

Bilan d'activité régional des dispositifs liés au parcours vieillissement (dont les maladies neurodégénératives)

Activités 2020



Décembre 2021





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

Il a été rédigé par :

- Anne Lefèvre au sein de l'OR2S ;
- Brigitte Caron, Marie-Alexandra Divandary, D^r Marguerite-Marie Defebvre et Coralie Venel au sein de l'ARS Hauts-de-France.



Sommaire

Sommaire	3
Avant-propos	9
Périmètre géographique	10
Données démographiques	11
Partie I : Le bilan gériatrique	13
I.1. Dispositifs sanitaires intrahospitaliers	14
Les filières gériatriques de la région en 2020.....	14
Filières gériatriques en 2020 - Déclarations des établissements de l’Aisne.....	15
Filières gériatriques en 2020 - Déclarations des établissements du Nord	16
Filières gériatriques en 2020 - Déclarations des établissements de l’Oise	17
Filières gériatriques en 2020 - Déclarations des établissements du Pas-de-Calais	18
Filières gériatriques en 2020 - Déclarations des établissements de la Somme	19
I.1.1. Les courts séjours gériatriques déclarés.....	20
Implantation des CSG	20
Capacité des CSG	22
Activité des CSG	24
Modes d’entrée et de sortie en CSG	26
Personnel des CSG	28
Plan de formation dans les CSG.....	30
I.1.2. Les hôpitaux de jour gériatriques	31
Implantation des hôpitaux de jour gériatriques déclarés	31
Activité des HJ gériatriques déclarés.....	33
Personnel des HJ gériatriques	34
I.1.3. Les soins de suite et réadaptation gériatriques	37
Implantation des SSRG autorisés.....	37
Capacité des SSRG autorisés.....	40
Activité des SSRG	41
Durée moyenne de séjour en SSRG	42
Modes d’entrée et de sortie en SSRG.....	42
Personnel des SSRG autorisés	44
I.1.4. Les unités de soins longue durée (USLD).....	46



Implantation des USLD autorisées.....	46
Capacité des USLD	48
Activités des USLD autorisées.....	49
Personnel des USLD autorisées	49
I.1.5. Les unités cognitivo-comportementales	50
Implantation des UCC labellisées	50
Les entrées et les sorties	52
Personnel des UCC.....	54
I.2. Dispositifs intersticiels.....	55
I.2.1. Les équipes mobiles gériatriques	56
Implantation des EMG.....	57
I.2.1.1. Activité des EMG intrahospitalières	58
I.2.1.2. Activité des EMG mobiles de gériatrie extrahospitalières	65
Partie II : Les dispositifs médico-sociaux en Ehpad	72
II.1. Les unités d'hébergement renforcées	73
Implantation des UHR labellisées.....	73
La file active	75
Caractéristiques démographiques.....	75
Durée moyenne de séjour	75
État cognitif des personnes accueillies en UHR labellisées	76
Les entrées.....	77
Les sorties	78
Les activités proposées dans les UHR labellisés	79
Personnel des UHR labellisées.....	79
Les partenariats des UHR labellisées.....	81
II.2. Les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa)	82
Présentation générale	82
Analyse des données d'activité	83
Méthodologie	83
Ouverture des Pasa.....	83
Capacités des Pasa.....	84
File active	85
Profil des résidents	85

Surfaces des Pasa.....	88
Activités des Pasa	89
Personnel.....	91
Commentaires des Pasa	93
II.3. Les IDE de nuit	94
Contexte	94
Analyse des bilans 2020.....	96
Porteurs	96
Indicateurs d'activité	100
Indicateurs de résultats	119
II.4. Les hébergements temporaires en sortie d'hospitalisation (HT SH)	125
Contexte	125
Analyse des bilans 2020.....	127
Porteurs	127
File active.....	129
Demande et origine des orientations.....	130
Admissions.....	131
Données relatives aux séjours achevés en 2020	135
Séjours	135
Sorties d'HT SH	138
Autres indicateurs nationaux	140
Partenariats et communication	141
Partie III : Les dispositifs médico-sociaux en ville	142
III.1. Les MAIA	143
Présentation générale	143
Implantation des MAIA.....	144
Type de porteurs	144
Analyse des données d'activité	145
Méthodologie	145
Tables de concertation stratégique et tactique	145
Guichet intégré.....	151
Gestion de cas.....	155
MAIA 25	158

Difficultés rencontrées par les MAIA.....	158
Gestion de la crise sanitaire liée à la Covid-19	160
III.2. Les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esa)	164
Présentation générale	164
Méthodologie	164
État des lieux dans la région	165
Ouverture effective des Esa.....	166
Porteurs des Esa	166
File active.....	167
File active par département	167
File active par Esa	167
File active par place autorisée.....	168
File active par semaine	168
Prescripteurs des séances	169
Diagnostics des patients	171
Sexe et âge moyen des patients.....	172
MMSE (<i>Mini-mental state evaluation</i>)	172
Niveau de dépendance (Gir) des patients	173
Séances réalisées.....	174
Durée moyenne de prise en charge (en semaines).....	175
Objectif des séances réalisées.....	175
Personnel.....	176
Frais de déplacement	177
Synthèse des commentaires.....	178
Conclusion	179
Synthèse des indicateurs par département	180
III.3. Les équipes spécialisées de prévention et de réadaptation à domicile (Esprad)	182
Présentation générale	182
Contexte	182
Analyse des bilans 2020.....	184
File active.....	184
Description des patients pris en charge	184
Mode de vie des patients	186

Pathologies des patients.....	187
Score MMSE (<i>Mini-mental state evaluation</i>)	189
Affections de longue durée	190
Niveau de dépendance (Gir) des patients	191
Sollicitations reçues par les Esprad	192
Délai pour une évaluation initiale à domicile.....	192
Origine des sollicitations.....	192
Évaluation défavorable et réorientation	193
Interventions des Esprad.....	195
Nombre de séances	195
Arrêt ou suspension de la prise en charge	197
Orientations proposées à la sortie de la prise en charge	198
Coopérations formalisées.....	199
Personnel.....	199
Formations.....	201
Financement	201
.....	202
Difficultés et commentaires	202
III.4. Les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR)	203
Présentation générale	203
Implantation des PFR.....	205
Analyse des données d'activité	206
Méthodologie	206
Ouverture des PFR.....	206
File active	207
Prestations réalisées par les PFR	211
Évaluation des prestations réalisées par les PFR.....	225
Prestations réalisées par d'autres associations.....	226
Lien avec l'accueil de jour.....	227
Coordination avec les acteurs de terrain.....	228
Personnel.....	230
Partenariat.....	231
Insuffisance concernant l'offre sur le territoire	231

Financement	233
III.5. Formation des aidants.....	234
Présentation générale	234
Méthodologie	234
État des lieux dans la région	235
Actions financées par l'ARS et actions réalisées entre 2012 et 2020.....	235
Actions de formations programmées en 2021-2022.....	237
Aspects financiers.....	238
Analyse des données des bilans d'activité 2020	239
Les types de porteur	239
Données sur les formations.....	239
Mobilisation des aidants.....	240
Les intervenants	242
Mobilisation des partenaires.....	242
Données concernant les aidants	243
Données concernant la personne aidée.....	246
Annexes	248
Sigles	248
Tableaux de résultats.....	250
EMG	250
SSRG.....	252
USLD.....	254
UHR.....	256
UCC	258

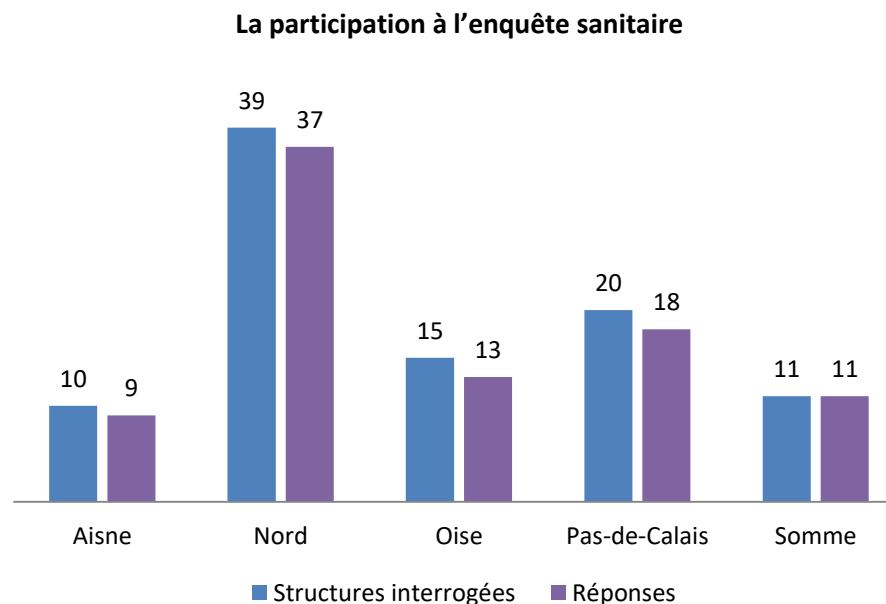
Avant-propos

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 pour la partie sanitaire est de 93 %. Il est homogène entre les départements. Pour la partie médico-sociale, le remplissage a également été bien suivi : de 88 % pour les Pasa à 100 % pour les PFR, Esad et MAIA (et 92 % pour les formations des aidants).



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Périmètre géographique

Les territoires



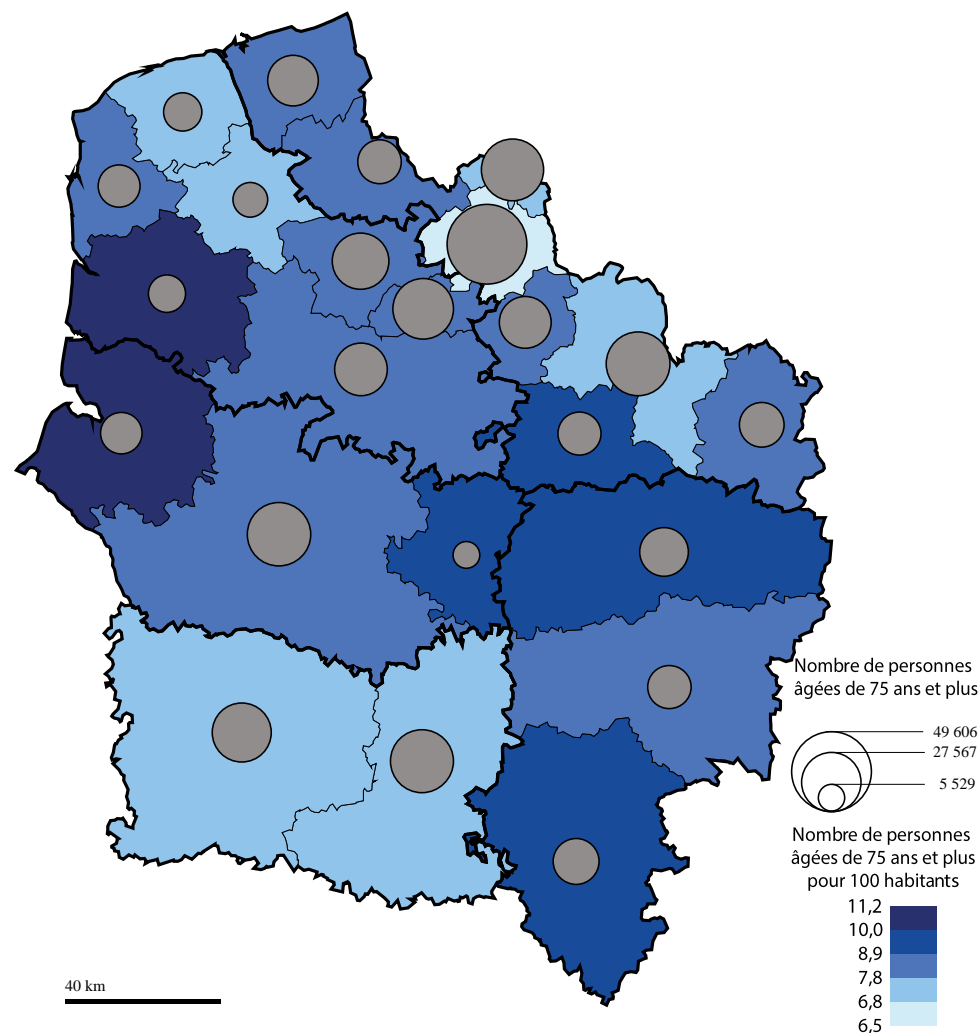
Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

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. Elle est différenciée de la zone Somme-Est (qui inclut Amiens), de telle façon à pouvoir analyser ses données au 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 : RP2018 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	533 316	49 057	9,2
Nord	2 606 234	196 228	7,5
Oise	827 153	60 237	7,3
Pas-de-Calais	1 466 743	120 485	8,2
Somme	570 662	51 269	9,0
Hauts-de-France	6 004 108	477 275	7,9

Source : RP2018 Insee - Traitement OR2S

Au RP 2018, les Hauts-de-France comptent 477 300 habitants âgés de 75 ans et plus, soit 7,9 % 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 comptant la part la plus élevée de personnes âgées sont : Somme-Ouest (11,2 % de la population sont âgés d'au moins 75 ans), le Montreuillois (10,2 %) et Somme-Est (9,8 %). Les territoires pour lesquels les pourcentages de 75 ans et plus sont les plus faibles sont : Lille (6,5 %), Roubaix - Tourcoing (7,0 %), le Calaisis (7,0 %) et Oise-Ouest (7,1 %).



Partie I : Le bilan gériatrique

I.1. Dispositifs sanitaires intrahospitaliers

Les filières gériatriques de la région en 2020

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 2020 - Déclarations des établissements de l'Aisne

Territoire	Établissement	Unités et structures constituant le pôle-filière interne
Aisne-Nord	CH de Guise	SSRG - USLD - Ehpad - consultation mémoire
	CH Le Nouvion-en-Thiérache	Ehpad - Pasa - AJ - HT - Esa - consultation mémoire
	CH de Saint-Quentin	CSG - EMG - HJ - SSRG - USLD - UHR - Ehpad - AJ - PFR (ouverture avril 2020) - consultation mémoire*
	Maison de santé de Bohain-en-Vermandois	USLD - Ehpad - Pasa
Aisne-Centre	CHG La Fère	SSRG - Ehpad - Unité de psychogériatrie
	CH de Laon	CSG - HJ - SSRG - Ehpad - USLD - EMG - consultation mémoire*
	CH de Chauny	USLD - Ehpad - SSRG
Aisne-Sud	CH de Soissons	CSG - EMG - SSRG - USLD - Ehpad - consultation mémoire*
	CH Jeanne de Navarre (Château-Thierry)	CSG - EMG - UHR - consultation mémoire*
	La Renaissance sanitaire (Villiers-Saint-Denis)	SSRG - UCC - AJ - PFR - consultation mémoire

*consultations mémoire de territoire financées par l'ARS

Filières gériatriques en 2020 - 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 - SSRG - USLD - Ehpad - Pasa - PFR SSRG - HJ - Ehpad - Pasa UCC - Ehpad - consultation mémoire* UHR - Ehpad - Pasa
Lille	CHRU Lille CH de Seclin-Carvin GHICL (Saint-Philibert, Saint-Vincent-de-Paul) Groupe hospitalier Loos Haubourdin Centre Féron-Vrau de Lille Clinique La Mitterie de Lomme	CSG - HJ - SSRG - UCC - USLD - UHR - UP - Ehpad - EMG - EMPG - consultation mémoire* - CM2R CSG - HJ - EMG - SSRG - UCC - USLD - Ehpad - Pasa - UHR - HT - accueil de jour - PFR Carvin - consultation mémoire* CSG - EMG - HJ - SSRG - consultation mémoire sur les 2 sites* AJ - UCC - UHR - SSRG - Ehpad - consultation mémoire UHR - Ehpad - Pasa - AJ - PFR SSRG
Roubaix - Tourcoing	HPM (Saint Jean, La Victoire, Lys) CH de Tourcoing Clinique et polyclinique Ramsay Santé de Tourcoing CH de Roubaix Clinique Saint-Roch Roncq Clinique de Villeneuve d'Ascq CHI Wasquehal CH de Wattrelos	CSG - HJ - SSRG CSG - USLD - UHR - EMG - HJ - SSRG - Ehpad - Pasa - consultation mémoire* CSG - HJ - SSRG CSG - USLD - SSRG - EMG - HJ - Ehpad - Pasa - consultation mémoire* SSRG SSRG SSRG - USLD - UHR - EMG - Ehpad - Pasa - Esa - consultation mémoire Ehpad - Pasa - HT - consultation mémoire
Cambrésis	CH de Cambrai SAS Clinique Saint-Roch de Cambrai CH Le Cateau-Cambrésis	CSG - HJ - SSRG - USLD - EMG - consultation mémoire* SSRG CSG - HJ - SSRG - UHR - EMG - 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 - PFR - consultation mémoire* SSRG UCC - SSRG - consultation mémoire CSG - SSRG - USLD - UHR - AJ - Ehpad - Pasa
Dunkerquois	CH de Dunkerque Polyclinique de Grande-Synthe CH de Zuydcoote	CSG - HJ - EMG - Ehpad dont HT - consultation mémoire* CSG - USLD - SSRG - UCC - UHR - EMG SSRG - consultation mémoire
Sambre Avesnois	CH d'Avesnes-sur-Helpe CH d'Hautmont CH de Sambre Avesnois de Maubeuge CH Fourmies CH de Jeumont CH de Felleries-Liessies	CSG - HJ - SSRG - USLD - Ehpad - consultation mémoire HJ - UCC - SSRG - USLD - EMG CSG - HJ - EMG - Ehpad - consultation mémoire* USLD - Ehpad UHR - 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	CSG - HJ - SSRG - UCC - USLD - UHR - EMG - Ehpad - Pasa - PFR - Esa - consultation mémoire SSRG - consultation mémoire CSG - HJ - SSRG - Ehpad - USLD - EMG - Paerpa - consultation mémoire CSG - HJ - SSRG - USLD - UHR - Ehpad - AJ - EMG - consultation mémoire* CSG - Ehpad - Pasa - consultation mémoire SSRG

*consultations mémoire de territoire financées par l'ARS

Filières gériatriques en 2020 - Déclarations des établissements de l'Oise

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

*consultations mémoire de territoire financées par l'ARS

Filières gériatriques en 2020 - 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 Beuvry Maison de santé La Manaie à Auchel	CSG - HJ - UCC - SSRG CSG - HJ - SSRG - USLD - Ehpad - UHR - EMG - EMPG - AJ - PFR - consultation mémoire* USLD - SSRG - Ehpad
Arrageois	CH d'Arras CH du Ternois CH de Bapaume	CSG - HJ - SSRG - USLD - UCC - UHR - EMG - Ehpad - Pasa - consultation mémoire* CSG - SSRG - USLD - Ehpad - UCC - EMG - PFR SSRG
Audomarois	CH de Saint-Omer CH Aire-sur-la-Lys	CSG - HJ - SSRG - USLD - EMG USLD - UHR - Ehpad - Pasa
Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	CSG - HJ - SSRG - USLD - UCC - UHR - EMG - Ehpad - AJ - HT - consultation mémoire*
Calaisis	CH de Calais	CSG - HJ - SSRG - USLD - UHR - EMG - Ehpad - AJ - PFR - consultation mémoire*
Montreuillois	Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer Clinique Les Acacias à Cucq Hôpital Maritime de Berck-sur-Mer	CSG - EMG - HJ - USLD - UCC - SSRG - Ehpad - AJ - PFR - Pasa - consultation mémoire* SSRG SSRG
Lens - Hénin	CH Hénin-Beaumont Polyclinique Riaumont à Liévin CH de Lens	CSG - SSRG - USLD - Ehpad - HT CSG - SSRG - HJ - UCC - USLD - Ehpad - EMG - consultation gériatrique CSG - HJ - UHR - EMG - AJ - Ehpad - HT - consultation mémoire*

*consultations mémoire de territoire financées par l'ARS

Filières gériatriques en 2020 - 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 à Saint-Valéry-sur-Somme	CSG - HJ - SSRG - Ehpad - EMG - consultation mémoire* USLD - SSRG - UHR - Ehpad- Pasa - AJ - HT
Somme - Est	CH d'Albert CH de Doullens CHU Amiens Picardie Centre Henriville à Amiens Clinique Victor Pauchet à Amiens CHI Montdidier-Roye CH Corbie	SSRG - Ehpad USLD - Ehpad - Pasa - AJ - HT - consultation mémoire CSG - HJ - EMG - SSRG- USLD - UCC - Ehpad - Pasa - AJ - consultation mémoire* - CM2R SSRG CSG - HJ USLD - SSRG - Ehpad - Pasa - AJ - PFR USLD - UHR - Ehpad
Haute-Somme	CH Ham CH Péronne	USLD - Ehpad - Pasa - AJ - HT USLD - Ehpad - AJ - consultation mémoire

*consultations mémoire de territoire financées par l'ARS

I.1.1. 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 2020, selon la définition capacitaire retenue dans le PRS, la région compte 36 unités de courts séjours gériatriques en établissements de santé dont 35 ont déclaré leur activité. Selon cette définition, les autres sites déclarés sont des services de médecine polyvalente à orientation gériatrique (sous réserve qu'il y ait la présence d'au moins un gériatre). **L'étude ci-après est réalisée à partir des services déclarés répondant aux critères du PRS et ayant répondu au bilan 2020.**

Aisne

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

Oise

CH de Beauvais
GHPSO de Creil - Senlis
CH Compiègne

Somme

CH Abbeville
CHU Amiens

Nord

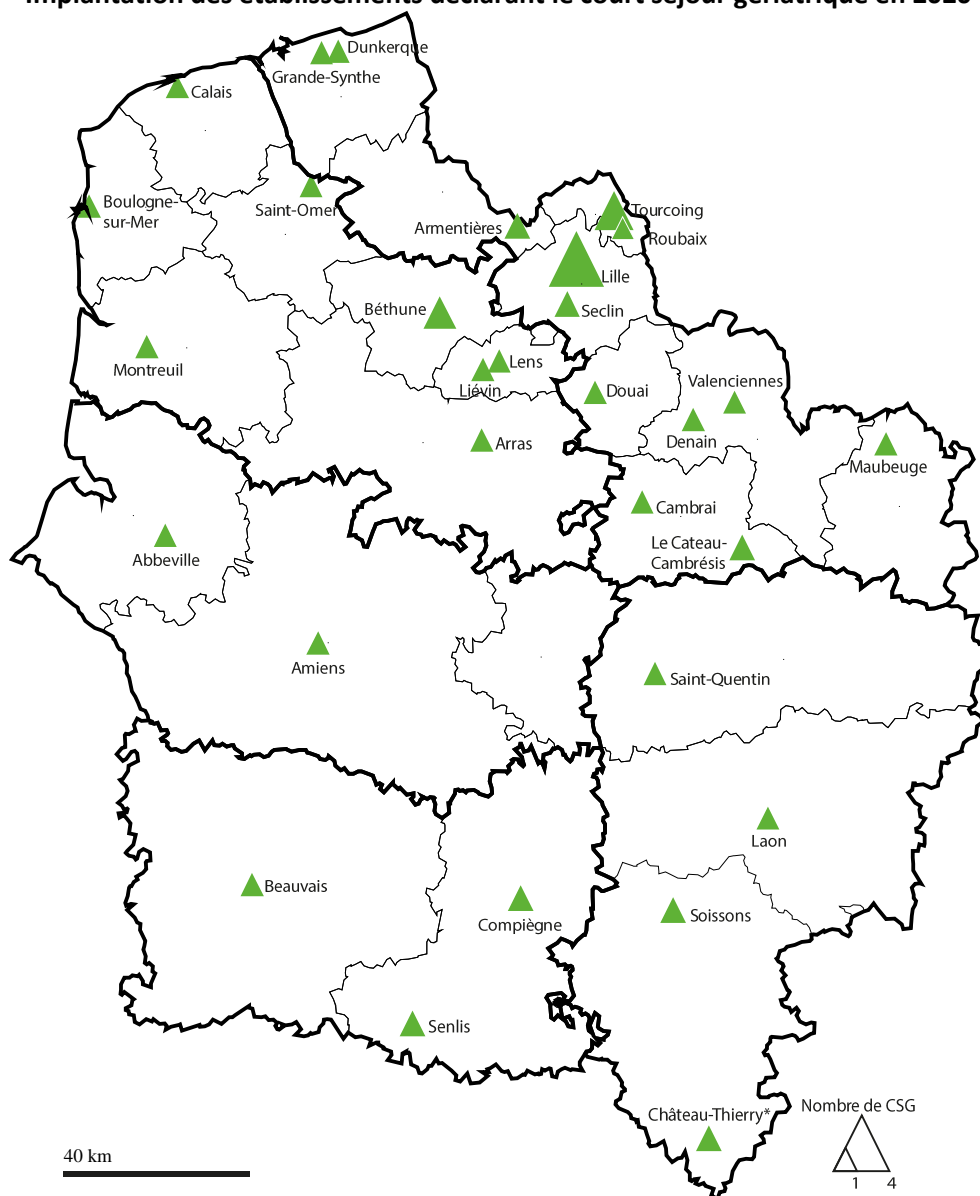
CH d'Armentières
CHRU de Lille
Groupe Ramsay - HPM (métropole lilloise)
GSCH - CH de Seclin
CH de Tourcoing
CH de Roubaix
CH de Cambrai
CH Le Cateau-Cambrésis
CH de Douai
CH de Dunkerque
Polyclinique de Grande-Synthe
CH de Sambre Avesnois
CH de Denain
CH de Valenciennes
GHICL (CH Saint-Philibert Lomme, CH Saint-Vincent-de-Paul Lille)

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

* Le CH n'a pas rempli le bilan 2020 pour son activité CSG

Implantation des établissements déclarant le court séjour gériatrique en 2020



En 2020, les Hauts-de-France comptaient 36 établissements de court séjour gériatrique (CSG avec critères PRS) déclarés :

- 4 dans l'Aisne,
- 18 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.

L'analyse qui suit porte sur les 35 structures ayant répondu au questionnaire de bilan gériatrique.

Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

* Château-Thierry n'a pas rempli le bilan 2020

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 2020, la région possède une capacité totale de 1 256 lits CSG déclarés répartis dans 45 structures, dont :

- 1 042 lits dans les 35 structures reconnues par l'ARS¹ et qui ont complété le questionnaire d'activité 2020 ;
- 214 lits dans 10 autres structures² disposant de lits en CSG ne correspondant pas aux critères du PRS, et répondant à la définition de la médecine polyvalente à orientation gériatrique.

La capacité la plus petite est de 9 lits pour un CSG (Clinique du Val de Lys à Tourcoing), alors que la plus élevée est de 66 lits (CHU Amiens).

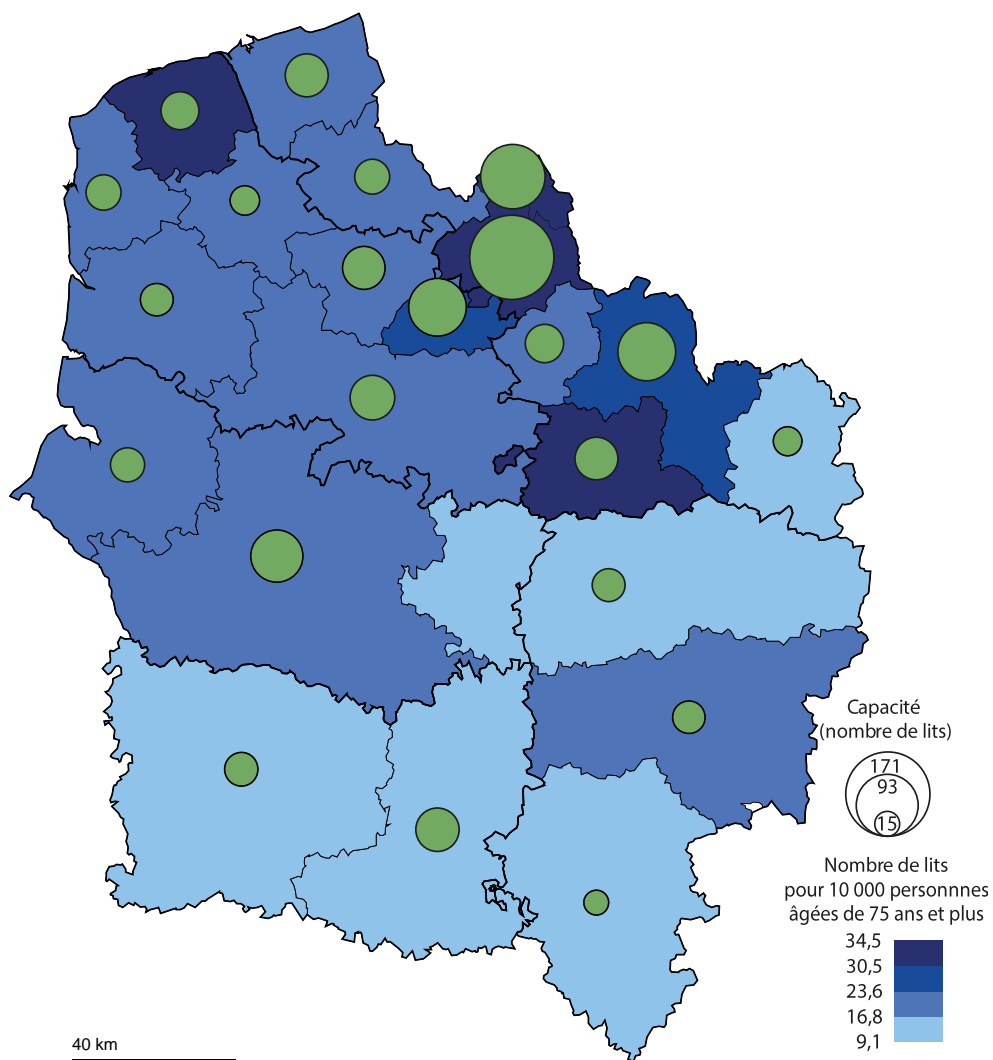
Au regard de la population âgée et selon le zonage retenu (cf. page 10), la capacité moyenne est au niveau régional de 22 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus. La capacité varie entre 9 (Aisne-Sud) et 34 lits (Lille) pour 10 000 habitants de 75 ans et plus.

À l'échelle des départements, le Nord et le Pas-de-Calais présentent des capacités supérieures aux autres départements (respectivement 27 et 24 pour 10 000 habitants de 75 ans et plus). La Somme (18) et surtout l'Aisne (13) et l'Oise (12) se démarquent avec une offre en lits de court séjour gériatrique en deçà de celle observée en moyenne dans la région (22 dans les Hauts-de-France).

¹ Le CH de Château-Thierry n'a pas rempli le bilan 2020 mais a indiqué avoir un CSG.

² Ces 10 établissements sont : le centre hospitalier de Wattrelos, 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, l'hôpital Paul Doumer – Liancourt, la clinique Victor Pauchet Amiens, le centre hospitalier gérontologique de La Fère et le centre hospitalier de Fourmies.

Nombre de lits CSG déclarés en 2020 et taux d'équipement par territoire



Sources : ARS - DST 2021, RP2018 Insee - Traitement OR2S

Nombre de lits CSG installés en 2020 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	49 057	66	13
Nord	196 228	526	27
Oise	60 237	72	12
Pas-de-Calais	120 485	284	24
Somme	51 269	94	18
Hauts-de-France	477 275	1 042	22

Sources : ARS - DST 2021, RP2018 Insee - Traitement OR2S

Champ : 35 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.

34 366 séjours pour 335 287 journées

En 2020, les établissements proposant un court séjour gériatrique ont comptabilisé 34 634 séjours pour 339 373 journées ce qui représente pour les Hauts-de-France 73 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus. Le nombre moyen de séjours en 2020 a été un peu plus faible qu'en 2019 (73 *versus* 79).

À l'échelle des départements, l'Oise et l'Aisne se situent en dessous de la moyenne régionale avec 39 séjours pour 1 000 habitants de 75 ans et plus pour les deux départements, ce qui représente des diminutions significatives par rapport à 2019 (46 dans l'Oise et 99 dans l'Aisne³). Les trois autres départements sont en revanche au-dessus de la moyenne régionale : 85 dans le Nord, 80 dans le Pas-de-Calais et 80 dans la Somme.

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 : Lille (109), Lens-Hénin (104), Somme-Centre (101), Calaisis (99), Cambrésis (93), Roubaix – Tourcoing (85) et Arrageois (84). Les zones se caractérisant par les plus faibles nombres de séjours en CSG sont : Aisne-Centre (38), Oise-Est (37) et Aisne-Sud (22).

Nombre de séjours en CSG déclarés en 2020 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	49 057	1 897	39
Nord	196 228	16 591	85
Oise	60 237	2 378	39
Pas-de-Calais	120 485	9 691	80
Somme	51 269	4 077	80
Hauts-de-France	477 275	34 634	73

Sources : ARS - DST 2021, RP2018 Insee - Traitement OR2S

Champ : 35 établissements CSG

³ En 2020, le CH de Château-Thierry n'a pas rempli le bilan d'activité. Sans Château-Thierry, la moyenne 2019 de l'Aisne aurait été de 74 pour 1 000 personnes de 75 ans et plus.

La durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 9,8 jours au niveau régional (contre 10,8 jours en 2016 et 10,0 jours en 2017, 9,6 en 2018 et 2019), avec un minimum de 7,4 au CHU d'Amiens et CH de Douai et un maximum de 17,0 au CH de Laon.

Par rapport à 2019, la variation du nombre de séjours s'explique en partie par des durées moyennes de séjour plus importantes, notamment dans l'Aisne (10,5 en 2020 contre 8,3 en 2019).

Le département de la Somme présente la DMS la moins élevée (8,2). À l'inverse, l'Aisne, l'Oise et le Pas-de-Calais se caractérisent par une DMS supérieure à celle observée pour le niveau régional (respectivement 10,5, 10,7 et 10,5 jours). Le Nord (9,6) affiche une DMS voisine de la moyenne régionale.

Au niveau des zones retenues, de fortes disparités existent. En effet, la DMS la plus forte (Aisne-Centre ; 17,0) est plus de deux fois supérieure à la DMS la plus faible (7,4 pour Douaisis et Somme-Centre).

DMS en CSG déclarés en 2020 par département

	Nombre de séjours en CSG	Nombre de journées en CSG	DMS (en jours)
Aisne	1 897	19 927	10,5
Nord	16 591	159 110	9,6
Oise	2 378	25 373	10,7
Pas-de-Calais	9 691	101 725	10,5
Somme	4 077	33 238	8,2
Hauts-de-France	34 634	339 373	9,8

Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Champ : 35 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 :

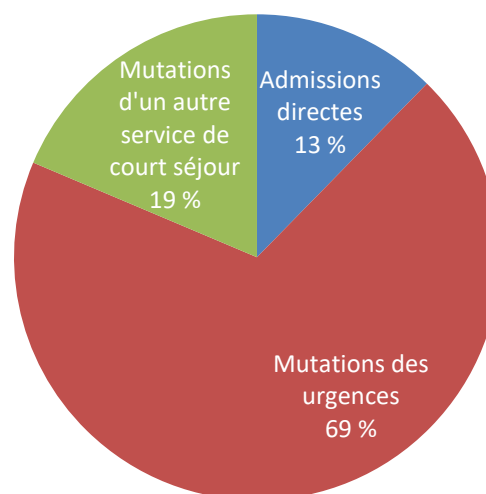
L'unité de court séjour gériatrique répond aux fonctions suivantes :

- 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 2020, les 35 structures ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique, et déclarent 33 820 entrées. L'entrée par « Mutations des urgences » représente le premier mode d'entrée en CSG avec 23 145 entrées (68 % des modes d'entrée déclarés). Les mutations des urgences constituent le premier motif d'entrée pour l'ensemble des départements et pour 83 % des établissements CSG de la région. Dans six établissements, le motif d'entrée « mutations par urgences » n'est pas majoritaire. Cette même année, les structures CSG ont déclaré 4 408 admissions directes et 6 267 mutations d'un autre service de court séjour.

L'augmentation des entrées par les urgences entre 2019 et 2020 s'explique en partie par la gestion des patients atteints de COVID : +7 points au niveau régional entre 2019 et 2020.

Répartition des modes entrée en CSG en 2020

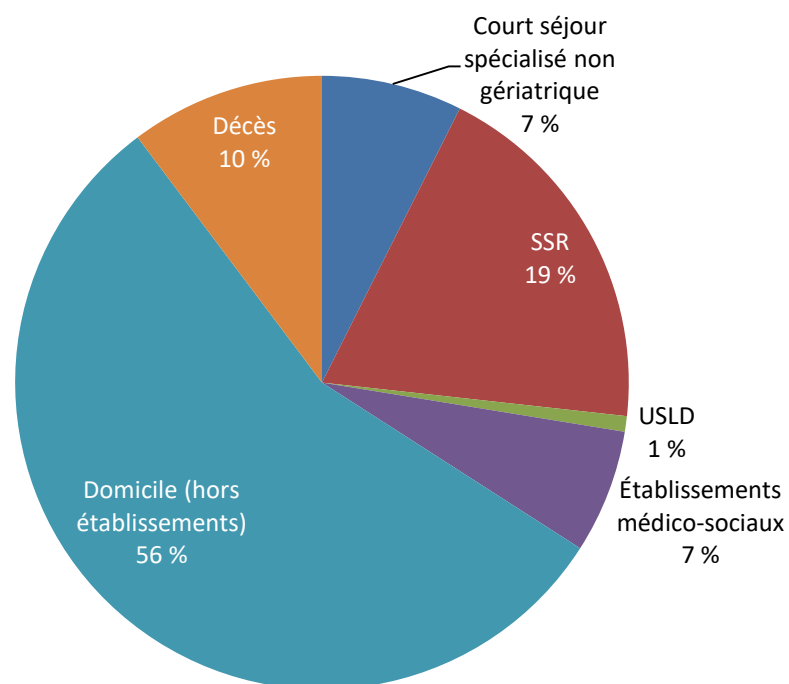
Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Les sorties

En 2020, les 35 structures ont renseigné les éléments relatifs aux entrées et sorties en court séjour gériatrique et déclarent 33 766 sorties. Le retour à domicile est le mode de sortie le plus fréquent (18 815 retours, soit 56 % des modes de sortie déclarés). Les sorties vers des établissements sanitaires représentent 27 % de l'ensemble des sorties d'établissements de courts séjours gériatriques (19 % vers des SSR, 7 % vers des établissements de courts séjours non gériatrique et 1 % vers des USLD). Les établissements médico-sociaux constituent 7 % des sorties. Enfin, 10 % des sorties (3 459) se soldent par un décès.

Les sorties directes au domicile se sont réduites de 3 points par rapport à 2019 au profit de transferts en SSR ou à cause de décès.

Répartition des modes de sortie de CSG en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

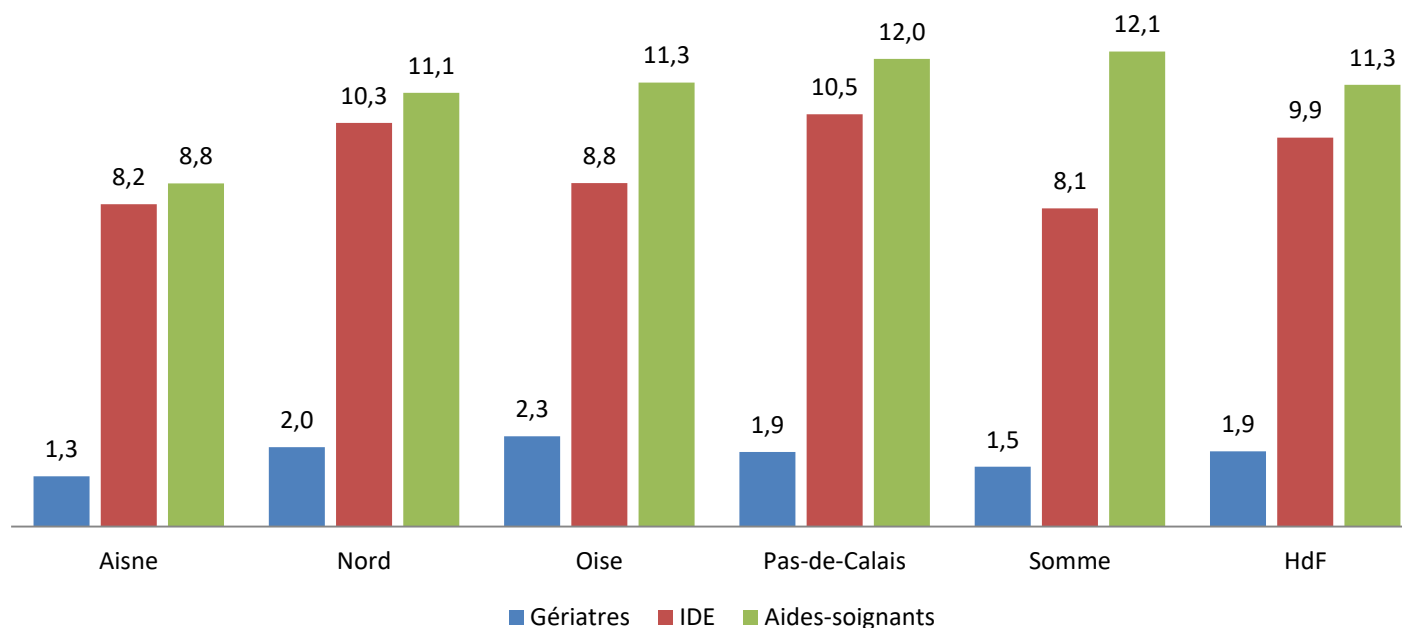
Personnel des CSG

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 de psychologue, d'ergothérapeute, de kinésithérapeute, de diététicien et d'assistant social.

En 2020, les 35 établissements de court séjour gériatrique implantés dans les Hauts-de-France ayant répondu au bilan d'activité 2020 comptent 100 ETP de gériatres, 588 ETP d'aides-soignants et 514 ETP d'IDE. En moyenne, chaque établissement CSG de la région dispose, pour 20 lits de 1,9 ETP de gériatre, 9,9 ETP d'IDE, et 11,3 ETP d'aide-soignant.

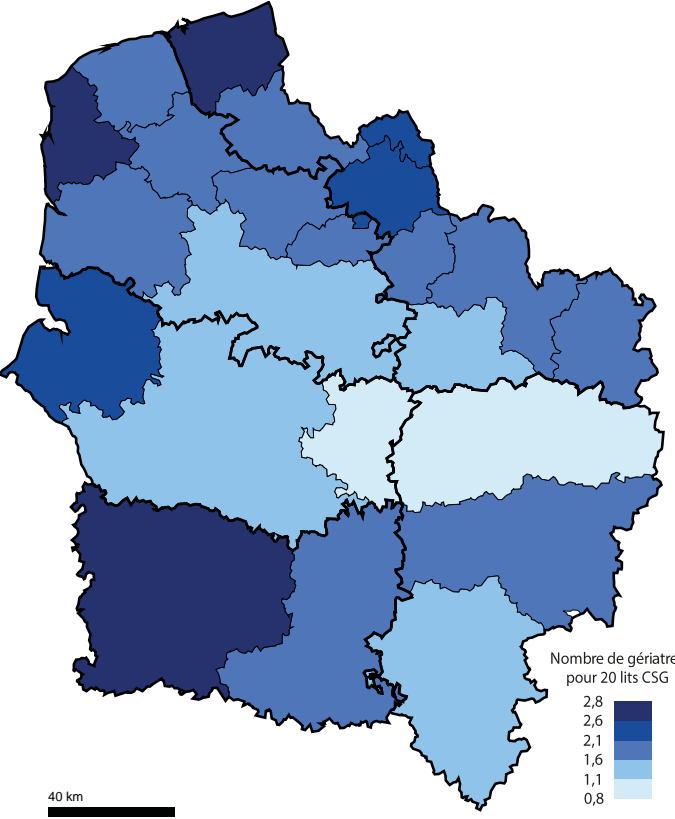
Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignants exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique en 2020 (en ETP pour 20 lits)



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

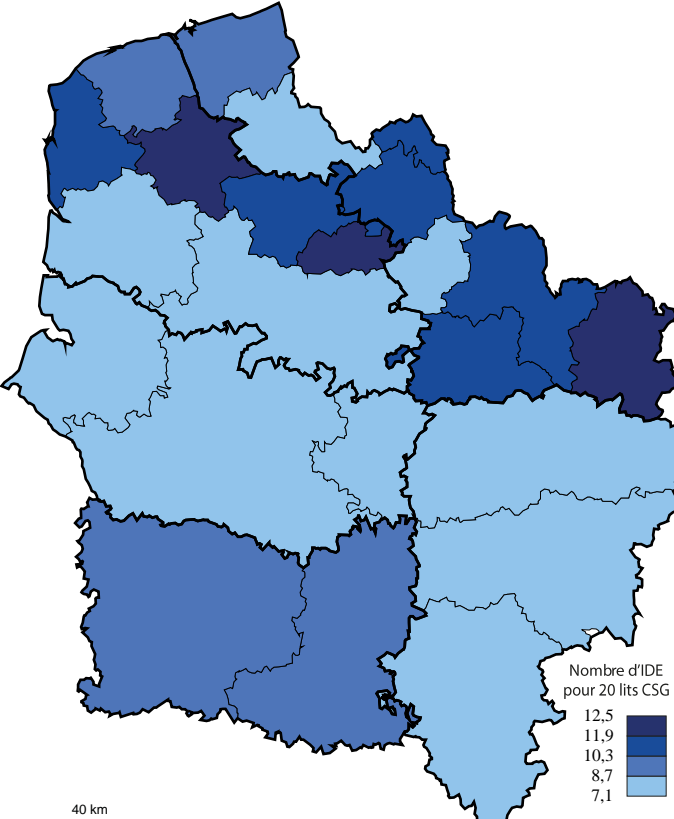
Effectifs de gériatres, IDE et aides-soignants exerçant dans les établissements de court séjour gériatrique (en ETP pour 20 lits), par zone de proximité

Gériatres pour 20 lits en CSG en 2020



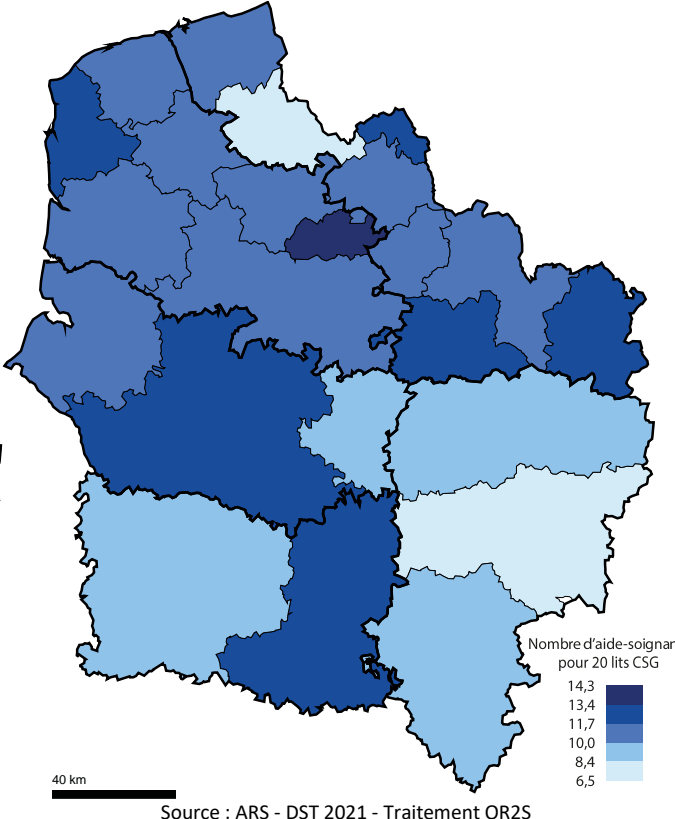
Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

IDE pour 20 lits en CSG en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Aides-soignants pour 20 lits en CSG en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Plan de formation dans les CSG

La circulaire DHOS/O 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 2020, 33 établissements de CSG déclarent un plan de formation (soit 94 % des CSG). En 2015, seuls deux tiers des établissements déclaraient leur plan de formation ; en 2016, ils étaient 90 %, en 2017, 98 %, en 2018, 94 % et en 2019, 91 %.

Sur les 33 établissements déclarant avoir un plan de formation, 18 ont précisé le nombre de personnels formés. Ainsi, au moins 428 professionnels l'ont été durant l'année 2020 (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 prise en charge de la douleur, la manutention des patients, la contention, la prévention des escarres, la cicatrisation, les troubles cognitifs, la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, la gestion des risques associées aux soins, la prévention et gestion des erreurs médicamenteuses, la sophrologie, le massage bien-être, la gestion du stress, faire face à l'agressivité et adapter son comportement, la dépression et conduite suicidaire chez la personne âgée, la prise en charge d'un patient en situation de handicap, les troubles de la déglutition, le traitement du cancer chez la personne âgée, les risques infectieux, l'épuisement professionnel, la sécurité informatique, le langage des signes...

Les différences entre établissements sont importantes :

- 2 établissements ont formé plus de 40 personnes ;
- 3 établissements ont formé entre 21 et 40 personnes ;
- 7 établissements ont formé entre 10 et 20 personnes ;
- 6 établissements ont formé moins de 10 personnes.

I.1.2. 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) par zone d'activité de soins.

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 2020, 33 établissements des Hauts-de-France proposent une activité d'hôpital de jour gériatrique (HJG) et ont complété leur bilan d'activité⁴ :

Aisne

CH de Château-Thierry
CH de Saint-Quentin

Nord

CHRU Lille *
Groupe Ramsay - HPM (métropole lilloise – 2 cliniques) *
GHSC - CH de Seclin
Saint-Philibert et Saint-Vincent (GHICL) *
CH de Tourcoing
CH de Roubaix *
CH de Douai *
CH de Denain
CH de Valenciennes *
CH de Dunkerque *
Polyclinique de Grande-Synthe
CH du Pays d'Avesnes
CH du Quesnoy
CH d'Hautmont

CH de Bailleul

Oise

GHPSO
CH de Beauvais

Pas-de-Calais

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 Riamont

Somme

CH d'Abbeville
CHU Amiens
Clinique Victor Pauchet à Amiens

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.

⁴ L'institut médical de Breteuil a déclaré une activité d'HDJ gériatrique mais n'a pas été retenu dans l'analyse (autorisé seulement en SSR).

Implantation des établissements gériatriques assurant une hospitalisation de jour gériatrique déclarée en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

En 2020, sur les 31 établissements pour lesquels l'info est disponible, 8 unités d'hospitalisation de jour gériatrique sont individualisées, 23 autres unités sont situées dans un hôpital de jour de médecine.

Le nombre de places dédiées à l'hospitalisation de jour gériatrique est de 82 au niveau des Hauts-de-France en 2020 pour 31 établissements.

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

- Roubaix – Tourcoing : 12 places,
- Lille : 10 places,
- Sambre-Avesnois : 10 places,
- Valenciennes : 8 places,
- Béthune - Bruay : 6 places,
- Lens – Hénin : 5 places,
- Somme Centre : 5 places.

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

Activité des HJ gériatriques déclarés

Parmi les 28 HJ gériatriques pour lesquels l'information est disponible, 13 sont ouverts 5 jours par semaine. Pour les autres HJ gériatriques, le nombre de jours d'ouverture se répartit ainsi :

- 5 sont ouverts 4 jours par semaine,
- 1 est ouvert 3 jours par semaine,
- 3 sont ouverts 2 jours par semaine,
- 1 est ouvert 1,5 jour par semaine,
- 5 sont ouverts 1 jour par semaine.

En 2020, la file active de la région est d'environ 3 100 patients (3 établissements n'ont pas répondu à la question).

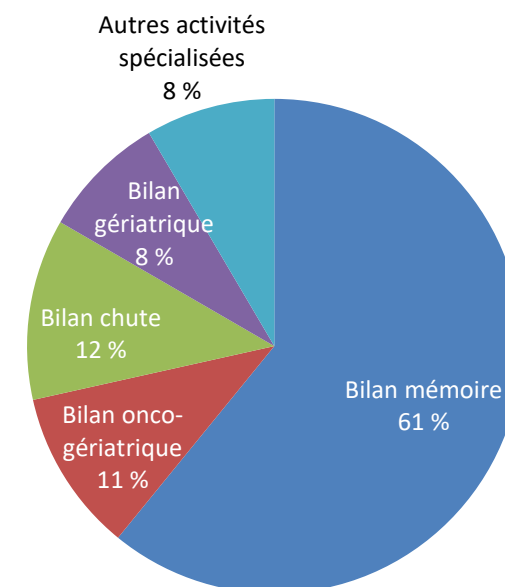
Les Hauts-de-France comptent en moyenne 41 patients pris en charge pour une place (l'indicateur n'a pu être calculé pour 4 établissements). Le nombre de patients par place en HJ varie selon le département. L'Oise compte 114 patients par place en HJG, alors que le Pas-de-Calais (41) et le Nord (32) sont plus proches de la moyenne régionale. La Somme dépasse la valeur régionale avec 61 patients par place. La valeur n'a pas pu être calculée pour le département de l'Aisne.

En 2020, les HJ totalisent 3 666 journées (3 établissements n'ont pas répondu à la question) pour 82 places recensées. Le nombre de journées réalisées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus dans la région est de l'ordre de 9.

Les Hauts-de-France comptent en moyenne 46 journées en hôpital de jour par place. Cet indicateur varie d'un département à l'autre, de 43 journées par place d'HJ dans le Nord à 117 dans l'Oise. La Somme (63) présente une valeur supérieure au niveau régional tandis que celle du Pas-de-Calais est proche de la région (45).

En 2020, 61 % des journées réalisées en HJ a été consacrée aux bilans mémoire et 12 % aux bilans chute.

Types de journées réalisées en 2020 dans les HJ gériatriques déclarés



Source : ARS - DST 2021 - 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 2020

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuropsychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autres
CH de Saint-Quentin	Aisne - Nord			5,3	1	À la demande						Non médicaux spécialisés à la demande
CH de Château-Thierry	Aisne - Sud	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	
Aisne				5,3	1							
CHU de Lille	Lille	0,675		2	1	0,6	1				3	1 assistante sociale 1 diététicienne 1 cadre de santé
GHICL	Lille	0,6	À la demande	0,54	0,14 et à la demande	0,37	0,61			0,3	0,1	0,2 ETP diététicienne 0,3 ETP assistante sociale
GHSC Seclin	Lille	0,1		1		0,5						
CH de Roubaix	Roubaix-Tourcoing			À la demande	À la demande	À la demande						
HPM Nord (Groupe Ramsay – Clinique de la Victoire)	Roubaix - Tourcoing	0,2		0,2		0,2	À la demande		À la demande	À la demande	À la demande	diététicienne et assistante sociale, à la demande
HPM Nord (Groupe Ramsay – Clinique du Val de Lys)	Roubaix - Tourcoing	0,2		0,2		0,2			0,2			0,2 assistante sociale, 0,2 diététicienne
CH de Tourcoing	Roubaix - Tourcoing	1		0,5	0,5					À la demande		0,2 diététicienne
CH de Douai	Douaisis	0,3		2,15	6,98		0,2					
CH de Dunkerque	Dunkerquois	0,4		1	À la demande	À la demande						
CH de Denain	Valenciennois	0,3		1 et à la demande	1 et à la demande	1 et à la demande						
CH de Valenciennes	Valenciennois	1		1		1						
CH Le Quesnoy	Valenciennois	0,6		1,5		0,4				0,15		0,1 cadre de santé, 0,01 diététicienne
Polyclinique de Grande-Synthe	Dunkerquois	0,2		0,5	À la demande	À la demande						

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuropsychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autres
CH du Pays d'Avesnes	Sambre-Avesnois	0,3		0,5		0,07	0,04		0,3	0,04		0,05 assistant social, 0,04 diététicien, 0,05 cadre de santé
CH d'Hautmont	Sambre Avesnois	1		1	1	0,2	À la demande		À la demande	À la demande		Diététicienne à la demande
CH de Bailleul	Flandre Intérieure	0,5		0,72	0,72	0,2	0,2		0,4			0,2 diététicien
Nord		7,375		13,81	11,34	4,74	2,05		0,9	0,49	3,1	
CH de Beauvais	Oise - Ouest	0,4		1		0,4			1	À la demande		Diététicienne, professionnel APA, pharmacien à la demande 0,1 cadre de santé
GHPSO Creil-Senlis	Oise - Est	1		1,7	2							0,03 assistant social 0,25 cadre
Oise		1,4		2,7	2	0,4			1			
Clinique Anne d'Artois	Béthune - Bruay	0,3		0,5	0,5	0,25						
CH de Béthune-Beuvry	Béthune - Bruay	0,2										
CH d'Arras	Arrageois			0,49								
CH de Saint-Omer	Audomarois	0,1		0,1	0,1	0,1						
CH de Boulogne-sur-Mer	Boulonnais	0,2		0,2	0,1			À la demande	À la demande			Diététicien à la demande
CH de Calais	Calaisis	0,1		2,7	0,9	1				À la demande	À la demande	0,3 cadre de santé Diététicien et assistant social à la demande
CHAM	Montreuillois						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			0,2 assistante sociale 0,2 diététicienne
CH de Lens	Lens - Hénin	0,9		0,89	0,54		0,32					0,4 assistant médico administratif
Pas-de-Calais		2		5,13	2,39	1,45	0,52	0,2	0,2			

		Gériatre	Médecin non gériatre	IDE	Aide-soignant	Secrétaire	Ergothérapeute	Orthophoniste	Neuropsychologue	Kinésithérapeute	Psychologue	Autres
CH d'Abbeville	Somme - Ouest			0,5		À la demande	À la demande	À la demande	À la demande	À la demande	À la demande	Diététicienne et assistante sociale à la demande
CHU d'Amiens	Somme - Centre	0,1	0,3	1,26		2 et à la demande						
Clinique Victor Pauchet à Amiens	Somme - Centre	2	1	1		1						
Somme		2,1	1,3	2,76		3						
Hauts-de-France		12,875	1,3	29,7	16,73	9,59	2,57	0,2	2,1	0,49	3,1	

Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

I.1.3. 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 polyopathologique, 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 70 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 Chauny	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
CHIMR - Montdidier

Implantation des SSRG autorisés en 2020



En 2020, les Hauts-de-France comptaient 70 SSR gériatriques (SSRG) :

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

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

En 2020, 68 établissements ont répondu au questionnaire de bilan gériatrique. L'analyse qui suit porte donc sur ces 68 structures.

Capacité des SSRG autorisés

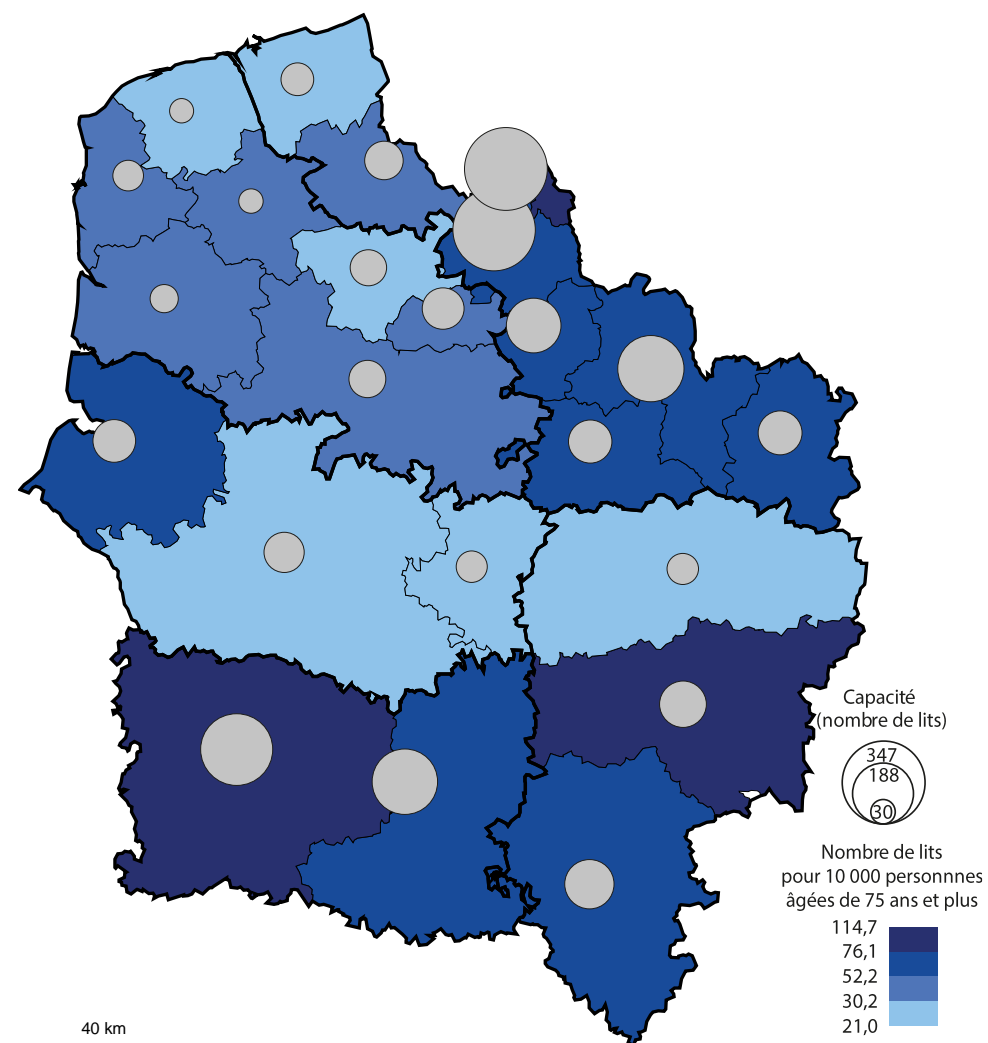
En 2020, dans les Hauts-de-France, les 68 établissements SSRG autorisés ayant répondu au questionnaire totalisent une capacité de **2 690 lits**, soit **56 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus**. La taille des unités de SSRG varie de 2 lits (CH de Wattrelos) à 120 lits (Maison de convalescence de Cires-lès-Mello) : 4 unités disposent de moins de 20 lits, 42 unités entre 20 et 40 lits et 22 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 (79 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus) deux à trois fois supérieure à celles de la Somme (34) et du Pas-de-Calais (31). Le Nord est proche de l'Oise avec 71 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus tandis que l'Aisne est dans une situation intermédiaire (57).

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 5. Le nombre de lits pour 10 000 habitants de plus de 75 ans varie ainsi de 21 pour Aisne-Nord / Haute Somme à 115 pour Roubaix-Tourcoing. Les zones les mieux dotées sont celles qui sont limitrophes de l'Île-de-France et de Reims (Oise-Ouest, Oise-Est, Aisne-Sud, Aisne-Centre) et celles situées dans le département du Nord autour de la métropole lilloise (Roubaix – Tourcoing) et sur l'axe Douaisis – Sambre-Avesnois, ainsi qu'en Somme-Ouest.

Les zones les moins bien pourvues (moins de 30 lits SSRG pour 10 000 personnes de 75 ans et plus) regroupent Aisne-Nord / Haute-Somme, Somme-Centre, Béthune-Bruay, Calaisis et le Dunkerquois.

Nombre de lits en SSRG autorisés et installés en 2020 et taux d'équipement par territoire



Source : ARS - DST 2021 - Traitement : OR2S

Activité des SSRG

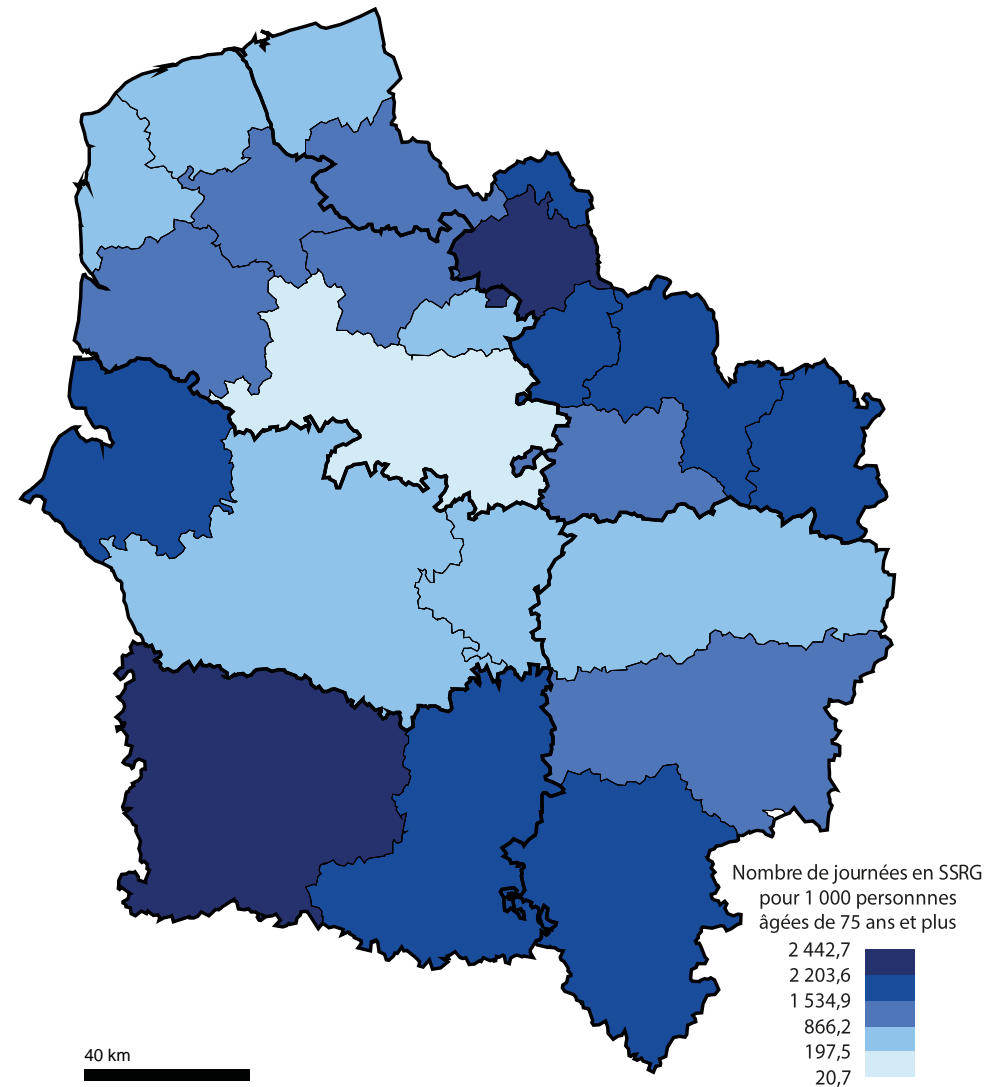
La circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques préconise une activité de 1 000 à 2 600 journées pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en SSR gériatrique. Une unité de soins de suite gériatriques doit disposer au minimum de 20 lits.

En 2020, les SSRG ont généré 632 356 journées, soit 1 325 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 (641 dans le Pas-de-Calais) au triple (2 047 dans l'Oise). La Somme et l'Aisne présentent des valeurs en deçà de la valeur régionale (respectivement 1 089 et 1 170) alors que le Nord affiche un résultat supérieur à cette dernière (1 623).

La zone Oise-Ouest est celle qui affiche le nombre de journées en SSRG pour 1 000 habitants de 75 ans et plus le plus élevé (2 443), devant Lille (2 251) et Somme-Ouest (2 061). Aisne-Sud, Douaisis et Oise-Est se caractérisent par un nombre de journée en SSRG pour 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus de plus de 1 700. Sept territoires 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) : Arrageois, Aisne-Nord / Haute-Somme, Boulonnais, Lens – Hénin, Dunkerquois, Calaisis et Somme-Centre.

Activité des SSRG autorisés en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement : OR2S

Durée moyenne de séjour en SSRG

Pour 2020, la durée moyenne de séjour a été renseignée par 64 établissements SSRG. Au niveau régional, la DMS est de l'ordre 41 journées (34 en 2019, 2018, 2017 et en 2016) ; elle varie de 27 journées dans le Pas-de-Calais à 44 journées dans l'Oise.

Au sein des territoires, elle oscille entre 16 journées dans l'Arrageois à 45 journées dans le territoire Oise-Ouest. Deux tiers des territoires présentent une DMS comprise en 29 et 39 journées. L'Arrageois, la Flandre Intérieure, l'Aisne-Sud, Lens-Hénin et Montreuillois 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 63 et 65 établissements.

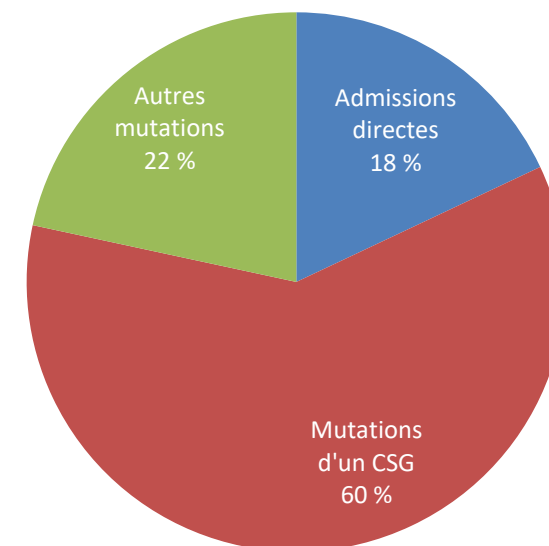
Au niveau régional, les admissions directes représentent 18 % des entrées (20 % en 2019, 23 % en 2018, 19 % en 2017, 23 % en 2016), les mutations en provenance d'un court séjour gériatrique 60 % (56 % en 2019, 49 % en 2018, 48 % en 2017, 43 % en 2016) et les autres mutations 22 % (24 % en 2019, 28 % en 2018, 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 moins fréquentes dans le Pas-de-Calais, où seules 5 % des entrées se font par ce biais. Dans les autres départements, les proportions varient entre 18 % (Aisne) et 22 % (Somme).

Les mutations d'un CSG n'ont pas le même poids dans les modes d'entrée en SSRG : 47 % pour la Somme et 51 % dans le Nord, contre plus de 65 % dans les trois autres départements (jusqu'à 78 % dans le Pas-de-Calais).

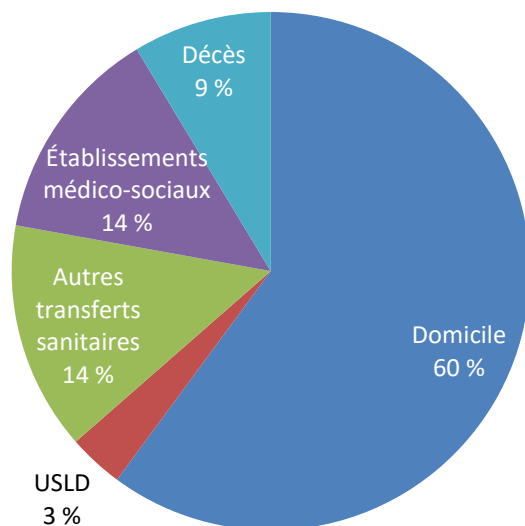
Les « autres » mutations varient entre 11 % (dans l'Aisne) et 30 % (dans la Somme) des modes d'entrée.

Les modes d'entrée en SSRG autorisés en 2020



Champ : modes d'entrée rapportés par 63 SSRG
Source : ARS - DST 2021 - Traitement : OR2S

Les modes de sortie en SSRG autorisés en 2020



Champ : modes de sortie rapportés par 65 SSRG
Source : ARS - DST 2021 - Traitement : OR2S

Au niveau régional, le retour à domicile (hors établissements médico-sociaux) représente 60 % des entrées. Les établissements médico-sociaux sont la destination de 14 % des sorties de SSRG, autant que les transferts et mutations vers d'autres structures sanitaires. Les décès sont la cause de 9 % des sorties. Enfin, les orientations en USLD ne constituent que 3 % des sorties de SSRG. Cette répartition est proche de celle observée les années précédentes.

La répartition des modes de sortie de SSRG observée par département est plus homogène que celle du mode d'entrée.

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 2020, les établissements de SSRG implantés dans les Hauts-de-France comptent en moyenne pour 20 lits :

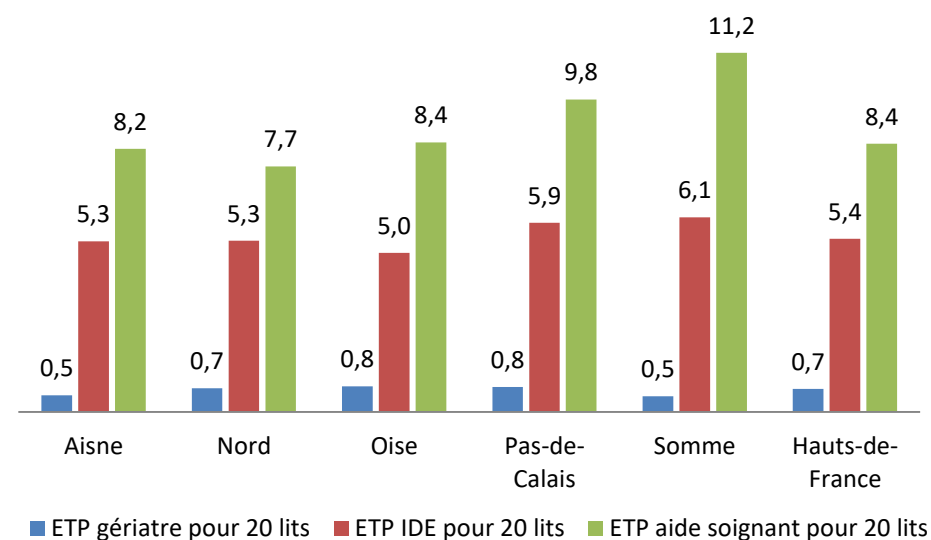
- 0,7 ETP de gériatre,
- 5,4 ETP d'IDE,
- 8,4 ETP d'aide-soignant.

Concernant les autres professionnels, sur les 67 SSRG ayant répondu à ce volet de l'enquête, ils mobilisent (ETP et à la demande) pour :

- 64 du temps de psychologue et neuropsychologue (ETP et à la demande) ;
- 64 du temps d'assistant social ;
- 60 du temps de kinésithérapeute ;
- 61 du temps de diététicien ;
- 60 du temps d'ergothérapeute ;
- 37 du temps d'orthophoniste ;
- 36 du temps de Staps ;
- 24 du temps de psychomotricien ;
- 5 du temps d'animateur social.

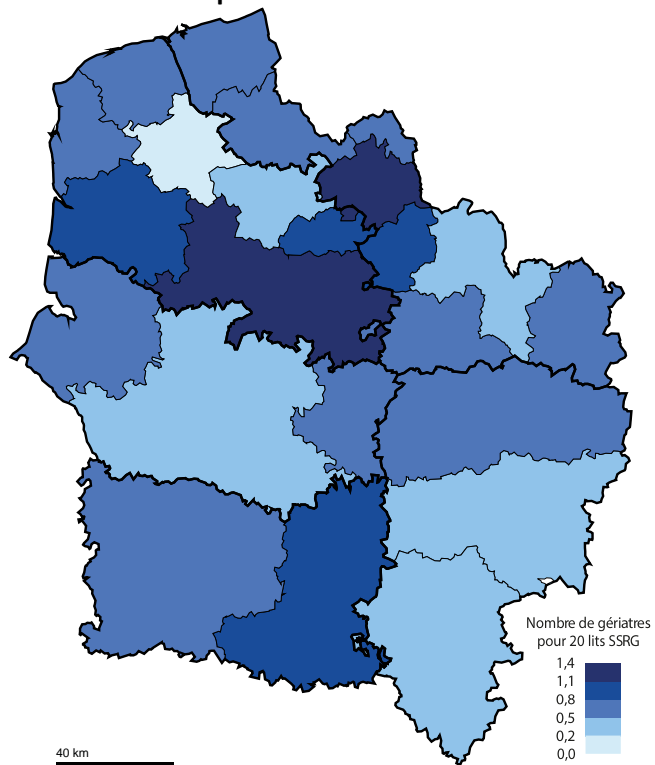
Les SSRG peuvent être également à mobiliser du temps d'autres professions (cadre de santé, secrétaire, ASHQ, podologue/pédicure, socio-esthéticienne...).

