de la sclérose en plaques.

Ainsi, en 2018 sur les 28 formations étudiées (dont le bilan a fait l'objet d'une analyse) :

- 17 ont vu participer un public exclusif Alzheimer,
- 3 un public exclusif maladie de Parkinson
- 5 un public exclusif sclérose en plaques.
- 3 actions ont vu participer un public mixte : 1 tous publics (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques) et 2 Alzheimer / sclérose en plaques.

Sur les actions financées dans le cadre des AAC 2017 et 2018, 9 formations n'ont pas pu se tenir en 2018. Certaines de ces formations sont adaptées à de nouveaux publics :

- 4 formation Alzheimer (1 dans le Nord, 2 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme),
- 2 formations concernant la sclérose en plaques (à programmer dans la région).

En effet, ces formations adaptées à des nouveaux publics (aidants de malades de sclérose en plaques) sont des formations qui nécessitent un temps de mise en place plus long (préparation, recrutement...) que les formations dédiées aux aidants de malades d'Alzheimer en place depuis plusieurs années.

Actions de formations programmées en 2018-2019

Dans le cadre de l'appel à candidatures 2019, 25 formations seront proposées (financées par l'ARS). Fin 2019-début 2020, il est prévu que 6 formations financées dans le cadre d'un appel à candidature (AAC) antérieur à 2019 se déroulent dans la région. Ainsi, se tiendront :

- 18 actions dans le Nord (dont une au titre d'un AAC antérieur à 2019) ;
- 10 actions dans le Pas-de-Calais (dont 2 dans le cadre d'un AAC antérieur à 2019),
- 1 action dans la Somme (dans le cadre d'un AAC antérieur à 2019),
- 2 actions dans un périmètre régional (dans le cadre d'un AAC antérieur à 2019).

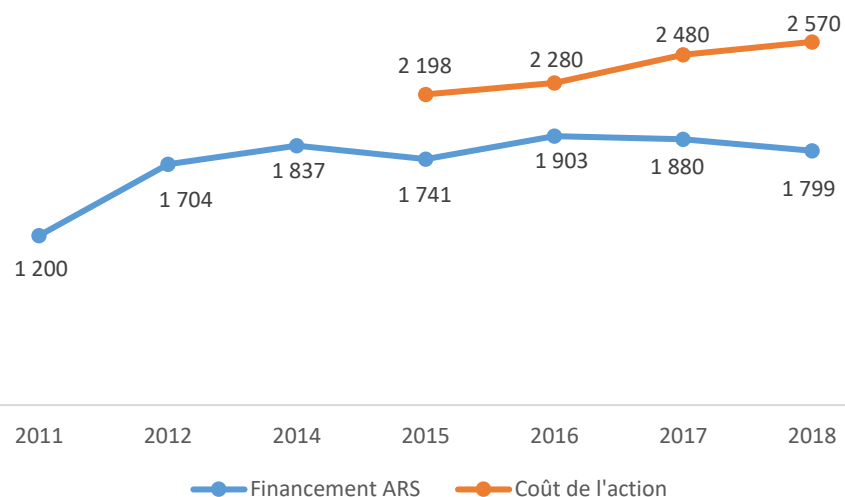
Aspects financiers

Les actions de formation menées en 2018 sont financées par l'ARS grâce à un forfait dont le montant varie de 1 400 € à 2 000 € par action. Chacune des actions réalisées en 2018 a été financée par l'ARS en moyenne à hauteur de 1 799 € pour un coût réel moyen de 2 570 €¹⁸. Le financement de l'ARS couvre 70 % du coût total des 26 actions ayant précisé le coût total. En 2017, chacune des actions réalisées avait été financée par l'ARS en moyenne à hauteur de 1 880 € pour un coût réel moyen de 2 480 €. Le financement de l'ARS couvrait alors 76 % du coût total des actions.

Sur les 26 actions pour lesquelles les données de coût total sont précisées, la participation de l'ARS couvre :

- la totalité du coût de l'action dans 6 cas ;
- entre 80 % et 99 % du coût dans 12 cas ;
- entre 60 % et 79 % dans 4 cas ;
- entre 40 % et 59 % dans 3 cas ;
- moins de 40 % des coûts dans 1 cas.

Coût et financement des actions de formation



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

¹⁸ Le coût réel n'a pas été spécifié pour deux actions.

Analyse des données des bilans d'activité 2017

Les types de porteur

Sur les 16 porteurs des 28 actions réalisées en 2018, la répartition est la suivante :

- 5 centres hospitaliers,
- 7 associations,
- 2 PFR,
- 2 autres (1 CCAS et 1 GCS).

Données sur les formations

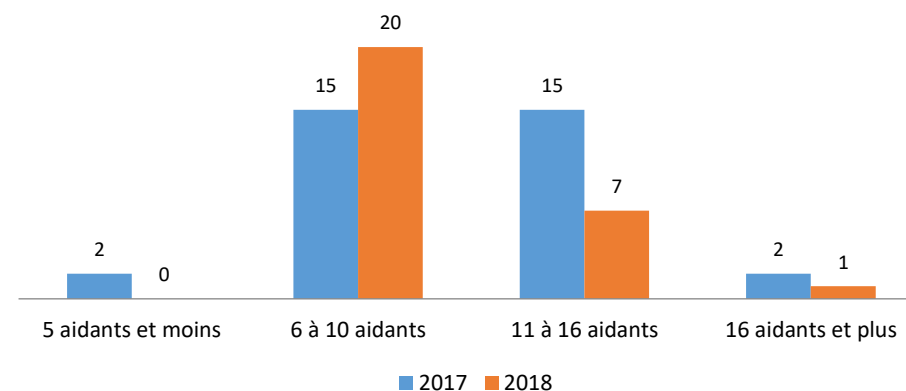
Au total, **271 aidants** ont participé aux **28 actions** de formation retenues pour cette étude, soit en moyenne *9,7 aidants par action* (9,9 en moyenne dans le Nord et 9,2 dans le Pas-de-Calais). Cette moyenne était de 9,8 en 2017, 8,9 en 2016, 9,4 en 2015 et 9,8 en 2014. Ces moyennes correspondent aux critères du cahier des charges qui précise que la constitution des groupes peut varier de 8 à 15 personnes.

Au total **307 personnes se sont inscrites** aux sessions de formation et **271 d'entre elles ont participé** aux 164 séances de formation, soit 88 % des inscrits (ce pourcentage était de 97 % avec 332 participants en 2017) : 82 % dans le Nord et 99 % dans le Pas-de-Calais.

Les actions de formation des aidants étant mises en œuvre par différents porteurs, il existe une disparité parfois importante du **nombre de séances** de formation réalisées, variant de 4 à 10 selon les actions (comme en 2017).

Ainsi, les 28 actions de formation se sont déroulées dans des intervalles de temps entre la première et la dernière séance variant de 21 jours à 8 mois. Elles se sont déroulées sur une période inférieure à 1 mois pour 11 d'entre elles, 15 formations se sont étalées sur une période de 1 à 3 mois et 2 sur une période supérieure à 3 mois.

Répartition des actions de formation selon le nombre d'aidants participants en 2017 et 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Les lieux de réalisation des actions ont été principalement les plateformes d'accompagnement et de répit (9 formations), EHPAD (7), centres hospitaliers (6), associations (2), SSIAD (1). Des formations ont aussi eu lieu dans une maison de quartier et une communauté d'agglomération.

Le cahier des charges précise que **la constitution des groupes d'aidants participants** aux formations doit être si possible homogène au regard de l'état d'avancement de la maladie de l'aidé ou du lien de parenté avec la personne malade. Cependant, les actions de formation réalisées en 2018 ont mobilisé des aidants de différents âges aux liens de parenté différents avec la personne aidée, présentant des stades divers d'avancement de la maladie.

Il existe également une grande disparité entre les actions réalisées concernant **l'assiduité des aidants**. En effet, en 2018, sur les 271 aidants ayant participé aux actions de formations, **167 ont assisté à toutes les sessions de la formation**, soit 61 % des aidants participants (53 % en 2017, 50 % en 2016). **La part des aidants ayant assisté à toutes les sessions est supérieure dans le Pas-de-Calais (70 %, dont 3 formations avec une assiduité de 100 % ; 59 % en 2017) à celle observée dans le Nord (51 % ; 52 % en 2017)**. Plusieurs porteurs indiquent toutefois que de nombreux participants n'ont manqué qu'une séance sur l'ensemble de la formation.

Difficultés à mobiliser les aidants

Plusieurs structures font part d'une bonne mobilisation des aidants et d'une assiduité satisfaisante. Les discussions et échanges ont été fructueux et intéressants, dans le respect de la parole des autres. De nombreux liens se sont créés entre aidants.

Cependant, malgré une large communication relayée par les partenaires, plusieurs opérateurs ont fait part de leurs difficultés à mobiliser les aidants. Les actions ayant réuni le plus grand nombre d'aidants sont celles réalisées conjointement avec des acteurs de terrain ayant un rôle direct auprès du couple aidant-aidé (Clic, plateforme de répit, consultation mémoire...). Les principaux freins à la mobilisation des aidants sont relatifs au transport, à la garde du proche aidé et à la disponibilité des aidants, notamment ceux en activité (formations longues et difficulté à se libérer pour de nombreuses séances). Certains aidants ont du mal à se projeter sur des cycles de formations de 5 séances.

Ainsi, les leviers sont la possibilité d'accueillir le proche aidé dans la structure le temps de la formation et l'aide au transport (recherche de solutions, y compris covoiturage entre aidants). Faire la formation dans les locaux de la structure proposant la formation est un avantage relayé par plusieurs acteurs : cela facilite la venue des aidants et permet d'identifier la structure comme lieu ressource.

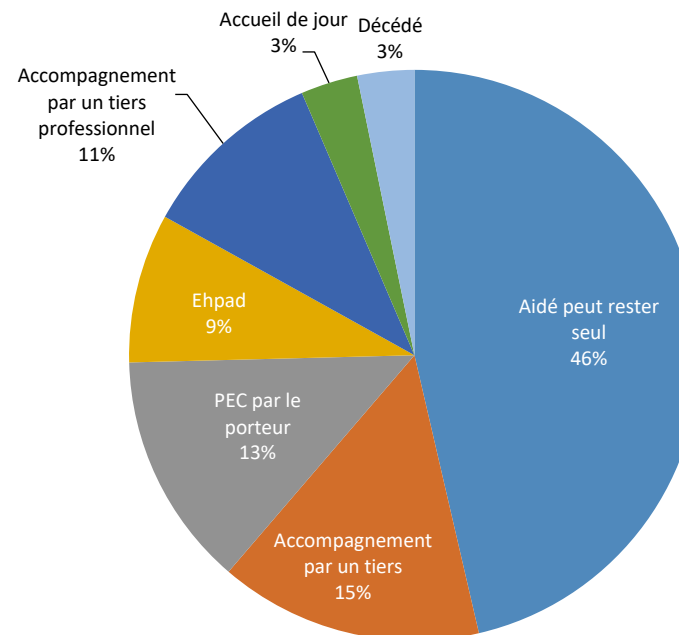
Pendant les formations, 46 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident peut rester seule (53 % des aidants du Nord, 31 % de ceux du Pas-de-Calais ; 42 % en 2017). Pour 9 % d'entre eux, l'aidé est en EHPAD (6 % dans le Nord, 14 % dans le Pas-de-Calais ; 7 % en 2017).

Le type de solution mise en place pour l'aidé le temps de la formation suivi par l'aidant est pour 15 % d'entre eux l'accompagnement par un tiers (12 % dans le Nord, 20 % dans le Pas-de-Calais ; 22 % en 2017), 11 % l'accompagnement par un tiers professionnel (6 % dans le Nord, 20 % dans le Pas-de-Calais ; 6 % en 2017) et 3 % le recours à l'accueil de jour (7 % dans le Nord, 1 % dans le Pas-de-Calais ; 5 % en 2017). Pour 3 % des aidants, le proche était décédé au moment de la formation (comme en 2017).

Enfin, un accompagnement de la personne aidée par le porteur du projet a été proposé dans 13 formations et a bénéficié à 13 % des aidants participants (28 % dans le Nord, 4 % dans le Pas-de-Calais ; 10 % en 2017). Cet accompagnement réalisé par un partenaire ou par l'opérateur permet de lever un frein constaté les années précédentes, l'aidant pouvant participer plus facilement à l'action sachant la personne accompagnée est prise en charge.

De plus, des solutions de transport pour l'aidant souhaitant participer à la formation ont été mises en place par un opérateur du Nord. En 2018, 220 aidants se sont rendus sur le lieu de formation avec leur voiture personnelle (soit 89 % des aidants), 17 en transport en commun (uniquement des aidants du Nord), 7 à pied, 2 avec le transport mis en place par l'opérateur et 1 aidant du Nord est venu en vélo et un autre avec le train. Cette information est indisponible pour 23 aidants.

Type de solution mise en place pour l'aidé le temps de la formation suivi par l'aidant en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S Champ : 248 aidants (23 non-réponses)

Les intervenants

Globalement, lors des actions de formation, les intervenants sont des professionnels mis à disposition par les acteurs partenaires des actions. Au total, 146 professionnels sont intervenus dans les 28 actions de formation, permettant de couvrir tous les champs de la prise en charge. Les professionnels les plus cités sont des psychologues (20), médecins gériatres (16), ergothérapeutes (16), IDE (14), assistantes sociales (11), neuropsychologues (11).

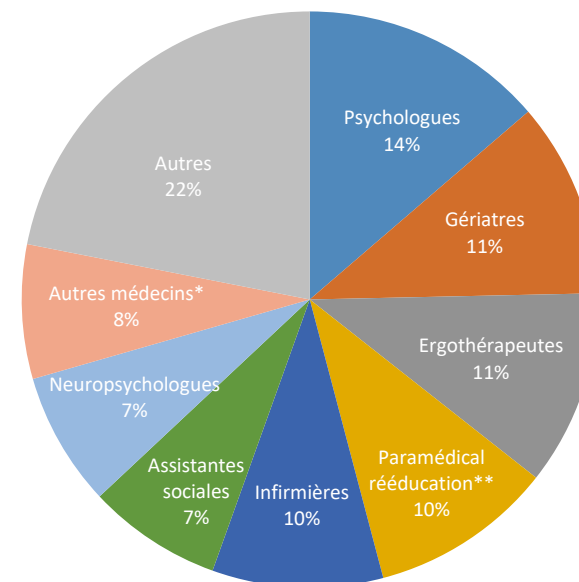
Concernant des questions spécifiques, certains opérateurs ont fait intervenir des professionnels d'horizons divers comme par exemple des diététiciennes, orthophonistes, ASG ou encore des mandataires judiciaires lors d'une séance relative aux démarches administratives.

Pour 10 des 28 actions de formation réalisées en 2018 (4 dans le Nord, 6 dans le Pas-de-Calais), les opérateurs ont fait intervenir un aidant-témoin qui a partagé son expérience avec les aidants. L'intervention de l'aidant-témoin permet aux aidants de prendre conscience qu'ils ne sont pas seuls dans leur cas.

Mobilisation des partenaires

En 2018, la mobilisation des acteurs s'est faite sans difficulté. Pour la majeure partie des opérateurs, le partenariat avec les acteurs de leur territoire s'est vu renforcer, permettant ainsi une plus large communication des actions de formation. De nouveaux partenaires ont été sollicités pour intervenir sur différentes thématiques et des projets ont été initiés (comme la mise en place de sorties de couple aidant-aidé avec la PFR, l'équipe spécialisée Alzheimer et le CLIC du territoire, ou encore la valorisation d'un café mémoire).

Répartition des intervenants selon leur profession en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

* Autres médecins : médecin physique réadaptation, neurologue, médecin coordonnateur

** Professions paramédicales du secteur de la rééducation : masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien (NB : les ergothérapeutes sont représentés à part)

Données concernant les aidants

Le cahier des charges prévoit que l'action de formation doit constituer une offre de proximité et s'inscrire dans une logique de partenariat avec les acteurs du territoire, afin de permettre aux aidants les plus isolés de bénéficier de cette prestation. La plupart des opérateurs a réalisé la communication et l'information auprès des aidants en partenariat avec d'autres acteurs : EHPAD, Clic, centres hospitaliers, MAIA, Services de soins et d'aide à domicile, associations, etc.

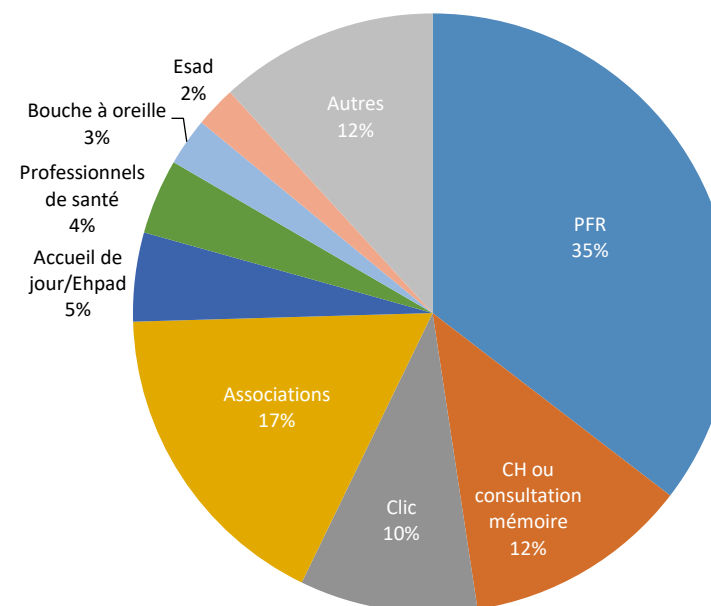
Les aidants ayant participé aux formations ont été orientés principalement par les PFR (35 % des cas), les associations (17 %), les centres hospitaliers ou les consultations mémoires (12 %), les Clic (10 %), les accueils de jour/EHPAD (5 %). Les professionnels de santé sont à l'origine de 4 % des orientations des aidants. Le bouche à oreille et les Esa en représentent respectivement 3 % et 2 % des orientations. La catégorie « Autres » (12 %) correspond aux orientations issues de CCAS, du réseau ParcSeP, de pharmacie, de services sociaux, d'autres aidants/amis ou encore suite à des actions de communication (*flyers*, internet).

Cette répartition évolue assez sensiblement par rapport aux années précédentes. Les orientations par les PFR et le Clic passent respectivement de 26 % et 5 % en 2017 à 35 % et 10 % en 2018. Parallèlement, les orientations des accueils de jour/EHPAD passent de 16 % à 5 %.

La part des orientations opérées par les associations poursuit son augmentation au fil des ans : 17 % en 2018 versus 10 % en 2017 et 5 % en 2016.

La part des orientations de centres hospitaliers et consultations mémoire poursuit sa diminution (12 % en 2018), après avoir nettement diminué en 2016 (28 %) et 2017 (15 %).

Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

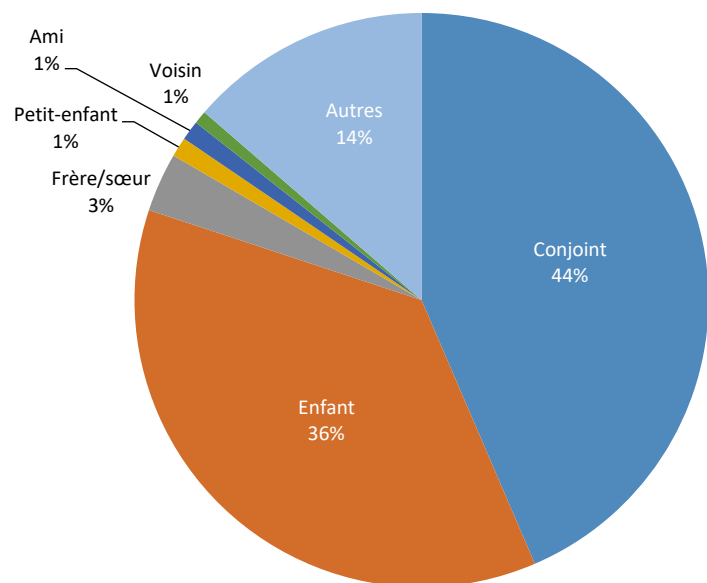
Champ : 271 aidants

Les aidants participant aux actions de formation sont principalement des femmes (78 %). Cette proportion est légèrement supérieure à celle observée les années précédentes : 71 % en 2017, 73 % en 2016, 75 % en 2015 et en 2014, 72 % en 2013.

Les aidants sont principalement des enfants (36 % des aidants en 2018, 45 % en 2017) et des conjoints (44 % en 2018, 37 % en 2017). Les « Autres » aidants sont des belle-fille ou parents de la personne aidée, une étudiante en direction d’EHPAD mais aussi des aidants professionnels.

Près d’un aidant sur deux (46 %) ayant participé aux actions ont moins de 61 ans. Près de 30 % des aidants sont âgés de 61 à 70 ans et un sur quatre est âgé d’au moins 70 ans. En 2018, la répartition par âge des aidants est voisine de celle observée en 2017.

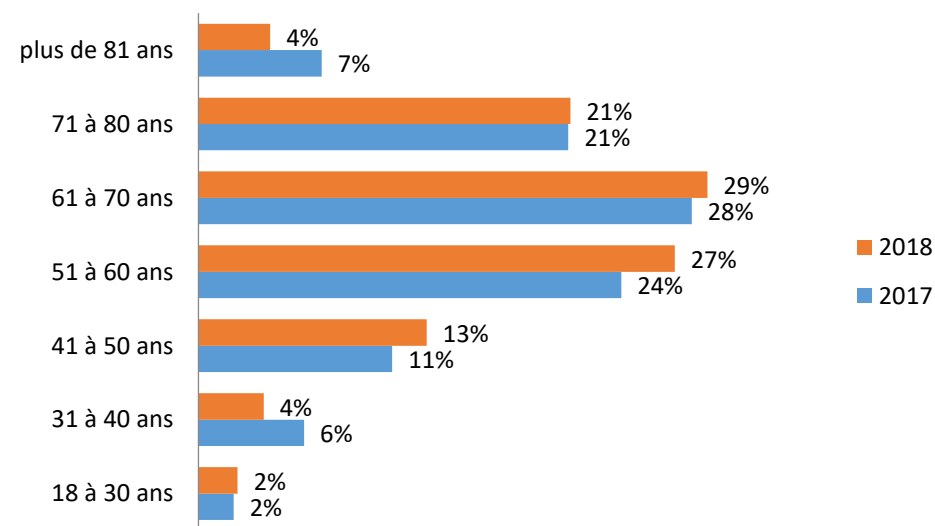
Répartition des aidants selon leur lien avec la personne aidée en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 271 aidants3

Répartition des aidants selon leur âge en 2017 et 2018



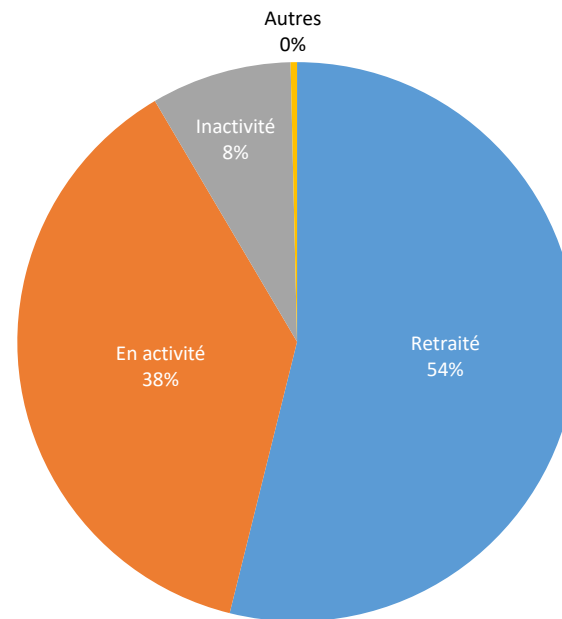
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 332 aidants en 2017 ; 271 en 2018

Plus d'un aidant sur deux ayant suivi une formation est en retraite (62 % dans le Nord et 40 % dans le Pas-de-Calais) et deux sur cinq sont en activité (29 % dans le Nord et 51 % dans le Pas-de-Calais). Par ailleurs, 9 % des aidants sont inactifs hors retraite (dans le Nord comme dans le Pas-de-Calais).

Cette répartition est proche de celle observée en 2017 (55 % de retraités, 32 % d'actifs et 13 % d'inactifs hors retraite), à la différence près que les aidants en activité sont mieux représentés en 2018 (du fait que de nombreux aidants professionnels aient suivi une formation dans le Pas-de-Calais).