Effectifs de gériatres, IDE et aide-soignants exerçant dans les établissements SSRG autorisés en 2020 (en ETP pour 20 lits)



Champ : données issues des 67 SSR pour lesquels l'information est disponible
Source : ARS - DST 2021 - Traitement : OR2S

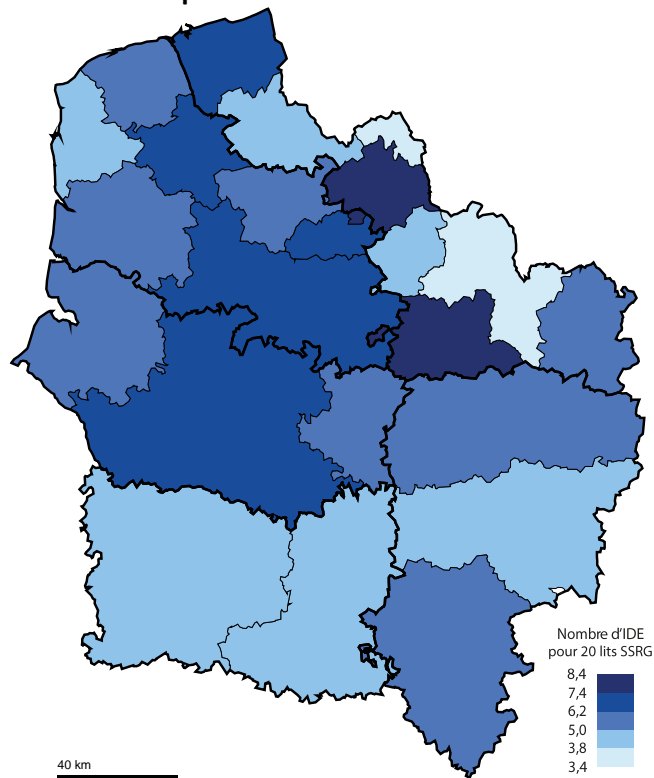
Gérialres pour 20 lits en SSRG en 2020



Champ : données issues de 62 SSRG

Source : ARS - DST 2021 - Traitement : OR2S

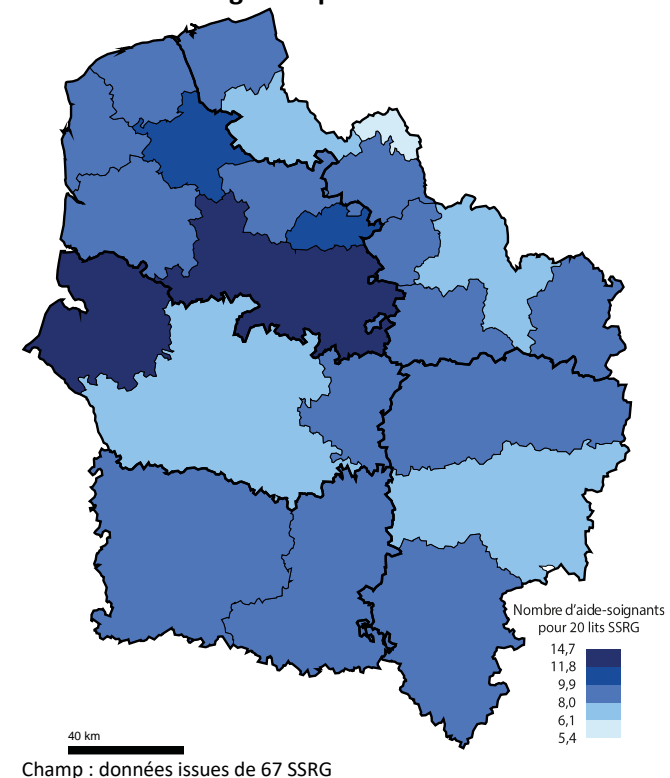
IDE pour 20 lits en SSRG en 2020



Champ : données issues de 67 SSRG

Source : ARS - DST 2021 - Traitement : OR2S

Aide-soignants pour 20 lits en SSRG en 2020



Champ : données issues de 67 SSRG

Source : ARS - DST 2021 - Traitement : OR2S

I.1.4. Les unités de soins longue durée (USLD)

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 2019)

Nord

CH d'Armentières
 CHRU Lille
 GHSC - CH de Seclin
 CH de Tourcoing
 CH de Roubaix (3 sites)
 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
 HL Crépy-en-Valois

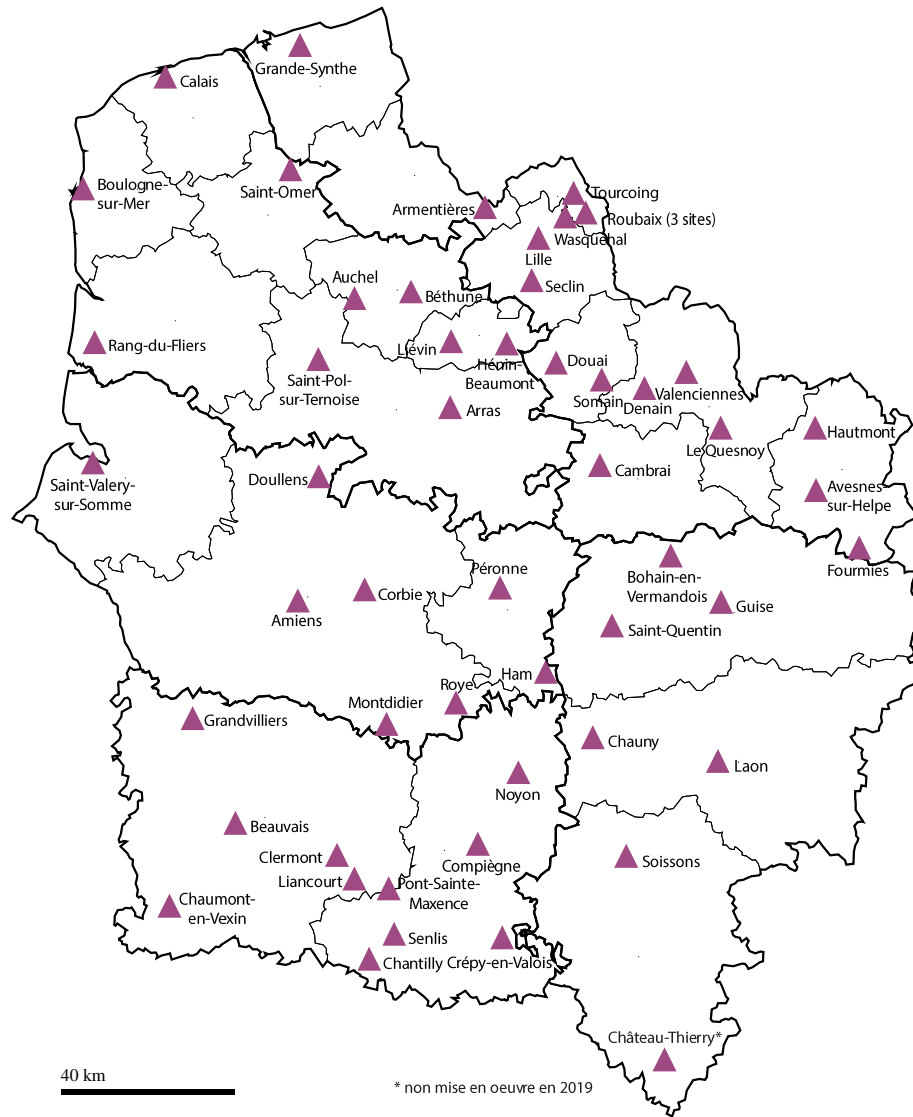
Pas-de-Calais

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 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

En 2020, les Hauts-de-France comptent 53 unités de soins de longue durée (USLD) autorisées ayant eu une activité :

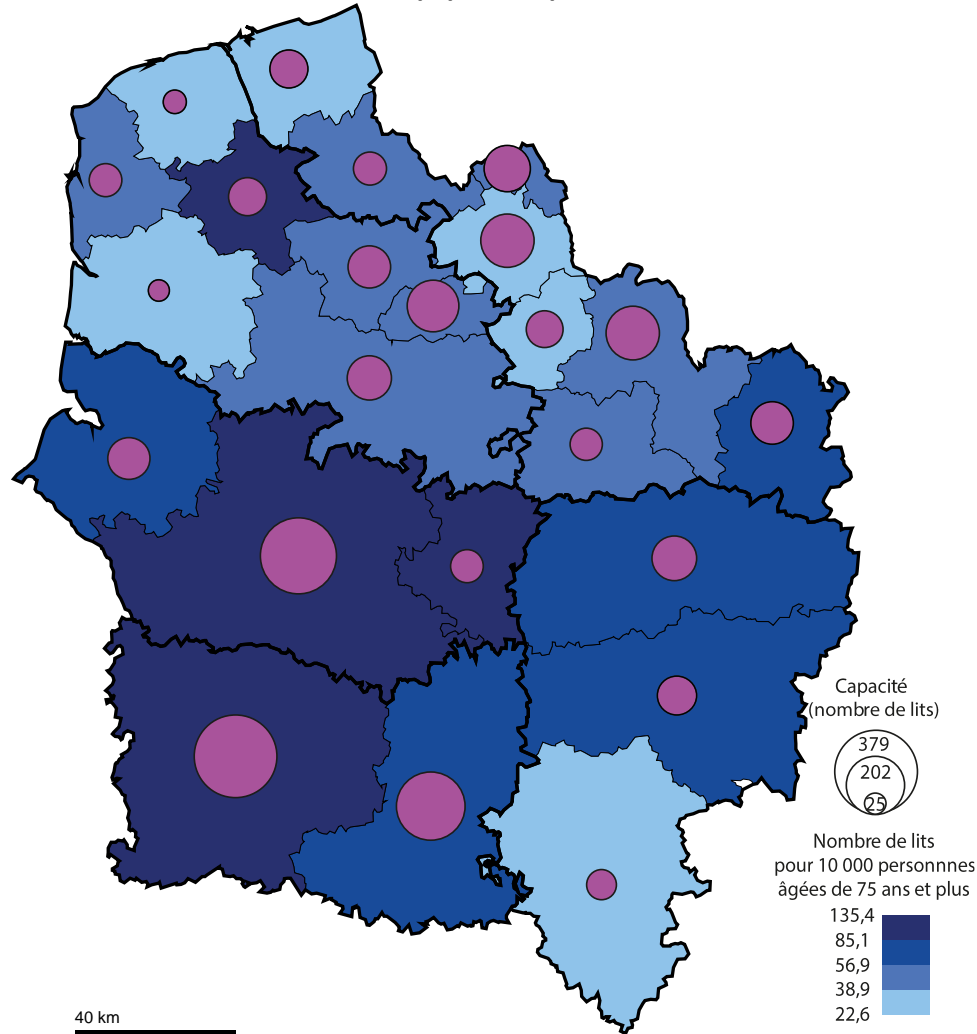
- 6 dans l'Aisne,
- 18 dans le Nord,
- 11 dans l'Oise,
- 10 dans le Pas-de-Calais,
- 8 dans la Somme.

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

Cependant, 47 établissements ont répondu au questionnaire de bilan gériatrique. L'analyse qui suit porte donc sur ces 47 structures.

Capacité des USLD

**Nombre de lits en USLD autorisées et installées en 2020
et taux d'équipement par territoire**



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

En 2020, dans les Hauts-de-France, les 47 USLD ayant répondu totalisent une capacité de **2 720 lits**, soit **57 lits SSRG pour 10 000 habitants âgés de 75 ans et plus** (52 en 2019, 60 en 2018, 61 en 2017, 57 en 2016). La taille des USLD varie de 25 à 190 lits : 2 unités disposent de moins de 30 lits, 10 unités de 30 lits, 13 unités entre 31 et 59 lits, 17 unités entre 60 et 89 lits et 5 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 une densité de lits USLD (respectivement 106 lits pour 10 000 habitants de 75 ans et plus et 93) deux à trois fois supérieure à celles des trois autres départements : Aisne (49), Nord (41) et Pas-de-Calais (46).

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 6. Le nombre de lits en USLD pour 10 000 habitants de 75 ans et plus varie ainsi de 23 pour le Montreuillois à 135 pour Oise-Ouest. Outre ce dernier, les zones les mieux dotées sont Somme-Est (109), Somme-Centre (100), Audomarois (86), Oise-Est (80) et Somme-Ouest (71).

Outre le Montreuillois, les zones les moins bien pourvues sont le Calaisis (26) et Aisne-Sud (30), avec une offre près de deux fois moins élevée qu'au niveau régional.

Activités des USLD autorisées

En 2020, les USLD ont accueilli 3 103 personnes dans 47 structures (2 977 en 2019 dans 44 structures, 3 500 en 2018 dans 51 structures, 4 200 en 2017, 4 000 en 2016). Parmi elles, 38 personnes étaient âgées de moins de 60 ans (une quarantaine en 2019 et 2018, une cinquantaine en 2017 comme en 2016). Ces dernières étaient prises en charge en USLD du fait de complications de certaines pathologies (Syndrome de Korsakoff, SEP, AVC, maladie de LITTLE avec paraparésie spastique, troubles psychiatriques, trisomie, retard mental congénital et porteur d'une iléostomie, polyarthrite rhumatoïde, épilepsie, problème respiratoire...) associées parfois à certaines situations sociales difficiles (impossibilité de rester à domicile ou de regagner son foyer logement...) ou à une situation de polyhandicap.

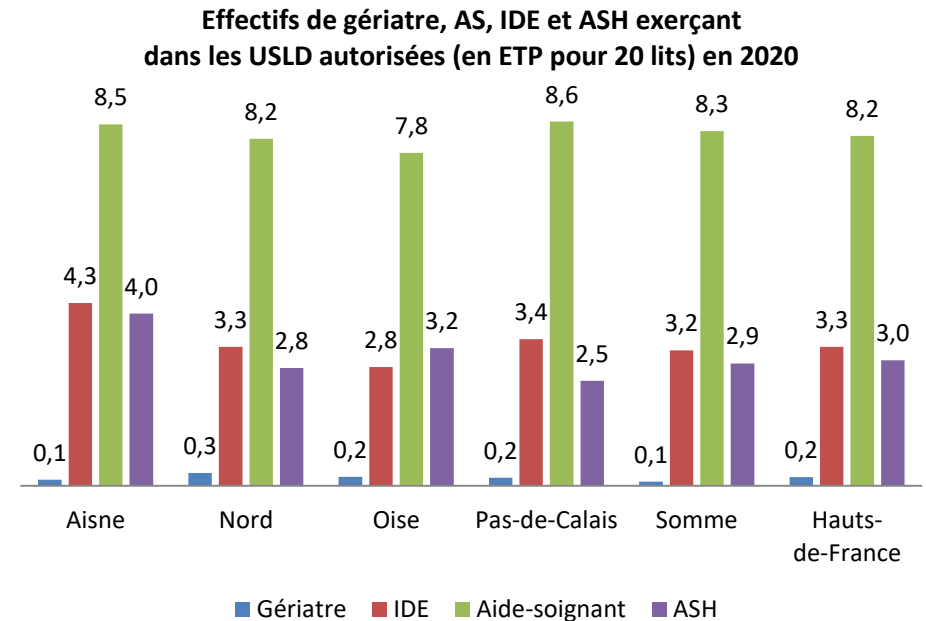
Sur les 47 USLD interrogées, 44 ont fait remonter 1 684 sorties parmi lesquelles 1 369 décès ont été recensés. Autrement dit, 8 sorties d'USLD sur 10 ont pour cause le décès de la personne prise en charge (81 % ; 78 % en 2019), comme en Ehpad.

Personnel des USLD autorisées

Au niveau régional, les 47 USLD autorisées ayant répondu à cet item emploient 2 168 ETP en 2020 (1 863 en 2019, 2 350 en 2018, 2 400 ETP en 2017, 2 300 ETP en 2016), dont un peu plus de la moitié est représentée par les aides-soignantes (52 %), 21 % par les IDE et 19 % par les ASH.

En 2020, les USLD autorisées implantées dans les Hauts-de-France comptent en moyenne 15,9 ETP pour 20 lits (14,9 en 2019, 16,3 en 2018, 17,0 en 2017, 16,7 en 2016), soit :

- 0,3 ETP de temps médical (dont 0,2 ETP de gériatre),
- 3,3 ETP d'IDE,
- 8,2 ETP d'aide-soignante,
- 3,0 ETP d'ASH,
- 0,1 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien,
- 1,1 ETP d'autres professions (secrétaire, animateur, éducateur, kinésithérapeute, psychologue, assistant social, cadre de santé, diététicien...).



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

I.1.5. 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

Clinique Mahaut de Termonde - Béthune
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
CH de Pont-Sainte-Maxence

Somme

CHU Amiens

Les unités cognitivo-comportementales labellisées sont au nombre de 17 dans les Hauts-de-France en 2020 (15 en 2019, 15 en 2018, 14 en 2017, 13 en 2016). Les 17 UCC ayant répondu au questionnaire totalisent 198 lits (169 lits en 2019, 188 lits en 2018, 173 lits en 2017, 163 en 2016). Une UCC est autorisée et non ouverte à ce jour : au CH de Saint-Quentin, portant normalement à 18 les UUC en région.

Implantation des UCC labellisées en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

En 2020, 17 UCC ouvertes et labellisées dénombrées :

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

Toutes ont répondu au questionnaire de bilan gériatrique. Les données qui suivent portent sur ces 17 unités.

Les 198 lits d'UCC labellisées se répartissent ainsi :

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

En 2020, les 15 UCC labellisées ayant répondu à la question ont déclaré 1 510 séjours, pour un total de 49 788 journées de plus de 24 heures.

La durée moyenne de séjours de 41 jours en 2020 (32 jours en 2019, 37 jours en 2018, 39 jours en 2017 et 33 jours en 2016) masque de fortes disparités selon les établissements allant de 29 jours au CH d'Arras à 69 jours pour l'institut médical de Breteuil.

Les entrées et les sorties

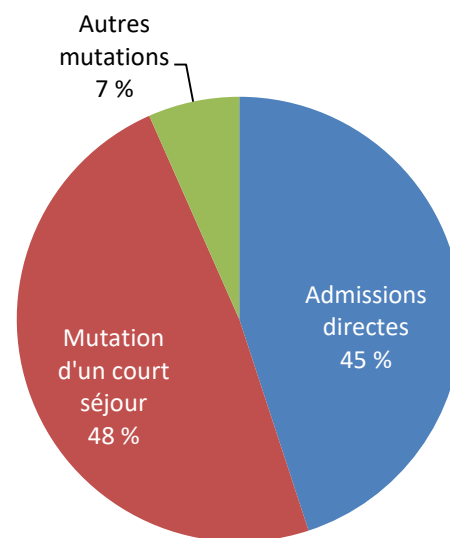
Circulaire DHOS/02/01/DGS/MC3/2008/291 du 15 septembre 2008 relative à la mise en œuvre du volet sanitaire du plan Alzheimer 2008-2012 : les patients proviennent, essentiellement, de leur domicile ou d'Ehpad.

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

En 2020, les UCC de la région ont déclaré 1 488 entrées (1 566 en 2019). En 2020, les entrées par mutations d'un court séjour (701 entrées) deviennent aussi importantes que celles par admissions directes (651 entrées) : respectivement 48 % et 47 % (37 % et 47 % en 2019). Les autres mutations ne constituent plus que 7 % des entrées (16 % en 2019).

L'admission directe est majoritaire dans 7 UCC tandis que les entrées par courts séjours devancent les autres motifs dans 8 UCC. L'UCC de Pont-Sainte-Maxence compte davantage d'entrées par autres mutations (52 % des 23 entrées). Un UCC n'a pas rempli les motifs d'entrée.

Répartition des modes d'entrée en UCC labellisées en 2020



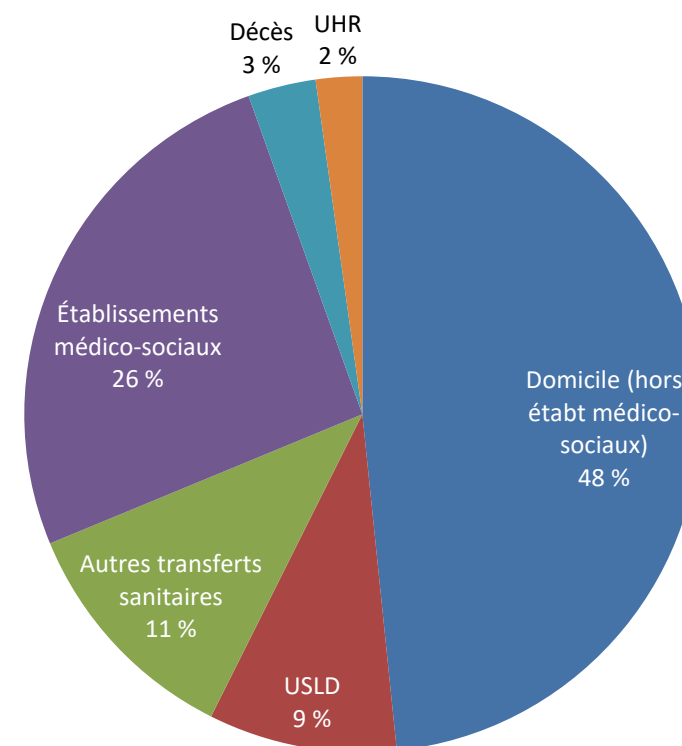
Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

En 2019, les UCC labellisées recensées dans la région ont déclaré 1 354 sorties (1 419 en 2019), près de la moitié d'entre elles (48 %) se faisant vers le domicile hors établissements médico-sociaux (comme en 2019). Le deuxième mode de sortie le plus fréquent est le transfert vers un établissement médico-social (26 % des sorties ; comme en 2019). Les sorties vers les USLD ou UHR sont en marge avec des proportions très faibles (respectivement 9 % et 2 %). Les autres transferts sanitaires constituent 11 % des sorties. Enfin, 3 % des sorties (44) 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 (Polyclinique de Grande-Synthe, Centre médical des Monts de Flandres, CHU de Lille, groupe hospitalier Loos Haubourdin, CH d'Arras), voire même quasi-exclusif au CH de Boulogne-sur-Mer (79 % des sorties) et surtout à l'hôpital de Villiers-Saint-Denis (92 %). Par contre, le retour à domicile représente moins de 40 % des sorties dans d'autres UCC (groupe hospitalier Seclin Carvin, Clinique Saint Roch de Marchiennes, CH d'Hautmont, CH de Pont-Sainte-Maxence, CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer) pour lesquelles les proportions de sorties vers des établissements médico-sociaux sont plus élevées (entre 41 % et 62 %). Enfin, les USLD sont la première destination de sorties à l'Institut médical de Breteuil (56 %) et sont plus répandues à la Polyclinique de Grande-Synthe (36 %) et au CHU d'Amiens (21 %) que dans les autres UCC de la région (9 % dans l'ensemble des Hauts-de-France).

La répartition des modes de sortie en 2020 correspond à celle de 2019.

Répartition des modes de sortie d'UCC labellisées en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

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 2020, les 198 lits répartis dans les 17 UCC de la région ont mobilisé 223 ETP (15 UCC ont complété les données relatives aux ETP) dont 5 % de personnel médical (9,7 gériatres et 1,2 ETP non gériatre réparti entre 0,3 ETP de médecin généraliste, 0,8 ETP de neurologue et 0,05 ETP d'autres spécialités). Les 95 % restants de personnels non-médicaux se répartissent ainsi :

- Aide-soignant : 105 ETP (soit 47 % du personnel œuvrant dans les UCC) ;
- IDE : 61 ETP (27 %) ;
- Autres personnels non-médicaux (assistant de service social, kinésithérapeute, diététicien, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, psychomotricien, STAPS, socio-esthéticienne, cadre de santé, neuropsychologue...) : 46 ETP (21 %).

Parmi les 15 UCC de la région ayant répondu à l'item des ETP (en ETP ou à la demande) :

- toutes ont déclaré disposer d'aide-soignants ;
- toutes ont déclaré disposer d'IDE ;
- toutes ont déclaré disposer de psychologues ;
- toutes ont déclaré disposer d'ergothérapeutes ;
- 14 ont déclaré disposer d'assistants de services sociaux ;
- 11 ont déclaré disposer de diététiciens ;
- 11 ont déclaré disposer de psychomotriciens ;
- 10 ont déclaré disposer de kinésithérapeutes ;
- 9 ont déclaré disposer d'orthophonistes ;
- 7 ont déclaré disposer de personnel STAPS.

I.2. Dispositifs intersticiels

La gestion des parcours de soins de personnes dépendantes ou malades chroniques nécessite de plus en plus de prises en charge sur les lieux de vie, qui correspondent aussi aux aspirations des usagers. La fluidité des parcours de santé peut être améliorée par un certain nombre de dispositifs dits « intersticiels » qui vont permettre d'assurer le bon soin au bon moment et font la jonction entre la ville, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux et sociaux. Ces dispositifs peuvent assurer des avis experts, de l'accompagnement type coaching, de l'ETP, de la gestion intensive, de la coordination de parcours... Ce peut être effectué par des équipes mobiles, des professionnels ou des structures de coordination, etc... mais aussi utilisant des outils numériques. Est décrite ici l'activité des équipes mobiles intervenant dans le champ de la personne âgée à domicile ou en Ehpad.

I.2.1. 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 (activité intra)
 CH de Saint-Quentin (activité intra)
 CH de Chauny (activité intra)
 CH de Laon (activité intra)
 CH de Château-Thierry (activité intra et Ehpad)⁵

Nord

CH de Dunkerque (activité intra + extra)
 Polyclinique de Grande-Synthe (activité Ehpad)
 CH de Tourcoing (activité intra)
 CH de Roubaix (activité intra + extra)
 CH Saint-Philibert - Lomme (GHICL) (activité intra)
 CHRU Lille (activité intra + Ehpad)
 GSCH - CH de Seclin (activité intra + extra*)
 CH de Douai (activité intra + extra + Ehpad)
 CH Denain (activité intra + Ehpad)
 CH de Valenciennes (activité intra + extra**)
 CH de Cambrai (activité intra)
 CH Hautmont (activité Ehpad)
 CH de Sambre Avesnois (activité intra)
 CHI de Wasquehal (activité Ehpad)
 CH le Quesnoy (activité intra)*
 CH d'Armentières (activité intra)⁶
 CH le Cateau-Cambrésis (activité Ehpad)⁷

⁵ Non rempli. Ne fonctionne pas encore en Ehpad.

⁶ Non réponse au bilan 2020.

⁷ Non rempli.

Oise

CH de Beauvais (activité intra + extra*)
 GHPSO (activité intra + extra***)
 CH Compiègne – Noyon (activité intra + Ehpad)

Pas-de-Calais

CH de Calais (activité intra)
 CH de Boulogne-sur-Mer (activité intra + extra + Ehpad)
 CH de Saint-Omer (activité intra + extra*)
 CHAM (activité intra + extra*)
 CH de Béthune (activité intra + Ehpad)
 CH de Lens (activité intra)
 Polyclinique de Riaumont (activité intra + Ehpad****)
 CH d'Arras (intra + extra + Ehpad)

Somme

CH d'Abbeville (activité intra)
 CHU Amiens (activité intra)
 CHI de la Baie de Somme (activité Ehpad)

* Non reconnue par l'ARS

** Initialement portée par un GCS cette équipe est réintégrée au CHV en 2020-2021

*** Une nouvelle équipe pour les Ehpad vient d'être créée avec le CHI de Clermont pour le GHPSO et CHICN

**** Autorisée fin 2020

En 2020, les Hauts-de-France comptent 33 établissements de santé qui portent des équipes mobiles gériatriques et/ou psycho-gériatriques ayant répondu au bilan d'activité 2020. Elles se répartissent ainsi :

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

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

I.2.1.1. Activité des EMG intrahospitalières

Dans la région des Hauts-de-France, en 2019, 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 dispose pas de toutes ces autorisations.

La file active

En 2020, la file active de la région est de 16 961⁸ (19 490 en 2019, 21 200 en 2018, 19 800 patients en 2017, 18 500 en 2016), soit une activité moyenne de 514 patients en file active par EMG (670 en 2019, 660 en 2018, 600 en 2017, 560 en 2016).

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

- 628 patients dans l'Aisne ;
- 8 201 patients dans le Nord ;
- 1 362 patients dans l'Oise ;
- 5 554 patients dans le Pas-de-Calais ;
- 1 216 patients dans la Somme.

En tout, ce sont 13 920 patients différents rencontrés par les EMG intrahospitalières (17 331 en 2019), dont 63 % de femmes.

Au niveau régional, les EMG prennent en charge 36 personnes pour 1 000 habitants âgés d'au moins 75 ans en 2020 (40 en 2019, 44 en 2018, 41 en 2017). Ces valeurs sont moindres dans la Somme (24), l'Oise (23) et l'Aisne (13). Les EMG du Nord et du Pas-de-Calais affichent des valeurs supérieures à celle observée en région (respectivement 42 et 46).

⁸ Une équipe n'a pas indiqué la file active.

Les interventions

Sur 29 EMG intra interrogées sur leur activité, 26 ont précisé le lieu d'intervention. Elles font remonter 16 069 interventions en 2020 (19 100 en 2019, 20 400 en 2018, 19 800 en 2017) :

- 7 201 en service d'urgences (dont 3 013 en UHCD),
- 5 957 en service de médecine,
- 2 030 en service de chirurgie,
- 881 dans d'autres lieux intrahospitaliers (232 réanimation et soins continus, 78 en psychiatrie, 96 en SSR non gériatrique et 475 dans d'autres établissements).

Les EMG du Nord et du Pas-de-Calais enregistrent une proportion plus importante d'interventions aux urgences (respectivement 41 % et 61 %, dont 14 % et 29 % en UHCD) que leurs homologues de l'Oise (23 % dont 21 % en UHCD), la Somme (22 %, dont 2 % en UHCD) et l'Aisne (9 %, dont 2 % en UHCD). Les EMG de l'Aisne, l'Oise et la Somme pratiquent plus d'interventions en service de médecine (respectivement 75 %, 59 % et 63 %).

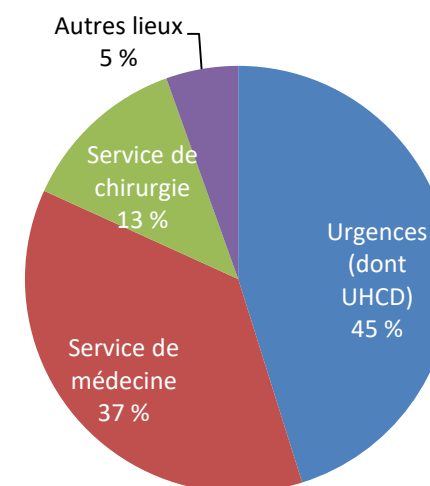
Les motifs d'appels

Les motifs **principaux** d'appels aux EMG sont l'orientation du patient (20 % des cas, 26 % en 2019), une chute (19 %, 17 % en 2019) ou une perte d'autonomie (18 %, 16 % en 2019), ce qui regroupe six appels sur dix. Cette répartition se retrouve dans les cinq départements des Hauts-de-France.

Au niveau départemental, l'Aisne a le plus fort pourcentage départemental pour la confusion (11 % - les autres départements sont sous la barre des 8 %). Le Nord devance les autres départements pour l'orientation du patient (33 % ; moins de 15 % ailleurs). L'Oise se démarque avec les appels liés aux évaluations onco-gériatriques (16 % ; moins de 8 % ailleurs) et par les préparations de sortie d'hospitalisation (11 % ; 5 % en moyenne en région). Le Pas-de-Calais compte le plus d'appels liés à la perte d'autonomie (30 % ; 18 % en région). Enfin, la Somme compte plus d'appels liés à des troubles de la mémoire ou cognitifs (16 % contre 8 % en région) et à des chutes (24 % ; 19 % en région).

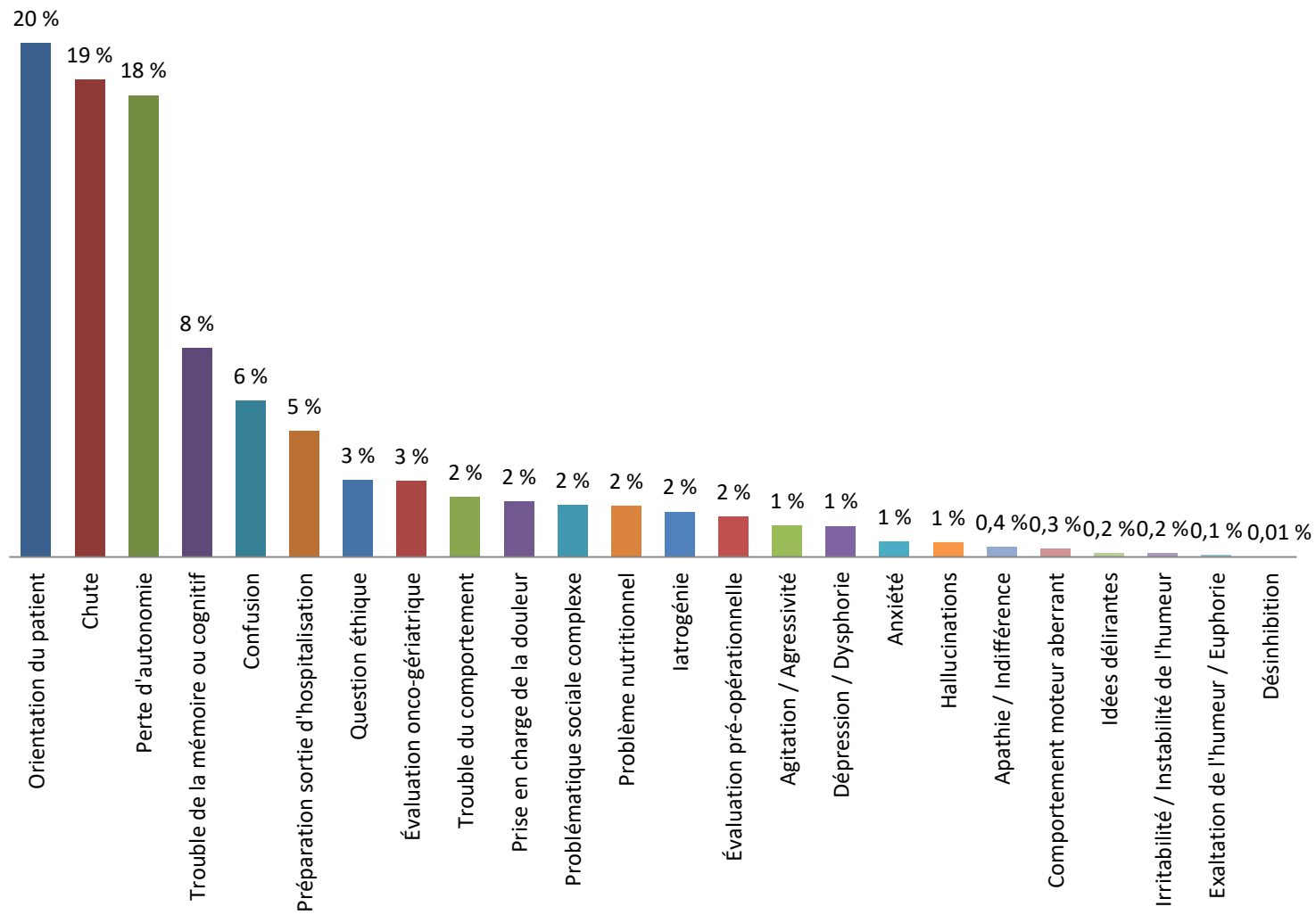
Sept motifs **secondaires** d'appels sur dix portent sur les orientations du patient (27 % des appels, 23 % en 2019), la perte d'autonomie (18 %, 17 % en 2019), les troubles de la mémoire ou cognitifs (11 %, 13 % en 2019) et les préparations de sorties d'hospitalisations (12 %, 11 % en 2019).

Interventions intrahospitalières des EMG en 2020



Source : ARS - DST 2021- Traitement OR2S

Répartition des motifs principaux d'appels identifiés par les EMG en 2020



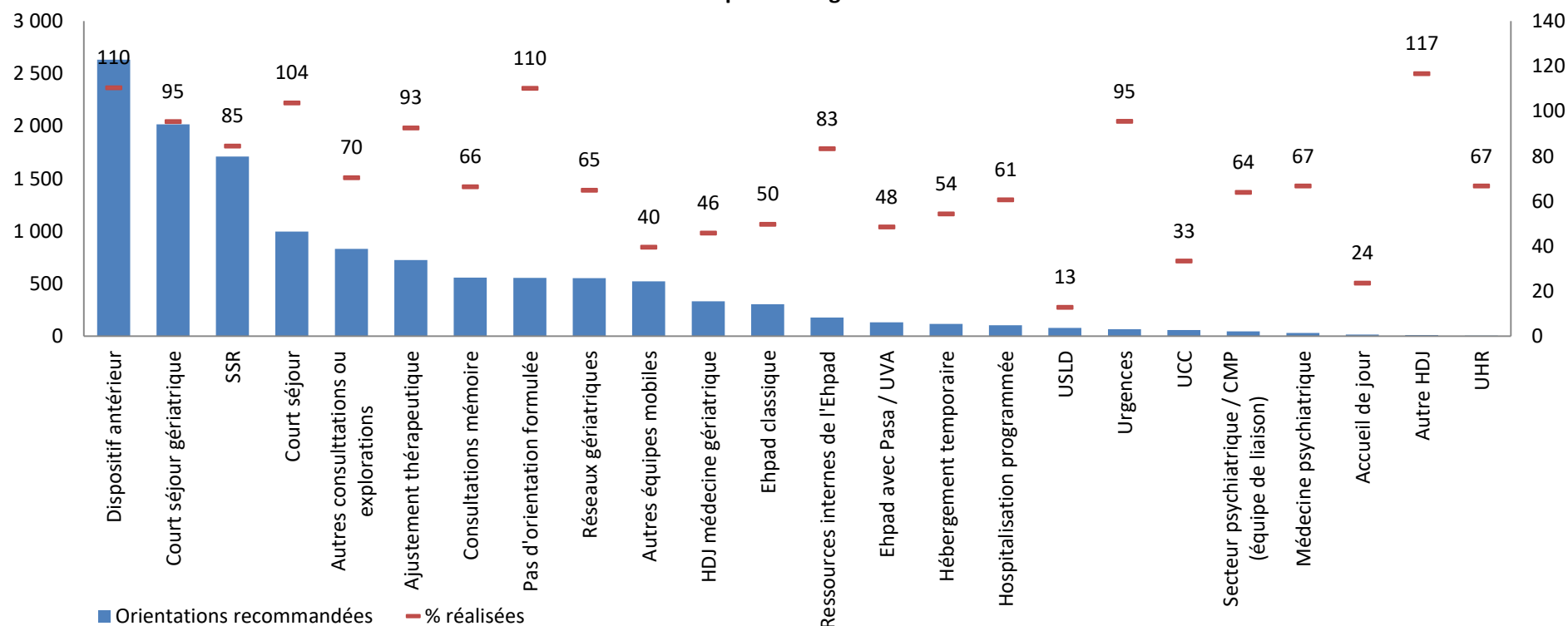
Source : ARS - DST 2021- Traitement OR2S

Les orientations

Les orientations recommandées par les EMG intrahospitalières portent avant tout sur le maintien du dispositif antérieur (21 % des recommandations, 22 % en 2019), le court séjour gériatrique (16 %, 18 % en 2019) et les soins de suite et de réadaptation (14 %, comme en 2019). Ces recommandations sont d'ailleurs largement suivies : 85 % des SSR ont été réalisés⁹ et 95 % des CSG. Les orientations vers les dispositifs antérieurs ont été plus nombreuses que prévu (2 907 orientations réalisées pour 2 633 demandées).

Moins de 50 % des recommandations ont été réalisées pour les orientations suivantes : UCC (33 % de réalisation parmi les 60 orientations recommandées), hôpital de jour médecine gériatrique (46 % des 332 recommandations), accueil de jour (24 % des 17 recommandations), autres équipes mobiles (40 % des 523 recommandations), USLD (13 % des 78 recommandations) et Ehpad avec Pasa / UVA (48 % des 132 recommandations).

Orientations recommandées* et pourcentage d'orientations réalisées en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S * Données présentées uniquement pour les 16 équipes ayant répondu aux deux orientations recommandées et réalisées.

⁹ Parmi les structures ayant rempli à la fois les items orientations recommandées et orientations réalisées.

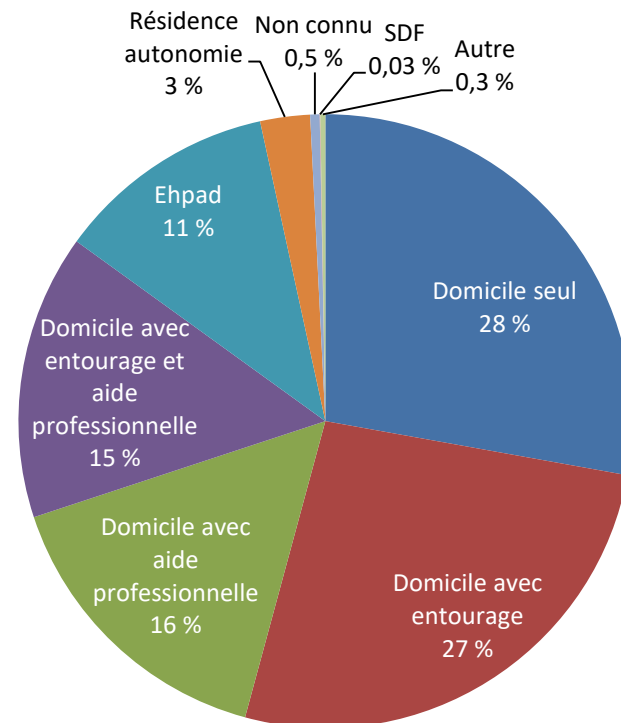
Informations sur les patients suivis par les EMG intrahospitalières

Les lieux de vie

Sur 29 EMG intra interrogées, 26 ont documenté les lieux de vie des patients pris en charge. Une très grande majorité des patients vit à domicile, avec ou sans aide : 85 % des patients en 2020 (86 % en 2019), dont 28 % seuls à domicile. Les patients en Ehpad représentent 12 % des patients suivis (10 % en 2019).

Parallèlement, sept patients sur dix¹⁰ bénéficient d'un aidant professionnel (70 %). Ils sont plus nombreux dans la Somme (78 %), le Pas-de-Calais (74 %) et le Nord (71 %) que dans l'Aisne (47 %) et l'Oise (49 %).

Lieux de vie des patients en 2020



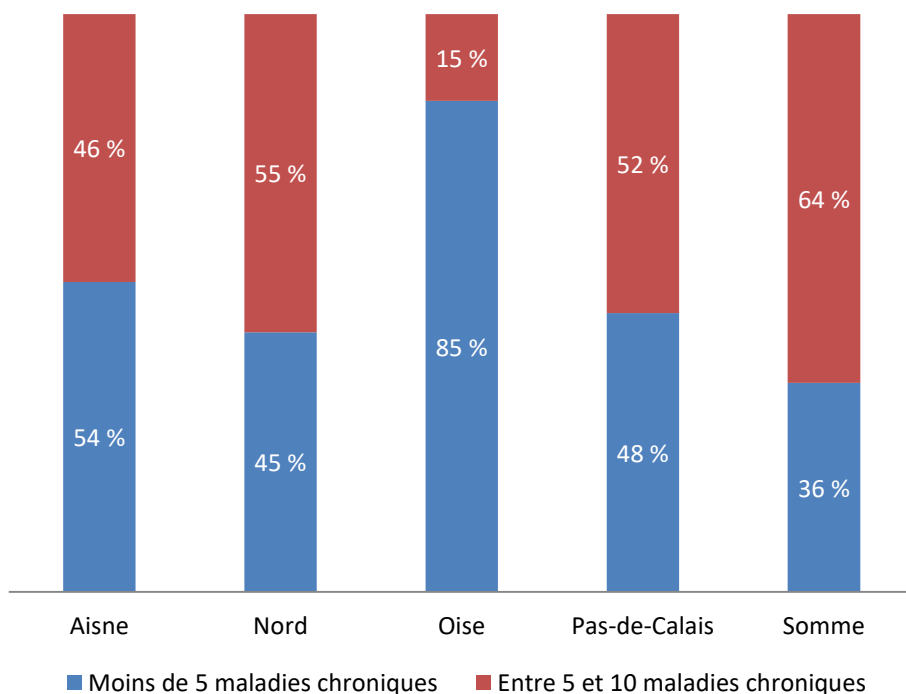
Source : ARS - DST 2021- Traitement OR2S

¹⁰ Parmi les équipes ayant complété l'item d'aidant professionnel.

Maladies chroniques et principaux syndromes gériatriques

Les patients ayant entre 5 et 10 maladies chroniques représentent 51 % des patients pour lesquels l'information est connue (15 des 29 EMG ont renseigné cet item ; 45 % en 2019). Ils sont particulièrement nombreux dans la Somme (64 %), le Nord (55 %) et le Pas-de-Calais (52 %). Dans l'Aisne, ils représentent 46 % et ils sont peu nombreux dans l'Oise (15 %).

Proportions des maladies chroniques chez les patients en 2020



Source : ARS - DST 2021- Traitement OR2S

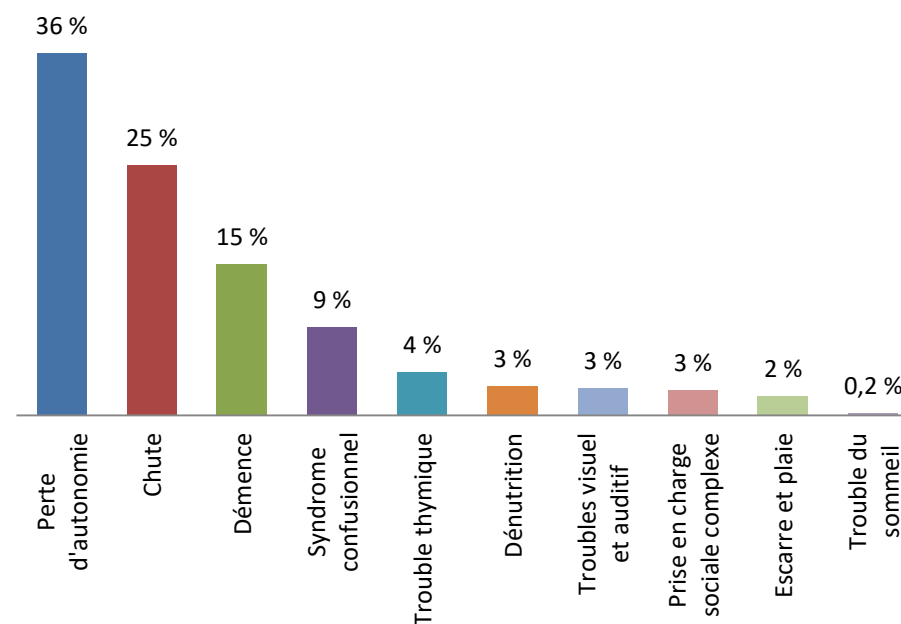
Un peu plus d'un tiers des patients est pris en charge par une EMG intrahospitalière suite à une perte d'autonomie (36 % des patients des 19 EMG ayant répondu à cet item ; 35 % en 2019) et un quart (25 % ; 24 % en 2019) suite

à une chute. La démence (15 % ; 14 % en 2019) et les syndromes confusionnels (9 %, comme en 2019) arrivent ensuite.

La perte d'autonomie est particulièrement présente chez les patients du Pas-de-Calais (47 %) tandis que la proportion de démence est plus importante chez les patients de l'Oise et de la Somme (29 % chacun) que dans les autres départements.

À noter que 11 % des patients vus par les EMG de l'Aisne ayant répondu à cet item présentent un trouble thymique (contre 4 % au niveau régional).

Répartition des principaux syndromes gériatriques des patients en 2020



Source : ARS - DST 2021- 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 2020, les 29 EMG ont répondu à ce volet de l'enquête. Elles ont déclaré disposer au total de 75,7 ETP (76,7 ETP en 2019 pour 28 EMG, 83,0 ETP en 2018 pour 32 EMG, 82,6 ETP en 2017 pour 32 EMG, 78,5 ETP en 2016 pour 30 EMG) :

- 19,3 ETP de gériatre (auxquels s'ajoute 0,6 ETP d'autres médecins) ;
- 30,9 ETP d'IDE ;
- 5,5 ETP d'assistant de service social ;
- 7,2 ETP de secrétaire ;
- 2,1 ETP de psychologue ;
- 2,6 ETP d'ergothérapeute ;
- 7,6 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...).

En moyenne, chaque EMG dispose de 2,6 ETP (2,7 ETP en 2019, 2,6 ETP en 2018, 2017 et 2016) :

- 0,7 ETP de gériatre (ou médecin) ;
- 1,1 ETP d'IDE ;
- 0,2 ETP d'assistant de service social ;
- 0,2 ETP de secrétaire ;
- 0,1 ETP de psychologue ;
- 0,1 ETP d'ergothérapeute ;
- 0,3 ETP d'autres professions (ASG, cadres de santé...).

Parmi les 29 EMG étudiées, 28 déclarent disposer d'un temps de gériatre et 24 de temps d'IDE. Les autres professionnels sont au choix des établissements : 22 disposent de temps d'AS (12 en ETP et 10 à la demande). Du temps de psychologue est mobilisé pour 13 EMG (dont 9 à la demande), du temps d'ergothérapeute pour 11 EMG (dont 9 à la demande) et du temps de diététicien pour 11 EMG (exclusivement à la demande).

I.2.1.2. Activité des EMG 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 équipes mobiles gériatriques extrahospitalières en région peuvent mener différents types d'activité. Parmi les 14 équipes mobiles de psychogériatrie ayant répondu à la question (sur 16 équipes), 11 équipes interviennent en Ehpad, 5 équipes mobiles gériatriques interviennent à domicile et 2 en résidence autonomie.

Ces équipes sont financées sur accord de l'ARS et sont de deux types : équipe mobile de gériatrie extrahospitalière à domicile et équipe mobile de psychogériatrie en Ehpad. 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 (pas encore effective) 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 2020

		Intervention à domicile	Intervention en Ehpad
Aisne	CH de Château-Thierry		Psychogériatrie**
Nord	GHSC Seclin	gériatrie*	
	CH de Roubaix	gériatrie	
	CH de Douai	gériatrie	psychogériatrie
	CH de Dunkerque	gériatrie	
	CH Valenciennes	gériatrie	
	Polyclinique Grande Synthe		psychogériatrie
	CH d'Hautmont		psychogériatrie
	CH de Denain		psychogériatrie
	CH de Wasquehal		psychogériatrie
	CH de Lille		psychogériatrie
Oise	CH de Beauvais		psychogériatrie
Pas-de-Calais	CH d'Arras	gériatrie	psychogériatrie
	CH de Boulogne	gériatrie	psychogériatrie
	CH de Béthune		psychogériatrie
	CH de Saint-Omer		
	CHAM		psychogériatrie*
Somme	CHI de la Baie de Somme		psychogériatrie

Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

* Non reconnue par l'ARS

** Pas encore en fonctionnement

Les patients vus

En 2020, les équipes EMG en extrahospitalier de la région ont rencontré 893 patients différents (1 167 en 2019), soit une activité moyenne de 69 patients différents par EMG (97 en 2019). Treize des 16 équipes ont répondu à cet item.

Par département, le nombre de patients différents vus est de :

- 641 patients dans le Nord (749 en 2019) ;
- 27 patients dans l'Oise (25 en 2019) ;
- 222 patients dans le Pas-de-Calais (393 en 2019) ;
- 3 dans la Somme.

Parmi ces patients, 67 % sont des femmes.

Les interventions

Quatorze des 16 EMG extra interrogées ont répondu au détail des interventions. Elles font remonter 1 418 interventions en 2020, dont le lieu est connu pour 1 184 d'entre elles (1 616 interventions dont 1 540 avec les lieux connus en 2019) :

- 949 en Ehpad (1 278 en 2019),
- 223 à domicile (256 en 2019),
- 12 en résidence autonomie (5 en 2019),
- aucune en structure d'exercice regroupée de soins primaires (1 en 2019).

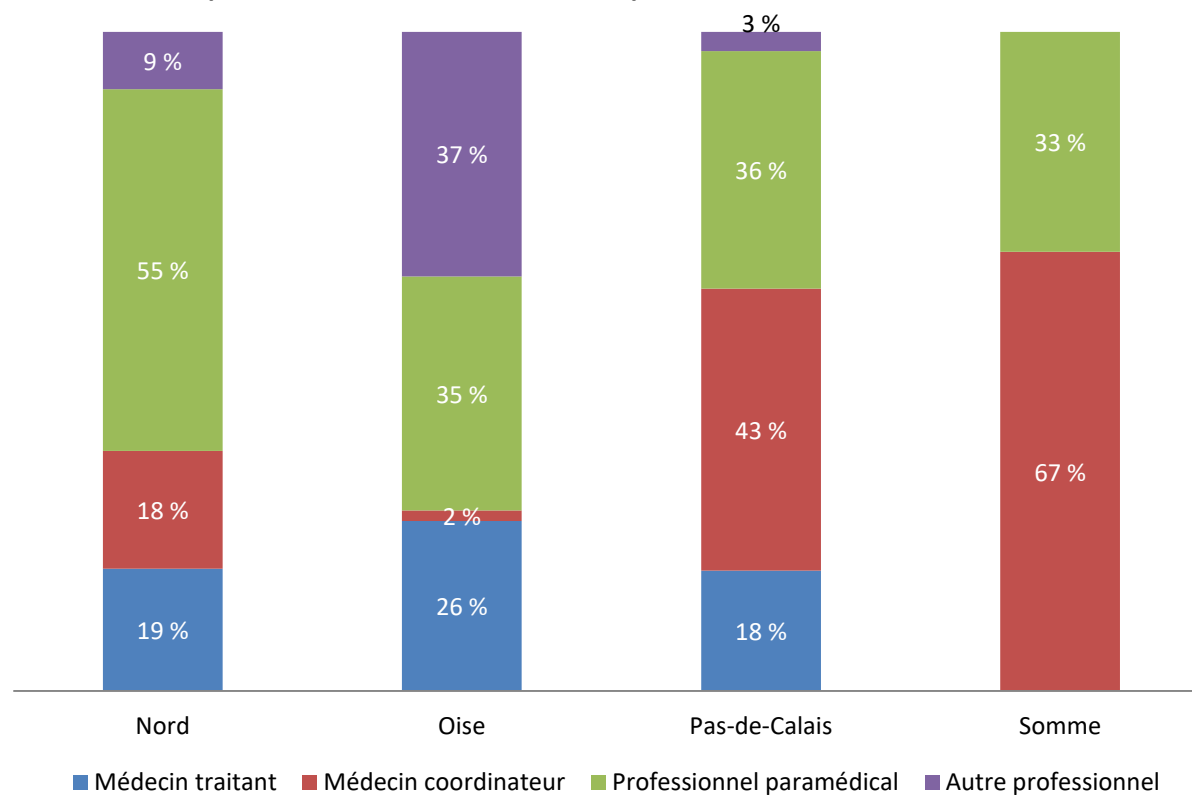
Les interventions en Ehpad représentent 80 % des interventions des équipes EMG extra (83 % en 2019).

Les sollicitations

Les EMG ont été principalement sollicitées par des professionnels paramédicaux (49 % des sollicitations ; 41 % en 2019) et par des médecins coordinateurs (23 % ; 30 % en 2019). Les médecins traitant (19 %, comme en 2019) et les autres professionnels (9 %, médecins hospitaliers, gériatres, psychologue, famille, MAIA, Clic, PFR, CCAS... ; 10 % en 2019) viennent ensuite.

En termes de structures, le champ médico-social représente 79 % des sollicitations des équipes EMG extra (76 % en 2019), devant le champ sanitaire (10 % ; 14 % en 2019) et de soins primaires (7 % ; 4 % en 2019). Le champ social (2 % ; 1 % en 2019) et les structures de coordination (0,5 % ; 1 % en 2019) font peu appel aux EMG extra. Enfin, 2 % concernent d'autres voies (CMP, EPSM ; 4 % en 2019).

Répartition des sollicitations selon la profession du demandeur en 2020



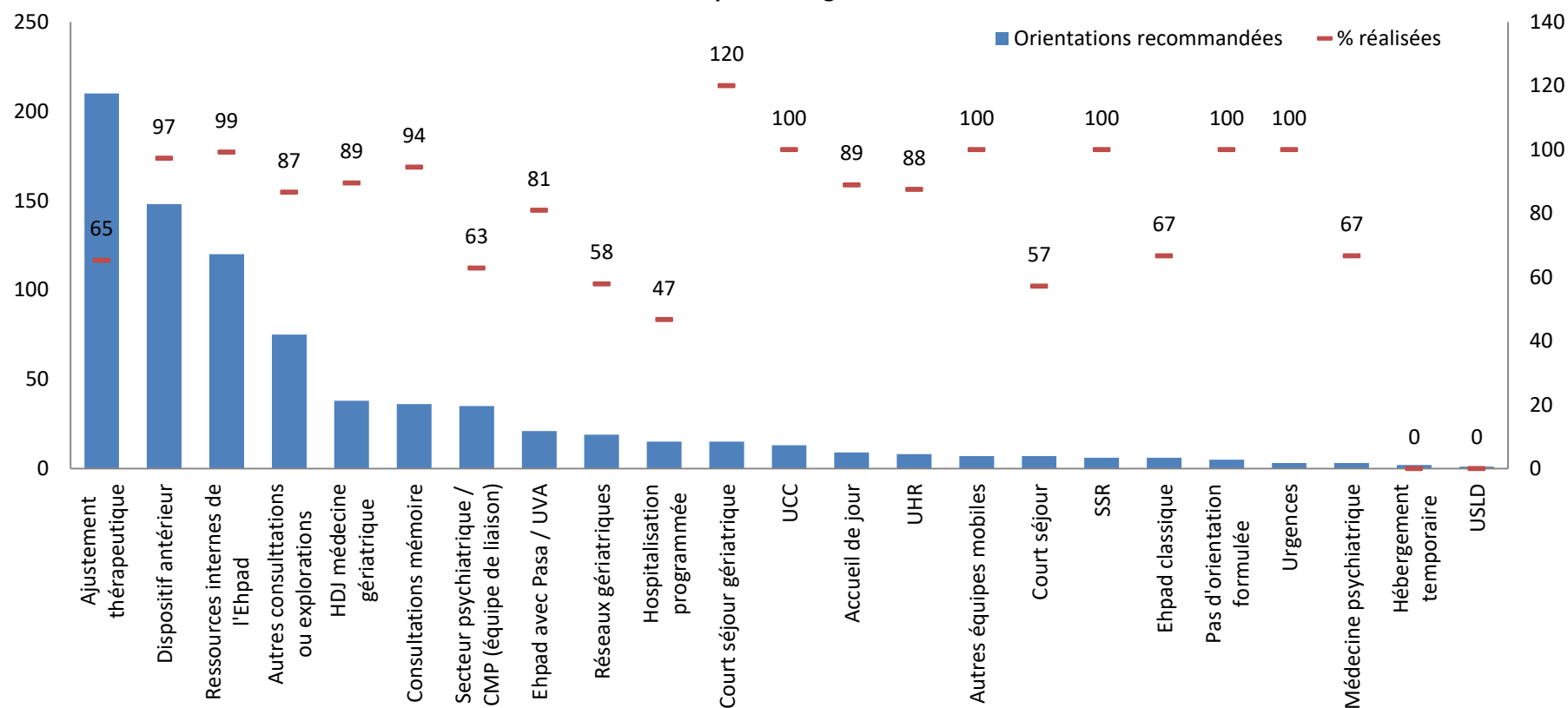
Source : ARS - DST 2021- Traitement OR2S

Les orientations

Les orientations recommandées par les EMG extrahospitalières portent avant tout sur des ajustements thérapeutiques (26 % des recommandations ; 28 % en 2019), le maintien du dispositif antérieur (18 % ; 14 % en 2019) et les ressources internes de l'Ehpad (15 % ; 11 % en 2019). Ces recommandations sont d'ailleurs largement suivies : 65 % des ajustements thérapeutiques ont été réalisés¹¹, 97 % des dispositifs antérieurs et 99 % des ressources internes à l'Ehpad.

Moins de 50 % des recommandations ont été réalisées pour les orientations en hospitalisation programmée (47 % de réalisation parmi les 15 orientations recommandées).

Orientations recommandées* et pourcentage d'orientations réalisées en 2020



Source : ARS - DST 2021- Traitement OR25

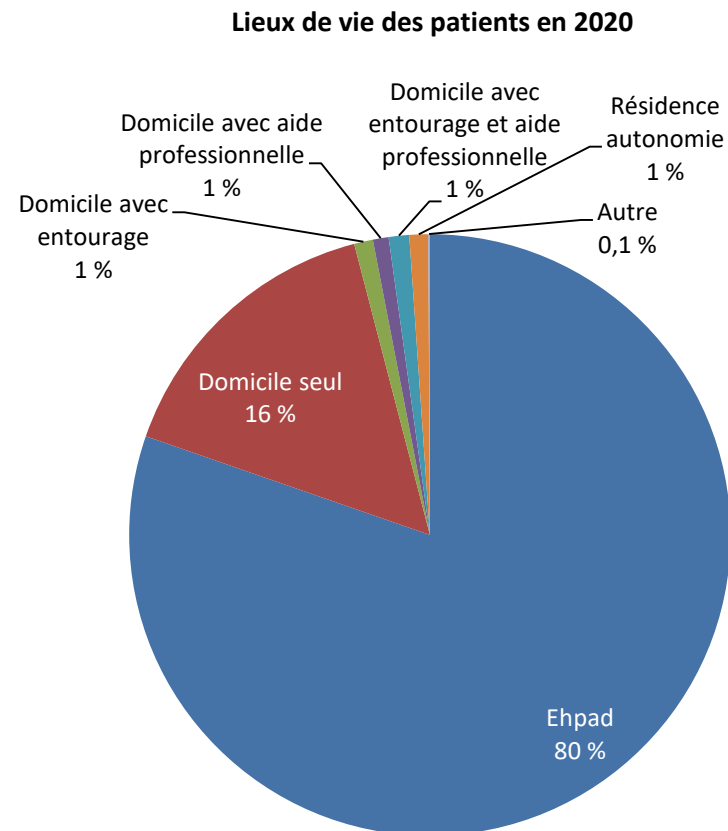
* Données présentées uniquement pour les 9 équipes ayant répondu aux deux orientations recommandées et réalisées.

¹¹ Parmi les structures ayant rempli les items orientations recommandées et orientations réalisées.

Informations sur les patients suivis par les EMG extrahospitalières

Les lieux de vie

Sur 16 EMG extra interrogées, 14 ont documenté les lieux de vie des patients pris en charge. Une très grande majorité des patients vit en Ehpad (80 % des patients suivis ; 83 % en 2019) et moins de 20 % sont à domicile (19 % dont 16 % seul à domicile, 1 % au domicile avec l'entourage, 1 % avec une aide professionnelle et 1 % avec l'entourage et une aide professionnelle ; 17 % en 2019). Les résidences autonomie concernent 1 % des patients et 1 patient du Nord est en pension de famille (0,1 % du total).



Source : ARS - DST 2021- Traitement OR2S

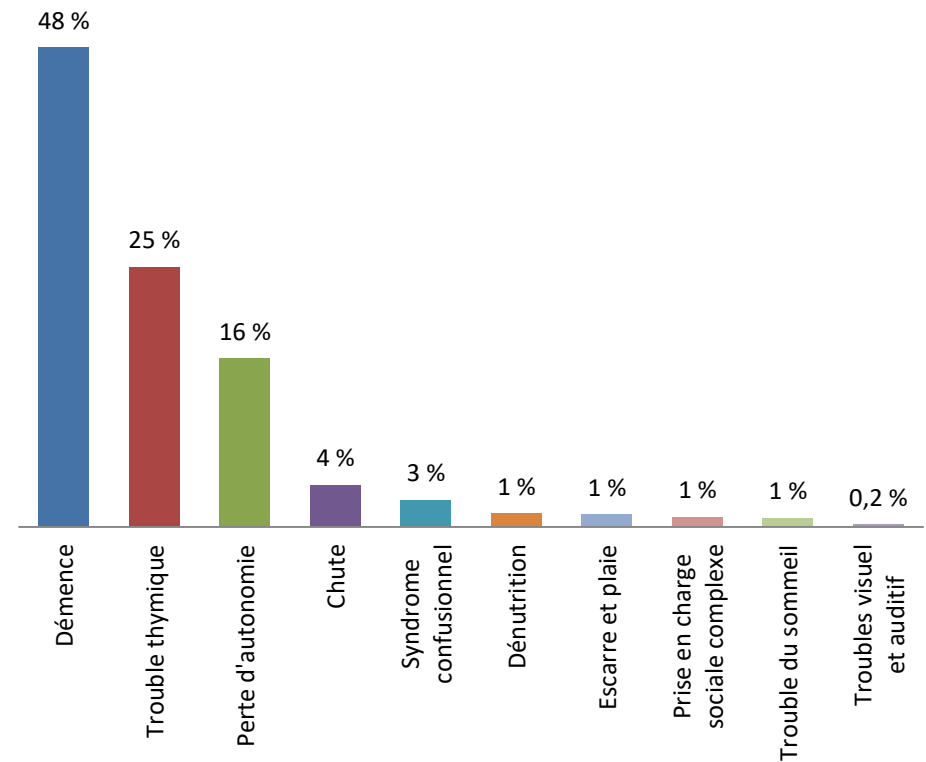
Maladies chroniques et principaux syndromes gériatriques

Les patients ayant entre 5 et 10 maladies chroniques représentent 40 % des patients pour lesquels l'information est connue (9 des 16 EMG ont renseigné cet item ; 43 % en 2019). L'ensemble des patients de l'EMG de l'Oise ont moins de 5 maladies chroniques (27 patients) et 54 % des patients du Pas-de-Calais. Dans le Nord et la Somme, ils sont plus nombreux à avoir entre 5 et 10 maladies chroniques (respectivement 71 % et 67 %).

Près de la moitié des patients pris en charge par une EMG extrahospitalière¹² souffre de démence (48 % ; 49 % en 2019) et un quart, d'un trouble thymique (25 % ; 23 % en 2019). La perte d'autonomie vient ensuite (16 % ; 13 % en 2019). La démence représente 21 % des syndromes principaux des patients du Pas-de-Calais, 59 % de ceux du Nord et 59 % de ceux de l'Oise.

La perte d'autonomie est particulièrement présente chez les patients du Pas-de-Calais (28 % contre 12 % dans le Nord et 7 % dans l'Oise).

Répartition des principaux syndromes gériatriques des patients en 2020



Source : ARS - DST 2021- Traitement OR2S

¹² 11 des 16 équipes EMG ont renseigné les syndromes des patients.

Personnel dédié à l'activité extrahospitalière

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 2020, 14 EMG ont répondu à ce volet de l'enquête (sur les 16 interrogées). Elles ont déclaré disposer au total de 17,4 ETP (12,1 ETP en 2019 pour 11 EMG extra) :

- 3,7 ETP de gériatre (auxquels s'ajoute 0,3 ETP d'autres médecins) ;
- 10,6 ETP d'IDE ;
- 1,0 ETP d'assistant de service social ;
- 1,1 ETP de secrétaire ;
- 0,7 ETP de psychologue.

En moyenne, chaque EMG dispose de 1,1 ETP (1,1 ETP en moyenne en 2019) :

- 0,2 ETP de gériatre (ou médecin) ;
- 0,7 ETP d'IDE ;
- 0,06 ETP d'assistant de service social ;
- 0,1 ETP de secrétaire ;
- 0,04 ETP de psychologue.

Parmi les 14 EMG ayant répondu, 13 déclarent disposer d'un temps de gériatre (et la quatorzième, d'un temps de psychiatre formé en psychogériatrie) et 13 de temps d'IDE (deux autres équipes recourent à un IDE à la demande). Les assistants de services sociaux sont présents dans 4 équipes (dont 2 sur demande), les secrétaires dans 7 équipes (dont 3 sur demande), les psychologues dans 6 équipes (dont 3 sur demande), les ergothérapeutes dans 3 équipes (uniquement sur demande), les diététiciens dans 2 équipes (uniquement sur demande) et les psychomotriciens dans 2 équipes (uniquement sur demande).

Partie II : Les dispositifs médico-sociaux en Ehpad

II.1. 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 2020, il existe 32 UHR en région pour 459 lits (31 UHR pour 433 lits en 2019, 29 UHR pour 405 lits en 2018, 22 UHR pour 320 lits en 2017 et 21 UHR pour 302 lits en 2016) : 23 UHR sont implantées dans un Ehpad et 9 sont autorisées dans une USLD.

Implantation des UHR labellisées

Aisne (2 UHR)

CH Jeanne de Navarre – Château-Thierry (Ehpad)
CH de Saint-Quentin (USLD)

Nord (16 UHR)

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

Pas de Calais (9 UHR)

CH de Béthune (Ehpad)
CH d'Arras (Ehpad)
CH de Boulogne-sur-Mer (Ehpad)
CH de Calais (Ehpad)
CH de Lens (Ehpad)
2 à l'Ehpad L'Aquarelle de Bully-les-Mines* (Ehpad)
CH d'Aire-sur-la-Lys* (Ehpad)
CH du Ternois* (USLD)

Oise (3 UHR)

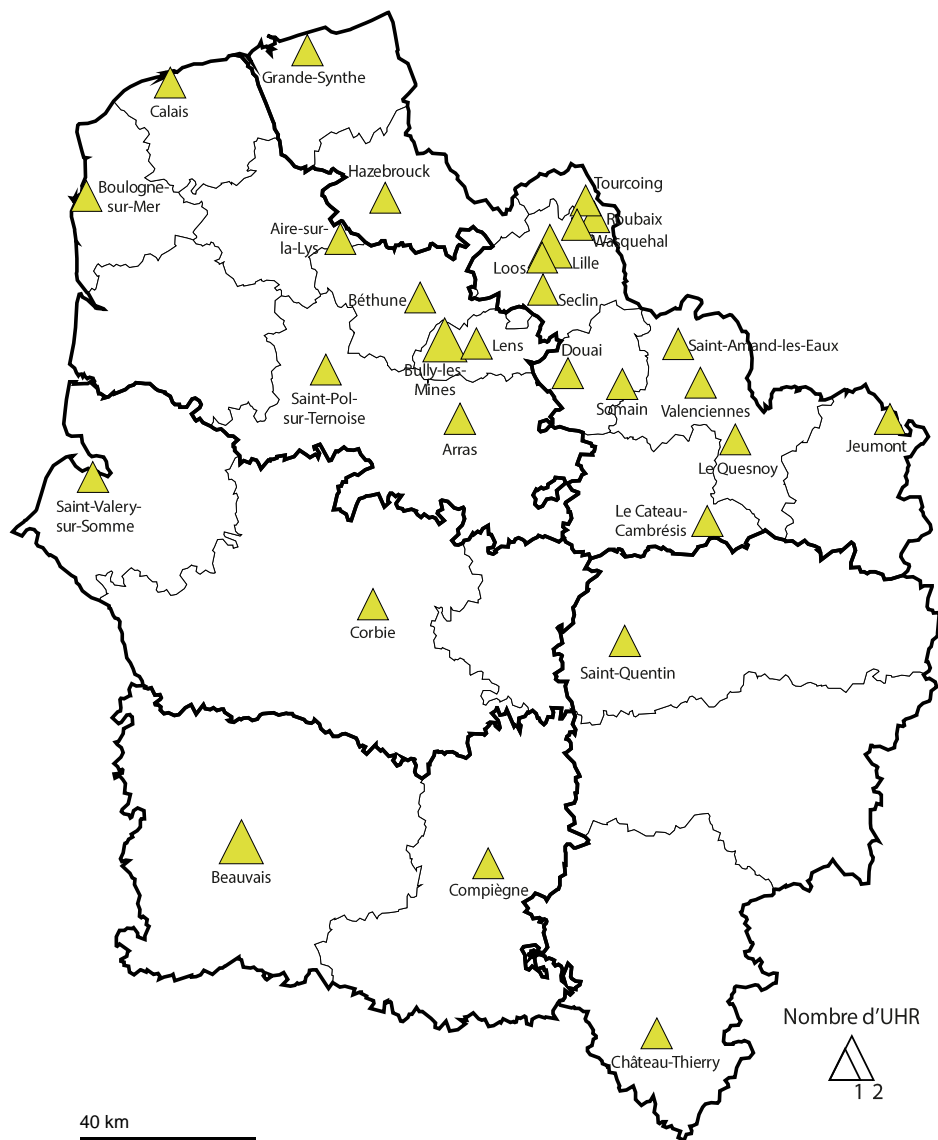
CH de Beauvais (USLD)
Ehpad Saint-Lucien du CH de Beauvais (Ehpad)*
CHI Compiègne - Noyon (USLD)

Somme (2 UHR)

CHI de la Baie de Somme (Ehpad)
CH de Corbie (Ehpad)

* UHR n'ayant pas répondu au bilan d'activité 2020.

Implantation des UHR labellisées en 2020



40 km

Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Les UHR labellisées comprennent entre 10 et 22 lits (14 à 15 lits en règle générale).

Les 32 UHR labellisées se répartissent sur les 5 départements de la région de la manière suivante :

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

Capacité et file active des UHR labellisées en 2020

La file active

Caractéristiques démographiques

Parmi les 32 UHR implantées dans les Hauts-de-France, 26 ont répondu au questionnaire d'activité de 2020. Ces dernières ont accueilli 483 personnes en 2020 (511 en 2019, 465 en 2018, 409 en 2017, 404 en 2016). Cependant un UHR de l'Aisne n'a pas renseigné sa file active.

La population accueillie en UHR présente un *sex-ratio* à parité (49 % de femmes).

L'âge moyen des personnes accueillies en UHR est de 75 ans (75 ans en 2019, 79 ans en 2018, 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 70 ans à 89 ans.

Durée moyenne de séjour

En 2020, la durée moyenne de séjour dans les UHR est de l'ordre de 15 mois (17 en 2019, 18 en 2018, comme en 2017 alors que la DMS était de l'ordre de 14 mois en 2016) et varie sensiblement : de 7 mois pour l'UHR du CH du Cateau-Cambrésis à un peu plus de 2 ans pour le CHI Compiègne - Noyon.

	Nombre de places	File active	Age moyen (en années)	DMS (en j)
CH de Château-Thierry	16	22	87	250
CH de Saint-Quentin	14	21*	NR	NR
CH d'Hazebrouck	12	19	82	366
CHU de Lille	13	20	82	865
GH Seclin Carvin	14	20	84	793
GH Loos Haubourdin	12	15	80	254
CH de Tourcoing	14	28	81	445
CHI Wasquehal	14	19	80	NR
CH Le Cateau-Cambrésis	14	17	71	215
CH de Douai	15	19	76	226
CH de Somain	14	17	70	423
Polyclinique de Grande-Synthe	14	1	89	365
CH Le Quesnoy	12	24	81	434
CH de Valenciennes	20	27	76	708
CH de Saint-Amand-les-Eaux*	14	NR	NR	NR
Ehpad Saint-Antoine-de-Padoue	12	14	80	558
CH de Jeumont	14	14	83	348
CH de Roubaix*	10	15	72	NR
CH de Beauvais	22	35	82	257
Ehpad Saint-Lucien de Beauvais	14	NR	NR	NR
CHI Compiègne-Noyon	15	18	76	850
CH de Béthune-Beuvry	14	21	77	260
CH d'Arras	15	27	77	573
CH d'Aire-sur-la-Lys*	15	14	80	NR
CH de Boulogne-sur-Mer	14	23	79	405
CH de Calais	14	25	NR	NR
CH de Lens	10	13	74	582
Ehpad L'Aquarelle Bully-les-Mines*	12+14	NR	NR	NR
CH du Ternois*	20	NR	NR	NR
CHI de la Baie de Somme	18	25	78	230
CH de Corbie	14	20	80	326
Hauts-de-France	459	533	75	474

Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

* Données 2019 car non remplissage des questionnaires en 2020

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)*.

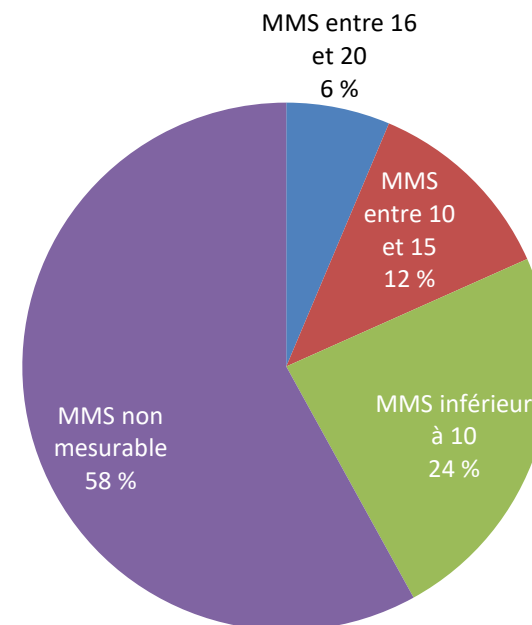
En 2020, pour près de six personnes sur dix prises en charge en UHR, le MMS n'a pu être mesuré (51 % en 2019).

Par conséquent, le test MMS a été réalisé pour 42 % des patients. Cette part se distribue ainsi :

- 18 % présente un MMS entre 10 et 20 (démence modérée ; 27 % en 2019),
- 24 % un MMS inférieur à 10 (démence sévère ; 22 % en 2019).

Les UHR ont précisé le diagnostic principal des résidents admis. Comme les années antérieures, le diagnostic le plus fréquent (78 % ; comme en 2019) est de loin celui de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (démence vasculaire, démence mixte, corps de Lewy, dégénérescence frontotemporale). Pour 5 % des patients pris en charge en UHR, le diagnostic n'est pas précisé (4 % en 2019).

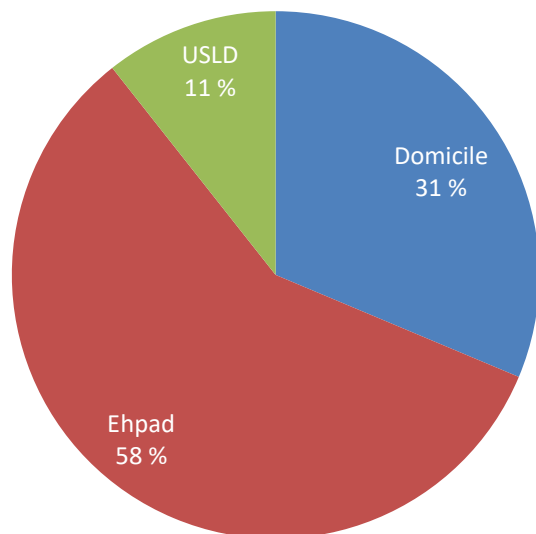
Diagnostic de la démence *via* le *Mini Mental State* à l'entrée des UHR labellisées en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Les entrées

Provenance des personnes prises en charge en UHR labellisées en 2020



Sur les 31 UHR, 22 ont renseigné le lieu de vie qu'occupaient les patients avant leur prise en charge dans leurs murs :

- 58 % résidaient en Ehpad (56 % en 2019),
- 31 % habitaient leur domicile (33 % en 2019),
- 11 % étaient pris en charge en USLD (11 % en 2019).

Champ : 348 entrées rapportées par 22 UHR répondantes
Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Les sorties

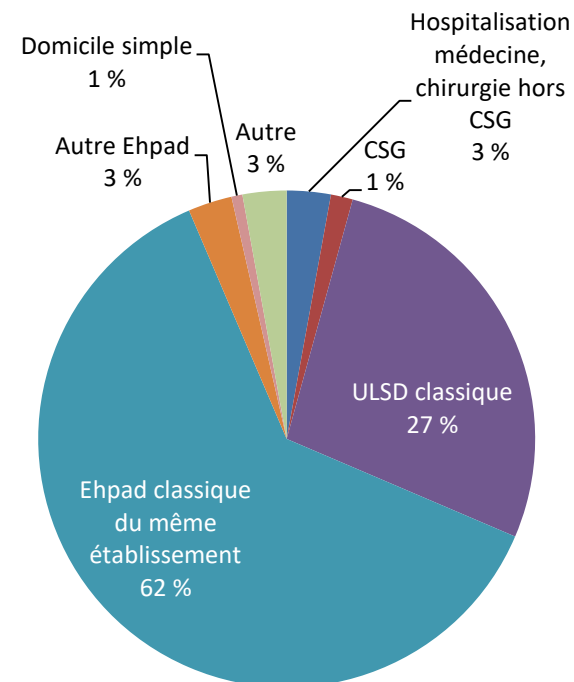
Dans un peu plus d'un tiers des cas, la prise en charge des résidents des UHR ayant répondu à la question s'arrête du fait de la perte d'autonomie motrice de la personne (37 %). La réduction des troubles du comportement pendant une période continue d'au moins 1 mois compte pour 23 % des sorties.

Enfin, 67 décès sont recensés, soit 37 % des sorties enregistrées. Les 3 % restant concernent d'autres causes (aggravation des comorbidités, rapprochement familial, prise en charge en UVA).

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

- dans six cas sur dix (62 %), le patient part dans un Ehpad classique du même établissement et dans 3 % des cas, dans un autre Ehpad ;
- dans 27 % des cas, la personne prise en charge est transférée vers une USLD classique ;
- parmi les autres destinations, les retours à domicile sont rares (1 % en domicile simple).

Destination des personnes prises en charge en UHR labellisées en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Les activités proposées dans les UHR labellisées

Sur les 25 UHR interrogées, 24 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,
- maintien ou la réhabilitation des capacités cognitives restantes,
- mobilisation des fonctions sensorielles des résidents,
- et maintien du lien social des résidents.

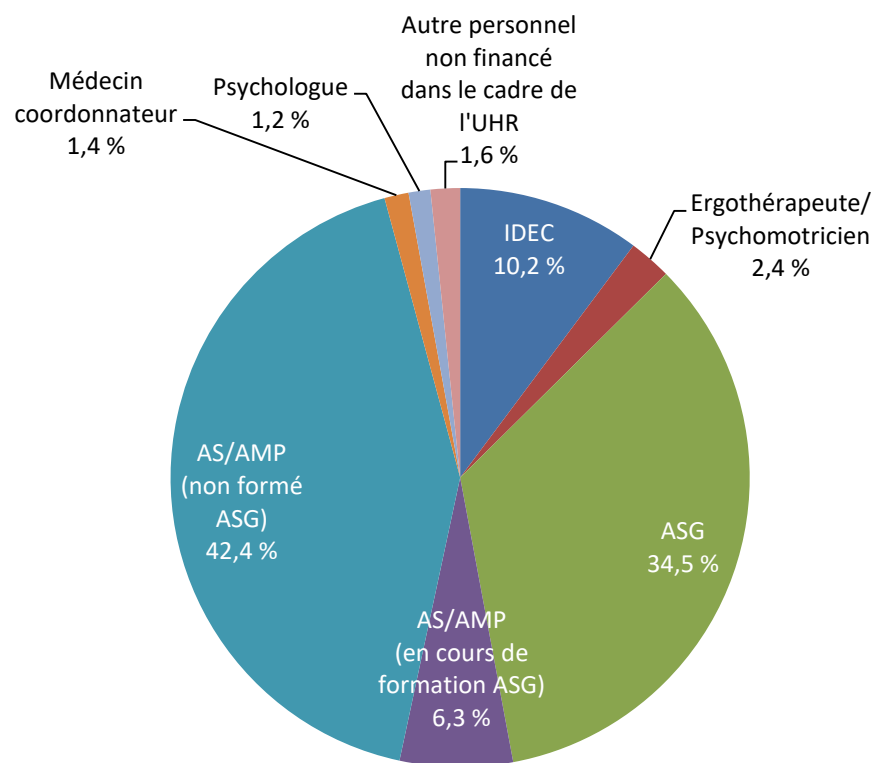
Outre les équipes des UHR (décrites ci-après), divers acteurs interviennent pour assurer les activités proposées. Il s'agit notamment d'animateurs, de kinésithérapeutes ou de professeurs d'APA. De manière plus ponctuelle, les UHR font appel également à des orthophonistes, des art-thérapeutes, des sophrologues,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

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, 21 UHR ont répondu au module de questions portant sur le personnel (21 sur le personnel dédié aux soins et 18 sur le personnel consacré à la dépendance).

Globalement, les 21 UHR ont fait remonter un total de 224,7 ETP dédiés aux soins, soit 12,5 ETP pour 20 lits UHR (172,6 ETP soit 9,2 ETP pour 20 lits en 2019). Pour le personnel dédié à la dépendance, les UHR recensent 53,4 ETP soit 3,0 ETP pour 20 lits UHR (42,5 ETP pour 13 UHR, soit 2,3 ETP pour 20 lits en 2019). Ces chiffres correspondent au personnel étant intervenu réellement dans les UHR en 2020.

Personnel réservé aux soins en UHR labellisées en 2020 (en ETP)



Champ : 21 UHR répondantes

Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Les UHR mobilisent plusieurs types de professionnels dédiés aux soins. Les 21 UHR labellisées ayant renseigné la partie relative aux ressources humaines de l'enquête déclarent un total de 224,7 ETP dédiés aux soins :

- 95,4 ETP d'AS/AMP (non formés ASG ; 52,1 en 2019),
- 77,5 ETP d'ASG (59,9 en 2019),
- 23,0 ETP d'IDEC (18,4 en 2019),
- 14,2 ETP d'AS/AMP (en cours de formation ASG ; 24,8 en 2019),
- 5,3 ETP d'ergothérapeute/psychomotricien (5,1 en 2019),
- 3,0 ETP de médecin coordonnateur (2,4 en 2019),
- 2,7 ETP de psychologue (3,0 en 2019),
- 3,7 ETP d'autres personnels non financés dans le cadre de l'UHR (cadre de santé, pharmacien, préparateur, socio-esthéticienne, Staps, ASH, kinésithérapeute ; 6,9 en 2019).

Le personnel consacré à la dépendance est essentiellement composé d'ASG et d'AS/AMP (82,0 % des ETP ; 91,8 % en 2019). Des psychologues (4,5 % ; 3,8 % en 2019), médecins coordonnateurs (0,9 % ; 0,5 % en 2019), IDEC (2,6 % ; 1,2 % en 2019), ergothérapeute/psychomotricien (1,5 % ; aucun en 2019) et autre personnel (ASH ; 8,4 % contre 2,8 % en 2019) peuvent également intervenir sur ce champ.

Les partenariats des UHR labellisées

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

- 21 déclarent travailler avec une UCC,
- 16 déclarent travailler avec d'autres Ehpad,
- 22 déclarent travailler avec une consultation mémoire,
- 16 déclarent travailler avec un CMP,
- 22 déclarent travailler avec un service de psychiatrie,
- 21 déclarent travailler avec un CSG,
- 7 déclarent travailler avec d'autres partenaires (MAIA, Clic, réseau, associations, Esad, PFR, SSR, EMPRG, ESPREVE, CH).

Les partenariats des UHR labellisées en 2020

	UCC	Autres Ehpad	Consultation mémoire	CMP	Service de psychiatrie	CSG	Autres partenariats
CH de Château-Thierry	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Saint-Quentin	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH d'Hazebrouck	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
CHU de Lille	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non
GH Seclin Carvin	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
GH Loos Haubourdin	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Tourcoing	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CHI Wasquehal	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH Le Cateau-Cambrésis	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Douai	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non
CH de Somain	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Polyclinique de Grande-Synthe	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
CH Le Quesnoy	Oui	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 Jeumont	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Roubaix	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Beauvais	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Ehpad Saint-Lucien de Beauvais	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CHI Compiègne-Noyon	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CH de Béthune-Beuvry	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
CH d'Arras	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
CH d'Aire-sur-la-Lys	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CH de Boulogne-sur-Mer	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
CH de Calais	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
CH de Lens	Oui	Non	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
CHI de la Baie de Somme	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non
CH de Corbie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

II.2. Les pôles d'activités et de soins adaptés (Pasa)

Présentation générale

Les Pasa sont des unités de vie créées au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (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 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-dégénératives prévoit la poursuite du déploiement des accueils en 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 Ehpad, ainsi que celles, notamment, des 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

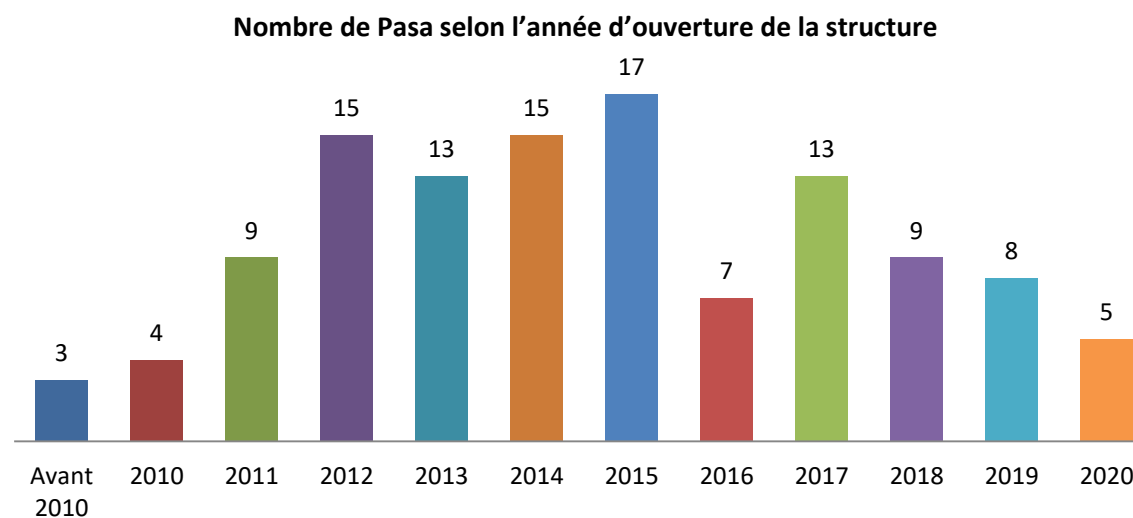
L'analyse de l'activité 2020 des Pasa a été effectuée principalement à l'aide du questionnaire retenu dans l'enquête nationale d'activité des dispositifs inscrits dans le Plan Alzheimer. Au total, sur les 136 Pasa existants au 31 décembre 2020 (130 au 31 décembre 2019), 119 Pasa ont retourné le questionnaire complété, soit un taux de réponse de 88 %. Cependant, ils n'ont pas forcément répondu à l'ensemble des items du questionnaire.

Au niveau géographique, les 120 Pasa ayant répondu au questionnaire d'activité 2020 se répartissent ainsi :

- 9 dans l'Aisne (sur 11 autorisés),
- 54 dans le Nord (sur 61 autorisés),
- 19 dans l'Oise (sur 21 autorisés),
- 25 dans le Pas-de-Calais (sur 29 autorisés),
- 13 dans la Somme (sur 14 autorisés).

Ouverture des Pasa

Parmi les Pasa ayant complété leur bilan d'activité, 118 ont renseigné leur date d'ouverture (2 Pasa n'ont pas précisé la date).



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Capacités des Pasa

En 2020, les 120 Pasa ayant répondu au questionnaire comptabilisent 13 064 places autorisées et 12 974 places totales installées au sein de l'établissement, toutes modalités d'accueil confondues.

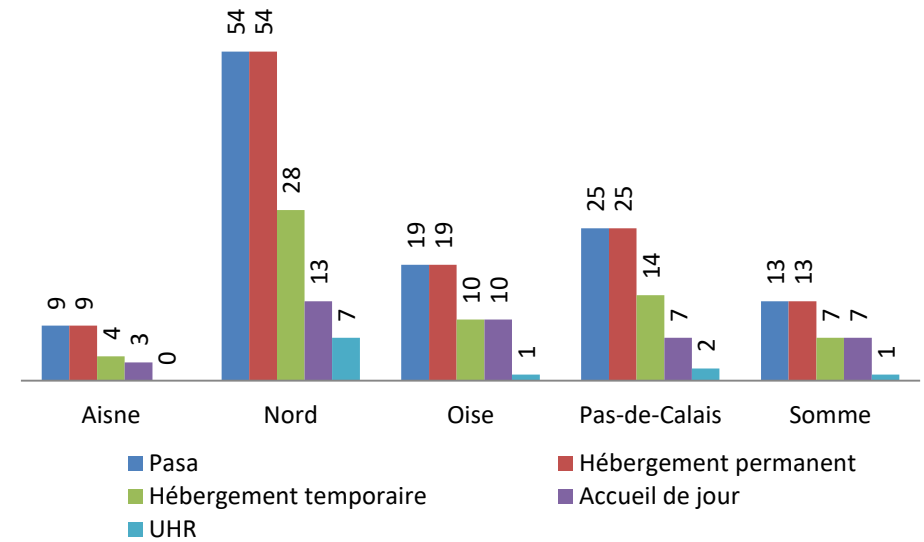
Les structures du Nord regroupent 45 % des places recensées dans les Hauts-de-France¹³. L'Oise représente 20 % des places, le Pas-de-Calais 15 %, la Somme 11 % et enfin l'Aisne, 9 %.

Les Pasa totalisent 1 656 places dans les Hauts-de-France, dont 45 % sont dans le Nord, 16 % dans l'Oise, 20 % dans le Pas-de-Calais, 11 % dans la Somme et 8 % dans l'Aisne.

Neuf Pasa sur 10 ont une capacité de 14 places (108 Pasa, soit 90 % des Pasa) et 12 Pasa ont une capacité de 12 places (10 % des Pasa). En moyenne, leur capacité est de 14 places.

Parmi les 119 Ehpad porteur de Pasa, tous proposent de l'hébergement permanent, 62 de l'hébergement temporaire, 39 de l'accueil de jour et 11 une UHR.

Nombre de structures comptant des places installées en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Quarante Ehpad ayant des Pasa déclarent posséder une pharmacie à usage intérieur, soit 33 % des Pasa.

Concernant la tarification, sur les 111 réponses données, 62 sont en tarification globale et 49 en tarification partielle.

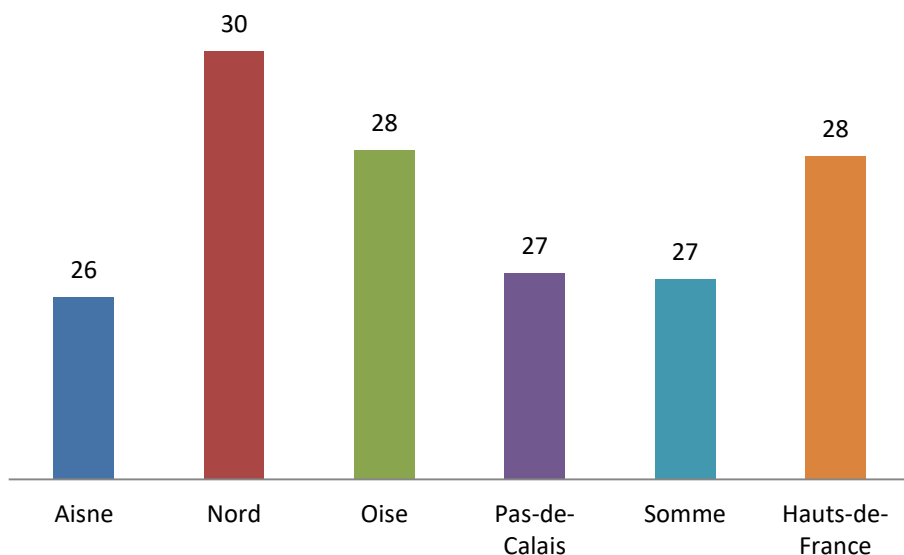
¹³ Les répartitions entre les départements sont les mêmes, que ce soit pour les places totales installées ou autorisées.

File active

En 2020, **3 400 résidents ont bénéficié des Pasa** (3 098 en 2019), soit 28 résidents en moyenne par Pasa et une augmentation de 2,2 % par rapport à 2019 (à périmètre égal). Le nombre de résidents moyens par Pasa varie de 26 dans l'Aisne à 30 dans le Nord (27 dans la Somme et le Pas-de-Calais et 28 dans l'Oise).

Au sein des Pasa, le minimum est de 11 résidents en 2020 pour le Pasa de l'Ehpad de La Gorgue (Nord) et le maximum à l'Ehpad de Nedonchel (Pas-de-Calais) avec 82 résidents pris en charge.

Nombre moyen de résidents par Pasa en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 3 400 résidents

Profil des résidents

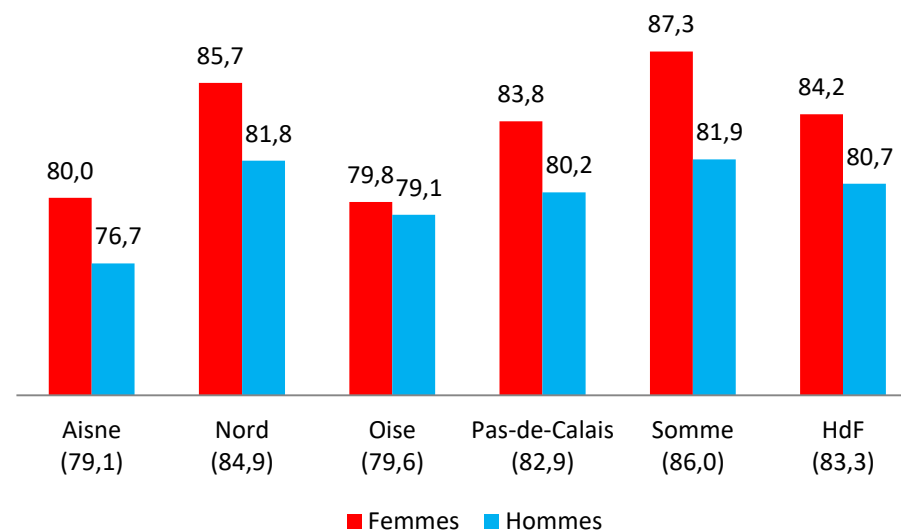
Les résidents pris en charge par des Pasa sont majoritairement des femmes : 76 %. Ceci se retrouve pour les cinq départements de la région : 73 % dans l'Aisne, 78 % dans le Nord, 79 % dans l'Oise, 74 % dans le Pas-de-Calais et 75 % dans la Somme.

Âge moyen des résidents

Les résidents bénéficiant des Pasa ont en moyenne 83,3 ans (79,9 ans en 2019) : 80,7 ans pour les hommes et 84,2 ans pour les femmes.

Les résidents de l'Oise et de l'Aisne sont plus jeunes : moins de 80 ans en moyenne. Les résidents du Nord (84,9 ans) et de la Somme (86,0 ans) sont au contraire les plus âgés.

Âge moyen des résidents bénéficiaires des Pasa en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Score MMSE (Mini-mental state evaluation)

Les résidents accueillis en Pasa doivent présenter les caractéristiques suivantes :

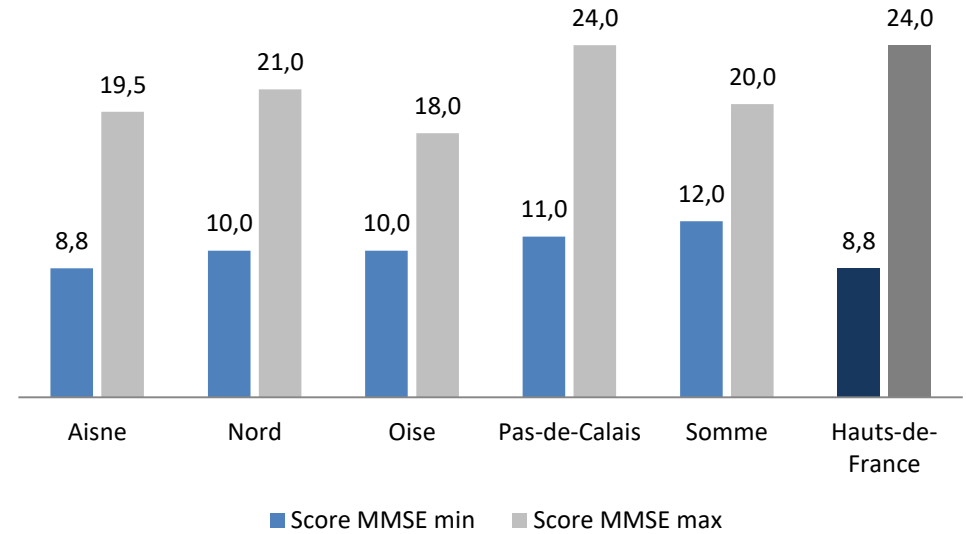
- malades souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée compliquée de symptômes psycho-comportementaux modérés qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents ;
- provenant de l'Ehpad, et pour lesquels l'évaluation des troubles du comportement (productifs/perturbateurs 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 111 Pasa ayant répondu à cette question, le score MMSE moyen varie de 9 (Pasa d'Étreillers) à 24 (Pasa de Nedonchel).

L'amplitude est la plus importante dans le département du Pas-de-Calais (minimum de 11 et maximum de 24) tandis que dans la Somme et l'Oise, les valeurs extrêmes sont plus proches (de 12 à 20 pour le premier et de 10 à 18 pour le second).

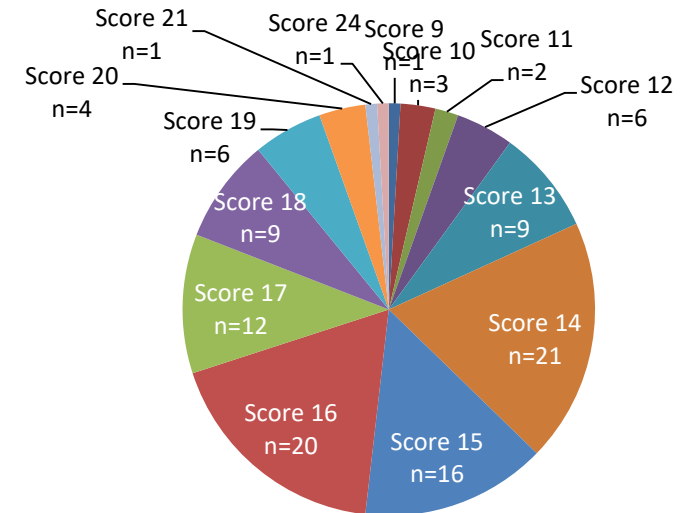
Au niveau régional, 38 % des Pasa présentent des scores moyens MMSE inférieurs à 15, 57 % entre 15 et 19 et 5 % égaux ou supérieurs à 20.

Scores moyens minimums et maximums MMSE par département en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Nombre de structures selon le score moyen MMSE en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Diagnostic principal des résidents

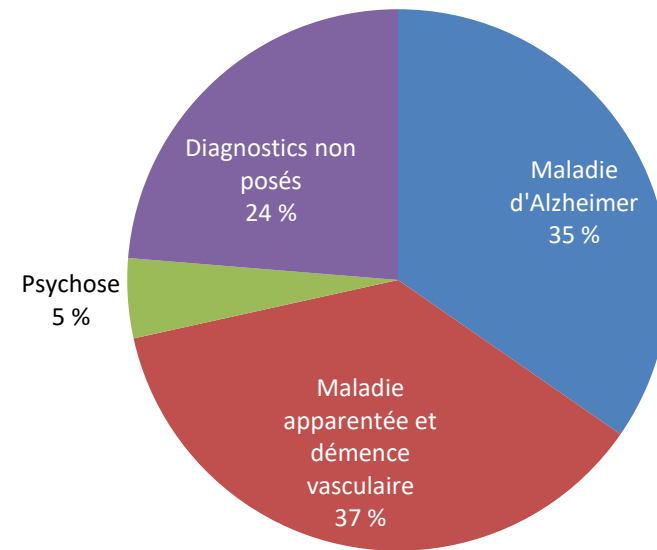
En 2020, au niveau régional, la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire ou maladie apparentée représentent respectivement 35 % et 37 % des diagnostics des résidents suivis en Pasa. Les psychoses concernent 5 % des résidents. Pour 24 % des résidents, le diagnostic n'a pas été posé. Les diagnostics non posés sont ainsi plus nombreux en 2020 : ils représentaient 17 % des diagnostics en 2019.

L'analyse par départements souligne quelques spécificités territoriales dans les diagnostics des patients pris en charge par les Pasa.

Si dans la Somme les deux premiers diagnostics se répartissent équitablement comme en région, la maladie d'Alzheimer concerne davantage de résidents dans l'Oise et le Pas-de-Calais par rapport aux autres diagnostics. À l'inverse, la démence vasculaire ou maladie apparentée devance les autres diagnostics dans l'Aisne et le Nord.

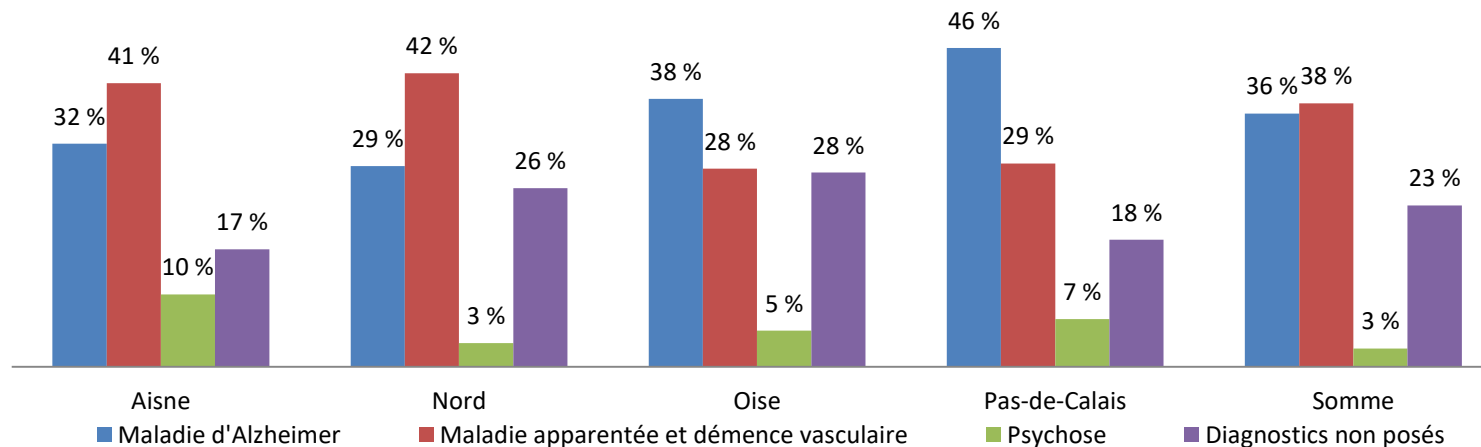
Le Nord et l'Oise comptent des pourcentages de diagnostics non posés élevés : 26 % et 28 % des résidents (contre 17 %, 18 % et 23 % dans les autres départements).

Répartition des résidents pris en charge par un Pasa en 2020 selon le diagnostic principal



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Répartition des résidents pris en charge par un Pasa en 2020 selon le diagnostic principal et le département



Surfaces des Pasa

Concernant la typologie, sur les 115 Pasa ayant répondu à l'item, 20 déclarent avoir un Pasa éclaté (soit 17 % des Pasa ayant répondu).

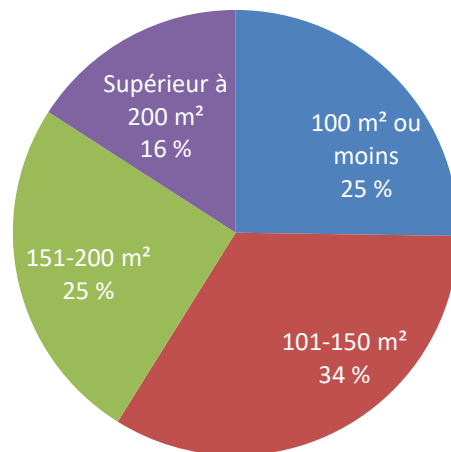
En moyenne, les Pasa des Hauts-de-France disposent de 147 m² de surface intérieure en 2020, allant de 109 m² en moyenne dans la Somme à 167 m² dans le Nord. Le minimum est de 45 m² dans deux Pasa du Pas-de-Calais (Esquerdes) et de l'Oise (Compiègne) et le maximum de 380 m² dans un Pasa du Nord (Seclin). Les surfaces intérieures sont principalement comprises entre 101 m² et 150 m² (34 % 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 100 Pasa ayant répondu à la surface extérieure :

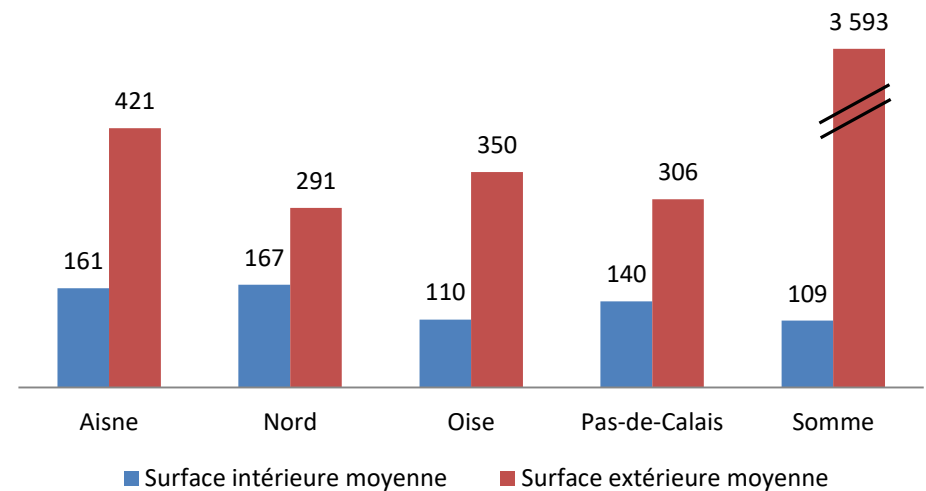
- 46 % (46 Pasa, dont 4 indiquant 0 m²) déclarent 100 m² ou moins ;
- 32 % (32 Pasa) déclarent entre 100 m² et 300 m² ;
- 9 % (9) déclarent entre 301 m² et 600 m² ;
- 13 % (13) déclarent plus de 600 m² allant jusqu'à 30 000 m² pour un Pasa à Nesle.

Répartition des surfaces intérieures des Pasa en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Surfaces moyennes intérieures et extérieures des Pasa en 2020 (en m²)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Activités des Pasa

Parmi 112 Pasa, 105 sont ouverts 5 jours par semaine. 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,
- 2 sont ouverts 4 jours par semaine,
- 3 sont ouverts tous les jours de la semaine.

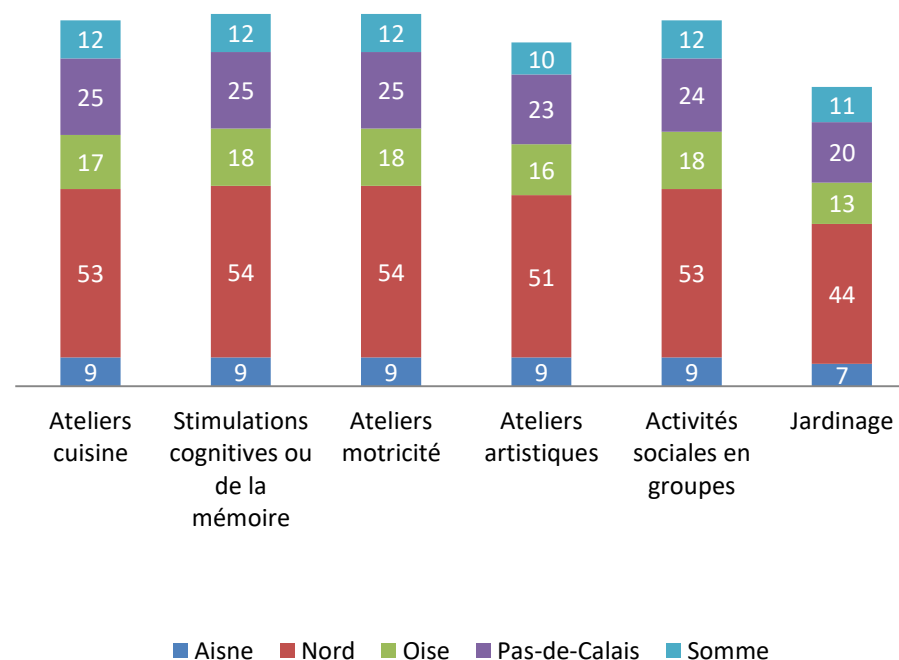
Activités proposées par les Pasa

Sur les 120 Pasa ayant transmis leurs bilans, 2 n'ont pas répondu à l'item des activités proposées au sein des Pasa.

En 2020, 116 Pasa ayant répondu proposent des ateliers cuisine et 118 proposent des ateliers de stimulation cognitive ou de mémoire et des ateliers autour de la gymnastique, de la motricité et de la relaxation.

Les activités sociales de groupes sont présentes dans 116 Pasa. Enfin les ateliers artistiques et le jardinage sont présents dans respectivement 109 et 95 Pasa.

Répartition des ateliers proposés par département en 2020 (en nombre)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

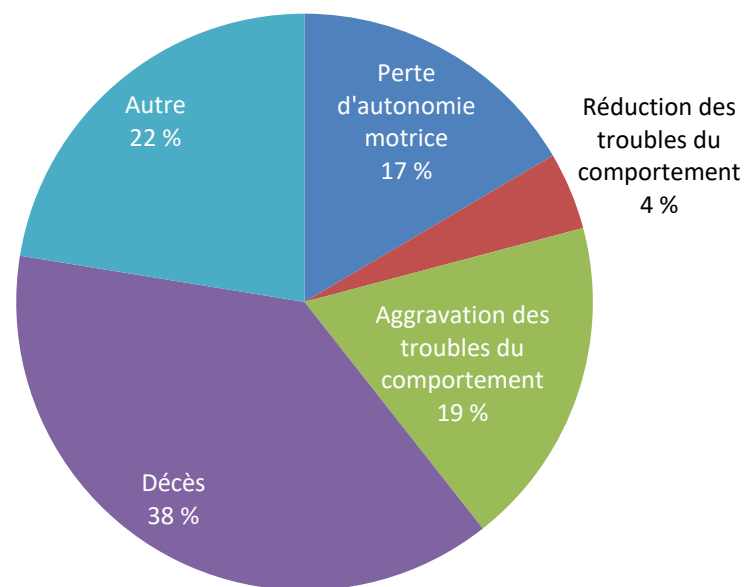
Les sorties

En 2020, les sorties du Pasa ont concerné 1 189 personnes sur une file active totale de 3 400 personnes pour 120 Pasa.

Le décès est le mode de sortie le plus fréquent (38 % des sorties déclarées en 2020, 27 % en 2019). L'aggravation des troubles du comportement représente 19 % de l'ensemble des sorties de Pasa (comme en 2019) alors que les sorties liées à la réduction de ces troubles ne représentent que 4 % des sorties (7 % en 2019). La perte d'autonomie motrice compte pour 17 % des sorties (20 % en 2019).

Un peu moins d'un quart des sorties entre dans la catégorie « Autre », à savoir : refus des participants (et parfois de la famille), changement d'établissement, déménagement pour rapprochement familial, perte d'intérêt pour les activités du Pasa, retour à domicile, dégradation de la santé du patient.

Répartition des modes de sortie en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Personnel

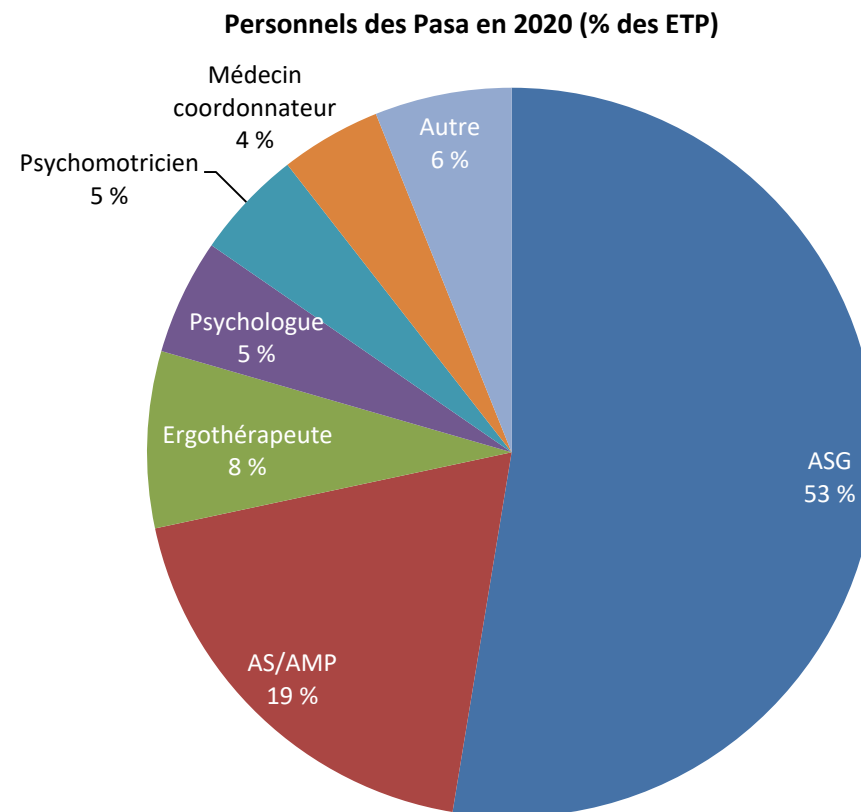
En 2020, les 118 Pasa ayant déclaré une activité et complété les données de personnel ont disposé de 343 ETP, soit 2,9 ETP en moyenne par Pasa :

- 180,6 ETP d'ASG (1,5 en moyenne par Pasa) ;
- 65,5 d'AS ou AMP non formés ASG (0,5 en moyenne) ;
- 26,9 d'ergothérapeute (0,2 en moyenne) ;
- 17,6 ETP de psychologue (0,1 en moyenne) ;
- 16,7 de psychomotricien (0,1 en moyenne) ;
- 15,4 de médecin coordonnateur (0,1 en moyenne) ;
- 20,8 ETP Autres¹⁴ (0,2 en moyenne).

Par département, la moyenne d'ETP par Pasa varie de 2,0 ETP dans la Somme à 3,4 dans le Nord. Le Pas-de-Calais (2,3), l'Oise (2,5) et l'Aisne (3,0) sont dans une position intermédiaire.

Parmi les 118 Pasa ayant rempli les données de personnel :

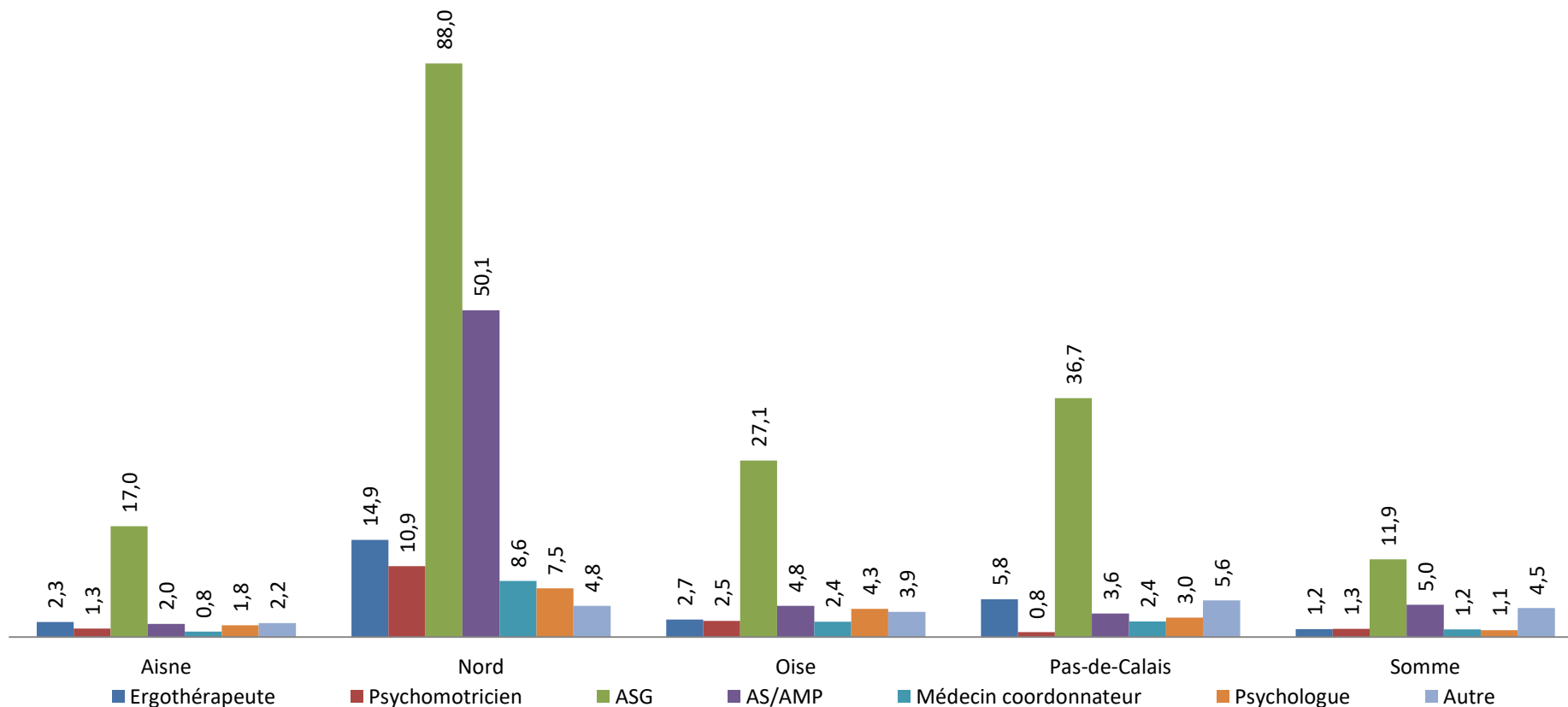
- 110 disposent d'ASG (de 0,1 ETP à 4,0 ETP) ;
- 80 ont des temps d'ergothérapeute (de 0,01 à 1,0 ETP) ;
- 49 ont des ETP de psychomotricien (de 0,02 à 1 ETP) ;
- 42 ont des ETP d'AS ou AMP (de 0,1 à 17 ETP) ;
- 85 ont des ETP de médecin coordonnateur (de 0,01 à 1,0 ETP) ;
- 89 ont des ETP de psychologue (de 0,01 à 1,0 ETP).



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

¹⁴ Art thérapeute, ASH, cadre de santé, AES, IDE, IDEC, APA, animateur, direction, diététicien, socio-esthéticienne.

ETP d'ergothérapeutes, psychomotriciens, ASE, AS / AMP, médecins coordonnateurs, psychologues et autres métiers exerçant dans les Pasa en 2020



Source : ARS - DST 2021 - Traitement OR2S

Commentaires des Pasa

Hormis les remarques concernant les ETP et le fonctionnement du personnel, les Pasa ont évoqué dans les commentaires libres :

- un retard d'emménagement dans le local prévu (un appel d'offre est en cours) ;
- un piratage informatique dans un Pasa, lui faisant perdre certaines informations notamment de leur logiciel de soins (PMP, GMP, ...) ;
- la difficulté de former de nouvelles ASG (et donc des difficultés de fonctionnement du Pasa) : malgré l'inscription de professionnelles aux sessions de formations, celles-ci sont régulièrement annulées faute de candidat ;
- la difficulté de recrutement de psychomotricien ;
- un Pasa de Valenciennes indique avoir une salle de Snoezelen et de thérapie du voyage.

Cependant en 2020, les commentaires portent surtout sur l'impact de la crise sanitaire sur le fonctionnement des Pasa. De nombreux Pasa n'ont été que peu ouverts durant cette année et ont fonctionné en mode dégradé. Le personnel a parfois été réaffecté dans d'autres services. Les résidents ont pu être suivis en individuel pendant le confinement, puis en fin d'année, des ateliers par petits groupes, avec respect des gestes barrières et consignes de sécurité, ont pu reprendre. Les activités ont été adaptées en fonction des recommandations.

Le Pasa de Chambly n'a pas eu sa labellisation du fait de la crise sanitaire car elle devait se faire en juin 2020.

Un Pasa indique que suite à la crise sanitaire, il peine à se remplir de nouveau. Le maintien de l'ouverture du Pasa s'en trouve fragilisé.

II.3. Les IDE de nuit

Contexte

La Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) promulguée le 28 décembre 2015 envisage d'aborder la double dimension du bien vieillir et de la protection des plus vulnérables. Elle vise à anticiper les conséquences du vieillissement de la population et à inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de vie sociale et citoyenne mais également d'accompagnement et de soins en cas de perte d'autonomie.

Les parcours des personnes âgées sont complexes et l'insuffisance de coordination entre les différentes prises en charge, sanitaire, sociale et médico-sociale, ainsi que le recours non pertinent à l'hospitalisation sont des causes de rupture dans le parcours de santé des personnes âgées.

Afin d'améliorer le parcours des résidents, l'accès à des soins infirmiers la nuit en Ehpad est une réponse aux besoins de prise en charge hors urgences vitales, notamment en fin de vie. Par ailleurs, la mutualisation de certaines activités et de moyens entre établissements d'un même territoire doit être encouragée.

En mars 2018, dans le cadre des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le rapport IBORRA et FIAT, précise que « *l'absence d'infirmiers de nuit dans la grande majorité des établissements est souvent la cause d'hospitalisation aux urgences, qui auraient pu être évitées dans un certain nombre de cas. Ces allées et venues entre les services d'hospitalisation et l'Ehpad peuvent avoir des effets déstabilisants sur les personnes, et représentent un coût élevé.* » Face à cette constatation, ce rapport préconise de « *prévoir dans la budgétisation des établissements la présence d'un infirmier diplômé la nuit en astreinte ou en poste* ».

Objet du dispositif

Chaque projet doit s'appuyer sur une réelle dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre établissements de plusieurs gestionnaires d'un même territoire. Cette dynamique doit être formalisée au travers d'une convention de partenariat entre l'ensemble des Ehpad du projet, représentant trois à six établissements pour une prise en charge de 350 résidents minimum.

Le temps de déplacement ne doit pas dépasser 30 minutes.

Les objectifs attendus sont multiples :

- Améliorer le bien-être des résidents ;
- Optimiser la continuité des soins en Ehpad ;
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins ;
- Optimiser, voire limiter, les hospitalisations de nuit aux urgences ;

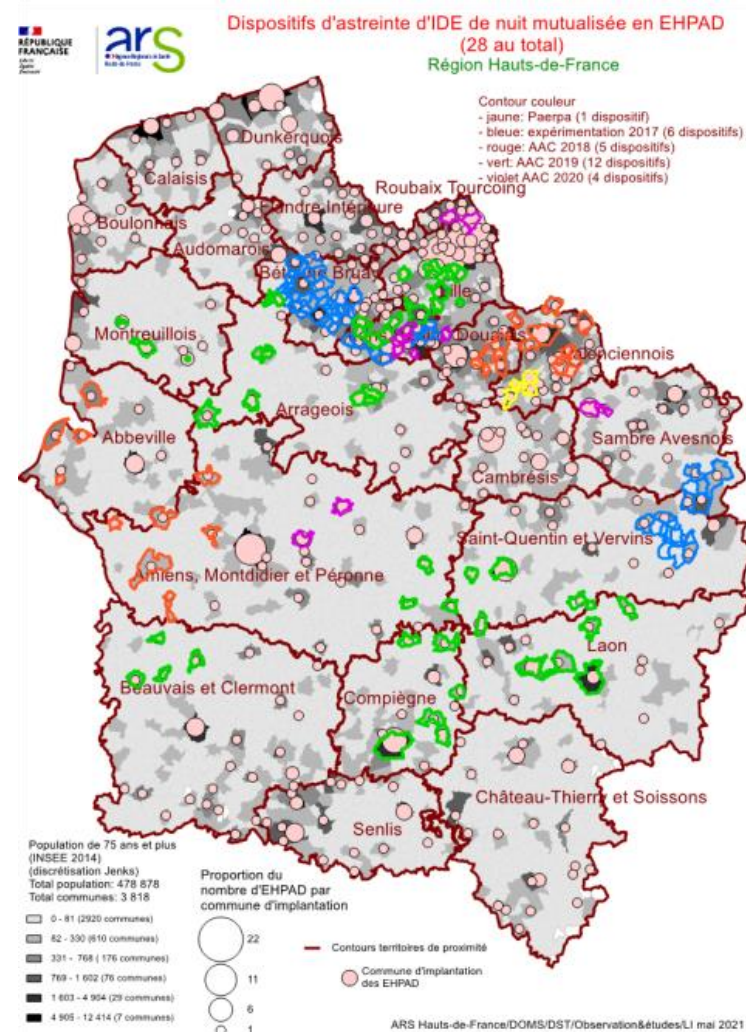
- Limiter l'hospitalisation d'un résident à la suite d'un passage aux urgences ;
- Garantir la continuité de la prise en charge en soins palliatifs la nuit (sauf si la personne relève d'une prise en charge HAD) ;
- Accompagner et rassurer les équipes de nuit des Ehpad.

Le déploiement dans les Hauts-de-France

Six expérimentations ont été lancées en fin d'année 2017 sous l'impulsion de l'ARS au sein de territoires prioritaires qu'elle a défini, ces territoires cumulant deux facteurs :

- Territoires sous-denses médicalement ;
- Et ayant présenté des tensions hospitalières importantes l'hiver précédent.

Aujourd'hui, la région Hauts-de-France compte 28 dispositifs et souhaite poursuivre et développer à l'ensemble des Ehpad de la région la mise en place du dispositif d'astreinte¹⁵.



¹⁵ Pour en savoir plus, le cahier des charges pour l'appel à candidature est disponible sur le site de l'ARS Hauts-de-France : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/creation-de-dispositifs-dastreinte-mutualisee-dide-de-nuit-en-ehpad-0>

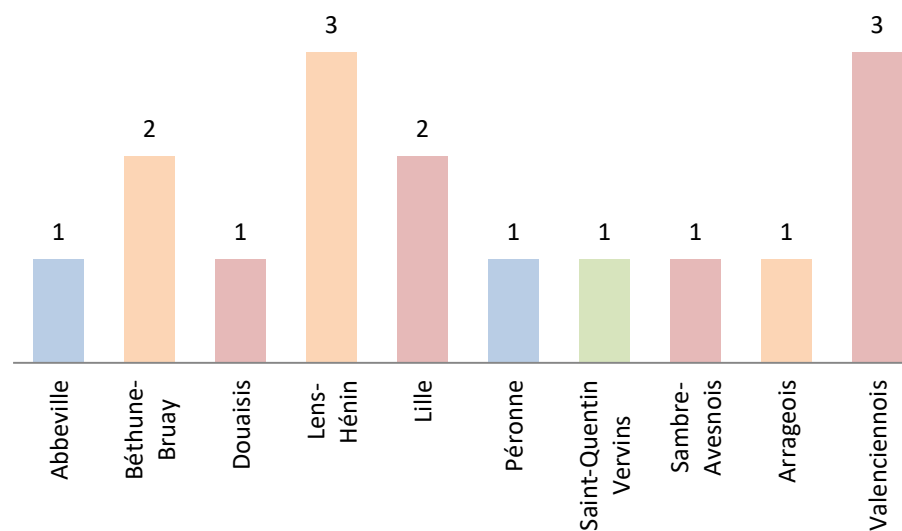
Analyse des bilans 2020

Porteurs

Parmi les **28 porteurs de dispositifs d'astreinte mutualisée IDE de nuit en Ehpad**, 16 ont eu une activité en 2020 et ont rempli le bilan d'activité (1 dans l'Aisne, 7 dans le Nord, 6 dans le Pas-de-Calais et 2 dans la Somme).

Les zones de proximité de Lens-Hénin et du Valenciennois sont les mieux dotées avec 3 porteurs actifs en 2020.

Nombre de porteurs actifs en 2020, par zone de proximité



Source : ARS - Traitement OR2S

Concernant les 12 porteurs sans activité en 2020 :

- 4 dispositifs ont reçu leur autorisation fin 2020 pour un démarrage en 2021 : 2 dans le Nord (zones de proximité Roubaix-Tourcoing et Le Quesnoy), 1 dans la Somme (zone de proximité de Corbie) et 1 dans le Pas-de-Calais (zone de proximité de Lens-Hénin) ;
- 1 dispositif de l'Oise (zone de proximité de Beauvais-Clermont) a été autorisé en novembre 2019 pour une mise en œuvre en 2020 mais la crise sanitaire a retardé son démarrage ;
- 1 dispositif de l'Oise (zone de proximité de Compiègne) n'a pas encore démarré son activité en raison du changement du personnel de direction (chef d'établissement et directeur en charge des Ehpad) et de la crise sanitaire ;
- 2 dispositifs de l'Aisne (zone de proximité de Laon) n'ont pas encore réellement démarré du fait de la crise sanitaire mais ont pu proposer une organisation dégradée en 2020 ;
- 1 dispositif dans l'Aisne n'a pas encore démarré son activité (zone de proximité de Saint-Quentin – Vervins) ;
- 1 dispositif de la Somme a débuté son activité en septembre 2020 mais n'a enregistré aucun appel entre septembre et décembre (zone de proximité d'Amiens-Montdidier) ;
- 1 dispositif dans le Pas-de-Calais n'a pas encore démarré son activité (zone de proximité du Montreuillois) ;
- 1 dispositif du Pas-de-Calais (zone de proximité de l'Arrageois) a été mis en place en janvier 2021 et a pu débiter les rencontres entre Ehpad en 2020 afin d'harmoniser les pratiques.

Les porteurs en activité en 2020 ont également rencontré quelques difficultés :

- 1 dispositif du Pas-de-Calais (zone de proximité de Lens-Hénin) a vu son nombre d'IDE volontaires diminuer (déménagements et éloignement géographique, changements de situations personnelles) et la crise sanitaire impacter fortement la mobilisation des équipes. De ce fait, le dispositif est mis à l'arrêt depuis octobre 2020. Le porteur souhaite cependant reprendre le plus tôt possible cette activité d'astreintes IDE de nuit mutualisées ;
- 2 Ehpad d'un dispositif du Pas-de-Calais (zone de proximité de Béthune-Bruay) n'ont pas fait appel aux IDE d'astreinte sur la période 2020 en raison de la crise sanitaire (interventions stoppées sur décision de l'ancien médecin coordonnateur) mais ont repris depuis les échanges ;
- dans 1 dispositif du Pas-de-Calais (zone de proximité de l'Arrageois), 2 des 8 Ehpad n'ont finalement pas rejoint le dispositif et 3 autres ont été fortement impactés par des clusters Covid en fin d'année 2020 ;
- 1 dispositif du Nord (zone de proximité du Valenciennois) a restreint ses interventions pendant la crise sanitaire aux seuls Ehpad de l'hôpital pour limiter la circulation virale. Ceci a impacté les relations entre Ehpad, et les établissements privés n'ont pas encore refait appel au dispositif. La remobilisation du comité de pilotage en avril 2021 devrait aider à relancer le dispositif ;
- 1 dispositif de la Somme (zone de proximité de Péronne) a pris du retard dans le démarrage de son activité à cause de la crise sanitaire ;
- 2 Ehpad d'un dispositif de la Somme (zone de proximité d'Abbeville) n'ont pas transmis leurs informations.
- dans 1 dispositif du Nord (zone de Lille), 4 des 7 Ehpad n'ont pas de données à présenter en 2020 ;
- 1 Ehpad d'un dispositif du Nord (zone Sambre-Avesnois) n'a pas eu d'activité en 2020 ;

- dans 1 dispositif du Nord (zone du Douaisis), un Ehpad s'est retiré du projet et un autre n'a pas ressenti le besoin de recourir à l'astreinte IDE de nuit ;
- dans 1 autre dispositif du Nord (zone de Lille), la signature de la convention a pris du retard dans 4 des 7 Ehpads, impactant leur implication. Puis des clusters Covid sont venus perturber ces mêmes établissements, d'où une non-activité pour ces Ehpads ;
- dans 1 dispositif du Nord (zone de proximité du Douaisis), un Ehpad s'est retiré du projet et un autre n'a pas ressenti le besoin de recourir à l'astreinte IDE de nuit.

Indicateurs de processus

Globalement, ce sont **11 rencontres entre Ehpads participants à l'action** qui ont été notifiées parmi les porteurs ayant eu une activité en 2020 : 3 dans le Douaisis, 3 à Lens-Hénin, 2 dans la zone de proximité de Lille, 2 dans l'Arrageois et 1 dans le Valenciennois.

Par ailleurs, un dispositif de l'Oise (zone de proximité de Beauvais-Clermont) n'ayant pas eu d'activité en 2020 indique, tout de même, 3 rencontres entre Ehpads.

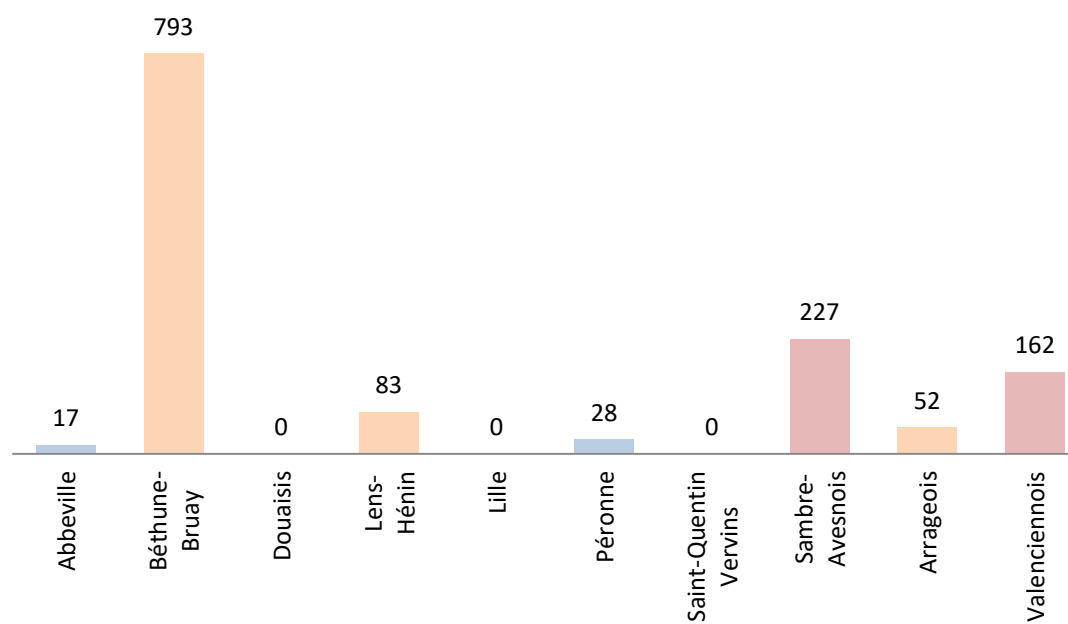
Les cadres de santé expérimentant le dispositif d'astreinte IDE de nuit ont réalisé **76 visites dans les Ehpads des Hauts-de-France participants** : 47 dans le Pas-de-Calais (32 dans la zone de proximité de Béthune-Bruay, 14 dans la zone de proximité de Lens-Hénin et 1 dans l'Arrageois) et 29 dans le Nord (15 dans le Douaisis, 12 dans la zone de Lille et 5 dans le Sambre-Avesnois).

En 2020, parmi les 16 dispositifs en activité, seuls 4 font part de **protocoles créés pour la mise en place de l'action** (tous dans le Nord) totalisant 37 protocoles : 1 dispositif du Valenciennois compte 21 protocoles, 1 dispositif du Douaisis compte 12 protocoles, 1 dispositif de la zone de proximité de Lille compte 3 protocoles et 1 dispositif dans le Sambre-Avesnois compte 1 protocole.

En 2020, 9 dispositifs d'astreinte mutualisée IDE de nuit totalisent 1 362 **dossiers de liaison d'urgence (DLU)** renseignés : 928 dans le Pas-de-Calais, 389 dans le Nord et 45 dans la Somme.

Près de 6 DLU sur 10 ont été renseignés dans la zone de proximité de Béthune-Bruay (58 %, soit 793 DLU), 17 % dans le Sambre-Avesnois (227 DLU) et 12 % dans le Valenciennois (162 DLU). Les zones de proximité d'Abbeville, Lens-Hénin, Péronne et l'Arrageois représentent les 13 % restant (respectivement 1 %, 6 %, 2 % et 4 %).

Nombre de dossiers de liaison d'urgence par zone de proximité en 2020



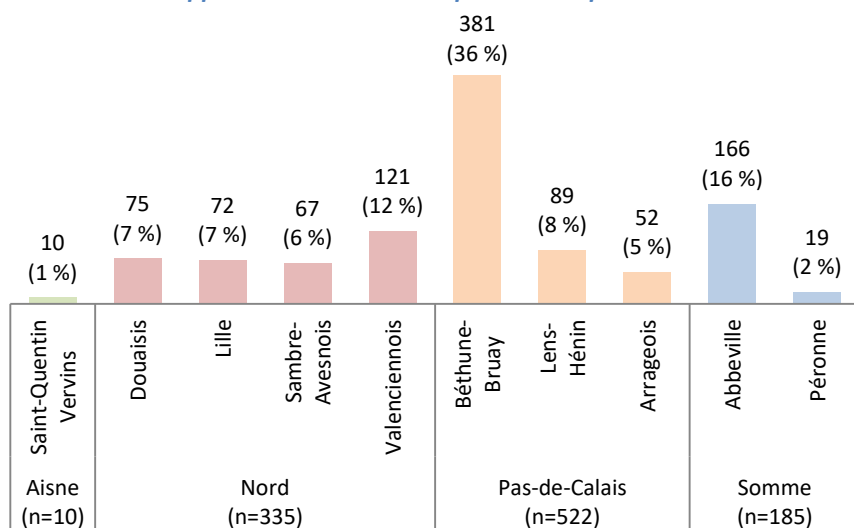
Source : ARS - Traitement OR2S

Indicateurs d'activité

Nombre d'appels à l'IDE d'astreinte

En 2020, 1 052 appels d'IDE d'astreinte de nuit ont été recensés parmi 15 des 16 porteurs actifs en 2020 : 50 % dans le Pas-de-Calais (522 appels), 32 % dans le Nord (335 appels), 18 % dans la Somme (185 appels) et 1 % dans l'Aisne (10 appels). Un porteur du Valenciennois n'a pas renseigné cet item.

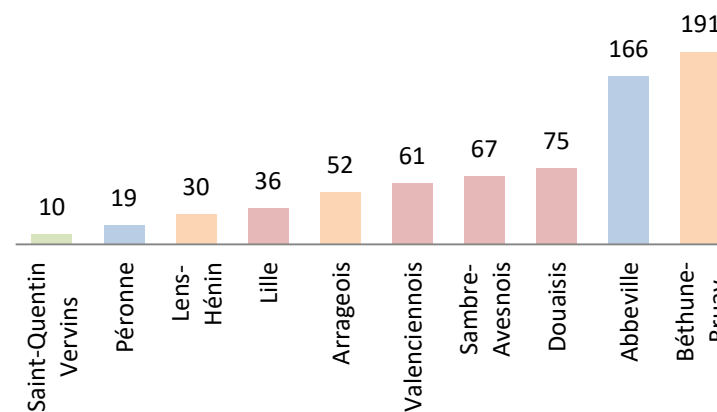
La zone de proximité de Béthune-Bruay compte le plus grand nombre d'appels (381, soit 36 % des appels en 2020) alors que celle de Saint-Quentin – Vervins ne recense que 10 appels (1 %).

Nombre d'appels à l'IDE d'astreinte par zone de proximité en 2020

Source : ARS - Traitement OR2S

Ces 1 052 appels représentent **en moyenne 70 appels par dispositif** avec un minimum de 10 appels pour le dispositif de la zone de Saint-Quentin – Vervins et un maximum de 191 appels par dispositif dans la zone de Béthune-Bruay.

Quatre zones de proximité ont moins de 50 appels par dispositif, quatre zones ont entre 50 et 80 appels par dispositif et 2 zones comptent plus de 100 appels par dispositif.

Nombre d'appels à l'IDE d'astreinte moyens par zone de proximité en 2020

Source : ARS - Traitement OR2S

Informations sur les résidents ayant bénéficié de l'astreinte de nuit

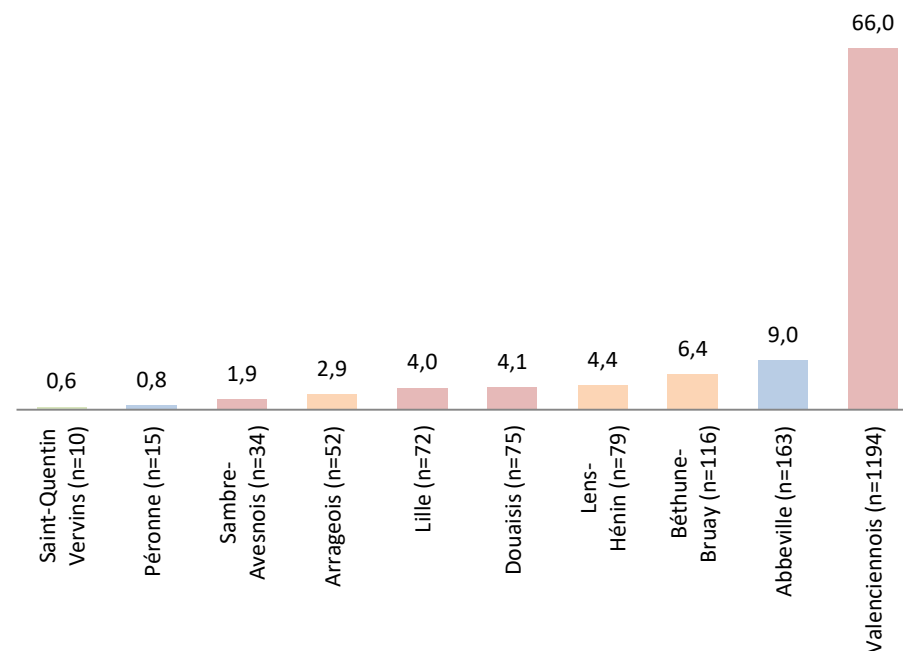
En 2020, les **16 dispositifs actifs** sont intervenus auprès de **1 810 résidents**, dont 79 % de femmes (50 % dans l'Aisne, 81 % dans le Nord, 71 % dans le Pas-de-Calais et 63 % dans la Somme).

Les dispositifs dans le Nord et le Pas-de-Calais étant plus nombreux, la proportion de résidents ayant bénéficié de l'IDE de nuit y est plus élevée : respectivement 76 % (1 375 résidents) et 14 % (247 personnes) des résidents accompagnés en 2020 par les dispositifs de la région. Les 178 résidents de la Somme représentent 10 % et les 10 de l'Aisne, 1 %.

La zone de proximité du Valenciennois, avec ses 1 194 résidents ayant bénéficié d'un de ses trois dispositifs, représente les deux tiers des accompagnements régionaux. Les dispositifs des autres zones de proximité comptent moins de 180 résidents en 2020.

La zone de proximité d'Abbeville, avec un seul dispositif, se place derrière celle du Valenciennois avec 9 % des résidents régionaux accompagnés (soit 163 résidents).

Part des résidents ayant bénéficié de l'IDE de nuit, par zone de proximité en 2020 (en %) (n=nombre de résidents)

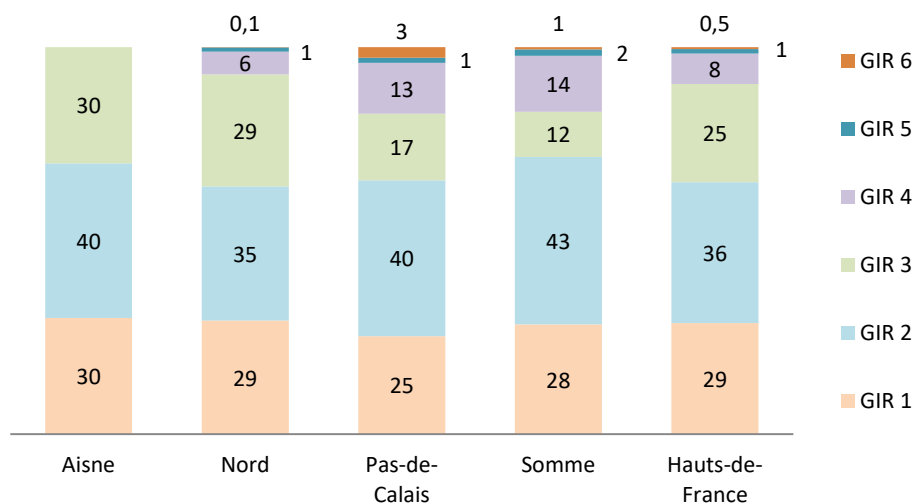


Source : ARS - Traitement OR2S

Parmi les 1 810 résidents ayant bénéficié du dispositif, le **groupe iso-ressources (GIR)** est connu pour 1 614 d'entre eux. Les GIR 1 à 3 représentent 91 % des résidents ayant bénéficié d'un dispositif d'astreinte IDE de nuit en 2020, avec une proportion plus élevée pour les GIR 2 : 29 % en GIR 1, 36 % en GIR 2 et 25 % en GIR 3.

Ceci se retrouve au niveau départemental.

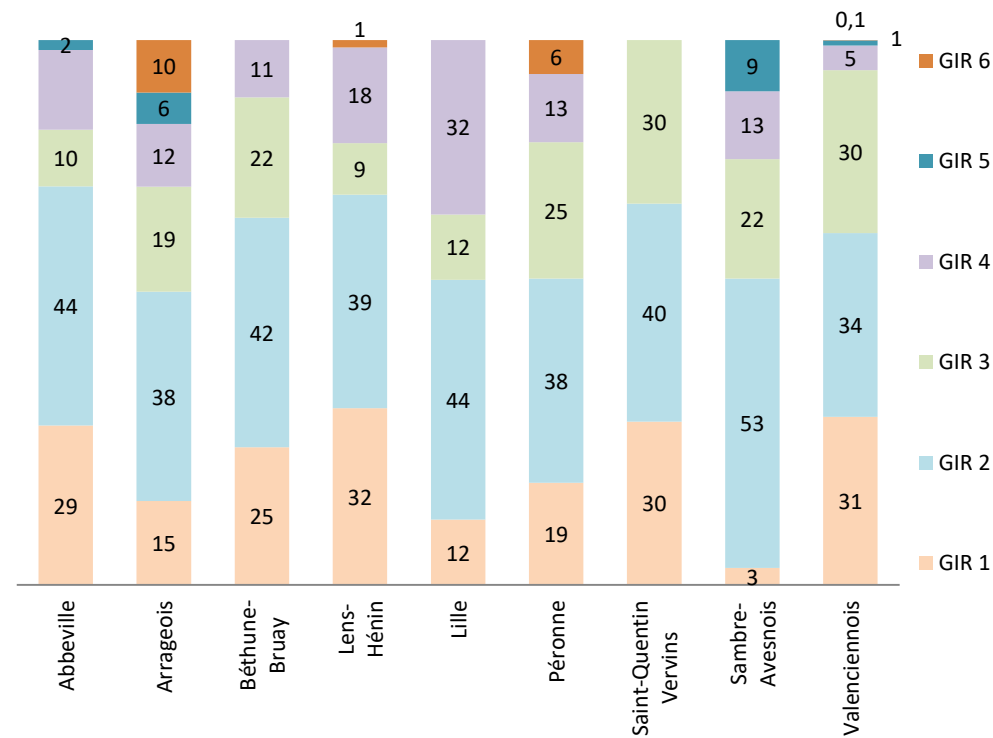
Répartition des résidents par GIR en 2020 (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

Seul le dispositif de la zone de proximité du Douaisis n'a pas renseigné le GIR des résidents. Pour les autres dispositifs, les GIR 1 à 3 concernent entre 68 % des résidents (zone de proximité de Lille) à 100 % (zone de Saint-Quentin – Vervins). Les zones de l'Arrageois et Péronne recensent respectivement 10 % et 6 % de résidents en GIR 6.