Répartition des aidants selon leur situation au regard de l'emploi en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 271 aidants

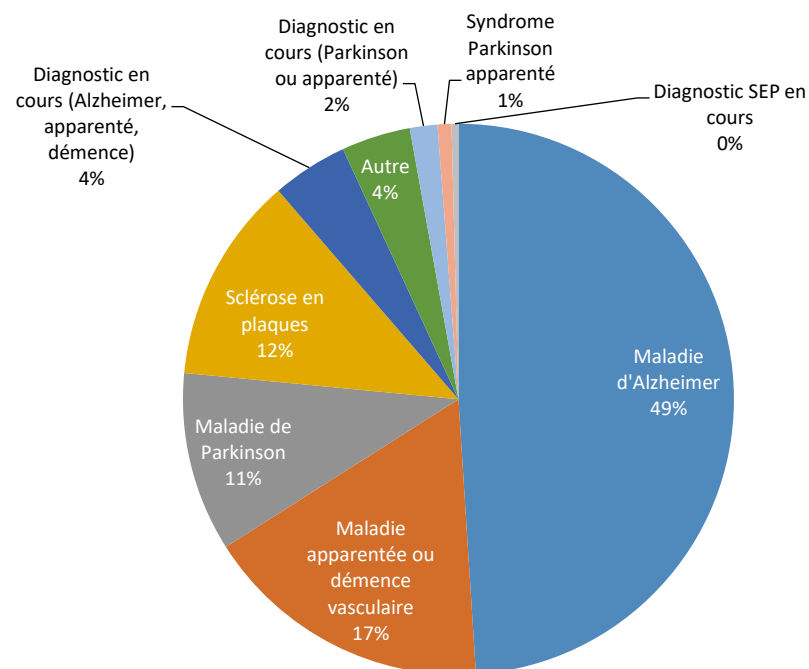
Données concernant la personne aidée

Les aidants ont renseigné des informations sur les personnes qu'elles aident. Elles portent sur 247 personnes aidées (148 dans le département du Nord et 99 dans le Pas-de-Calais) et concernent le diagnostic principal, le mode de vie et la durée d'accompagnement de l'aidant. Ils étaient 332 en 2017.

Les aidants qui participent aux formations vivent dans 52 % des cas avec la personne aidée (43 % en 2017) : 58 % dans le Nord et 34 % dans le Pas-de-Calais. Les aidants déclarent que les autres personnes aidées vivent avec un autre aidant dans 18 % des cas (18 % dans le Nord et 20 % dans le Pas-de-Calais ; 14 % en 2017), seule dans 18 % des cas (16 % dans le Nord et 24 % dans le Pas-de-Calais ; 29 % en 2017) et en établissement dans 9 % des cas (7 % dans le Nord et 15 % dans le Pas-de-Calais ; 8 % en 2017). Six personnes aidées (toutes dans le Pas-de-Calais) étaient décédées au moment de la formation.

La part des malades d'Alzheimer parmi les personnes aidées est de 49 % (56 % en 2017), celle des personnes atteintes de maladies apparentées ou de démence vasculaire est de 17 % (25 % en 2017). La part des malades de Parkinson et de la SEP représente respectivement 11 % et 12 % des personnes aidées par les participants aux actions de formation (8 % et 4 % en 2017). Les diagnostics en cours représentent 7 % des aidés.

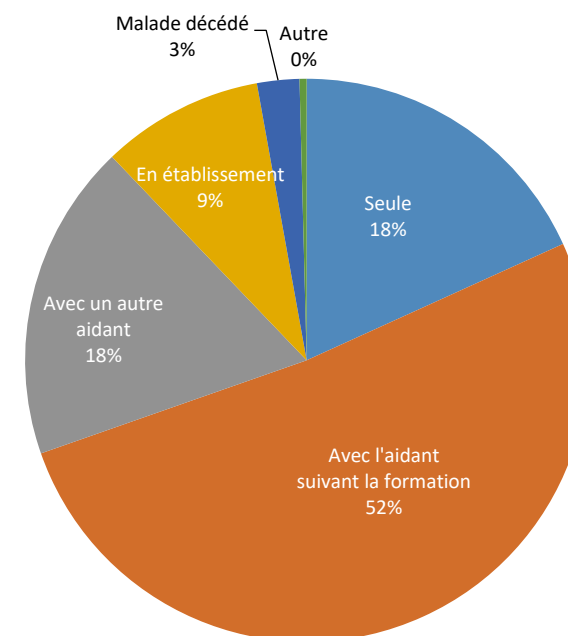
Répartition des aidants selon le diagnostic principal de la personne aidée en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 247 personnes aidées

Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée en 2018



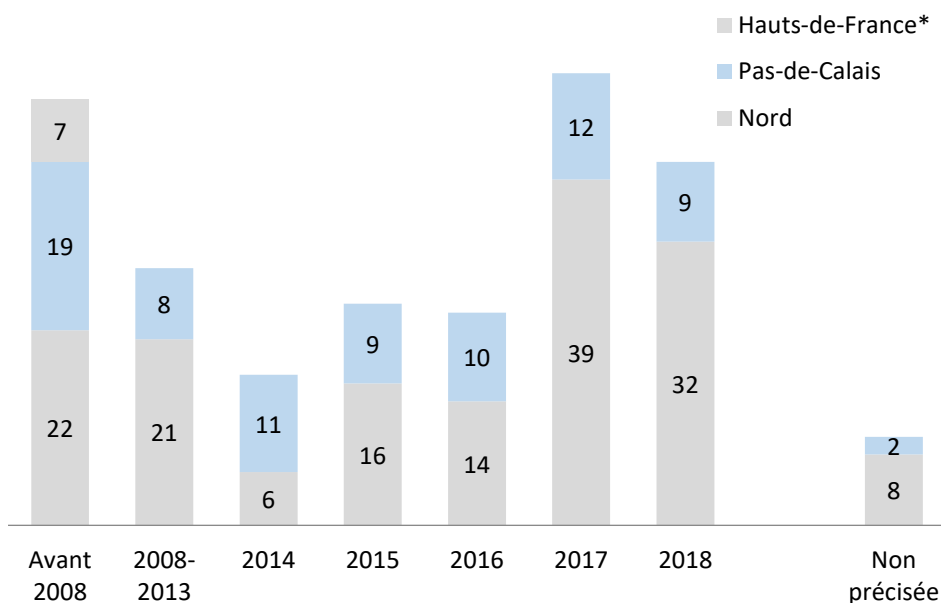
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 247 personnes aidées

Près de six aidants sur dix ayant bénéficié d'une formation des aidants déclarent que le diagnostic de la personne aidée a été posé avant 2017 (143 sur 245 aidants, soit 58 %). Pour 92 aidants, le diagnostic a été posé les deux dernières années (51 en 2017 et 41 en 2018).

Trois aidants sur dix ayant bénéficié d'une formation des aidants déclarent une durée d'accompagnement de la personne aidée comprise entre 1 et 3 ans. Ceux accompagnés depuis plus de 7 ans représentent 25 %. Puis, les aidants se répartissent à parts égales entre moins d'un an d'accompagnement (20 %) et 3-5 ans (18 %). Peu d'aidants déclarent que leur aidé est suivi depuis 5 à 7 ans (4 %) et 10 n'ont pas donné de durée d'accompagnement.

Nombre d'aidants selon l'année de diagnostic de la personne aidée

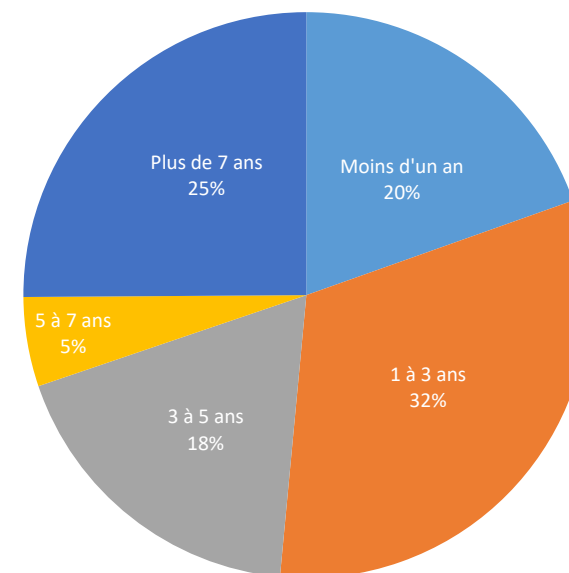


* Formation proposée au niveau régional, données non attribuées à un département en particulier

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 245 aidants

Répartition des aidants selon la durée d'accompagnement de la personne aidée



Champ : 245 aidants, dont 10 non-réponses

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Mesure n°34 : Poursuivre l'effort et consolider la dynamique d'intégration des services d'aide et de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie grâce au déploiement des MAIA

Présentation générale

La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou présentant des troubles cognitifs se distingue par des interventions multiples des professionnels des domaines sanitaire, médico-social et social. De ce fait, le parcours d'accompagnement risque d'être davantage marqué par des doublons d'intervention et par des réponses fragmentées ou mal coordonnées.

Afin d'éviter les discontinuités entre les interventions de ces divers professionnels et d'améliorer l'accessibilité aux différents types de services, le plan Alzheimer 2008-2012 a prévu la mise en place des dispositifs « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie » (MAIA) dont l'objectif principal est la création d'un partenariat coresponsable des acteurs présents sur un territoire donné. Plus précisément, les MAIA conduisent une démarche d'intégration des acteurs du territoire reposant sur trois mécanismes :

- la concertation ;
- la constitution d'un « guichet intégré » des acteurs, permettant de fournir à tout endroit du territoire, une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers ;
- le service de gestion de cas complexes pour les personnes vivant à domicile.

L'équipe d'un dispositif MAIA est formée d'un pilote et de deux gestionnaires de cas minimum. Un diplôme interuniversitaire a été spécifiquement créé pour la formation de ces derniers, qui est accessible dans la région à Lille.

La population concernée est celle des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, et plus largement celle des personnes âgées en situation de perte d'autonomie fonctionnelle.

La mesure 34 du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 conforte l'utilité et l'importance des MAIA dans la prise en charge des personnes âgées et prévoit de poursuivre l'effort et consolider la dynamique d'intégration des services d'aide et de soins pour les personnes âgées en perte d'autonomie grâce au déploiement des dispositifs MAIA.

Implantation des MAIA

L'installation des premières MAIA dans l'ex-Nord – Pas-de-Calais date de 2009 quand deux sites ont été retenus au niveau national pour expérimenter ce type de dispositif. Il s'agit de la MAIA Lille Sud-est portée par l'association Eollis et de la MAIA du Montreuillois dont le porteur de projet est le conseil départemental du Pas-de-Calais. Ce dispositif s'est ensuite déployé à partir de 2011.

Les Hauts-de-France sont aujourd'hui dotés de 24 MAIA, toutes ont déclaré une activité en 2018. Les MAIA se répartissent ainsi :

- 3 MAIA dans l'Aisne,
- 10 dans le Nord,
- 2 dans l'Oise,
- 7 dans le Pas-de-Calais,
- 2 dans la Somme.

Ces 24 MAIA couvrent l'ensemble de la région.

Type de porteurs

Les MAIA sont portées par différents types de structures. Ainsi, en 2018 :

- 7 étaient portées par un conseil départemental,
- 3 étaient portées par un GCMS,
- 9 étaient portées par une association,
- 3 étaient portées par un GCS,
- 1 était portée par une communauté de communes,
- 1 était portée par un CCAS.

Implantation des MAIA en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Analyse des données d'activité

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2018 des dispositifs MAIA s'est effectuée principalement sur la base de deux outils : la fiche d'indicateurs nationaux et le rapport annuel d'étape. Cependant, cette étude a tenu compte de la création successive de ces dispositifs, de leur installation graduelle et du caractère progressif de leur activité (réalisation du diagnostic organisationnel et sa réactualisation, recrutement progressif des gestionnaires de cas, information continue auprès des acteurs du territoire et processus d'intégration des acteurs partenaires au guichet intégré). En effet, ces tâches peuvent se révéler complexes et nécessitent un travail de longue durée.

En 2018, les 24 MAIA autorisées au 31 décembre 2018 ont été en activité (intégration des partenaires au guichet intégré et gestion de cas) **durant toute l'année.**

À noter, concernant les outils utilisés pour l'analyse de l'activité des MAIA, que de nombreuses questions sont restées sans réponses ou mal renseignées, ne permettant pas toujours l'exhaustivité dans les analyses. Cette étude suit le cours des trois mécanismes de la méthode MAIA : la concertation, l'implantation du guichet intégré et la gestion de cas.

Table de concertation stratégique et tactique

Le projet MAIA est fondé sur la création d'espaces collaboratifs nommés « table de concertation », réunissant des acteurs du territoire du dispositif MAIA.

Les tables de concertation stratégique réunissent les acteurs financeurs et décideurs de la planification et du réajustement de l'offre de services sur le territoire. Cette table est organisée au niveau départemental pour le Nord, le Pas-de-Calais et la Somme depuis juin 2015 et pour l'Aisne depuis mars 2018. Elle est organisée au niveau des MAIA pour l'Oise. Ces tables ont été réunies en 2018, une fois dans l'Aisne, une à deux fois dans l'Oise, une dans le Pas-de-Calais, une fois pour la Somme. Aucune table stratégique n'a été tenue en 2018 dans le département du Nord.

Par ailleurs, une instance de travail a été créée dans le Nord en 2016 afin de faire le lien entre les tables tactiques de territoire et la table stratégique départementale : le Comité technique MAIA 59 composé du conseil départemental du Nord, de l'ARS et des MAIA, il permet l'harmonisation des pratiques sur les territoires MAIA, l'articulation entre table tactique et stratégique, la priorisation de sujets et la préparation de l'ordre du jour de la table stratégique départementale. Il ne s'est pas réuni en 2018.

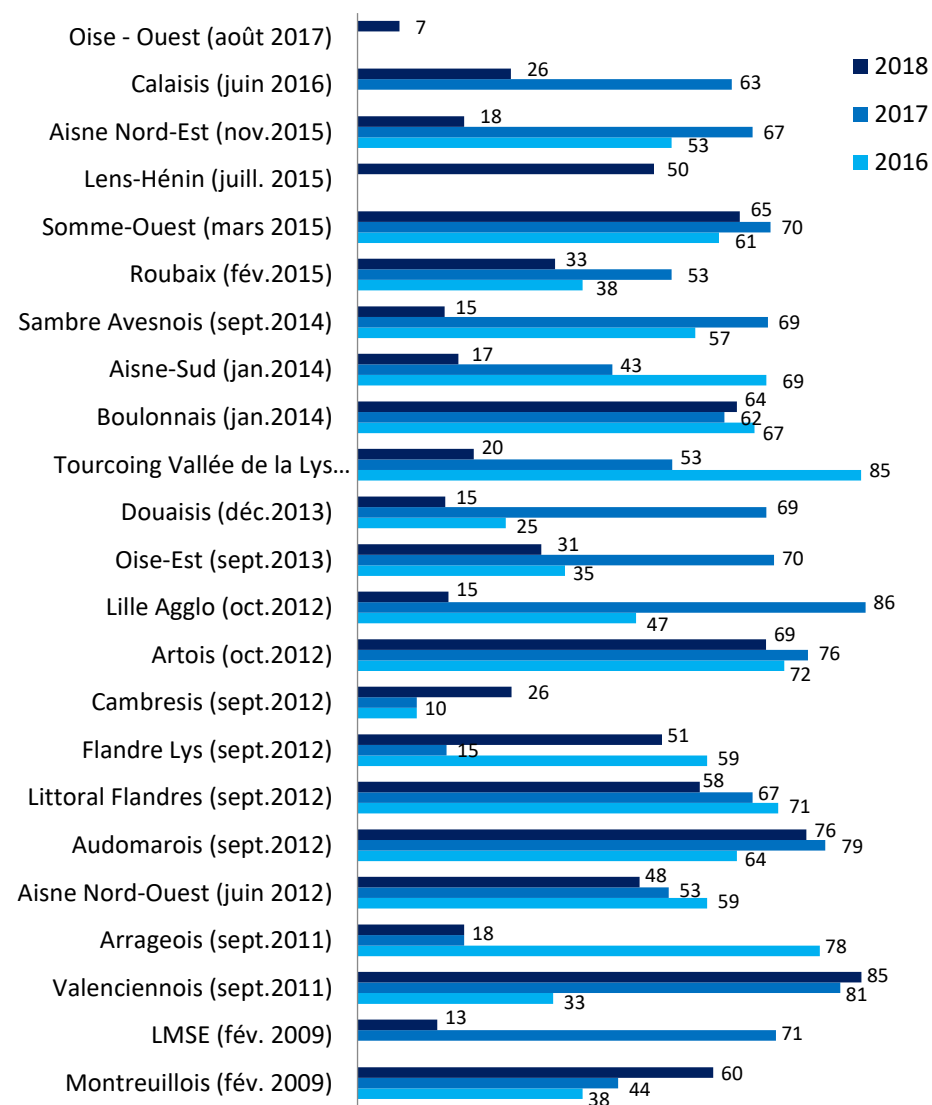
Les **tables de concertation tactique** sont composées de responsables d'établissements et des services ainsi que les professionnels de santé libéraux du territoire. Leur mission est d'analyser le service rendu, d'envisager des solutions aux difficultés rencontrées et d'interpeller, si nécessaire, les tables de concertation stratégique.

En 2018, les réunions de la table de concertation tactique se sont tenues d'une à quatre fois dans l'année. Le nombre d'acteurs présents en dernière table tactique rapporté au nombre d'acteurs identifiés sur le territoire n'a pu être exploité pour une MAIA.

Le taux de participation est variable d'une MAIA à une autre allant de 7 % pour la MAIA Oise – Ouest à 86 % pour la MAIA Valenciennois Quercitain.

Ce taux n'est pas directement lié à l'ancienneté d'installation de la MAIA.

Part des structures présentes lors de la dernière table de concertation tactique dans les MAIA en 2016, 2017 et 2018 (en %)



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Feuille de route 2019

Lors des tables tactiques de nombreux points sont abordés : des points d'étape sur les différents groupes de travail¹⁹, les actualités et présentation des ressources du territoire, le recueil des problématiques du territoire, le suivi de la gestion de cas, la construction et le suivi de la mise en œuvre du guichet intégré, la communication et la sensibilisation auprès des acteurs du territoire

L'intégration et la concertation entre les partenaires (rencontres, réflexions communes, harmonisation des pratiques, clarification des missions, conventions avec les partenaires...) est un élément important du fonctionnement de la MAIA.

De même, le développement et la gestion des outils sont abordés, comme la fiche recueil des problématiques de parcours, l'annuaire des ressources du territoire (Gérontoguide « Qui fait quoi ? »), le dossier de liaison partagé au domicile, les sites internet...

Les **feuilles de route 2019** consistent principalement en une continuité des actions, groupes de travail, outils et projets initiés en 2018 permettant de développer la MAIA et son processus d'amélioration engagé.

Parmi les objectifs cités, de nombreux portent sur les relations avec les partenaires et professionnels de santé, notamment pour les formations et sessions de sensibilisation : formation des professionnels à la psychogériatrie ; renouvellement des sensibilisations de professionnels ; formation des agents d'accueil pour la mise en place du guichet intégré ; intégration du domaine sanitaire dans le contenu des sessions d'information au guichet intégré ; proposition de sessions d'information aux professionnels de la psychiatrie, médecins et infirmiers libéraux en adaptant le contenu ; interventions dans le cadre de formations initiales et continues (ISL, Ifsi) afin de présenter la MAIA et le service de gestion de cas ; poursuite de la formation des gestionnaires de cas ; formation des pilotes arrivés en 2018. Plusieurs MAIA souhaitent ouvrir la table tactique à d'autres partenaires, dont la psychiatrie.

Par ailleurs, les MAIA comptent poursuivre l'intégration de partenaires (logement, justice, psychiatrie...) et leurs efforts menés en termes de communication (optimisation du site internet et de l'extranet, newsletter, organisation d'un Mardi de l'autonomie Santé mentale, poursuite des journées de sensibilisations...). Certaines MAIA ont parlé d'accentuer la communication descendante vers les équipes de terrain et renforcer la remontée des problématiques de territoire par les acteurs.

Les outils sont à mettre à jour, à développer ou à diffuser : Gérontoguide « Qui fait quoi ? » (et formation des partenaires à son utilisation), diagnostic de territoire (problématiques rencontrées par les partenaires), établir un diagnostic Accueil de jour et travailler avec les établissements sur un plan d'actions territoriales, « recueil du projet de vie », fiche urgence et outils liés à l'hospitalisation de l'aidant, formulaire d'orientation partagé ; Wikisol...

Le guichet intégré continuera sa mise en œuvre avec l'organisation de sessions d'information et de sensibilisation, et le recueil des besoins de sensibilisation.

Pour la gestion de cas, certaines MAIA proposent des groupes de parole des gestionnaires de cas avec supervision d'un psychologue (MAIA Oise Est), la possibilité d'un appui administratif aux gestionnaires de cas et le recrutement en fonction d'un gestionnaire de cas supplémentaire si le financement est possible (MAIA Oise Est / Somme Ouest).

¹⁹ Les thématiques des groupes de travail sont développées plus loin.

Plusieurs MAIA ont évoqué la mise en place et le suivi en 2019 de la Plateforme territoriale d'Appui et le déploiement de l'utilisation de l'OEMD national InterRai Homecare.

Les MAIA parlent également d'évaluations, tant concernant les outils, que concernant les projets, les conventions, les satisfactions des partenaires / aidants / professionnels libéraux.

Thématiques des groupes de travail

Lors de l'année 2018, les 24 MAIA font part de groupes de travail thématiques.

Les thématiques les plus abordées sont : le renforcement de liens avec les partenaires et le réseau (professionnels libéraux et paramédicaux, psychiatrie, justice : 16 occurrences), l'hébergement de la personne âgée (accueil de jour, hébergements temporaires, halte répit, PFR, rencontre inter-établissement d'hébergement : 11 occurrences), l'aide et la prise en charge à domicile (passerelle domicile – EHPAD, Ssiad, continuité de la prise en charge, HAD, classeur de liaison commun, liaison des acteurs... : 9 occurrences), le guichet intégré (identification des besoins et orientations, formation Guichet intégré, sensibilisation, comment le développer ? : 9 occurrences), la gestion de cas (critères d'inclusion, harmonisation des pratiques, développement, évaluation : 7 occurrences), les solutions à apporter lors de l'hospitalisation de l'aidant principal (6 occurrences), les Gérontoguides (6 occurrences), les ateliers juridiques (justice, protection juridique, partenariats... : 5 occurrences), le repérage d'incidents de parcours (dysfonctionnements, éviter les ruptures de parcours : 5 occurrences), le développement d'outils communs et de référentiels (4 occurrences), la communication (4 occurrences), les sorties d'hospitalisation (3 occurrences) et le lien ville – hôpital (3 occurrences)

Par ailleurs, des groupes de travail départementaux ou régionaux sont mis en place sur la psychogériatrie, l'harmonisation de pratiques et d'outils au niveau départemental et recensement de l'offre existante.

Axe psychogériatrie

Le projet régional sur l'organisation de la **psychogériatrie** a débuté en 2016 par la construction d'un cadre régional commun d'organisation entre les deux ex-régions composant les Hauts-de-France. De mars 2017 à fin octobre 2018, des diagnostics locaux ont été pilotés par les MAIA, avant d'élaborer des feuilles de route territorialisées devant conduire à des actions locales à partir de 2019.

En 2018, plus précisément, des réunions de lancement de la démarche par territoire ont été mises en place dès janvier avec présentation de la démarche par l'ARS et désignation d'un binôme soignant auprès du pilote MAIA. En mars, le binôme gériatrie/psychiatrie a été nommé pour chaque territoire avec lettre de mission de l'ARS et un premier comité de pilotage a eu lieu avec les binômes, les pilotes MAIA et l'ARS. En fin d'année, des échanges sur les états des lieux ont eu lieu.

Globalement les MAIA suivent ce plan. Les binômes ont été constitués et les MAIA ont réalisé les diagnostics territoriaux, incluant questionnaires et entretiens individuels et l'identification d'acteurs spécifiques et non spécifiques pouvant être impliqués dans le travail de diagnostic partagé (présentation régionale en octobre 2018). Des échanges sur les états des lieux étaient planifiés en fin d'année 2018.

Les thèmes qui ressortent des diagnostics sont : le besoin de formation des professionnels (repérage, prise en charge), les besoins en ressources sur le territoire (professionnels et structures), le renforcement des liens entre les partenaires et la communication entre les partenaires (secteur sanitaire, psychiatrique), la définition et l'amélioration du parcours du sujet psychogériatrique, la meilleure lisibilité de l'offre de soins psycho-gériatriques sur le territoire, la création d'équipes mobiles de psychogériatrie, les rôles et liens transversal des CMP, la notion de crise en psychogériatrie, la psychogériatrie à domicile, le suivi des patients en EHPAD.