Répartition des résidents par GIR en 2020, par zone de proximité (en %)

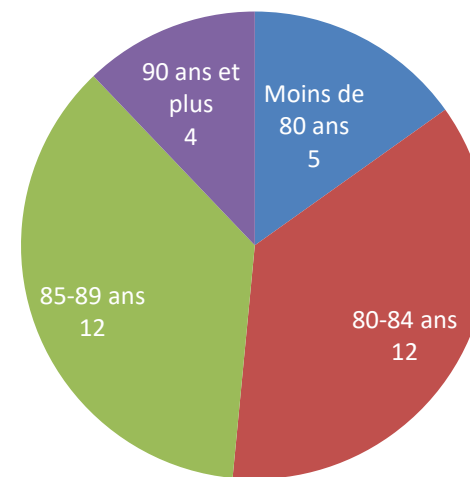


Source : ARS - Traitement OR2S

Trente-trois Ehpad, issus de dix dispositifs différents, ont indiqué l'**âge moyen des résidents** ayant bénéficié d'une intervention d'IDE de nuit. Les moyennes d'âge se situent entre 69,0 ans (Ehpad Allart de Fourment à Frévent, zone de proximité de l'Arrageois) et 94,7 ans (Ehpad L'arbre de vie du groupement hospitalier de Seclin-Carvin, zone de proximité de Lille).

Les âges moyens sont principalement compris entre 80 et 89 ans (24 Ehpad sur 33), répartis équitablement entre les 80-84 ans et les 85-89 ans.

Nombre d'Ehpad selon l'âge moyen des résidents



Source : ARS - Traitement OR2S

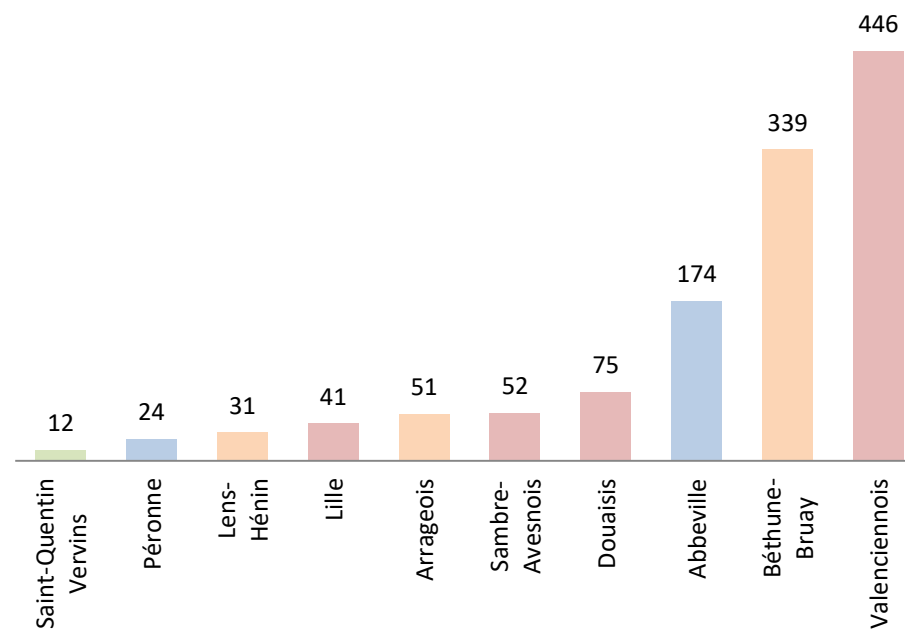
Motifs d'appels

En 2020, **2 577 motifs d'appels sont recensés par les 16 porteurs actifs**, soit 161 motifs en moyenne par dispositif : 12 en moyenne dans l'Aisne (1 dispositif), 99 en moyenne par dispositif dans la Somme (2 dispositifs), 137 en moyenne dans le Pas-de-Calais (6 dispositifs) et 221 en moyenne dans le Nord (7 dispositifs).

La zone de proximité du Valenciennois (3 dispositifs) compte le plus de motifs d'appels et recense 1 338 motifs d'appels, soit 446 par dispositif. Les zones de Béthune-Bruay (2 dispositifs) et d'Abbeville (1 dispositif) suivent avec respectivement 678 et 174 motifs d'appels (339 en moyenne par dispositif dans la zone de Béthune-Bruay).

Les autres zones de proximité ont moins de 100 motifs d'appels en moyenne par dispositif pour un nombre total de motifs compris entre 12 (Saint-Quentin – Vervins) et 92 (Lens-Hénin).

Nombre de motifs d'appel moyens par dispositif, par zone de proximité en 2020



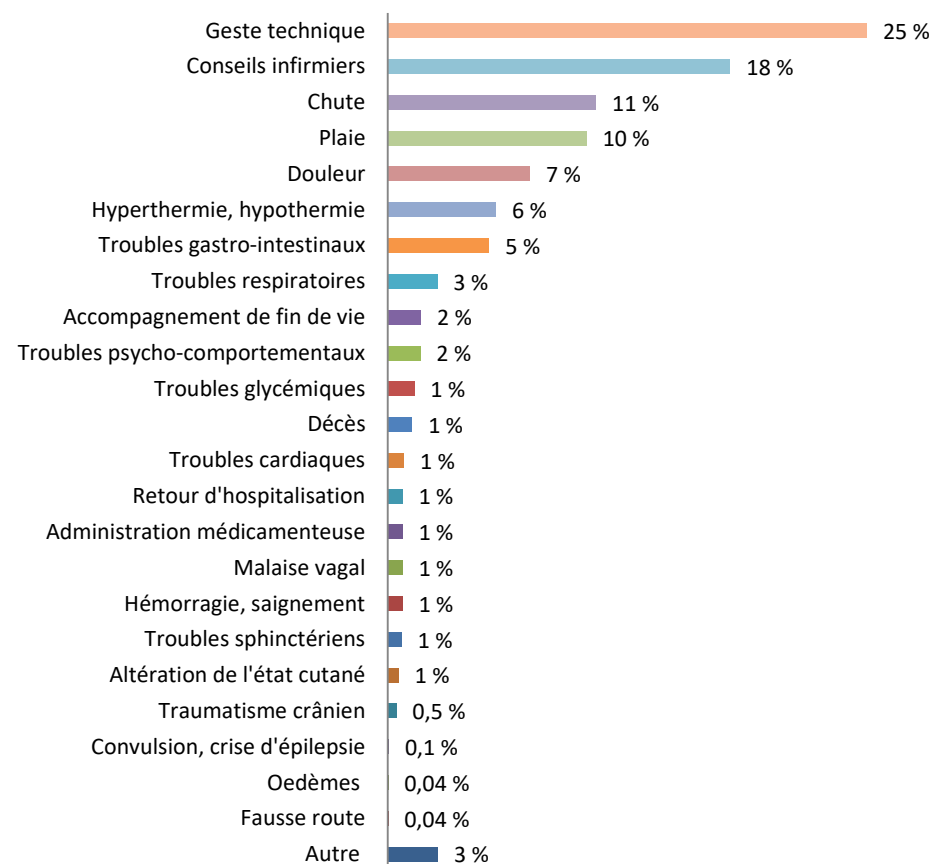
Source : ARS - Traitement OR2S

Le **principal motif d'appel à l'IDE d'astreinte de nuit** concerne une aide sur un geste technique (perfusion, alimentation parentérale, sondage, perfusion, surveillance des constantes, pansements...) et représente 25 % des appels dans les Hauts-de-France.

Les conseils infirmiers (conduite à tenir donnée à l'équipe, appel entre Ehpad pour transmissions) concernent 18 % des appels. Suivent le traitement des chutes (11 %) et des plaies (10 %), les douleurs (7 %), les hyper ou hypothermies (6 %) et les troubles gastro-intestinaux (5 %).

Le Pas-de-Calais compte une majorité d'appels relatifs aux conseils infirmiers (56 % des appels). Dans l'Aisne, 42 % des appels se répartissent entre les traitements des chutes (25 %) et les gestes techniques (17 %). Dans le Nord, 73 % des appels concernent des gestes techniques (37 %), le traitement de plaies (15 %) ou de chutes (11 %) et des douleurs (10 %). Dans la Somme, les principaux motifs concernent le traitement des chutes (22 %) et les hyper ou hypothermies (20 %).

Répartition des motifs d'appels dans les Hauts-de-France en 2020 (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

La zone de proximité de Béthune-Bruay est la seule zone de proximité à recenser des appels liés à des conseils infirmiers : ils représentent 68 % des motifs d'appels de la zone (462 appels) et 18 % de l'ensemble des appels de la région Hauts-de-France.

Les deux motifs qui concernent plus de 15 % dans presque toutes les autres zones de proximité sont les gestes techniques et le traitement des chutes. Dans la zone du Douaisis, les pourcentages sont respectivement de 20 % et 41 %.

Dans le Valenciennois, les appels pour des gestes techniques atteignent 40 % des appels (27 % dans le Sambre-Avesnois, 25 % à Lens-Hénin et 17 % à Saint-Quentin – Vervins).

Les appels suite à des chutes concernent près de 20 % des appels dans les zones d'Abbeville (22 %), Douaisis (41 %), Lens-Hénin (23 %), Lille (21 %), Péronne (21 %), Saint-Quentin – Vervins (25 %), Sambre-Avesnois (17 %) et l'Arrageois (18 %).

L'hyper ou l'hypothermie concerne 11 % des appels dans la zone de Lens-Hénin, 12 % dans celle de Sambre-Avesnois, 22 % dans celle d'Abbeville et jusqu'à 31 % dans la zone de l'Arrageois.

Parmi les motifs moins fréquents, l'accompagnement de fin de vie concerne 11 % des appels dans la zone de proximité de Lens-Hénin, le malaise vagal 12 % dans l'Arrageois et les hémorragies et saignements, 13 % dans la zone de proximité de Péronne.

Répartition des motifs d'appels par zone de proximité en 2020 (en %)

	Abbeville	Béthune-Bruay	Douaisis	Lens-Hénin	Lille	Péronne	Saint-Quentin Vervins	Sambre-Avesnois	Arrageois	Valenciennois
Geste technique	3	5	20	25	10	4	17	27	8	40
Conseils infirmiers	0	68	0	0	0	0	0	0	0	0
Chute	22	6	41	23	21	21	25	17	18	8
Plaie	2	2	3	8	11	17	0	4	0	17
Douleur	9	2	5	3	6	4	8	12	12	10
Hyperthermie, hypothermie	22	2	7	11	4	0	0	12	31	4
Troubles gastro-intestinaux	3	1	1	3	5	0	8	8	8	8
Troubles respiratoires	7	2	0	2	1	8	8	2	0	3

	Abbeville	Béthune- Bruay	Douaisis	Lens- Hénin	Lille	Péronne	Saint-Quentin Vervins	Sambre- Avesnois	Arrageois	Valenciennois
Troubles psycho-comportementaux	1	2	9	1	1	0	0	2	0	1
Troubles glycémiques	0	0	0	2	1	0	8	2	0	2
Décès	5	2	1	0	1	8	8	0	0	0
Troubles cardiaques	0	0	1	7	2	0	0	4	0	1
Retour d'hospitalisation	0	1	0	0	2	8	0	0	0	1
Administration médicamenteuse	0	1	0	0	5	0	0	0	0	1
Malaise vagal	1	0	0	0	5	0	8	0	12	0
Hémorragie, saignement	1	1	1	2	1	13	0	2	0	0
Troubles sphinctériens	1	0	0	1	5	4	8	2	0	1
Altération de l'état cutané	0	0	0	0	4	0	0	2	0	1
Traumatisme crânien	0	0	0	0	1	8	0	0	0	1
Convulsion, crise d'épilepsie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Œdèmes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fausse route	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Autre	22	1	1	0	6	0	0	0	6	1

Source : ARS - Traitement OR2S

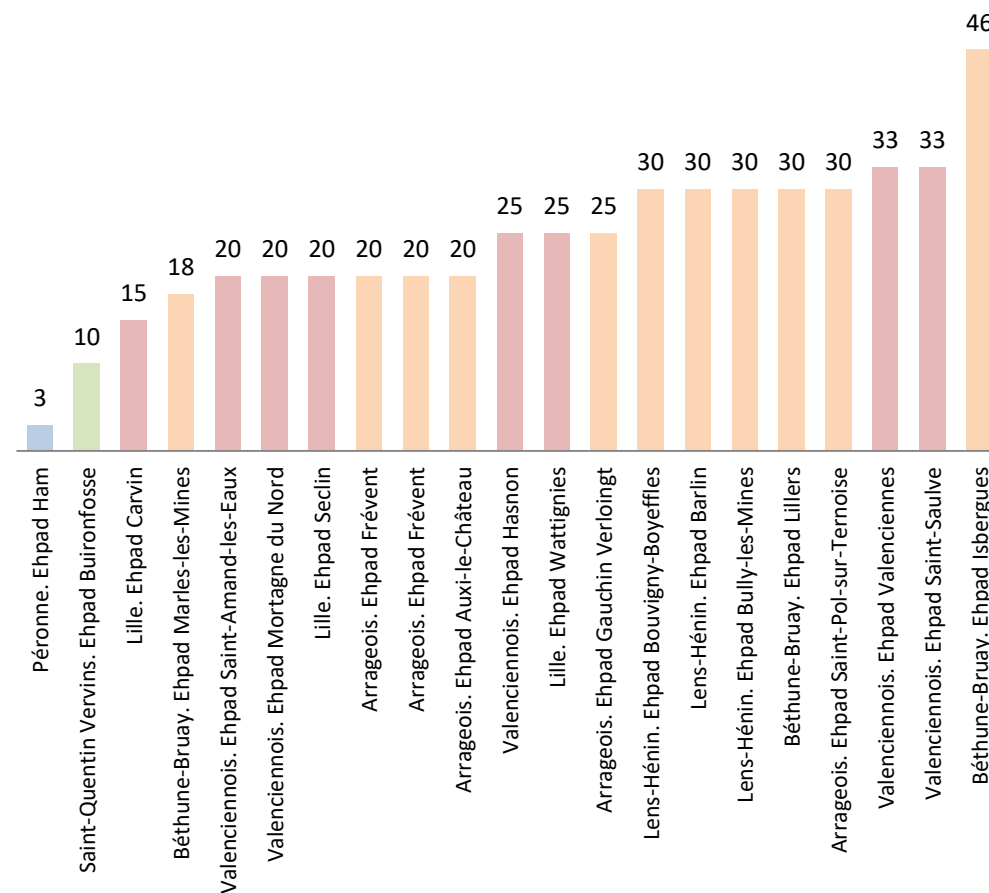
Trajets et déplacements

Le temps de trajet moyen des IDE d'astreinte de nuit est connu pour 21 Ehpad (9 dispositifs différents), dont 11 dans le Pas-de-Calais, 8 dans le Nord, 1 dans la Somme et 1 dans l'Aisne.

Il est compris entre 3 minutes (Ehpad dans la zone de proximité de Péronne) et 46 minutes (Ehpad dans la zone de Béthune - Bruay).

Deux établissements du Valenciennois ont indiqué des temps « entre 20 et 45 minutes », représentés sur le graphique ci-dessous avec une durée moyenne de 33 minutes.

Temps de trajet moyen par Ehpad (en minutes)



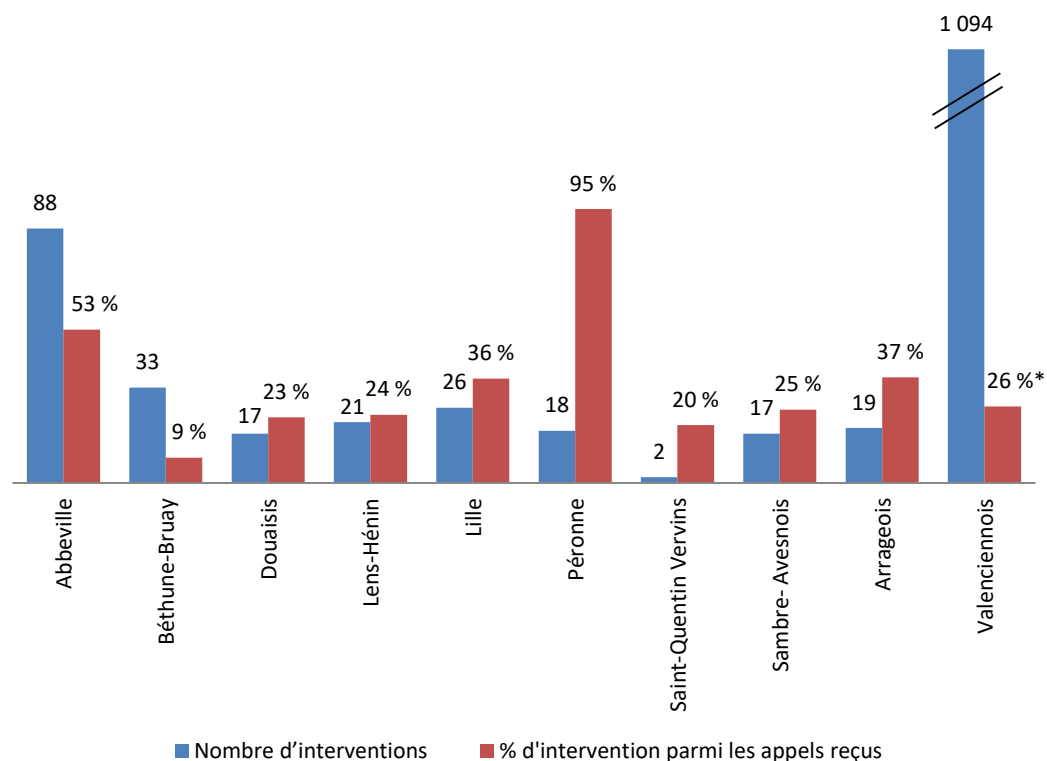
Source : ARS - Traitement OR2S

Les 16 dispositifs dénombrent **1 335 interventions d'IDE de nuit dans l'un des Ehpad partenaires** : 2 déplacements dans l'Aisne, 1 154 dans le Nord (dont 1 062 dans le dispositif constitué de 6 établissements et porté par l'Ehpad Les Bouleaux à Louches), 73 dans le Pas-de-Calais et 106 dans la Somme.

Parmi les zones de proximité, le Valenciennois devance les autres zones grâce au dispositif porté par l'Ehpad Les Bouleaux (1 094 déplacements). La ZP d'Abbeville vient ensuite avec 88 interventions.

Les autres zones de proximité comptent entre 2 (Saint-Quentin – Vervins) et 33 déplacements (Béthune-Bruay).

Nombre de déplacements et proportion d'intervention parmi les appels reçus par zone de proximité



Source : ARS - Traitement OR2S

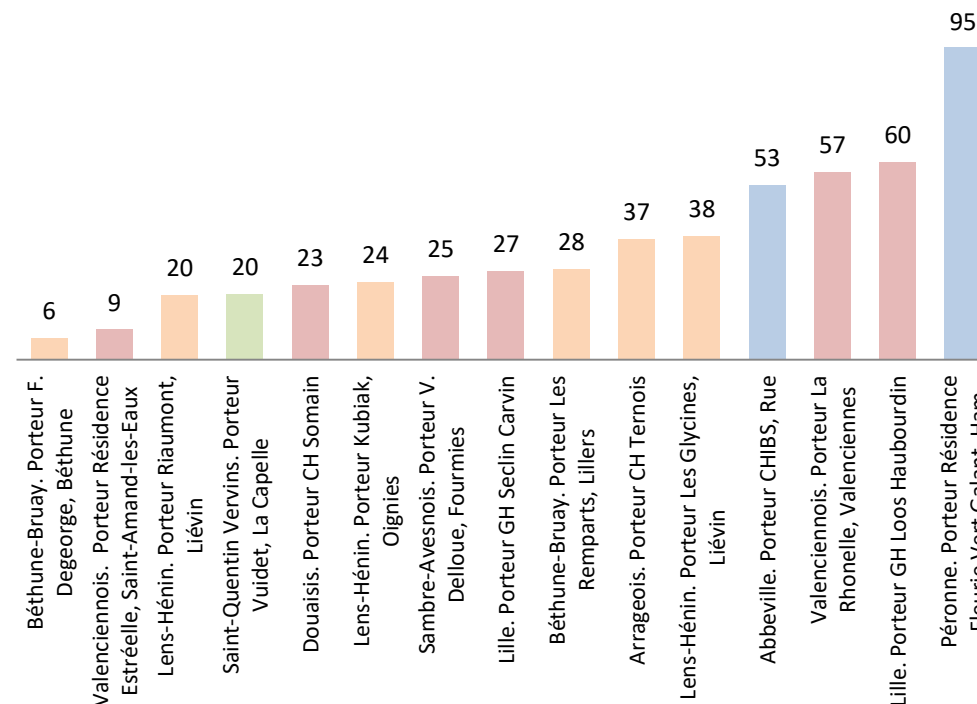
* Le calcul du Valenciennois ne prend pas en compte le dispositif porté par l'Ehpad Les Bouleaux, celui-ci n'ayant pas renseigné le nombre d'appels reçus.

Dans les Hauts-de-France, **26 % des 1 052 appels reçus par les IDE d'astreinte de nuit ont été suivis par un déplacement en établissement**¹⁶. La Somme présente la proportion la plus élevée avec 53 % des appels suivis d'une intervention, devant le Nord (27 %), l'Aisne (20 %) et le Pas-de-Calais (14 %).

Au niveau des zones de proximité, le dispositif présent sur la zone de Péronne est intervenu presque à chaque appel (95 %) alors que dans la zone de Béthune-Bruay, la moyenne de déplacements des 2 dispositifs est de 9 %.

Une majorité des dispositifs se situe entre 20 % et 30 % de déplacement après un appel : 7 des 15 dispositifs¹⁷. Deux dispositifs se situent sous les 10 % (1 dans la zone Béthune-Bruay et 1 dans la zone du Valenciennois). Six dispositifs ont des taux d'intervention compris entre 37 % (dans la zone de l'Arrageois) et 95 % (zone de Péronne).

Proportion d'intervention parmi les appels reçus, par porteur de dispositif (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

¹⁶ Le dispositif porté par l'EHPAD Les Bouleaux n'a pas été pris en compte dans le calcul de cet indicateur, le porteur n'ayant pas renseigné le nombre d'appels reçus.

¹⁷ Un dispositif n'a pas rempli le nombre d'appels reçus.

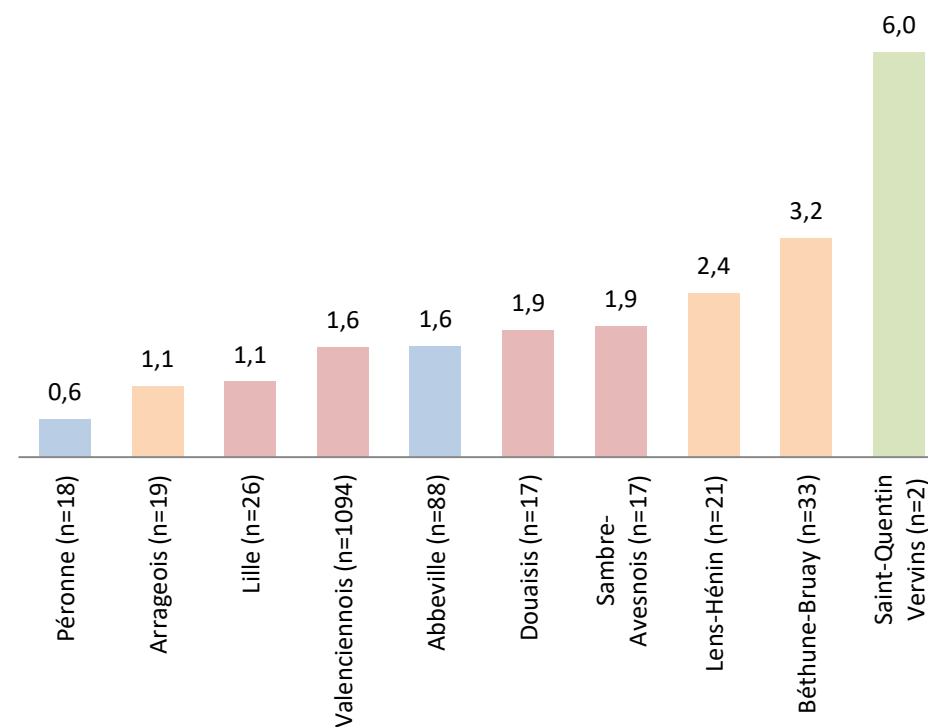
Actes techniques réalisés

Les 16 dispositifs en activité en 2020 dans les Hauts-de-France totalisent **2 221 actes techniques réalisés**, soit 1,7 acte réalisé en moyenne par intervention : 1,5 en moyenne dans la Somme, 1,6 en moyenne dans le Nord, 2,4 dans le Pas-de-Calais et 6,0 en moyenne dans l'Aisne.

La zone de proximité du Valenciennois (3 dispositifs) compte le plus d'actes réalisés (1 783), soit 1,6 acte par intervention mais c'est dans la zone de Saint-Quentin – Vervins que le nombre d'actes réalisés par intervention est le plus élevé : 6,0 actes par intervention (soit 12 actes techniques pour 2 interventions en 2020).

Parmi les Ehpad, le maximum se situe dans un établissement de la zone de proximité du Valenciennois qui compte 37 actes réalisés pour 2 interventions enregistrées, soit 18,5 actes en moyenne.

Nombre d'actes réalisés moyens par intervention, par zone de proximité en 2020 (n=nombre d'interventions)



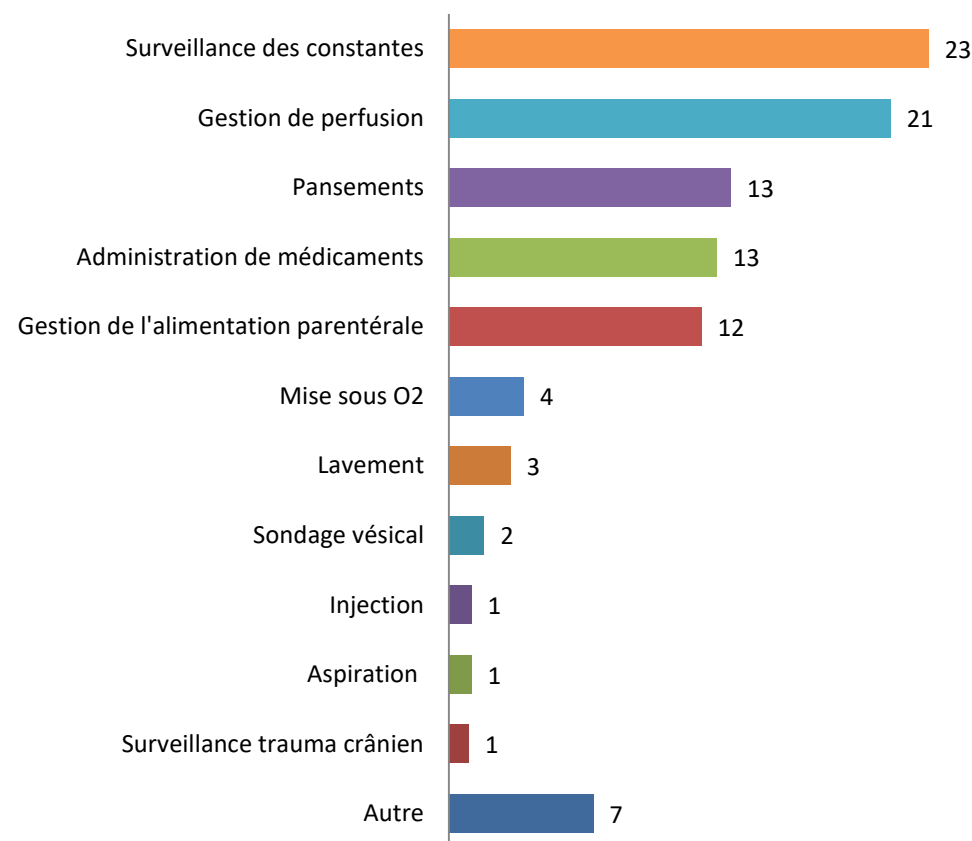
Source : ARS - Traitement OR2S

Près d'un acte technique réalisé sur quatre concerne la surveillance des constantes (23 % des actes réalisés) et un sur cinq porte sur la gestion des perfusions (pose, retrait, surveillance... – 21 %).

Les pansements (13 %), administrations de médicaments (13 %) et la gestion de l'alimentation parentérale (12 %) viennent ensuite. Les autres actes techniques regroupent 18 % des actes réalisés dans la région.

L'Aisne et la Somme présentent une majorité d'actes portant sur la surveillance des constantes (respectivement 50 % et 46 % des actes réalisés). Dans le Nord, la gestion des perfusions (25 %) et la surveillance des constantes (20 %) devancent les autres actes. Dans le Pas-de-Calais, les principaux actes regroupent la surveillance des constantes (34 %), la mise sous oxygène (23 %) et l'administration de médicaments (23 %).

Répartition des actes réalisés dans les Hauts-de-France en 2020 (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

La surveillance des constantes représente de 19 % (Valenciennois) à 50 % des actes réalisés selon les zones de proximité : 40 % dans l'Arrageois, 41 % dans le Douaisis, 46 % dans la zone d'Abbeville, 50 % dans les zones de Péronne et Saint-Quentin – Vervins

La proportion des actes de gestion de perfusions est presque exclusivement liée aux dispositifs du Valenciennois : 457 actes sur les 465 au niveau régional. Elle représente 26 % des actes dans le Valenciennois contre moins de 18 % ailleurs.

Dans l'Arrageois, l'administration de médicaments concerne 45 % des actes réalisés tandis que dans la zone de Péronne, ce sont les actes liés aux pansements qui prédominent (40 %) après la surveillance des constantes.

Parmi les actes moins fréquents, le sondage vésical (2 % des actes régionaux) représente 21 % des actes réalisés dans le Sambre-Avesnois. Les injections (1 % au niveau régional) sont plus fréquemment réalisées dans les zones de Saint-Quentin – Vervins (17 %) et du Douaisis (16 %).

*Répartition des actes techniques réalisés par zone de proximité en 2020 (en %)
(n=nombre d'actes réalisés)*

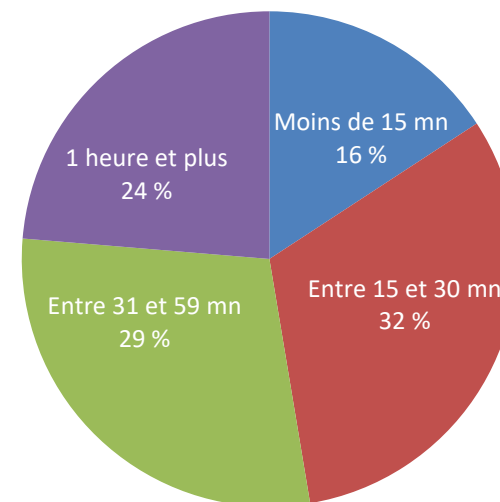
	Abbeville (n=144)	Béthune- Bruay (n=107)	Douaisis (n=32)	Lens- Hénin (n=51)	Lille (n=29)	Péronne (n=10)	Saint- Quentin Vervins (n=12)	Sambre- Avesnois (n=33)	Arrageois (n=20)	Valenciennois (n=1 783)
Administration de médicaments	12	21	0	20	7	0	0	24	45	12
Aspiration	0	5	0	0	7	0	0	0	0	1
Gestion de l'alimentation parentérale	0	1	0	0	0	0	0	0	0	15
Gestion de perfusion	1	0	3	2	7	10	17	0	0	26
Injection	0	2	16	12	10	0	17	0	0	0
Lavement	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Mise sous oxygène	9	23	6	29	0	0	8	0	5	1
Pansement	15	8	28	8	17	40	0	9	10	13
Sondage vésical	0	4	3	0	7	0	0	21	0	1
Surveillance des constantes	46	36	41	29	28	50	50	36	40	19
Surveillance trauma crânien	1	0	0	0	3	0	8	9	0	1
Autre	17	1	3	0	14	0	0	0	0	7

Source : ARS - Traitement OR2S

La **durée moyenne des interventions** est connue pour 38 Ehpad (12 dispositifs différents), dont 21 dans le Nord, 11 dans le Pas-de-Calais, 5 dans la Somme et 1 dans l'Aisne (respectivement 6, 3, 2 et 1 dispositifs). Elle est comprise entre 6 minutes (Ehpad dans la zone de proximité de l'Arrageois) et 1h10 (Ehpad dans la zone de Lens-Hénin).

Près d'un tiers des interventions dure entre 15 et 30 minutes (32 % des Ehpad ayant rempli l'item) et 29 % plus d'une demi-heure mais moins d'une heure.

Répartition des Ehpad selon la durée d'intervention en 2020 (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

Département	Zone de proximité	Nom de l'établissement	Ville	Durée moyenne de l'intervention (en mn)
62	Arrageois	Ehpad Allart de Fourment	Frévent	6
59	Lille	Ehpad L'arbre de vie - GHSC	Wattignies	7
59	Lille	Ehpad Les Orchidées - GHSC	Carvin	8
62	Arrageois	Ehpad Les Varennes	Auxi Le Château	8
59	Valenciennois	Ehpad Les Bouleaux	Lourches	11
59	Sambre- Avesnois	Ehpad La Roseraie	Sains Du Nord	14
62	Arrageois	Ehpad Carpe Diem	St Pol Sur Ternoise	15
59	Valenciennois	Ehpad Louis Aragon	Douchy Les Mines	17
62	Arrageois	Ehpad Les Pommiers	Frévent	18
59	Valenciennois	Ehpad Denis Lemette	Roeulx	22
80	Péronne	Ehpad Résidence Fleurie + Vert Galant	Ham	23
59	Lille	Ehpad Les Augustines - GHSC	Seclin	23
59	Valenciennois	Ehpad Dronsart	Bouchain	24
59	Valenciennois	Ehpad Arc-en-Ciel	Denain	28
59	Valenciennois	Ehpad Noël Leduc	Hasnon	30
62	Arrageois	Ehpad Oasis	St Pol Sur Ternoise	30
59	Valenciennois	Ehpad Résidence Dewez	Mortagne Du Nord	30
59	Valenciennois	Ehpad Résidence Estréelle	Saint Amand Les Eaux	30
59	Sambre- Avesnois	Ehpad Résidence du Chemin Vert	Trélon	33
59	Sambre- Avesnois	Ehpad Résidence Victor Delloue (porteur)	Fourmies	34
59	Sambre- Avesnois	Ehpad Simone Jacques	Avesnes-sur-Helpe	34

62	Arrageois	Ehpad Les Hortensias	Gauchin Verloingt	40
59	Valenciennois	Ehpad Henri Barbusse	Denain	44
62	Lens-Hénin	Ehpad Fernand Cuvelier	Noyelles-Sous-Lens	45
59	Valenciennois	Ehpad Fondation Serbat	Saint-Saulve	45
62	Lens-Hénin	Ehpad Les Charmilles	Barlin	50
80	Abbeville	Ehpad du CHIBS - Neuville	St Valery sur Somme	51
62	Lens-Hénin	Ehpad Joseph Porebski	Bully-les-Mines	55
62	Lens-Hénin	Ehpad Le Bon Accueil	Bouvigny-Boyeffles	55
80	Abbeville	Ehpad Beffroi	Rue	62
59	Valenciennois	Ehpad Résidence la Rhonelle	Valenciennes Cedex	75
80	Abbeville	Ehpad Frères Caudron	Rue	76
59	Lille	Ehpad les Weppes	Fournes-en-Weppes	80
59	Lille	Ehpad Geneviève et Roger Bailleul	Ronchin	87
80	Abbeville	Ehpad du CHIBS	Rue	91
59	Lille	Ehpad Arthur François	Faches-Thumesnil	101
02	Saint-Quentin Vervins	Ehpad de Buironfosse	Buironfosse	105
62	Lens-Hénin	Ehpad Jacques Cartier	Vimy	130

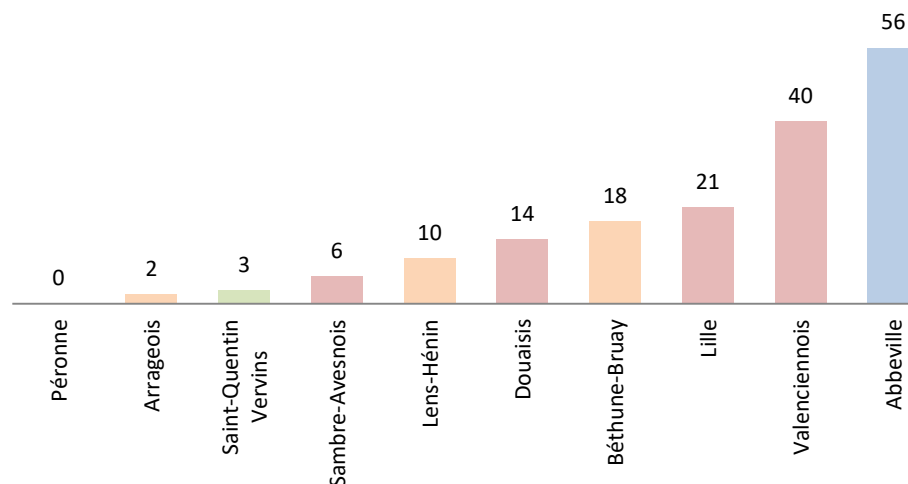
Source : ARS - Traitement OR2S

Appels non justifiés et non satisfaits

En 2020, **170 renvois vers le centre 15 ou autres permanences de soins par l'IDE d'astreinte** ont été comptabilisés par les dispositifs de la région : 81 dans le Nord, 56 dans la Somme, 30 dans le Pas-de-Calais et 3 dans l'Aisne.

Au total, ce sont 40 Ehdap qui indiquent des renvois vers le 15 avec un maximum de 23 renvois dans un Ehdap (CHIBS).

Nombre de renvois vers le 15 ou autre permanence de soins par zone de proximité



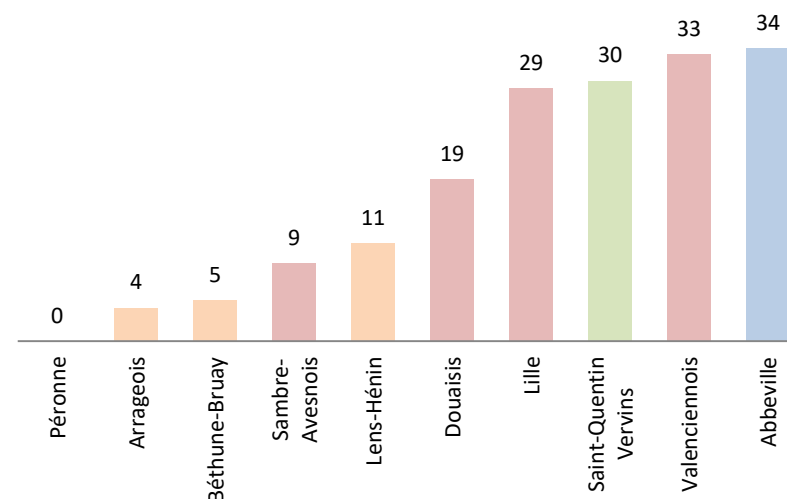
Source : ARS - Traitement OR2S

La proportion de renvois vers le 15 parmi les appels reçus par l'IDE est de 16 % au niveau régional (6 % dans les 6 dispositifs du Pas-de-Calais, 24 % dans les 7 dispositifs du Nord, 30 % dans le dispositif de l'Aisne et 30 % dans les 2 dispositifs de la Somme).

Parmi les 48 Ehdap pour lesquels cette proportion a pu être calculée, 14 n'ont fait aucun renvoi vers le 15 (27 % des Ehdap) et 1 Ehdap de Saint-Amand-les-Eaux a dû renvoyer vers le 15 ou une autre permanence de soins ses 2 appels reçus.

Un tiers des Ehdap (31 %) a renvoyé vers le 15 entre 2 % et 15 % des appels, 25 % ont redirigé entre 16 % et 30 % de leurs appels et 15 % ont redirigé un tiers et plus de leurs appels.

Proportion d'appels reçus transférés vers le 15 ou autre permanence de soins, par zone de proximité (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

Trois appels sur dix et plus ont été transférés vers le 15 ou une autre permanence de soins dans les zones de proximité de Lille (29 %), Saint-Quentin – Vervins (30 %), Valenciennois (33 %) et Abbeville (34 %).

Le nombre d'appels non justifiés à l'IDE d'astreinte de nuit s'élève à 35 en 2020 dans les dispositifs en activité : 27 dans le département du Nord, 7 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme. Ces appels ne concernent que 8 dispositifs sur les 16 en activité en 2020 et 7 zones de proximité (4 appels dans la zone de Béthune-Bruay, 8 dans le Douaisis, 5 dans la zone de Lille, 1 sur Péronne, 5 dans le Sambre-Avesnois, 3 dans l'Arrageois et 9 dans le Valenciennois).

La qualification des appels non justifiés est assez peu précise : sur les 33 motifs indiqués, 3 appels concernent des urgences vitales, 3 des absences de soins techniques et 27 d'autres motifs. Ces derniers n'ont été précisés que pour 6 appels en « autres motifs » : 2 traitements en « si besoin » non préparés, 2 situations gérables avec le protocole ASSURE, 1 situation gérable par l'aide-soignant et 1 problème non traité le jour.

Seules 2 **demandes d'interventions de l'IDE n'ont pas été satisfaites** en 2020 (1 dans le Nord, zone de proximité de Lille et 1 dans la Somme, zone de proximité de Péronne). Les motifs n'en sont pas connus.

Indicateurs de résultats

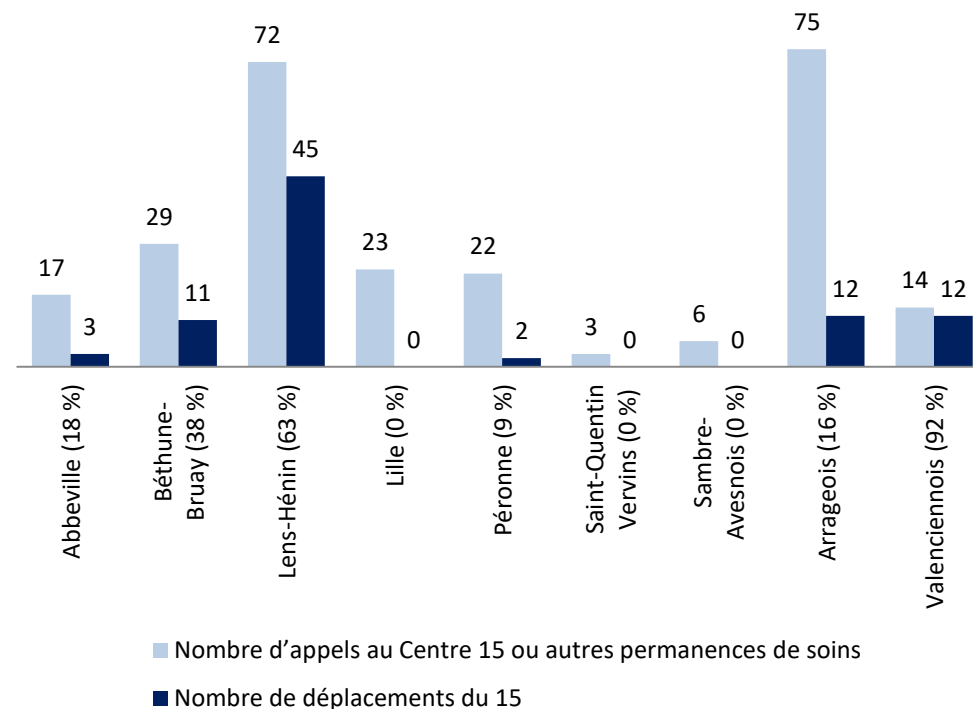
Les indicateurs de résultats suivants portent sur l'ensemble des résidents des Ehpad concernés et non sur les seules interventions des dispositifs d'IDE de nuit.

Interventions du 15

En 2020, 40 Ehpad des dispositifs ont fait appel au centre 15 ou à d'autres permanences de soins : 261 appels ont été réalisés (176 dans le Pas-de-Calais, 43 dans le Nord, 39 dans la Somme et 3 dans l'Aisne).

Au total, le centre 15 s'est déplacé 85 fois (respectivement 68, 12, 5 fois et aucun dans l'Aisne), soit dans un tiers des cas (33 % ; 39 % dans le Pas-de-Calais, 28 % dans le Nord et 13 % dans la Somme).

**Nombre d'appels au centre 15 ou autre permanence de soins
et nombre de déplacements du 15
(% de déplacement du 15), par zone de proximité**



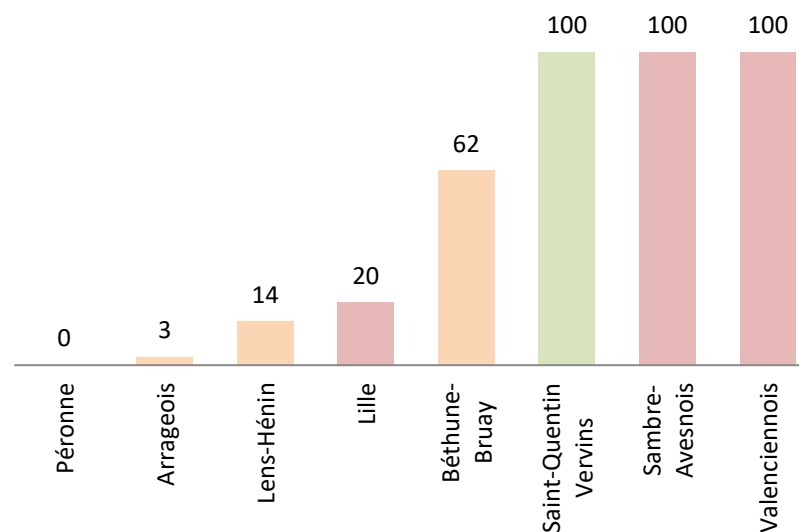
Source : ARS - Traitement OR2S

Les appels vers le 15 passés dans le cadre des astreintes de nuit concernent 21 % des appels totaux vers le 15 émis par les 31 Ehpad ayant correctement rempli l'item¹⁸. Ils représentent l'ensemble des appels dans l'Aisne (3 appels dans un dispositif), 75 % dans le Nord, 17 % dans le Pas-de-Calais et aucun dans la Somme.

Dans les zones de proximité du Valenciennois, du Sambre-Avesnois et de Saint-Quentin – Vervins, l'ensemble des appels émis vers le 15 concerne des astreintes de nuit. Dans la zone de Béthune-Bruay, ils représentent six appels sur dix.

Dans les autres zones de proximité, ils représentent moins de 25 % des appels vers le 15 émis par les Ehpad.

Proportion des appels vers le 15 émis par les astreintes de nuit parmi l'ensemble des appels vers le 15 (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

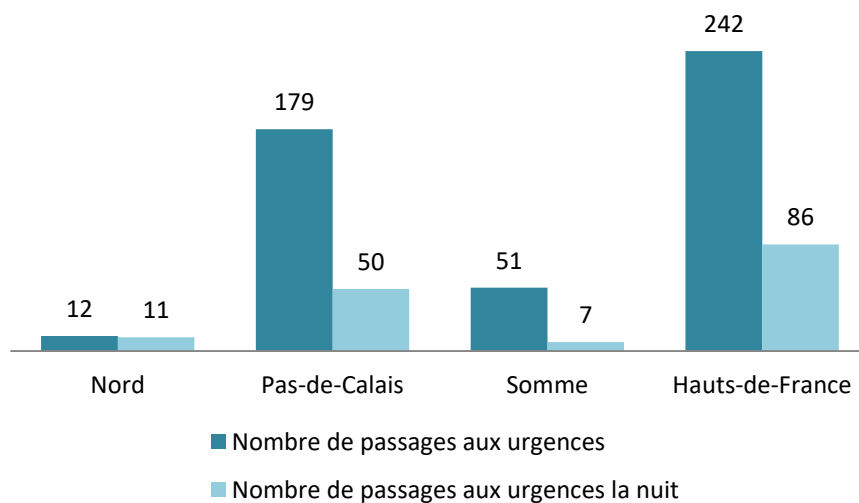
¹⁸ Quatre dispositifs ont dû être retirés de l'analyse, leurs données n'étant pas cohérentes.

Passages aux urgences

Au total, 242 passages aux urgences sont recensés dans les Ehpad de la région faisant partie d'un dispositif IDE de nuit, dont 179 dans le département du Pas-de-Calais¹⁹.

Parmi les passages aux urgences, 21 % ont lieu la nuit dans les Ehpad inscrits dans les dispositifs : 92 % dans le Nord, 28 % dans le Pas-de-Calais et 14 % dans la Somme.

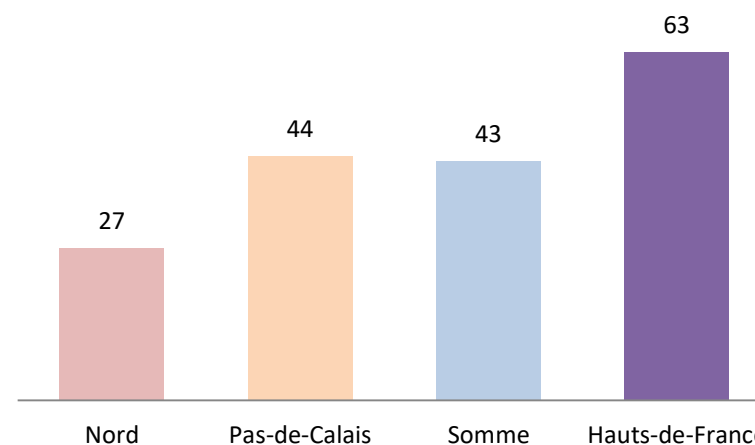
Nombre de passages aux urgences, par département et pour la région



Source : ARS - Traitement OR2S

Parmi les passages aux urgences la nuit, 63 % sont recensés malgré l'intervention de l'IDE de nuit dans les Hauts-de-France. Les proportions du Pas-de-Calais et de la Somme sont proches (44 % et 43 %) et devancent celle du Nord (27 %).

Proportion de passages aux urgences malgré l'intervention de l'IDE nuit parmi les passages aux urgences la nuit, par département et pour la région (en %)



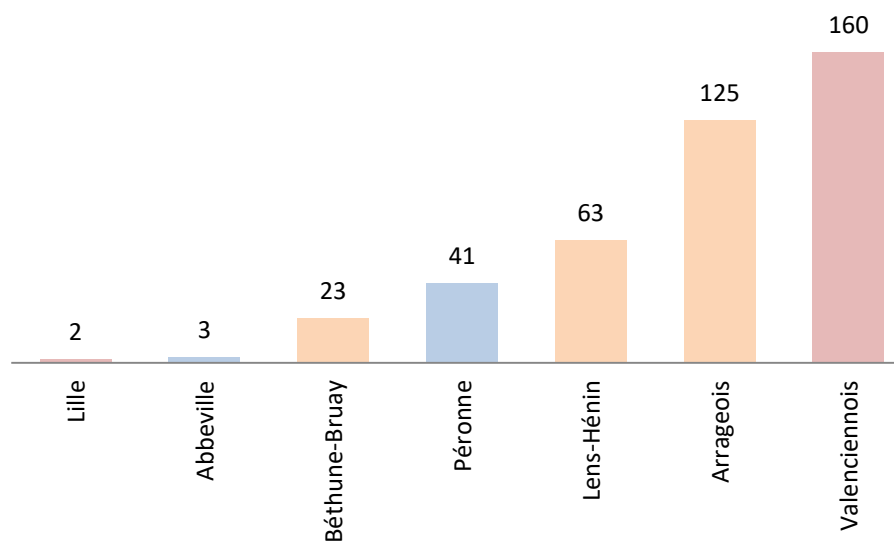
Source : ARS - Traitement OR2S

¹⁹ Le dispositif de l'Aisne n'a pas rempli les informations concernant les passages aux urgences.

Parmi les zones de proximité, 7 ont des données complétées pour ces items. Pour les zones d'Abbeville, du Douaisis et de Lille, aucun passage aux urgences la nuit n'a eu lieu malgré le passage de l'IDE de nuit. Dans les zones de Lens-Hénin et du Valenciennois, la proportion est de 17 %. Dans les zones de Péronne et de Béthune-Bruay, les proportions atteignent respectivement 75 % et 79 % des passages aux urgences la nuit.

En région, 9 des 16 dispositifs ont indiqué le nombre de **transmissions de dossiers de liaison d'urgence (DLU)** effectuées : 417 dans les Hauts-de-France, dont 211 dans le Pas-de-Calais, 162 dans le Nord et 44 dans la Somme. Les zones de proximité du Valenciennois et de l'Arrageois ont transmis le plus de DLU.

Nombre de dossiers de liaison d'urgence transmis en 2020, par zone de proximité



Source : ARS - Traitement OR2S

Hospitalisations

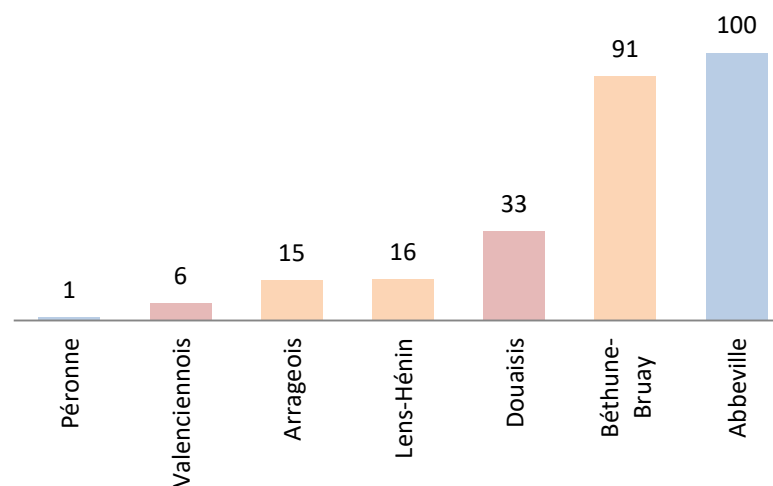
Onze dispositifs ont rempli les items d'hospitalisations en 2020. Au total, ce sont donc **456 hospitalisations recensées (dont 63 la nuit) pour 406 résidents hospitalisés** : 177 hospitalisations dans le Nord (158 résidents), 188 dans le Pas-de-Calais (171 résidents) et 91 dans la Somme (77 résidents).

La proportion d'hospitalisations la nuit est de 14 % dans les 11 dispositifs des Hauts-de-France : 24 % dans le Pas-de-Calais, 7 % dans le Nord et 4 % dans la Somme.

Parmi les zones de proximité, celles d'Abbeville et de Béthune-Bruay ont des proportions importantes d'hospitalisations la nuit : respectivement 100 % (3 hospitalisations) et 91 % (21 sur 23) des hospitalisations totales.

À l'inverse, le dispositif de la zone de Péronne ne compte qu'une hospitalisation la nuit sur un total de 88, soit 1 %.

Proportions d'hospitalisations la nuit parmi les hospitalisations en 2020, par zone de proximité (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

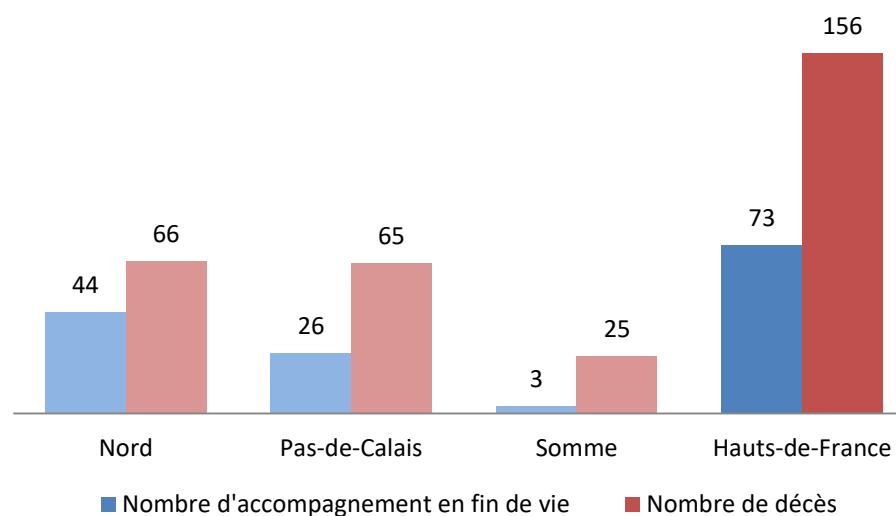
Les Ehpad ont par ailleurs recensés 68 **interventions en hospitalisation à domicile (HAD)**, dont 51 dans le Pas-de-Calais (40 dans le seul dispositif de Saint-Pol-sur-Ternoise), 15 dans le Nord et 2 dans la Somme.

Accompagnements en fin de vie et décès

En 2020, 73 **accompagnements de résidents en fin de vie** ont été effectués par les 13 Ehpad des dispositifs IDE de nuit des Hauts-de-France qui ont renseigné ces données.

Parallèlement, 156 décès ont été enregistrés.

Nombre d'accompagnements en fin de vie et de décès dans les Ehpad des dispositifs IDE de nuit, par département et pour la région



Source : ARS - Traitement OR2S

En 2020, les Ehpad recensent 115 interventions d'**équipes mobiles de soins de support et palliatifs** (EMSSP) au niveau régional, dont 110 dans le Pas-de-Calais (102 dans le seul dispositif de Saint-Pol-sur-Ternoise), 4 dans la Somme et 1 dans le Nord.

II.4. Les hébergements temporaires en sortie d'hospitalisation (HT SH)

Contexte

L'hospitalisation d'une personne âgée, même programmée, peut avoir des effets secondaires indésirables sur son état de santé, en particulier sur tous les facteurs contributifs au maintien de son autonomie.

Ceux-ci peuvent justifier d'une période de transition permettant de réduire le séjour en milieu hospitalier (médecine et chirurgie) et de préparer le retour à domicile dans des conditions optimales et sécurisées.

La feuille de route Grand-âge et autonomie présentée le 30 mai 2018 prévoit de généraliser et de pérenniser la mesure visant à réduire, au niveau du forfait journalier hospitalier, le coût de l'hébergement temporaire pour une personne âgée sortant des urgences ou d'une hospitalisation.

Les aspects pratiques et opérationnels du déploiement du dispositif²⁰ ont été précisés par circulaire N° SG/2019/117 du 15 mai 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional (FIR) en 2019.

Le Projet Régional de Santé des Hauts de France arrêté par la Directrice générale de l'ARS le 5 juillet 2018 prévoit dans son objectif 5 d'améliorer l'articulation des dispositifs et acteurs sur les territoires, en particulier l'articulation ville-hôpital-Ehpad avec le renforcement des liens en intégrant mieux les Ehpad au parcours.

Objet du dispositif

Le dispositif d'hébergement temporaire en Ehpad en sortie d'hospitalisation consiste à proposer aux personnes âgées en perte d'autonomie, sortant des urgences ou d'hospitalisation et ne relevant plus de soins médicaux, un hébergement temporaire d'une durée maximale de 30 jours, avant la réintégration de leur domicile dans un cadre sécurisé.

Il ne s'agit pas d'un dispositif ayant vocation à créer des places d'hébergement temporaire, mais à compenser une partie du reste à charge des personnes âgées concernées.

L'objectif de cette mesure est de :

- faciliter les sorties d'hospitalisation des personnes âgées en perte d'autonomie ;
- améliorer et sécuriser les retours à domicile ;
- limiter, quand cela est possible, les durées moyennes de séjour à l'hôpital et les réhospitalisations évitables ;
- améliorer les possibilités et le taux de recours à l'hébergement temporaire pour les personnes en diminuant leur reste à charge.

²⁰ Pour plus d'informations, se référer au cahier des charges pour la mise en œuvre en Ehpad du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation. Septembre 2019. ARS Hauts-de-France. Disponible sur le site de l'ARS Hauts-de-France.

Ces places d'hébergement temporaire pourront être mobilisées pour deux motifs. D'une part, en sortie d'hôpital si le retour à domicile est momentanément impossible et le recours à une hospitalisation non justifiée. Et d'autre part, *via* le domicile, en cas de carence de l'aidant (rupture brutale de l'aidant, hospitalisation de l'aidant non programmée, etc.).

Le déploiement dans les Hauts de France

Il est prévu de mettre en œuvre un dispositif HT SH par territoire MAIA (24) avec un nombre de places réparties en fonction de la population âgée de 75 ans. Ces places seront concentrées sur un ou 2 Ehpad sur chaque territoire, afin de limiter le nombre d'interlocuteur pour les établissements de santé adresseurs et d'optimiser l'organisation de l'Ehpad.

Deux appels à candidature ont été réalisés en 2019 et 2020.

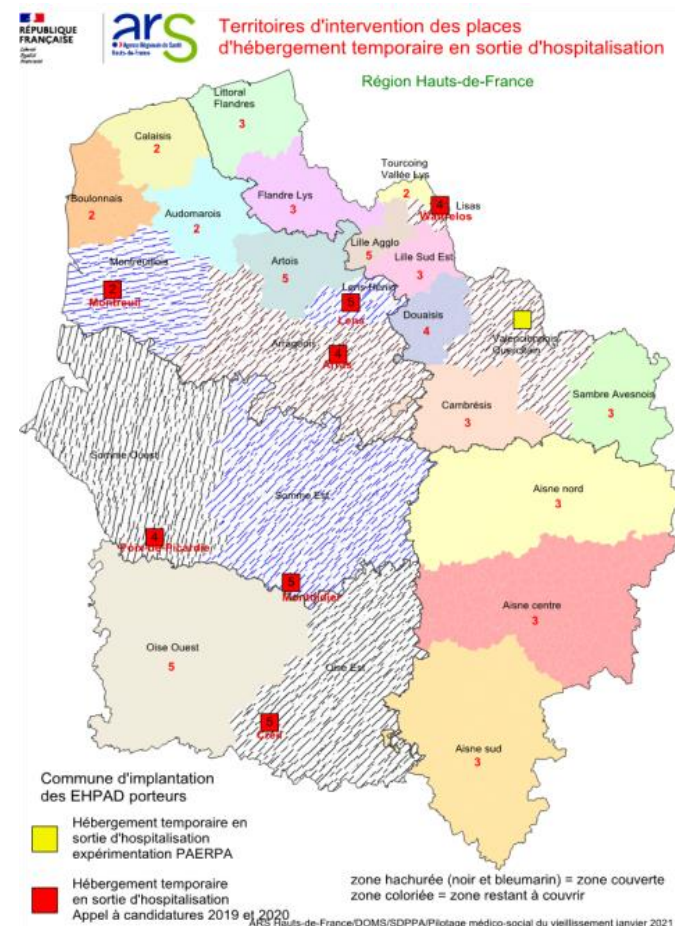
Analyse des bilans 2020

Porteurs

Après une expérimentation PAERPA dans quatre Ehpad du Valenciennois Quercitain, six **Ehpad des Hauts-de-France ont été retenus suite à l'appel à candidature** 2019 pour un début d'activité en 2020 sur différents territoires, avec un total de 27 places :

- Roubaisis : Ehpad Hameau du Bel Âge (CH Wattrelos) avec une ouverture le 23 octobre 2020 (premier accueilli le 21 octobre 2020) ;
- Lens Hénin : Ehpad Montgré à Lens (CH Lens), ouverture le 30 septembre 2020 (premier accueilli le 30 septembre 2020) ;
- Arrageois : Ehpad Brunet à Dainville (CH Arras), ouverture le 14 août 2020 (premier accueilli le 14 août 2020) ;
- Oise Est : Ehpad La Pommeraye à Creil, ouverture le 21 décembre 2020 (premier accueilli le 24 décembre 2020) ;
- Somme Est : Ehpad Lucien Vivien à Montdidier (CHIMR), ouverture le 5 octobre 2020 (premier accueilli le 7 octobre 2020) ;
- Somme Ouest : Ehpad des Evoissons à Poix de Picardie (EPISSOS), date d'ouverture non communiquée.

En 2021, un nouvel établissement dans le Montreuillois ouvrira un HT SH : l'Ehpad Saint-Walloy à Montreuil (CHAM).



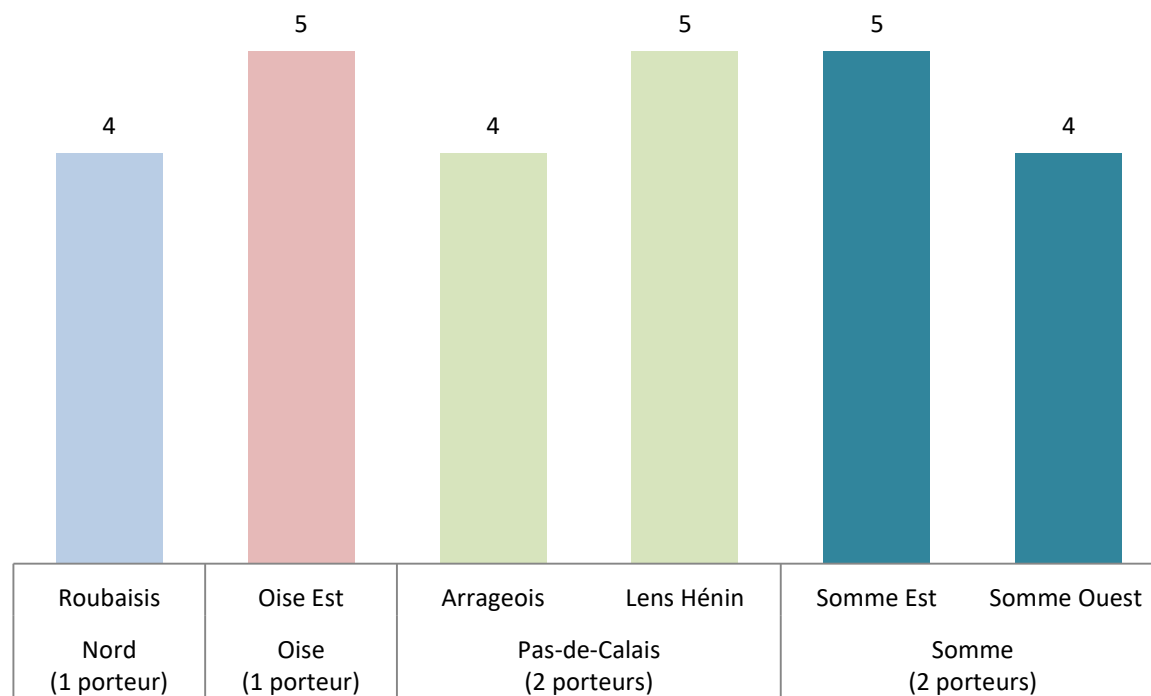
Le **nombre de jours d'ouverture** en 2020 pour ces 6 nouveaux dispositifs est donc compris entre 11 jours et 140 jours.

L'Aisne ne compte pas encore de dispositif de ce type et l'Ehpad de la Somme géré par EPISSOS n'a pas transmis son bilan d'activité pour 2020.

Au total, ce sont pour ces 6 nouveaux dispositifs, 27 **places d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation** (HT SH) disponibles dans les Hauts-de-France. Cinq des six porteurs ont transmis leur bilan 2020.

Le nombre de places se situe entre 4 et 5 places selon le territoire. Le Pas-de-Calais avec deux dispositifs compte 9 places, tout comme la Somme.

Nombre de places HT SH par département et par territoire



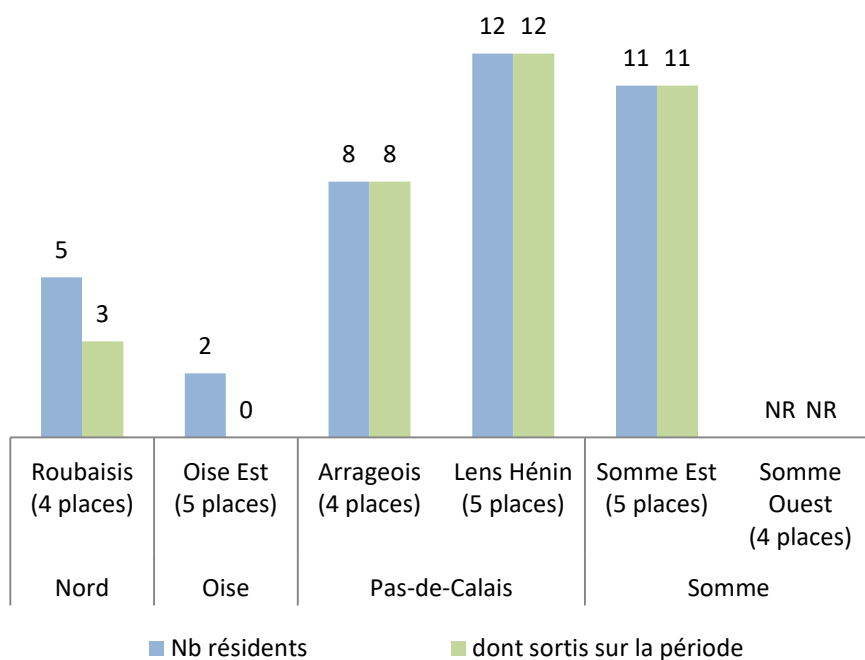
Source : ARS - Traitement OR2S

File active

En 2020, **38 personnes ont été accueillies** dans les cinq structures ayant communiqué leur bilan : 20 dans le Pas-de-Calais (8 personnes dans l'Arrageois et 12 sur Lens Hénin), 11 dans la Somme (Somme Est), 5 dans le Nord (Roubaisis) et 2 dans l'Oise (Oise Est).

Parmi elles, **34 sont sorties** du dispositif avant le 1^{er} janvier 2021.

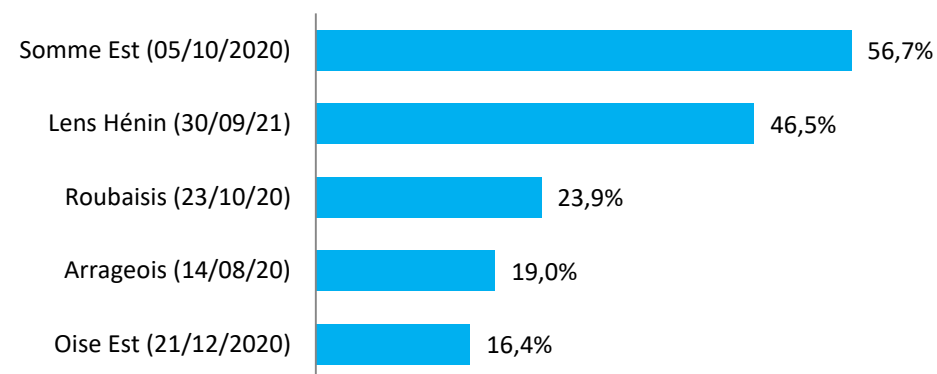
Nombre de résidents entrés et sortis du dispositif HT SH dans la période par territoire



Source : ARS - Traitement OR2S

Les **taux d'occupation** pour ces premiers mois d'activité varient de 16,4 % dans le dispositif du territoire Oise Est à 57 % dans celui du territoire Somme Est.

Taux d'occupation par territoire



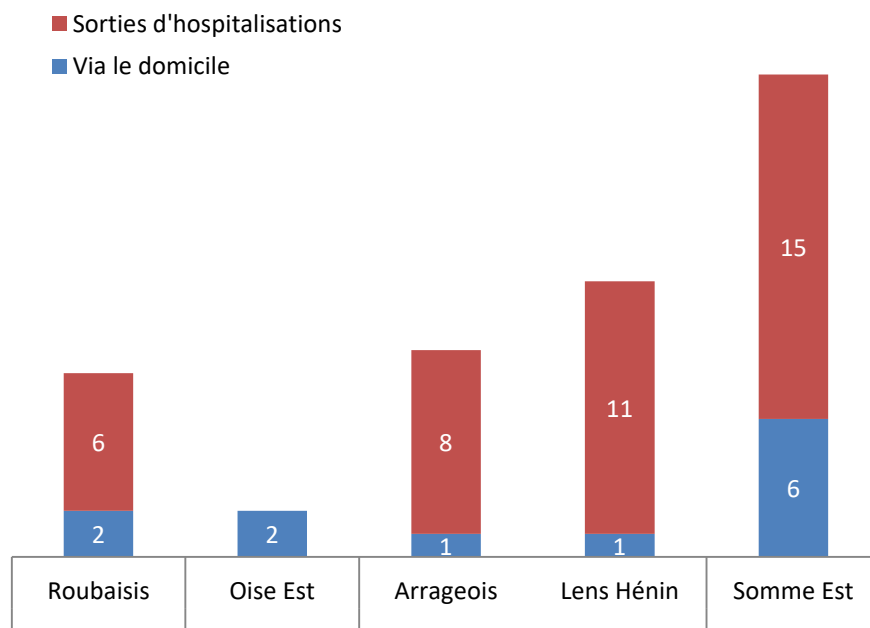
Source : ARS - Traitement OR2S

NB : date d'ouverture de l'HT SH indiquée entre parenthèses

Demande et origine des orientations

En 2020, 52 **orientations** vers des dispositifs d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation ont été réalisées. Ces demandes concernent principalement des sorties d'hospitalisations : 40 demandes (soit 77 % des demandes), contre 12 pour des personnes âgées à domicile.

Nombre de demandes d'orientations vers un dispositif HT SH, selon l'origine de la personne par territoire



Source : ARS - Traitement OR2S

Refus d'admission et entrées non confirmées

Les 11 **refus** d'admission se concentrent sur deux structures : 10 refus sur le territoire Somme Est et 1 dans l'Arrageois.

Les raisons sont diverses :

- Pas de place : 1 ;
- Délai incompatible : 2 ;
- Raison médicale : 3 ;
- Autre raison : 5.

Parmi ces refus, 1 provenait d'un établissement de santé et pour 10 l'origine du refus n'est pas renseignée.

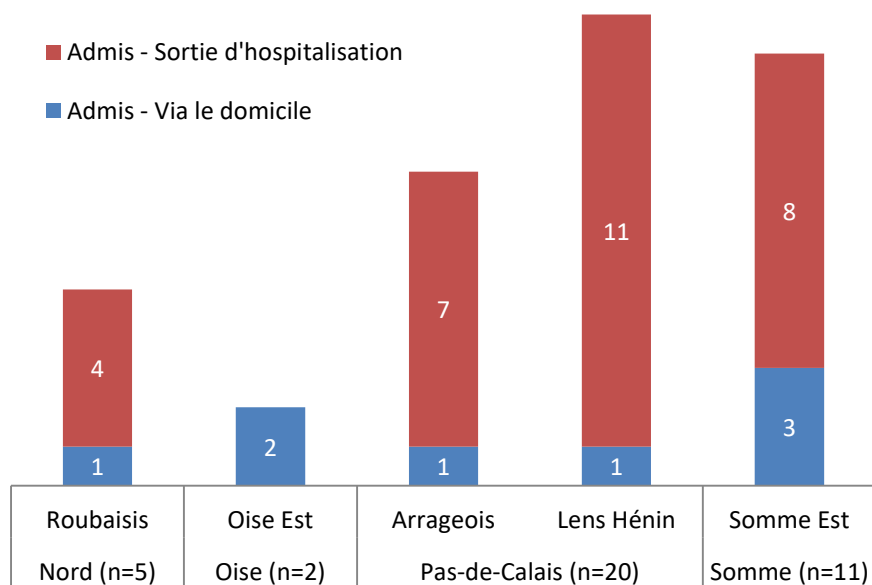
En parallèle, le territoire du Roubaisis compte 3 **entrées non confirmées** (1 provenant d'un domicile et 2 d'une sortie d'hospitalisation). Malgré leur admission acceptée, 1 personne n'a pas été admise pour raison médicale et 2 se sont rétractés.

Les quatre autres établissements ne comptent pas d'entrées non confirmées en 2020.

Admissions

En 2020, 38 personnes ont été **admis dans les dispositifs HT SH** de la région. Près de huit admissions sur dix (79 %) concernent des personnes hospitalisées, soit 30 personnes (contre 8 personnes provenant du domicile).