La mise en place et la rédaction de fiches actions locales permettant une mise en œuvre font partie des perspectives 2019, après validation par l'ARS des axes de travail.

Guichet intégré

Dans l'objectif d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et/ou présentant des troubles cognitifs, et de leurs aidants en simplifiant les démarches d'accès aux soins, aux aides et aux services d'accompagnement, les MAIA mettent en place un processus d'intégration des acteurs locaux au sein d'un guichet intégré. Elles permettent également de mieux repérer les situations complexes nécessitant un suivi en gestion de cas.

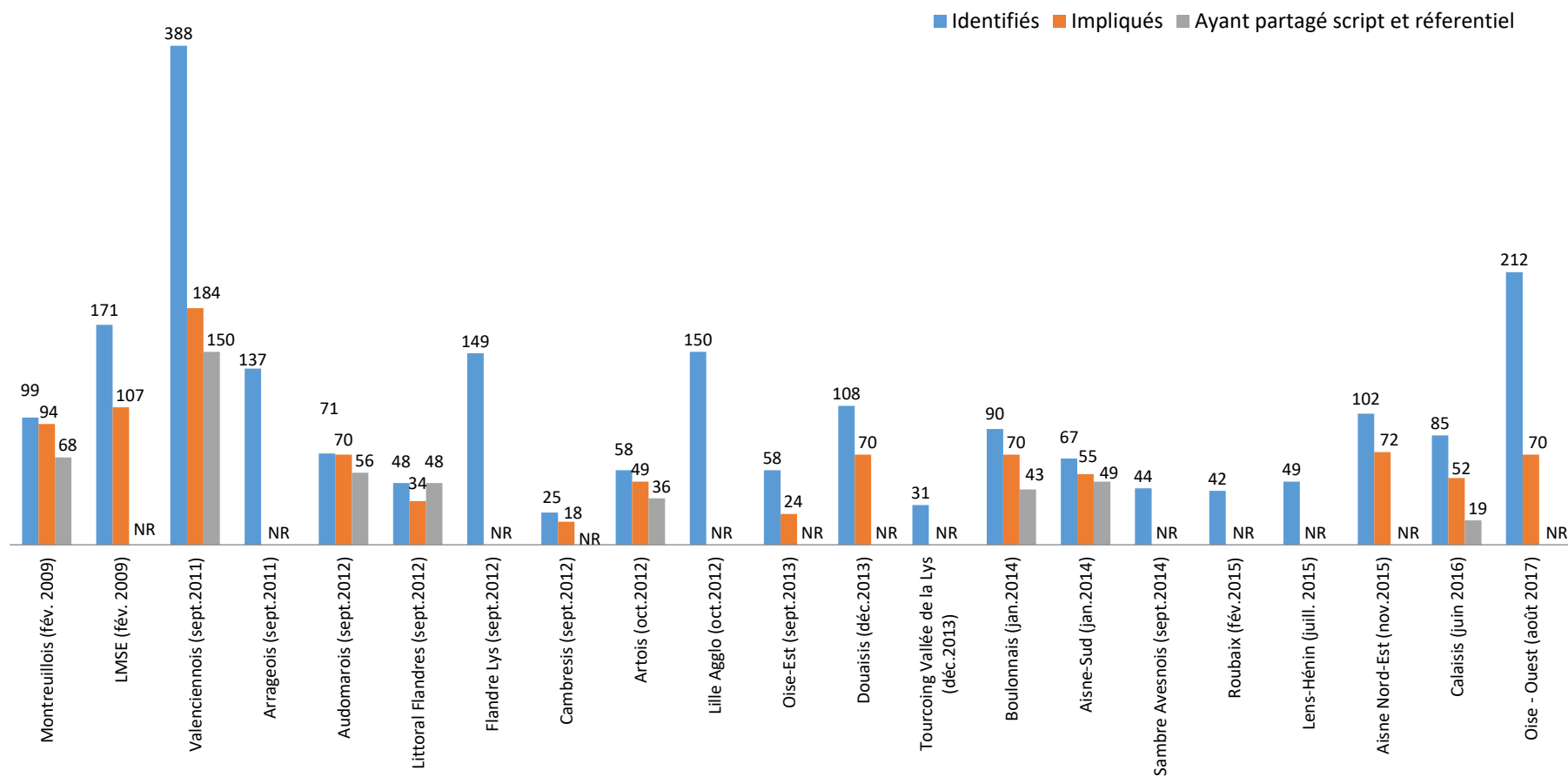
Au total, en 2018, ce sont **2 184 acteurs identifiés par 21 des 24 MAIA** ayant eu une activité d'intégration du dispositif MAIA sur leur territoire contre 1 653 en 2017, 1 589 en 2016, 1 337 en 2015 et 971 en 2014. Le nombre moyen d'acteurs identifiés par MAIA augmente d'une année sur l'autre : 69 en 2014, 84 en 2014, 89 en 2016, 92 en 2017 pour atteindre 104 en 2018.

Sur les 21 MAIA, 14 sont parvenus à identifier 969 acteurs impliqués (978 en 2017, 875 en 2016, 867 acteurs en 2015 et 448 en 2014) dans le guichet intégré soit **44 % des acteurs que ces MAIA ont identifiés** (contre 60 % en 2017, 55 % en 2016, 64 % en 2015 et 46 % en 2014). Seules 8 MAIA ont spécifié le nombre d'acteurs impliqués partageant le formulaire d'orientation et le référentiel d'interventions, ce qui représente 48 % des acteurs impliqués des 20 MAIA, et 77 % des acteurs impliqués de ces 8 MAIA spécifiquement (53 % en 2017, 70 % en 2016). Le graphique suivant permet de visualiser la répartition des acteurs selon leur niveau d'implication au sein du guichet intégré.

Le nombre d'acteurs identifiés a augmenté depuis 2017 en raison de l'ouverture de nouvelles MAIA mais également de leur activité. En effet, pour les 12 MAIA (Lille Sud-Est, Montreuillois, Arrageois, Valenciennois, Littoral et Flandre, Audomarois, Cambrésis, Artois, Douaisis, Tourcoing, Boulonnais et Sambre Avesnois) pour lesquelles les données de 2014 à 2018 sont disponibles, le nombre d'acteurs identifiés est passé de 780 à 1 295, soit une augmentation de 66 %.

Les MAIA de Lille Sud-Est et du Cambrésis sont celles qui présentent les plus fortes augmentations dans le nombre d'acteurs impliqués dans le guichet intégré avec respectivement un supplément de 6 et 18 acteurs impliqués entre 2017 à 2018.

Constitution du guichet intégré au 31 décembre 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 21 MAIA

Acteurs impliqués dans le guichet intégré

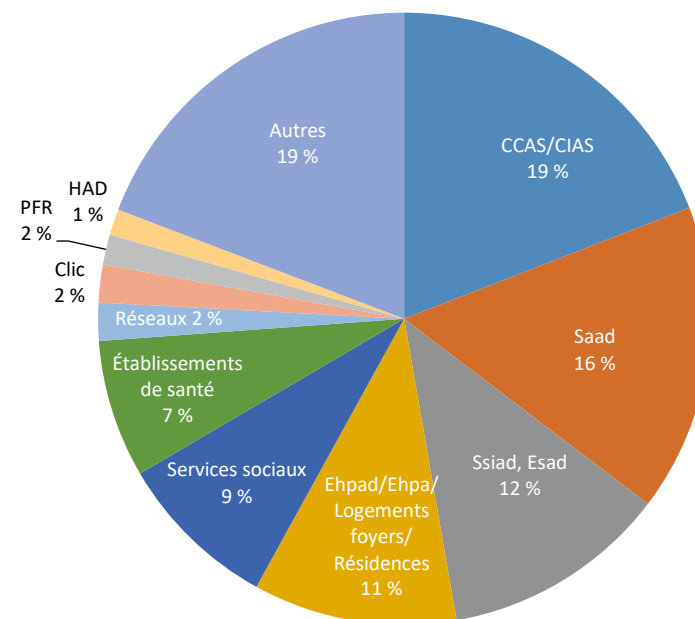
En 2018, le type d'acteurs impliqués au « guichet intégré » a été renseigné par 14 MAIA.

Les différents acteurs impliqués dans le guichet intégré se répartissent de la manière suivante :

- 19 % sont des CCAS/CIAS (17 % en 2017),
- 16 % sont des services d'aide à domicile (comme en 2017),
- 12 % des Ssiad ou Esa (13 % en 2017),
- 11 % sont des établissements hébergeant des personnes âgées (comme en 2017),
- 9 % des services sociaux (comme en 2017),
- 7 % des établissements de santé (6 % en 2017).

Les autres acteurs représentent 26 % des structures impliquées (28 % en 2017).

Les structures impliquées dans le guichet intégré en 2018



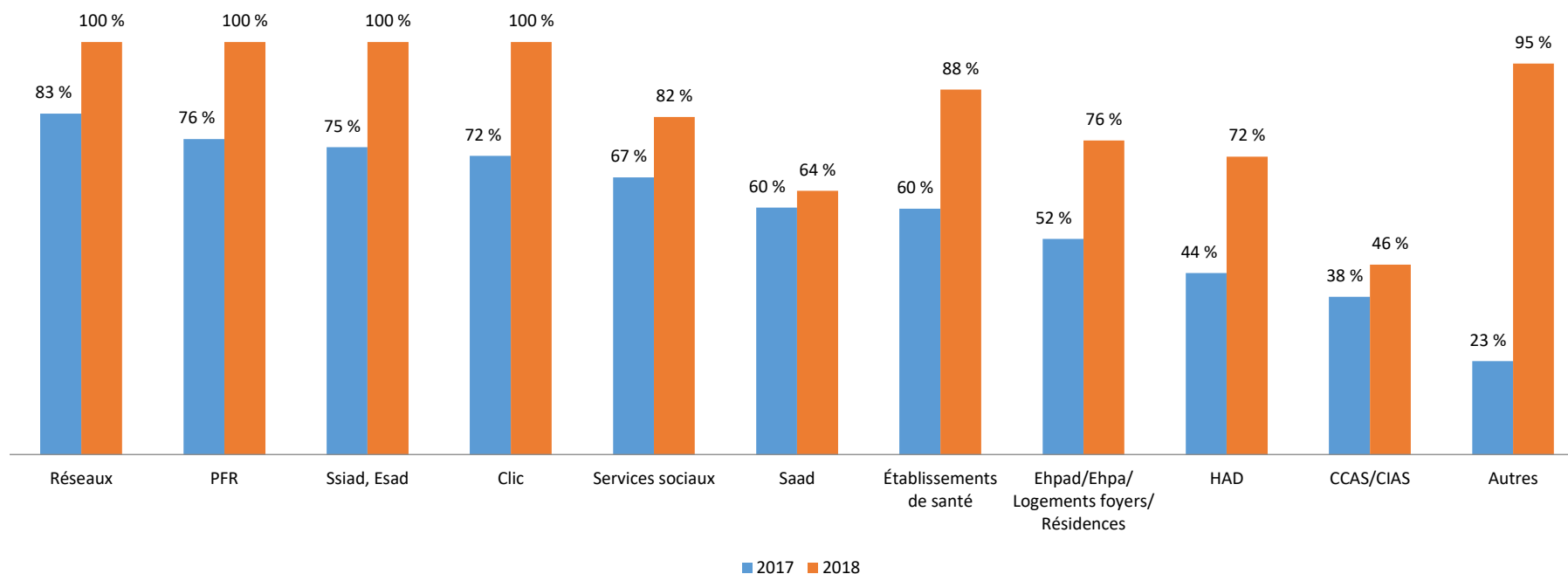
Champ : Réponses issues de 14 MAIA, correspondant à 969 acteurs impliqués
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Une progression de l'implication de l'ensemble des acteurs est observée entre 2017 et 2018. En effet, l'ensemble des acteurs identifiés dans les réseaux, PFR, Ssiad/Esa et Clic s'impliquent dans le guichet intégré alors qu'en 2017, cela concernait entre 72 % et 83 % de ces acteurs.

Parmi les autres acteurs, les établissements de santé, les HAD et les établissements hébergeant des personnes âgées ont nettement progressé en termes d'implication : respectivement +29 points, +28 points et +24 points entre 2017 et 2018 avec des implications de 88 %, 72 % et 76 % en 2018. Les services sociaux (+15 points) sont 82 % à s'impliquer une fois identifiés.

Les CCAS/CIAS et Saad s'impliquent moins souvent une fois identifiés (respectivement 46 % et 64 %), avec une faible progression entre 2017 et 2018 (+8 points et +4 points).

Implication des structures dans le guichet intégré en 2017 et 2018, par type de structure



Champ : Réponses issues de 16 MAIA, correspondant à 929 acteurs impliqués en 2017 et 14 MAIA pour 969 acteurs impliqués en 2018
Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Gestion de cas

Gestionnaires de cas

Au total, au 31 décembre 2018, **70 gestionnaires de cas** ont été recrutés dans les 24 MAIA de la région (67 en 2017, 59 en 2016). Les MAIA ont fonctionné en 2018 avec 68,2 ETP de gestionnaire de cas (63,3 en 2017, 58,3 en 2016).

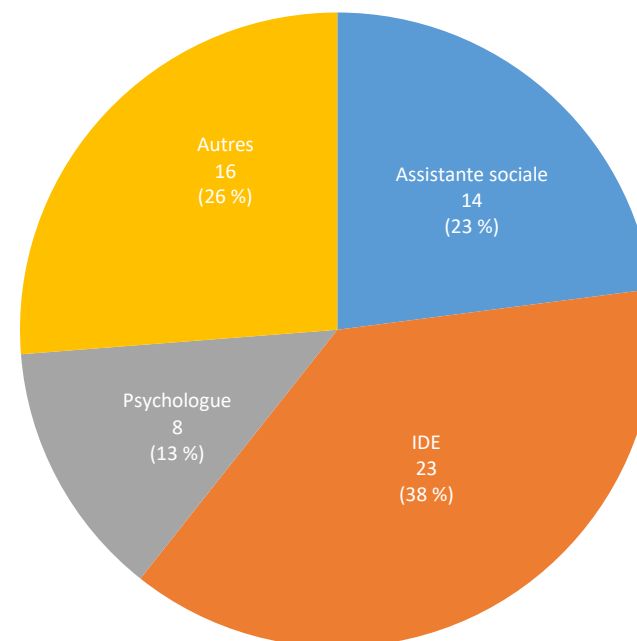
La formation initiale des gestionnaires de cas a été renseignée dans 21 des 24 MAIA.

Dans six cas sur dix, les gestionnaires de cas ont une formation initiale d'assistant de service social ou d'infirmier. Les autres gestionnaires de cas ont des formations initiales de psychologue, de CESF (7 gestionnaires), d'assistant socio-éducatif (3), d'éducateur spécialisé (3), d'ergothérapeute (1), de neuropsychologue (1) ou de visiteuse médicale (1).

Sur les 21 MAIA, 19 disposent d'au moins une infirmière et 12 disposent d'au moins une assistante sociale.

Comme précisé dans le cahier des charges des dispositifs MAIA, les professionnels recrutés en tant que gestionnaires de cas doivent obtenir un diplôme inter-universitaire (DIU) en « gestion de cas » par la formation continue. Ainsi parmi les 70 gestionnaires de cas, 51 ont obtenu ce diplôme. Parmi les 19 n'ayant pas le DIU, 12 sont en cours de formation en vue d'obtenir ce diplôme au cours de l'année 2018. Deux gestionnaires doivent le passer en 2019, 2 souhaitent s'inscrire et l'information n'est pas connue pour les 3 derniers.

Gestionnaires de cas selon leur formation initiale en 2018



Champ : 21 MAIA

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Il manque les informations pour 9 gestionnaires de cas (soit 13 %).

File active

Durant l'année 2018, **3 204 personnes ont été accompagnées** en gestion de cas au sein des 24 MAIA ayant eu une activité de gestion de cas (2 638 en 2017), soit une augmentation de 566 personnes accompagnées par rapport à 2017 (+ 21 %). La gestion des cas a débuté au cours de l'année 2017 pour près de 1 300 personnes.

L'inclusion des personnes en gestion de cas complexes doit être progressive et de maximum 5 nouvelles personnes par mois et par gestionnaire de cas. L'évolution du nombre moyen de personnes incluses par mois en gestion de cas montre que les MAIA tendent à respecter cette recommandation. En effet, le nombre moyen de personnes incluses en gestion de cas par mois et par gestionnaire de cas est de 3,8 en 2018 (3,8 en 2017, 4,2 en 2016, 5,0 en 2015). Ce nombre varie de 1,4 (Aisne Sud) à 6,3 selon les MAIA (LMSE) et 3 d'entre elles affichent plus de 5 personnes incluses en moyenne chaque mois : Roubaix (5,0), Artois-Béthune (5,4) et Lille Métropole Sud-Est (6,3). Quatre MAIA comptent moins de 2 personnes par gestionnaire de cas par mois : Aisne Sud (1,4), Tourcoing (1,6), Calais (1,7) et Aisne Nord (1,7).

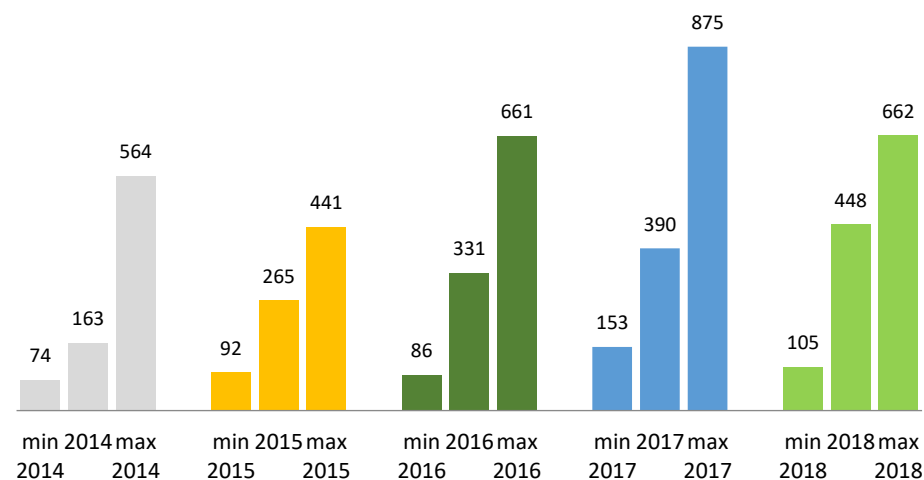
Ce nombre varie selon le département : 4,1 personnes par gestionnaire de cas par mois dans le Nord, 4,0 dans le Pas-de-Calais, 2,1 dans l'Aisne, 3,6 dans l'Oise et 3,9 ans la Somme.

La gestion de cas est souvent une intervention de longue durée en raison de la complexité de la situation qui nécessite un suivi intensif et global. La durée moyenne de suivi²⁰ déclarée par les 23 MAIA pour lesquelles cette donnée est disponible, est de 448 jours (390 jours en 2017, 331 en 2016, 265 en 2015) : 472 dans le Nord, 460 dans le Pas-de-Calais, 537 dans l'Aisne, 235 dans l'Oise et 404 dans la Somme. Cette durée varie de 105 à 662 jours selon les MAIA (153 à 875 jours en 2017, 86 à 661 jours en 2016). En 2014, cette durée était de 163 jours (et s'étalait de 74 jours à 564 jours selon les MAIA).

²⁰ La durée moyenne de suivi en gestion de cas porte uniquement sur les dossiers dont le suivi a été terminé. Elle se calcule à partir du nombre total de jours écoulés entre la période de l'ouverture et de fermeture du dossier.

Cette large amplitude entre les MAIA souligne la pluralité de la complexité des cas pris en charge dans la gestion de cas et l'hétérogénéité des pratiques professionnelles. En 2018, un gestionnaire de cas travaillant à plein temps suit en moyenne 46 personnes différentes sur l'année (42 en 2017, 43 en 2016), ce nombre variant de 17 à 75 selon les MAIA.

Évolution de la durée moyenne (en jours) de suivi en gestion de cas De 2014 à 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 – Traitement OR2S

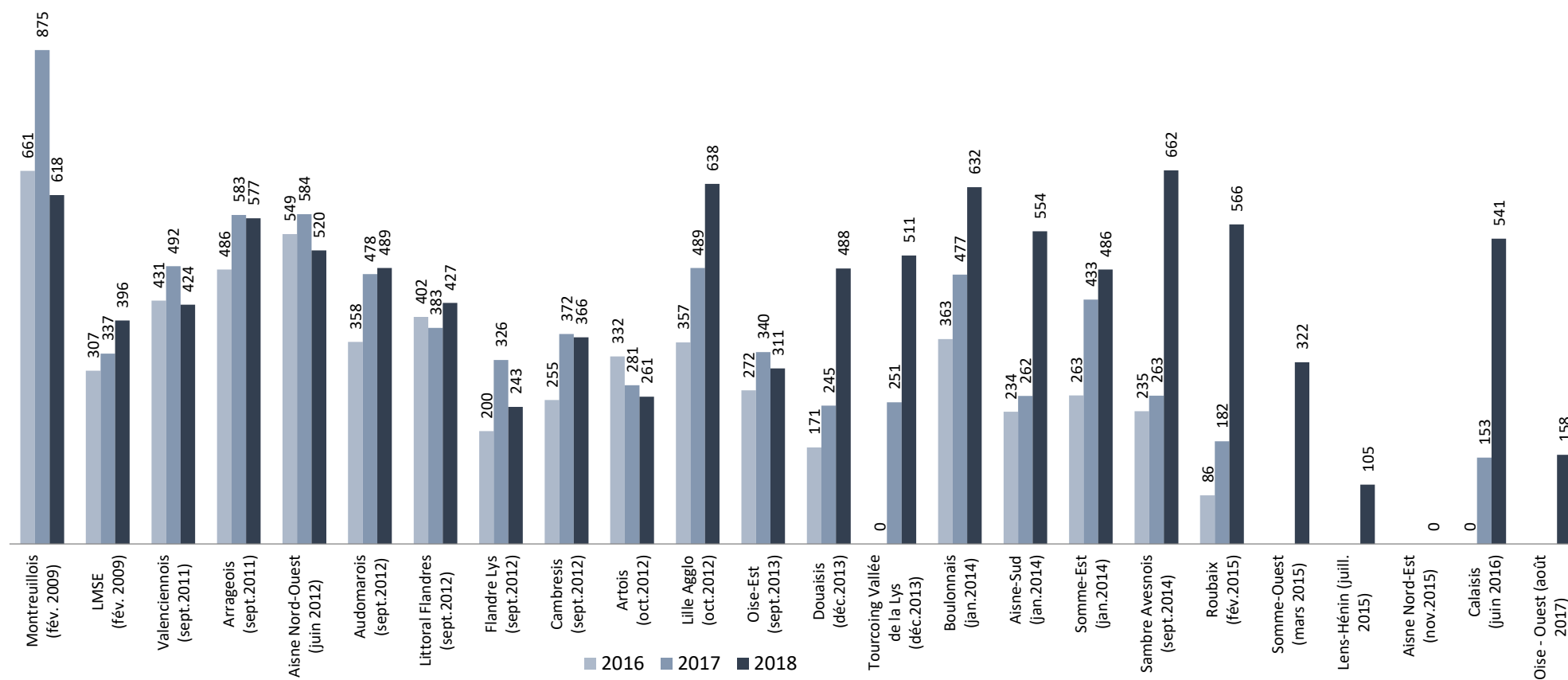
La gestion de cas étant un suivi de type intensif, il est précisé dans le cahier des charges, un nombre maximal de 40 dossiers actifs par gestionnaire de cas à un instant t. Parmi les 24 MAIA étudiées, 15 affichent un nombre de dossiers supérieur à ce seuil (7 dans le Nord, 5 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Oise et 2 dans la Somme).

Profil des personnes suivies en gestion de cas

L'étude de l'indicateur « nombre de personnes en ALD 15 suivies dans l'année » permet de constater que dans les 16 MAIA ayant renseigné cette information, sur un total de 2 464 personnes constituant la file active, 551 personnes sont en ALD 15 soit 22,4 % de la file active (19,7 % en 2017, 21,7 % en 2016).

Les deux outils principaux retenus pour cette étude, c'est-à-dire la fiche d'indicateurs et le rapport d'étape, n'ont pas permis d'avoir plus d'informations au sujet du profil des personnes suivies en gestion de cas.

Durée moyenne (en jours) de suivi en gestion de cas en 2016, 2017 et 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 – Traitement OR2S

MAIA 25

En complément du rapport d'étape et de la fiche indicateurs, les établissements fournissent le MAIA 25. Il s'agit d'une grille d'indicateurs d'implantation et d'intégration qui permet de montrer en 25 points l'évolution de l'intégration de la MAIA sur son territoire. Ces grilles sont renseignées par les pilotes MAIA. La moyenne de ces scores est de 16,4 pour 23 MAIA²¹ en 2018 (15,3 en 2017, 14,7 en 2016) : 14,9 en moyenne dans le Nord, 19,1 dans le Pas-de-Calais, 15,7 dans l'Aisne, 12,5 dans l'Oise et 18,5 dans la Somme.