Admissions dans un dispositif HT SH, selon l'origine des personnes

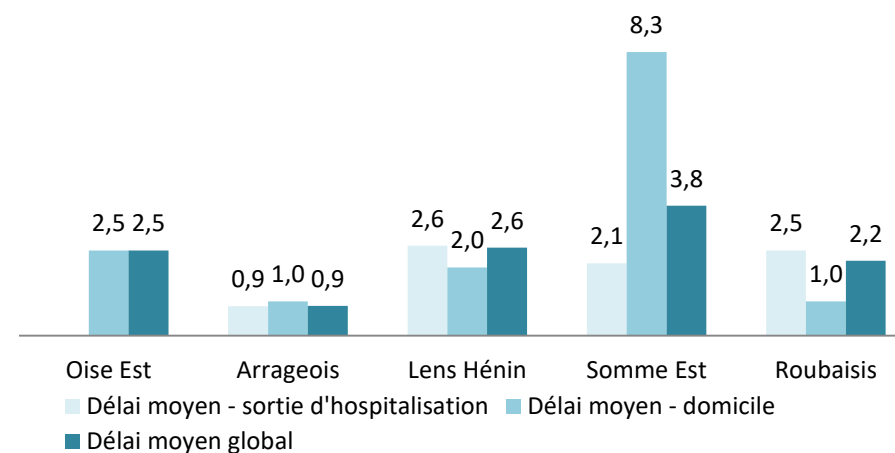


Source : ARS - Traitement OR2S

Les **délais moyens d'admission** varient entre 0,9 jour dans l'Arrageois à 3,8 jours dans la Somme Est. Les trois autres territoires ont des délais d'environ 2,5 jours (2,2 dans le Roubaix, 2,5 à Oise Est et 2,6 à Lens Hénin).

Les délais varient selon la provenance de la personne : entre 0,9 jour et 2,6 jours pour les personnes en sortie d'hospitalisation et entre 1 jour et 8,3 jours pour ceux provenant de leur domicile.

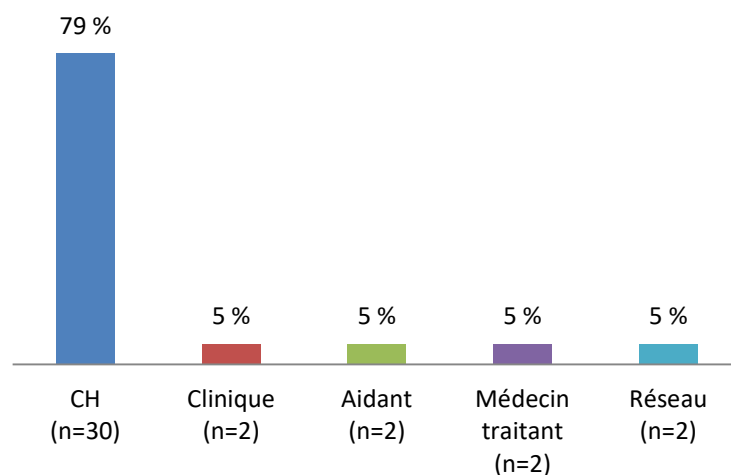
Délais moyens d'admission, selon l'origine de la personne



Source : ARS - Traitement OR2S

Les **séjours réalisés** sont en grande majorité demandés par des établissements de santé (84 % des 38 admissions en HT SH en région en 2020, soit 32 admissions : 79 % de centres hospitaliers et 5 % de cliniques). Les médecins traitants, les aidants et les réseaux comptent pour 5 % chacun (2 admissions chacun) parmi les demandeurs.

Origine des demandes d'admissions (en %)



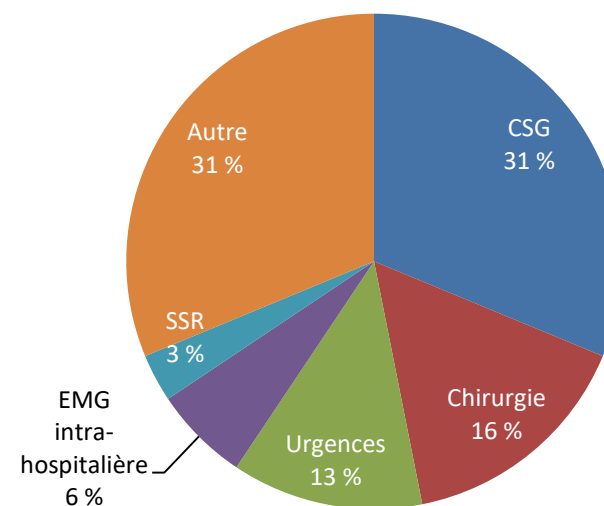
Source : ARS - Traitement OR2S

Au niveau départemental, les admissions provenant de demandes d'un centre hospitalier ou d'une clinique concernent 19 des 20 admissions dans le Pas-de-Calais (95 %, exclusivement CH), 8 des 11 admissions dans la Somme (73 %, 6 CH et 2 cliniques) et 4 des 5 admissions dans le Nord (80 %, exclusivement CH).

Parmi les **32 séjours réalisés à la demande des établissements de santé**, trois sur dix proviennent de courts séjours gériatriques (31 %, soit 10 admissions) et trois sur dix d'autres services de médecine polyvalente (également 10 admissions).

Les 12 autres admissions se répartissent entre services de chirurgie (5 admissions, soit 16 %), urgences (4 admissions, 13 %), équipes mobiles de gériatrie intra-hospitalières (2 admissions, soit 6 %) et services de soins et de réadaptation (1 admission).

Origine des demandes d'admissions au sein des établissements de santé (en %)



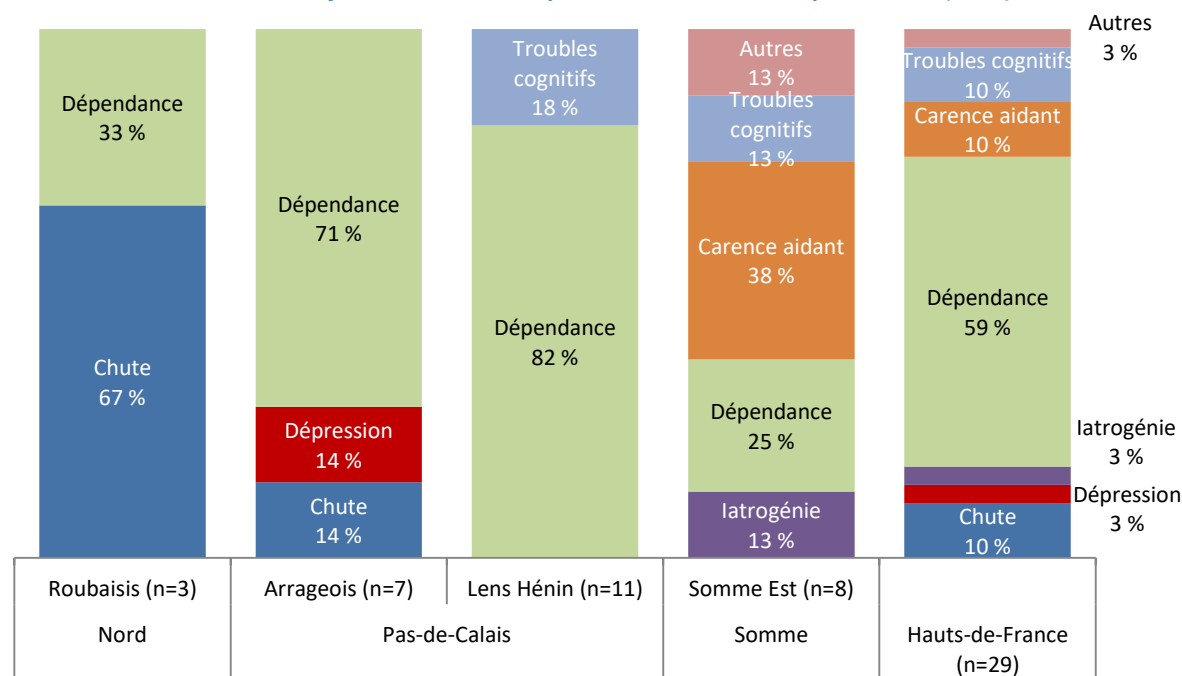
Source : ARS - Traitement OR2S

Motifs d'admissions des personnes sortant d'hospitalisation

Les **motifs d'admission** en HT SH ont été renseignés uniquement pour les personnes sortant d'hospitalisation, soit 29 personnes âgées admises après une hospitalisation (le motif n'est pas connu pour 1 personne du Roubaisis).

En ne considérant que le premier motif d'admission (4 motifs peuvent être renseignés par personne), la dépendance atteint 59 % des admissions de personnes sortant d'hospitalisation. Ce chiffre est particulièrement élevé dans les territoires du Pas-de-Calais (82 % à Lens Hénin et 71 % dans l'Arrageois). Les chutes, carences de l'aidant et troubles cognitifs représentant chacun 10 % des premiers motifs d'admissions au niveau régional.

Premiers motifs d'admissions des personnes sortant d'hospitalisation (en %)

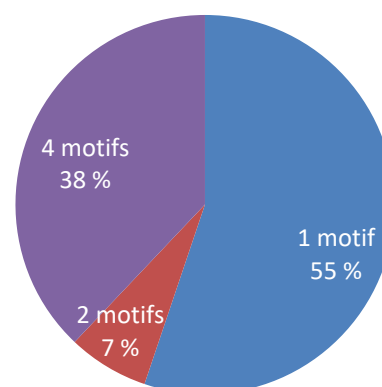


Source : ARS - Traitement OR2S

Une admission pouvant cumuler plusieurs motifs, 64 motifs ont ainsi été indiqués.

Parmi les 29 personnes dont les motifs d'admission sont connus, un peu plus de la moitié n'a qu'un seul motif renseigné (16 personnes, 55 %). Pour 11 personnes, 4 motifs sont renseignés, soit 38 % des personnes admises en sortie d'hospitalisation. Les deux autres personnes ont deux motifs renseignés.

Proportion du nombre de motifs d'admissions renseignés pour les personnes sortant d'hospitalisation (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

La dépendance figure parmi les motifs d'admissions évoqués le plus souvent pour les personnes sortant d'hospitalisation (33 %), devant les chutes (17 %) et les carences des aidants (16 %).

Les troubles cognitifs et l'iatrogénie reviennent pour près de 10 % des personnes admises (respectivement 11 % et 9 %) alors que la dépression (6 %) et la dénutrition (3 %) concernent moins de 7 % des personnes.

Données relatives aux séjours achevés en 2020

Les données qui suivent ne portent que sur les personnes dont le séjour est terminé c'est-à-dire ayant été admises et étant sorties pendant la période d'analyse, soit l'année 2020. Cela représente 34 personnes. À noter que cette partie de l'analyse porte sur 4 dispositifs HT SH car pour celui de Oise Est, les séjours étaient encore en cours au 31 décembre 2020 et seront donc analysés dans le bilan 2021.

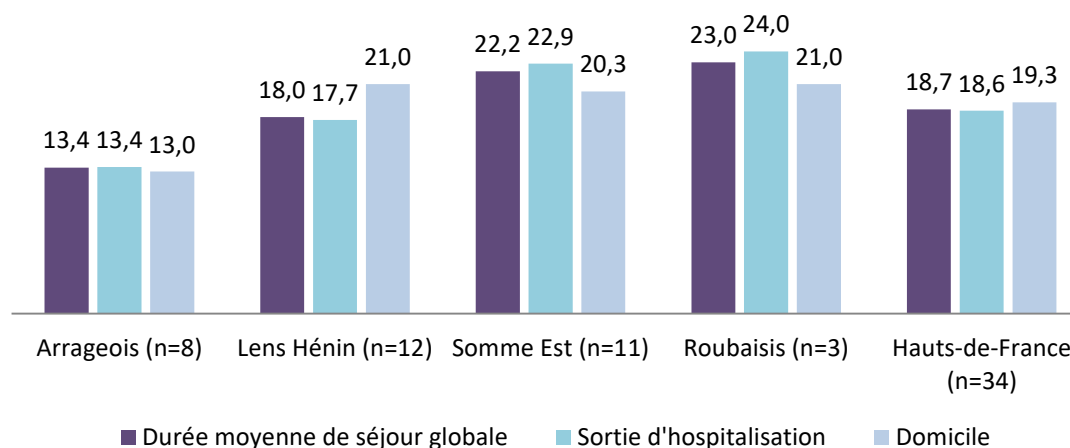
Parmi les 34 personnes ayant achevé leur séjour en 2020, 28 faisaient suite à une hospitalisation et 6 venaient du domicile.

Séjours

Les **durées moyennes de séjour** ont été calculées pour chaque établissement et varient entre 13,4 (Dainville) et 23,0 jours (Wattrelos), pour une durée moyenne régionale de 18,7 jours.

Les durées sont assez proches entre les personnes sortant d'hospitalisation et celles provenant du domicile : entre 13,4 et 24,0 jours pour les premiers (18,6 jours en région) et entre 13,0 et 21,0 pour les seconds (19,3 jours en région).

*Durées moyennes de séjours par structure, selon la provenance des personnes
(en nombre de jours)*

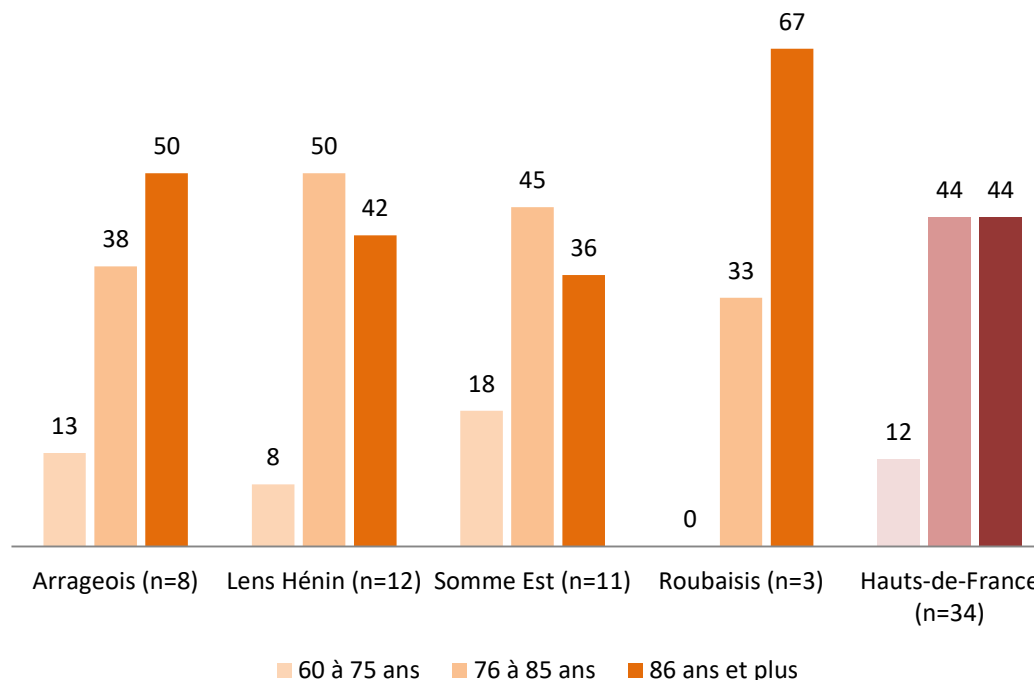


Source : ARS - Traitement OR25

Profils des personnes ayant achevé leur séjour

Parmi les 34 personnes ayant achevé leur séjour, **près de neuf sur dix ont plus de 75 ans** : 44 % ont entre 76 et 85 ans et 44 % ont 86 ans et plus. Les 60-75 ans comptent pour 12 % des personnes.

Répartition des personnes accueillies en HT SH selon leur âge (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

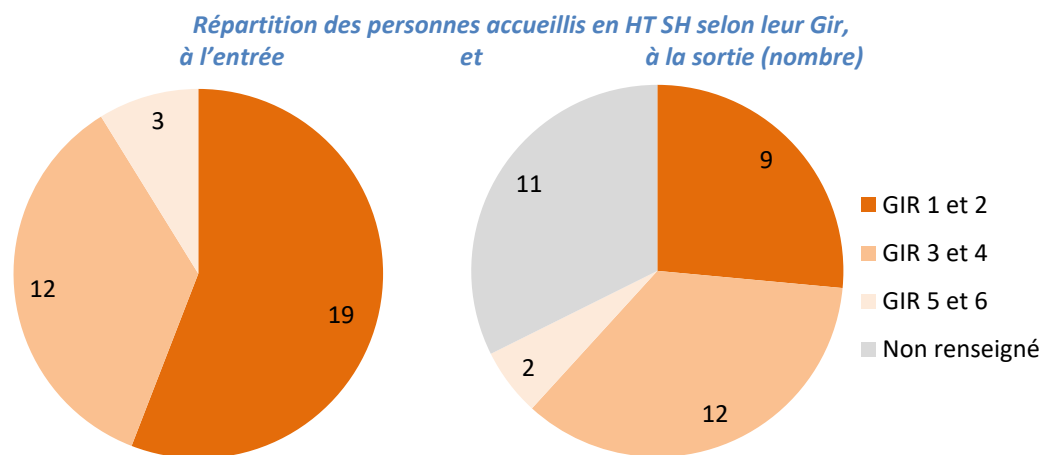
Vingt personnes avaient l'**allocation personnalisée d'autonomie (Apa)** avant leur entrée en HT SH et 5 ont bénéficié de la mise en place de l'Apa avant leur sortie. Au total, l'Apa concerne 2 personnes du Nord, 14 du Pas-de-Calais (dont 5 en cours d'HT SH) et 9 de la Somme.

La grille AGGIR (autonomie-gérontologie-groupe iso ressources) permet de définir le niveau de dépendance d'une personne. Les **personnes en Gir 1 à 4** peuvent bénéficier de l'Apa ; le Gir 1 étant le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le Gir 6 le plus faible.

Les personnes admises en HT SH sont majoritairement en Gir 1 et 2 (56 %). Les Gir 3 et 4 viennent ensuite, avec 12 personnes admises (35 %). Les Gir 5 et 6 représentent 9 % des personnes à l'entrée en HT SH.

Les Gir en sortie n'ont pas été renseignés pour 11 personnes (8 dans l'Arrageois et 3 en Somme Est).

À leur entrée, 19 personnes étaient en Gir 1 et 2. Ils sont 9 à la sortie du dispositif. Les Gir 3 et 4 restent stables (12 personnes), ainsi que les Gir 5 et 6 (de 3 à 2 personnes).



Source : ARS - Traitement OR2S

Sorties d'HT SH

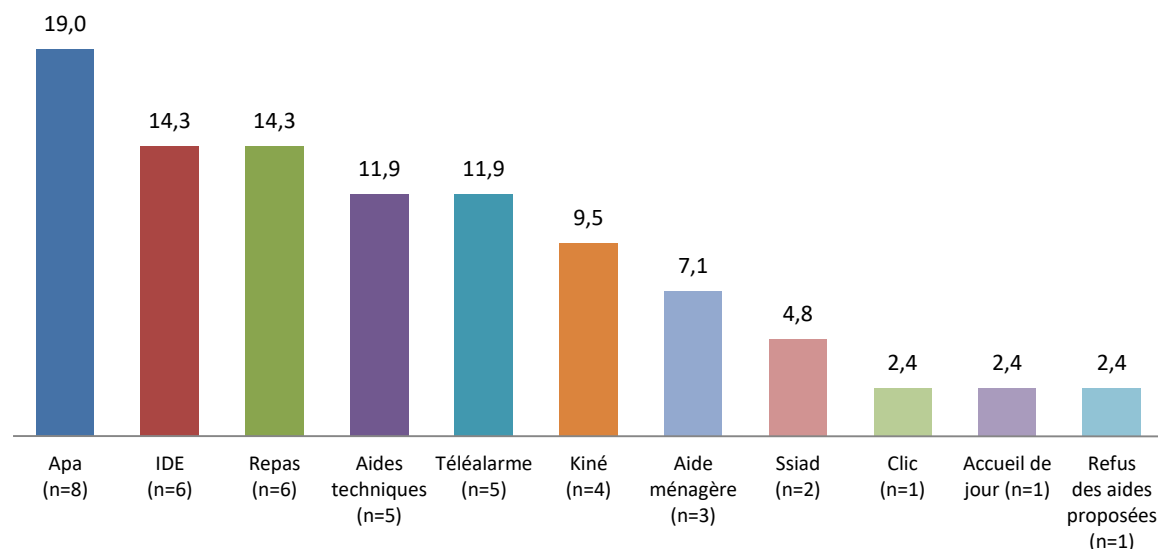
Actions proposées

Une personne peut recevoir plusieurs propositions d'action pour le retour à domicile. Ainsi, 42 propositions ont été recensées sur les dispositifs des Hauts-de-France, soit en moyenne un peu plus d'une proposition en moyenne par personne (1,2). Cette moyenne varie sensiblement selon les dispositifs : de 0,1 dans l'Arrageois (1 proposition faite pour 8 personnes sorties) à 7,0 dans le Roubaisis (21 propositions pour 3 personnes). Ainsi, certaines personnes n'ont reçu aucune proposition tandis que d'autres en ont reçu plusieurs.

Les **actions spécifiques proposées** pour le retour à domicile concernent en premier lieu les démarches relatives à l'Apa (sans précision s'il s'agit d'une première demande ou d'une révision) : près d'une action sur cinq (19 %).

L'aide pour les repas ou la venue d'un infirmier représentent chacun 14 % des actions proposées, devant les aides techniques et la téléalarme (12 % chacun).

Répartition des actions spécifiques proposées pour le retour à domicile des personnes HT SH (en %)



Source : ARS - Traitement OR2S

Les services de Ssiad ou d'accueil de jour ont été proposés exclusivement à des personnes admises en HT SH *via* le domicile (respectivement 2 et 1 aides proposées). À l'inverse, l'intervention d'un Clic n'a été proposée qu'à une personne provenant d'une hospitalisation.

Pour les personnes ayant intégré un HT SH en post-hospitalisation, les trois actions les plus fréquemment proposées sont comme pour les personnes venant de leur domicile : Apa (19 %, soit 5 actions), venue d'infirmiers et aide aux repas (chacun 15 % soit 4 actions). À cela s'ajoute les aides techniques et téléalarmes (15 % également). Le recours à un Clic a été proposé 1 fois.

Les actions proposées aux **personnes admises en HT SH depuis leur domicile** sont principalement liées à l'Apa (20 % des actions, soit 3 actions), à la venue d'infirmiers (13 %, 2 actions) et à l'aide aux repas (13 %, 2 actions). Les aides techniques, la téléalarme, la venue de kinésithérapeutes, les aide-ménagères et l'accueil de jour représentent chacune 7 % des actions proposées (soit chacune 1 action proposée sur un total de 15).

Une proposition a été refusée sur les 15 émises pour les personnes admises en HT SH depuis leur domicile.

Seul l'Ehpad de Montdidier a réalisé des **visites à domicile** (7 visites) sur l'ensemble des porteurs ayant répondu au bilan d'activité 2020.

Orientations à la sortie

Les **orientations à la sortie** ne sont disponibles que dans les trois établissements de Dainville, Lens et Montdidier, soit pour 28 résidents.

Après leur passage en HT SH, les personnes sont majoritairement réorientées vers leur domicile (36 % des sorties, soit 10 sorties) et dans une autre unité de l'Ehpad (32 %, soit 9 sorties).

Le changement d'Ehpad intervient dans 14 % des cas (4 sorties).

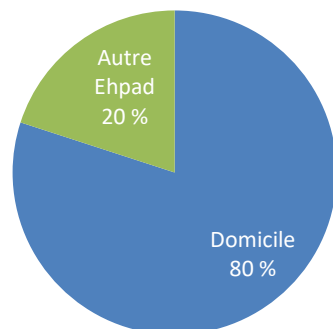
Deux décès ont été enregistrés au cours d'un séjour.

Parmi les personnes ayant été admises en HT SH **via leur domicile**, 80 % retournent à leur domicile après leur passage en HT SH (4 sorties) et 1 personne intègre un Ehpad.

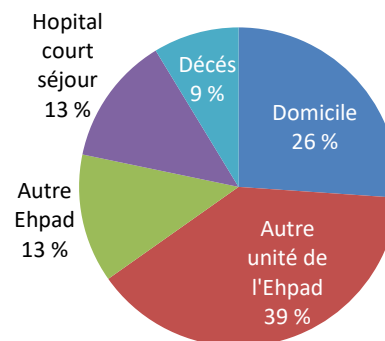
Les personnes ayant été admises en HT SH **en post-hospitalisation** rejoignent plus souvent une autre unité de l'Ehpad à leur sortie (39 %, 9 sorties). Le domicile (26 %, 6 sorties) vient ensuite, devant l'intégration d'un autre Ehpad ou une ré-hospitalisation en court séjour (13 %, 3 sorties chacun).

Orientation des personnes âgées après leur sortie, en fonction de leur origine d'admission (en %)

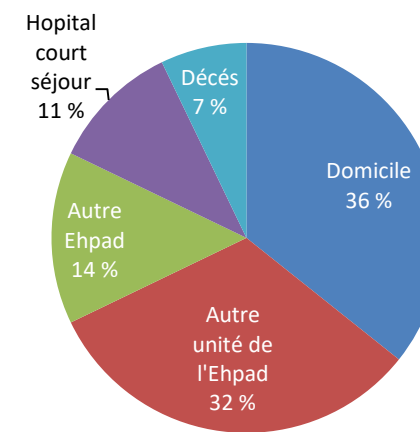
Via le domicile (n=5)



Post-hospitalisation (n=23)



Total (n=28)



Source : ARS - Traitement OR2S

Autres indicateurs nationaux

Sur la période 2020, 34 HT SH ont été **menés et achevés** dans les Hauts-de-France (20 dans le Pas-de-Calais, 11 dans la Somme et 3 dans le Nord). Parmi les personnes, 36 % sont retournées à leur domicile (sur les 28 personnes dont le détail de la sortie est connu).

La **carence de l'aidant** est la cause de 15 admissions en HT SH.

Au total, les accompagnements menés dans les Hauts-de-France pour la période 2020 cumulent 636 jours avec 33 séjours sur 34 de **moins de 30 jours**. Un seul séjour dans la Somme a été plus long que 30 jours.

Partenariats et communication

Ces dispositifs nécessitent des collaborations étroites entre l'Ehpad et les structures hospitalières, les structures médico-sociales du territoire, les médecins traitants, les structures d'aide à domicile...

Une communication régulière et rigoureuse doit être menée par les porteurs.

Pour ce premier exercice, 2 des 5 structures ayant complété leurs bilans d'activité recensent des conventions signées (Dainville et Wattrelos).

L'Ehpad de Dainville a signé 18 conventions avec d'autres Ehpad, 3 conventions avec des établissements de santé et 2 avec d'autres acteurs du domicile.

L'Ehpad de Wattrelos compte 6 conventions : 3 avec des établissements de santé, 2 avec d'autres acteurs du domicile et 1 avec un autre Ehpad.

Partie III : Les dispositifs médico-sociaux en ville

III.1. Les 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 2020. 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.

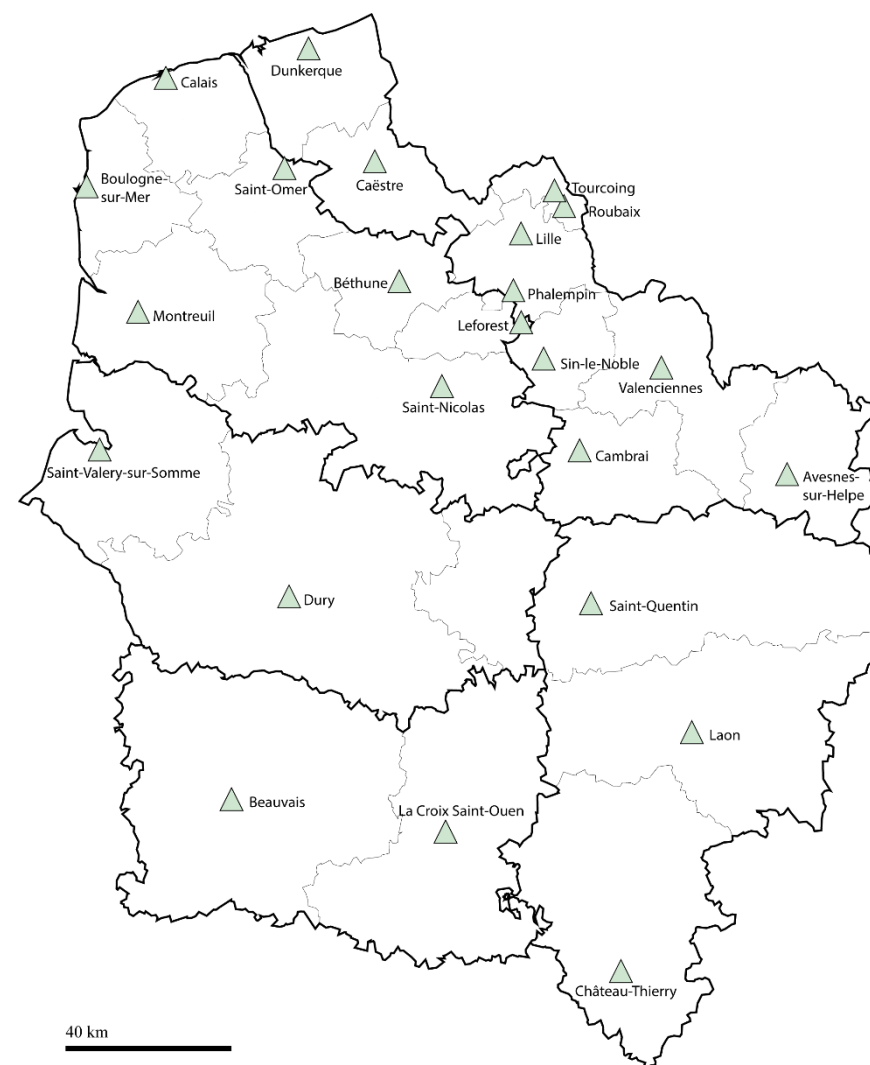
Ces 24 MAIA couvrent l'ensemble de la région.

Type de porteurs

Les MAIA sont portées par différents types de structures. Ainsi, en 2020 :

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

Implantation des MAIA en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Analyse des données d'activité

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2020 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 2020, les 24 MAIA autorisées au 31 décembre 2020 ont eu une activité (intégration des partenaires au guichet intégré et gestion de cas) perturbée compte tenu de la crise sanitaire.

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.

Tables 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, pour l'Aisne depuis mars 2018 et dans l'Oise depuis novembre 2019. Compte tenu des conditions sanitaires, ces tables de concertation stratégique ont été peu réunies en 2020 : une fois dans l'Aisne et une fois dans l'Oise. Aucune ne s'est tenue en 2020 dans les départements de la Somme, du Nord et du Pas-de-Calais.

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 toutefois pas réuni depuis 2018.

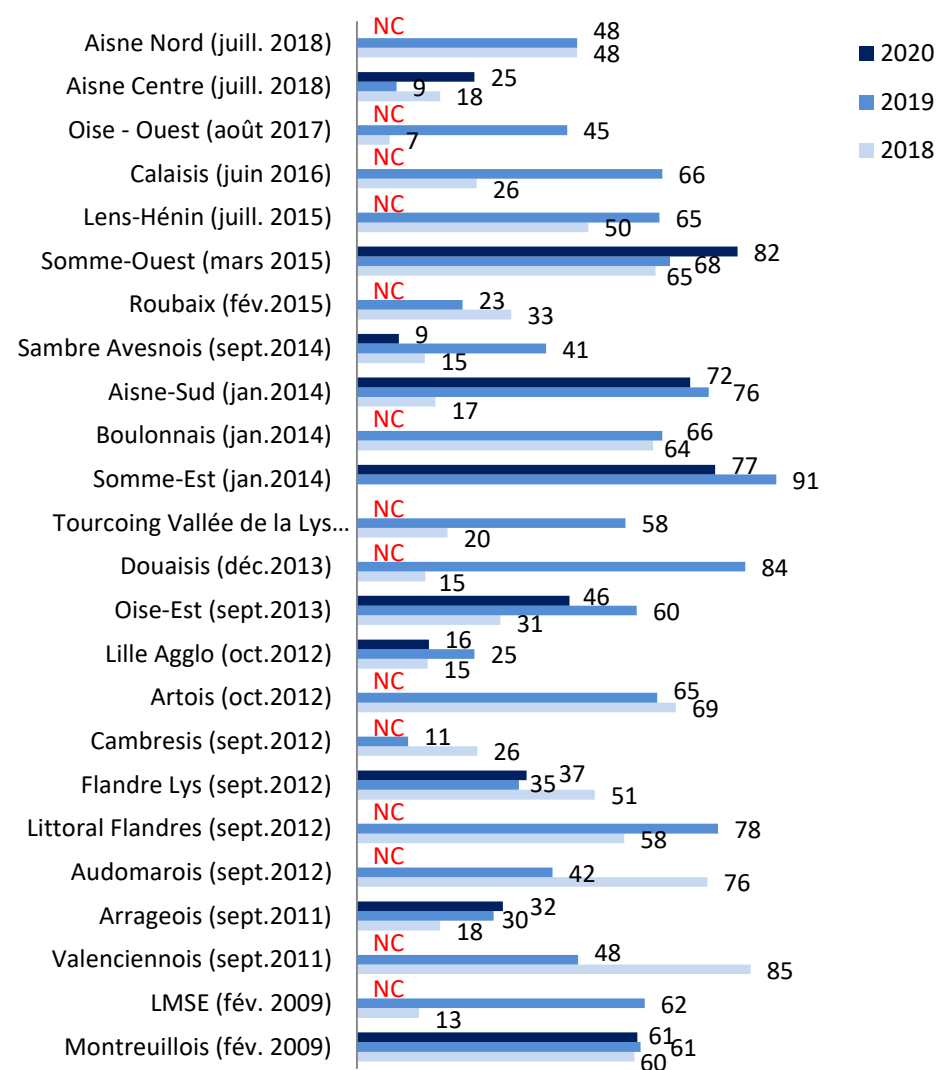
Les **tables de concertation tactique** sont composées de responsables d'établissements et des services ainsi que les professionnels de santé libéraux du territoire. Leur mission est d'analyser le service rendu, d'envisager des solutions aux difficultés rencontrées et d'interpeller, si nécessaire, les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

En 2020, les réunions de la table de concertation tactique se sont tenues d'une à deux fois dans l'année (une à quatre fois en 2019).

Le taux de participation est variable d'une MAIA à une autre allant de 9 % pour la MAIA Sambre Avesnois à 82 % pour la MAIA Somme-Ouest.

Ce taux n'est pas directement lié à l'ancienneté d'installation de la MAIA et varie d'une année sur l'autre, voire d'une réunion à l'autre.

Part des structures présentes lors de la dernière table de concertation tactique dans les MAIA en 2018, 2019 et 2020 (en %)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S
NC : non concerné car pas de table stratégique en 2020

Feuille de route 2021

Lors des 16 **tables tactiques** qui ont pu avoir lieu en 2020, différents points ont été abordés : l'évolution des différents groupes de travail²¹, les feuilles de route, la validation des rapports d'étape, les actualités et présentation des ressources du territoire, le recueil des problématiques du territoire, le suivi de la gestion de cas (problématiques rencontrées), la construction et le suivi de la mise en œuvre du guichet intégré, l'organisation de la gestion de crise, les actualités des DAC et futurs dispositifs.

L'intégration et la concertation entre les partenaires (rencontres, réflexions communes et partage d'informations, enquête annuelle auprès des membres de la table tactique, présentation des partenaires...) est un élément important du fonctionnement de la MAIA.

De même, le développement et la gestion des outils sont abordés : annuaire des structures et services, atlas médico-social des principaux dispositifs, carte contact pour optimiser le retour à domicile en cas d'hospitalisation, portail d'accès aux différents outils, annuaire des ressources du territoire (Gérontoguide « Qui fait quoi ? »), les sites internet...

La crise sanitaire liée à la Covid-19 est également largement évoquée (échanges et retours d'expérience).

Les **feuilles de route 2021** consistent principalement en une continuité des actions, groupes de travail, outils et projets initiés en 2020 permettant de développer la MAIA et son processus d'amélioration engagé. Elles sont dans la même lignée que celles de 2020.

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 ; formation des aidants ; formation sur la maltraitance des personnes âgées à domicile et en établissement pour tous les acteurs de terrain ; renouvellement des sensibilisations de professionnels ; 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.

Une MAIA préconise de continuer de présenter en tables tactiques des cas concrets afin de faire émerger les thématiques de travail par les partenaires et inciter ces derniers à être force de proposition pour rendre plus efficiente l'organisation du territoire. L'identification et l'intégration de partenaires continue de faire partie des objectifs, tout comme leur cohésion sur le territoire.

Par ailleurs, les MAIA comptent poursuivre leurs efforts menés en termes de communication : optimisation du site internet et de l'extranet, newsletter, poursuite des journées de sensibilisations, distribution de cartes contact, portail AF&LA avec diffusions d'émissions et chaîne Youtube, application smartphone...

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), diagnostic accueil de jour / accueils temporaires et travail avec les établissements sur un plan d'actions territoriales, poursuite du développement de la télémédecine en Ehpad, outils liés à l'hospitalisation – et aux sorties d'hospitalisation – de l'aidant (fiche de liaison ville établissement, sous-groupes de travail ville-hôpital, fiche urgence...), communication autour de l'outil d'interpellation (formulaire d'orientation départemental)...

²¹ Les thématiques des groupes de travail sont développées plus loin.

La mise en place et l'organisation des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sont également mentionnées par de nombreuses MAIA, notamment en prenant en considération les aspects juridiques, financiers, sociaux, territoriaux et partenariaux. La construction de ces DAC nécessite : la réalisation d'un diagnostic territorial, le travail parfois avec un cabinet conseil sur la convergence (organisation cible, structure juridique, projet de DAC...), la rencontre avec les nouveaux partenaires, la construction d'une nouvelle gouvernance et la transition vers le système numérique d'appui à la coordination PREDICE.

Le guichet intégré continuera sa mise en œuvre avec l'organisation de sessions d'information et de sensibilisation (et e-sensibilisation), le recueil des besoins de sensibilisation et la communication autour de celui-ci (site internet). Il poursuivra l'enrichissement de l'annuaire des ressources et de la boîte à outils, l'analyse des pratiques et renforcera l'articulation de la plateforme de répit et des acteurs.

Pour la gestion de cas, la poursuite de son développement constitue une priorité parmi les MAIA, tout en amorçant progressivement un discours lié à la conduite du changement des pratiques professionnelles induites par le DAC. L'usure professionnelle des gestionnaires de cas est à prévenir en maintenant des séances de supervision et en proposant des formations modulaires aux gestionnaires de cas en regard des problématiques rencontrées.

La psychogériatrie a été mentionnée fréquemment par les MAIA qui souhaitent poursuivre la conduite de ces projets, en étroite collaboration avec le trinôme gériatre / psychiatre et ARS, en déclinant le plan d'action avec les ressources du territoire. Elles veulent mettre en place les actions validées et promouvoir le Qui fait quoi en psychogériatrie auprès des libéraux.

Pour la MAIA de l'Arrageois, la table tactique a été intégrée aux Concertations Territoriales Autonomie. La participation des opérateurs locaux a été élargie au champ des personnes en situation de handicap. Pour 2021, il s'agit de consolider cette nouvelle instance et son fonctionnement. En fonction de l'évolution du contexte sanitaire, une ou deux rencontres seront programmées.

Thématiques des groupes de travail

Lors de l'année 2020, les MAIA font part de groupes de travail thématiques.

Les thématiques les plus abordées sont :

- le guichet intégré (structuration, concertation, identification des besoins et orientations, formation guichet intégré, sensibilisation, déploiement des outils, référentiel des missions, engagement des partenaires, comment le développer ? : 13 occurrences),
- la gestion de cas (optimiser le recours et le taux d'inclusion, promotion de la gestion de cas auprès des professionnels de santé libéraux, harmonisation des pratiques, analyse des pratiques autour de situations complexes, développement, procédure organisant la place du gestionnaire de cas durant un séjour hospitalier, évaluation : 13 occurrences),
- le renforcement de liens avec les partenaires et le réseau (partenariats, conventions, participation aux CLS – CLSM – PTSM... : 12 occurrences),
- les ateliers juridiques (justice, protection juridique, partenariats, mesures de protection... : 11 occurrences),
- la communication (9 occurrences),
- l'hébergement de la personne âgée (accueil de jour, hébergements temporaires, halte répit, habitat inclusif et résidence autonomie : 8 occurrences),

- la sécurisation des parcours des personnes en manque d'autonomie (contribution aux fiches action du Schéma départemental de l'autonomie et CTA Concertation territoriale d'autonomie : 8 occurrences),
- le développement des DAC (8 occurrences),
- l'aide et la prise en charge à domicile (passerelle domicile – Ehpad, continuité de la prise en charge, classeur de liaison commun, sensibilisation à destination des services à domicile, accès aux aides, liaison des acteurs... : 7 occurrences),
- les Gérontoguides (7 occurrences),
- le lien ville – hôpital (5 occurrences),
- le développement de la télémédecine (5 occurrences),
- les sorties d'hospitalisation (4 occurrences),
- les solutions à apporter lors de l'hospitalisation de l'aidant principal (4 occurrences),
- le développement d'outils communs et de référentiels (3 occurrences),
- les ateliers aide aux aidants (guide des aidants, médiation familiale / couple : 3 occurrences),
- le repérage d'incidents de parcours (dysfonctionnements, identifier les barrières du système, éviter les ruptures de parcours, amélioration des parcours : 3 occurrences),
- les projets de vie et parcours de santé (2 occurrences),
- la mise en place d'un espace de réflexion éthique – sensibilisation à l'éthique à destination des mandataires de justice (2 occurrences),

Par ailleurs, 21 MAIA recensent des groupes de travail sur la psychogériatrie.

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. Globalement les MAIA suivent ce plan. Les binômes ont été constitués en 2018 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.

En 2020, plus précisément, 23 MAIA ont indiqué travailler sur la psychogériatrie et en détaillent le développement.

Après les diagnostics réalisés en grande partie en 2018, l'année 2019 a principalement été consacrée à la réflexion puis à la validation des plans d'actions à mettre en place. En 2020, la moitié des MAIA (11) continue les états des lieux des besoins des territoires en identifiant et communiquant les ressources dédiées à la psychogériatrie, en créant et diffusant des outils de recensement des ressources mutualisables en formations et informations. Les Gérontoguides sont également mis à jour et des outils d'aide à l'orientation du patient âgé fragile déclinés.

La mise en place des groupes de travail thématiques sont effectifs dans plusieurs MAIA.

L'identification, la priorisation, la mise en place et la poursuite des actions ont été mentionnées également par 11 MAIA (plan d'action, rédaction de fiches actions, déclinaison des actions...).

L'action la plus souvent citée porte sur la formation, la sensibilisation et l'information des professionnels du territoire (10 MAIA), afin d'améliorer les compétences de tous les professionnels du parcours psychogériatrique pour repérer, orienter et accompagner les personnes concernées.

En parallèle, les actions de liens avec les partenaires sont évoquées par 9 MAIA et regroupent : les présentations de partenaires, les échanges de pratiques, les cellules de réflexion sur les cas complexes, l'amélioration de la connaissance des acteurs entre eux sur le territoire, les échanges avec les PTSM pour identifier les axes de travail et plans d'actions, les participations à l'élaboration de CLSM...

Développer le groupe de travail en psychogériatrie avec le trinôme de médecins et poursuivre la mise en place du plan d'actions en relation avec les acteurs du territoire et l'ARS est également évoqué.

La constitution, le renfort et le renouvellement d'appel à projet concernant les équipes mobiles de gériatrie et psychogériatrie (domicile et / ou établissement) font partie du développement de 10 MAIA.

La création, la mise à jour et la diffusion d'outils font partie du plan d'actions de 7 MAIA : outil départemental d'interpellation de la psychiatrie et psychogériatrie, référentiel commun, outil de repérage du patient psychogériatrique...

Les principales autres actions portent sur : la communication et les outils de communication (nuanciers, cartes de contact, lisibilité de la filière psychogériatrique, communication sur la nouvelle UCC... – 4 occurrences), le déploiement de la télémédecine (3 occurrences), l'étude et l'analyse du besoin de l'augmentation du nombre de places et d'accueils spécifiques (UCC/UHR... – 3 occurrences), l'harmonisation des pratiques d'accompagnement et de prises en charge (orientation, ville-hôpital, hôpital-institutions, ville-institutions, renforcement de la notion de parcours - 3 occurrences), le renforcement du lien et de la coopération entre les Ehpad et les établissements de santé (privilégier le maintien du lieu de vie, mise à disposition de place HT post-hospitalisation ou en cas d'hospitalisation de l'aidant au sein de l'Ehpad, échanges entre la psychiatrie, l'équipe mobile de psychogériatrie et centre hospitalier pour créer un logigramme d'interpellation pour les Ehpad – 3 occurrences), renforcement du lien ville-hôpital (2 occurrences).

Certaines actions seront organisées à l'échelle du territoire de la MAIA, d'autres le seront à des niveaux inter-MAIA (plusieurs MAIA, département, voire région).

Des points relatifs à la psychogériatrie sont inclus dans les tables tactiques et stratégiques de plusieurs MAIA, notamment la présentation du plan d'action et la validation de celui-ci.

Du fait de la crise sanitaire liée à la Covid-19, certains projets ont été suspendus, des groupes de travail / formations et colloques annulés...

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 2020, ce sont **2 854 acteurs identifiés par les 24 MAIA** ayant eu une activité d'intégration du dispositif MAIA sur leur territoire contre 2 261 en 2019, 2 184 en 2018, 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, 104 en 2018, 108 en 2019 pour atteindre 119 en 2020.

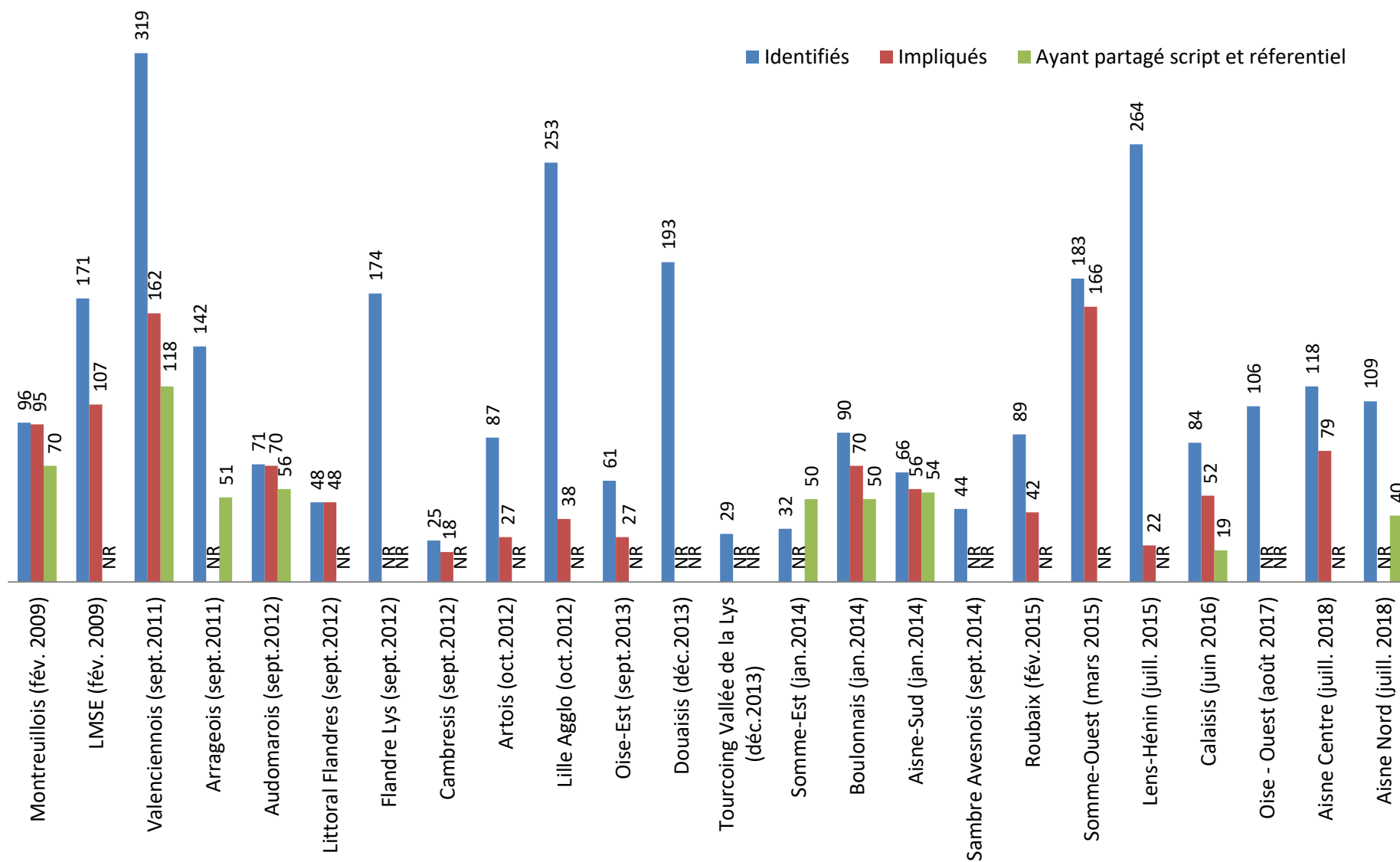
Sur les 24 MAIA, 16 sont parvenues à identifier 1 079 acteurs impliqués dans le guichet intégré (954 en 2019, 969 en 2018, 978 en 2017, 875 en 2016, 867 acteurs en 2015 et 448 en 2014) soit **38 % des acteurs que ces MAIA ont identifié** (contre 42 % en 2019, 44 % en 2018, 60 % en 2017, 55 % en 2016, 64 % en 2015 et 46 % en 2014). Six MAIA ont spécifié à la fois le nombre d'acteurs impliqués et ceux partageant le formulaire d'orientation et le référentiel d'interventions, ce qui représente 73 % des acteurs impliqués de ces 9 MAIA (70 % en 2019, 77 % en 2018, 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.

La MAIA Oise-Ouest précise qu'en raison de la mise en œuvre de la PTA Oise-Ouest, dont la gouvernance est une association composée en grande partie par les professionnels libéraux, la mise en place d'un guichet intégré pour le territoire Oise-Ouest a été remplacé par le numéro unique de la PTA Oise Ouest, effectif depuis le 1^{er} octobre 2019. Les structures impliquées dans la démarche comptent les URPS, hôpitaux, Ehpad, SSIAD, SAAD, conseil départemental, MDPH, dispositif d'appui...

Le nombre d'acteurs identifiés a augmenté depuis 2019 en raison de l'activité des MAIA. 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 en 2014 à 1 315, soit une augmentation de 69 %.

La MAIA Aisne Centre est celle qui présente la plus forte augmentation dans le nombre d'acteurs impliqués dans le guichet intégré entre 2019 à 2020 avec un supplément de 25 acteurs impliqués.

Constitution du guichet intégré au 31 décembre 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 24MAIA

Acteurs impliqués dans le guichet intégré

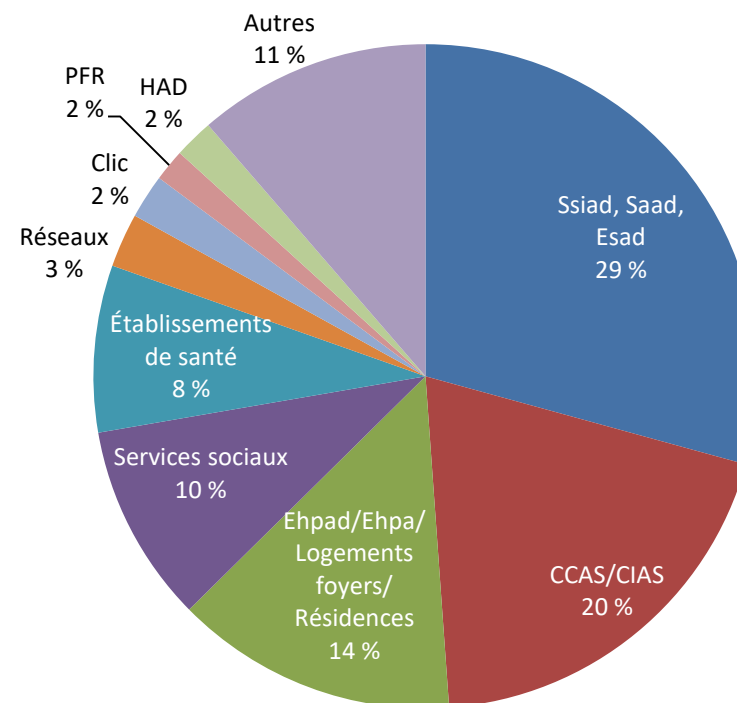
En 2020, le type d'acteurs impliqués au « guichet intégré » a été renseigné par 12 MAIA.

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

- 29 % sont des Ssiad, Saad ou Esad (31 % en 2019),
- 20 % sont des CCAS/CIAS (16 % en 2019),
- 14 % sont des établissements hébergeant des personnes âgées (16 % en 2019),
- 10 % des services sociaux (11 % en 2019),
- 8 % des établissements de santé (8 % en 2019).

Les autres acteurs représentent 20 % des structures impliquées (18 % en 2019).

Les structures impliquées dans le guichet intégré en 2020



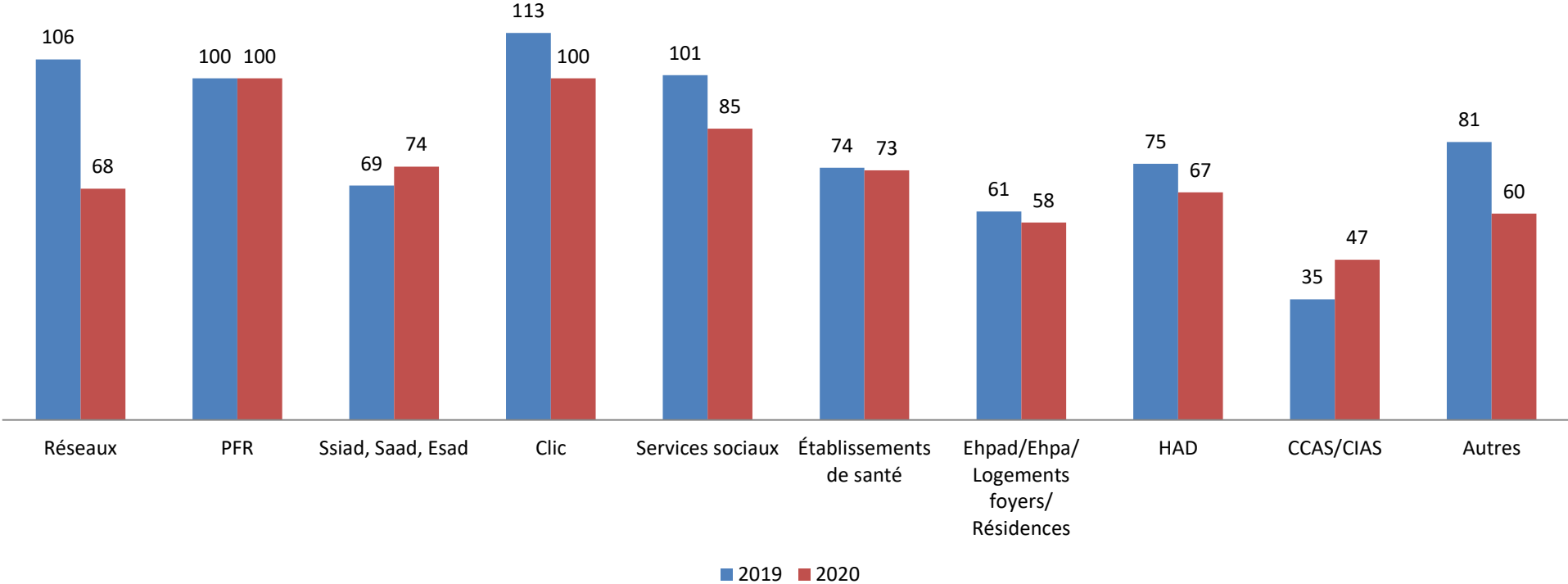
Champ : Réponses issues de 12 MAIA, correspondants à 783 acteurs impliqués
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

L'implication de l'ensemble des acteurs s'est plutôt améliorée entre 2019 et 2020 : de +1 point (établissements de santé) à +38 points (réseaux), seuls deux types de structures sont dans le négatif (les Ssiad, Saad et Esad avec -6 points et les CCAS/CIAS avec -12 points). Les PFR restent à un niveau stable.

Alors que l'ensemble des acteurs identifiés dans les réseaux et les services sociaux s'impliquaient dans le guichet intégré en 2019, cela ne concerne plus qu'entre 68 % et 85 % de ces acteurs en 2020.

Les CCAS/CIAS, les établissements hébergeant des personnes âgées et les HAD s'impliquent moins souvent une fois identifiés que les autres acteurs (respectivement 47 %, 58 % et 67 %), avec une baisse entre 2019 et 2020 de 12 points pour les CCAS/CIAS (+3 points pour les établissements pour personnes âgées et +8 points pour les HAD).

Part des structures impliquées dans le guichet intégré parmi les acteurs recensés en 2019 et 2020, par type de structure (en %)



Champ : Réponses issues de 12 MAIA, correspondant à 792 acteurs impliqués en 2020 et 15 MAIA pour 859 acteurs impliqués en 2019
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Gestion de cas

Gestionnaires de cas

Au total, au 31 décembre 2020, **77 gestionnaires de cas** ont été recrutés dans les 24 MAIA de la région (73 en 2019, 70 en 2018, 67 en 2017, 59 en 2016). Les MAIA ont fonctionné en 2020 avec 69,7 ETP de gestionnaire de cas (70,5 en 2019, 68,2 en 2018, 63,3 en 2017, 58,3 en 2016).

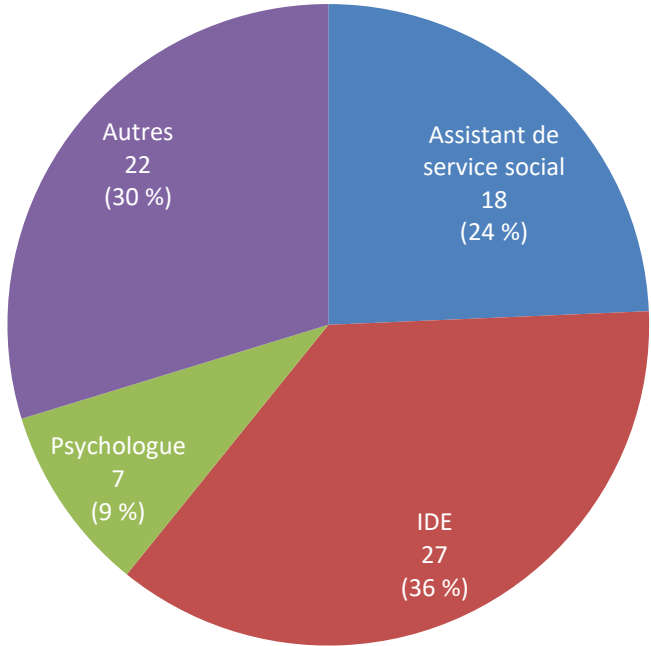
La formation initiale des gestionnaires de cas a été renseignée dans 23 des 24 MAIA.

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 (10 gestionnaires), d'ergothérapeute (3), d'assistant socio-éducatif (1), d'éducateur spécialisé (1), de visiteuse médicale (1), d'animatrice (1) et d'ingénieure en santé (1). Pour trois gestionnaires de cas « autre », la formation n'a pas été précisée.

Sur les 23 MAIA ayant détaillé la fonction des gestionnaires de cas, 21 disposent d'au moins une infirmière et 15 d'au moins un assistant de service social.

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 77 gestionnaires de cas, 58 ont obtenu ce diplôme.

Gestionnaires de cas selon leur formation initiale en 2020



Champ : 23 MAIA
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S
Il manque les informations pour 3 gestionnaires de cas (soit 4 %).

File active

Durant l'année 2020, **4 893 personnes ont été accompagnées** en gestion de cas au sein des 24 MAIA ayant eu une activité de gestion de cas (3 922 en 2019), soit une augmentation de 971 personnes accompagnées par rapport à 2019 (+ 25 %). La gestion des cas a débuté au cours de l'année 2020 pour près de 1 250 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 4,0 en 2020 (3,3 en 2019, 3,8 en 2018 et 2017, 4,2 en 2016, 5,0 en 2015). Ce nombre varie de 1,4 (Aisne Sud) à 7,1 (Artois-Béthune) selon les MAIA et 6 d'entre elles affichent plus de 5 personnes incluses en moyenne chaque mois : Lille Agglomération (5,2), Arrageois (5,3), Boulonnais (5,1), Calaisis (5,4), Somme Est (5,3) et Artois-Béthune (7,1). Trois MAIA comptent moins de 2 personnes par gestionnaire de cas par mois : Oise-Est (1,7), Aisne Nord (1,7) et Aisne Sud (1,4).

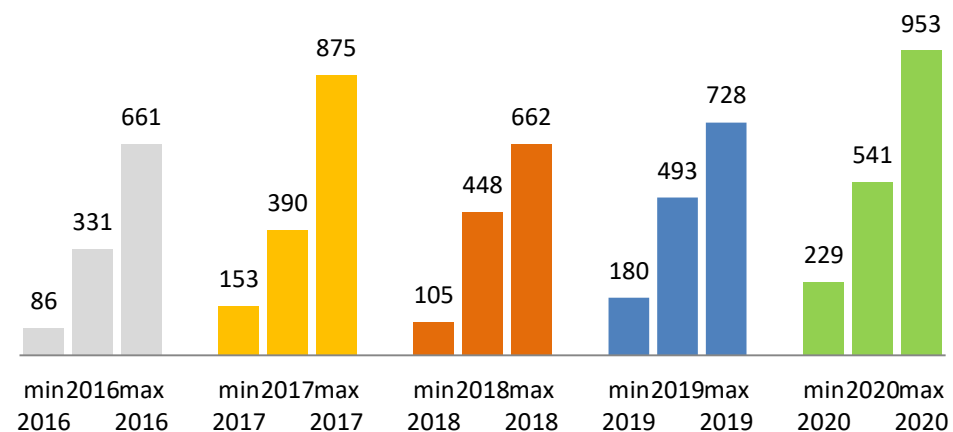
Ce nombre varie selon le département : 4,1 personnes par gestionnaire de cas par mois dans le Nord (4,5 en 2019), 4,9 dans le Pas-de-Calais (2,6 en 2019), 1,7 dans l'Aisne (2,1 en 2019), 2,9 dans l'Oise (1,8 en 2019) et 4,4 ans la Somme (2,2 en 2019).

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 suivi²² déclarée par les 22 MAIA pour lesquelles cette donnée est disponible est de 541 jours (493 en 2019, 448 jours en 2018, 390 jours en 2017, 331 en 2016) : 584 dans le Nord, 489 dans le Pas-de-Calais, 613 dans l'Aisne, 595 dans l'Oise et 404 dans la Somme. Cette durée varie de 229 à 953 jours

²² 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.

selon les MAIA (180 à 728 en 2019, 105 à 662 en 2018, 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).

Évolution de la durée moyenne (en jours) de suivi en gestion de cas De 2016 à 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 – Traitement OR2S

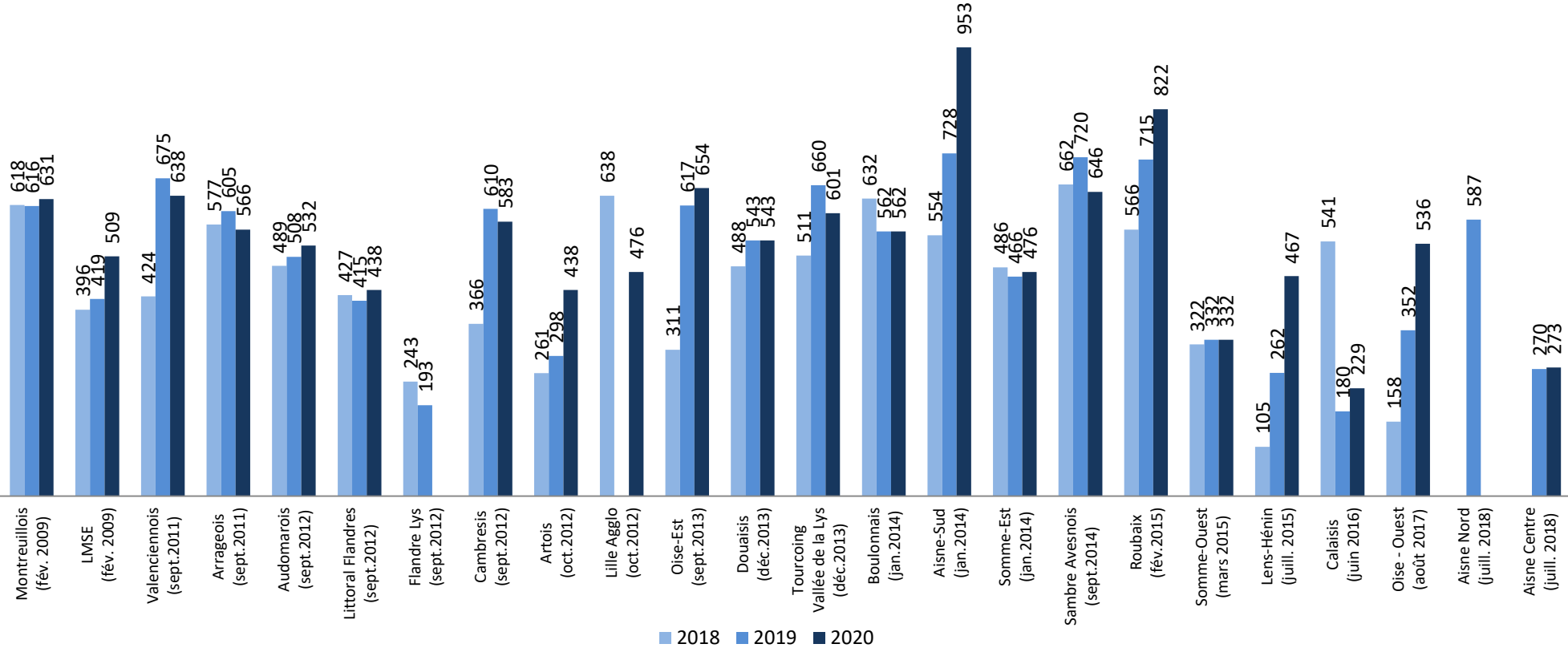
Cette large amplitude entre les MAIA souligne la pluralité de la complexité des cas pris en charge dans la gestion de cas et l'hétérogénéité des pratiques professionnelles. En 2020, un gestionnaire de cas travaillant à plein temps suit en moyenne 48 personnes différentes sur l'année (39 en 2019, 46 en 2018, 42 en 2017, 43 en 2016), ce nombre variant de 17 à 85 selon les MAIA.

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, seules 7 affichent un nombre de dossiers inférieur ou égal à ce seuil (2 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais, 3 dans l'Aisne et 1 dans l'Oise).

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 14 MAIA ayant renseigné cette information, sur un total de 3 020 personnes constituant la file active, 422 personnes sont en ALD 15 soit 14,0 % de la file active (16,4 % en 2018, 22,4 % en 2018, 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 2018, 2019 et 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 – Traitement OR2

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 16,2 pour les 24 MAIA en 2019 (17,0 en 2019, 16,4 en 2018, 15,3 en 2017, 14,7 en 2016) : 14,4 en moyenne dans le Nord (15,7 en 2019), 18,8 dans le Pas-de-Calais (19,2 en 2019), 15,7 dans l'Aisne (comme en 2019), 16,0 dans l'Oise (15,0 en 2019) et 17,5 dans la Somme (19,5 en 2019).

Ce score est en légère baisse entre 2019 et 2020 : en cause, la crise sanitaire qui a empêché les réunions d'une grande partie des tables stratégiques, notamment dans le Nord, et des gestions de cas modifiées.

Sept MAIA ont vu leur score MAIA 25 diminuer entre 2019 et 2020 : Lille agglomération (-14 points), Somme Ouest (-3 points), Calaisis, Oise Est (-2 points), Audomarois, Somme Est et Tourcoing Vallée de la Lys (-1 point).

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 (en dehors de l'impact de la crise sanitaire détaillé ci-dessous).

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. Ceci démotive les partenaires et impacte directement la dynamique d'intégration et de co-responsabilité des institutions et acteurs.

Dans une autre MAIA de l'Oise, le fait de devoir attendre la validation de l'ARS concernant les décisions prises en table stratégique induit un report, voire une annulation de ces décisions, ce qui peut frustrer les partenaires (impression de ne pas avancer et de perdre leur temps).

La communication est un enjeu important pour mieux faire connaître les MAIA, leurs rôles et missions, leurs outils et faire remonter les problématiques de terrain. Plusieurs MAIA relèvent qu'il existe un manque de lisibilité de l'offre de services et de soins proposées aux personnes âgées sur le territoire. Malgré une communication continue sur les MAIA, des incompréhensions subsistent autour de la gestion de cas et les critères d'inclusion doivent être rappelés aux partenaires régulièrement. Pour certains, la MAIA se résume à la gestion de cas. Leurs missions sont mal identifiées.

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, ne diffusent pas les informations en dehors et les décisions prises par les participants impliquent uniquement les structures autour de la table. La communication des décisions et travaux issus des réflexions de la table de concertation tactique doit être intensifiée, notamment vers les partenaires ne participant pas à cette instance.

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.

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, hébergement temporaire, accueil de jour).

Le recours fréquent aux urgences, ainsi qu'aux hospitalisations, sans construction de parcours préalable posent problème dans les prises en charge (notamment pour les cas complexes).

Les liens avec le judiciaire doivent être développés afin d'améliorer le temps de réponse aux signalements urgents concernant les situations fragilisées et précaires (actuellement les délais sont de 8 à 12 mois pour avoir des ouvertures de mesure de protection judiciaire). Par ailleurs, des difficultés d'interactions avec des services mandataires sont relevées par plusieurs MAIA : manque de réactivité suite aux sollicitations des gestionnaires de cas, non réalisation de certains actes auprès des majeurs protégés, démarches réalisées sans communication, *turn-over* important chez les mandataires judiciaires...

La prise en charge au domicile soulève de nombreuses difficultés : médecins traitants qui ne se déplacent plus, difficulté pour trouver du personnel pour le *nursing* ou la toilette les week-ends et jours fériés, absence d'équipe mobile pour épauler les intervenants du domicile, glissement de tâches entre les acteurs...

Le glissement de tâches est abordé par plusieurs MAIA, conséquence directe des manques des territoires. Chaque structure réalise des dépassements de missions, par conscience professionnelle, pour éviter que les personnes âgées soient dans des situations insolubles.

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...).

Il ressort une complexité de l'accompagnement et du suivi des personnes âgées fragiles cumulant des facteurs aggravant (isolement social, logement insalubre, conflit avec l'entourage, refus d'aide, difficultés de transport...). Le repérage tardif de certaines situations implique par ailleurs des interventions limitées.

L'accessibilité est mise en avant par plusieurs MAIA. Par exemple, les VSL, taxi ou société de transport dédiés déposent les personnes mais ne restent pas sur place, impliquant que les personnes doivent commander ou faire commander un transport pour le retour. Les bons de transport et déremboursement sont en outre compliqués à obtenir. Le désengagement des familles, l'isolement de la personne, la nécessité d'un accompagnant sont également des freins au transport.

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. La coordination des acteurs est parfois perçue comme un contrôle ou de la régulation des professionnels alors que les gestionnaires de cas n'ont pas ce rôle.

La mise en place des Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) entraîne de nombreuses interrogations pour les MAIA sur leurs missions et leur devenir. Les partenaires s'interrogent également de l'impact sur l'animation territoriale (concertation, guichet intégré) : les rencontres prévues en 2021 devraient pouvoir les rassurer.

Enfin, une MAIA de l'Oise déplore l'absence de possibilité pour expérimenter de nouveaux dispositifs hybrides et des appels à projets très cadrés ne répondant pas toujours aux besoins identifiés par les acteurs et aux modes d'organisation possible sur le territoire.

Gestion de la crise sanitaire liée à la Covid-19

Avec la crise sanitaire liée à la Covid-19, **les MAIA ont dû se réorganiser** et les professionnels, faire preuve d'une rapide adaptabilité.

Aucune MAIA n'a cessé totalement son activité lors des confinements. Si les visites à domicile ont été globalement stoppées²³ pendant le premier confinement en attendant le matériel nécessaire pour la protection des personnes, le télétravail et le suivi à distance (appels fréquents et réguliers, coordination renforcée...) ont permis de maintenir un lien avec les usagers, l'entourage des personnes, les professionnels et les partenaires. Lorsque les visites à domicile ont pu reprendre, des protocoles ont été mis en place pour adapter les recommandations sanitaires sur le terrain.

Les réunions et des cellules de crise avec les partenaires du territoire ont pu être réalisées grâce aux visio-conférences.

Les pilotes étaient relais d'informations (régionales et locales), de recommandations, de bonnes pratiques, d'initiatives de soutien et de solidarité envers les partenaires et usagers. Les MAIA ont été de réels appuis gériatriques aux médecins traitants et professionnels en ville dans la gestion de l'épidémie. Elles ont recensé les organisations en modes dégradées, les astreintes gériatriques, les ressources des territoires, les besoins en matériel, les personnes âgées isolées sans professionnels de premier recours...

Certains gestionnaires de cas ont renforcé les équipes de PFR ou ont apporté leur soutien auprès de médecins du réseau (soins palliatifs, généralistes...) mais aussi auprès des SSIAD, SAAD et autres structures.

La MAIA Flandre Lys indique du chômage partiel pendant l'année 2020 (surtout de mars à mai) puis une reprise de l'ensemble des activités, y compris à domicile, à partir du 1^{er} juin.

La MAIA de Lille agglomération précise qu'elle a fait le choix de ne clôturer aucune situation pendant le confinement pour garder un rôle de référent et de veille. Par ailleurs, aucune nouvelle inclusion n'a été réalisée durant cette période du fait de l'impossibilité de réaliser des évaluations précises au domicile. La MAIA a également effectué la vérification de l'ensemble des dossiers en attente auprès des partenaires ou des usagers.

Les MAIA ont dû faire face à de nombreuses difficultés lors de cette crise sanitaire.

Tout d'abord, devant la réception croissante d'interpellations inadéquates auprès des équipes, un rappel des critères qui conditionnent l'accès aux services a été réalisé par voie dématérialisée auprès de l'ensemble des partenaires. Il a été ainsi important de remettre à plat les bases du cadre d'intervention de la gestion de cas pour déterminer de nouveaux critères qui permettront de stabiliser les gestionnaires de cas en difficulté sur leur poste et progressivement de tendre vers le fonctionnement de la DAC. D'autres réunions sont également prévues en 2021.

Ainsi, certaines MAIA s'inquiètent que le cadre d'intervention des gestionnaires de cas, déjà flou dans ses contours avec une baisse des sollicitations et de mauvaises orientations, est encore moins précis pour les 18 mois restants en sachant que la crise sanitaire se montre insistante sur l'année 2021.

De nombreuses tables tactiques et stratégiques ont été annulées, sans possibilité de les planifier à un autre moment sur l'année 2020. Globalement le travail de concertation avec les partenaires a été perturbé, tout comme la communication sur la MAIA et le service de gestion de cas et l'organisation de sessions du guichet intégré. Les rencontres individuelles avec les responsables de structures ont été stoppées également.

²³ Les MAIA Artois-Béthune et Audomarois stipulent à l'inverse qu'elles ont poursuivi les visites à domicile, y compris pendant le premier confinement, en veillant au respect des gestes barrières.

Les professionnels ont eu à gérer la décompensation très rapide de situations, due à la non fonctionnalité de certains partenariats : fermeture des accueils de jour des Ehpad ; saturation du système hospitalier entraînant des retours à domicile rapides et compliqués, avec un ressenti de désinvestissement de la part des Ehpad concernant les hébergements temporaires pouvant se mettre en place à la sortie ; arrêt de certaines consultations (consultations mémoires, déprogrammations de certaines interventions) ; suspension des nouveaux accompagnements...

De nombreuses fermetures partielles ou totales d'accueils de jour et autres accueils temporaires ont ainsi été recensées, sans alternative proposée pour le maintien à domicile. Les visites préalables des établissements n'étaient pas autorisées, rendant impossible le travail autour de la préparation de ces accueils.

Les MAIA ont également dû faire face aux absences de gestionnaires de cas (congrés maternité, maladie, renfort dans d'autres structures...) qui n'ont pas été remplacées.

La gestion de cette crise a fait ressortir certains dysfonctionnements que les MAIA souhaitent améliorer pour la suite de leurs pratiques. Ainsi, si la gestion des rendez-vous médicaux peut nécessiter la présence du gestionnaire de cas pour leur mise en place au niveau des ordonnances et comptes rendus d'examens, la logistique du rendez-vous en lui-même (ouverture de porte aux ambulanciers, transport de la personne et de ses documents, ...) ne doit pas reposer sur le gestionnaire de cas et met alors en évidence un manque sur le territoire par rapport à l'accompagnement physique aux rendez-vous.