Ce score est en hausse continue et reflète l'intégration progressive des MAIA dans leur territoire.

Cinq MAIA ont vu leur score MAIA 25 diminuer entre 2017 et 2018 : -1 point pour Aisne Nord-Est, -2 points pour les MAIA Aisne Nord-Ouest, Tourcoing et Valenciennois et -3 points pour la MAIA Calaisis. Ces diminutions peuvent être liées au fait que le formulaire d'analyse multidimensionnelle ne couvre pas les cinq domaines de la situation (santé, autonomie fonctionnelle, aspects familiaux et sociaux, économiques et administratifs, et environnement et sécurité individuelle) mais aussi par une représentativité non effective de chaque structure au sein de la table de concertation tactique.

Difficultés rencontrées par les MAIA

À travers les rapports d'étape communiqués à l'ARS, les MAIA ont fait part des difficultés qu'elles pouvaient rencontrer.

Notamment, plusieurs MAIA ont mis en avant que l'absence d'un système d'information partagé commun ainsi qu'un cadre réglementaire et juridique permettant l'échange et le partage d'informations entre professionnels des trois champs sont des freins au déploiement de l'intégration et des outils. De plus, les MAIA du Nord estiment que l'absence de table stratégique porte préjudice au déploiement de la méthode qui se trouve amputée d'un de ses trois piliers.

La communication est un enjeu important pour mieux faire connaître les MAIA, leurs rôles et missions, leurs outils, identifier les gestionnaires de cas et faire remonter les problématiques de terrain. Malgré une communication continue sur la MAIA, des incompréhensions subsistent autour de la gestion de cas et les critères d'inclusion doivent être rappelés aux partenaires régulièrement.

Par ailleurs, la communication descendante doit aussi être développée à l'intérieur des structures qui siègent en tables stratégiques ou tactiques afin de permettre aux acteurs de terrain d'avoir les bonnes informations et outils dans les meilleurs délais. En outre, ces structures ne représentent pas toujours leurs pairs et ne diffusent pas les informations en dehors.

Les libéraux sont difficilement mobilisables, ce qui limite la démarche intégrative. Parallèlement, la difficulté à échanger sur les informations médicales (secret médical professionnel partagé) constitue un frein considérable au déploiement de l'intégration (partage du PSI notamment). Cela pose problème aussi pour la prise en charge, complexifiant le parcours du patient et la coordination de ses soins.

²¹ Il manque le document pour la MAIA Lisas Roubaix.

Le manque de médecins généralistes et leur non remplacement après les départs en retraite freine le parcours de soins des personnes suivies (tout comme la difficulté de trouver des médecins acceptant les visites à domicile). De même, l'absence de structures ou de services sur certains territoires freine la prise en charge des soins des patients (UCC, UHR, CMP).

L'impression pour les partenaires de superposition des dispositifs en mille-feuilles revient régulièrement et impacte leur mobilisation. Par ailleurs, le public peut être noyé par la quantité d'informations.

Certaines orientations « tardives » présentant un niveau de complexité important sont liées à la frilosité de certains professionnels à orienter les situations vers les MAIA. Par ailleurs, certains acteurs semblent ne pas s'approprier les outils en dehors des réunions, sans doute car ils sont confrontés à leurs propres difficultés organisationnelles.

Enfin, la saturation des files actives de certains gestionnaires de cas pose problème car malgré un travail en interdisciplinarité avec les acteurs du territoire, la charge de travail représentée par l'accompagnement des personnes suivies devient un frein à la fluidité de l'activité. Les délais d'attente pour la prise en charge en gestion de cas peuvent être importants et engendrer de nombreuses difficultés, comme l'épuisement des professionnels assurant le suivi ou la multiplicité des demandes de prises en charge simultanées dans différentes structures (Clic, réseau, gestion de cas...).

Le gestionnaire de cas est parfois vu comme un « super coordinateur » et les partenaires ont parfois du mal à accepter les limites de ses fonctions. Les partenaires ont parfois la notion de complexité erronée.

L'accroissement de la charge administrative pour le pilote est également pénalisant. Plusieurs MAIA alertent sur une possible usure professionnelle des pilotes et des gestionnaires de cas. Un pilote estime qu'un temps dédié à ces tâches lui permettrait d'avoir plus de temps à consacrer à la gestion du projet.

Mesure 22 : Renforcement du soutien à domicile en favorisant l'intervention des professionnels spécialisés : les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esa)

Présentation générale

Environ 60 %²² des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée vivent à domicile. Loin d'être seulement un constat, rester à domicile constitue également un mode de vie qui correspond le plus au souhait des personnes malades et de leurs familles.

Ainsi, afin de favoriser et d'améliorer le maintien à domicile des personnes présentant une atteinte modérée de la maladie, la mesure 6 du Plan Alzheimer 2008-2012 a prévu l'organisation d'une prise en charge non médicamenteuse et adaptée à domicile grâce à la création d'équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esa). L'objectif de ces équipes est de favoriser le maintien des capacités des personnes malades par l'apprentissage de stratégies de compensation, une adaptation plus adéquate de son environnement et l'amélioration de la relation aidant-aidé.

Une équipe est composée d'infirmier, d'ergothérapeute et/ou de psychomotricien et d'assistants de soins en gérontologie spécialisés dans l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs. L'intervention de ces professionnels s'effectue dans le cadre de séances d'accompagnement et de réhabilitation et s'inscrit dans un projet de soins et d'accompagnement devant faire l'objet d'une prescription médicale. Ces séances individualisées peuvent avoir lieu au domicile de la personne ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA).

Les équipes spécialisées peuvent être portées par un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) ou des groupements de coopération médico-sociale (GCMS) disposant d'une capacité minimale installée de 60 places. Le territoire d'intervention des Esa est plus étendu que celui du porteur de projet.

La mesure 22 du plan Maladies neuro-dégénératives 2014-2019 conforte l'utilité et l'importance des Esa en prévoyant la poursuite du déploiement de ces dispositifs. L'objectif initial de développement des Esa étant presque atteint, un besoin de maillage complémentaire a été identifié pour assurer un meilleur accès à ces prestations.

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2018 des Esa a été effectuée principalement à l'aide de l'enquête d'activité réalisée selon le modèle de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Le recueil des données s'est effectué à travers un questionnaire contenant 20 items, majoritairement quantitatifs et relatifs à la patientèle et au personnel. Le questionnaire comprend également une rubrique à commentaires généraux libres.

²² Fondation Médéric Alzheimer - Rapport d'étude n°9 - septembre 2015 - Combien coûte la maladie d'Alzheimer ?

Sur les 40 Esa ayant eu une activité en 2018, 38 ont rempli le questionnaire : 4 dans l'Aisne, 18 dans le Nord, 4 dans l'Oise, 8 dans le Pas-de-Calais et 4 dans la Somme. Dans le Nord, trois Ssiad (Dunkerque, Lallaing et Linselles) sont porteurs de deux Esa chacun. Cela ramène l'effectif étudié à 35 porteurs.

Parmi les limites méthodologiques, le remplissage quelquefois approximatif de certains items pour des raisons imputables à l'enquête²³ est à mentionner.

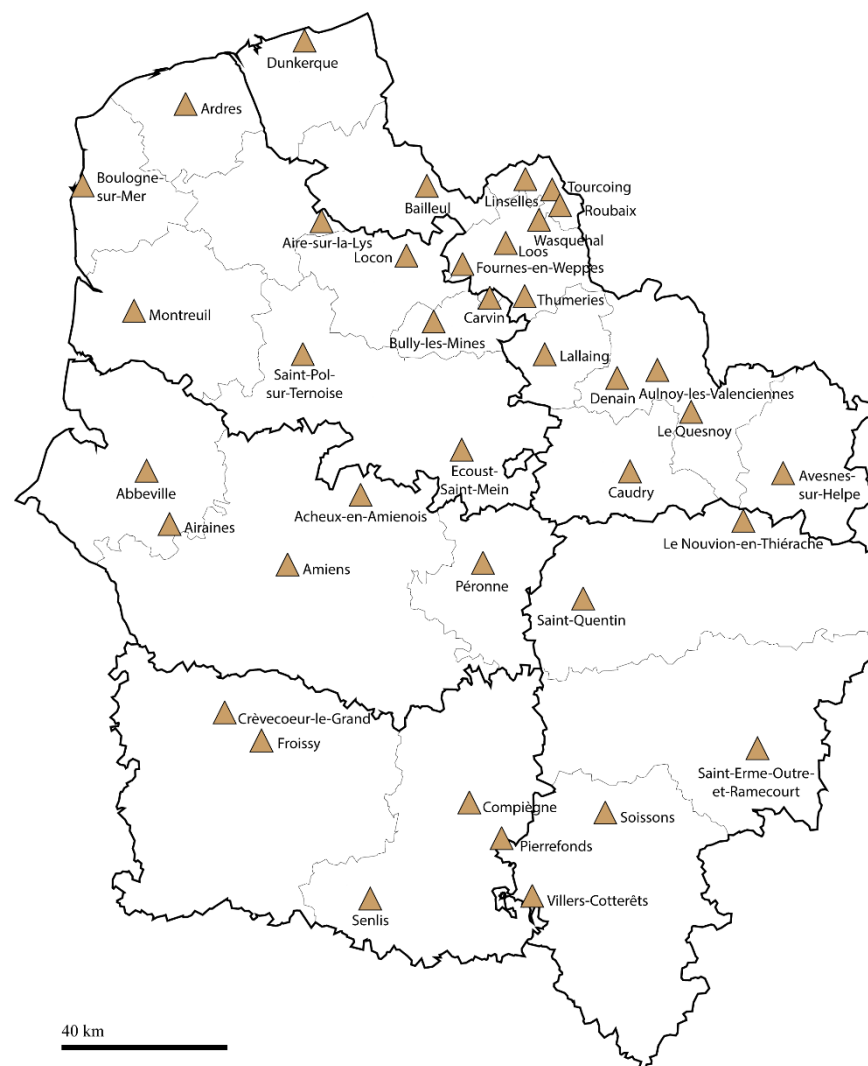
État des lieux dans la région

En 2018, 42 Esa sont autorisées dans la région, dont 18 dans le Nord, 9 dans le Pas-de-Calais (1 Esa n'a pas rempli le questionnaire 2018), 5 dans la Somme (1 Esa n'a pas ouvert en 2018), 5 dans l'Oise (1 Esa n'a pas rempli le questionnaire 2018) et 5 dans l'Aisne (1 Esa n'a pas ouvert en 2018).

La capacité autorisée des Esa est majoritairement de 10 places, à l'exception de 7 Esa (15 places à Acheux-en-Amiénois, 19 places à Crèvecœur-le-Grand, 20 places à Dunkerque, Lallaing et Linselles et 3 Esa avec 30 places à Bailleul, Roubaix et Denain). Ainsi, les 40 Esa englobent au niveau régional une capacité d'accueil autorisée de 474 places.

La présente étude est un bilan de l'activité réalisée par les Esa de la région au cours de l'année 2018. Réalisée annuellement depuis 2012 en Nord – Pas-de-Calais, cette enquête permet d'avoir une vision de l'évolution de l'activité déployée par les Esa au niveau régional.

Implantation des Esa en 2018



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

²³ Par exemple, pour un certain nombre d'Esa, le total des patients répartis selon un critère donné (sexe, prescripteurs de séances, diagnostic, etc.) ne correspond pas à la file active déclarée. De ce

fait, la présentation des résultats en termes de pourcentages a été privilégiée, les données brutes étant évitées.

Ouverture effective des Esa

Dans la région, le déploiement des Esa a débuté en 2009 quand deux Ssiad ont été retenus au niveau national par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour expérimenter ce type de dispositif. Il s'agit des Ssiad situés à Dunkerque (59) et à Bully-les-Mines (62).

La généralisation de ce dispositif a été engagée dès 2010 et s'est poursuivie par appel à projets avec la diffusion du cahier des charges fixé par décret.

Ainsi ont été ouvertes :

- En 2009 : 2 Esa situées à Dunkerque et Lens (Bully-les-Mines);
- En 2010 : 5 Esa situées à Acheux-en-Amiénois, Amiens, Ardres, Le Nouvion-en-Thiérache et Wasquehal ;
- En 2011 : 6 Esa situées à Aulnoy-lez-Valenciennes, Lallaing, Pierrefonds, Le Quesnoy, Saint-Pol-sur-Ternoise et Thumeries ;
- En 2012 : 7 Esa situées à Aire-sur-la-Lys, Ecoust-Saint-Mein, Lallaing (2nde équipe), Locon, Montreuil-sur-mer, Linselles et Carvin ;
- En 2013 : 9 Esa situées à Bailleul, Denain, Tourcoing, Fourmies, Caudry, Dunkerque (2nde équipe), Linselles (2nde équipe), Roubaix, Compiègne et Saint-Erme-Outre-et-Ramecourt ;
- En 2014 : 7 Esa situées à Béthune, Fournes-en-Weppes, Boulogne-sur-Mer, Crèvecœur-le-Grand, Péronne, Senlis et Soissons ;
- En 2015 : 2 Esa situées à Airaines et Villers-Cotterêts ;
- En 2017 : 1 Esa située à Froissy.
- En 2019 : 2 Esa située à Abbeville et à Saint-Quentin

Porteurs des Esa

Parmi les 35 porteurs des 38 Esa étudiées, la grande majorité (25) sont des Ssiad uniques, 6 des Spasad, 3 des GCMS et 1 est constitué à partir d'une collaboration de plusieurs Ssiad/Spasad. Il existe dans le Nord une diversité plus importante des types de porteurs car on y retrouve l'ensemble de ces quatre catégories.



File active

File active par département

En 2018 et au niveau régional, 4 084 personnes ont été prises en charge par les 38 Esa étudiées, soit une augmentation de +6 % par rapport à l’année précédente (en 2017, la file active régionale a été de 3 864 personnes pour ces mêmes 38 Esa étudiées).

Au fil des années et dans chaque département, l’installation progressive des Esa autorisées s’accompagne d’une augmentation de leur file active.

File active par Esa

La disparité importante de la file active n’est pas toujours associée au nombre de places autorisées des équipes.

En effet, pour les 29 Esa de 10 places chacune, la file active minimale est de 17 (Esa Le Nouvion-en-Thiérache – minimum des Esa de la région) et celle maximale de 158 (Esa Aulnoy-lez-Valenciennes). La file active de l’Esa d’Acheux-en-Amiénois (15 places autorisées) est de 150 patients, et celle de Crèvecœur-le-Grand (19 places), de 246 patients. Pour les 2 Esa de 20 places chacune, les files actives sont de 177 (Esa Linselles – 2 équipes) et 253 (Esa Lallaing, 2 équipes – maximum des Esa). Les files actives des Esa de 30 places chacune sont de 82 patients à Roubaix et 119 à Denain.

Cette disparité de la file active entre les Esa peut s’expliquer davantage par d’autres facteurs que la capacité (gestion du personnel, information auprès des prescripteurs, durée des déplacements, adressage des patients, nombre de séances par prise en charge/personne, etc.).

En 2018, la file active est constituée pour moitié de personnes nouvellement admises, pour 23 % de personnes prise en charge dans la continuation de l’année précédente et 28 % de personnes réadmisées. Cette répartition est relativement similaire aux données observées en 2017

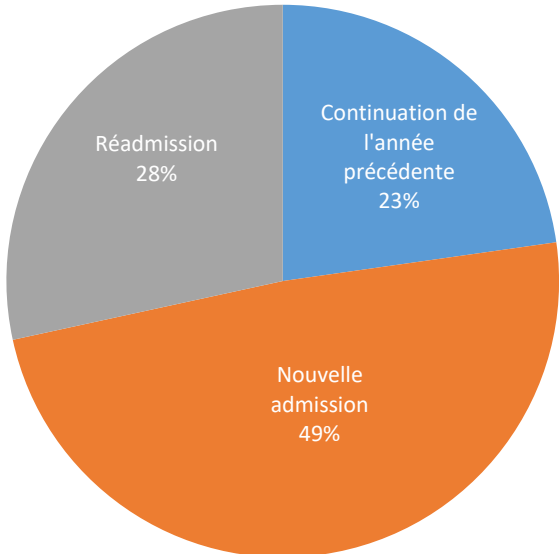
File active des Esa entre 2012 et 2018 – Données départementales

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
2012 (12 Esa)		363		318		
2013 (21 Esa)		877		596		
2014 (27 Esa)		1 346		747		
2015 (39 Esa)	188	1 466	248	906	303	3 111
2016 (39 Esa)	241	1 708	264	1 070	347	3 630
2017 (40 Esa)	302	1 800	422	1 171	364	4 059
2018 (38 Esa)*	326	1 890	537	955	376	4 084

Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

*2 Esa n’ont pas renseigné les données relatives à leur activité menée en 2018

File active des ESA en 2018 – Continuité de la prise en charge



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S



File active par place autorisée

Au niveau régional, le rapport entre la file active (4 084) et le nombre de places autorisées des 38 Esa étudiées (380) est de 10,7 (10,1 en 2017). Ainsi, dans la région et en 2018, le fonctionnement d'une place d'Esa autorisée a permis la prise en charge de 10,7 personnes, ce qui est inférieur aux indications du cahier des charges.²⁴

Au niveau départemental, l'étude du rapport entre la file active et le nombre de places autorisées indique des variations importantes.

Rapport entre la file active les places autorisées en Esa en 2018

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
File active (38 Esa*)	326	1 890	537	955	376	4 084
Places autorisées	40	180	40	80	40	380
Rapport	8,2	10,5	13,4	11,9	9,4	10,7

Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

*2 Esa n'ont pas renseigné les données relatives à leur activité menée en 2018 (les données de ce tableau concernent les 38 Esa ayant répondu à l'enquête)

Ainsi, pour une place d'Esa installée, le nombre de prises en charges est plus important dans l'Oise et le Pas-de-Calais, et moins important dans la Somme et dans l'Aisne.

Similairement à l'étude de la file active par Esa, l'étude du rapport entre la file active et le nombre de places autorisées de chaque Esa met en relief des écarts importants.

Ainsi, pour une place d'Esa autorisée, la prise en charge la moins élevée a été de 2 personnes (soit 1,7 par l'Esa du Nouvion-en-Thiérache) et la plus élevée

d'approximativement 16 personnes (soit 15,8 par l'Esa d'Aulnoy-lez-Valenciennes).

Dans l'interprétation de ces disparités inter-Esa et interdépartementales, il importe de souligner à nouveau que la file active est fonction non seulement de la capacité autorisée de l'Esa, mais également du profil des personnes accompagnées, de l'étendue du territoire d'intervention, de l'ancienneté de l'Esa, de la connaissance de l'Esa sur le territoire, etc.

File active par semaine

Le rapport entre la file active régionale (4 084) et le nombre de semaines d'ouverture (52) des 38 Esa étudiés (totalisant 1 976 semaines d'ouverture) est de 2,1 (2,0 en 2017). Ainsi, en 2018, en moyenne, 2 personnes ont approximativement été prises en charge dans la région, par Esa et par semaine.

Étendue du nombre de prises en charge par place autorisée en Esa en 2018

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Minimum parmi les 38 Esa étudiées*	1,7 (Esa Nouvion-en-Thiérache)	2,7 (Esa Roubaix)	8,8 (Esa Senlis)	8,9 (Esa Carvin)	7,3 (Esa Péronne)	1,7 (Esa Nouvion-en-Thiérache)
Maximum parmi les 38 Esa étudiées	12,3 (Esa Soissons)	15,8 (Esa Aulnoy-lez-Valenciennes)	12,9 (Esa Crèvecœur-le-Grand)	15,4 (Esa Boulogne-sur-mer)	10,0 (Esa Acheux-en-Amiénois)	15,8 (Esa Aulnoy-lez-Valenciennes)

Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

*2 Esa n'ont pas renseigné les données relatives à leur activité menée en 2018

²⁴ Le fonctionnement de 10 places autorisées d'Esa permet environ 120 prises en charge (personnes) sur un an dans l'hypothèse d'au moins une séance par semaine et d'au maximum 15 séances par prise en charge. (cf. cahier des charges Esa 2011)

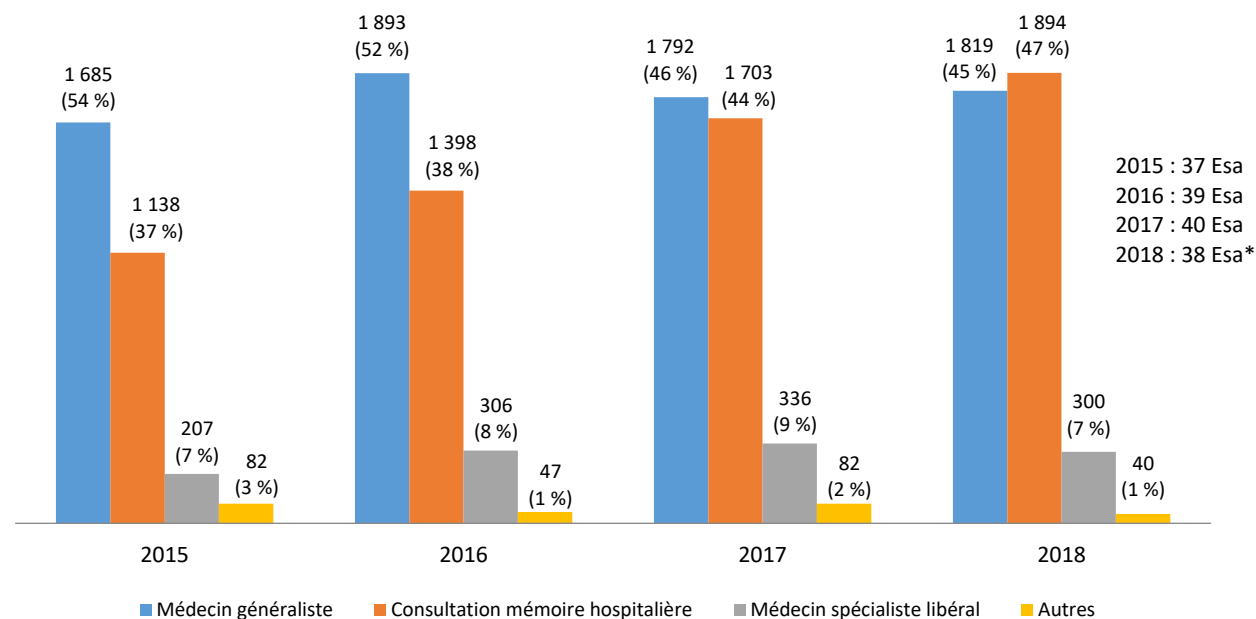
Prescripteurs des séances

Au niveau régional, les consultations mémoire hospitalières sont les prescripteurs principaux des séances de soin de réhabilitation et d'accompagnement (47 %).

Par rapport à 2017, l'écart entre la part de prescripteurs médecins généralistes et celle des consultations mémoire hospitalières est équivalente, mais en inversant les proportions : 2 points d'écart en 2017 en faveur des médecins généralistes et 2 points d'écart en 2018 en faveur des consultations mémoire. Cela résulte d'une montée en puissance du rôle des consultations mémoire dans les prescriptions vers les Esa (1 894 en 2018 contre 1 654 en 2017²⁵, soit une augmentation de 15 % en ne tenant compte que des 38 Esa répondantes cette année).

Seules quelques Esa ont détaillé la catégorie « autres prescripteurs » et parlent de patients, gériatres, réseaux et associations.