La crise sanitaire a mis un frein au développement des différents aspects de la méthode, avec des suspensions d'actions comme celle sur le déploiement de la télémedecine, ou encore la Charte territoriale des solidarités avec les aînés, les réunions de concertation pluridisciplinaire gérontologique, les rencontres Groupe de travail Départemental GC – Pilote, les rencontres et actions de communications menées auprès des professionnels du territoire...

Les MAIA font plusieurs constats concernant les personnes suivies en regard de cette crise sanitaire :

- renoncement voire report du recours aux soins (dont par peur de se rendre à l'hôpital et d'attraper la Covid) ;
- refus de visite à domicile par les personnes et/ou les aidants par peur de la Covid tandis que d'autres personnes ne comprenaient pas la suspension des visites de courtoisie ;
- gestion de la déprogrammation d'hospitalisation ;
- sortie d'hospitalisation précoce, accès à l'évaluation sociale hospitalière limitée (les assistants sociaux ne voyaient pas les patients pendant cette période) ;
- isolement accentué ;
- aggravations de situations pour les troubles cognitifs ou du comportement, voire psychogériatriques ;
- premier confinement déclencheur d'entrées en Ehpad ;
- plans d'aide précarisés ;
- aidants fragilisés et épuisés ;
- plus grande anxiété chez les patients, les aidants, les professionnels du domicile ;
- professionnels de terrain fragilisés, moins disponibles ;
- troubles cognitifs accentués...

Néanmoins, des **aspects plus positifs** peuvent ressortir de cette période, comme les **contributions des MAIA dans le cadre de la gestion de la crise**.

Les différentes MAIA relatent ainsi la bonne dynamique territoriale à travers l'engagement des différents acteurs dans l'accompagnement des situations individuelles. Les réseaux créés au fil des années ont permis d'apporter des solutions, parfois dans l'urgence, pour de nombreuses situations malgré les confinements et les interventions à distance. Cette période a été un véritable catalyseur pour la mise en place opérationnelle de cette dynamique transversale entre les coordinateurs des différents services et pour l'introduction de plus de polyvalence dans les fonctions.

Ce contexte a vu se renforcer des actions de solidarité, notamment autour des personnes âgées isolées et fragiles. Ainsi les différents acteurs du domicile, les aidants, les professionnels de santé libéraux ont fait preuve d'innovation, de créativité et d'implication afin de permettre la continuité des accompagnements d'aides et de soins, malgré les contraintes et limitations liées à la situation de confinement. Les professionnels de certaines MAIA sont venus en appui des partenaires pour réaliser du *phoning* auprès des seniors des territoires, accompagner les visites dans les résidences ou encore faire du soutien psychologique auprès des résidents et des agents des Ehpad.

L'identification des MAIA, et donc des gestionnaires de cas, est ressortie de cette période valorisant les MAIA comme structures expertes sur la question de l'accompagnement des personnes âgées en difficultés.

Elles ont réalisé des supports de communication permettant à tous d'identifier les bonnes sources d'informations et le Qui fait quoi.

Par ailleurs, même si des réunions ont dû être reportées, le travail des MAIA a continué et certains travaux ont pu avancer (psychogériatrie, sortie d'hospitalisation...), tandis que d'autres ont été engagés (observatoire des problématiques d'accès aux aides et soins à domicile). Le télétravail a permis à certaines équipes d'actualiser, de réfléchir et de construire des outils permettant d'améliorer la qualité de l'accompagnement par le service de gestion de cas.

Certaines MAIA ont réussi à organiser des tables tactiques grâce aux visio-conférences et le travail avec les partenaires ne s'est pas arrêté pendant les confinements : mise en place d'un forum pour les SAAD en lien avec le pôle autonomie, diffusion d'informations aux établissements et services du territoire, aide à la distribution de matériel auprès des Ehpad du territoire, travail auprès des établissements de santé et de la plateforme de répit afin de faciliter les réponses apportées aux personnes âgées (difficultés à domicile, sortie d'hospitalisation)...

La MAIA LMSE fait remonter qu'en début de crise sanitaire, de nombreux acteurs leur faisaient part de difficultés de lisibilité concernant la nature du maintien des prestations des SAAD. Afin de répondre à cette demande, la MAIA a créé un onglet spécifique dans le Gérontoguide afin de répertorier les prestations maintenues par les SAAD et offrir de la lisibilité aux acteurs (40 SAAD ont répondu et mis à jour leur fiche) : cette page a été la 3^e page la plus consultée en 2020.

La crise sanitaire a mis également en avant que certaines choses pouvaient être réorganisées autrement. Ainsi, une MAIA pointe le fait que nombre de problématiques de coordination pouvaient être résolues à distance.

Les MAIA indiquent que l'ARS a communiqué de façon continue les recommandations à destination des professionnels salariés intervenant à domicile auprès des personnes âgées et actualisé en fonction de l'évolution de la situation sanitaire. Les gestionnaires de cas et pilotes en ont été les relais auprès des partenaires.

Certains MAIA ont également été investies début 2021 dans l'organisation de la vaccination (notamment dans les résidences autonomie et pour les bénéficiaires SAAD et SSIAD). La puissance du réseau MAIA a en effet permis d'identifier les publics de plus de 75 ans.

Par ailleurs, **six des dix MAIA du Nord** (Lille Agglomération, LISAS, Tourcoing Vallée de la Lys, Flandre Littoral, Cambrésis, Sambre Avesnois) **ont élaboré un retour d'expérience (RETEX)** en fin d'année 2020, avec un recueil réalisé entre fin juillet et fin septembre 2020. La volonté de formaliser un retour d'expérience s'est développé, portant sur les conséquences du suivi à distance et sur les missions de la gestion de cas durant le confinement lié à la crise Covid.

L'étude questionne sur la faisabilité/durabilité de ce mode de fonctionnement sur une période plus longue que le confinement des mois de mars à mai, ce qui permettrait d'ajuster les plans de continuité d'activité dans le cadre de la crise sanitaire et de ses évolutions.

Le recueil de données s'est fait grâce à des questionnaires auto-administrés pour les professionnels et des entretiens semi dirigés pour les personnes accompagnées et les aidants. Au total, 77 partenaires, 16 gestionnaires de cas, 19 personnes accompagnées et 12 aidants ont été interrogés.

Un fichier Excel étaient à remplir « au fil de l'eau » par chaque structure et divisés en quatre thématiques d'actions : « *prévention – conséquences – confinement* » (vue synthétique des situations suivies en gestion de cas, information aux usagers et aux partenaires, échanges avec les PFR, réunions de coordination territoriale, information/communication sur les bonnes pratiques...); « *mises en lien* » (relais d'informations régionales et locales, initiatives de soutien et solidarité aux partenaires, identification des problématiques rencontrées par les acteurs, suivi des places disponibles en Ehpad et des modalités d'entrée...); « *aide à la téléconsultation, télémédecine* » et « *suivi des ressources et de leurs disponibilités sur les territoires* » (évolution de l'organisation de services du territoire, recensement des initiatives locales et du fonctionnement des services du territoire...).

Le RETEX des MAIA du Nord fait émerger plusieurs points :

- Les services du domicile, les professionnels de santé libéraux, et l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ont fait preuve d'une grande solidarité et d'une grande implication dans la continuité de leurs missions auprès de la personne âgée lors de ce premier épisode de confinement ;
- Le rôle central de coordination au domicile a été renforcé, et les gestionnaires de cas ont travaillé de concert avec leurs partenaires habituels ;
- Le métier de gestionnaire de cas nécessite des qualités d'adaptation, de rigueur, de créativité et d'agilité largement déployées durant cette période particulière ;
- L'analyse de cette période permettra d'ajuster les futures décisions pour faire face à un nouvel épisode aigu de crise sanitaire : maintien des visites à domicile, organisation du télétravail facilitée par l'expérience acquise, mesures de protection des professionnels... ;
- Dans la perspective de la transition vers les DAC, ce travail peut servir à alimenter certains aspects de la réflexion de transformation des missions des professionnels vers la polyvalence attendue ;
- L'expertise des professionnels de la gestion de cas complexe est avant tout une expertise de terrain, au plus proche de la personne accompagnée et des intervenants ;
- La gestion de cas complexe est une modalité d'appui qui a fait ses preuves en termes d'intégration des acteurs et de collaboration avec les professionnels de santé de première ligne ;
- Le principe de subsidiarité fait partie de la culture des gestionnaires de cas, et sera au cœur du travail de concertation territoriale dans le déploiement des DAC.

La MAIA du Cambrésis indique également avoir participé à l'enquête InnovDAC Covid (Actions innovantes et inspirantes des dispositifs d'appui lors de l'épidémie à Covid-19) et impact sur le déploiement des futurs DAC. Cette enquête s'inscrit en particulier dans le contexte du Ségur de la Santé lancé par l'État.

III.2. Les équipes spécialisées Alzheimer à domicile (Esa)

Présentation générale

Environ 60 %²⁴ 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 coordonnateur, 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), isolé ou en services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) ou en 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 du SSIAD.

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. Ainsi, en 2018, 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 2020 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.

²⁴ Fondation Médéric Alzheimer - Rapport d'étude n°9 - septembre 2015 - Combien coûte la maladie d'Alzheimer ?

L'ensemble des 42 Esa ayant eu une activité en 2020 ont rempli le questionnaire : 5 dans l'Aisne, 17 dans le Nord, 5 dans l'Oise, 10 dans le Pas-de-Calais et 5 dans la Somme. Dans le Nord, trois Ssiad (Dunkerque, Lallaing et Linselles) sont porteurs de deux Esa chacun. Cela ramène l'effectif étudié à 40 porteurs.

Parmi les limites méthodologiques, le remplissage quelquefois approximatif de certains items pour des raisons imputables à l'enquête²⁵ est à mentionner.

État des lieux dans la région

En 2020, 42 Esa sont autorisées dans la région, dont 17 dans le Nord, 10 dans le Pas-de-Calais, 5 dans la Somme, 5 dans l'Oise et 5 dans l'Aisne.

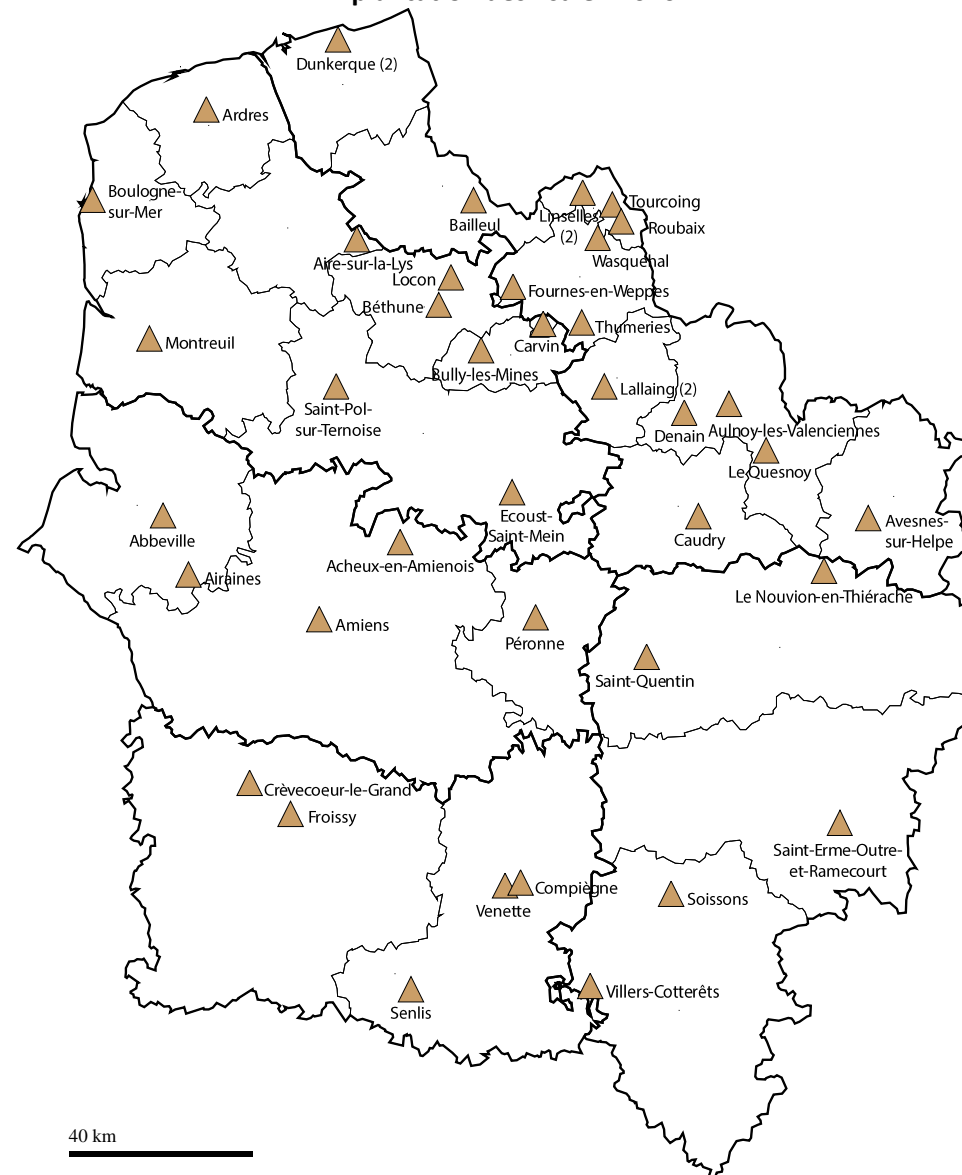
La capacité autorisée des Esa est majoritairement de 10 places, à l'exception de 9 Esa : 11 places à Abbeville, 12 places à Saint-Quentin, 15 places à Saint-Erme-Outre-et-Ramecourt, 15 places à Péronne, 16 places à Amiens, 17 places à Senlis, 19 places à Crèvecœur-le-Grand, 20 places à Linselles et Lallaing qui ont chacun 2 Esa.

Ainsi, les 42 Esa englobent au niveau régional une capacité d'accueil autorisée de 455 places.

La présente étude est un bilan de l'activité réalisée par les Esa de la région au cours de l'année 2020. 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.

²⁵ 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.

Implantation des Esa en 2020



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR25

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 de 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 candidatures 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, Venette, Le Quesnoy, Saint-Pol-sur-Ternoise et Thumeries ;
- En 2012 : 7 Esa situées à Aire-sur-la-Lys, Ecoust-Saint-Mein, Lallaing (2^{nde} équipe), Locon, Montreuil-sur-mer, Linselles (2) et Carvin ;
- En 2013 : 10 Esa situées à Bailleul, Denain, Tourcoing, Caudry, Dunkerque (2^{nde} équipe), Linselles (2^{nde} équipe), Roubaix, Compiègne, Saint-Erme-Outre-et-Ramecourt et Avesnes-sur-Helpe ;
- 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 (Beauvais) ;
- En 2019 : 2 Esa situées à Abbeville et à Saint-Quentin.

Porteurs des Esa

Parmi les 42 Esa, les porteurs (29), dans la grande majorité, sont des Ssiad uniques, 10 des Spasad, 3 des GCMS. Il existe dans le Nord, le Pas-de-Calais et la Somme une diversité des types de porteurs car on y retrouve l'ensemble de ces trois catégories.

File active

File active par département

En 2020 et au niveau régional, 4 106 personnes ont été prises en charge par les 42 Esa répondantes. À périmètre égal (40 questionnaires Esa communs entre 2019 et 2020), la file active a diminué de 11 % par rapport à l'année précédente (en 2019, la file active régionale a été de 4 436 personnes pour ces mêmes 40 Esa étudiées).

Au fil des années et dans chaque département²⁶, l'installation progressive des Esa autorisées s'accompagne d'une augmentation de leur file active.

En 2020, la crise sanitaire a sensiblement impacté l'activité de ces structures.

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 31 Esa de 10 places chacune, la file active minimale est de 52 (Esa Beauvais et Dunkerque 1 –minimum des Esa) et celle maximale de 141 (Esa Dunkerque 2). Pour les 2 Esa de 20 places chacune, les files actives sont de 139 (Esa Linselles – 2 équipes) et 152 (Esa Lallaing, 2 équipes). La file active de l'Esa de Crèvecœur-le-Grand (19 places) est de 249 patients (maximum des Esa).

Cette disparité de volumétrie 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 2020, la file active est constituée pour moitié de personnes nouvellement admises (47 % ; 52 % en 2019), pour 23 % de personnes prises en charge dans la continuation de l'année précédente (20 % en 2018) et 31 % de personnes réadmisées (28 % en 2019).

²⁶ En 2019, il manque la file active de Roubaix dans le Nord, ce qui implique un chiffre plus bas qu'en 2018.

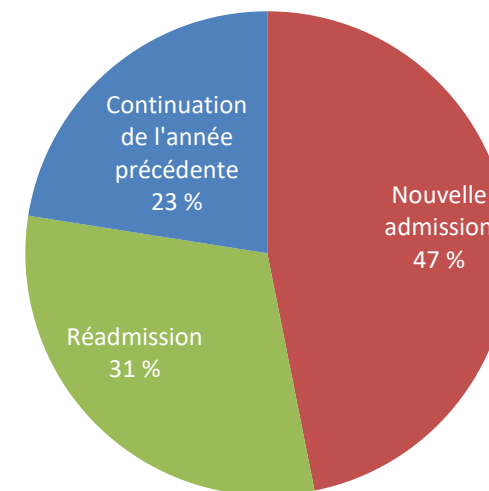
File active des Esa entre 2012 et 2020 – Données départementales

	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
2019 (40 Esa)*	373	1 807	586	1 201	469	4 436
2020 (42 Esa)	442	1 543	531	1 073	517	4 106

Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S

*2 Esa n'ont pas renseigné les données relatives à leur activité

File active des ESA en 2020 – Continuité de la prise en charge



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

File active par place autorisée

Au niveau régional, le rapport entre la file active (4 106) et le nombre de places autorisées des 42 Esa (455) est de 9,0 (9,9 en 2019). Ainsi, dans la région et en 2020, le fonctionnement d'une place d'Esa autorisée a permis la prise en charge de 9,0 personnes, ce qui est inférieur aux indications du cahier des charges.²⁷

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 des places autorisées en Esa en 2020

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
File active (42 Esa*)	442	1 543	531	1 073	517	4 106
Places autorisées	57	170	66	100	62	455
Rapport	7,8	9,1	8,0	10,7	8,3	9,0

Source : ARS - DOMS 2019 – Traitement OR2S

Ainsi, pour une place d'Esa installée, le nombre de prises en charges est plus important dans le Nord et le Pas-de-Calais, et moins important 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 5 personnes (soit 4,6 par l'Esa de Senlis) et la plus élevée de 14 personnes (14,1 par l'Esa de Dunkerque 1).

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 (4 106) et le nombre de semaines d'ouverture (52) des 42 Esa (totalisant 2 184 semaines d'ouverture) est de 1,9 (2,1 en 2019). Ainsi, en 2020, 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 2020

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Minimum parmi les 40 Esa étudiées*	5,5 (Esa Saint-Quentin)	5,2 (Esa Dunkerque 2)	4,6 (Esa Senlis)	8,5 (Esa Ecooust-Saint-Mein)	6,1 (Esa Péronne)	4,6 (Esa Senlis)
Maximum parmi les 40 Esa étudiées	9,8 (Esa Soissons)	14,1 (Esa Dunkerque 1)	13,1 (Esa Crèvecœur-le-Grand)	13,7 (Esa Boulogne-sur-Mer)	13,2 (Esa Acheux-en-Amiénois)	14,1 (Esa Dunkerque 1)

Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

²⁷ 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)

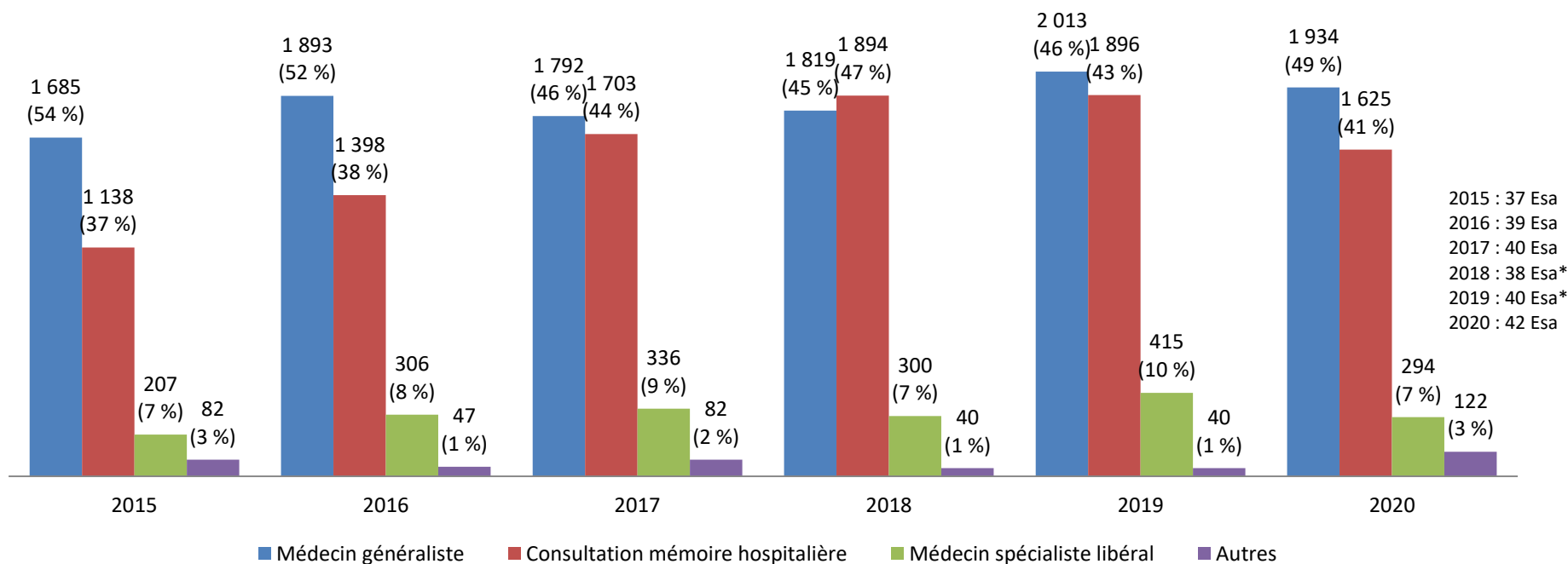
Prescripteurs des séances

Au niveau régional, les médecins généralistes sont les prescripteurs principaux des séances de soin de réhabilitation et d'accompagnement (49 %).

Par rapport à 2019, l'écart entre la part de prescripteurs médecins généralistes et celle des consultations mémoire hospitalières est plus important : 3 points d'écart en 2019 contre 8 points d'écart en 2020, en faveur des médecins généralistes. Les consultations mémoire ont été moindres en 2020.

Seules quelques Esa ont détaillé la catégorie « autres prescripteurs » et citent SSR, MAIA, Clic, services d'aides et de soins à domicile, réseau gérontologique, gériatres, neurologues...

Évolution de la répartition du nombre de patients selon le prescripteur des séances depuis 2015

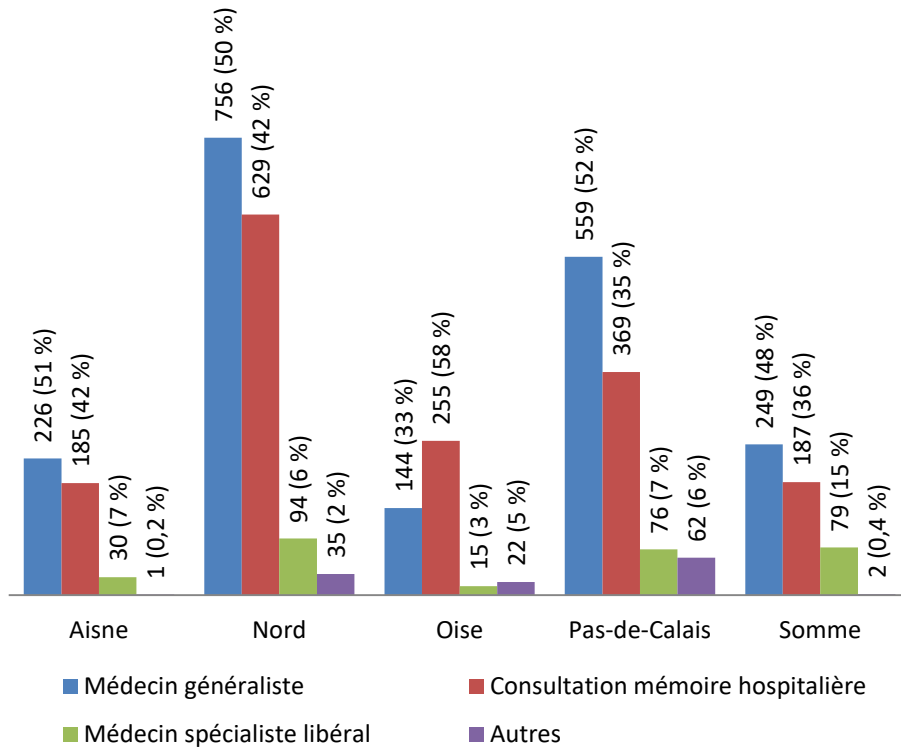


Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

*2 Esa n'ont pas renseigné les données relatives à leur activité

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 (52 %), l'Aisne (51 %) et le Nord (50 %) tandis que celui des consultations mémoire est plus élevé dans l'Oise (58 %). La Somme se démarque avec 15 % de prescriptions provenant de médecins spécialistes (contre moins de 8 % ailleurs).

Répartition des patients selon le prescripteur des séances en 2020

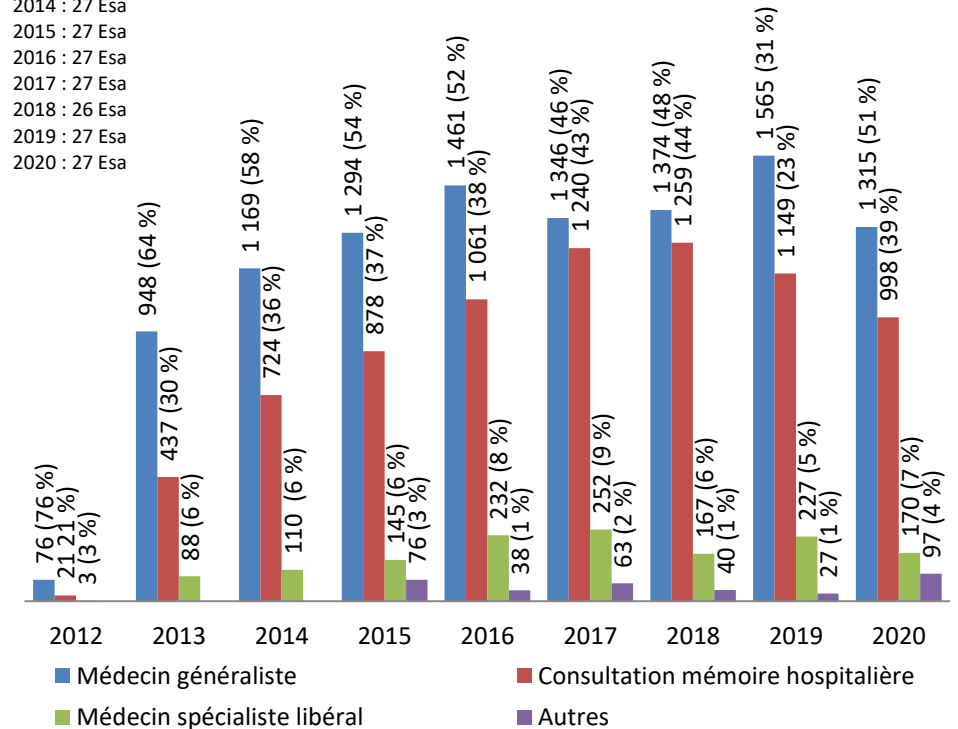


Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

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 39 %) et des médecins spécialistes libéraux (de 3 % à 7 %) concomitamment à une baisse de la part des médecins généralistes (de 76 % à 51 %).

Répartition des patients selon le prescripteur des séances entre 2012 et 2020 dans le Nord – Pas-de-Calais

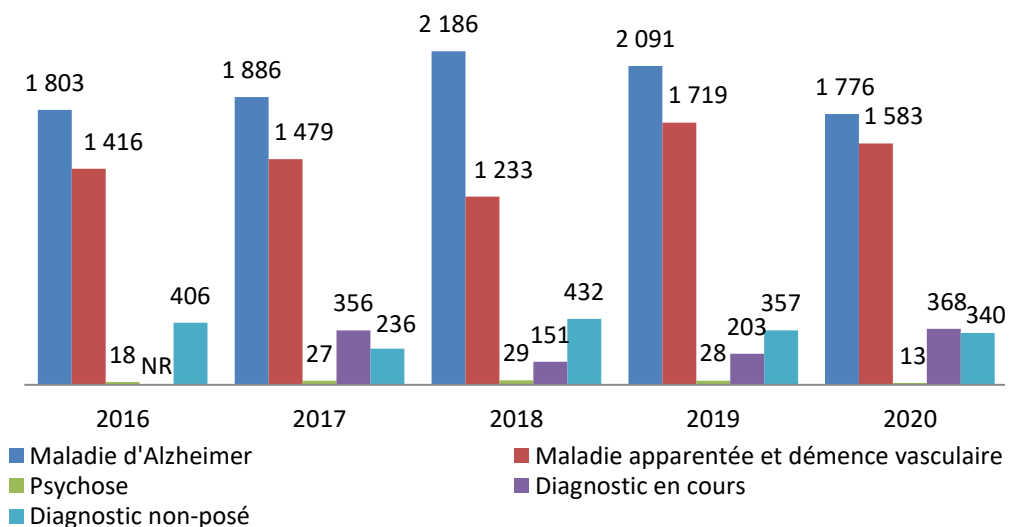
2012 : 12 Esa
2013 : 24 Esa
2014 : 27 Esa
2015 : 27 Esa
2016 : 27 Esa
2017 : 27 Esa
2018 : 26 Esa
2019 : 27 Esa
2020 : 27 Esa



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Diagnostiques des patients

Nombre de patients pris en charge par une Esa entre 2016 et 2020 selon le diagnostic principal



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Par rapport à 2019, le pourcentage de diagnostics en cours a augmenté 81 %. Cette importante hausse est compensée par la baisse entre les deux années des autres diagnostics : -15 % pour la maladie d'Alzheimer, -8 % pour les démences vasculaires ou maladies apparentées, -54 % pour les psychoses et -5 % pour les diagnostics non posés.

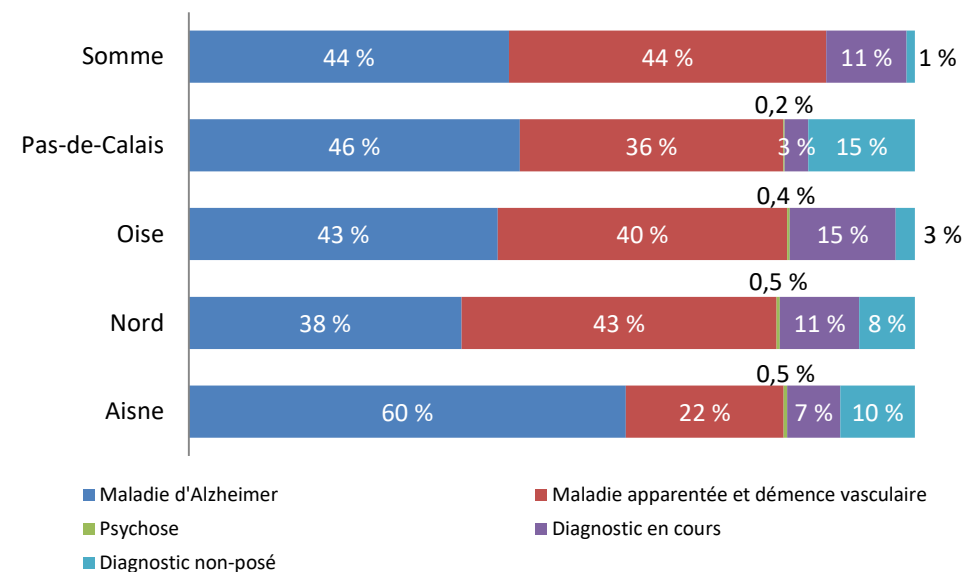
L'analyse par départements souligne quelques spécificités territoriales dans les diagnostics des patients pris en charge par les Esa.

Ainsi, l'Aisne présente le pourcentage le plus élevé de patients diagnostiqués de la maladie d'Alzheimer (60 %). Dans les autres départements, la maladie d'Alzheimer concerne entre 38 % et 46 % des patients. Les diagnostics de démences vasculaires et maladies apparentées varient de 22 % dans l'Aisne à

44 % dans la Somme (43 % dans le Nord). Les pourcentages les plus élevés de diagnostics non posés se situent dans le Pas-de-Calais (15 %) et l'Aisne (10 %).

Similairement à la tendance régionale, la hausse des pourcentages des diagnostics en cours entre 2019 et 2020 concerne principalement l'Oise (+14 points) et la Somme (+10 points). Dans l'Aisne, la proportion de maladie apparentée et démence vasculaire augmente de 10 points. La proportion de malades d'Alzheimer baisse dans tous les départements et plus particulièrement dans l'Aisne (-15 points), l'Oise (-9 points) et la Somme (-9 points).

Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2020 selon le diagnostic principal - Données départementales (%)



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S
Champ : 42 Esa

Sexe et âge moyen des patients

Au niveau régional, 64 % des patients pris en charge par les 42 Esa étudiées sont des femmes. La part des femmes prises en charge en Esa est stable ces dernières années (65 % en 2019).

L'âge moyen des patients hommes est de 80 ans (78 ans en 2019) et varie selon les Esa de 75 ans au minimum à 83 ans au maximum.

L'âge moyen des patients femmes est de 82 ans (80 ans en 2019) 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.

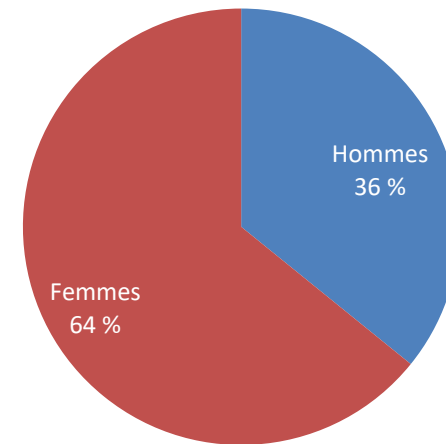
Pour les 41 Esa ayant répondu à cet item, le score MMSE moyen varie de 17 à 22. Plus précisément, 2 Esa déclarent un score MMSE moyen de 17, 3 Esa un score de 18, 2 un score de 19, 16 un score de 20, 8 un score de 21 et 10 un score de 22.

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 7 % des patients ont eu un score MMSE inférieur à 15 au moment de l'entrée dans l'accompagnement par une Esa (8 % en 2019, 6 % en 2018).

Le score moyen MMSE minimum est de 16,8 dans la Somme (Esa d'Amiens) et le plus élevé de 22,2 dans le Nord (Esa de Thumeries).

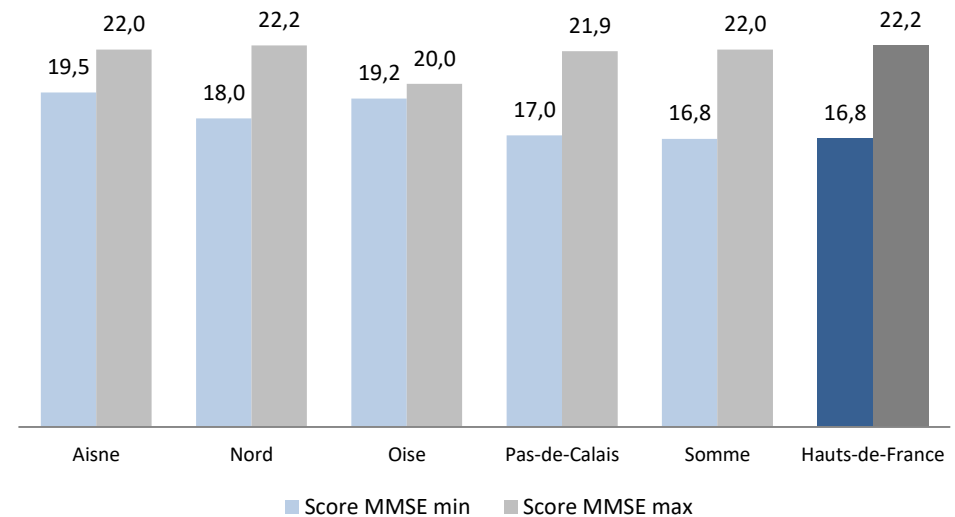
Au niveau régional, 68 % des patients pris en charge par les Esa ont un score MMSE compris entre 19 et 30 (70 % en 2019), 26 % entre 15 et 18 (22 % en 2019), 6 % entre 6 et 14 (7 % en 2019) et 1 % inférieur à 5 (1 % en 2019).

Répartition des patients pris en charge par genre en 2020



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S
Champ : 42 Esa

Scores moyens minimums et maximums MMSE par département en 2020



Source : ARS - DOMS 2020 – Traitement OR2S

Champ : 41 Esa

Niveau de dépendance (Gir) des patients

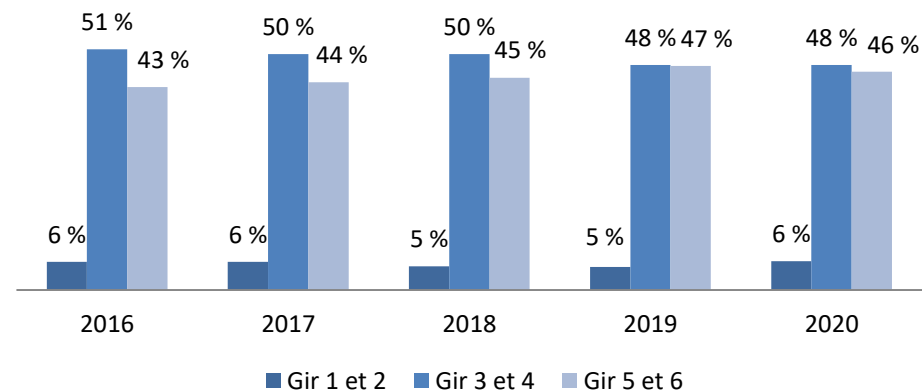
Le niveau de dépendance des patients a été étudié à travers la grille Aggir (autonomie gérontologie groupe iso-ressources). Son niveau varie de 1 à 6, allant d'une perte d'autonomie plus importante à moins importante.

Au niveau régional, on observe des proportions stables par rapport à 2019. En 2020, les deux classes de Gir sont dans des proportions équivalentes : 48 % des patients pris en charge par une Esa présentent une dépendance modérée (Gir 3 et 4) et 46 % ont une relative autonomie (Gir 5 et 6).

À noter que 2 Esa n'ont pas renseigné la donnée Gir.

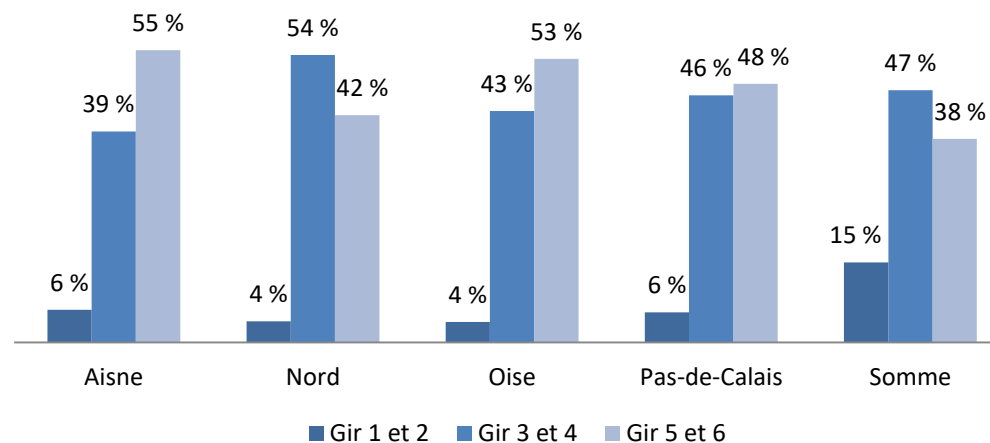
L'Aisne, l'Oise et le Pas-de-Calais ont des pourcentages de patients présentant une perte d'autonomie faible (Gir de 5 à 6) plus importants que les autres Gir. À l'inverse, le Nord présente une proportion de patients à dépendance modérée (Gir 3 et 4) plus importante (54 %) tandis que la Somme présente une proportion de patients à forte dépendance (Gir 1 et 2) supérieure aux autres départements (15 % contre moins de 7 % ailleurs).

Répartition des patients pris en charge par une Esa depuis 2016 dans les Hauts-de-France selon leur niveau de dépendance (en %)



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S
Champ : 40 Esa

Répartition des patients pris en charge par une Esa en 2020 selon leur niveau de dépendance – Données départementales (en %)



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S
Champ : 40 Esa

Séances réalisées

Au niveau régional, en 2020, les Esa étudiées ont réalisé un total de 44 100 séances, ce qui correspond à une baisse de 13 % 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 42 Esa étudiés (soit 504 mois) est de 88. Ainsi, en moyenne 88 séances ont été effectuées par Esa et par mois dans les Hauts-de-France (contre 101 en 2019).

Le rapport entre le nombre de séances réalisées (44 100) et la file active (4 106 personnes prises en charge par 42 Esa) est de 10,7. Ainsi, une personne prise en charge par les Esa de la région a bénéficié en moyenne d'environ 11 séances, ce qui est stable par rapport à 2019.

Au niveau départemental, le nombre de séances par prise en charge/personne est plus élevé dans l'Aisne (12,2) et l'Oise (11,0). Les départements du Pas-de-Calais (10,7), du Nord (10,7) et de la Somme (9,5) 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 met en relief des variations comprises entre 8 séances par prise en charge dans trois Esa (Roubaix, Bailleul et Amiens) et 14 dans cinq Esa (Le Nouvion-en-Thiérache, Saint-Erme-Outre-et-Ramecourt, les deux de Dunkerque et Compiègne).

Séances réalisées par les Esa en 2020 – Données départementales

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Nombre de séances 2019 (40 Esa)	4 194	19 831	6 741	12 798	4 966	48 530
Nombre de séance 2020 (42 Esa)	5 375	16 542	5 820	11 475	4 899	44 111
File active 2020(42 Esa)	442	1 543	531	1 073	517	4 106
Nombre de séances par personne prise en charge en 2020	12,2	10,7	11,0	10,7	9,5	10,7

Source : ARS - DOMS 2021– Traitement OR2S

²⁸ L'évolution porte sur un périmètre constant, c'est-à-dire sur 40 Esa ayant renseigné le nombre de séances à la fois en 2019 et en 2020.

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).

Les 42 Esa ayant répondu à l'enquête ont précisé les informations relatives au nombre de séances par personnes prises en charge : les 42 déclarent des patients ayant bénéficié de 4 séances ou moins et 23 déclarent des patients ayant bénéficié de plus de 15 séances. Ainsi, pour les Esa de la région, en 2020 (comme en 2019), 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).

Globalement, 68 % des patients des Esa de la région bénéficient de 10 à 15 séances (12 % de 4 séances ou moins, 14 % des 5 à 9 séances et 6 % des 16 séances ou plus). Six structures ont de fortes proportions de prises en charge longues (plus de 15 séances) : 70 % à Péronne, 46 % à Carvin, 17 % à Montreuil-sur-Mer, 16 % dans les deux Esa de Lallaing et 14 % à Saint-Pol-sur-Ternoise.

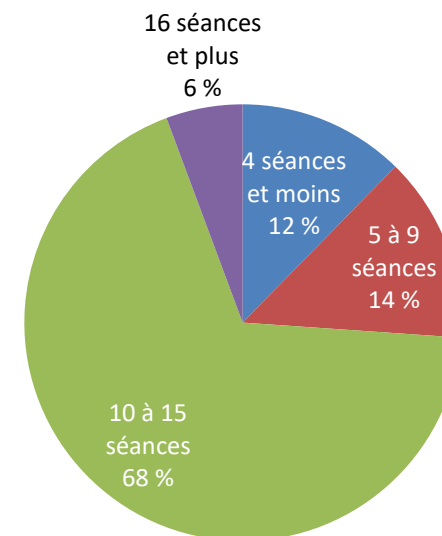
Durée moyenne de prise en charge (en semaines)

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 16 semaines, soit deux semaines de plus que prévu par le cahier des charges. On note une prise en charge d'une durée moyenne de 16 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 14 semaines (le minimum étant de 10 semaines dans l'Esa de Senlis). À l'inverse, la Somme a la durée la plus longue avec 20 semaines (dont 24 semaines dans les Esa d'Amiens et Acheux-en-Amiénois ; 24 semaines dans l'Esa de Caudry). Contrairement à 2019, en 2020, la majorité des Esa déclare une durée de prise en charge moyenne située supérieure à 15 semaines (57 % des structures).

Répartition des patients selon le nombre de séances effectuées en 2020



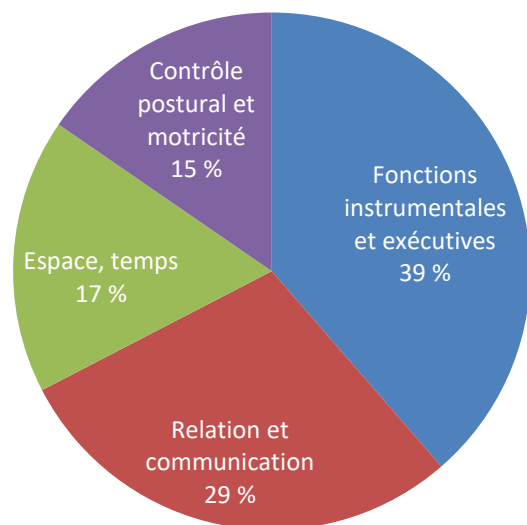
Source : ARS - DOMS 2021– Traitement OR2S
Champ : 42 Esa

Objectif des séances réalisées

En 2020, 39 % des séances réalisées ont eu comme objectif l'amélioration des fonctions instrumentales et exécutives, 29 % la relation et la communication, 17 % l'espace et le temps et 15 % le contrôle postural et la motricité. Les mêmes tendances ont été observées depuis 2016.

Pour l'ensemble des départements de la région, l'amélioration des fonctions instrumentales et exécutives est davantage privilégiée aux autres objectifs. Les plus grandes différences avec le deuxième axe (relations et communication) se retrouvent dans le Nord (10 points d'écart), la Somme (14 points) et l'Oise (27 points).

Répartition des séances selon l'objectif fixé à la prescription en 2020



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S
Champ : 40 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 42 Esa cumulent un effectif de 124,8 ETP (112,0 en 2019) dont 55 % est occupé par des assistants de soins en gérontologie, 24 % par des ergothérapeutes, 10 % par des psychomotriciens, 9 % par des infirmiers coordinateurs et enfin, 1 % par des aides-soignants/aides médico-psychologiques.

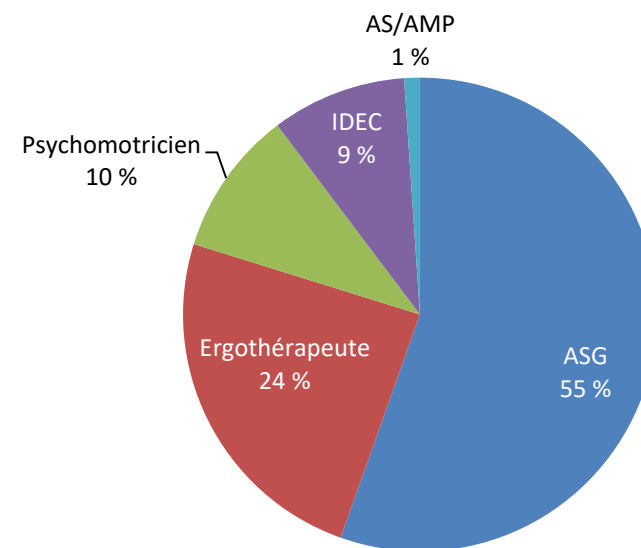
En termes d'effectif de personnes, les Esa cumulent 240 personnes (210 en 2019), dont 134 assistants de soins en gérontologie, 40 infirmiers coordinateurs, 43 ergothérapeutes, 17 psychomotriciens et 6 aides-soignants/aides médico-psychologiques.

Au niveau régional, une Esa comprend en moyenne 5 à 6 personnes (5,7 ; comme en 2019) pour un effectif ETP total de 2,96 (dont 0,27 ETP d'IDE coordonnateur, 0,72 ETP d'ergothérapeute, 0,29 ETP de psychomotricien, 1,65 ETP d'ASG et 0,03 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 l'Aisne (2,91 ETP), la Somme (2,96 ETP), le Pas-de-Calais (2,98 ETP) et l'Oise (3,65 ETP). Le Nord répond au cahier des charges (2,79).

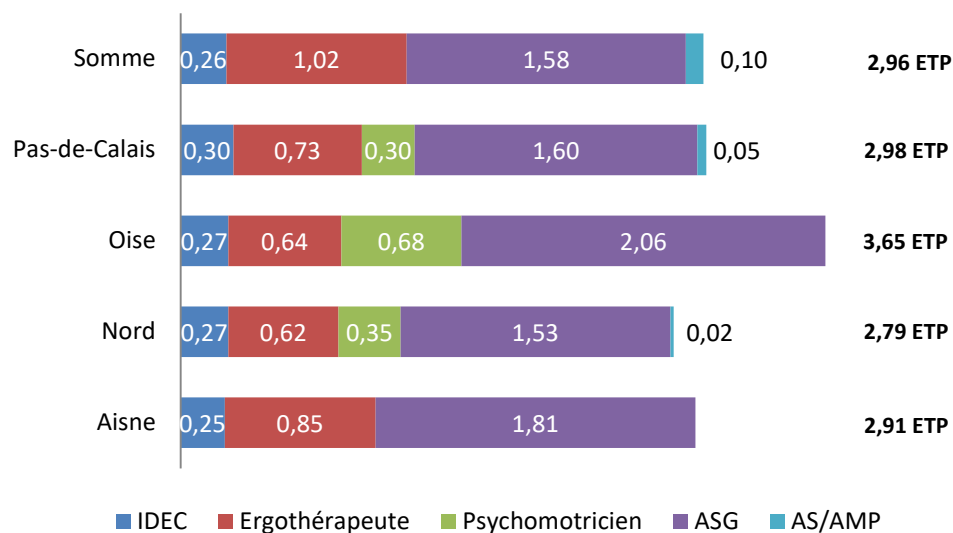
Dans la Somme et l'Aisne, aucune des 10 Esa ne dispose d'un psychomotricien et seules 3 des 10 Esa du Pas-de-Calais en comptent chacune 1. Les Esa des Hauts-de-France ne comptent que 6 AS/AMP pour un total de 1,33 ETP : 0,5 ETP dans l'Esa d'Abbeville, 0,5 dans celui de Bully-les-Mines, 0,33 dans les 2 Esa de Dunkerque.

Répartition des ETP en Esa en 2020



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S
Champ : 42 Esa

Répartition d'ETP moyen par Esa, par type de professionnels et par départements en 2020



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Frais de déplacement

Cet item porte sur 40 Esa, 2 ne l'ayant pas renseigné. Ces 40 Esa cumulent un montant de 314 243 euros en frais de déplacement, avec un minimum de 471 euros (1 Esa indique ne pas avoir de frais de déplacement grâce à l'utilisation d'un véhicule de fonction) et un maximum de 49 512 euros. En moyenne, en 2020, le montant de frais de déplacement s'élève à 7 856 euros par Esa (10 150 en 2019 pour 36 Esa). À périmètre égal, cela correspond à une diminution de 14 % par rapport à 2019.

Rapporté au nombre total de séances réalisées par ces 40 Esa (cumulant 42 239 séances), il résulte pour l'année 2020 un coût moyen en frais de déplacement de 7,4 euros par séance (8,1 euros en 2019). Par département, les frais s'échelonnent de 4,7 euros par séance dans le Nord à 16,7 euros dans l'Oise (8,7 euros dans l'Aisne, 7,1 euros dans le Pas-de-Calais et 4,9 dans la Somme).

Synthèse des commentaires

En 2020, 37 Esa des 42 ont renseigné la rubrique des commentaires généraux libres.

Les observations les plus fréquentes concernent la crise sanitaire liée à la Covid-19. Celle-ci a largement impacté l'activité des Esa en 2020 :

- la mise à l'arrêt des activités des Esa pendant plusieurs semaines lors du premier confinement, puis des reprises partielles avant de reprendre une activité à temps plein ;
- le redéploiement d'une partie du personnel dans d'autres services de soins (notamment ASG) ;
- les arrêts maladies des personnels liés à la Covid ;
- le retard dans les consultations mémoires par les spécialistes dû aux périodes de confinement, entraînant une baisse des demandes ;
- la durée des prises en charge en augmentation, en lien avec l'arrêt des séances ;
- des refus de visites de la part de certains patients, de leur médecin traitant ou de leurs familles ;
- des difficultés liées à l'utilisation du téléphone et de l'ordinateur pour les séances en télétravail ;
- le maintien du contact avec les patients par téléphone ;
- des formations annulées ;
- des relais vers les accueils de jour complexifiés du fait de la fermeture de certains d'entre eux ou d'un fonctionnement *a minima* ;
- la mise en place de protocole à domicile et de mesures adaptées au contexte Covid ;
- de nombreux renouvellements et peu de nouvelles demandes suite au confinement ;
- une diminution importante pour la majorité des patients du MMS pendant cette période ;
- des patients très isolés avec des haltes répit et des accueils de jour fermés.

D'autres remarques ont également été formulées concernant :

- l'augmentation du nombre de séances par rapport à 2019 du fait de l'augmentation du nombre d'ASG du service ;
- pour une Esa de l'Aisne, l'arrêt des consultations mémoire de Laon a entraîné une augmentation des orientations par les médecins traitants ;
- des temps de déplacement importants (prise en charge délocalisée) avec des territoires vastes contraignent certaines Esa à faire des choix organisationnels (diminution des transmissions orales, réunions, échanges de pratique...). Une stratégie de sectorisation des visites difficile à mettre en place en fonction du flux d'arrivée des demandes et des disponibilités des patients ;
- le recrutement et le remplacement de personnel parfois difficile, impliquant en attendant des équipes réduites et l'impossibilité de prendre en charge de nouveaux patients ;
- la prise en compte d'une seule intervention alors que certaines s'effectuent en binôme (par exemple ergothérapeute et ASG) : une des interventions n'est donc pas comptabilisée et valorisée dans l'activité de l'Esa ;
- le groupe de travail inter-Esad fait les propositions suivantes concernant les objectifs :
 - Stimulation cognitive
 - Réhabilitation et autonomie dans la vie quotidienne
 - Indépendance fonctionnelle et environnement
 - Psychomotricité et gestion des troubles du comportement
- 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 ;
- des difficultés concernant l'intitulé "Esad" car le terme Alzheimer est parfois mal accepté par les patients dans le déni, non informés du diagnostic, ayant une maladie apparentée ;
- le diagnostic des patients difficile à obtenir (refus du patient, délais de rendez-vous longs pour des consultations auprès de spécialistes) ;
- le nombre de 15 séances insuffisant ;
- Une Esa a constaté une diminution du nombre de sollicitations ainsi qu'un manque de prescriptions médicales liés à plusieurs départs en retraite de médecins du territoire. Une campagne de sensibilisation des

nouveaux médecins est prévue sur l'ensemble du territoire en fin d'année 2020 ;

- un besoin de recrutement de personnel selon les besoins des Esa (psychologue, secrétariat dédié...);
- Une Esa indique prendre en priorité les nouveaux patients à cause du retard accumulé. Elle explique que depuis le déremboursement des traitements, les demandes de prises en charge ne cessent d'augmenter.

Plusieurs Esa mettent en avant la demande d'extension de place suite à la proposition de l'ARS permettant de répondre aux besoins. Une Esa a apprécié la visio-conférence organisée par l'ARS regroupant les 42 Esa des Hauts-de-France.

Les enquêtes de satisfaction montrent un bon retour des patients et de leurs familles quant à la qualité des accompagnements apportés par les Esa.

Conclusion

Par rapport à 2019, l'enquête d'activité 2020 des 42 Esa met en évidence une diminution de la file active de 11 % (et du nombre de séances de 13 %) suite à l'impact de la crise sanitaire.

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.

La mesure 22 du PNMD 2014-2019 visant un maillage territorial complet en Esa, une réflexion a été menée en 2018 afin d'assurer une meilleure équité inter-Esa de la population âgée couverte ainsi qu'une couverture complète dans les départements Aisne, Somme et Oise. En 2019, les Esa de Saint-Quentin et Abbeville ont été créés, complétant intégralement le maillage régional et assurant une meilleure équité des moyens des différents Esa au regard de la population couverte.

Également, dans le cadre du Plan PMND 2014-2019, quelques places complémentaires ont été allouées pour le renforcement de certaines ESA des départements du Nord et du Pas-de-Calais sous critère populationnel et dont le territoire était déjà intégralement couvert par une ESA. Cette action sera mise en place courant 2021.

Synthèse des indicateurs par département

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Nombre d'ESA ayant répondu	5	17	5	10	5	42
Nombre de places autorisées	57	170	66	100	62	455
File active	442	1 543	531	1 073	517	4 106
Nombre de patients par place autorisée	7,8	9,1	8,0	10,7	8,3	9,0
Prescripteur (%)						
Médecin généraliste	51,1	49,9	33,0	52,4	48,2	48,7
Consultation mémoire hospitalière	41,9	41,5	58,5	34,6	36,2	40,9
Médecin spécialiste libéral	6,8	6,2	3,4	7,1	15,3	7,4
Autres	0,2	2,3	5,0	5,8	0,4	3,1
Diagnostic (%)						
Maladie d'Alzheimer	60,2	37,5	42,5	45,6	44,1	43,5
Maladie apparentée et démence vasculaire	21,7	43,4	39,8	36,3	43,7	38,8
Psychose	0,5	0,5	0,4	0,2	0,0	0,3
Diagnostic en cours	7,3	10,9	14,6	3,3	11,1	9,0
Diagnostic non-posé	10,3	7,7	2,7	14,7	1,2	8,3
% de femmes parmi les patients	65,5	65,5	62,5	63,5	62,5	64,2
Âge moyen hommes	79,2	79,9	80,6	79,4	80,4	79,9
Âge moyen femmes	81,9	81,9	82,1	81,6	82,2	81,9
MMSE (%)						
19-30	69,8	72,5	64,2	71,5	49,5	68,0
15-18	22,2	23,3	31,0	23,0	35,2	25,5
6-14	8,3	3,9	4,0	4,9	11,1	5,6
inférieur ou égal à 5	0,7	0,3	0,8	0,6	4,2	1,0

Source : ARS - DOMS 2021– Traitement OR2S

	Aisne	Nord	Oise	Pas-de-Calais	Somme	Hauts-de-France
Gir (%)						
Gir 5 et 6	54,5	42,4	53,0	48,3	38,0	46,2
Gir 3 et 4	39,4	53,6	43,2	46,1	47,1	47,7
Gir 1 et 2	6,1	4,0	3,8	5,6	14,9	6,1
Nombre de séances (%)						
16 séances et plus	0,0	2,6	4,9	9,7	12,8	5,7
10 à 15 séances	76,9	67,6	77,2	66,1	56,9	68,2
5 à 9 séances	7,5	15,3	12,6	13,9	15,9	13,8
4 séances ou moins	15,6	14,4	5,3	10,2	14,5	12,3
Nombre de séances réalisées par patient	12,2	10,7	11,0	10,7	9,5	10,7
Durée moyenne de prise en charge par patient (en nombre de semaines)	17	16	14	16	20	16
Répartition des patients pris en charge selon l'objectif principal fixé (%)						
Relation et communication	33,4	29,0	22,0	32,1	24,2	28,8
Contrôle postural et motricité	16,8	14,3	12,4	15,2	19,1	15,4
Fonctions instrumentales et exécutives	34,5	38,7	48,9	36,3	38,0	38,6
Espace, temps	15,3	18,1	16,7	16,4	18,7	17,2
ETP moyen par Esa						
IDEC	0,25	0,27	0,27	0,30	0,26	0,27
Ergothérapeute	0,85	0,62	0,64	0,73	1,02	0,72
Psychomotricien	0,00	0,35	0,68	0,30	0,00	0,29
ASG	1,81	1,53	2,06	1,60	1,58	1,65
AS/AMP	0,00	0,02	0,00	0,05	0,10	0,03
Frais de déplacement (cumulés)	36 421 €	74 710€	97 370 €	81 849 €	23 893 €	314 243 €
Coût moyen de déplacement par séance	8,7	4,7	16,7	7,1	4,9	7,4

Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

III.3. Les équipes spécialisées de prévention et de réadaptation à domicile (Esprad)

Présentation générale

Contexte

Les objectifs opérationnels du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2023 visent à mieux repérer et prévenir la perte d'autonomie ainsi qu'à développer des parcours de vie coordonnés des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, dont celles atteintes de maladies neurodégénératives. Dans la continuité des actions menées au bénéfice des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres maladies apparentées, le Plan Maladies Neurodégénératives (PMND) 2014-2019 poursuit les objectifs de répondre aux besoins des personnes se trouvant à différents âges de la vie, du jeune adulte à la personne âgée, et en y intégrant d'autres maladies neurodégénératives telles que la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson.

Une des mesures prévues dans ce cadre est de renforcer et d'adapter l'intervention des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad), de définir et d'expérimenter de nouveaux protocoles d'intervention pour les patients atteints de maladies de Parkinson et apparentées ou de sclérose en plaques (SEP) et d'expérimenter l'appui d'un temps de psychologue.

Le 14 novembre 2018, une note d'information préconise un cadre commun pour l'expérimentation d'un protocole d'intervention à domicile des personnes atteintes d'une maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques (SEP), des équipes spécialisées MND rattachées aux SSIAD.

Dans ce contexte national de déploiement des mesures du PMND et compte tenu des objectifs régionaux, l'Agence régionale de santé Hauts-de-France a lancé plusieurs appels à candidatures, sur la base d'un cahier des charges régional, pour la mise en place de 17 équipes spécialisées de prévention et de réadaptation à domicile (Esprad) destinées aux personnes adultes atteintes de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou maladies apparentées et aux personnes à haut risque de chute âgées de 60 ans et plus, sur des territoires prédéfinis permettant de couvrir l'ensemble des communes de la région.

Le déploiement dans les Hauts-de-France

Dix Esprad ont pu être créées lors de ces appels à candidatures en 2019.

Aujourd'hui, la région Hauts-de-France compte 16 dispositifs (dont deux autorisés en 2021) et souhaite poursuivre et développer la mise en place des équipes :

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

En 2020, 14 Esprad ont rempli le bilan d'activité de l'année (trois équipes ont débuté leur activité en 2021).



Analyse des bilans 2020

File active

Au total, la file active autorisée est 1 250 personnes pour les 13 Esprad ayant répondu : 50 dans l'Aisne (1 Esprad n'a pas répondu), 660 dans le Nord, 100 dans l'Oise, 370 dans le Pas-de-Calais et 70 dans la Somme.

En 2020 et au niveau régional, 485 personnes ont été prises en charge par les 14 Esprad ayant complété leur bilan d'activité, soit 39 % de la file active autorisée.

La plupart des Esprad n'a pas eu d'année pleine en 2020 et deux d'entre elles n'ont pas eu d'activité en 2020 : 1 dans l'Aisne à Saint-Erme-Outre-et-Ramecourt (1 sollicitation refusée après évaluation, bilan réalisé de septembre à décembre) et 1 dans le Nord à Caudry (ouverte en septembre 2020 mais en manque de personnel donc sans activité sur 2020).

Description des patients pris en charge

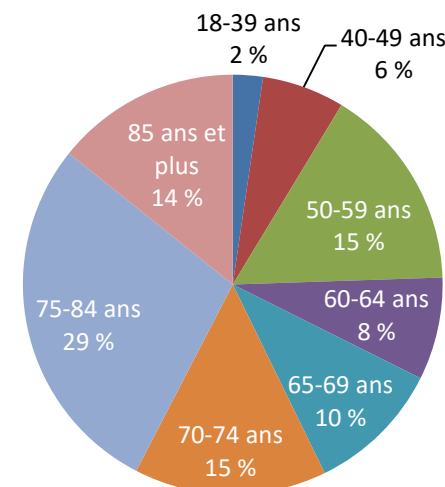
Au niveau régional, 59 % des patients pris en charge par les 13 Esprad étudiées sont des femmes.

Les 70 ans et plus représentent 58 % des personnes prises en charge en 2020. Les 50-59 ans comptent pour un tiers (34 %) et les moins de 50 ans, pour 8 %.

L'âge moyen des patients est disponible selon leur pathologie.

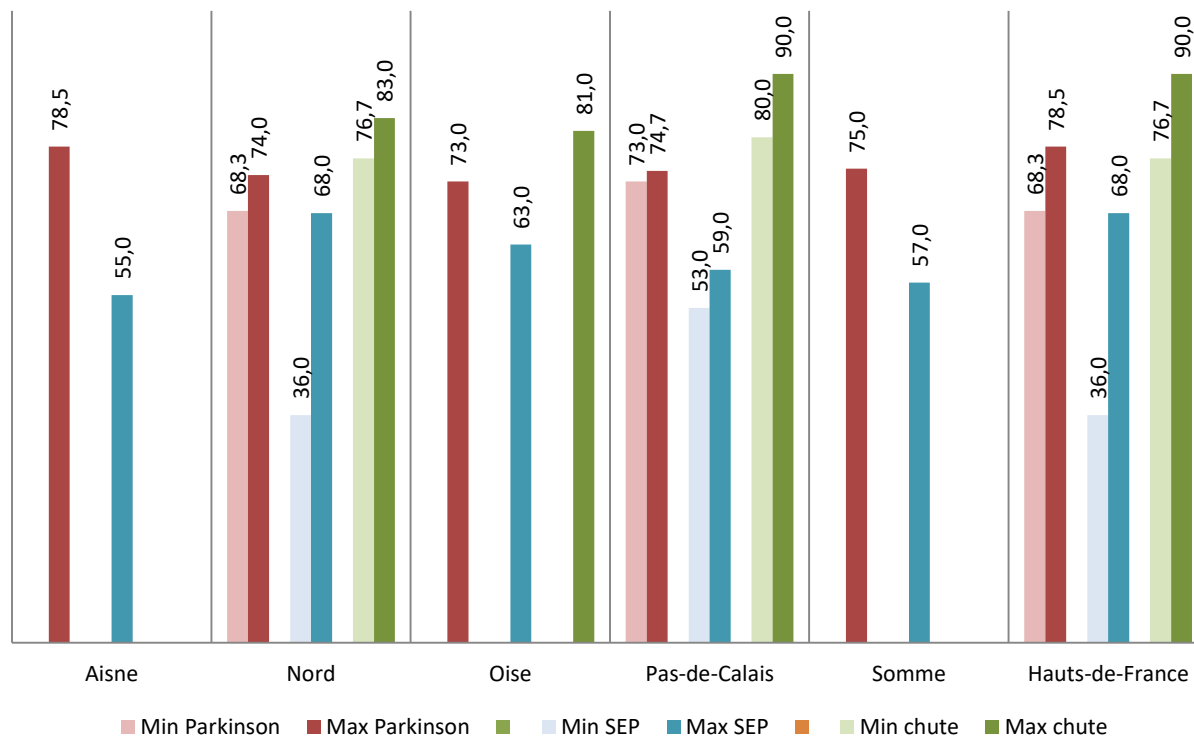
Il apparaît que les patients atteints de sclérose en plaques (SEP) sont plus jeunes que les autres : entre 36,0 ans et 68,0 ans au niveau régional en 2020. Les patients victimes de chutes ont une moyenne d'âge comprise entre 76,7 ans et 90,0 ans. Ceux atteints de la maladie de Parkinson ou maladies apparentées se situent dans une position intermédiaire avec un âge moyen minimum de 68,3 ans et un âge moyen maximum de 78,5 ans.

Répartition des patients pris en charge par âge



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Âge moyen des patients selon leur pathologie en 2020



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Mode de vie des patients

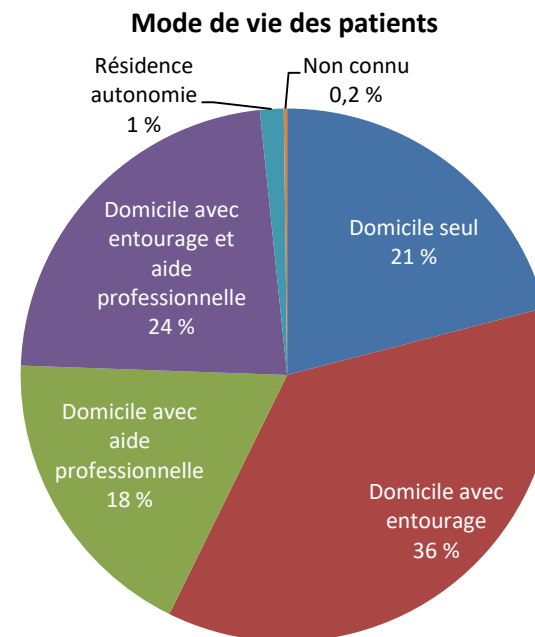
En 2020, le principal mode de vie des patients pris en charge par les Esprad est le domicile avec l'entourage (36 % des personnes).

Être à domicile seul concerne un cinquième des patients (21 %) tandis que l'aide professionnelle est sollicitée dans quatre cas sur 10 (42 %), que ce soit en complément de l'entourage (24 %) ou non (18 %).

Les résidences autonomie ne concernent qu'1 % des patients pris en charge.

La présence de l'aidant est continue pour 63 % des personnes en 2020 et ponctuelle dans 20 % des cas.

Seules 17 % des personnes n'indiquent aucune présence de l'aidant.



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

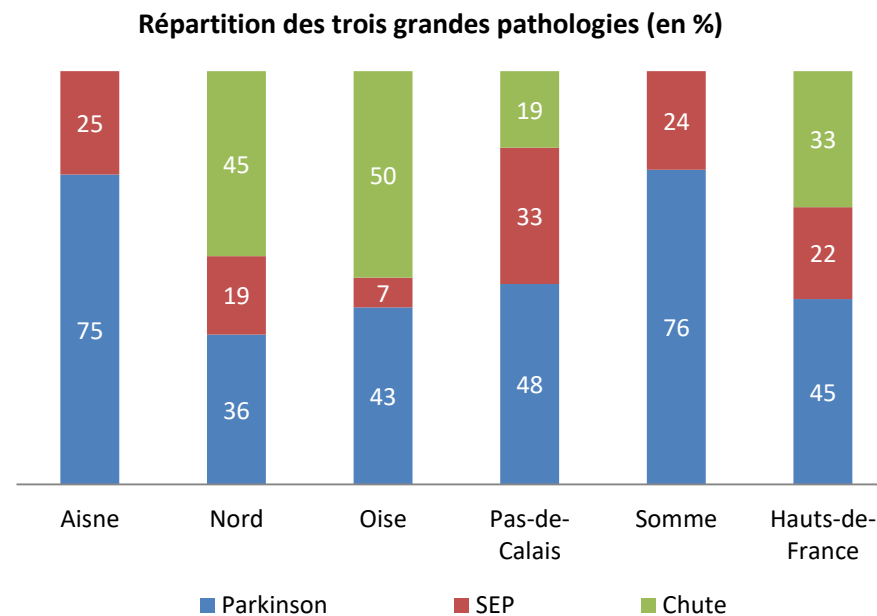
Pathologies des patients

En 2020, les demandes d'accompagnement d'Esprad sont d'abord liées à la maladie de Parkinson (45 % des demandes). Les chutes représentent un tiers des demandes (33 %) et la sclérose en plaques (SEP), 22 %.

La part des patients pris en charge atteints de maladie de Parkinson est plus importante dans l'Aisne (mais peu significatif car le nombre de personnes aidées total n'est que de 4) et la Somme.

Les départements du Nord et de l'Oise comptent davantage de personnes aidées liées à une chute (45 % et 50 %), ce qui correspond aussi plus classiquement à la fréquence des patients âgés chuteurs.

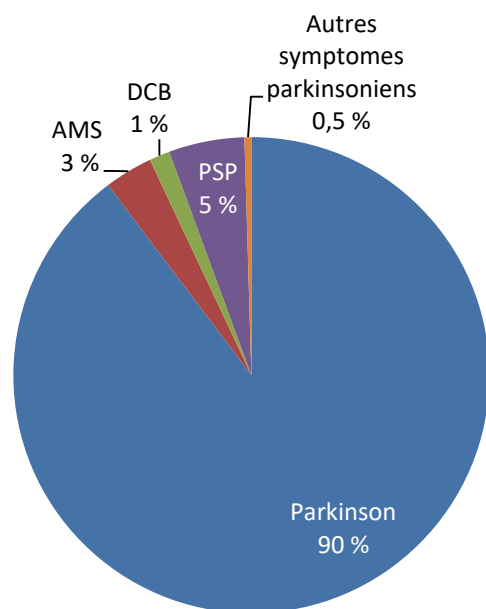
Concernant la sclérose en plaques, les proportions s'échelonnent entre 7 % dans l'Oise et 33 % dans le Pas-de-Calais.



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Parmi les 214 personnes atteintes de la maladie de Parkinson, ou troubles apparentés, accompagnées par une Esprad en 2020, 90 % ont la maladie de Parkinson. La paralysie supra-nucléaire progressive (PSP) représente 5 % des Parkinson suivis, l'atrophie multi-systématisée (AMS) 3 % et la dégénérescence cortico-basale (DCB) 1 %. Les autres symptômes parkinsoniens ne comptent que pour 0,5 % des personnes.

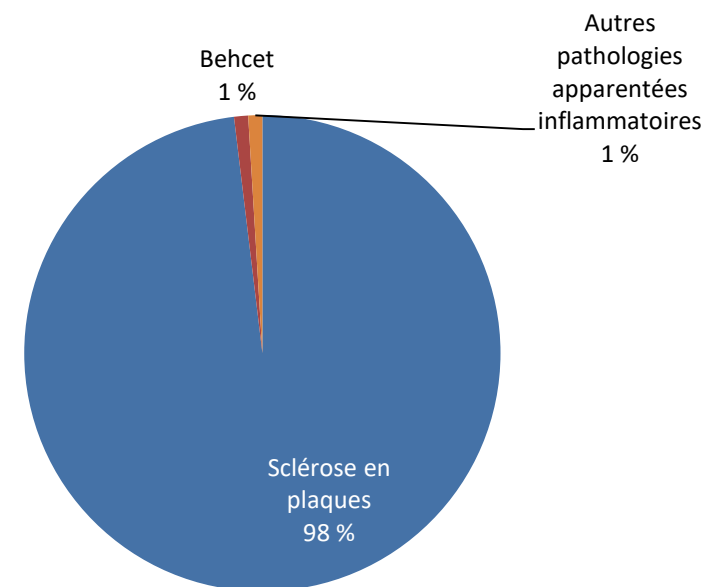
Part des pathologies des personnes suivies pour une maladie de Parkinson ou apparentée dans les Hauts-de-France



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

En 2020, sur les 106 personnes accompagnées par une Esprad ayant une sclérose en plaques, seules 2 ont un trouble apparenté : 1 Behcet et 1 autre pathologie apparentée de type inflammatoire.

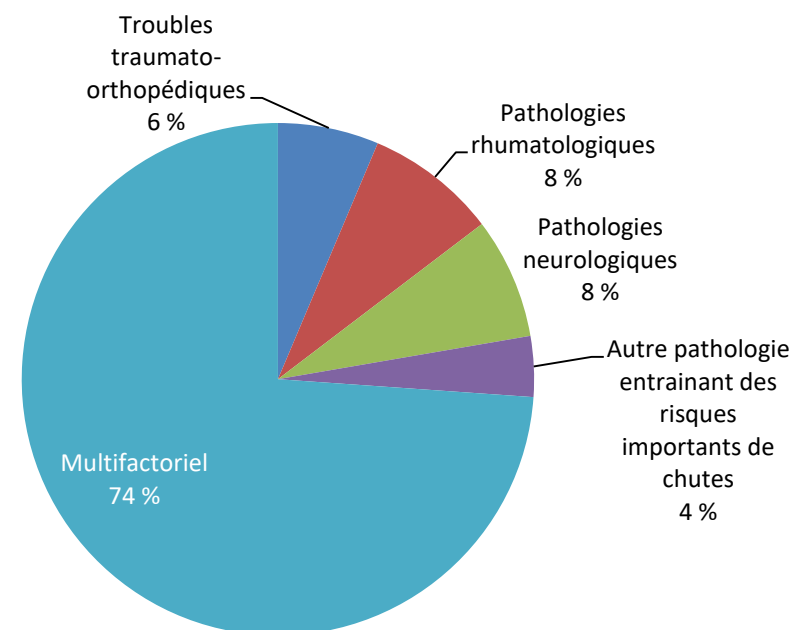
Part des pathologies des personnes suivies pour une sclérose en plaques ou apparentée dans les Hauts-de-France



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Parmi les 157 personnes accompagnées suite à une chute, 74 % sont des chutes multifactorielles. Le dernier quart se répartit entre : pathologies rhumatologiques (8 %), pathologies neurologiques (AVC, neuro-musculaire... 8 %), troubles traumatologiques (6 %) et d'autres pathologies entraînant des risques importants de chutes (4 %).

Part des pathologies des personnes suivies pour une chute dans les Hauts-de-France



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Score MMSE (*Mini-mental state evaluation*)

Parmi les 12 Esprad ayant répondu à cette question en 2020, le score MMSE est inconnu pour 81 % des 485 patients.

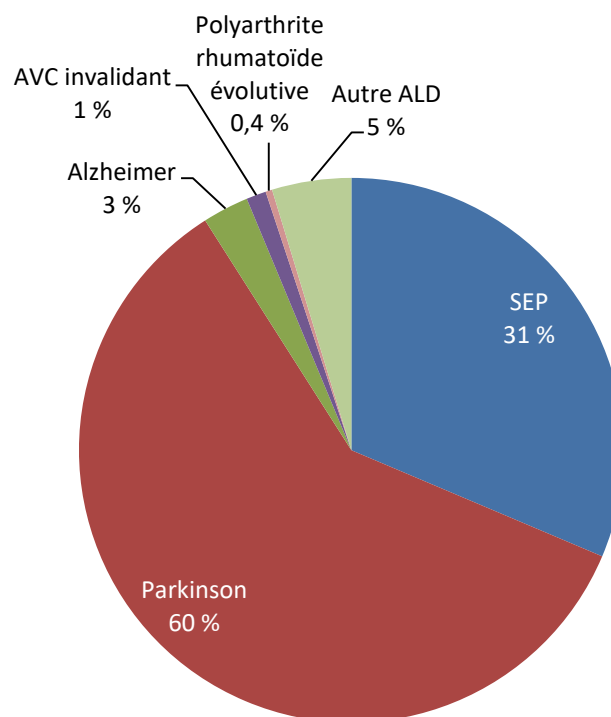
Les 19 % dont les scores MMSE sont connus se répartissent ainsi : 1 % des patients pris en charge par les Esprad ont un score MMSE inférieur à 14, 10 % ont un score entre 15 et 24, 8 % supérieur à 25.

Affections de longue durée

En 2020, 255 ALD ont été précisées pour les personnes accompagnées par 11 Esprad (20,4 % des patients pris en charge).

L'ALD la plus fréquente concerne la maladie de Parkinson (60 % des personnes), devant la sclérose en plaques (31 %). La maladie d'Alzheimer (3 %), les AVC invalidant (1 %) et la polyarthrite rhumatoïde évolutive (0,4 %) ne concernent que 11 personnes.

Répartition des patients ayant une ALD selon la pathologie dans les Hauts-de-France



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

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. Les Gir évalués en Esprad vont de 1 à 4.

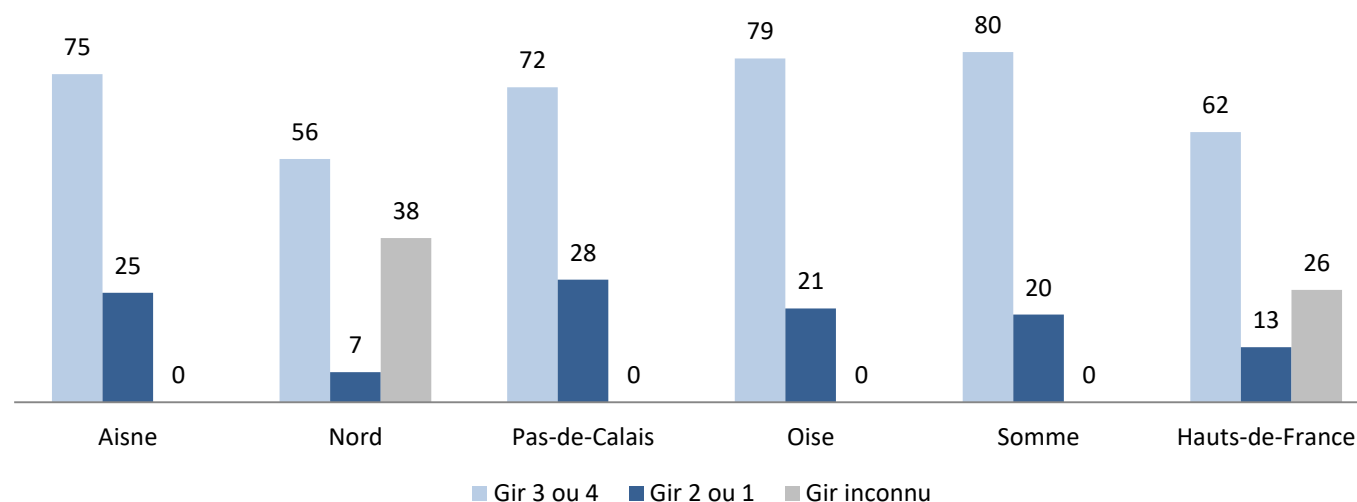
Douze Esprad ont renseigné les Gir des personnes accompagnées (soit pour 405 patients).

Au niveau régional, les personnes en Gir 3 et 4 représentent 62 % des personnes, contre 13 % pour les Gir 1 et 2. À noter que pour près de 3 personnes sur 10, le Gir n'est pas connu.

Le Nord présente une proportion de patients à forte dépendance (Gir 1 et 2) inférieure aux autres départements (7 % contre plus de 20 % ailleurs). Mais cela vient en partie du fait que ce département présente une forte proportion de Gir inconnus (38 %) : ses proportions de Gir connus sont alors moindres que dans les autres départements (en ne comptant que les Gir connus, la proportion de Gir 1 et 2 serait de 15 % et celle de Gir 3 et 4, de 89 %).

À l'inverse, la Somme et l'Oise comptent davantage de patients à dépendance modérée (Gir 3 et 4) : respectivement 80 % et 79 %.

Répartition des patients accompagnés par les Esprad en 2020 selon leur niveau de dépendance – Données départementales (en %)



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Sollicitations reçues par les Esprad

Parmi les 14 Esprad, 13 équipes totalisent 764 sollicitations en 2020 : 569 dans le Nord, 106 dans le Pas-de-Calais, 68 dans la Somme, 14 dans l'Oise et 7 dans l'Aisne. Cela représente en moyenne 64 sollicitations par Esprad : 4 en moyenne dans l'Aisne, 14 dans l'Oise, 27 dans le Pas-de-Calais, 68 dans la Somme et 114 dans le Nord.

Délai pour une évaluation initiale à domicile

Le délai moyen entre la date de sollicitation et la date d'évaluation initiale à domicile varie de 2 jours et demi dans une Esprad du Nord à 135 dans l'Esprad de la Somme.

Dans l'Aisne, ce délai est de 13 jours en moyenne pour les deux Esprad ayant répondu (3 jours et 22 jours) tandis qu'il est de 29 jours dans le Nord (minimum de 2,5 jours et maximum de 79 jours) et le Pas-de-Calais (de 3,5 jours à 90 jours). La seule Esprad de la Somme présente un délai de 135 jours, soit 4 mois et demi.

Origine des sollicitations

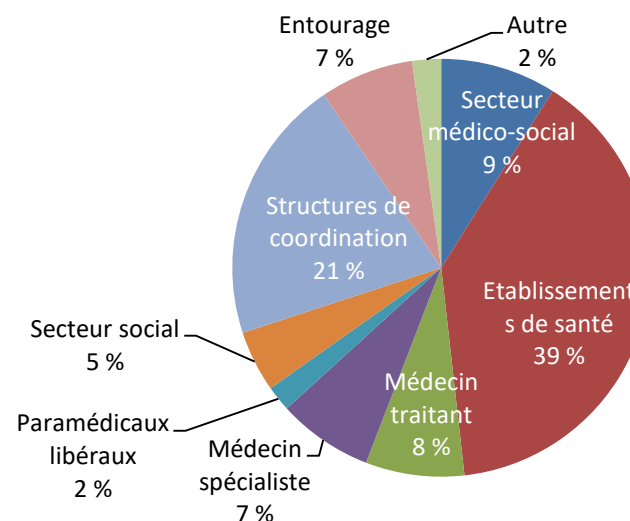
Parmi les demandeurs ayant sollicité un accompagnement Esprad, six sollicitations sur dix proviennent d'établissements de santé (dont HAD) ou de structures de coordination : respectivement 39 % et 21 % des demandeurs.

Les médecins représentent 15 % des demandeurs (8 % de médecins traitant et 7 % de spécialistes) et les paramédicaux libéraux, seulement 2 %.

Les secteurs social et médico-social comptent pour 14 % également des demandes (respectivement 5 % et 9 %)

L'entourage contribue à hauteur de 7 % aux demandes d'accompagnement Esprad.

Proportion de demandeurs selon le service ou la structure



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Au sein des départements, les établissements de santé représentent 1 sollicitation sur 2 dans le Nord, contre moins de 15 % ailleurs. Les médecins traitants orientent davantage vers les Esprad dans l'Aisne (43 %), l'Oise (36 %) et le Pas-de-Calais (22 %). Dans ces deux derniers départements, 29 % et 24 % des demandes proviennent de médecins spécialistes. Dans la Somme, ce sont structures de coordination et l'entourage qui sollicitent principalement les Esprad (28 % et 29 %).

Évaluation défavorable et réorientation

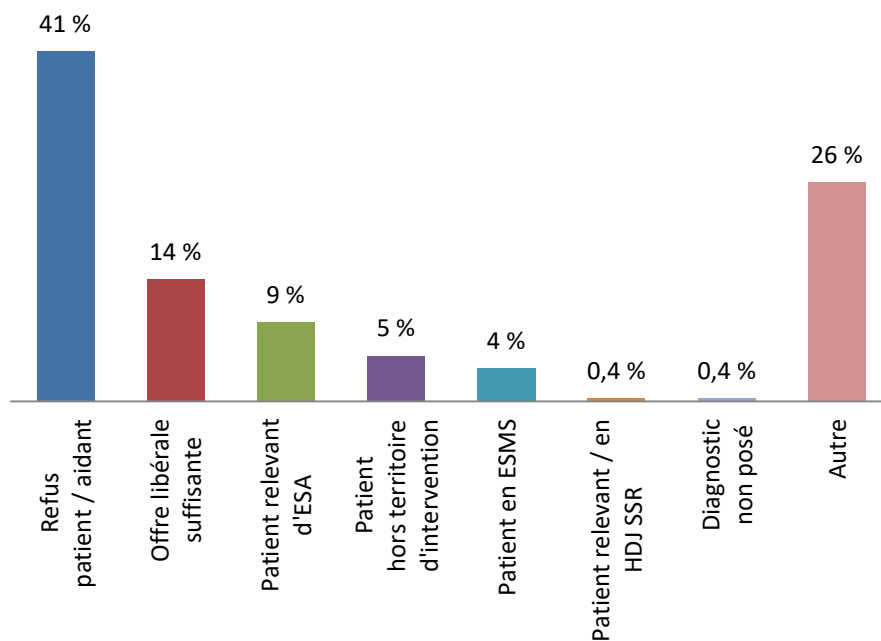
En 2020, parmi les 430 évaluations réalisées pour les 12 Esprad ayant complété cette donnée, 73 % ont donné lieu à un avis favorable d'accompagnement. La proportion d'avis défavorables est plus importante dans l'Aisne (43 %) et le Nord (37 %) et faible dans le Pas-de-Calais (14 %) et la Somme (6 %). Dans l'Oise, l'ensemble des demandes ont été acceptées.

Les avis défavorables sont principalement dus à un refus du patient ou de l'aidant (41 % des motifs en 2020) : de 33 % dans l'Aisne à 75 % dans la Somme (le Nord et le Pas-de-Calais affichent des proportions de 40 % et 42 %).

L'offre libérale jugée suffisante est le deuxième motif d'avis défavorable (14 % ; 15 % dans le Nord et 17 % dans le Pas-de-Calais) devant les patients relevant d'ESA (équipe spécialisée Alzheimer - 9 %) et les patients hors territoire d'intervention (5 %).

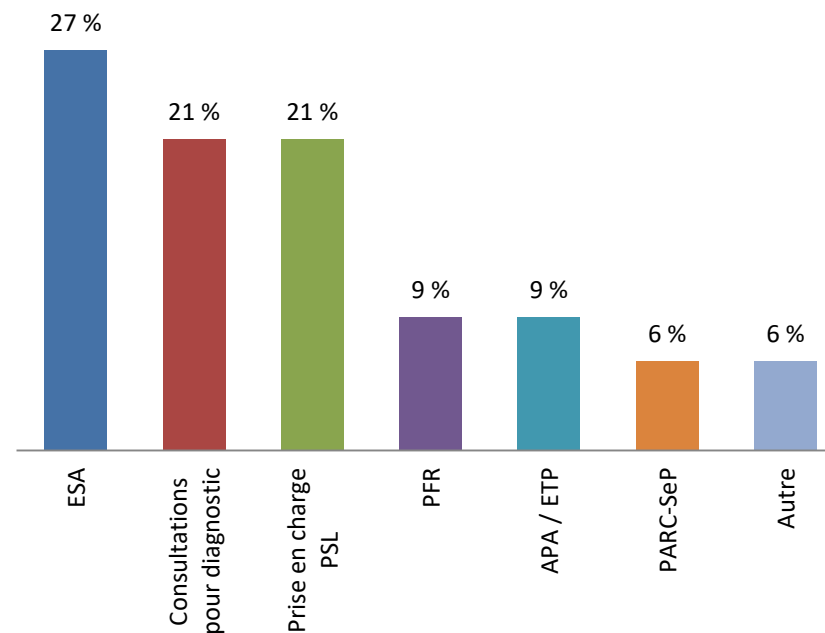
Parmi les autres motifs (26 %), sont évoqués des décès, des demandes hors critères Esprad, des hospitalisations, des entrées en Ehpad, des personnes injoignables.

Répartition des motifs d'avis défavorables pour une intervention en Esprad dans les Hauts-de-France



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Répartition des réorientations proposées après un avis défavorable à un accompagnement Esprad dans les Hauts-de-France



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

En 2020, les réorientations proposées sont principalement tournées vers les ESA (27 %), les consultations pour diagnostic (21 %) et les prises en charge par des professionnels de santé libéraux (21 %).

La catégorie autre regroupe des orientations vers un CMP et un SAAD.

Les médecins prescripteurs sont à 70 % les médecins traitant. Dans la Somme, les prescripteurs se répartissent entre médecin traitant (45 %) et neurologue (48 %) ; de même dans le Pas-de-Calais (respectivement 54 % et 25 %). Dans l'Aisne et le Nord, les médecins traitants représentent plus des trois quarts des prescripteurs (75 % et 81 %). Dans l'Oise, les gériatres représentent 36 % des prescripteurs et les médecins traitant, 43 %.

Les professionnels de médecine physique et de réadaptation (MPR) et gériatres représentent respectivement 8 % et 7 % des prescripteurs en 2020 au niveau régional.

Interventions des Esprad

Parmi les 485 patients suivis en 2020, 443 sont des patients nouvellement admis (91 %) et 42 sont des réadmissions. Dans l'Aisne, l'Oise et le Pas-de-Calais, aucune réadmission n'a été effective en 2020 tandis que 9 % des patients du Nord et 23 % de ceux de la Somme étaient dans cette situation.

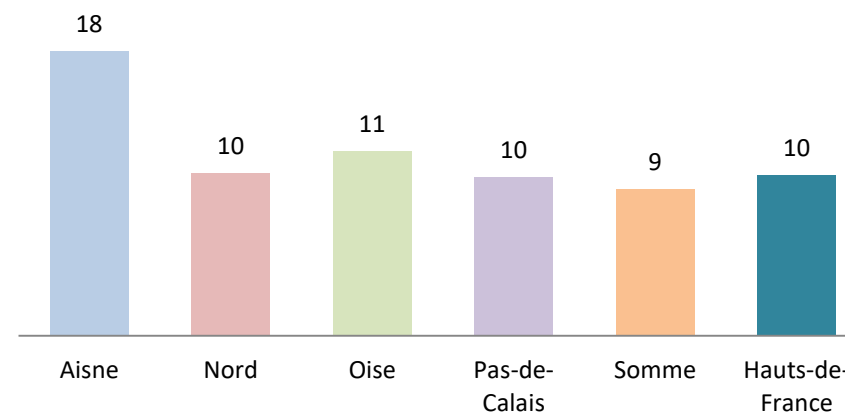
Nombre de séances

Le cahier des charges préconise un maximum de 18 séances. En 2020, 4 809 séances ont été réalisées par les 13 Esprad pour 485 patients, soit 9,9 séances en moyenne par patient.

Dans l'Aisne, les 4 patients accompagnés totalisent 70 séances, soit 18 séances par patient.

Dans les autres départements, ce sont 9 à 11 séances par patient réalisées.

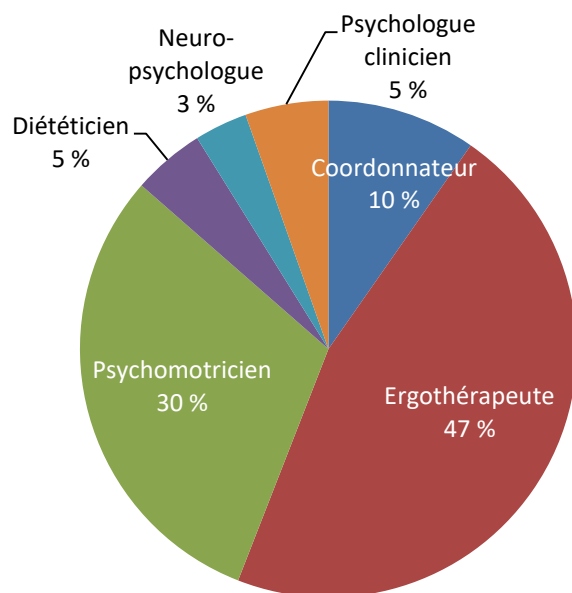
Nombre moyen de séances par patient



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

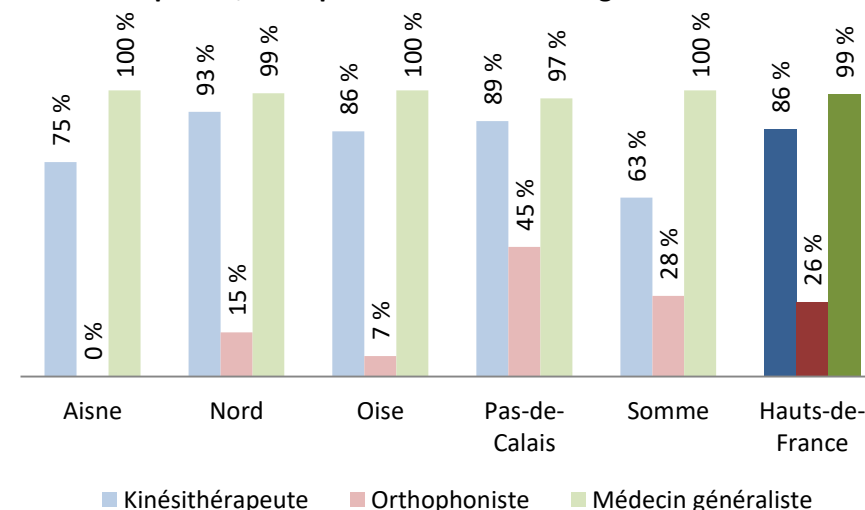
En 2020, près d'une séance sur deux est réalisée par un ergothérapeute (de 37 % dans la Somme à 73 % dans l'Aisne) et trois séances sur dix, par un psychomotricien (de 0 dans l'Aisne et l'Oise à 43 % dans la Somme). Les coordonnateurs prennent en charge 10 % des séances (de 0 dans la Somme à 12 % dans l'Aisne).

Répartition des séances selon le professionnel de l'Esprad en charge de la séance



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Proportions de patients pour lesquels des liens ont été faits avec des kinésithérapeutes, orthophonistes et médecins généralistes libéraux



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S
 Champ : informations connues pour 375 patients pour les kinésithérapeutes, 202 patients pour les orthophonistes, 462 patients pour les médecins généralistes

Les liens avec les professionnels libéraux sont particulièrement importants avec les médecins généralistes : 99 % des patients pour lesquels cette information est connue. Les kinésithérapeutes libéraux sont également souvent en contact avec l'Esprad (86 % des patients), mais par contre, les orthophonistes libéraux sont peu sollicités (26 % ; mais l'information n'est connue que pour 202 des 485 patients accompagnés par les Esprad de la région).

Entre la première et la dernière séance Esprad, 1 à 6 mois en moyenne se sont écoulés selon les équipes : 25 jours dans l'Esprad de Saint-Amand-les Eaux à 190 jours dans celle de la Somme.

Dans 10 Esprad sur 12, la durée est égale ou supérieure à 90 jours. Une Esprad est à 25 jours et une autre à 74 jours.

Arrêt ou suspension de la prise en charge

Seul un tiers des prises en charge a été arrêté ou suspendu en 2020 (34 %).

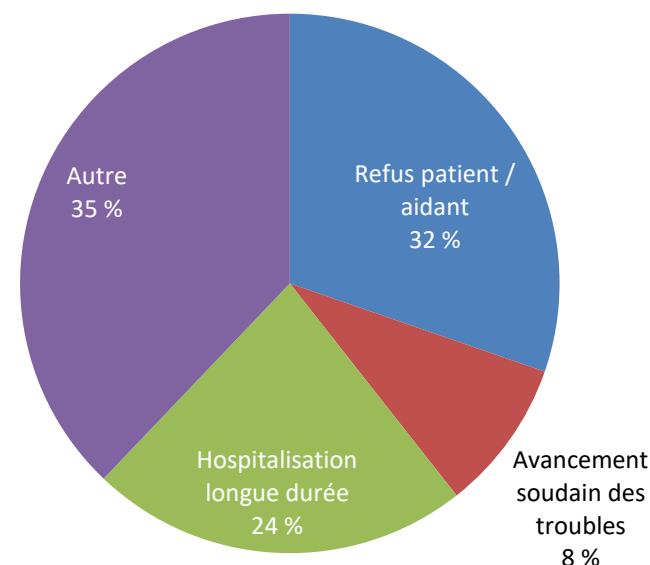
Un tiers des motifs d'arrêt ou de suspension de l'accompagnement (32 %) sont consécutifs à un refus du patient ou de l'aidant en 2020 (24 % dans le Pas-de-Calais, 28 % dans le Nord, 44 % dans la Somme et 50 % dans l'Oise).

Les hospitalisations de longue durée engendrent 24 % des arrêts d'accompagnements (de 10 % dans le Pas-de-Calais à 38 % dans l'Oise).

La progression des troubles des patients représente un quart des arrêts dans la Somme, contre moins de 6 % dans les autres départements (3 % dans le Nord et 5 % dans le Pas-de-Calais).

Parmi les autres motifs (35 %), sont stipulés des décès, entrées en établissement médico-social, interventions d'un autre service (SAMSAH), patients hors secteur, patients hors critères de cahier des charges...

Répartition des patients selon les motifs d'arrêt ou de suspension des prises en charge



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

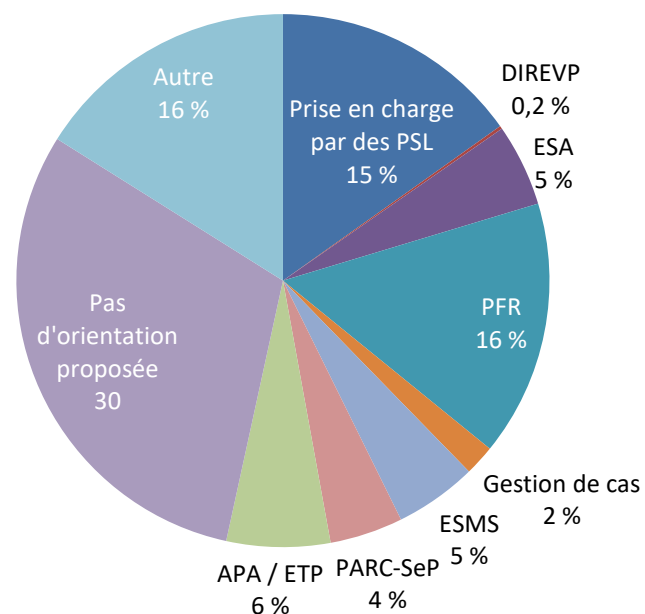
Orientations proposées à la sortie de la prise en charge

En 2020, un tiers des sorties du programme de prise en charge ne font l'objet d'aucune orientation proposée (30 %). Dans le Nord, les sorties sans orientation atteignent 58 %, tandis qu'elles ne sont que 4 % dans le Pas-de-Calais et inexistantes dans l'Oise et la Somme.

Les prises en charge par des professionnels de santé libéraux (PSL) et par les plateformes de répit (PFR) regroupent près d'un autre tiers des orientations (respectivement 15 % et 16 %) : 10 % et 2 % dans le Nord, 48 % et 17 % dans l'Oise, 24 % et 34 % dans le Pas-de-Calais et 15 % et 29 % dans la Somme.

Les autres orientations proposées (16 % des orientations en 2020) dirigent les patients vers des CMP, Samsah / SAVS, groupes de parole, associations, suivis en médecine physique et de réadaptation, consultation mémoire, relais social...

Répartition des patients selon l'orientation proposée à leur sortie du programme de prise en charge



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Le délai moyen entre la dernière intervention et la réévaluation est indiqué par 9 Esprad et se situe entre 83 jours (2,8 mois) pour l'Esprad de l'Oise et 136 jours (4,5 mois) pour une Esprad du Nord.

Coopérations formalisées

En 2020, les 12 Esprad de la région ayant répondu à la question recensant des coopérations formalisées avec :

- Des centres experts Parkinson pour 3 équipes ;
- Des centres experts sclérose en plaque pour 3 équipes ;
- Des filières gériatriques pour 5 équipes ;
- Des centres de rééducation pour 7 équipes ;
- PARC-SeP pour 9 équipes.

Personnel

Le cahier des charges prévoit que le personnel d'une Esprad comprenne un ergothérapeute, un psychomotricien, un coordinateur, un psychologue clinicien et un diététicien.

Les 14 Esprad cumulent un effectif de 43,1 ETP dont 35 % est occupé par des ergothérapeutes, 26 % par des coordonnateurs, 21 % par des psychomotriciens, 7 % par des neuropsychologues, 6 % par des diététiciens et 5 % par des psychologues cliniciens.

En termes d'effectif de personnes, les Esprad cumulent 87 personnes, dont 18 coordonnateurs (10 coordonnateurs IDE, 6 ergothérapeutes, 1 psychomotricien et 1 dont la qualification n'est pas stipulée), 25 ergothérapeutes, 12 diététiciens, 10 psychomotriciens, 10 neuropsychologues et 9 psychologues cliniciens.

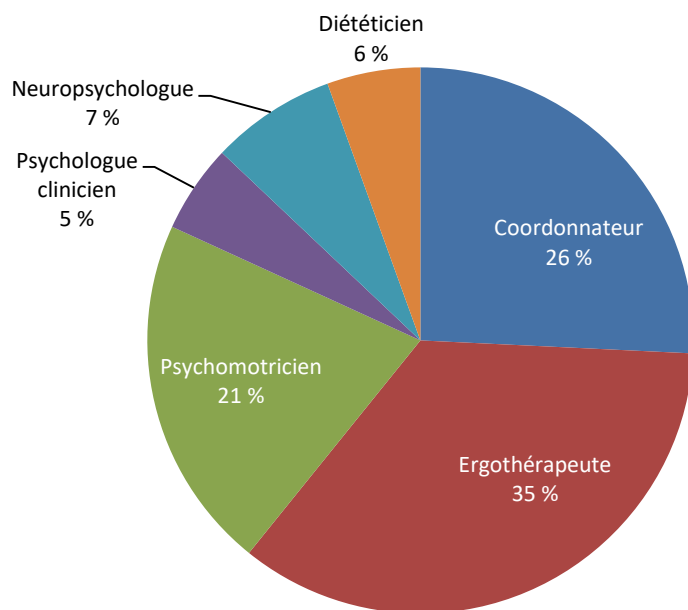
Au niveau régional, une Esprad comprend en moyenne 6 à 7 personnes (6,2) pour un effectif ETP total de 3,1 (dont 0,7 ETP de coordonnateur, 1,0 ETP d'ergothérapeute, 0,6 ETP de psychomotricien, 0,2 ETP de diététiciens, 0,2 ETP de neuropsychologue, 0,2 ETP de psychologue clinicien et 0,2 ETP dont la qualification n'est pas connue).

Au niveau départemental, en moyenne une Esprad est constituée d'un effectif plus important dans le Pas-de-Calais (3,5 ETP en moyenne), le Nord (3,4 ETP) et l'Oise (3,4 ETP). L'Aisne compte les effectifs les plus bas avec 1,4 ETP en moyenne et la Somme se situe dans une position intermédiaire (2,7 ETP).

Parmi les 14 Esprad,

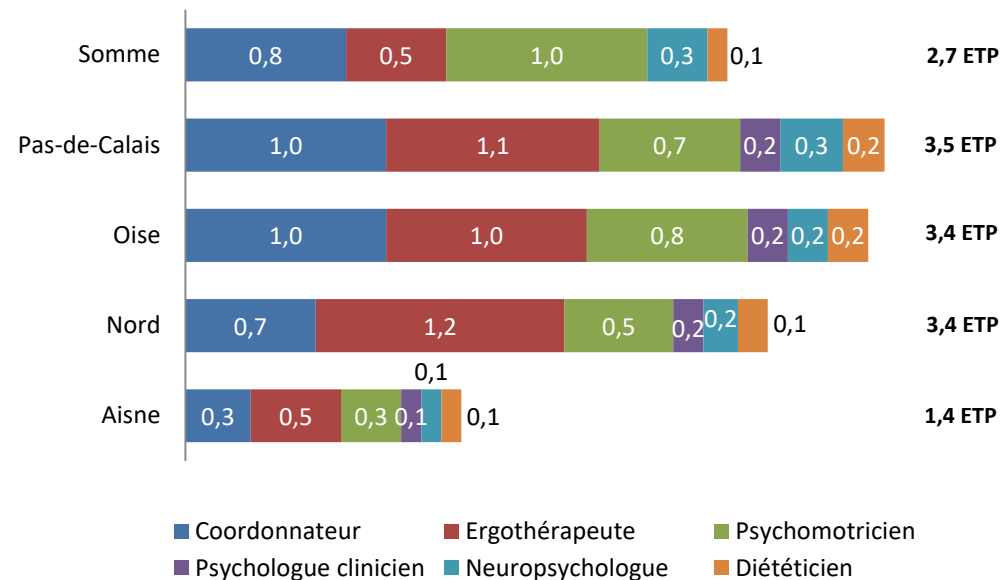
- 14 ont au moins un coordonnateur,
- 14 ont au moins un ergothérapeute,
- 12 ont un diététicien,
- 10 ont un psychomotricien,
- 10 ont un neuropsychologue,
- 9 ont un psychologue clinicien.

Répartition des ETP en Esprad en 2020



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Répartition d'ETP moyen par Esprad, par type de professionnels et par département en 2020



Source : ARS - DOMS 2021 – Traitement OR2S

Formations

Pour l'année 2020, 11 Esprad déclarent un plan de formation totalisant 27 formations, dont 13 dans le Nord, 9 dans le Pas-de-Calais, 4 dans l'Aisne et 1 dans l'Oise.

Les 11 Esprad ont proposé de 1 à 6 formations à leur personnel :

- 4 Esprad ont proposé 1 formation dans l'année,
- 2 Esprad ont proposé 2 formations,
- 3 Esprad ont proposé 3 formations,
- 1 Esprad a proposé 4 formations,
- 1 Esprad a proposé 6 formations.

En 2020, ce sont 53 professionnels qui ont reçu une formation pour un total de 750 heures, soit 14 heures en moyenne par personne.

Les formations portent essentiellement sur des sensibilisations aux maladies de Parkinson et sclérose en plaque. S'y ajoutent des formations sur : le suivi des consultations spécialisées auprès de médecins neurologues et de rééducation pour la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson, la démarche d'intervention en ergothérapie, la réadaptation d'une personne atteinte de la maladie de Parkinson, l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP), la sensibilisation à la protection des données et au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), la sensibilisation à la déclaration des événements indésirables.

La crise sanitaire a mis à mal les formations, en annulant certaines et en imposant le format en ligne pour d'autres.

Financement

En 2020, les financements ARS reçus par les Esprad ont permis de couvrir 85 % des dépenses renseignées par les Esprad.

Parmi les dépenses renseignées, 79 % représentent des frais de personnel, 2 % des frais de déplacement et 0,4 % des formations.

Difficultés et commentaires

Onze Esprad font part de difficultés lors de leur exercice 2020.

Six d'entre elles relatent des difficultés de recrutement, notamment à cause des temps partiels proposés et de l'emplacement de l'Esprad en milieu rural. Par ailleurs, deux Esprad font remonter le besoin d'un temps d'assistant de service social dans le service afin d'optimiser leurs actions auprès des personnes accompagnées et une autre Esprad évoque un budget insuffisant pour financer des temps de secrétariat et de vacations de postes de psychologue, diététicien et neuropsychologue.

Trois Esprad évoquent des territoires d'intervention étendus impliquant de longs temps de trajet. Pour une Esprad, cela freine la prise en charge maximale des patients.

La crise sanitaire a impacté les activités de 4 Esprad : difficultés à obtenir des rendez-vous – et donc de conventionner – avec les partenaires médicaux et sociaux, difficulté d'une mise en route de l'Esprad par temps Covid, personnel réquisitionné sur d'autres services (donc moins de séances), refus de certains patients liés au Covid...

D'autres difficultés ont été relatées de façon moins fréquente (1 Esprad) :

- Peu de prescriptions malgré les campagnes de communication. L'Esprad poursuit ses démarches de communication, de rencontre et de recrutement ;
- Baisse des temps de travail lié à la baisse du budget (critère d'attribution différent entre le premier cahier des charges et le second), donc augmentation de la liste d'attente ;
- Problématiques sociales complexes rencontrées par les usagers impliquant régulièrement la rédaction de FOD, de demandes de financement (APA, PCH, etc.), de changement de domicile, etc. : autant de missions pour lesquelles l'Esprad n'est pas formée ;
- Impossibilité de faire moins de renouvellement pour favoriser les nouvelles demandes.

III.4. Les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR)

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 d'une maladie neurodégénérative, 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 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.

En ciblant autant les aidants que les couples 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. Il élargit le public cible aux aidants de malades de Parkinson ou de sclérose en plaques.

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.

Dans la région des Hauts-de-France, l'ARS s'est fortement appuyée sur ces dispositifs pour répondre aux besoins de soutien des aidants de personnes âgées sur l'ensemble du territoire et diversifier l'offre de répit, avec le déploiement de 24 PFR. L'activité des PFR n'a cessé d'augmenter depuis leur création et encore plus récemment, sous l'impulsion de leur ouverture aux aidants de malades Parkinson et de Sclérose en plaques dans le cadre du plan maladies neurodégénératives.

En 2020, l'ARS des Hauts de France a conforté le réseau de ces PFR pour leur permettre de mieux répondre aux besoins de soutien psychologique encore plus accrus avec la crise sanitaire : des crédits ont ainsi été alloués aux 24 PFR pour renforcer leur personnel en psychologues.

L'année 2020 a été marquée également par la prolongation dans le cadre de la crise sanitaire du projet Interreg Aidants Proches / Réseau Services. Ceci a permis de doter les PFR de matériels pour la protection contre la Covid-19 (masques, gel, blouses) ainsi que pour favoriser le travail en distanciel, le développement d'animations et le maintien des liens entre les aidants et leurs proches (tablettes numériques, ordinateurs, vidéoprojecteurs, consoles et jeux).

À travers la stratégie « Agir pour les aidants » lancée en 2019, l'ARS poursuit le déploiement de solutions de répit et notamment de la suppléance à domicile. En 2021, des crédits supplémentaires sont alloués de manière pérenne à 23 PFR afin de développer cette prestation sur l'ensemble des territoires. Ce service sera proposé par des professionnels qualifiés de la PFR sur des durées courtes, en priorité pour les aidants de malades neurodégénératifs, en complémentarité avec les services proposant le même type de prestation.

La trame du bilan d'activité 2020 a été modifiée afin d'intégrer ces différentes évolutions.



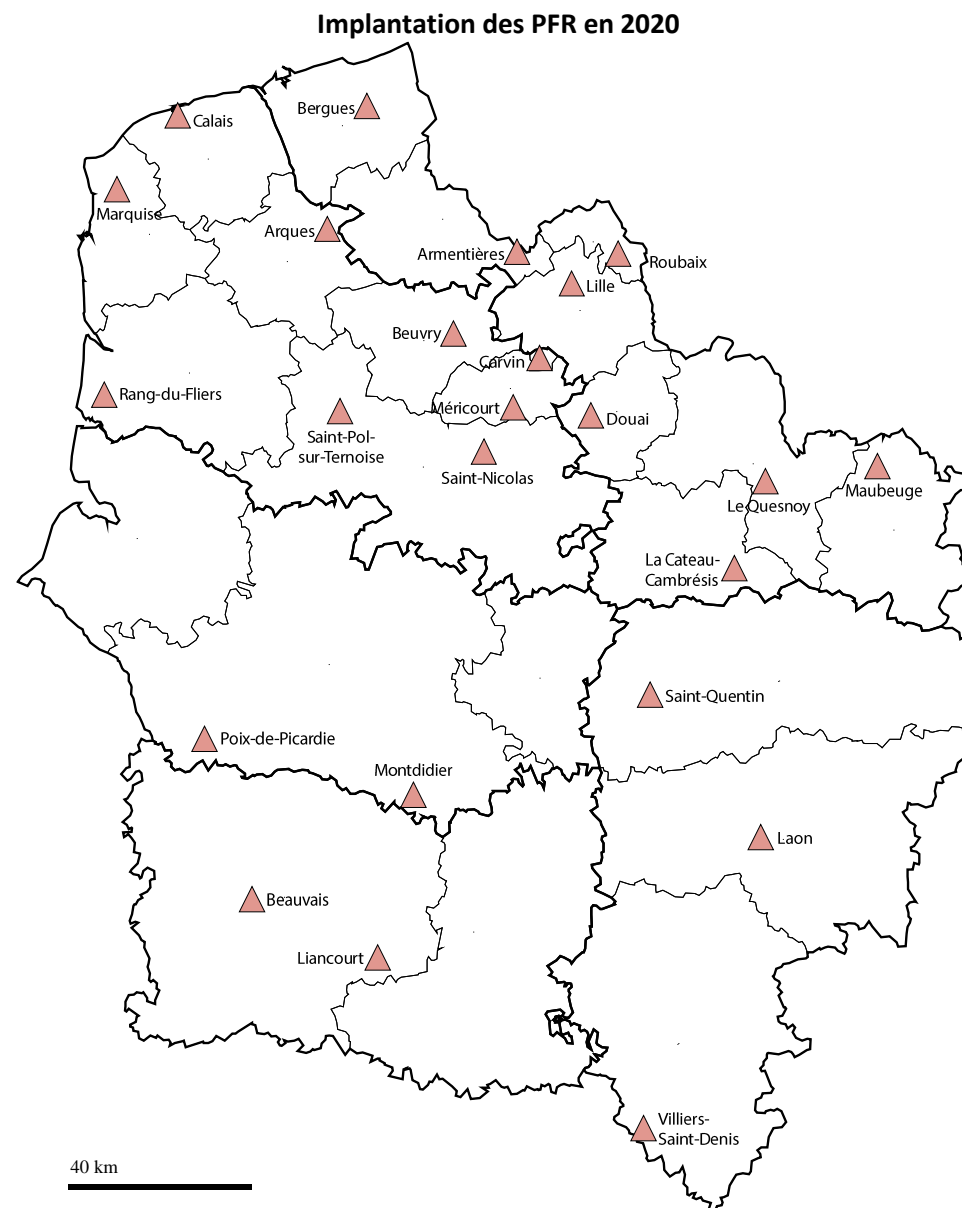
Implantation des PFR

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 24 PFR sont autorisées fin 2020 dans les Hauts-de-France, dont 18 entre 2011 et 2015. 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 Calaisis), une en 2018 à Poix-de-Picardie, dans la Somme. En 2019, une 24^e PFR a été autorisée après appel à candidatures dans le nord de l'Aisne (Saint-Quentin) et a permis ainsi de finaliser la couverture territoriale régionale.

Au niveau géographique, les 24 PFR se répartissent ainsi :

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

Leurs périmètres géographiques correspondent aux territoires de proximité MAIA.



Source : ARS – DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Analyse des données d'activité

Méthodologie

L'analyse de l'activité 2019 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.

Le questionnaire rempli par les PFR a été entièrement modifié en 2020 lors de groupes de travail menés par la Fédération des PFR, en lien avec l'ARS. Les activités annexes (*counseling*, groupes de parole, accompagnement individuel à domicile, alerte épuisement) ont été ajoutées à ce questionnaire et seront donc analysées dorénavant dans ce chapitre.

Ouverture des PFR

L'ensemble des 24 PFR autorisées a déclaré une activité en 2020.

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a joué un rôle important dans l'activité des PFR, avec pour certaines, une réduction importante des semaines d'ouverture. Ainsi, sur les 24 PFR, 14 ont assuré 52 semaines d'ouverture sur l'année 2020 (8 dans le département du Nord, 4 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne et 1 dans l'Oise), 1 a été ouverte 50 semaines (Pas-de-Calais), 1 a été ouverte 49 semaines (Somme), 2 ont été ouvertes 48 semaines (1 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme), 1 du Pas-de-Calais a été ouverte 47 semaines, 1 de l'Oise a été ouverte 46 semaines et 4 PFR ont été ouvertes moins de 40 semaines dans l'année (37 semaines pour 1 PFR de l'Aisne, 33 semaines pour 1 du Pas-de-Calais, 29 semaines pour 1 de l'Aisne et 18 semaines pour 1 du Pas-de-Calais).

Ainsi, au total, les PFR ont assuré 1 133 semaines d'ouverture aux usagers en 2020. En comparaison, en 2019, les 23 PFR ayant déclaré une activité avaient assuré 1 170 semaines d'ouverture (1 087 en 2018, 1 116 en 2017).

Sur les 24 PFR, 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 (également 10 en 2019 et 2018, 8 sur 22 en 2017 et 6 sur 21 en 2016) : 2 dans le Nord, 4 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise et 2 dans la Somme.

File active

En 2020, **5 674 aidants ont été accompagnés par l'une des 24 PFR** (en 2019, 5 236 aidants avaient contacté l'une des 23 PFR). Le nombre d'aidants est plus important dans le Nord (48 % des aidants accompagnés par les PFR des Hauts-de-France) et le Pas-de-Calais (32 %). L'Oise regroupe 9 % des aidants, la Somme 5 % et l'Aisne 6 %.

Parmi eux, 1 845 aidants ont intégré une plateforme en 2020²⁹. Un peu plus d'un tiers des nouveaux aidants a intégré la PFR³⁰ suite à un accueil physique à la plateforme (36 %), 26 % suite à un contact téléphonique émis par la PFR, 21 % suite à un contact téléphonique reçu, 9 % suite à un échange de mails et 8 % par d'autres biais (visites à domicile, courriers, réseaux, professionnels, partenaires...).

Par département, les appels téléphoniques émis par la PFR sont plus nombreux dans l'Oise (60 % des nouveaux aidants), le Pas-de-Calais (37 %) et la Somme (74 %). Les nouveaux aidants du Nord et de l'Aisne se tournent davantage vers l'accueil physique (68 % et 59 %).

Parallèlement, 692 aidants n'ont eu qu'un simple contact avec les PFR³¹ en 2020 pour une information et/ou une orientation (297 dans le Nord, 251 dans le Pas-de-Calais, 88 dans l'Oise, 37 dans l'Aisne et 19 dans la Somme).

Le nombre moyen d'aidants contactant une PFR chaque semaine est de 5,0 en 2020 (4,5 en 2019, 4,6 en 2018, 4,3 en 2017 et 3,2 en 2016). Cet indicateur est plus élevé dans le Nord (6,6 aidants par semaine), l'Oise (5,0) et le Pas-de-Calais (4,5). La Somme (3,1) et l'Aisne (2,6) viennent ensuite.

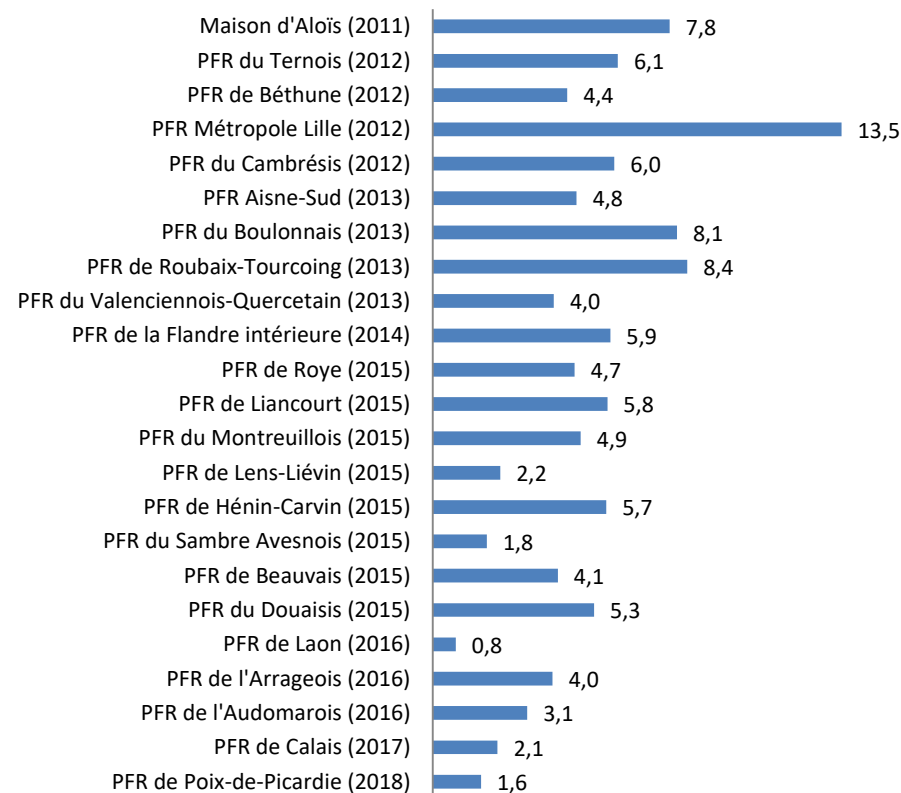
Il existe une très grande disparité du nombre d'aidants ayant pris contact avec l'une des PFR, allant de 0,8 aidant par semaine pour la PFR de Laon à plus de 13 pour la Maison des Aidants de Lille. La densité de population couverte est variable d'une PFR à l'autre, ce qui peut expliquer ceci.

²⁹ Une PFR n'a pas renseigné le nombre de nouveaux aidants ayant intégré la plateforme.

³⁰ Quatre PFR n'ont pas pu renseigner cet indicateur.

³¹ Deux PFR n'ont pas pu renseigner cet indicateur.

Nombre moyen d'aidants ayant pris contact avec une PFR par semaine d'ouverture en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 5 674 aidants

Profil des aidés

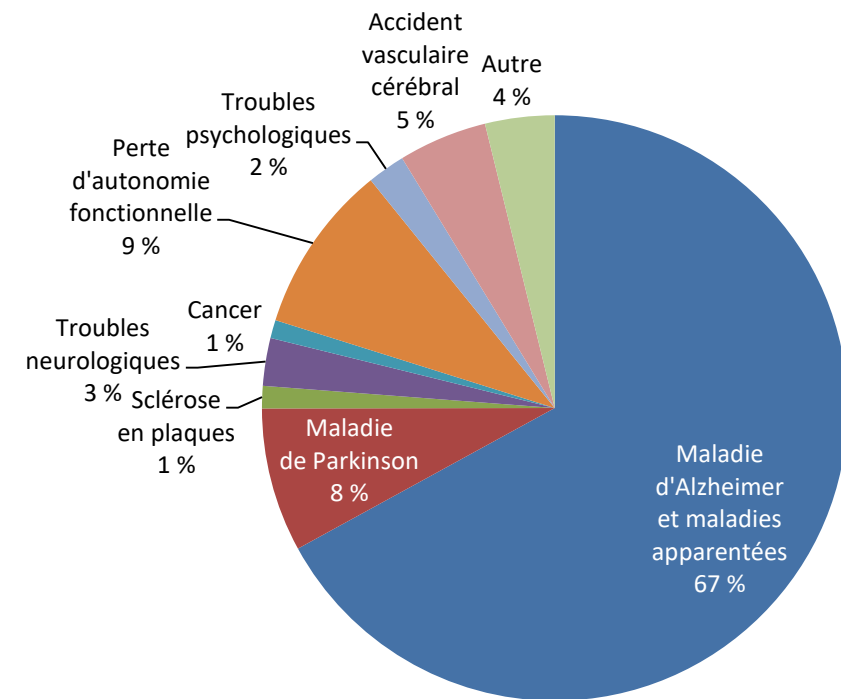
En 2020, près de neuf aidés sur dix (86 %) vivent à domicile et parmi eux, 42 % cohabitent avec le proche aidant accompagné par une PFR.

Parallèlement, 14 % des aidés sont en établissement pour personnes âgées.

En 2020, parmi les **5 180 personnes aidées** : 67 % sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées ou de troubles cognitifs (69 % en 2019, 75 % en 2018 et 2017, 80 % en 2016). La maladie de Parkinson concerne 8 % des personnes et la sclérose en plaque, 1 %.

La perte d'autonomie fonctionnelle concerne 9 % des personnes aidées (8 % en 2019, 9 % en 2018, 12 % en 2017, 9 % en 2016 et 2015).

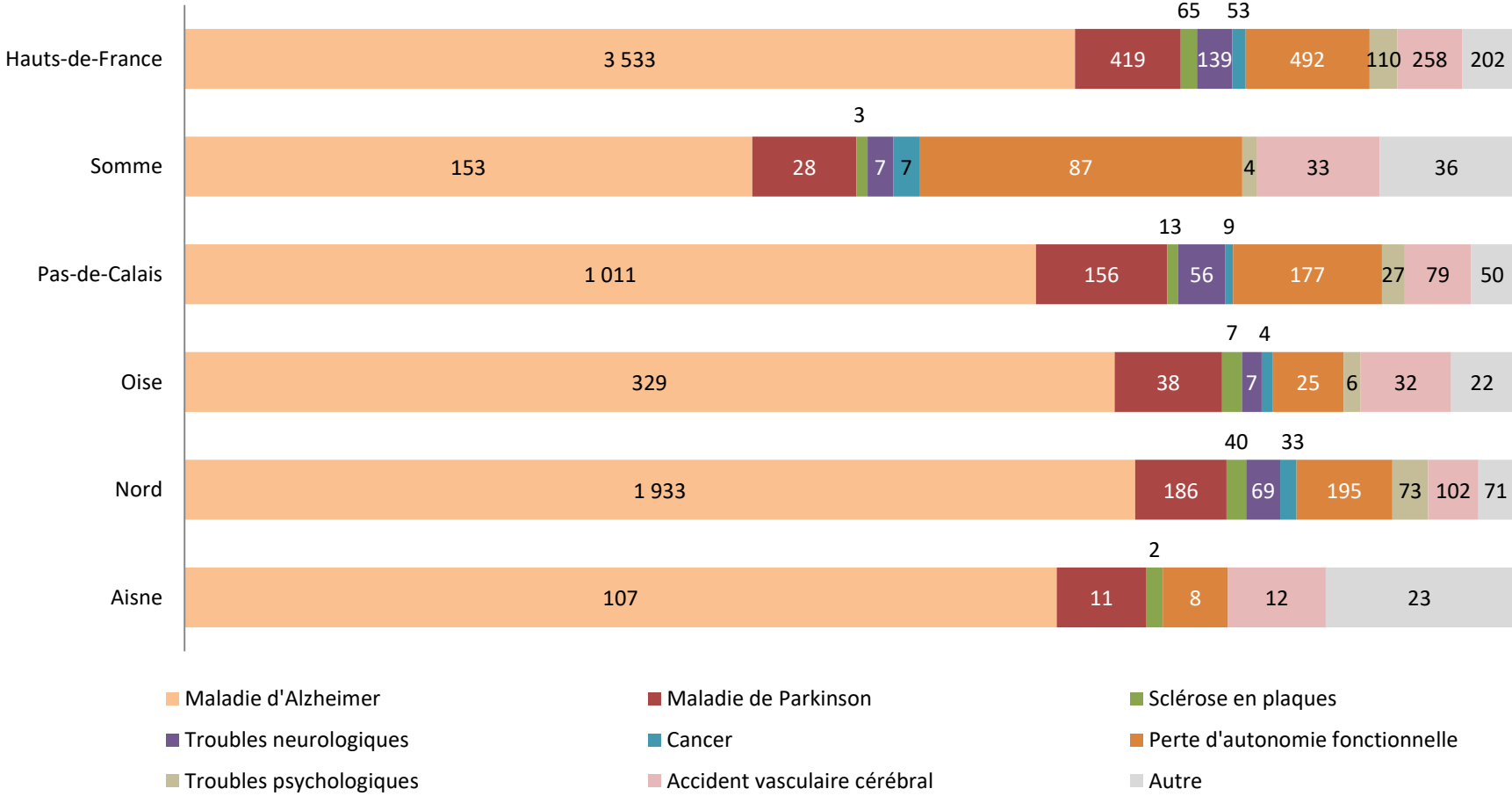
Enfin, les autres situations (troubles neurologiques et psychologiques, cancer, AVC et autres pathologies) concernent 15 % des personnes aidées.

Profils des aidés en fonction de leur pathologie en 2020

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 5 180 aidés

Profils des aidés en fonction de leur pathologie en 2020, par département (nombre)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 5 180 aidés

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 43 % des personnes dans la Somme à 72 % dans le Nord). La perte d'autonomie fonctionnelle est particulièrement présente dans la Somme (24 % des aidés contre moins de 12 % ailleurs). Le Pas-de-Calais compte davantage de maladies de Parkinson (10 % contre 7 % à 8 % dans les autres départements).

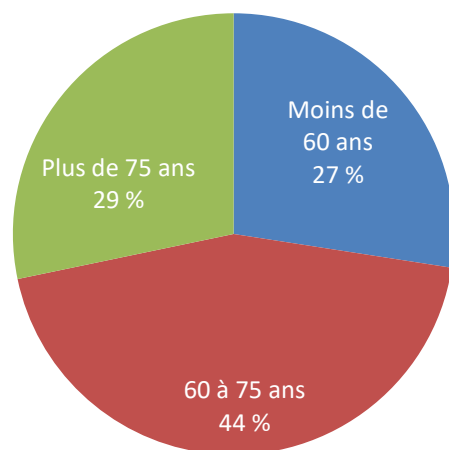
Profil des aidants

La répartition par classe d'âges des aidants est proche en 2020 des années précédentes : 27 % des aidants ont moins de 60 ans (27 % en 2019, 30 % en 2018, 29 % en 2017), 44 % des aidants ont entre 60 et 75 ans (43 % en 2019, 44 % en 2018 et 2017), 29 % ont plus de 75 ans (30 % en 2019, 27 % en 2018 et 2017).

Les aidants de l'Oise et de la Somme sont proportionnellement plus nombreux à avoir plus de 75 ans (respectivement 36 % et 34 % des aidants), tandis que ceux de l'Aisne sont 54 % à avoir entre 60 et 75 ans.

Sur les 24 PFR, 7 n'ont pas pu renseigner la durée d'accompagnement de l'aidant et 1 n'a renseigné la donnée que pour les nouveaux arrivants. Pour les 16 autres PFR (représentant 3 252 aidants), six aidants sur dix bénéficient d'une durée d'accompagnement comprise entre 1 et 5 ans : 2 009 aidants, soit 62 %. En parallèle, 1 092 aidants le sont depuis moins d'un an (34 %), 137 autres depuis 6 à 7 ans (4 %) et 14 depuis plus de 7 ans (0,4 %).

Répartition des aidants par groupe d'âges en 2020



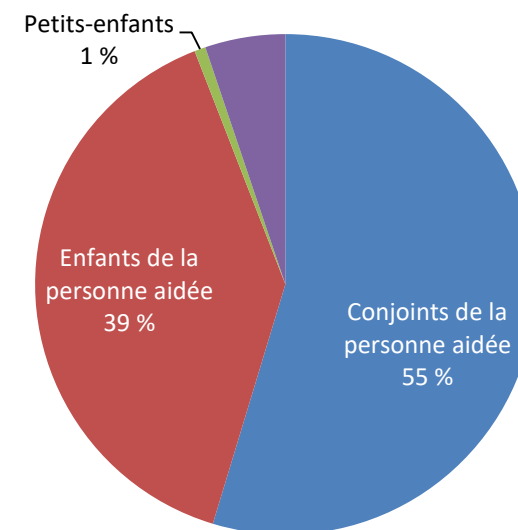
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 5 542 aidants

L'aidant est à quelques exceptions près (amis, voisins) presque toujours un membre de la famille de la personne aidée. Dans plus de la moitié des cas, l'aidant est le conjoint de la personne aidée (55 % ; 54 % en 2019). Les enfants représentent 39 % des aidants (40 % en 2019), les petits-enfants jouent un rôle anecdotique (1 % des aidants, comme en 2019). Les autres membres de la famille (frères et sœurs, beaux-enfants, neveux et nièces), voisins et amis représentent 5 % des aidants (comme en 2019). Ces chiffres restent stables par rapport aux observations de 2019.

Dans le Pas-de-Calais, les conjoints et enfants de la personne aidée sont dans des proportions similaires (47 % chacun). Les conjoints sont majoritaires dans l'Aisne (63 %), le Nord (56 %), l'Oise (66 %) et la Somme (61 %).

Lien familial entre l'aidant et l'aidé en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 5 671 aidants

Prestations réalisées par les PFR

Actions d'information et de formation

Les 24 PFR déclarent réaliser des actions d'informations et de formation.

Permanence téléphonique

Sur les 24 PFR, 22 ont mis en place une permanence téléphonique. Pour 15 plateformes, l'amplitude horaire est plus large que celle de l'accueil de jour (6 PFR du Nord, 7 du Pas-de-Calais, 1 de l'Oise et 1 de la Somme) tandis que pour 6 plateformes, les horaires de permanence téléphonique sont les mêmes que l'accueil de jour (2 dans le Pas-de-Calais, 2 dans l'Aisne, 1 dans le Nord et 1 dans la Somme). Une PFR du Nord a spécifié un horaire moins large que celui de l'accueil de jour.

En 2020, 4 395 aidants ont ainsi bénéficié de cet accueil téléphonique (parmi les 22 PFR mentionnées, 2 n'ont pas précisé le nombre d'aidants bénéficiaires). L'enquête portant sur l'activité 2019 mentionnait près de 4 300 aidants ayant bénéficié d'un accueil téléphonique (3 600 en 2018, 2 600 en 2017).

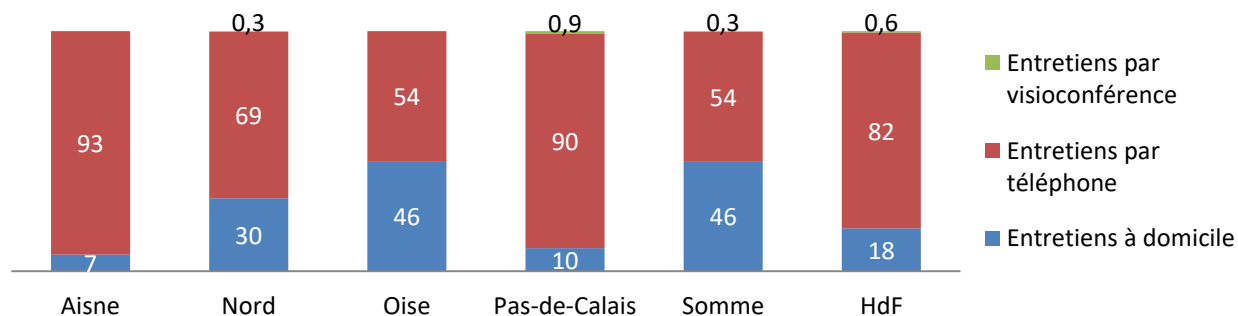
Entretien individualisé, hors accompagnement psychologique

En 2020, 23 PFR proposent des entretiens individualisés (hors accompagnement psychologique).

Les PFR dénombrent 7 437 entretiens individualisés en 2020, dont 82 % ont été réalisés par téléphone et 18 % à domicile. Des visioconférences ont été organisées pour moins d'1% des entretiens (principalement dans une PFR du Pas-de-Calais).

Ces entretiens concernent 2 851 aidants en 2020, soit 3 entretiens en moyenne par aidant dans les Hauts-de-France. Les PFR de l'Aisne et du Nord proposent en moyenne 4 entretiens par aidant, contre 3 dans l'Oise et le Pas-de-Calais et 2 dans la Somme.

Répartition des entretiens individualisés en 2020 (en %)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 7 207 entretiens individualisés

Temps d'information collectif

Parmi les 24 PFR, 13 indiquent avoir mis en place des temps d'information collectifs de type forums, conférences...

Au total, en 2020, ce sont 122 actions d'information qui ont été organisées dans les Hauts-de-France, regroupant 505 participants : 51 actions dans l'Aisne (104 participants), 28 dans le Nord (100 participants), 21 dans le Pas-de-Calais (46 participants) et 22 dans la Somme (255 participants).

Dans l'Oise, une PFR indique avoir prévu 9 actions mais celles-ci n'ont pas eu lieu du fait du contexte sanitaire.

Les partenaires mobilisés sont des établissements sanitaires et sociaux (centres hospitaliers, consultations mémoire, accueils de jour, MAIA, autres PFR, maisons de l'autonomie, Ehpad...), des Clic et réseaux, des associations (Alzheimer, quartiers...), des services d'aide à domicile, des institutionnels (CCAS, centres sociaux, mairies, conseils départementaux, MSA, ARS, mutualités...), des professionnels de santé (psychologues, géiatres...).

Formations collectives

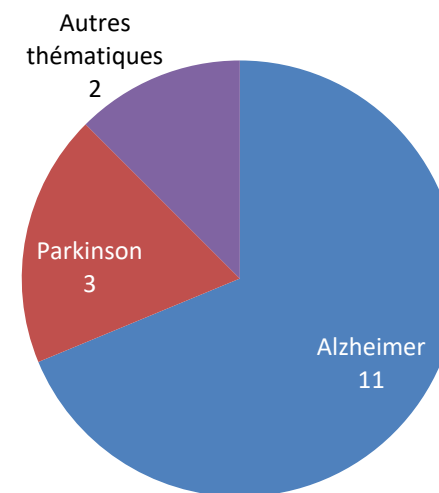
En 2020, 12 PFR ont réalisé 25 formations collectives pour un total de 97 aidants : 19 formations collectives dans le Nord pour 70 aidants, 1 formation dans l'Oise pour 6 aidants, 4 dans le Pas-de-Calais pour 17 aidants et 1 formation dans la Somme pour 4 aidants.

Parmi ces formations, 15 ont été réalisées par l'équipe des plateformes et 5 par des partenaires avec participation de la PFR. L'information manque pour 5 formations collectives du Nord.

Pour les 16 formations dont l'information est connue, 11 portent sur la maladie d'Alzheimer, 3 sur la maladie de Parkinson et 2 sur d'autres thématiques (prévention et secours civiques de niveau 1 et formation des aidants en partenariat avec l'AFA).

Une formation n'a pas pu se tenir compte tenu de la crise sanitaire.

Nombre de formations collectives selon la thématique



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Actions de soutien

Accompagnement psychosocial individualisé (counseling)

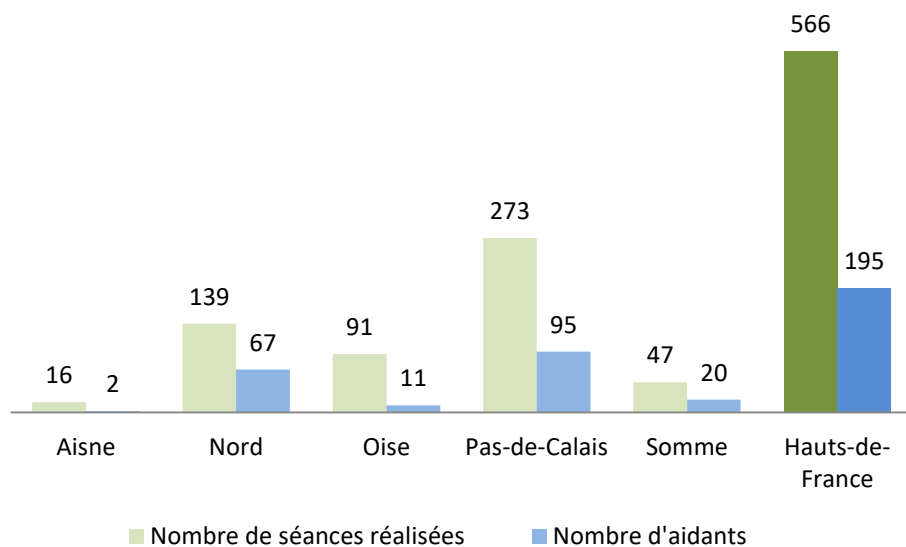
En 2020, 16 structures ont effectué du *counseling* au cours de l'année (14 en 2019, 17 en 2018 et 7 en 2017) : 1 dans l'Aisne, 7 dans le Nord, 2 dans l'Oise, 5 dans le Pas-de-Calais et 1 dans la Somme.

Au total, **195 aidants ont participé aux 566 séances d'accompagnements psychosociaux individualisés** déclarées en 2020 (471 séances pour 94 aidants en 2019), dont près de la moitié ont eu lieu dans des PFR du Pas-de-Calais (48 %). Le Nord compte pour un quart des accompagnements régionaux (25 %) et l'Oise pour 16 %. La Somme (8 %) et l'Aisne (3 %) viennent ensuite.

Les aidants ne participent pas aux mêmes nombres de séances. Ainsi, le nombre de séances d'accompagnement psychosocial individualisé par participant varie entre 1 et 11 selon les PFR (2,9 séances en moyenne au niveau régional). L'Oise organise en moyenne 8,3 séances par aidant, l'Aisne 8,0, le Pas-de-Calais 2,9, la Somme 2,4 et le Nord 2,1.

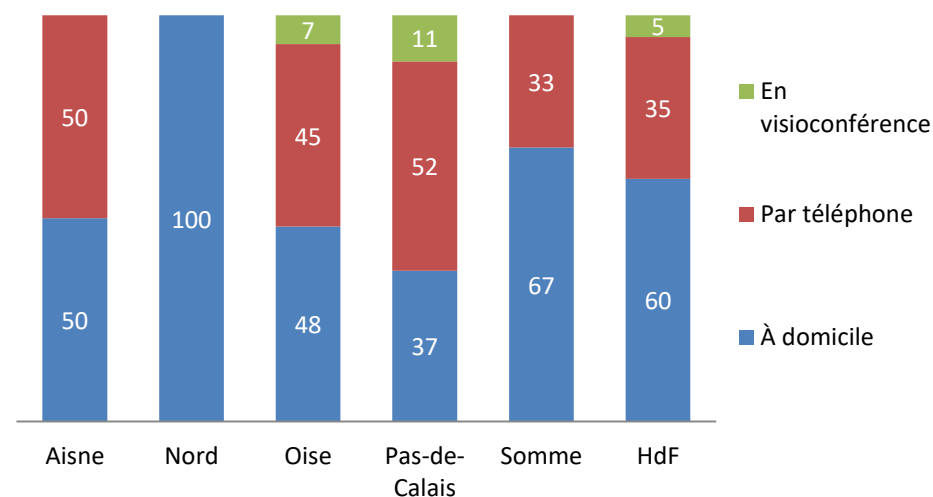
Les séances ont lieu en majorité au domicile des aidants (60 %). Les séances par téléphone comptent pour un peu plus d'un tiers (35 %) tandis que les visioconférences, mises en place avec la crise sanitaire, représentent 5 % des séances d'accompagnement.

Nombre de séances réalisées et nombre d'aidants ayant bénéficié de ces séances



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Répartition des séances d'accompagnement psychosocial individualisé selon le lieu (en %)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Entretien de soutien, suivi psychologique

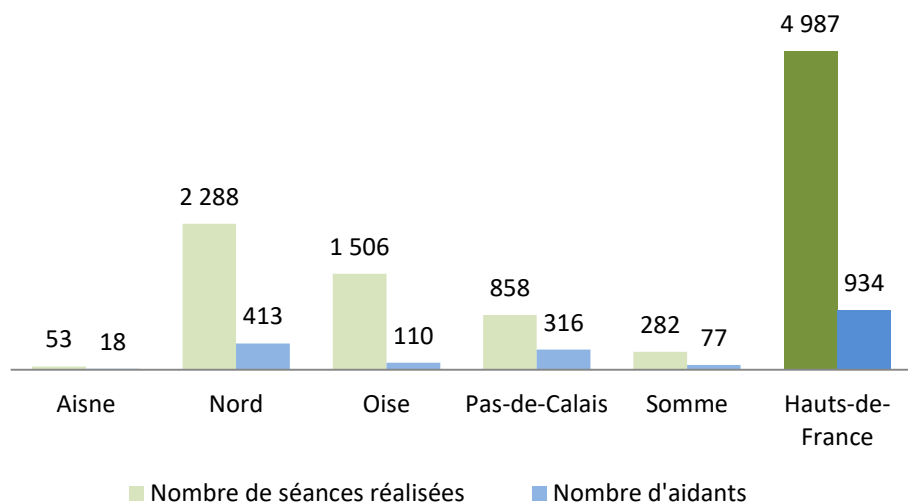
En 2020, 23 structures ont effectué un soutien psychologique au cours de l'année : 2 dans l'Aisne, 8 dans le Nord, 2 dans l'Oise, 9 dans le Pas-de-Calais et 2 dans la Somme.

Au total, **934 aidants ont participé aux 4 987 séances de suivi psychologique déclarées en 2020**, dont près de la moitié ont eu lieu dans des PFR du Nord (46 %). L'Oise en regroupe trois sur dix (30 %) et le Pas-de-Calais, 17 %. La Somme (6 %) et l'Aisne (1 %) viennent ensuite.

Le nombre de séances de suivi psychologique par participant varie entre 1,1 et 5,7 selon les PFR (5,3 séances en moyenne au niveau régional). L'Oise organise en moyenne 13,7 séances par aidant, le Nord 5,5, la Somme 3,7, l'Aisne 2,9 et le Pas-de-Calais 2,7.

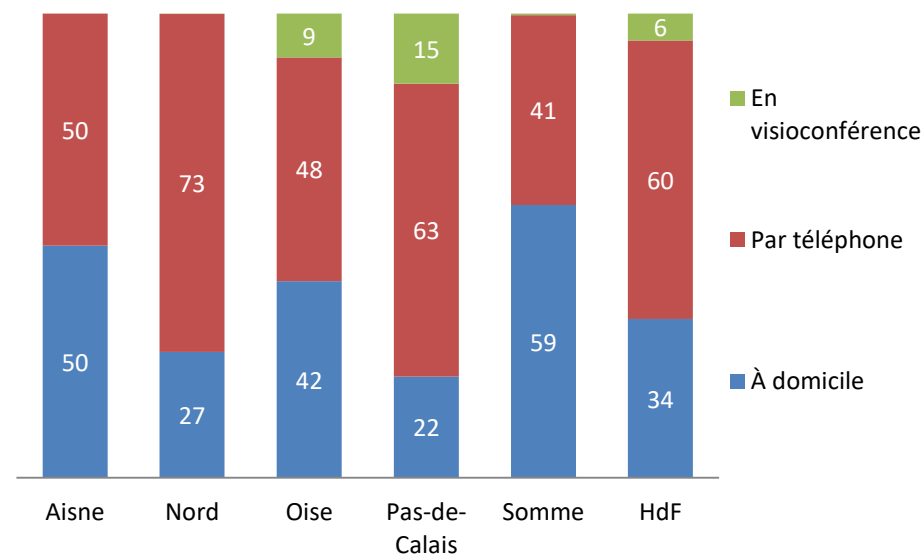
Les séances ont eu lieu en majorité par téléphone (60 %). Les séances à domicile comptent pour un peu plus d'un tiers (34 %) tandis que les visioconférences représentent 6 % des séances d'accompagnement.

Nombre de séances réalisées et nombre d'aidants ayant bénéficié de ces séances



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Répartition des séances de soutien psychologique individuel selon le lieu (en %)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Réunion de groupe

En 2020, 17 des 24 PFR ont organisé 220 réunions de groupe de type « café des aidants », « café mémoire », « café partage », « groupes de parole »... et ont mobilisé 301 aidants³².

Sept groupes de parole sur dix de la région se tiennent dans le Nord (70 % des réunions de groupes, représentant 56 % des aidants ayant bénéficié de ces groupes). Le Pas-de-Calais (16 % des groupes) et l'Oise (8 %) viennent ensuite. L'Aisne compte 11 réunions de groupe (5 % des réunions) et la PFR de la Somme, 2 réunions (1 % du total).

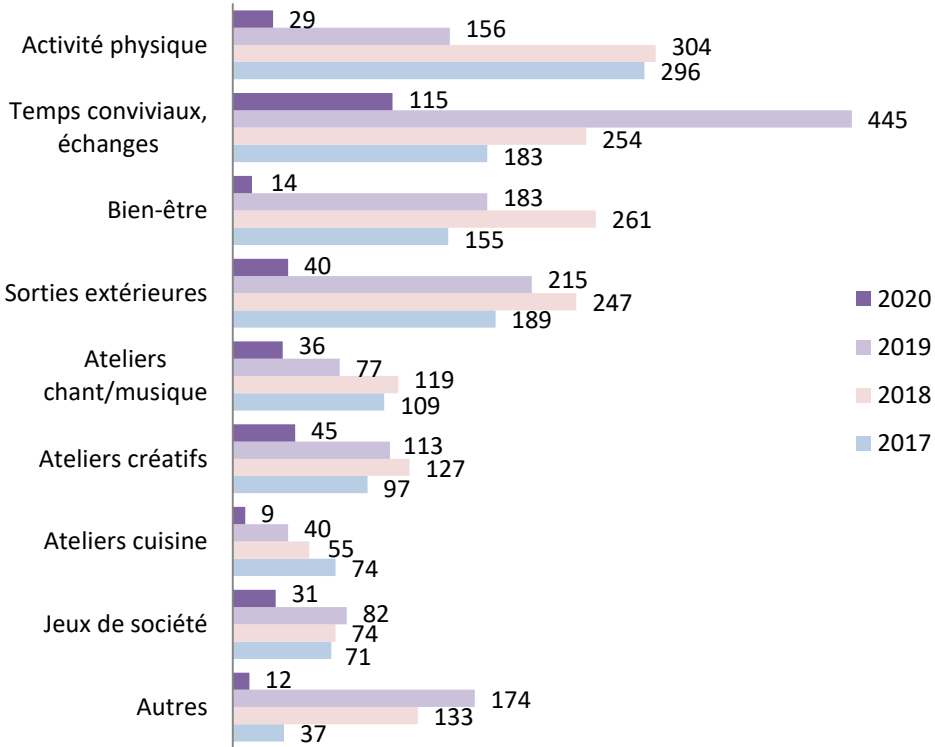
³² Une PFR du Pas-de-Calais n'a pas indiqué le nombre de groupes de parole réalisés et deux PFR du Pas-de-Calais n'ont pas indiqué le nombre d'aidants. Un aidant peut participer à plusieurs groupes.