Évolution de la répartition du nombre de patients selon le prescripteur des séances depuis 2015



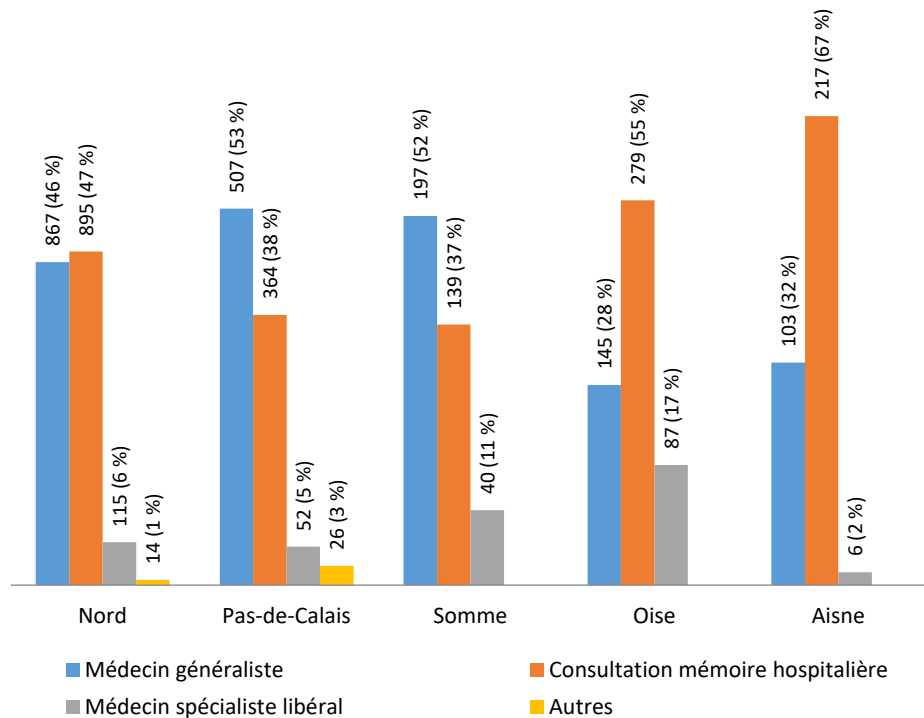
Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

*2 Esa n'ont pas renseigné les données relatives à leur activité menée en 2018

²⁵ Les 1 654 consultations de 2017 évoqués dans le commentaire concernent les 38 Esa ayant répondu pour 2018. Pour 2017, les 40 Esa avaient déclaré 1 703 consultations mémoire hospitalières.

L'analyse par département souligne quelques spécificités territoriales. Ainsi, le pourcentage des prescriptions de la part des médecins généralistes est plus important dans le Pas-de-Calais (53 %) et la Somme (52 %) tandis que celui des consultations mémoire est plus élevé dans l'Aisne (67 %) et l'Oise (55 %). Le Nord met à quasi-égalité ces deux prescripteurs (respectivement 46 % et 47 %).

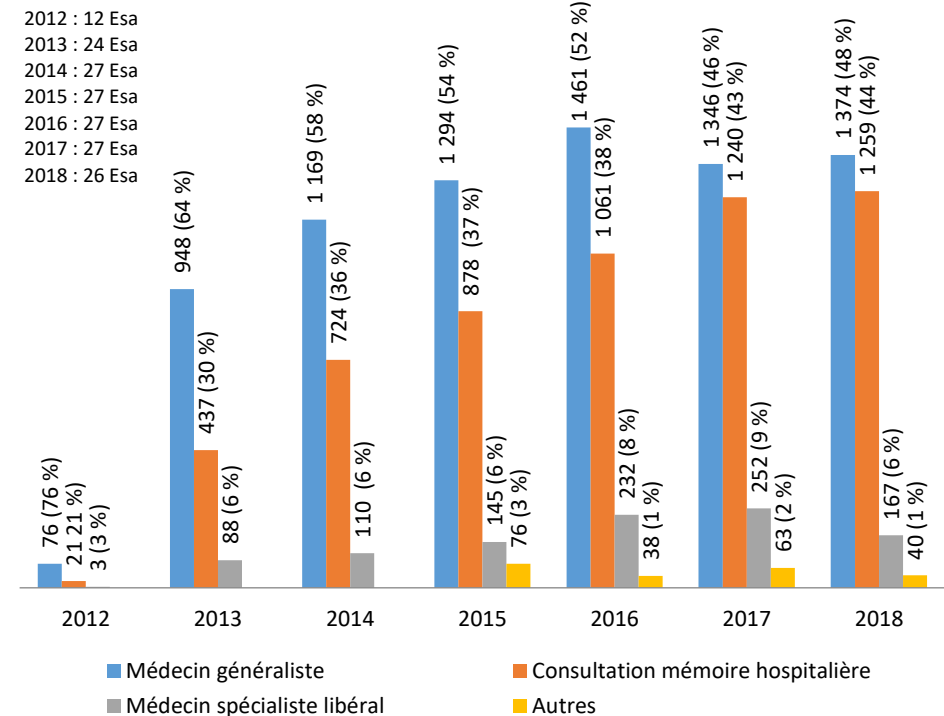
Répartition des patients selon le prescripteur des séances en 2018



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S
 Champ : 38 Esa, 2 Esa n'ont pas renseigné les données relatives à leur activité menée en 2018

Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, il y a depuis 2012, une augmentation progressive de la part des prescriptions des consultations mémoire hospitalières (de 21 % à 44 %) et des médecins spécialistes libéraux (de 3 % à 6 %) concomitamment à une baisse de la part des médecins généralistes (de 76 % à 48 %).

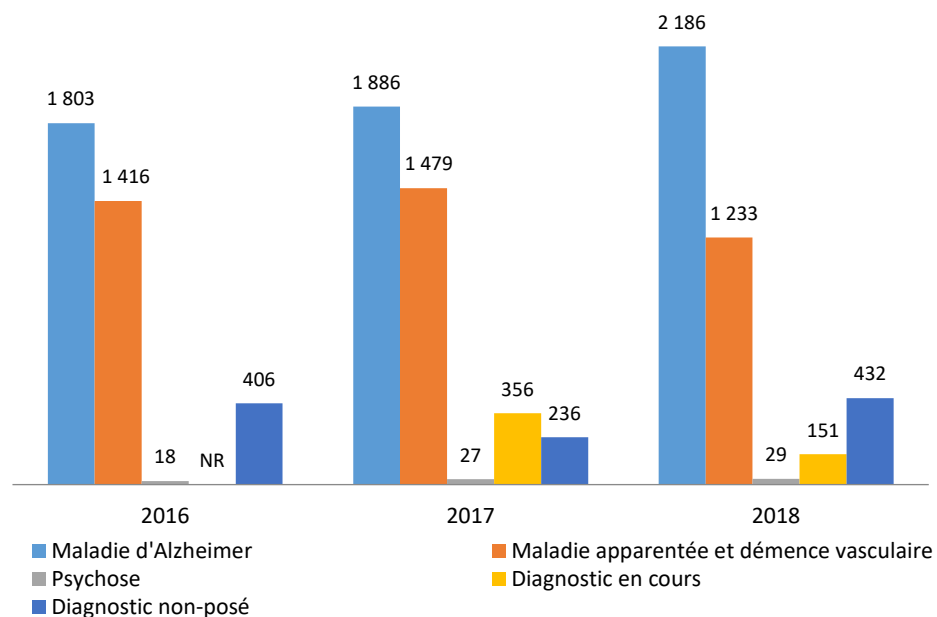
Répartition des patients selon le prescripteur des séances entre 2012 et 2018 dans le Nord – Pas-de-Calais



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

Diagnosics des patients

Nombre de patients pris en charge par une Esa entre 2016 et 2018 selon le diagnostic principal



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

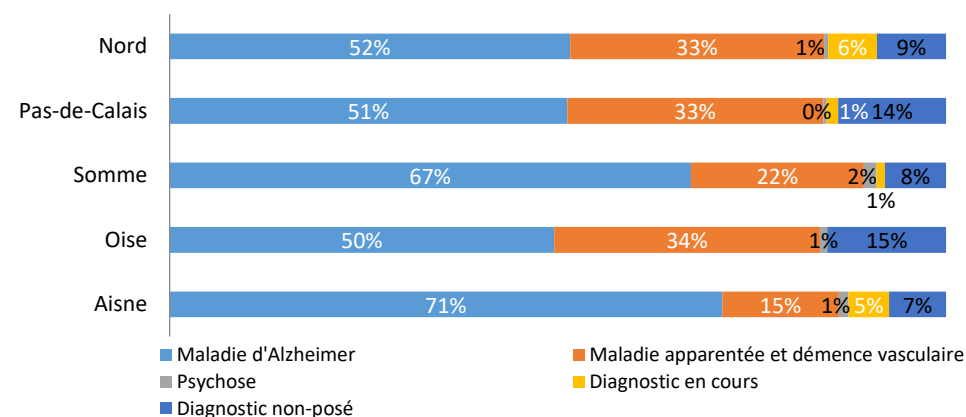
Par rapport à 2017, les 38 Esa répondantes en 2018 observent une forte diminution des diagnostics en cours au niveau régional (-55 %). De même, le pourcentage des patients diagnostiqués d'une démence vasculaire ou maladie apparentée a baissé entre les deux années (de 37 % à 31 %). En revanche, la maladie d'Alzheimer est davantage fréquente (de 48 % à 54 %), tout comme les diagnostics non posés (5 % à 11 %). Les diagnostics de psychose sont stables (de l'ordre de 0,5 %).

L'analyse par départements souligne quelques spécificités territoriales dans les diagnostics des patients pris en charge par les Esa.

Ainsi, l'Aisne présente les pourcentages les plus élevés de patients diagnostiqués de la maladie d'Alzheimer (71,2 %). Dans les autres départements, la maladie d'Alzheimer concerne entre 49,5 % et 67,1 % des patients. Les diagnostics de démences vasculaires et maladies apparentées varient de 15,0 % (Aisne) à 34,2 % (Oise) selon le département. Les pourcentages les plus élevés de diagnostics non posés se situent dans le Pas-de-Calais (13,9 %) et l'Oise (15,3 %).

Similairement à la tendance régionale, dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, par rapport à 2017, il est constaté une hausse des pourcentages des patients diagnostiqués de la maladie d'Alzheimer en 2018 (de 45,3 % à 51,5 %) et une baisse des patients diagnostiqués de démence vasculaire et maladie apparentés (de 38,7 % à 32,8 %).

Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2018 selon le diagnostic principal - Données départementales (%)



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S
Champ : 38 Esa

Sexe et âge moyen des patients

Au niveau régional, 33 % des patients pris en charge par les 37 Esa étudiées²⁶ sont des hommes et 67 % sont des femmes. La part des femmes prises en charge en Esa est stable ces dernières années.

L'âge moyen des patients hommes est de 80 ans (comme en 2017) et varie selon les Esa de 74 ans au minimum à 87 ans au maximum.

L'âge moyen des patients femmes est de 82 ans (comme en 2017) et varie selon les Esa de 79 ans au minimum à 84 ans au maximum.

MMSE (*Mini-mental state evaluation*)

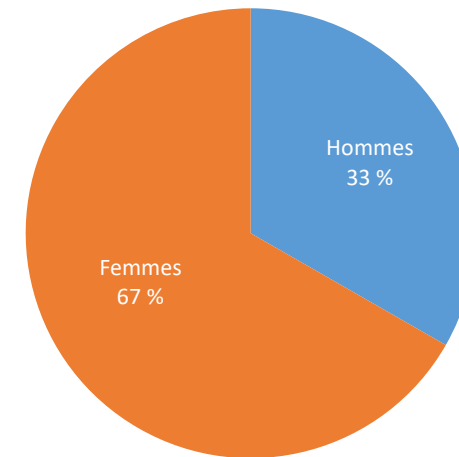
Le cahier des charges stipule que l'accompagnement des Esa doit s'effectuer auprès des personnes présentant un stade précoce ou modéré d'évolution de la maladie, avec un score MMSE supérieur à 15, voire idéalement supérieur à 18. Pour les 38 Esa étudiées (36 questionnaires), le score MMSE moyen varie de 17 à 23. Plus précisément, 1 Esa déclare un score MMSE moyen de 17, 5 Esa de de 19, 14 Esa de 20, 8 Esa de 21, 7 Esa de 22 et 1 Esa un score de 23.

Au regard du score MMSE moyen et de la majeure partie de leur patientèle, les patients pris en charge par les Esa ont un profil conforme aux indications du cahier des charges. Seuls 6 % des patients²⁷ ont eu un score MMSE inférieur à 15 au moment de l'entrée dans l'accompagnement par une Esa (8 % en 2017).

Le score moyen MMSE minimum est de 17 dans l'Aisne (Esa de Villers-Cotterêts) et le plus élevé de 23 dans le Nord (Esa de Fournes-en-Weppes). L'écart est le plus important dans le département du Nord tandis que dans l'Oise les scores extrêmes sont assez proches.

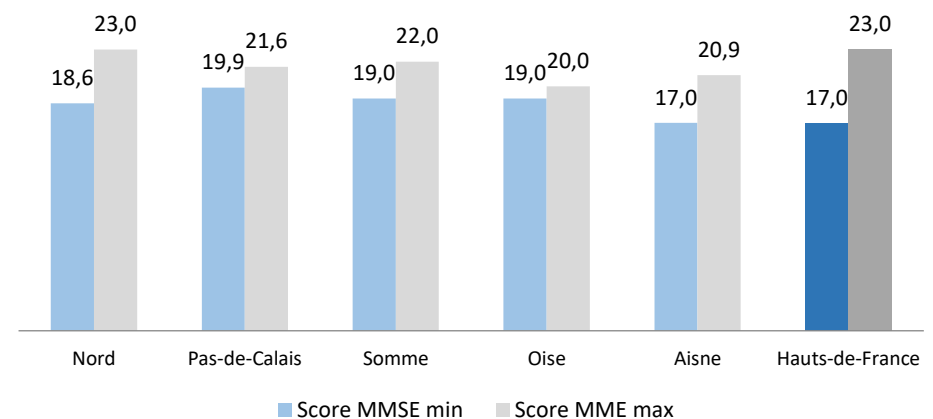
Au niveau régional, 70 % des patients pris en charge par les Esa ont un score MMSE compris entre 19 et 30 (comme en 2017), 24 % entre 15 et 18 (21 % en 2017), 6 % entre 6 et 14 (7 % en 2017) et 0,3 % inférieur à 5 (comme en 2017).

Répartition des patients pris en charge par genre en 2018



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S
Champ : 37 Esa

Scores moyens minimums et maximums MMSE par département en 2018



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S
Champ : 37 Esa

²⁶ Sur les 38 étudiées, une n'a pas renseigné les données concernant le genre et l'âge des patients.

²⁷ L'Esa de Roubaix n'a pas détaillé les scores MMSE.

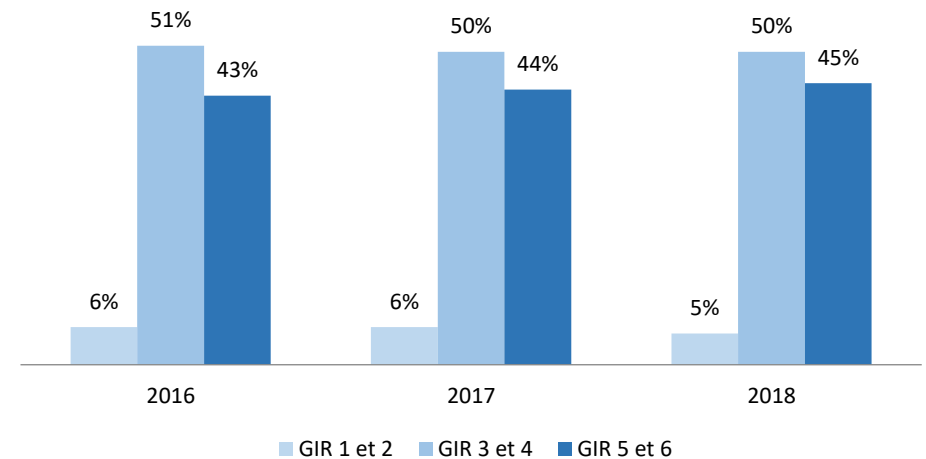
Niveau de dépendance (Gir) des patients

Le niveau de dépendance des patients a été étudié à travers la grille Aggir (autonomie gérontologie groupe iso-ressources). Son niveau varie de 1 à 6, allant d'une perte d'autonomie plus importante à moins importante.

Au niveau régional, par rapport à 2016 et 2017, une relative stabilité des pourcentages est observée. La majeure partie (50 %) des patients pris en charge par une Esa présente une dépendance modérée (GIR évalué de 3 à 4) et un peu plus de 4 patients sur 10 (45 %) ont une relative autonomie (GIR 5 et 6). À noter qu'une Esa n'a pas renseigné la donnée GIR.

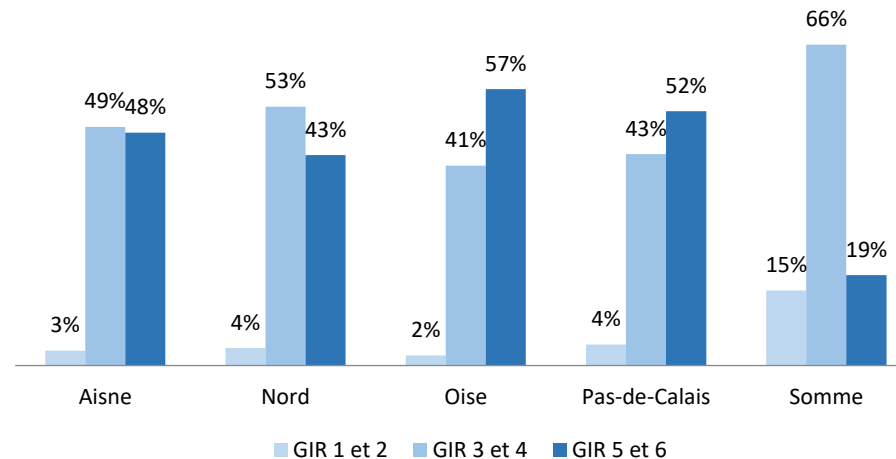
L'Oise et le Pas-de-Calais ont des pourcentages de patients présentant une perte d'autonomie faible (GIR de 5 à 6) plus importants que les autres GIR. À l'inverse, la Somme présente des proportions de patients à dépendance modérée (GIR 3 et 4) et forte dépendance (GIR 1 et 2) nettement supérieures aux autres départements (66 % contre moins de 55 % ailleurs pour les GIR 3 et 4 ; 15 % contre moins de 5 % ailleurs pour les GIR 1 et 2).

Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2018 dans les Hauts-de-France selon leur niveau de dépendance (en %)



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S
Champ : 37 Esa

Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2018 selon leur niveau de dépendance – Données départementales (en %)



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S
Champ : 37 Esa

Séances réalisées

Au niveau régional, en 2018, les Esa étudiées ont réalisé un total de 43 000 séances, ce qui correspond à une augmentation de 8 % par rapport au total de séances réalisées l'année précédente²⁸.

Le rapport entre le nombre de séances réalisées et les mois d'ouverture dans l'année (12) des 38 Esa étudiés (soit 444 mois) est de 96. Ainsi, en moyenne 96 séances ont été effectuées par Esa et par mois dans les Hauts-de-France (contre 89 en 2017).

Le rapport entre le nombre de séances réalisées (43 000) et la file active (3 907 personnes prises en charge par 37 Esa) est de 11,0. Ainsi, une personne prise en charge par les Esa de la région a bénéficié en moyenne d'environ 11 séances. En 2018, le nombre de séances par prise en charge/personne augmente un peu par rapport à l'année précédente (en 2017, il a été de 10,6 séances par prise en charge/personne).

Au niveau départemental, le nombre de séances par prise en charge/personne est plus élevé dans l'Aisne (11,7) le Nord (11,1) et l'Oise (11,1). Les départements du Pas-de-Calais (10,8) et de la Somme (10,4) présentent un nombre de séances par personnes inférieur à 11.

Le cahier des charges stipule que la prestation de l'Esa doit comporter 12 à 15 séances de réhabilitation et fait référence à des études ayant démontré l'intérêt de 10 à 15 séances par prise en charge. Tant au niveau régional que départemental, en moyenne, le nombre de séances par prise en charge/personne est compris entre 10 et 12. L'analyse par Esa du rapport nombre de séances par prise en charge met en relief des variations importantes par rapport à l'intervalle de 12 à 15 séances défini par le cahier des charges. Ainsi, le plus faible nombre de séances par prise en charge (7) est noté pour l'Esa de Béthune²⁹. Le nombre le plus élevé (15) se retrouve dans l'Esa du Nouvion-en-Thiérache.

Séances réalisées par les Esa en 2018 – Données départementales

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Nombre de séances 2017 (40 Esa)	3 437	19 028	4 556	10 871	3 790	41 682
Nombre de séances 2018 (37 Esa)*	3 827	18 864	5 935	10 302	3 918	42 846
File active 2018(37 Esa)*	326	1 713	537	955	376	3 907
Nombre de séances par personne prise en charge en 2018	11,7	11,1	11,1	10,8	10,4	11,0

Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR25

* Les données 2018 portent sur les réponses de 37 Esa

L'enquête a également questionné le nombre de patients ayant bénéficié d'une part, des prises en charge très courtes (4 séances ou moins) et d'autre part, des prises en charge très longues (16 séances et plus).

²⁸ L'évolution porte sur un périmètre constant, c'est-à-dire sur 37 Esa ayant renseigné le nombre de séances à la fois en 2017 et en 2018.

²⁹ Une Esa a dû être sortie des statistiques car le nombre de séances indiquées était identique à la file active.

Les 38 Esa ayant répondu à l'enquête ont précisé les informations relatives au nombre de séances par personnes prises en charge : 34 déclarent des patients ayant bénéficié de 4 séances ou moins et 13 déclarent des patients ayant bénéficié de plus de 15 séances. Ainsi, pour les Esa de la région, en 2018 (comme en 2017), les prises en charge de très courte durée (4 séances ou moins) ont été davantage fréquentes que celles de très longue durée (plus de 15 séances).

Seule l'Esa du Nouvion-en-Thiérache déclare ne pas avoir eu des patients ayant bénéficié à la fois de 4 séances ou moins et de plus de 15 séances.

Globalement, 72 % des patients des Esa de la région bénéficient de 10 à 15 séances (11 % de 4 séances ou moins, 11 % des 5 à 9 séances et 6 % des 16 séances ou plus). Trois structures ont de fortes proportions de prises en charge longues (plus de 15 séances) : 36 % à l'Esa de Carvin, 45 % à l'Esa de Boulogne-sur-Mer et 59 % à l'Esa de Linselles.

Durée moyenne de prise en charge (en semaines)

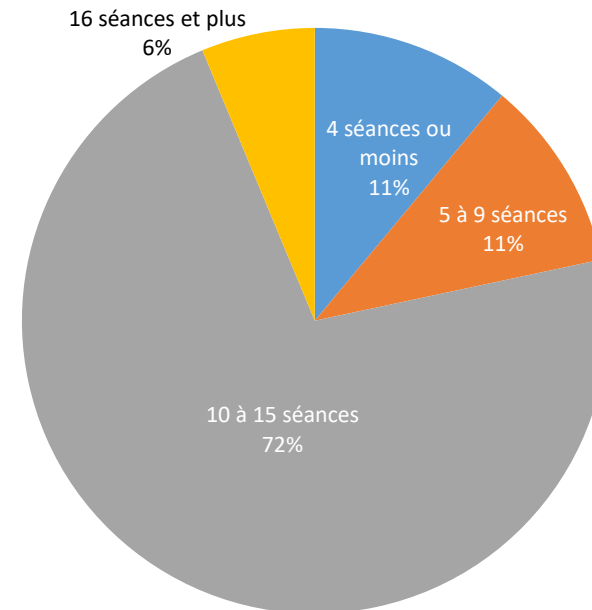
Le cahier des charges prévoit que la prestation par l'Esa soit réalisée hebdomadairement et dure au maximum 3 mois, soit 13 à 14 semaines.

Au niveau régional, la durée moyenne de prise en charge par les Esa est de 14 semaines³⁰, soit ce qui est prévu par le cahier des charges. On note une prise en charge d'une durée moyenne de 14 semaines rapportée à environ 11 séances de réhabilitation, ce qui signifie que les séances se réalisent en général à plus d'une semaine d'intervalle.

Au niveau départemental, la durée moyenne de prise en charge la plus courte est de 11 semaines, comme retrouvée dans certaines Esa du Nord (Dunkerque, Thumeries, Fournes-en-Weppes et Linselles) et de l'Oise (Crèvecœur-le-Grand). À l'inverse, les durées les plus longues se retrouvent dans l'Aisne (respectivement 22 et 35 semaines). En 2018, la majorité des Esa déclare une durée de prise en charge moyenne située entre 11 et 15 semaines (60 % des structures).

³⁰ 2 Esa n'ont pas rempli ces données.

Répartition des patients selon le nombre de séances effectuées en 2018



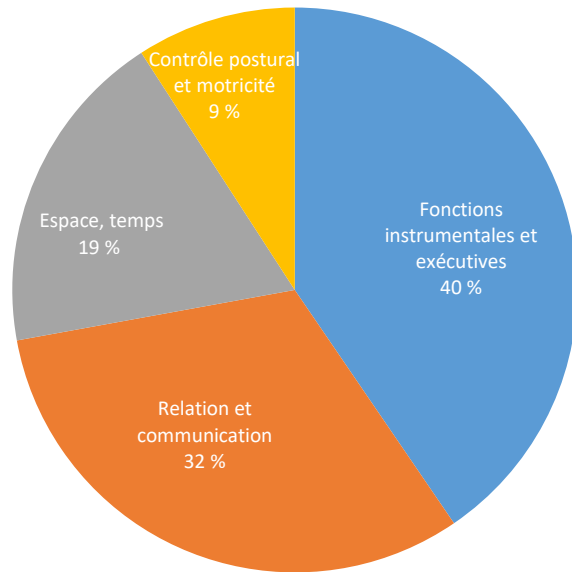
Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S
Champ : 38 Esa

Objectif des séances réalisées

En 2018, 40 % des séances réalisées ont eu comme objectif l'amélioration des fonctions instrumentales et exécutives, 32 % la relation et la communication, 19 % l'espace et le temps et 9 % le contrôle postural et la motricité. Les mêmes tendances ont été observées en 2016 et 2017.

Pour les départements de l'Oise et de l'Aisne, l'amélioration des fonctions instrumentales et exécutives est nettement privilégiée aux autres objectifs : respectivement 69 % et 50 % des séances. Pour les trois autres départements, les proportions sont équivalentes entre cet objectif et celui concernant la relation et la communication (38 % et 39 % dans le Nord, 32 % et 33 % dans le Pas-de-Calais et 28 % et 30 % dans la Somme).

Répartition des séances selon l'objectif fixé à la prescription en 2018



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S
Champ : 38 Esa

Personnel

Le cahier des charges prévoit que le personnel d'une Esa soit constitué d'un effectif de 2,75 ETP constitué d'un infirmier coordinateur (0,25 ETP, soit 9 %), d'un ergothérapeute et/ou d'un psychomotricien (1 ETP soit 36 %) et d'assistants de soins en gérontologie (1,5 ETP, soit 55 %).

Les 38 Esa étudiées cumulent un effectif de 106,3 ETP (111,1 en 2017) dont 10,1 % est occupé par des infirmiers coordinateurs, 24,3 % par des ergothérapeutes, 10,6 % par des psychomotriciens, 54,4 % par des assistants de soins en gérontologie et enfin, 0,6 % par des aides-soignants/aides médico-psychologiques.

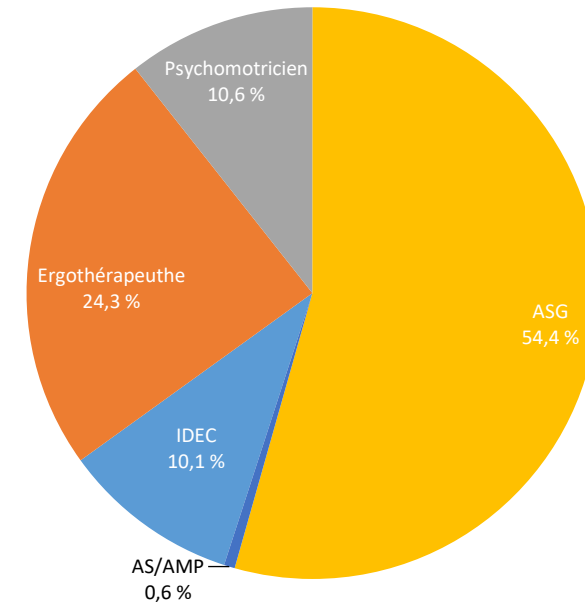
En termes d'effectif de personnes, les 38 Esa cumulent 201 personnes (202 en 2017), dont 110 assistants de soins en gérontologie, 35 infirmiers coordinateurs, 38 ergothérapeutes, 16 psychomotriciens et 2 aides-soignants/aides médico-psychologiques.

Au niveau régional, une Esa comprend en moyenne 5 à 6 personnes (5,3 ; 5,2 en 2017) pour un effectif ETP total de 2,80 (dont 0,28 ETP d'IDE coordonnateur, 0,68 ETP d'ergothérapeute, 0,30 ETP de psychomotricien, 1,52 ETP d'ASG et 0,02 ETP d'AS/AMP).

Au niveau départemental, on note quelques spécificités dans la constitution des Esa, tant dans le nombre d'ETP que dans le type métier des professionnels recrutés. Ainsi, rapporté au cahier des charges qui prévoit un effectif de 2,75 par Esa, en moyenne une Esa est constituée d'un effectif plus important dans le Pas-de-Calais (2,88 ETP), la Somme (2,91 ETP) et l'Oise (3,20 ETP) et moins important dans l'Aisne (2,44 ETP). Le Nord répond au cahier des charges (2,73).

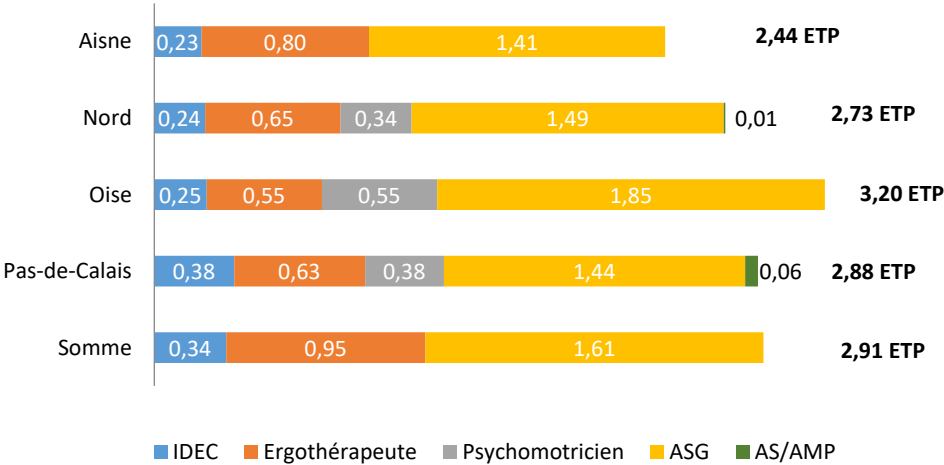
Dans la Somme et l'Aisne, aucune des 8 Esa ne dispose d'un psychomotricien et seules 3 des 8 Esa du Pas-de-Calais en comptent chacune 1. Les Esa des Hauts-de-France ne comptent que 2 AS/AMP pour un total de 0,65 ETP : 0,15 ETP dans l'Esa 1 de Dunkerque et 0,5 dans le Ssiad de Bully-les-Mines.

Répartition des ETP en Esa en 2018



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S
Champ : 38 Esa

Répartition d'ETP moyen par Esa, par type de professionnels et par départements en 2018



Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

Frais de déplacement

Cet item porte sur 32 Esa, 6 ne l’ayant pas renseigné. Ces 32 Esa cumulent un montant de 232 582 euros en frais de déplacement, avec un minimum de 800 euros et un maximum de 42 000 euros (comme en 2017). En moyenne, en 2018, le montant de frais de déplacement s’élève à 8 020 euros par Esa (8 688 en 2017 pour 35 Esa), ce qui correspond à une diminution par rapport à 2017 de 8 % (6 898 euros par Esa).

Rapporté au nombre total de séances réalisées par ces 32 Esa (cumulant 38 701 séances), il résulte pour l’année 2018 un coût moyen en frais de déplacement de 6,0 euros par séance (7,1 euros en 2017). Par département, la Somme se démarque avec des frais de 0,75 euro par séance car la seule ESA ayant répondu aux frais de déplacement explique mettre à disposition des véhicules de service. Pour les autres départements, les frais s’échelonnent de 3,3 euros par séance dans l’Oise à 7,4 euros dans le Nord (5,5 euros dans l’Aisne et 6,1 euros dans le Pas-de-Calais).



Synthèse des commentaires

31 Esa sur 38 ont renseigné la rubrique des commentaires généraux libres. Les observations les plus fréquentes concernent :

- une difficulté de recrutement, en particulier lors des remplacements pour congés annuels ou arrêts maladie ;
- une montée en charge de l'activité (renouvellement et nouveaux dossiers) impactant sur un allongement de la liste d'attente et sur le besoin de renforcer l'équipe et le nombre de places autorisées ;
- un besoin de financement supplémentaire pour accroître l'équipe selon les besoins des Esa (psychologue, secrétariat dédié...) ;
- un besoin d'augmenter les capacités des Esa ;
- un délai de prise en charge de 3 mois difficile à respecter, d'autant plus avec 15 séances à honorer ;
- un groupe de travail inter-Esa a réexaminé l'item « répartition des patients pris en charge selon l'objectif principal fixé » qui ne convenait pas aux Esa et propose six objectifs suivants :
 - Accompagnement de l'aidant proche et professionnel :
 - a. sensibilisation et information ; b. écoute ; c. orientation ; d. mise en situation ;
 - Stimulation cognitive : a. jeux ; b. activités thérapeutiques ; c. communication ;
 - Réhabilitation et autonomie dans la vie quotidienne : a. soins d'hygiène personnelle ; b. cuisine et nutrition ; c. courses ; d. ADJ, club de loisirs ; e. jardinage/bricolage, ménage ; f. mise en place d'outils et de stratégies de compensation ; g. transport ; h. acceptation des aides humaines ; i. gestion administrative et financière ; j. capacité à alerter ;
 - Indépendance fonctionnelle et environnement : a. réaménagement du domicile ; b. mise en place des aides techniques ; c. prévention des chutes ;
 - Psychomotricité et gestion des troubles du comportement :
 - a. observation ; b. relation d'aide ; c. activités de détente et de bien-être ; d. motricité ;
 - Coordination, transmission, communication : a. situation d'urgence ; b. parcours santé (de soins, de santé et de vie sociale).

Par ailleurs, les objectifs de prise en charge ne sont que très rarement précisés dans les ordonnances et plusieurs objectifs peuvent être réalisés pour un même patient

- une insuffisance du nombre de séances prévu par prise en charge (maximum 15) ;
- un coût des relais proposés après l'intervention de l'Esa freinant certains patients ;
- un manque des pathologies « maladie de Parkinson et maladies apparentées » et « sclérose en plaque » à la question de la répartition des patients par pathologie ;
- le MMSE ne reflète pas toujours les capacités réelles dans les actes de la vie quotidienne, à score égal l'indépendance et l'autonomie peuvent être différentes. Une intervention au sein de l'Esa peut être parfois bénéfique pour des usagers ayant un MMSE. Par ailleurs, il n'est pas toujours représentatif des capacités de la personne (variable selon le niveau d'études, selon l'état du jour de la personne...) et il est parfois infaisable en début de prise en charge car la personne est angoissée ou ne souhaite pas le passer... ;
- des difficultés à recueillir le diagnostic des pathologies MAMA ;
- la proposition de revoir l'appellation Esa (vis-à-vis du patient diagnostiqué) en « équipe spécialisée des troubles neuro-dégénératifs » ;
- une communication à faire autour de l'Esa et de ses missions sur les territoires, mais cela prend beaucoup de temps ;
- des déplacements qui font perdre beaucoup de temps en secteur rural ;
- des locaux non adaptés et non dédiés au service (donc pas de matériel dédié) ;
- et l'accompagnement des aidants comme proposition pour une future formation.

Conclusion

Par rapport à 2017, l'enquête d'activité 2018 des 38 Esa met en évidence une augmentation de la file active de 6 % (et du nombre de séances de 8 %), ainsi qu'une importante augmentation de la part des prescripteurs des consultations mémoire (15 %) et des médecins généralistes libéraux (10 %).

Des Esa font remarquer une augmentation importante des demandes de prise en charge, une insuffisance du personnel et des difficultés de recrutement.

Dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2012, le déploiement de 27 Esa en ex-Nord-Pas-de-Calais et de 13 Esa en ex-Picardie est accompli.

Toutefois, les départements de l'Aisne, de l'Oise et de la Somme ne disposent pas d'une couverture complète en Esa. La mesure 22 du PNMD 2014-2019 visant un maillage territorial complet en Esa, une réflexion a été menée afin d'assurer une meilleure équité inter-Esa de la population âgée couverte ainsi qu'une couverture complète dans ces trois départements. En 2018, les territoires d'intervention ont été revus avec les Esa afin d'éliminer les doublons et de couvrir les zones blanches.

Deux appels à candidature ont été lancés dans l'Aisne et dans la Somme afin de créer deux nouvelles Esa qui finaliseront la couverture régionale. Ces Esa ont ouverts en 2019. Des Esa ont été renforcées afin d'assurer une meilleure équité des moyens des différents Esa au regard de la population couverte.

Également dans le cadre du Plan PMND 2014-2019, des places supplémentaires ont été déployées sous critère populationnel afin de renforcer des Esa du Nord et du Pas-de-Calais dont le territoire est déjà intégralement couvert par une Esa.

Synthèse des indicateurs par département

	Nord	Pas-de-Calais	Somme	Oise	Aisne	Hauts-de-France
Nombre d'ESA ayant répondu	18	8	4	4	4	38
Nombre de places autorisées	180	80	40	40	40	380
File active	1 890	955	376	537	326	4 084
Nombre de patients par place autorisée	10,5	11,9	9,4	13,4	8,2	10,7
Prescripteur (%)						
Médecin généraliste	45,8	53,4	52,4	28,4	31,6	44,9
Consultation mémoire hospitalière	47,3	38,4	37,0	54,6	66,6	46,7
Médecin spécialiste libéral	6,1	5,5	10,6	17,0	1,8	7,4
Autres	0,7	2,7	0,0	0,0	0,0	1,0
Diagnostic (%)						
Maladie d'Alzheimer	51,6	51,2	67,1	49,5	71,2	54,2
Maladie apparentée et démence vasculaire	32,7	33,0	22,3	34,2	15,0	30,6
Psychose	0,5	0,4	1,6	0,9	1,2	0,7
Diagnostic en cours	6,2	1,5	1,1	0,0	5,2	3,7
Diagnostic non-posé	8,9	13,9	7,9	15,3	7,4	10,7
% de femmes parmi les patients	68,6	69,3	61,3	60,1	65,3	66,7
Âge moyen hommes	80,3	80,3	81,1	80,8	79,2	80,3
Âge moyen femmes	82,4	82,0	81,2	83,2	82,0	82,3
MMSE (%)						
19-30	72,1	72,1	62,9	66,6	59,3	69,6
15-18	23,8	22,8	29,7	23,7	26,4	24,3
6-14	4,0	5,1	6,8	8,3	14,3	5,9
inférieur ou égal à 5	0,1	0,0	0,6	1,4	0,0	0,3

Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

	Nord	Pas-de-Calais	Somme	Oise	Aisne	Hauts-de-France
GIR (%)						
GIR 5 et 6	43,2	52,3	18,6	56,8	47,9	45,3
GIR 3 et 4	53,2	43,4	66,0	41,1	49,1	50,1
GIR 1 et 2	3,6	4,3	15,4	2,1	3,1	4,7
Nombre de séances (%)						
16 séances et plus	6,7	11,8	0,0	3,1	0,0	6,3
10 à 15 séances	73,5	68,7	71,3	64,6	86,9	72,1
5 à 9 séances	9,9	10,8	5,3	17,1	8,6	10,6
4 séances ou moins	9,9	8,7	23,4	15,1	4,6	11,1
Nombre de séances réalisées par patient	10,1	10,8	10,4	11,1	11,7	10,5
Durée moyenne de prise en charge par patient (en nombre de semaines)	13	13	15	13	18	14
Répartition des patients pris en charge selon l'objectif principal fixé (%)						
Relation et communication	37,9	31,6	28,0	19,3	32,0	31,7
Contrôle postural et motricité	4,0	16,4	9,7	5,4	10,0	9,1
Fonctions instrumentales et exécutives	39,0	32,7	30,4	68,8	50,5	40,5
Espace, temps	19,1	19,3	31,9	6,6	7,4	18,7
ETP moyen par Esa						
IDEC	0,24	0,38	0,34	0,25	0,23	0,28
Ergothérapeute	0,65	0,63	0,95	0,55	0,80	0,68
Psychomotricien	0,34	0,38	0,00	0,55	0,00	0,30
ASG	1,49	1,44	1,61	1,85	1,41	1,52
AS/AMP	0,01	0,06	0,00	0,00	0,00	0,02
Frais de déplacement (cumulés)	129 259 €	62 955 €	1 165 €	19 638 €	19 565 €	232 582 €
Coût moyen de déplacement par séance	7,4 €	6,1 €	0,75 €	3,3 €	5,5 €	6,0 €

Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

Mesure n°16 : Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées : les Pasa

Présentation générale

Les Pasa (pôles d'activités et de soins adaptés) sont des unités de vie créées au sein des EHPAD qui proposent, dans la journée, un accompagnement adapté aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées présentant des troubles du comportement modérés.

Pouvant accueillir un groupe de 12 à 14 personnes, ces unités spécifiques mettent en place des activités sociales et thérapeutiques qui sont réalisées avec une équipe de professionnels formés à l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs (psychomotricien, ergothérapeute et assistants de soins en gérontologie).

Les structures porteuses doivent être des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et le projet Pasa doit correspondre à un cahier des charges qui fixe des conditions précises concernant le fonctionnement et l'environnement architectural.

L'accompagnement au sein du Pasa s'adresse uniquement aux résidents de l'EHPAD porteur de projet.

La mesure 26 du Plan maladies neuro-dégénérative prévoit la poursuite du déploiement des accueils en Pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) et l'inscription de cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement de « droit commun ».

Le décret du 26 août 2016 fixe les « conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD), ainsi que celles, notamment, des pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa) et des unités d'hébergement renforcé (UHR) qu'ils peuvent créer en leur sein. Il a pour objectif d'inscrire cette offre au sein des filières de soins et d'accompagnement des personnes âgées dans une logique de parcours de vie.

Analyse des données d'activité

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2018 des Pasa a été effectuée principalement à l'aide du questionnaire employé par l'enquête nationale d'activité des dispositifs inscrits dans le Plan Alzheimer. Au total, sur les 117 Pasa existants au 31 décembre 2018, 86 Pasa ont retourné le questionnaire complété. Cependant, ils n'ont pas forcément répondu à l'ensemble des items du questionnaire.

Au niveau géographique, les 86 Pasa ayant répondu au questionnaire d'activité 2018 se répartissent ainsi :

- 5 dans l'Aisne,
- 45 dans le Nord,
- 14 dans l'Oise,
- 32 dans le Pas-de-Calais,
- 9 dans la Somme.

Ouverture des Pasa

Dans l'ensemble de la région Hauts-de-France, 83 Pasa ont renseigné leur date d'ouverture (3 Pasa du Pas-de-Calais n'ont pas précisé la date), ainsi ont été mis en œuvre :

- 1 Pasa en 2006 et 1 en 2008 (alors que la mise en place des Pasa a débuté en 2009) ;
- 3 en 2010 ;
- 10 en 2011 ;
- 9 en 2012 ;
- 13 en 2013 ;
- 11 en 2014 ;
- 13 en 2015 ;
- 6 en 2016 ;
- 10 en 2017 ;
- 6 en 2018.

Un Pasa de la Somme (Amiens) n'était pas encore ouvert en 2018.

Capacités des Pasa

En 2018, les 86 Pasa ayant répondu au questionnaire comptabilisent 9 356 places autorisées et 9 282 places installées, toutes modalités d'accueil confondues.

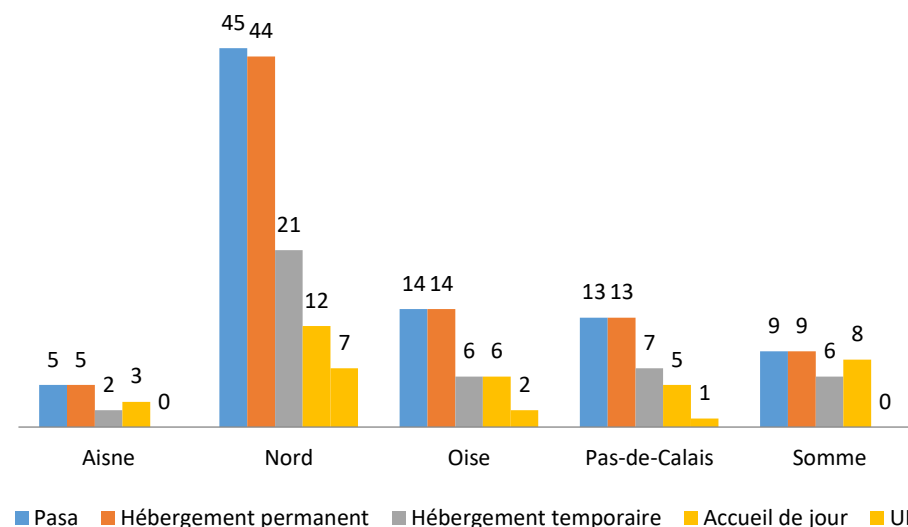
Les structures du Nord regroupent 52 % des places recensées dans les Hauts-de-France³¹. L'Oise représente 20 % des places, puis le Pas-de-Calais et la Somme (11 % chacun) et enfin l'Aisne (6 %).

Les Pasa totalisent 1 192 places dans les Hauts-de-France, dont 53 % sont dans le Nord, 16 % dans l'Oise, 15 % dans le Pas-de-Calais, 10 % dans la Somme et 6 % dans l'Aisne.

Près de 9 Pasa sur 10 ont une capacité de 14 places (76 Pasa, soit 89 % des Pasa). Sept Pasa affichent une capacité de 12 places (14 % des Pasa) et 1 Pasa a 20 places. En moyenne, leur capacité est de 14 places.

Parmi les 85 Pasa, tous proposent l'hébergement permanent, 41 l'hébergement temporaire, 33 l'accueil de jour et 10 une UHR.

Nombre de structures comptant des places installées en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Trente EHPAD ayant des Pasa déclarent posséder une pharmacie à usage intérieur, soit 34 % des Pasa.

Concernant la tarification, sur les 83 réponses données, 42 sont en tarification globale et 41 en tarification partielle.

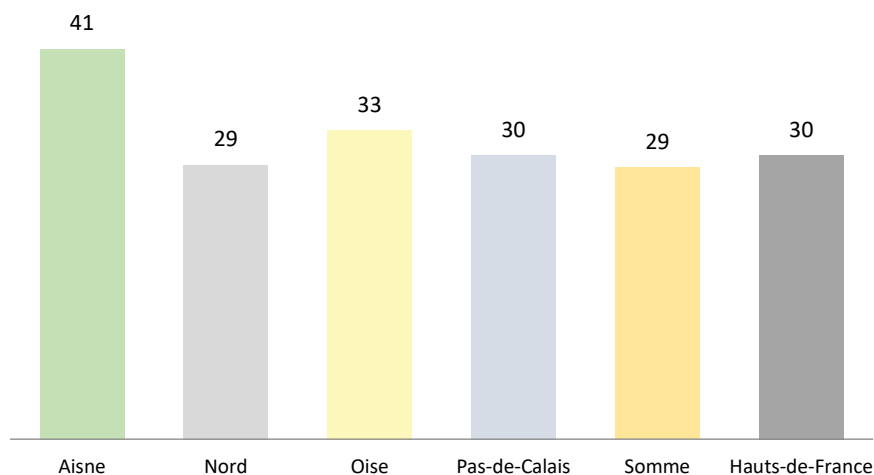
³¹ Les pourcentages sont rigoureusement les mêmes, que ce soit les places installées ou autorisées. Et ceci pour l'ensemble des départements.

File active

En 2018, **2 608 résidents ont bénéficié des Pasa**, soit 30 résidents en moyenne par Pasa. Le nombre de résidents moyens par Pasa varie de 29 dans le Nord et la Somme à 41 dans l'Aisne (30 dans le Pas-de-Calais et 33 dans l'Oise).

Au sein des Pasa, le minimum est de 12 résidents en 2018 pour les Pasa de l'EHPAD de Steenwerck (Nord) et du CHI de Roye (Somme) et le maximum à l'EHPAD de Nedonchel (Pas-de-Calais) avec 80 résidents pris en charge en 2018.

Nombre moyen de résidents par Pasa en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : 2 608 résidents

Profil des résidents

Les résidents pris en charge par des Pasa sont majoritairement féminins : 76,4 % sont des femmes. Ceci se retrouve pour les cinq départements de la région : 72,6 % dans le Pas-de-Calais, 74,4 % dans la Somme, 72,2 % dans l'Aisne, 77,6 % dans le Nord et 78,5 % dans l'Oise.

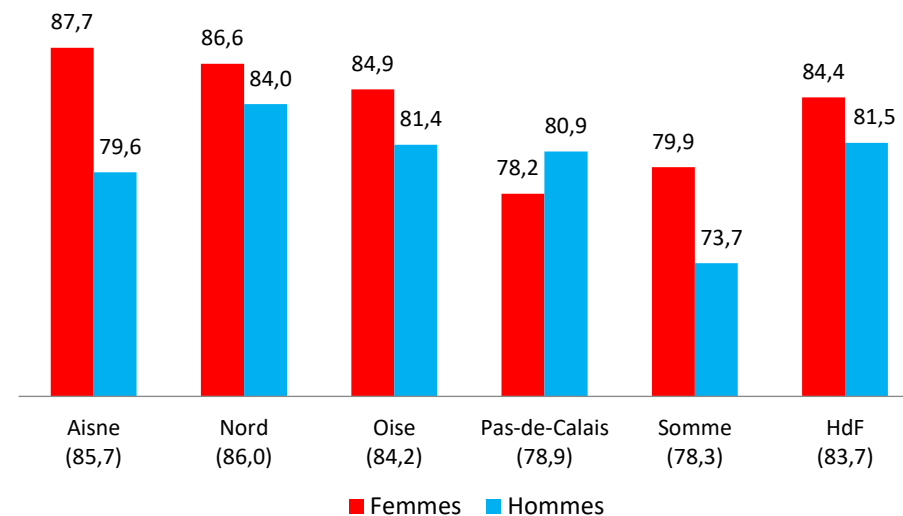
Âge moyen des résidents

Les résidents bénéficiant des Pasa ont en moyenne 83,7 ans : 81,5 ans pour les hommes et 84,4 ans pour les femmes.

Les résidents de la Somme et du Pas-de-Calais sont plus jeunes : moins de 80 ans en moyenne. Les résidents de l'Aisne (85,7 ans) et du Nord (86,0 ans) sont au contraire les plus âgés.

À noter que seul le département du Pas-de-Calais présente un âge moyen plus élevé chez les hommes que chez les femmes : 80,9 ans contre 78,2 ans.

Âge moyen des résidents bénéficiaires des Pasa en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Score MMSE (Mini-mental state evaluation)

Les résidents accueillis en Pasa doivent présenter les caractéristiques suivantes :

- malades souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents;
- provenant de l'EHPAD, et pour lesquels l'évaluation des troubles du comportement (productifs/perturbateurs comme l'agitation, l'irritabilité, la désinhibition, la déambulation, ... ou non productifs/non perturbateurs comme l'apathie) aura été réalisée à l'aide du NPI-ES (inventaire neuropsychiatrique -version équipe soignante) et, en cas d'agitation, de l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield;
- Les critères d'éligibilité/admissibilité en vue de l'ouverture d'un Pasa mesurés à l'aide du NPI-ES3 correspondent aux résidents atteints de la maladie d'Alzheimer présentant un score supérieur à 3 à au moins un des 10 items comportementaux de l'échelle NPI-ES.

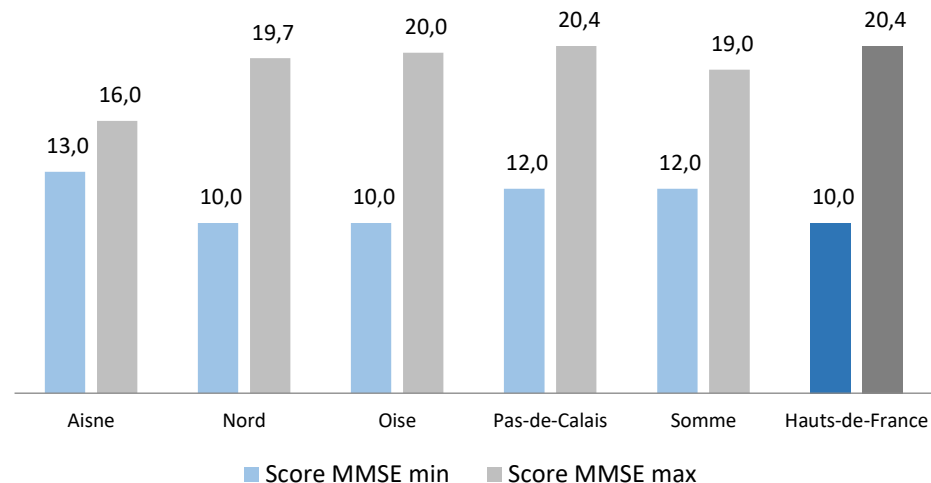
Pour les 80 Pasa ayant répondu, le score MMSE moyen varie de 10 (Pasa de Douai et Ève) à 20 (Pasa de La Madeleine, Liancourt, Verberie et Dainville).

Plus précisément, 2 Pasa déclarent un score MMSE moyen de 10, 1 Pasa de 11, 10 Pasa de 12, 6 Pasa de 13, 9 Pasa de 14, 11 Pasa de 15, 15 Pasa de 16, 11 Pasa de 17, 8 Pasa de 18, 3 Pasa de 19 et 4 Pasa un score de 20. Six Pasa n'ont pas renseigné ce score.

L'écart est le plus important dans les départements du Nord et de l'Oise (les deux ont un minimum de 10 et un maximum de 20) tandis que dans l'Aisne les scores extrêmes sont assez proches (de 13 à 16).

Au niveau régional, 35 % des Pasa présentent des scores moyens MMSE compris entre 10 et 14, 60 % entre 15 et 19 et 5 % égaux à 20.

Scores moyens minimums et maximums MMSE par département en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Diagnostic principal des résidents

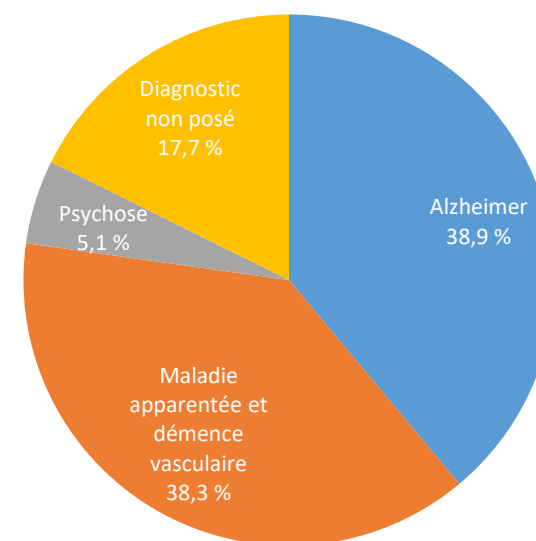
En 2018, au niveau régional, la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire ou maladie apparentée représentent respectivement 38,9 % et 38,3 % des diagnostics des résidents suivis en Pasa. Les psychoses représentent 5,1 % des résidents et 17,7 % des résidents n'ont pas de diagnostic posé.

L'analyse par départements souligne quelques spécificités territoriales dans les diagnostics des patients pris en charge par les Pasa.

Si dans le Nord les deux premiers diagnostics se répartissent équitablement comme en région, la maladie d'Alzheimer est davantage présente dans les départements de l'Aisne et du Pas-de-Calais par rapport aux autres diagnostics. À l'inverse, la démence vasculaire ou maladie apparentée devance les autres diagnostics dans l'Oise et la Somme.

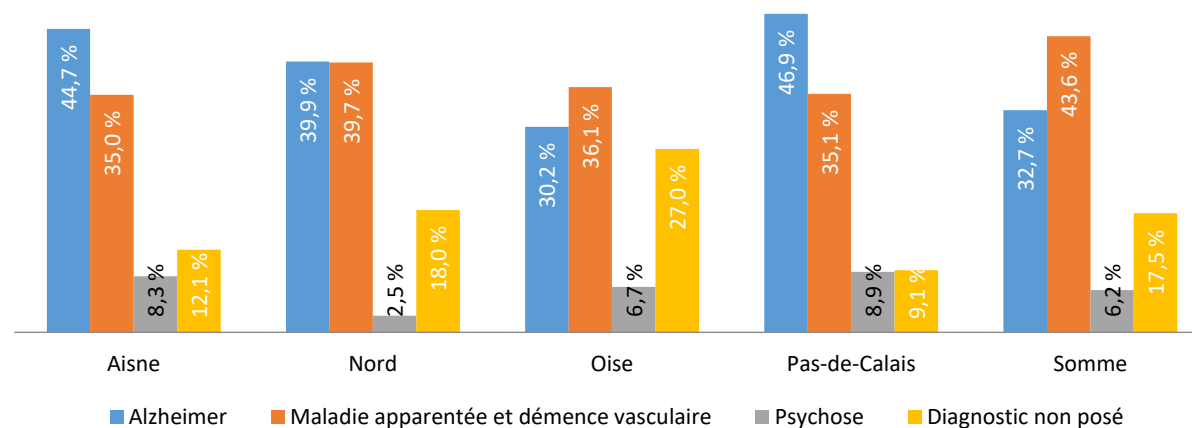
L'Oise compte un pourcentage de diagnostics non posés élevé : 27 % des résidents (contre 9,1 % à 18,0 % dans les autres départements).

Répartition des résidents pris en charge par un Pasa en 2018 selon le diagnostic principal



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Répartition des résidents pris en charge par un Pasa en 2018 selon le diagnostic principal et le département



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Surfaces des Pasa

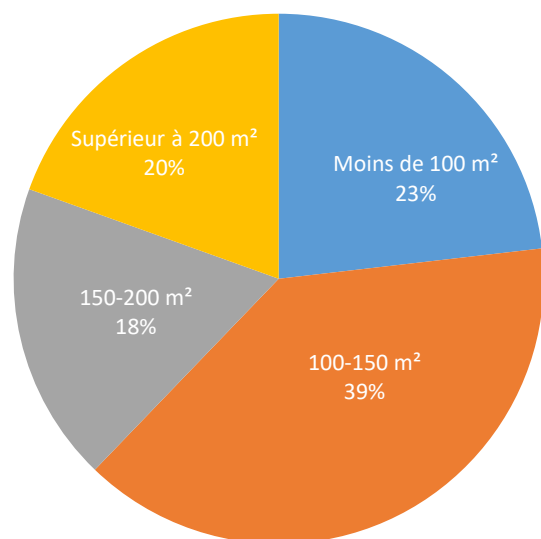
Concernant la typologie, sur les 85 Pasa ayant répondu à l'item, 15 déclarent avoir un Pasa éclaté (soit 18 % des Pasa ayant répondu).

En moyenne, les Pasa des Hauts-de-France disposent de 149 m² de surface intérieure en 2018, allant de 109 m² en moyenne dans l'Oise à 182 m² dans l'Aisne. Le minimum est de 40 m² dans un Pasa de l'Oise (Gouvieux) et le maximum de 370 m² dans un Pasa du Nord (Hautmont). Les surfaces intérieures sont principalement comprises entre 100 et 150 m² (39 % des Pasa).

Dans le cahier des charges il est précisé que les Pasa doivent s'ouvrir sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou une terrasse clos(e) et sécurisé(e). Sur les 79 Pasa ayant répondu à la surface extérieure :

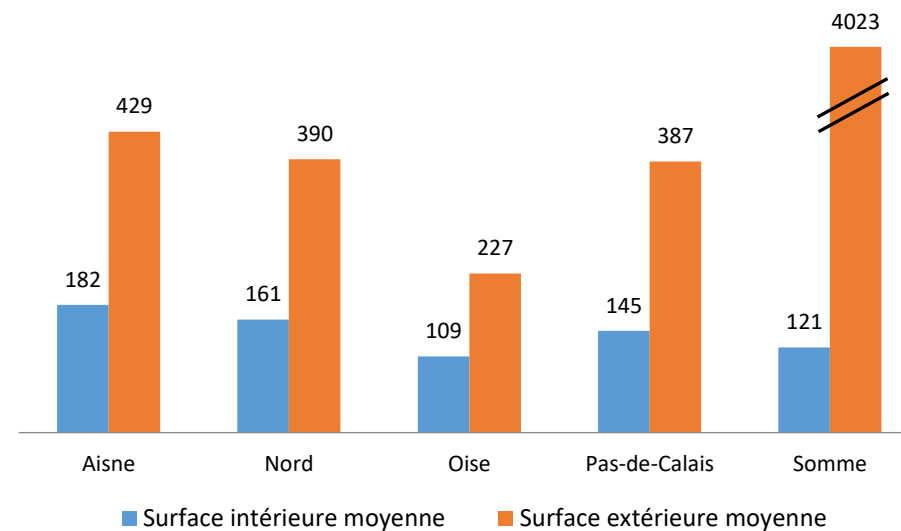
- 48 % (38 Pasa, dont 1 déclarant 0 m²) déclarent 100 m² ou moins ;
- 23 % (18 Pasa) déclarent entre 100 m² et 300 m² ;
- 13 % (10) déclarent entre 301 m² et 600 m²
- 16 % (13) déclarent plus de 600 m² allant jusqu'à 30 000 m² pour un Pasa à Nesle.

Répartition des surfaces intérieures des Pasa en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Surfaces moyennes intérieures et extérieures des Pasa en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Activités des Pasa

Parmi les 86 Pasa de la région, 73 sont ouverts 5 jours par semaine (et 1 Pasa à 5,1 jours). Pour les autres Pasa, le nombre de jours d'ouverture se répartit ainsi :

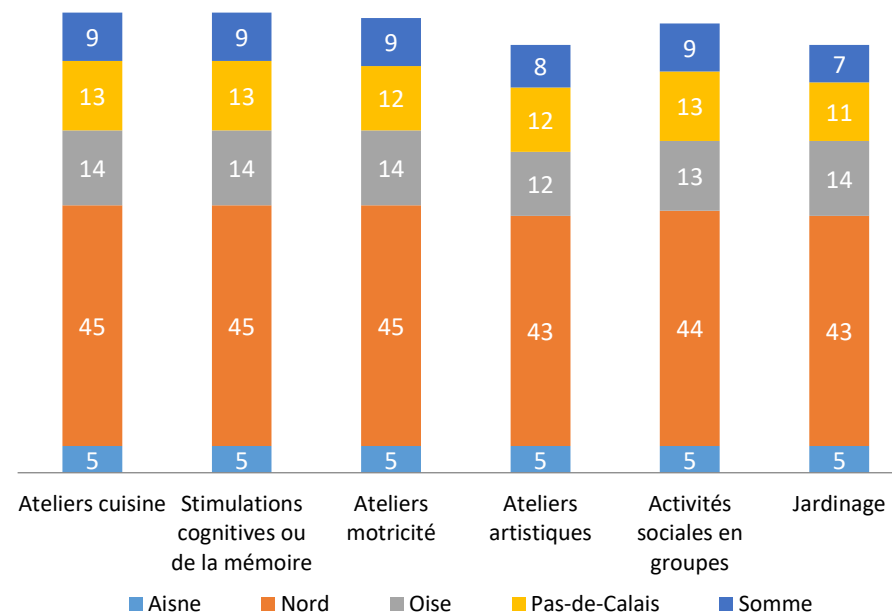
- 1 est ouvert 1 jour par semaine,
- 1 est ouvert 3 jours par semaine,
- 4 sont ouverts 4 jours et 4,5 jours par semaine (2 chacun),
- 2 sont ouverts 6 jours par semaine,
- 4 sont ouverts tous les jours de la semaine.

Activités proposées par les Pasa

L'ensemble des 86 Pasa proposent des ateliers cuisine et des ateliers de stimulation cognitive ou de mémoire. Les ateliers autour de la gymnastique, de la motricité et de la relaxation sont présents dans 85 Pasa (seul un Pasa du Pas-de-Calais ne le propose pas). Les activités sociales de groupes sont présentes dans 84 Pasa (exception d'un Pasa du Nord et d'un Pasa de l'Oise). Enfin les ateliers artistiques et le jardinage sont présents dans 80 Pasa.

Les 5 Pasa de l'Aisne proposent l'ensemble des ateliers.

Répartition des groupes de parole par département en 2018



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

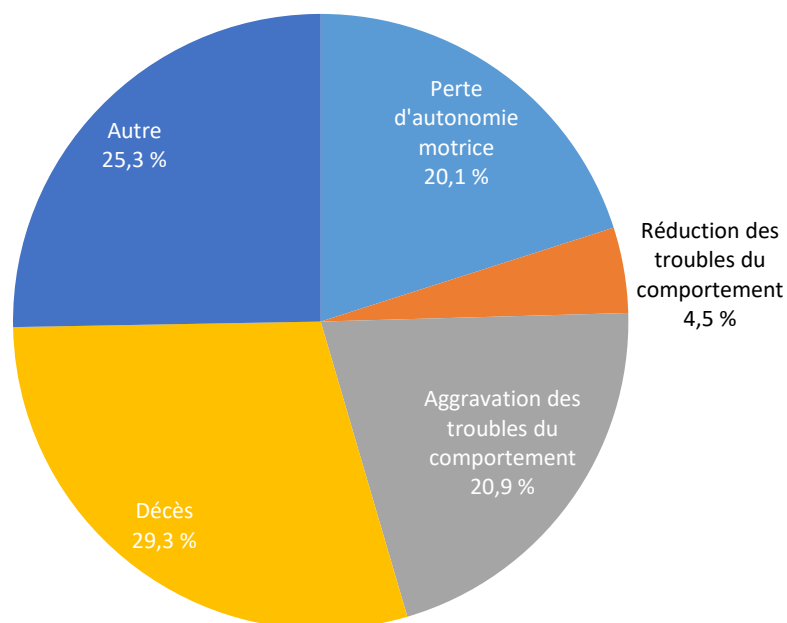
Les sorties

En 2018, les sorties du Pasa ont concerné 1 011 personnes sur une file active totale de 2 608 personnes pour 86 Pasa.

Le décès est le mode de sortie le plus fréquent (29,3 % des sorties déclarées en 2018). L'aggravation des troubles du comportement représente 20,9 % de l'ensemble des sorties de Pasa alors que la réduction de ces troubles ne représentent que 4,5 % des sorties. La perte d'autonomie motrice compte pour 20,1 % des sorties.

Un quart des sorties entre dans la catégorie « Autre », à savoir : refus des participants (et parfois de la famille), changement d'établissement, retour à domicile, dégradation de la santé du patient.

Répartition des modes de sortie



Source : ARS - DST 2019 - Traitement OR2S

Personnel

En 2018, les 85 Pasa ayant déclaré une activité ont disposé d'environ 230 ETP, soit 2,7 ETP en moyenne par Pasa :

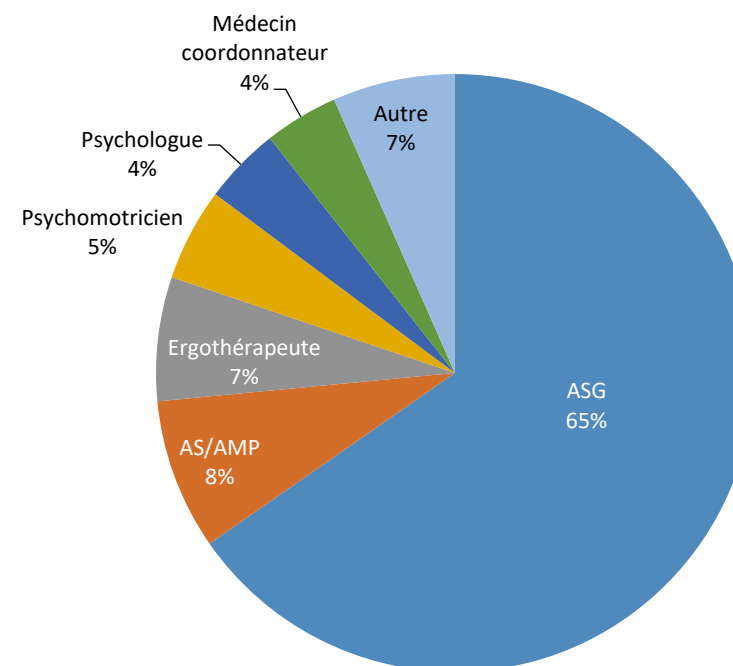
- 148,5 ETP d'ASG (1,8 en moyenne) ;
- 18,5 d'AS ou AMP non formés ASG (0,2 en moyenne) ;
- 15,2 d'ergothérapeute (0,2 en moyenne par Pasa) ;
- 11,4 de psychomotricien (0,1 en moyenne) ;
- 9,1 de médecin coordonnateur (0,1 en moyenne) ;
- 9,5 ETP de psychologue (0,1 en moyenne) ;
- 15,1 ETP Autres³² (0,2 en moyenne).

Par département, la moyenne d'ETP par Pasa varie de 2,2 ETP dans le Pas-de-Calais et la Somme à 3,5 dans l'Aisne. L'Oise (2,6) et le Nord (2,8) sont dans une position intermédiaire.

Parmi les 85 PFR étudiées :

- toutes disposent d'ASG (de 0,5 ETP à 3,8 ETP) ;
- 54 ont des temps d'ergothérapeutes (de 0,05 à 1 ETP) ;
- 34 ont des ETP de psychomotriciens (de 0,05 à 1 ETP) ;
- 24 ont des ETP d'AS ou AMP (de 0,2 à 2 ETP) ;
- 51 ont des ETP de médecins coordonnateurs (de 0,01 à 0,6 ETP) ;
- 67 ont des ETP de psychologues (de 0,02 à 0,5 ETP).

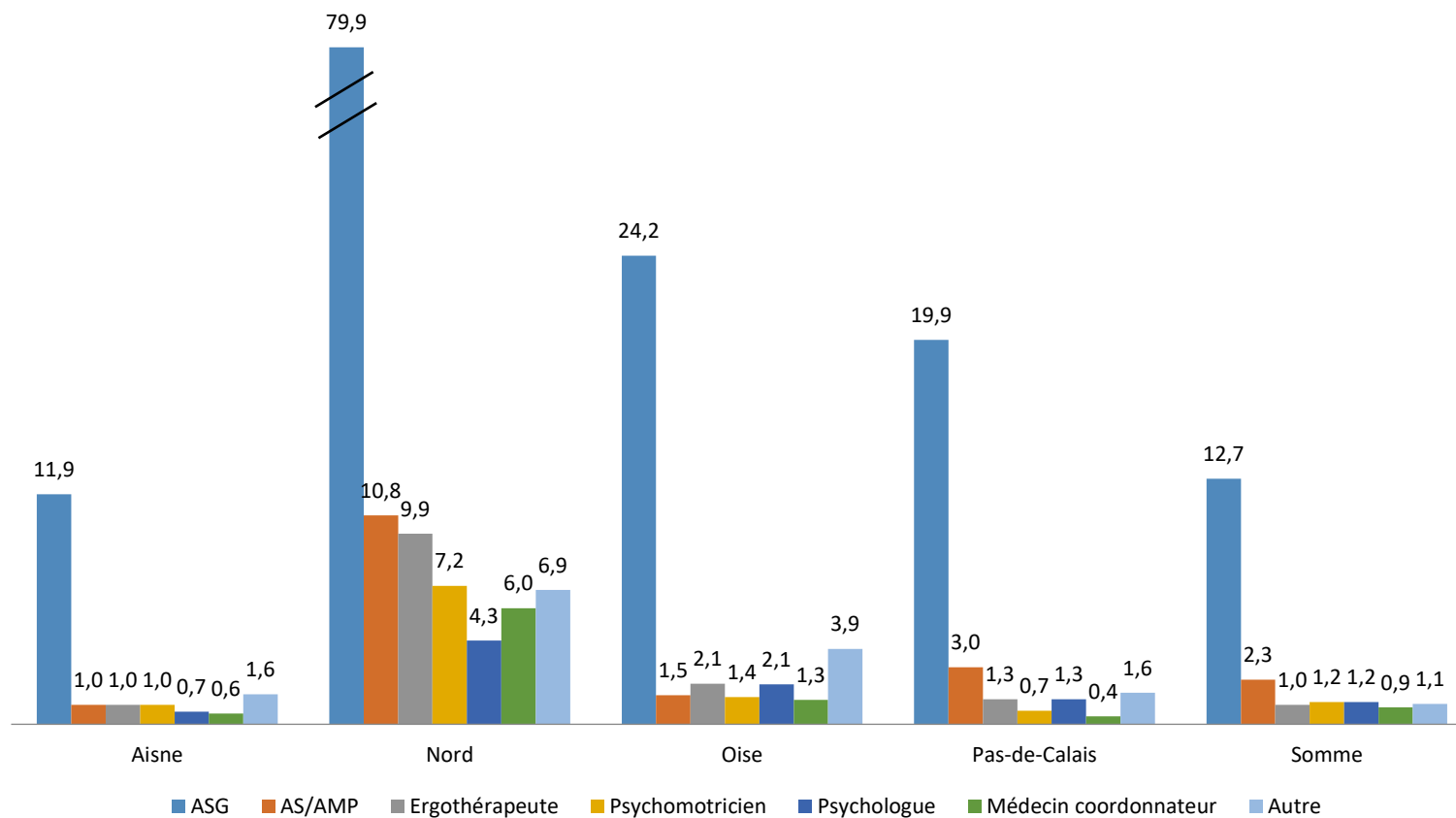
Personnels des Pasa en 2018 (% des ETP)



Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

³² Art thérapeute, musicothérapeute, ASH, orthophoniste, cadre de santé, APA, animateur, diététicien, éducateur en motricité.

ETP d'ergothérapeutes, psychomotriciens, ASE, AS / AMP, médecins coordonnateurs, psychologues et autres métiers exerçant dans les Pasa en 2018



Source : ARS - DST 2018 - Traitement OR2S

Commentaires des Pasa

Seul le Pasa de l'EHPAD de Marpent (Nord) fait une remarque autre que celles concernant les ETP et le fonctionnement du personnel et parle des bénéfices pour les résidents.

Selon cet établissement, le bilan est positif :

- Réelle action sur les réactivations de troubles psycho-comportementaux au sein des différentes unités de la résidence grâce à l'intervention efficace des intervenants au sein du Pasa (ASG, psychologue, animatrice, apprenti psychomotricien) ;
- Retour positif des familles sur l'accompagnement de leurs proches ainsi que des équipes ;
- Adaptation des prises en soins au quotidien en s'adaptant au rythme du résident ;
- Lutte contre l'épuisement professionnel des intervenants exprimant un soulagement et des bénéfices de manière générale lorsque les résidents vont au Pasa ;
- Accompagnement Méthode Montessori et TNM : intégration des résidents aux activités de la vie quotidienne et aux activités sociales très appréciées par les usagers ;
- Implication des professionnels dans le suivi et l'intégration des résidents au sein du Pasa.

Annexes

Sigles

Aggir	Autonomie gérontologie groupe iso ressources	DGAS	Direction générale de l'action sociale
Ahnac	Association hospitalière Nord Artois clinique	DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
AJ	Accueil de jour	DIU	Diplôme inter-universitaire
AMP	Aide médico-psychologique	DMS	Durée moyenne de séjour
ANCV	Agence nationale pour les chèques-vacances	DOMS	Direction de l'Offre Médico-Sociale
Apa	Activité physique adaptée	DSS	Direction de la Sécurité sociale
AP-HP	Assistance publique – Hôpitaux de Paris	DST	Direction de la stratégie et des territoires
ARS	Agence régionale de santé	EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
AS	Aide-soignant	EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ASG	Assistant de soins en gérontologie	EMG	Équipes Mobiles de Gériatrie
ASH	Agent des services hospitaliers	EMPG	Équipe mobile de psycho-gériatrie
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifiés	EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
AVC	Accident vasculaire cérébral	Esa	Équipes spécialisées Alzheimer
BNA	Base de données nationale française Alzheimer	ETP	Équivalent temps plein
CCAS	Centre communal d'action sociale	FIR	Fonds d'intervention régional
CESF	Conseillère en économie sociale et familiale	GCMS	Groupement de coopération médico-sociale
CGAS	Centre gériatrie accueil spécialisé	GCS	Groupement de coopération sanitaire
CHAM	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	GHICL	Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
CH	Centre hospitalier	GHLH	Groupe hospitalier Loos Haubourdin
CHG	Centre hospitalier gériatrique	GHPA	Groupe hospitalier privé du Littoral-pôle Artois
CHI	Centre hospitalier intercommunal	GHPSO	Groupe hospitalier public Sud Oise
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire	GHSC	Groupe hospitalier de Seclin-Carvin
CHU	Centre hospitalier universitaire	G-Sep	Groupe septentrional d'études et de recherche sur la sclérose en plaques
Cima	Corpus d'information minimal sur la maladie d'Alzheimer	HAD	Hospitalisation à domicile
Clic	Centre local d'information et de coordination	HJ	Hôpital de jour
CM2R	Centre mémoire de ressources et de recherche	HM	Hôpital maritime
CMP	Centre médico-psychologique	HPM	Hôpital privé métropole
CMRT	Centre mémoire référent de territoire	HT	Hébergement temporaire
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie		
CSG	Court séjour gériatrique		

IDE	Infirmière diplômée d'État	RP	Recensement de la population
IDEC	Infirmière diplômée d'État coordinatrice	Saad	Service d'aide à domicile
Ifsi	Institut de sensibilisation en soins infirmiers	SAS	Sociétés par actions simplifiées
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques	SIAD	Service intervenant au domicile
ISL	Institut social de Lille	SLD	Soins de longue durée
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie	Spasad	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique	Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
MSA	Mutualité sociale agricole	SSRG	Soins de suite et de réadaptation gériatrique
NR	Non réponse	STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
n.d.	Non disponible	UCC	Unité cognitivo-comportementale
OR2S	Observatoire régional de la santé et du social	Udaf	Union départementale des associations familiales
Paerpa	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie	UGSS	Unité gériatrique de soins de suite
Pasa	Pôle d'activités et de soins adaptés	UHR	Unité d'hébergement renforcée
PFR	Plateforme d'accompagnement et de répit	USLD	Unité de soins de longue durée
PMND	Plan maladies neuro-dégénératives		

Tableaux de résultats

EMG

Lieux d'intervention des EMG en 2018 – Données par département

	Service de médecine	Service de chirurgie	Urgences	Autres lieux	Total
Aisne	59%	11%	23%	6%	100%
Nord	35%	12%	49%	4%	100%
Oise	54%	18%	22%	7%	100%
Pas-de-Calais	21%	12%	66%	1%	100%
Somme	48%	33%	18%	1%	100%
Hauts-de-France	35%	14%	48%	3%	100%

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Le personnel dédié à l'activité intrahospitalière (en nombre d'ETP) en 2018 - Données par département

	Gériatre	Autre médecin	IDE	Assistante Sociale	Secrétaire	Psychologue	Ergothérapeute	Diététicien	Psychomotricien
Aisne	1,8	1	3,2	0,7	0,4	1,1	0	0	0
Nord	12,1	1,5	19,1	3,35	4,1	1,36	1,3	0	0
Oise	1,2		1	1	1,4	0,5	0	0	0
Pas-de-Calais	3,9	0,1	9,4	2,3	3,1	0,5	0,4	0,5	0
Somme	1,7	0,5	2,3	1	0,5				
Hauts-de-France	20,7	3,1	35,0	8,4	9,5	3,5	1,7	0,5	0

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Capacité et activité des SSRG en 2018 - Données départementales

	Population de 75 ans et plus	Nombre de lits en SSRG	Lits en SSRG pour 1 000 hab. de 75 ans ou plus	Nombre de journées en SSRG	Journées en SSRG pour 1 000 hab. de 75 ans ou plus
Aisne	49 324	241	49	78 259	1 587
Nord	198 083	1 223	61	394 792	1 985
Oise	59 036	493	84	159 496	2 702
Pas-de-Calais	122 014	470	39	174 295	1 438
Somme	51 113	171	33	62 197	1 217
Hauts-de-France	479 570	2 598	54	869 039	1 812

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Modes d'entrée en SSRG en 2018 – Données départementales

	Admissions directes	Mutations d'un CSG	Autres mutations	Total entrées
Aisne	22%	70%	8%	100%
Nord	21%	47%	31%	100%
Oise	35%	34%	31%	100%
Pas-de-Calais	10%	68%	22%	100%
Somme	34%	29%	37%	100%
Hauts-de-France	23%	49%	28%	100%

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : Modes d'entrée rapportés par 64 SSRG (sur 68 interrogés)

Mode de sortie en SSRG en 2018 – Données départementales

	Domicile	USLD	Autres transferts sanitaires	Établissements médico-sociaux	Décès	Total sorties
Aisne	53%	3%	18%	18%	9%	100%
Nord	61%	3%	15%	12%	8%	100%
Oise	66%	5%	14%	8%	7%	100%
Pas-de-Calais	70%	3%	13%	8%	7%	100%
Somme	56%	4%	15%	17%	8%	100%
Hauts-de-France	62%	3%	15%	11%	8%	100%

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Champ : Modes de sortie rapportés par 64 SSRG (sur 68 interrogés)

USLD

Personnel des USLD en 2018 (en ETP pour 20 lits) – Résultats par département

	Lits installés (hors UHR)	Total ETP	Gériatre	Non gériatre	IDE	ASH	Aide- soignant	Ergothérapeute ou psychomotricien	Autres personnels
Aisne	241	0,2	0,1	3,9	3,1	8,0	0,1	2,1	241
Nord	929	0,3	0,0	3,0	2,7	7,9	0,1	0,8	929
Oise	688	0,3	0,1	3,4	2,8	9,0	0,1	2,5	688
Pas-de-Calais	538	0,2	0,1	3,1	2,7	8,5	0,1	1,1	538
Somme	478	0,2	0,1	3,5	2,6	9,3	0,1	0,6	478
Hauts-de-France	2874	0,3	0,1	3,3	2,7	8,5	0,1	1,4	2874

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - SAE - Traitement OR2S

Champ : données portant les 51 USLD interrogées

Personnel des USLD en 2018 (en ETP pour 20 lits) – Résultats par territoire

	Lits installés (hors UHR)	Total ETP	Gériatre	Non gériatre	IDE	ASH	Aide-soignante	Ergothérapeute ou psychomotricien	Autres personnels
Aisne - Nord	106	19,5	0,3	0,0	3,0	3,2	9,1	0,2	3,8
Aisne - Centre	85	15,4	0,2	0,4	4,7	2,8	6,3	0,0	1,0
Aisne - Sud	50	17,2	0,1	0,0	4,8	3,2	8,8	0,0	0,2
Cambresis	58	12,0	0,2	0,0	3,6	1,7	6,5	0,0	0,1
Douaisis	75	19,9	0,2	0,1	2,6	3,4	12,5	0,2	1,0
Dunkerquois	80	14,1	0,3	0,0	2,4	2,3	8,2	0,4	0,7
Flandre Intérieure	60	19,3	0,3	0,0	3,9	5,3	9,1	0,0	0,8
Lille	218	11,3	0,3	0,0	2,5	2,1	6,0	0,1	0,4
Roubaix - Tourcoing	180	15,6	0,4	0,1	3,4	1,6	9,3	0,1	0,7
Sambre Avesnois	100	16,6	0,3	0,2	3,0	4,0	7,5	0,4	1,3
Valenciennois	158	15,4	0,2	0,0	3,4	3,2	7,1	0,0	1,5
Oise - Est	289	22,3	0,4	0,1	4,0	5,3	10,7	0,1	1,6
Oise - Ouest	399	15,2	0,2	0,1	2,9	1,0	7,7	0,1	3,2
Arrageois	140	16,0	0,1	0,1	2,8	1,0	10,3	0,1	1,6
Audomarois	30	15,0	0,0	0,3	5,2	0,5	8,7	0,0	0,3
Béthune - Bruay	100	15,7	0,3	0,0	3,0	3,8	7,2	0,2	1,1
Boulonnais	60	17,6	0,2	0,0	2,4	4,0	9,7	0,2	1,1
Calaisis	30	18,6	0,2	0,0	2,5	5,3	8,7	0,0	1,8
Lens - Hénin	148	14,8	0,3	0,0	3,0	2,6	7,7	0,2	1,1
Montreuillois	30	16,3	0,3	0,0	4,1	5,3	6,5	0,0	0,0
Somme - Ouest	98	17,0	0,2	0,1	3,1	3,5	9,4	0,0	0,8
Somme - Centre	320	16,2	0,2	0,1	3,8	2,4	9,2	0,1	0,5
Haute-Somme	60	16,5	0,3	0,0	3,0	2,4	9,7	0,3	0,8
Hauts-de-France	2874	16,3	0,3	0,1	3,3	2,7	8,5	0,1	1,4

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - SAE - Traitement OR2S

Champ : données portant sur les 51 USLD interrogées

UHR

Personnel réservé aux soins en UHR en 2018 (en ETP)

	Total	IDEC	Ergothérapeute Psychomotricien	ASG	AS / AMP (en cours de formation ASG)	AS / AMP (non formés ASG)	Médecin coordonnateur	Psychologue	Autres (précisions)
CH de Saint-Quentin	18,8	2	0	7	1	4		0,3	2 ETP IDE 2,5 ETP ASH
CH de Château-Thierry	5	0	0,1	2	0	2,8	0,1		
Polyclinique de Grande-Synthe	NR								
CH d'Hazebrouck	6,1	0	0,2	5,5	0	0	0,2	0,2	
CHU de Lille	NR								
EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue	4,2	0,1	0,3	3,5	0	0	0,1	0,2	
GH Seclin Carvin	13,7	0,2	0,2	6,8	1	5	0,2	0,3	Le temps médical est celui pour l'ensemble de l'EHPAD Cadre de santé : 0,3 Kinésithérapeute : 0,2
GH Loos Haubourdin	9,6	3	0,2	4,4		1,2	0,3		
CH de Tourcoing	6,0		0,2	2,8	0,7	2,1	0,3		
CHI Wasquehal	NR								
CH Le Cateau Cambrésis	9,6		0,2	7	2		0,2	0,2	
CH de Douai	9,8	0	0,3	3	0	6,16	0,3	0,1	
CH de Somain	NR								
CH Le Quesnoy	5,73	0,5	0,2	0,7	0	1,6	0,1	0,1	Socio-esthéticienne:0,10 ETP Cadre de santé: 0,15 ETP STAPS: 0,03 ETP ASH: 2,25 ETP
CH de Valenciennes	17,1	2	0,8	7	0	7,2	0,2	0	
CH de Saint-Amand-les-Eaux	NR								
CH de Beauvais	12,1	3,5	0,4	3,5		4,6	0,1		
CHI Compiègne-Noyon	12,2	3,5		1		7,4			0,30 cadre de santé
CH de Boulogne-sur-Mer	14,8	1	0,5	7,5	5,6		0,2		
CH de Calais	6,5	2		4,5					
CH d'Aire-sur-la-Lys	NR								
CH de Béthune-Beuvry	0,5								0,20 ASH, 0,30 cadre
CH du Ternois	NR								
CH d'Arras	14,2		1		10,8	2	0,2	0,2	
EHPAD Bully-les-Mines	NR								
CHAM	NR								
CHI de la Baie de Somme	9,8	0,1	0,1	1	1	7,5	0	0,1	
CH de Corbie	17	3	1	1	2	9		1	
Hauts-de-France	192,6	20,9	5,6	68,2	24,1	60,5	2,4	2,7	8,3

Champ : 19 UHR répondantes

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Personnel réservé à la dépendance en UHR en 2017 (en ETP)

	Total	IDEC	Ergothérapeute Psychomotricien	ASG	AS / AMP (en cours de formation ASG)	AS / AMP (non formés ASG)	Médecin coordonnateur	Psychologue	Autres (précisions)
CH de Saint-Quentin	NR								
CH de Château-Thierry	1,3	0	0	0	0	1,2		0,1	
Polyclinique de Grande-Synthe	NR								
CH d'Hazebrouck	0	0	0	0	0	0	0	0	
CHU de Lille	0								Aucun moyen humain supplémentaire n'avait été financé à l'occasion de l'ouverture de l'UHR. Nous avons donc respecté largement la qualification des aides-soignantes pour permettre d'étendre la prise en charge à l'ensemble du plateau.
EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue	0	0	0	0	0	0	0	0	
GH Seclin Carvin	NR								
GH Loos Haubourdin	2,6			1,9		0,5		0,2	
CH de Tourcoing	2,5			1,2	0,3	0,9		0,1	
CHI Wasquehal	NR								
CH Le Cateau Cambrésis	NR								
CH de Douai	2,6					2,6			
CH de Somain	NR								
CH Le Quesnoy	5,0	0,5		1,3		3,2			
CH de Valenciennes	3,6	0	0	0	0	3,1	0	0,5	
CH de Saint-Amand-les-Eaux	NR								
CH de Beauvais	2,1					2,0		0,1	
CHI Compiègne-Noyon	4,5					3,2	0,2	0,3	
CH de Boulogne-sur-Mer	4,4			1,5	2,4			0,5	
CH de Calais	NR								
CH d'Aire-sur-la-Lys	NR								
CH de Béthune-Beuvry	NR								
CH du Ternois	NR								
CH d'Arras	NR								
EHPAD Bully-les-Mines	NR								
CHAM	NR								
CHI de la Baie de Somme	NR								
CH de Corbie	NR								
Hauts-de-France	28,6	0,5	0,0	5,9	2,7	16,7	0,2	1,7	0,9

Champ : 12 UHR répondantes

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

UCC

Activité des UCC en 2018 - Données par établissement

Département	Territoire	Établissement	Nombre de lits	Nombre total de séjours (lits et places)	Nombre de journée de + de 24h	DMS (en j)
Aisne	Aisne-Sud	Hôpital Villiers Saint-Denis	15	155	4959	32
Nord	Flandre Intérieure	Centre médical des Monts de France	15	150	3696	26
Nord	Lille	CHU de Lille	12	100	4186	42
Nord	Lille	GH Seclin Carvin	12	106	3735	47
Nord	Lille	GH Loos Houdourdin	10	67	3355	56
Nord	Douaisis	UGSS du Château de la Motte	15	152	5354	39
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	10	68	3233	57
Nord	Sambre Avesnois	CH d'Hautmont	20	201	6772	31
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	12	150	4048	33
Oise	Oise-Ouest	Institut médical de Breteuil	12	28	1052	41
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	10	58	1429	
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	14	124	4335	42
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	9	64	2004	37
Pas-de-Calais	Lens - Hénin	Polyclinique de Riaumont (Ahnac)	12	129	4307	34
Somme	Somme-Centre	CHU d'Amiens	10	100*	3303	33*
Hauts-de-France			188	1652	55768	37

* estimation

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Activité des UCC en 2018 - Données départementales

	Établissement	Nombre de lits	Nombre total de séjours (lits et places)	Nombre de journée de + de 24h	DMS (en j)
Aisne	Hôpital Villiers Saint-Denis	15	155	4 959	32
Nord	Centre médical des Monts de France	106	994	34 379	38
Oise	Institut médical de Breteuil	12	28	1 052	41
Pas-de-Calais	Polyclinique de Riaumont (Ahnac)	45	375	12 075	41
Somme	CHU d'Amiens	10	100*	3 303	33*
Hauts-de-France		188	1 552	55 768	37

* estimation

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Répartition des modes d'entrée et mode de sortie en UCC en 2018 - Données par établissement

Département	Territoire	Établissement	Modes d'entrée			Modes de sortie					
			Admissions directes	Mutations d'un court séjour	Autres mutations	Domicile (hors établissements médico-sociaux)	USLD	Autres transferts sanitaires	Établissements médico-sociaux	Décès	UHR
Aisne	Aisne-Sud	Hôpital Villiers Saint-Denis	52%	41%	7%	55%	0%	10%	32%	2%	0%
Nord	Flandre Intérieure	Centre médical des Monts de France	57%	3%	39%	56%	1%	16%	27%	0%	0%
Nord	Lille	CHU de Lille	44%	48%	8%	62%	4%	29%	3%	2%	0%
Nord	Lille	GH Seclin Carvin	52%	47%	1%	49%	6%	2%	34%	4%	3%
Nord	Lille	GH Loos Haudourdin	100%	0%	0%	49%	0%	5%	40%	2%	4%
Nord	Douaisis	UGSS du Château de la Motte	11%	84%	5%	34%	0%	17%	45%	4%	0%
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	46%	24%	31%	52%	40%	7%	0%	2%	0%
Nord	Sambre Avesnois	CH d'Hautmont	29%	23%	48%	42%	3%	20%	32%	1%	0%
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	61%	17%	22%	58%	3%	4%	27%	2%	7%
Oise	Oise-Ouest	Institut médical de Breteuil	29%	71%	0%	38%	0%	13%	50%	0%	0%
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	31%	68%	2%	73%	3%	9%	6%	9%	0%
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	5%	95%	0%	84%	0%	8%	0%	8%	0%
Pas-de-Calais	Lens - Hénin	Polyclinique de Riaumont (Ahnac)	54%	46%	0%	37%	3%	10%	49%	2%	0%
Somme	Somme-Centre	CHU d'Amiens	49%	4%	46%	37%	21%	17%	24%	1%	0%
Hauts-de-France			43%	38%	18%	51%	5%	13%	27%	3%	1%

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S

Répartition des modes d'entrée et mode de sortie en UCC en 2018 - Données départementales

	Modes d'entrée			Modes de sortie					
	Admissions directes	Mutations d'un court séjour	Autres mutations	Domicile (hors établissements médico-sociaux)	USLD	Autres transferts sanitaires	Établissements médico-sociaux	Décès	UHR
Aisne	52%	41%	7%	55%	0%	10%	32%	2%	0%
Nord	45%	32%	23%	49%	5%	14%	28%	2%	2%
Oise	29%	71%	0%	38%	0%	13%	50%	0%	0%
Pas-de-Calais	33%	66%	1%	61%	3%	9%	22%	6%	0%
Somme	49%	4%	46%	37%	21%	17%	24%	1%	0%
Hauts-de-France	44%	38%	18%	51%	5%	13%	27%	3%	1%

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR25

Le personnel en UCC en 2018 - Données par établissement

Département	Territoire	Établissement	Total ETP	Gériatre	Autres médecins	Aide-soignant	IDE	Assistant social	Kinésithérapeute	Dietéticien	Psychologue	Ergothérapeute	Orthophoniste	Psychomotricien	Staps	Autres
Aisne	Aisne-Sud	Hôpital Villiers Saint-Denis	16,85	0,93		7,47	5,43	0,39	0,51	0,2	1	0,49	0,05	0,37	0,01	
Nord	Flandre Intérieure	Centre médical des Monts de France	32,62		0,52 psychiatre 0,32 neurologue	13,72	12,41	0,64			0,3	0,5	0,05			2,66 personnel administratif 1,5 personnel d'encadrement
Nord	Lille	CHU de Lille	24,1	0,5		9,1	9,6	0,5	0,5	0,05	0,4	0,25		0,25		2,2 ASH 0,5 Cadre de santé 0,25 Secrétariat médical
Nord	Lille	GH Seclin Carvin	11,8	0,8		7,8	2,8				0,2			0,2		
Nord	Lille	GH Loos Haubourdin	8,1	0,5		4	2	0,2			0,2			0,4		0,8 Infirmière coordinatrice
Nord	Douaisis	UGSS du Château de la Motte	12,15	1	0,05 Généraliste, DIU MPR 0,05 autre	4,5	4	0,2	1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,5	0,2	0,05 socio-esthétique
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	15,82	1	0,2 psychiatre	5,83	4,22	0,3	0,35	0,1	0,22	0,05		0,5	0,35	2,7 (ASL, cadre, secrétaire)
Nord	Sambre Avesnois	CH d'Hautmont	23,7	1,1	0,1 autre	8,5	6,5	1	1	0,5	1	1		0	0,5	1 Cadre de santé 1 ASHQ 0,5 Animateur
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	16,15	0,6		5,75	4,75	0,4	0,2	0,05	0,4	0,5	0,2	0,5	0,4	0,3 Cadre de santé 0,1 Socio-esthéticienne 2 ASH
Oise	Oise-Ouest	Institut médical de Breteuil	14,6	0,5	0,1 MPR 0,1 psychiatre	8,8	2	0,3	0,2	0,3		0,5	0,3	0,5	0,5	0,5 Neuropsychologue
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	11,47	0,6		6	1,27	0,5	0,4	0,2	0,5	0,5		1		0,5 Neuropsychologue
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	14,4	0,5		9	1,6		1		0,3	0,2	0,3	1	0,3	0,2 Pédicure
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	4,9	0,5		3	1	0,1			0,2	0,1				
Pas-de-Calais	Lens - Hénin	Polyclinique de Riamont (Ahnac)	13,06	0,5		7,5	3,5	0,2	0,1	0,1		0,2	0,1	0,2	0,25	0,005 Pédicure 0,4 Neuropsychologue
Somme	Somme-Centre	CHU d'Amiens	14,45		0,4 MG	7,67	5,71			0,5	0,17					
Hauts-de-France			234,2	9,0	1,8	108,6	66,8	4,7	5,3	2,1	5,1	4,5	1,1	5,4	2,5	17,2

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement ORZS

Le personnel en UCC en 2018 - Données par département

	Total ETP	Gériatre	Autres médecins	Aide-soignant	IDE	Assistant social	Kinésithérapeute	Diététicien	Psychologue	Ergothérapeute	Orthophoniste	Psychomotricien	Staps	Autres
Aisne	16,9	0,9	0,0	7,5	5,4	0,4	0,5	0,2	1,0	0,5	0,1	0,4	0,0	0,0
Nord	144,4	5,5	1,2	59,2	46,3	3,2	3,1	0,8	2,9	2,5	0,4	2,4	1,5	15,6
Oise	14,6	0,5	0,2	8,8	2,0	0,3	0,2	0,3	0,0	0,5	0,3	0,5	0,5	0,5
Pas-de-Calais	43,8	2,1	0,0	25,5	7,4	0,8	1,5	0,3	1,0	1,0	0,4	2,2	0,6	1,1
Somme	14,5	0,0	0,4	7,7	5,7	0,0	0,0	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hauts-de-France	234,2	9,0	1,8	108,6	66,8	4,7	5,3	2,1	5,1	4,5	1,1	5,4	2,5	17,2

Source : ARS - DST, DOMS 2019 - Traitement OR2S





Agence régionale de santé des Hauts-de-France
556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE

Observatoire régional de la santé et du social de Picardie
Faculté de médecine
3 rue des Louvels
80036 AMIENS Cedex 1

Date de publication : octobre 2019