Actions auprès du couple aidant-aidé

En 2020, 19 des 24 PFR de la région ont proposé des actions pour le couple aidant-aidé, malgré la crise sanitaire : **331 actions** ont ainsi été organisées et **936 aidants** y ont participé (72 dans l’Aisne, 358 dans le Nord, 27 dans l’Oise, 165 dans le Pas-de-Calais et 314 dans la Somme – une pièce de théâtre a réuni 302 aidants dans ce département). Une forte baisse est enregistrée, compte tenu du contexte sanitaire : en 2019, 1 485 actions avaient été organisées et 2 566 aidants y avaient participé.

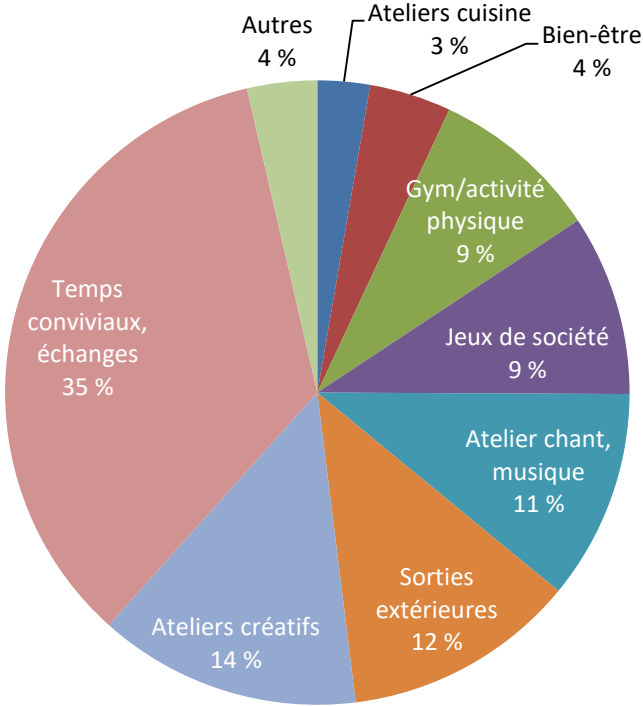
En 2020, les actions portant sur les temps conviviaux et les échanges représentent à elles seules un peu plus d’un tiers des actions auprès du couple aidant-aidé (35 %). Les ateliers créatifs et les sorties extérieures (dont restaurants et activités culturelles) comptent pour 26 % des actions (respectivement 14 % et 12 %). Les ateliers chant et musique comptent pour 11 % des actions en région. Les jeux de société et la gymnastique ou activité physique comptent chacun pour 9 % des actions. Enfin, les activités bien-être (relaxation, sophrologie...), ateliers cuisine et les autres activités regroupent 11 % des actions (respectivement 4%, 3 % et 4 %).

Les différents types d'action par thématique auprès du couple aidant-aidé en 2017, 2018, 2019 et 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S
 Champ : 1 211 actions en 2017, 1 574 en 2018, 1 485 en 2019 et 331 en 2020

Répartition des actions par thématique en 2020

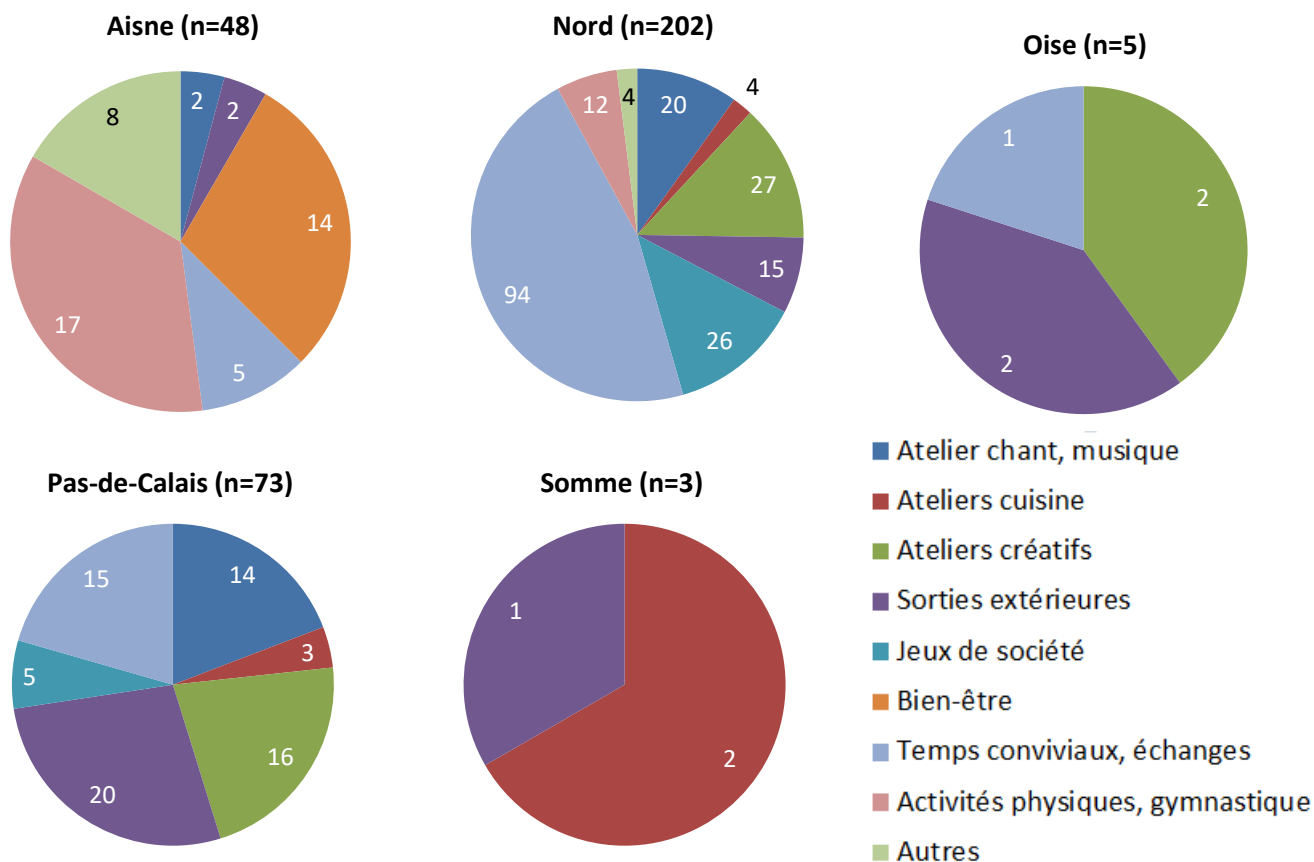


Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S
 Champ : 331 actions

Dans le Nord, 6 PFR ont proposé 202 actions pour le couple aidant-aidé en 2020 : principalement des temps conviviaux (47 %), des ateliers créatifs (13 %) et des jeux de société (13 %). Dans le Pas-de-Calais, 8 PFR ont proposé 73 actions, dont 27 % des sorties extérieures (restaurants, activités culturelles...), 22 % d'ateliers créatifs et 21 % de temps conviviaux.

Dans l'Aisne, les 3 PFR ont proposé 48 actions en 2020 dont 35 % de moments conviviaux et d'échanges et 29 % d'actions bien-être. Dans l'Oise, une PFR a mis en place 5 actions aidant – aidé dont 40 % d'ateliers créatifs et 40 % de sorties extérieures. Enfin, une PFR de la Somme a organisé 3 actions, dont 67 % d'ateliers cuisine et 33 % de sorties extérieures.

Répartition des actions par thématique et par département en 2020 (en nombre)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 331 actions

Actions de répit pour l'aidant

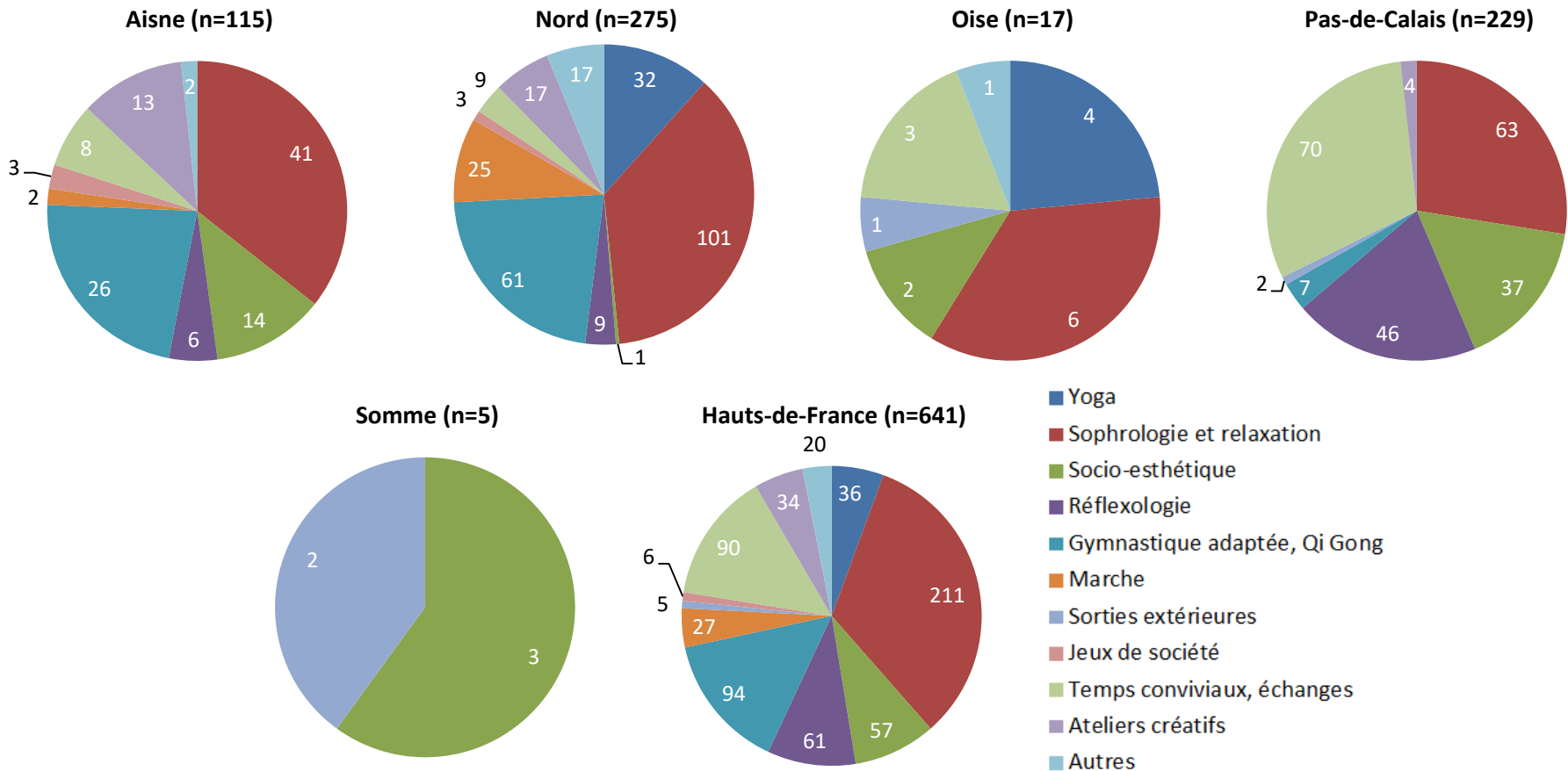
Les PFR proposent également des activités pour l'aidant seul, lui permettant ainsi un temps de répit.

En 2020, **20 plateformes ont mis en œuvre 641 actions de répit** (17 PFR en 2019). Ce type d'action a bénéficié à **788 aidants** (551 aidants en 2019).

Les actions de sophrologie – relaxation occupent une part importante des actions de répit proposées aux aidants par les PFR : 33 % des actions régionales. Les activités de gymnastique adaptée – Qi Gong concernent 15 % des actions, principalement dans l'Aisne et le Nord (respectivement 23 % et 22 % de leurs actions). Les moments conviviaux sont d'ordre équivalent (14 % des actions dans les Hauts-de-France ; surtout dans le Pas-de-Calais avec 31 % des actions et l'Oise, 18 %).

Le yoga est surtout proposé dans les PFR de l'Oise (24 % des actions départementales) et la socio-esthétique, dans la Somme (3 des 5 actions mises en œuvre).

Répartition des actions de répit pour l'aidant seul, par thématique et par département en 2020 (en nombre)



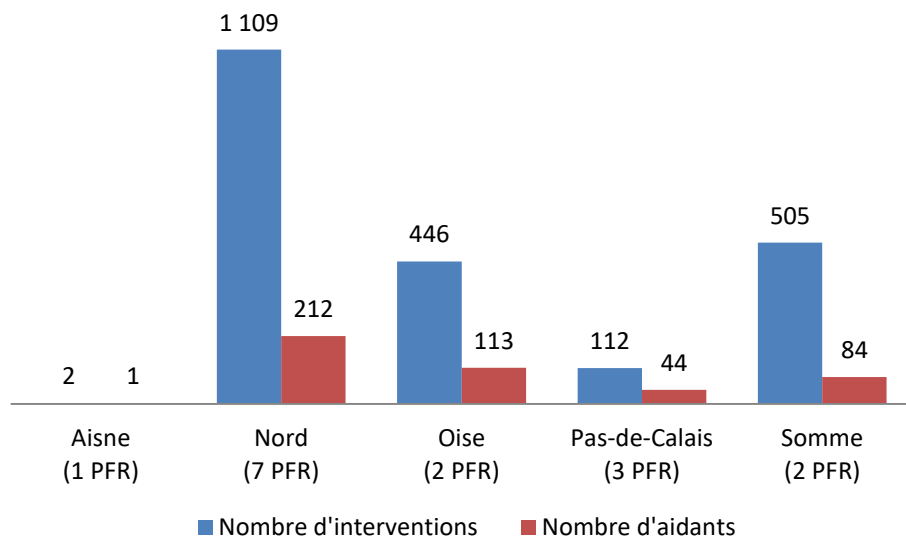
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 641 actions

Actions de relayage à domicile effectuées par la PFR

Les actions de répit pour l'aidant 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 2020, 15 PFR proposent des actions de relayage à domicile effectuées par leur personnel (17 en 2019) : 1 dans l'Aisne, 7 dans le Nord, 2 dans l'Oise, 3 dans le Pas-de-Calais et 2 dans la Somme. Au total, **2 174 interventions ont été réalisées par les PFR, pour 454 aidants** (551 aidants en 2019).

Nombre d'interventions de relayage et d'aidants par département en 2020

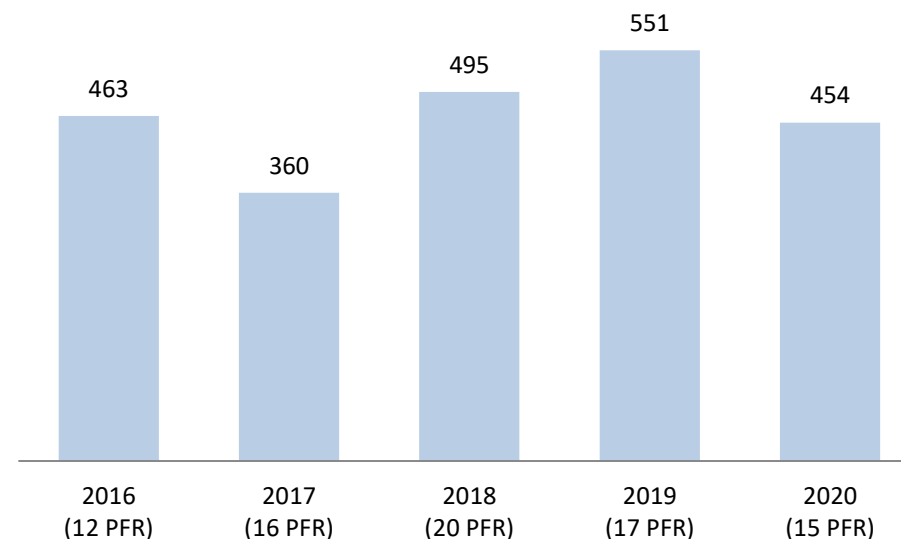
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

La durée continue maximale d'une intervention de relayage à domicile est comprise entre 2 heures et 10 heures : 8 des 12 PFR ayant complété cette information ont des durées continues de moins de 5 heures.

Au total, les **13 PFR totalisent 5 899 heures de relayage à domicile en 2020**³³ (de 4 heures dans la PFR de Saint-Quentin à 1 000 heures à Roubaix).

Cela représente en moyenne régionale 14 heures par aidant (de 2 à 29 heures selon les PFR) :

- Moins de 10 heures dans l'Aisne, l'Oise et le Pas-de-Calais,
- 15 heures dans la Somme,
- 17 heures dans le Nord.

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

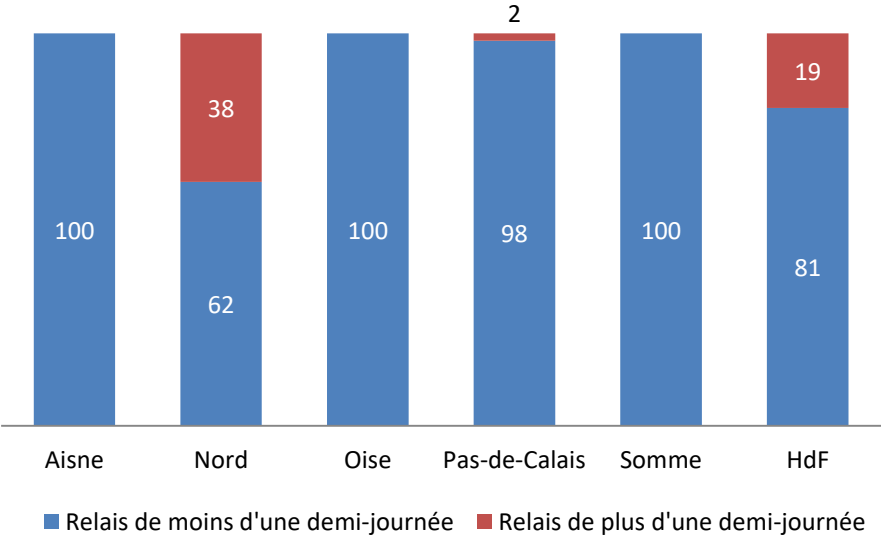
Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement OR2S

³³ Deux PFR n'ont pas indiqué le nombre d'heures réalisées.

Huit interventions de relaying à domicile effectuées par les PFR sur dix durent moins d'une demi-journée (81 %). Les PFR du Nord comptent 38 % des relayages de plus d'une demi-journée.

Neuf PFR indiquent que tous les aidants n'ont pas pu bénéficier d'un relaying à domicile. Au total, ce sont 24 aidants recensés mais 4 PFR n'ont pas pu chiffrer ces aidants (132 aidants en demande en 2019). Les raisons portent sur les manques de moyens humains, la survenue de la crise sanitaire impactant sur les personnels et la fermeture d'établissements, des demandes faites du jour pour le lendemain, des problèmes de santé ou décès des personnes aidant ou aidées...

Répartition des interventions de relaying selon leur durée (en %)

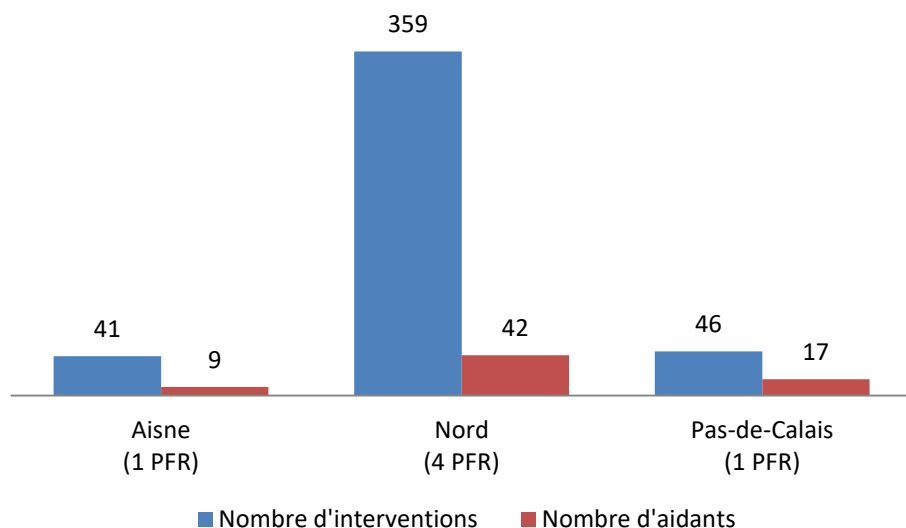


Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Actions de relayage à domicile effectuées en partenariat avec des prestataires extérieurs

En 2020, 6 PFR proposent des actions de relayage à domicile effectuées en partenariat avec des prestataires extérieurs : 1 dans l'Aisne, 4 dans le Nord et 1 dans le Pas-de-Calais. Au total, **446 interventions ont été réalisées avec des prestataires extérieurs, pour 68 aidants.**

Nombre d'interventions de relayage et d'aidants par département en 2020



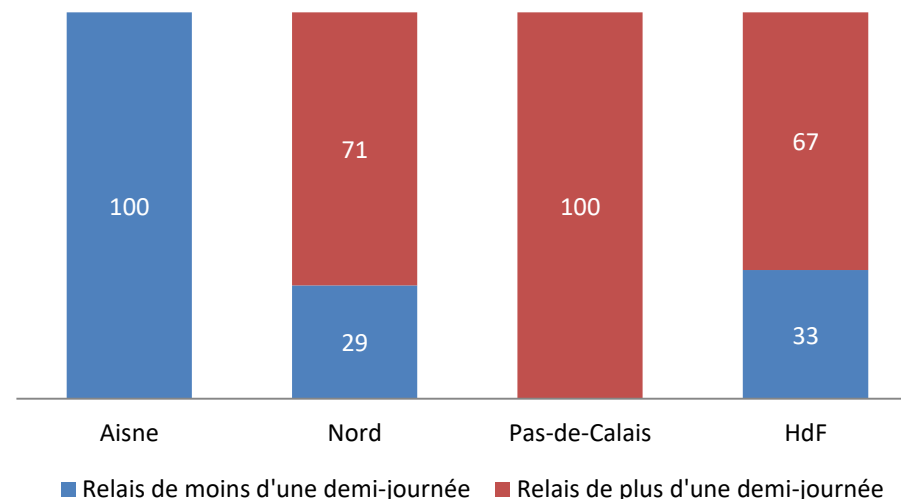
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Au total, les prestataires des 6 PFR totalisent 1 518 heures de relayage à domicile en 2020 (de 20 heures dans la PFR du Cateau-Cambrésis à 722 heures à Lille), soit une moyenne de 22 heures par aidant.

Le nombre d'heures moyen par aidant varie de 4 heures à 66 heures. La moyenne est de 11 heures dans le Pas-de-Calais, 18 h dans l'Aisne et 28 h dans le Nord.

À l'inverse des relayages réalisés par les équipes des PFR, ceux réalisés par des prestataires extérieurs sont majoritairement supérieurs à une demi-journée : 67 % des interventions.

Répartition des interventions de relayage selon leur durée (en %)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Trois PFR du Nord indiquent que certains aidants n'ont pas pu bénéficier de ce type de relayage à domicile. Au total, ce sont 15 aidants recensés mais 1 PFR n'a pas pu chiffrer ces aidants.

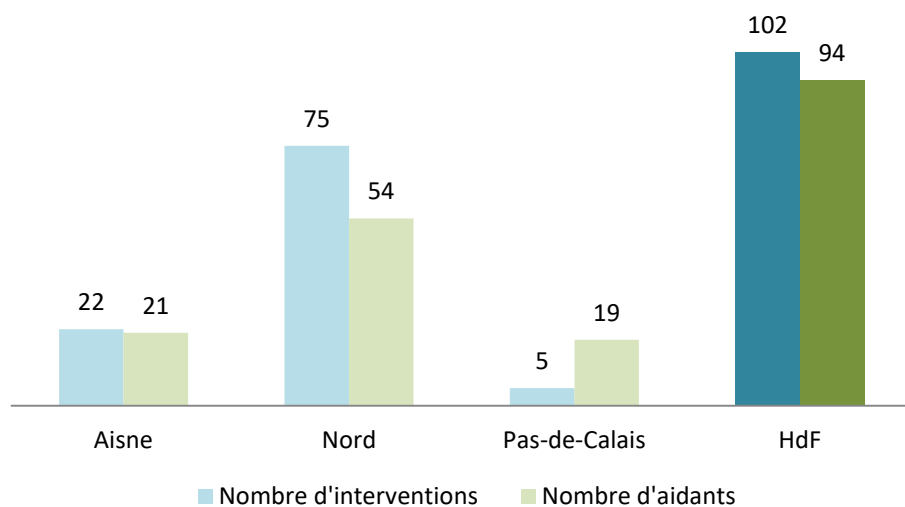
Les raisons portent principalement sur le manque de moyens financiers. La survenue de la crise sanitaire, l'entrée en Ehpad de l'aidé, la divergence de points de vue au sein de la famille ou encore le décès de la personne ont également eu un impact.

Halte répit

En 2020, parmi les 15 PFR indiquant l'existence d'une halte répit sur leur territoire, 8 y participent : 1 dans l'Aisne, 4 dans le Nord et 3 dans le Pas-de-Calais.

Au total, 102 interventions de répit ont été réalisées en 2020 par les PFR au sein d'une halte répit, dont 75 dans le Nord, 22 dans l'Aisne et 5 dans le Pas-de-Calais³⁴ pour 94 aidants (respectivement 54, 21 et 19).

Nombre d'interventions et d'aidants en halte répit en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Séjours de répit

Seule la PFR d'Armentières a pu organiser un séjour de répit pour les aidants en 2020. Le séjour a eu lieu à Merlimont et s'est déroulé sur 5 jours.

Au total, 9 aidants et 2 aidés ont pu en bénéficier.

Un personnel de 2,6 ETP a été mobilisé.

³⁴ Une PFR du Pas-de-Calais n'a pas pu indiquer le nombre d'interventions mais a précisé le nombre d'aidants bénéficiaires.

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

En 2020, 6 sessions³⁵ de sensibilisation SIAD ont été réalisées (31 en 2019), portées par 5 structures différentes (16 en 2019) : 2 PFR du Nord (3 sessions), 1 dans le Pas-de-Calais (1 session), 1 dans l'Aisne (1 session) et 1 dans la Somme (1 session).

Données sur les sensibilisations

Au total, **49 aidants professionnels** (337 en 2019) – **exclusivement des femmes** – ont participé aux 6 actions de sensibilisation SIAD, soit en moyenne 8,9 professionnels par action (10,9 en 2019).

Les PFR ont sensibilisé :

- 22 professionnelles du Nord (111 en 2019), pour 3 actions, soit 8,8 professionnels par action,
- 8 du Pas-de-Calais (91 en 2019) pour une action,
- 8 de l'Aisne (9 en 2019) pour une action,
- 11 de la Somme (111 en 2019) pour une action.

Trois sensibilisations se sont déroulées sur 7 heures, réparties en deux demi-journées, et trois sensibilisations ont choisi le format de 3 heures en une demi-journée.

Données concernant les participants

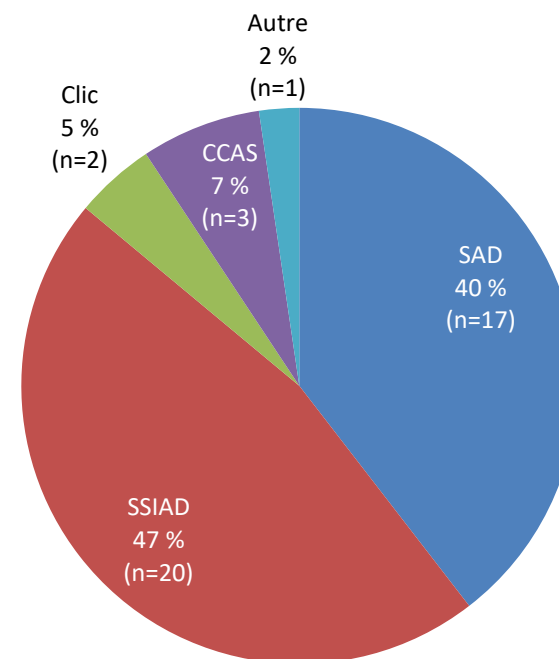
Les professionnelles ayant participé aux sensibilisations proviennent dans 47 % des cas de Ssiad (46 % en 2019), soit 20 personnes (dont 2 d'équipes spécialisées Alzheimer à domicile - Esad).

Quatre professionnelles sur 10 font partie de services d'aide à domicile (40 %, soit 17 personnes). Les centres communaux d'action sociale (CCAS) et centres

locaux d'insensibilisation et de coordination (Clic) viennent ensuite, représentant respectivement 7 % (3 personnes) et 5 % (2 personnes) des effectifs. Une participante venait d'une direction territoriale de prévention et d'action sociale (DTPAS).

L'information est manquante pour 5 personnes.

Répartition des participants selon leur structure d'appartenance en 2020 (en % et nombre)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 43 professionnelles

Les profils des participantes de Ssiad sont majoritaires surtout dans l'Aisne (75 % des participants, soit 5 personnes) et le Nord (64 %, soit 14 personnes). Dans le Pas-de-Calais et la Somme, l'ensemble des participants sont des professionnelles de services d'aide à domicile (respectivement 2 et 11 participantes).

³⁵ Une session n'a pas pu se terminer, compte tenu de la survenue de la crise sanitaire.

Capacité des participants à repérer les aidants en difficulté

Les auxiliaires de vie / ASH représentent près de la moitié des participantes aux sensibilisations SIAD (45 %, soit 22 personnes) et les aides-soignants / AMP, un quart des participantes (24 %, soit 12 personnes).

Les coordonnatrices et responsables de structures comptent pour près de deux dixièmes des participants (18 %) : 9 personnes. Viennent ensuite les psychomotriciennes – ergothérapeutes (2 %).

Les autres participants regroupent :

- 3 assistantes de services sociaux (dont une assistante sociale chargée du suivi qualité),
- 1 conseillère en économie sociale et familiale (CESF),
- 1 service civique.

Parmi les professionnelles ayant participé aux sensibilisations, 65 % se sentent en capacité de repérer les aidants en difficulté après la formation reçue : l'ensemble des participantes de l'Aisne et du Pas-de-Calais (8 personnes pour chaque département), 82 % dans la Somme (9 personnes) et 32 % dans le Nord (7 personnes).

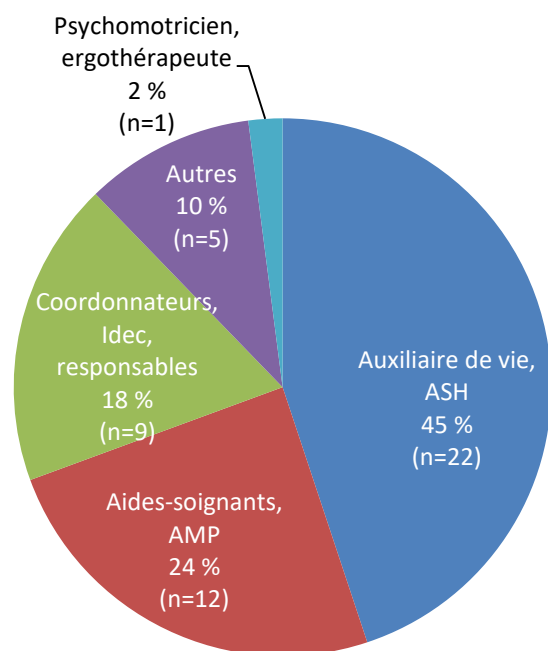
Les participantes apprécient la remise à niveau des connaissances, les questionnaires aidants proches, la connaissance des missions des PFR et de partenariat PFR / Saad. Certaines personnes apprécient la remise en question des pratiques et la prise de recul pour changer le regard sur les personnes accompagnées.

À l'inverse, 17 personnes ne se sentent pas prêtes à repérer les situations critiques (35 % des participantes) : 15 personnes dans le Nord et 2 dans la Somme.

Dans la Somme, les deux participantes ne se sentent pas légitimes pour relayer, ni aborder l'épuisement avec les aidants.

Les participants du Nord n'ont pas pu terminer la formation du fait de la survenue de la crise sanitaire.

Fonction des participants aux sensibilisations SIAD en 2020 (en % et nombre)



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 49 professionnelles

Évaluation des prestations réalisées par les PFR

En 2020, 18 des 24 PFR déclarent avoir mis en place un dispositif d'évaluation de leurs actions auprès des aidants : 6 dans le Nord, 7 dans le Pas-de-Calais, 3 dans l'Aisne, 1 dans l'Oise et 1 dans la Somme.

Elles étaient 17 à le déclarer en 2019, 16 en 2018, 15 en 2017 et 2016.

Listes d'attente

En 2020, 8 PFR déclarent avoir des listes d'attente pour les prestations proposées, autres que le répit à domicile (elles étaient 5 en 2019, 4 en 2018 et 8 en 2017) : 5 dans le Nord (Armentières, Bergues, Douai, Lille, Roubaix), 2 dans le Pas-de-Calais (Béthune et Carvin), 1 dans l'Oise (Beauvais).

Les capacités d'accueil restreintes du fait de la pandémie ont impacté fortement les listes d'attente.

Les listes d'attente concernent :

- Des formations des aidants ;
- Du *counseling* ;
- Certaines activités comme l'art floral, réflexologie, sophrologie, chant choral, Qi Gong, socio-esthétique ;
- Des temps collectifs d'information, des mini-conférences.

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

En 2020, l'ensemble des 24 PFR de la région a mis en place des modalités de prise en charge des personnes aidées pour permettre aux aidants de participer aux actions proposées (22 en 2019, 21 en 2018, 20 en 2017) :

- 20 en proposant un accompagnement par un ASG / AS / AMP de la plateforme ;
- 17 en leur permettant de fréquenter occasionnellement un accueil de jour (18 en 2019, 17 en 2018 et 15 en 2017) ;
- 17 en proposant une prestation de répit à domicile (15 en 2019, 2018 et 2017).

Les PFR des Hauts-de-France ont proposé en 2020 :

- 7 437 entretiens individuels pour 2 851 aidants ;
- 122 actions d'information pour 505 participants ;
- 25 formations collectives pour 97 aidants ;
- 566 séances d'accompagnements psychosociaux individualisés pour 195 aidants ;
- 4 987 séances de suivi psychologique pour 934 aidants ;
- 220 réunions de groupe pour 301 aidants ;
- 331 actions auprès du couple aidant-aidé pour 936 aidants ;
- 641 actions de répit pour 788 aidants ;
- 2 174 interventions de relayerage à domicile réalisées par les PFR pour 454 aidants ;
- 446 interventions de relayerage à domicile réalisées avec des prestataires extérieurs pour 68 aidants ;
- 6 sessions SIAD réalisées pour 49 aidants professionnels.

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 24 PFR s'appuie notamment sur des associations du territoire susceptibles de proposer des prestations supplémentaires :

- France Alzheimer pour les séjours de répit/vacances, journée détente, certaines actions de formation, l'animation de certains temps de rencontre (groupes de parole, formation autour de la maladie, ateliers artistiques, bien-être) ;
- Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (demandes d'aides financières, ateliers prévention, activités culturelles et sorties, café des aidants, ateliers d'animation) ;
- Équipes spécialisées Alzheimer à domicile ;
- Établissements de santé (consultations mémoire, 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, répit courte ou longue durée, ateliers mémoire, gymnastique, bien-être, nutrition, numérique avec UNA Adar du Calais, activités cognitives avec MémoDom...) ;
- Associations assurant les haltes-répits ou le répit à domicile (Bulle d'Air, Halte détente à Petits pas, Les Bobos à la Ferme...) ;
- Association pour le maintien à domicile ;
- Professionnels de santé et assistants sociaux ;
- Institutionnels (CCAS, Conseil départemental, Udaf, caisses de retraite, groupes de prévoyance, mutualités, MSA, communautés de communes, services civiques Unis Cité...) ;
- D'autres associations (France Parkinson, Ligue contre le cancer, France diabète, Voisin Age, Ville amie des aînés, associations de quartier, Alz'amis, Les petits frères des pauvres, Siel Bleu...) ou réseaux (Réseau ParcSep) peuvent également proposer des formations, des groupes de parole, des cafés des aidants, de la médiation familiale, 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...

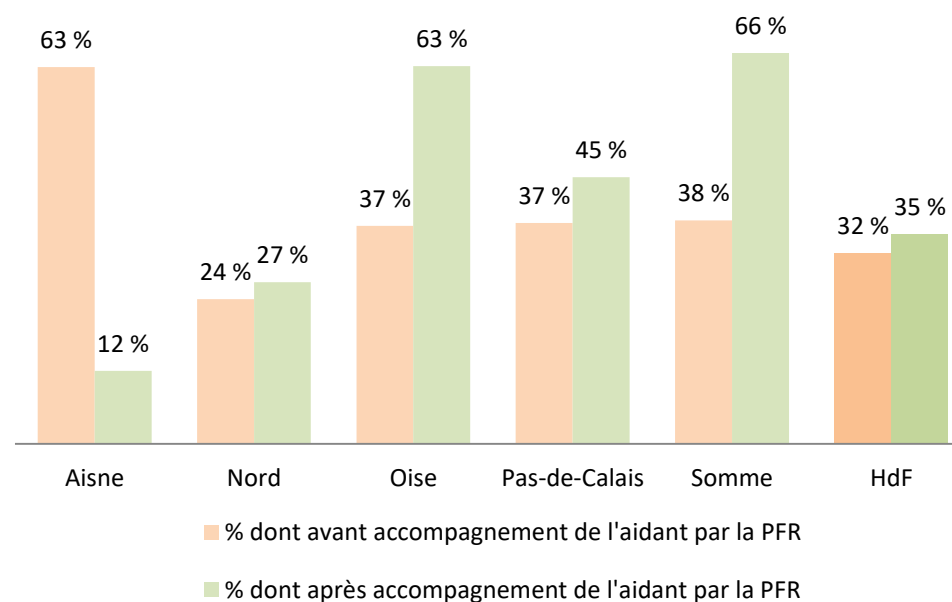
Lien avec l'accueil de jour

En 2020, 730 personnes aidées ont fréquenté l'accueil de jour, soit 14 % des personnes aidées (en 2019, 421 personnes aidées, soit 10 % de l'ensemble des personnes aidées ; respectivement 335 personnes et 8 % en 2018) : 28 % dans l'Aisne, 14 % dans le Nord, 14 % dans le Pas-de-Calais, 12 % dans la Somme et 9 % dans l'Oise.

Quatre fréquentations d'un accueil de jour sur dix concernent des accueils de jour adossés à la plateforme (43 %), avec une proportion plus élevée dans l'Aisne (88 %) et le Pas-de-Calais (67 %). Dans l'Oise et la Somme, il s'agit d'une personne aidée sur deux (respectivement 51 % et 50 %) tandis que dans le Nord, seules 22 % des personnes aidées ayant fréquentées un accueil de jour l'ont fait au sein de la PFR.

Parmi les 730 personnes aidées, 32 % ont fréquenté un accueil de jour avant l'accompagnement de l'aidant par la plateforme (234 aidants) et 35 % après l'accompagnement de l'aidant (257 aidants). Dans l'Aisne, la fréquentation de l'accueil de jour par l'aidé se fait majoritairement avant que l'aidant ne soit accompagné par la PFR (63 %) tandis que la situation est inverse dans l'Oise et la Somme (63 % et 66 % après l'accompagnement de l'aidant).

Proportions de personnes aidées ayant fréquenté un accueil de jour, selon le moment d'accompagnement de l'aidant par la PFR



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Coordination avec les acteurs de terrain

Les 24 PFR recensent 3 483 acteurs de terrain avec lesquels ils ont eu un contact pour l'accompagnement des aidants en 2020.

Les contacts se font principalement par mail (54 % des contacts) et par téléphone (37 %). Les réunions (4 %) et visites à domicile communes (1 %) sont moins fréquentes. Parmi les autres moyens de contact (3 %), les visioconférences ont pris une place particulière en cette année marquée par la crise sanitaire (2 % des contacts totaux). Le courrier postal est également utilisé.

Orientation des aidants

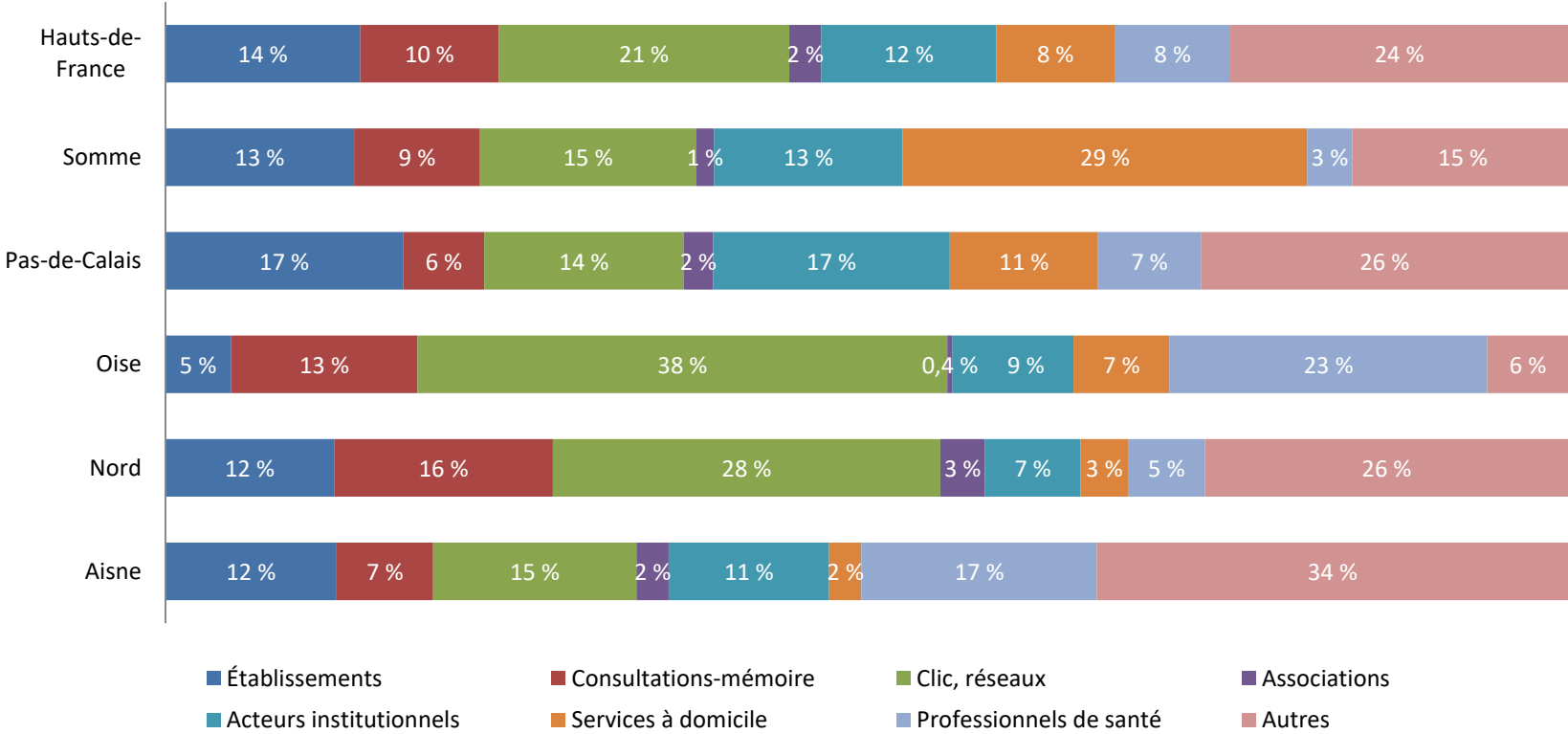
Les aidants sont orientés vers les PFR par différents acteurs. Les établissements (Ehpad, centres hospitaliers, ...) sont à l'origine de 14 % des orientations vers les PFR. Les Clic et réseaux gérontologiques orientent 21 % des aidants. De plus, 12 % des orientations sont issues des acteurs institutionnels (conseils départementaux, CCAS, caisses de retraite...), 10% pour les consultations-mémoire et 8% pour les services à domicile. Enfin, les professionnels de santé (libéraux) sont à l'origine de 8 % des orientations des aidants vers les PFR et les associations d'usagers et de familles, 2 %. Les autres orientations comptent pour 24 % et regroupent les actions de communication, le bouche-à-oreille, la recherche personnelle des aidants, la famille...

On constate par rapport à 2019, moins d'orientations par les établissements (21 % des orientations en 2019). Les autres acteurs orientant les aidants se répartissent, à 1 ou 2 points près, de façon similaire à 2019.

Les établissements de santé sont plus nombreux à orienter des patients vers les PFR dans le Pas-de-Calais (17 %), comparé aux autres départements. Les consultations mémoire sont surtout importantes dans le Nord (16 %) et l'Oise (13 %), tout comme pour les Clic et réseaux gérontologiques (respectivement 28 % et 38 % des aidants orientés dans ces départements). Les acteurs institutionnels comptent pour 17 % des orientations dans le Pas-de-Calais et pour 13 % dans la Somme tandis que les services à domicile sont surtout présents dans la Somme (29 % contre moins de 12 % dans les autres départements). Les professionnels de santé libéraux regroupent près d'un quart des orientations dans l'Oise (23 %) et la catégorie autres acteurs, comprenant la communication et le bouche-à-oreille, est la plus importante dans l'Aisne (34 %).



Répartition des orientations vers une PFR en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 3 174 aidants



Personnel

En 2020, les 24 PFR ont disposé de 68,2 ETP (57,1 ETP en 2019, 56,2 ETP en 2018, 48,2 ETP en 2017) :

- 13,0 ETP d'IDE (12,2 en 2019, 12,9 en 2018, 13,9 en 2017) ;
- 23,6 d'AMP/AS ou ASG (23,0 en 2019, 22,8 en 2018, 18,8 en 2017) ;
 - dont 20,0 ETP d'ASG
- 24,9 ETP de psychologues et neuropsychologues (16,0 en 2019, 14,8 en 2018, 11,4 en 2017) ;
- 7,4 ETP autres³⁶ (5,9 en 2019, 5,8 en 2018, 4,0 en 2017).

En moyenne, chaque PFR dispose de 2,8 ETP (2,5 en 2019, 2,4 en 2018, 2,2 en 2017) :

- 0,5 ETP d'IDE (0,5 en 2019, 0,6 en 2017 et 2018) ;
- 1,0 ETP d'AMP/AS ou ASG (1,0 en 2019, 1,0 en 2018, 0,9 en 2017) ;
 - dont 0,8 ETP d'ASG
- 1,0 ETP de psychologues et neuropsychologues (0,7 en 2019, 0,6 en 2018, 0,5 en 2017) ;
- 0,3 ETP autres (0,3 en 2019 et 2018, 0,2 en 2017).

Parmi les 24 PFR :

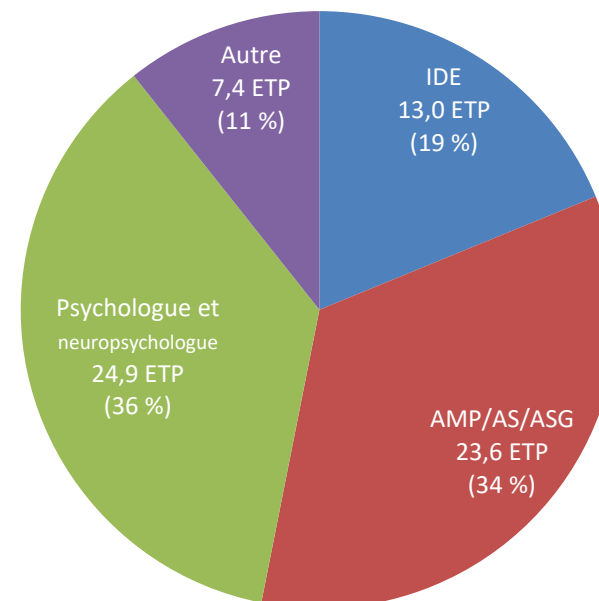
- 1 PFR de l'Aisne et 1 du Pas-de-Calais ne disposent ni d'AMP/AS, ni d'ASG (1 en 2019, 3 en 2017 et en 2018) ;
- 6 ne disposent pas d'un infirmier dans leur équipe (6 en 2018 et 2019, 4 en 2017) : 1 dans le Nord, 1 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne, les 2 PFR de l'Oise et 1 dans la Somme.

La fonction de coordination est assurée majoritairement par des IDE (14 PFR³⁷) et des psychologues (6 PFR). Deux PFR ont des cadres comme coordonnateurs, deux PFR ont des médecins coordonnateurs et 1 PFR a une assistante sociale. Au total, les coordonnateurs représentent 16,9 ETP en région, soit 0,7 ETP en moyenne par PFR.

³⁶ Administratif, cadres, assistant social, coordinateur, neuropsychologue, chargée de communication.

³⁷ Une PFR a une psychologue et une IDE pour le poste de coordination, d'où un total égal à 25.

Personnel des PFR en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 68,2 ETP

Seule la PFR de Gauchin-Verloingt dans le Pas-de-Calais indique que son personnel n'intervient pas en dehors de la plateforme (hors action de répit).

Les 23 autres PFR évoquent des réunions – conférences (dont présentation de la plateforme à différentes structures, webinaires, groupes de travail, comités techniques, comités de pilotage, tables tactiques MAIA...), des formations de professionnels (Ifsi, Ifas), des actions grand public ciblées avec des partenaires (conférence, forum, tenue de stands, formation...), des permanences chez des partenaires (dont mairies, communautés de communes), des visites à domicile, des consultations psychologiques à domicile ou dans des antennes, des activités sociales – bien-être et culturelles (loto, art floral, yoga, restaurant...), des sensibilisations dans des établissements scolaires.

Partenariat

En dehors des associations vers lesquelles les PFR orientent les usagers, 23 plateformes ont mis en place des partenariats avec d'autres acteurs (la PFR de Laon n'a pas mis en place ce genre de partenariats) :

- les associations d'usagers et de famille pour les 23 PFR (dont des conventions effectives dans 9 PFR) ;
- les établissements³⁸ (22 PFR, dont 11 avec des conventions) ;
- les services à domicile (22 PFR dont 11 avec des conventions) ;
- les Clic et réseaux gérontologiques (20 PFR dont 6 avec des conventions) ;
- les services de répit à domicile (type Bulle d'air – 18 PFR donc 5 avec des conventions).

De plus, d'autres partenariats avec des acteurs de leur territoire ont été mis en place par 12 PFR, comme par exemple des partenariats avec les MAIA, les Maisons de l'autonomie, les consultations mémoire, les UCC, les Esa - Ssiad, les Esprad, les halte répit, les accueils de jour, les équipes mobiles de psycho-gériatrie, les professionnels de santé (infirmiers, médecins traitants, neurologues) dont maisons de santé pluri-professionnelles, les Ifsi, les CCAS, l'Udaf, les caisses de retraite et groupes mutualistes, les associations tutélaires, les conseils départementaux, les mairies, les centres et services sociaux, les centres socio-culturels, les structures médico-sociales, les maisons rurales, les Marpa, les associations de maintien à domicile, 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 2020, 22 PFR ont repéré des manques dans l'offre dédiée aux aidants proposée sur le territoire. Les manques suivants ont été soulevés :

- transport et moyens de locomotion (11 PFR) ;
- hébergement temporaire (7 PFR) ;
- offre en accueil de jour pour les malades jeunes (7 PFR) et pour les personnes âgées en perte d'autonomie mais sans troubles cognitifs (5 PFR) ;
- offre en accueil ou relais la nuit et le week-end (6 PFR) ;
- places et notamment places adaptées en accueil de jour (4 PFR) ;
- difficultés pour les aidants à accéder aux offres : trop d'administratif, trop long, manque d'information, coût, lien avec leur vie professionnelle (4 PFR) ;
- structure d'accueil d'urgence (4 PFR) et de dispositif en cas d'hospitalisation en urgence de l'aidant (1 PFR) ;
- développer des solutions d'halte-répit, lieu de répit aidant/aidé, séjours de répit et séjour temporaire aidant/aidé (3 PFR) ;
- offre de répit à domicile, offre de répit de longue durée (3 PFR) ;
- lisibilité de l'offre de services pour l'aidant et les partenaires (3 PFR).

³⁸ Ehpad, hôpital...

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. D'autant que les aidants et aidés sont parfois redirigés vers des structures de départements voisins par manque de place. La prise en compte des difficultés d'ordre financier ou d'ordre professionnel de l'aidant sont également à étudier car elles jouent sur les transports, le coût des accueils ou des prestations à domicile et l'organisation des aidants.

De même que la lourdeur des démarches administratives fait renoncer certains aidants aux aides qui pourraient leur être proposées (droit au répit). Des démarches administratives simplifiées et une mise en place plus rapide pour les accueils de jour et hébergements temporaires seraient bénéfiques aux usagers.

D'autres manques ont été signalés mais moins fréquemment mentionnés comme le fait que certains aidants refusent l'aide des professionnels extérieurs. Certains aidants ont encore des difficultés à se voir comme aidant et à intégrer un parcours coordonné de prise en charge (2 PFR).

La PFR de Béthune déplore le manque de retour suite aux diverses orientations proposées par la plateforme tandis que la PFR de Beauvais constate un manque total de structure de vacances répit sur son territoire.

La PFR de Calais quant à elle parle d'élargir les horaires d'ouverture de la plateforme (décalage en fin de journée, proposer des permanences le samedi matin).

Des plateformes parlent également du manque de dispositif pour évaluer les besoins des aidants (1 PFR), de la non acceptation des personnes déambulantes dans tous les hébergements temporaires (1 PFR), du manque de sollicitations alternatives pour l'aidé pendant que l'aidant participe à des activités de répit (1 PFR) et de la gêne occasionnée par les masques à porter en temps de crise sanitaire empêchant certains aidés à bénéficier de l'accueil de jour.

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

- **l'impact fort de la crise sanitaire** sur différents plans (9 PFR) : mobilisation du personnel (surcharge de travail, effectif réduit, redéploiement dans d'autres services ou structures, dont les Ehpad adossés), baisse voire annulation des activités collectives / sorties extérieures / séjours de répit, projets avec les partenaires en suspens, contacts avec les aidants par téléphone... Plusieurs PFR relatent l'impact sur le mental du couple aidant - aidé (détresse psychologique, santé altérée liée à l'épuisement, isolement social) et mettent en avant le rôle des PFR pour lutter contre le repli sur soi et la solitude. Le recours à la plateforme a maintenu, voire amélioré, la qualité de vie du couple aidant-aidé. L'accompagnement des aidants a dû être adapté : outils numériques proposés pour faciliter les échanges auprès des aidants mais un travail reste à réaliser autour de l'apprentissage et de la découverte de ces outils (une formation serait bénéfique). Pour la PFR de Saint-Quentin l'ouverture au public a de fait été décalée et la montée en charge se fait. La PFR du Cateau-Cambrésis estime que le travail partenarial a compensé ce contexte difficile et que la mise en place de la SCALAA a permis d'offrir aux usagers un espace d'écoute et de soutien autre.
- **des territoires parfois vastes** : beaucoup de trajets et difficultés à faire des actions sur l'ensemble du territoire, ne permettant pas un déploiement optimal des interventions et nécessitant une décentralisation des activités proposées au sein des antennes, l'absence de financement du transport des aidants pouvant aussi être un frein (5 PFR) ;
- **le déploiement des PFR demande une meilleure communication** (5 PFR) auprès des professionnels de santé (les médecins généralistes se saisissent encore peu du dispositif ; celui-ci devrait être proposé après chaque consultation diagnostique, ce qui permettrait à l'aidant de connaître les aides existantes sur un territoire) et du grand public. La majoration de la communication sur l'existence des plateformes par le biais des réseaux sociaux est une piste d'amélioration. La mutualisation de la communication grand public permettrait d'éclaircir le paysage médico-social ;

- **le manque de personnel** pour couvrir l'ensemble des besoins des aidants (notamment en termes de répit) et la nécessité d'avoir un temps de secrétariat et de permanence téléphonique pour privilégier une qualité de contact et une réactivité auprès de leurs aidants (1 PFR). Une autre PFR estime que les plateformes pourraient se doter à l'avenir d'assistants de service social afin de fluidifier les parcours des aidants ;
- **le temps administratif important** et non valorisé (1 PFR) ;
- **l'intérêt d'un logiciel** afin d'avoir un rendu statistique plus clair (1 PFR).

À l'inverse, 3 PFR soulignent les dotations octroyées par l'ARS pour renforcer les équipes permettant de mieux accompagner des aidants, parfois isolés et en difficultés. Deux PFR font également part de l'intérêt de la Fédération des PFR permettant mutualisation des connaissances et des réponses à des appels à subvention, échanges sur les pratiques, rayonnement plus important sur le territoire, meilleure lisibilité et visibilité de l'offre PFR au niveau régional.

Financement

En 2020, sur les 24 PFR, 18 déclarent avoir bénéficié de financements en dehors de la dotation de fonctionnement de l'ARS (19 en 2019, 17 en 2018, 12 en 2017). Le conseil départemental du Nord est intervenu financièrement à hauteur de 40 000 € pour les 8 PFR de son département et le conseil départemental du Pas-de-Calais, à hauteur de 8 000 euros pour la PFR concernée.

Une PFR du sud de la région a également bénéficié d'un financement conséquent d'un groupe de protection sociale (57 600 €).

L'ARS a également alloué des financements ponctuels dans 9 PFR de la région allant de 540 € (report de subvention) à 60 000 € (pour des suppléances à domicile) dans le cadre de de financements de formation, de *counseling*, de financements de postes, de renfort de l'offre de répit...

Les conférences des financeurs de l'Aisne, du Nord, l'Oise et le Pas-de-Calais ont alloué des subventions allant de 1 900 € à 28 500 €.

Les autres financements relevés par les PFR sont d'un montant moindre : la MSA (2 500 € pour une PFR de la Somme), l'AFA (1 500 € pour le café des aidants d'une PFR de l'Oise), l'ANFH - RBT (370 € pour des formations massage et toucher thérapeutique d'une PFR du Pas-de-Calais), IRP Auto (610 € pour une PFR de l'Oise).

En 2020, 16 des 24 PFR ont mis en place une participation financière modérée des usagers pour certaines prestations proposées (séjours de répit, halte répit itinérante, sorties, activités sportives ou culturelles...). Elles étaient 18 en 2019.

III.5. 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 22 actions de formation mises en place par 12 porteurs de janvier 2020 au début 2021 (27 actions pour 16 porteurs en 2019, 28 actions pour 16 porteurs en 2018, 34 actions pour 20 porteurs en 2017). Parmi ces 22 actions, 21 ont été réalisées au titre de l'appel à candidatures 2020 et 1 l'a été au titre de l'appel à candidature d'une année précédente.

Compte tenu de la crise sanitaire ayant débuté en mars 2020, 22 reports de formations des aidants ont été demandés :

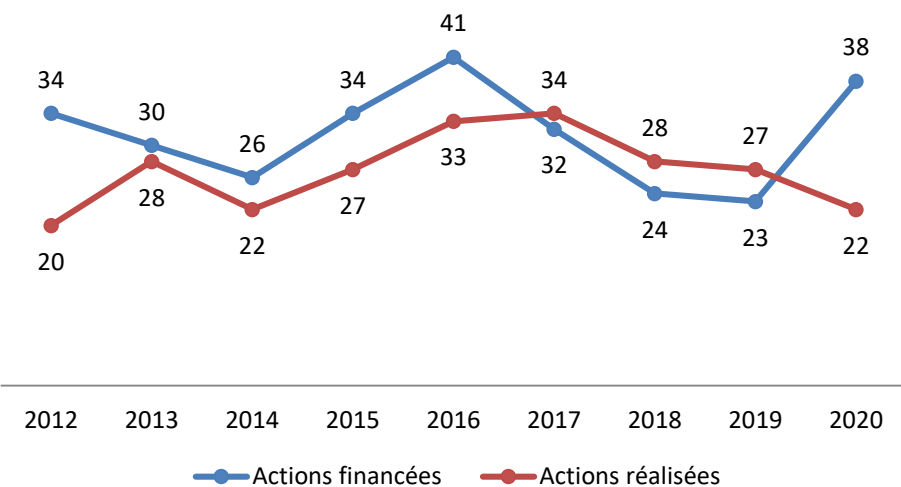
- 18 actions (6 porteurs) au titre de l'appel à projets 2020,
- 4 actions (2 porteurs) au titre de l'appel à candidatures antérieur qui avaient été reportées.

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 d'organiser des formations des aidants sur l'ensemble du territoire national.

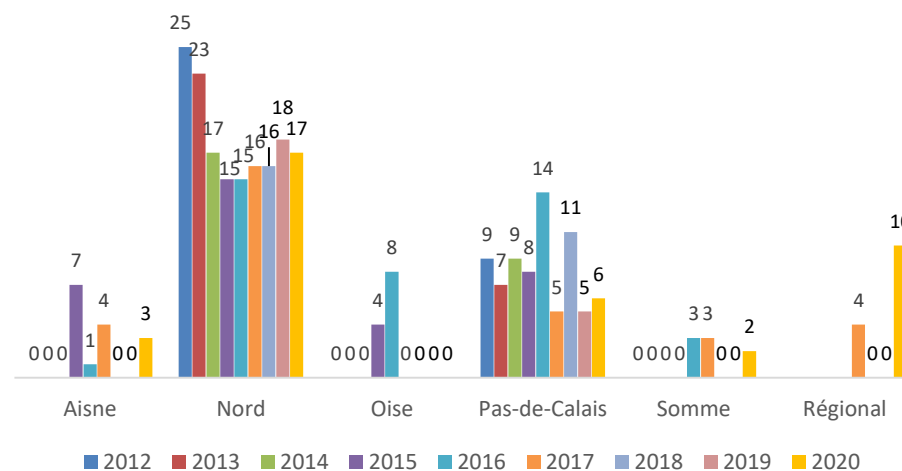
Actions financées par l'ARS et actions réalisées entre 2012 et 2020

Les actions de formation des aidants financées dans le cadre de l'AAC entre 2012 et 2020



NB : en 2020, la crise sanitaire a lourdement impacté les formations des aidants.
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

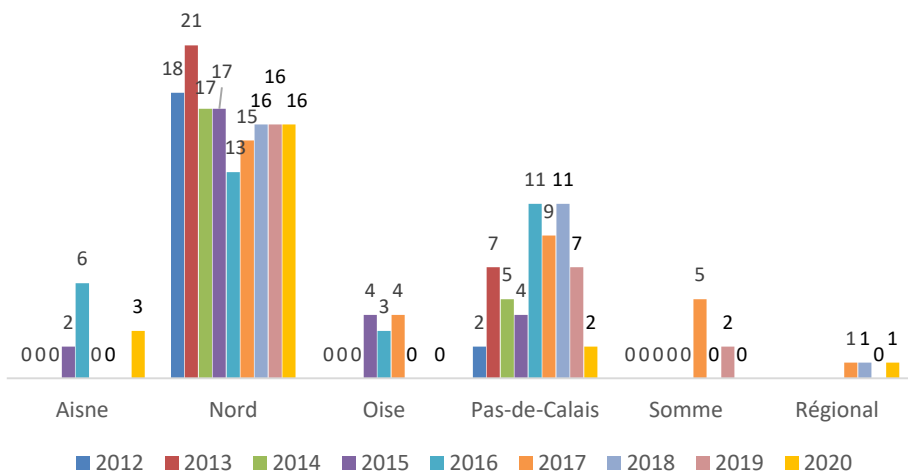
Actions financées dans le cadre de l'AAC par département entre 2012 et 2020



NB : en 2020, la crise sanitaire a lourdement impacté les formations des aidants.
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Depuis 2012, 239 actions de formation ont été réalisées dans les Hauts-de-France. Le Nord concentre à lui seul 62 % des formations réalisées au cours de la période 2012-2020. Une formation sur quatre s’est tenue au cours de cette même période dans le Pas-de-Calais (24 %). En 2020, un seul département de l’ex-Picardie (Aisne) présente des actions de formation, financées dans le cadre de l’appel à projet 2020.

Actions réalisées par département entre 2012 et 2020



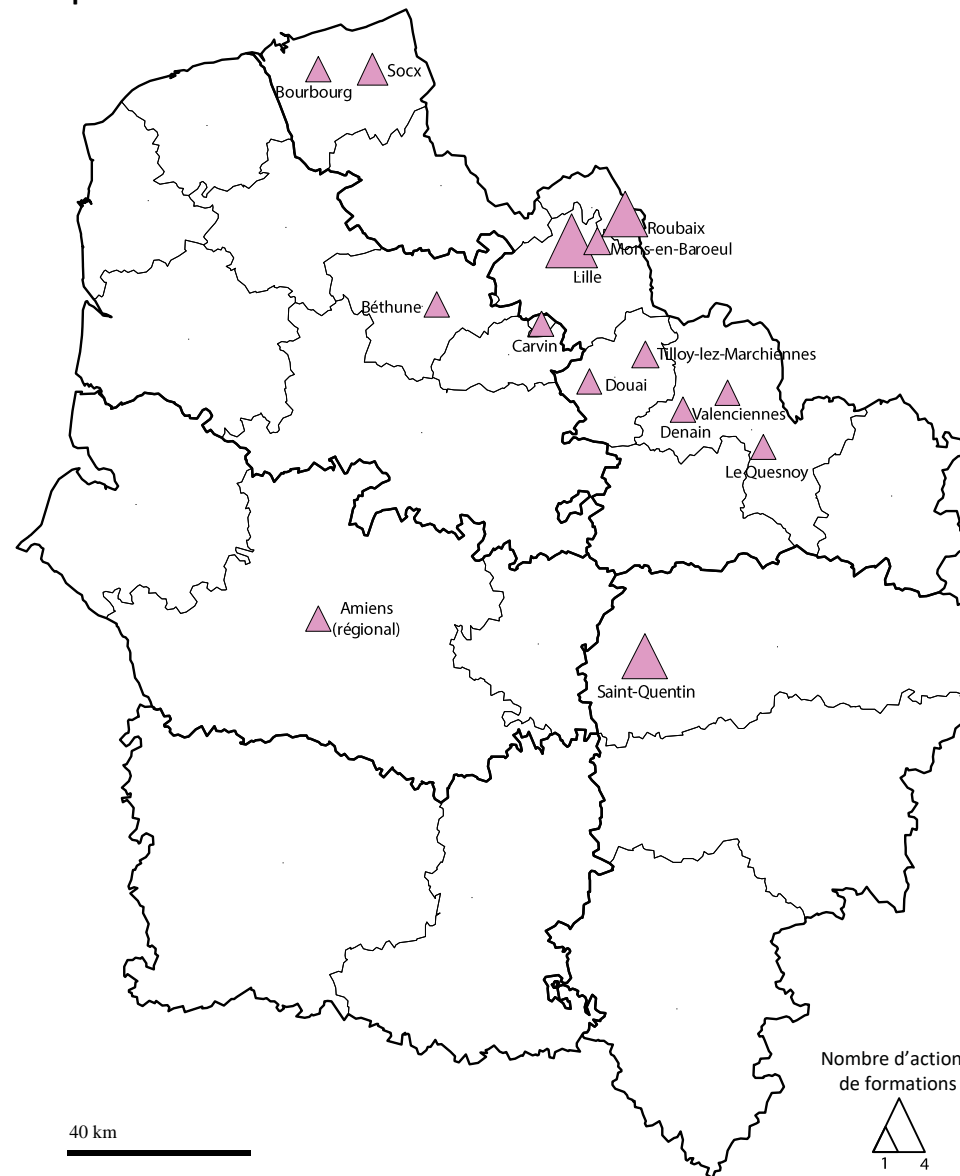
NB : en 2020, la crise sanitaire a lourdement impacté les formations des aidants.
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

En 2020, 22 actions ont été réalisées (25 en 2019, 28 en 2018 et 34 en 2017) :

- 3 dans l’Aisne (aucune en 2019),
- 16 dans le Nord (comme en 2019 et 2018, 15 en 2017),
- 2 dans le Pas-de-Calais (7 en 2019, 11 en 2018, 9 en 2017),
- 1 régionale (aucune en 2019, 1 en 2019 et 1 en 2017).

Il n’y a pas eu d’action dans les départements de l’Oise et de la Somme en 2020 (respectivement 4 en 2017 et 2 en 2019).

Implantation des lieux de déroulement des formations des aidants en 2020



40 km

Nombre d’actions de formations
1 4

Source : ARS – DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Depuis 2018, les actions de formations des aidants sont désormais ouvertes aux personnes souffrant de la maladie de Parkinson et de la sclérose en plaques.

Ainsi, en 2020 sur les 22 formations étudiées (dont le bilan a fait l'objet d'une analyse) :

- 14 ont vu participer un public exclusif Alzheimer (15 en 2019),
- 5 un public exclusif maladie de Parkinson (4 en 2019),
- 1 un public exclusif sclérose en plaques (1 en 2019),
- 2 actions ont vu participer un public mixte (5 en 2019) : Alzheimer / Parkinson.

Actions de formations programmées en 2021-2022

Dans le cadre de l'appel à candidatures 2021, 35 formations seront proposées (financées par l'ARS). Fin 2021-début 2022, se tiendront :

- 21 actions dans le Nord,
- 10 actions dans le Pas-de-Calais,
- 4 actions dans l'Aisne,
- aucune action dans la Somme, ni dans l'Oise.

Parmi ces sessions de formations :

- 2 sessions seront proposées aux aidants de malades SEP,
- 6 aux aidants de malades Parkinson,
- 21 aux aidants de malades d'Alzheimer,
- 1 aux aidants de malades d'Alzheimer et Parkinson,
- 2 sessions pour les aidants de malades Parkinson et SEP,
- 3 sessions pour les aidants de malades d'Alzheimer, Parkinson et SEP.

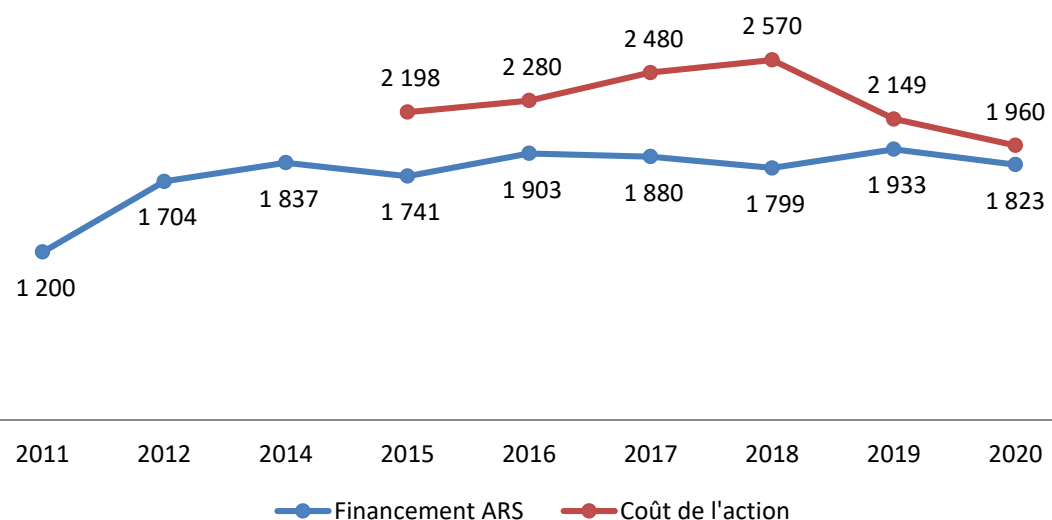
Aspects financiers

Les actions de formation menées en 2020 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 2020 a été financée par l'ARS en moyenne à hauteur de 1 823 € pour un coût réel moyen de 1 960 €. Le financement de l'ARS couvre 93 % du coût total des 22 actions. En 2019, chacune des actions réalisées avait été financée par l'ARS en moyenne à hauteur de 1 933 € pour un coût réel moyen de 2 149 €. Le financement de l'ARS couvrait alors 90 % du coût total des actions.

Sur les 22 actions, la participation de l'ARS couvre :

- la totalité du coût de l'action dans 6 cas ;
- entre 80 % et 99 % du coût dans 13 cas ;
- 79 % du coût dans 3 cas.

Coût et financement des actions de formation



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Analyse des données des bilans d'activité 2020

Les types de porteur

Sur les 12 porteurs des 22 actions réalisées en 2020, la répartition est la suivante :

- 5 centres hospitaliers (dont 3 avec leur PFR),
- 2 associations,
- 2 PFR,
- 1 réseau régional,
- 2 autres (1 CCAS et 1 Ehpad).

Données sur les formations

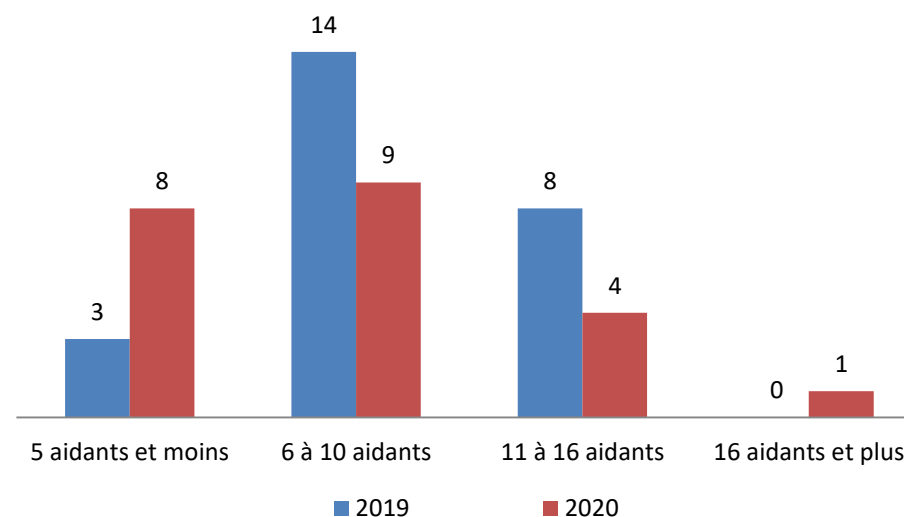
Au total, **174 aidants** ont participé aux **22 actions** de formation retenues pour cette étude, soit en moyenne *7,9 aidants par action* (8,6 en moyenne dans le Nord, 8,0 dans le Pas-de-Calais, 4,0 dans l'Aisne et 9,0 dans le réseau régional). Cette moyenne était de 8,9 en 2019, 9,7 en 2018, 9,8 en 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 **190 personnes se sont inscrites** aux sessions de formation et **174 d'entre elles ont participé** aux 125 séances de formation, soit 92 % des inscrits (ce pourcentage était de 87 % avec 239 participants en 2019) : 82 % pour l'action régionale, 91 % dans le Nord, 100 % dans le Pas-de-Calais et l'Aisne.

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 2 à 8 selon les actions (2 à 12 en 2019).

Ainsi, les 22 actions de formation se sont déroulées dans des intervalles de temps entre la première et la dernière séance variant de 5 jours à 1 année³⁹ (14 jours à 7 mois en 2019). Elles se sont déroulées sur une période inférieure à 1 mois pour 13 d'entre elles, 4 formations se sont étalées sur une période de 1 à 3 mois et 5 sur une période supérieure à 3 mois (dont deux sur une année).

Répartition des actions de formation selon le nombre d'aidants participants en 2019 et 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR25

³⁹ La crise sanitaire a allongé les périodes de formation en raison des confinements.

Les lieux de réalisation des actions ont été principalement les plateformes d'accompagnement et de répit (7 formations), Ehpad (6), centres hospitaliers (3), maisons de famille (2), Clic (1), centre social (1), mairie (1) et réseau (1).

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 2020 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 2020, sur les 174 aidants ayant participé aux actions de formations, **115 ont assisté à toutes les sessions de la formation**, soit 66 % des aidants participants (53 % en 2019). La part des aidants ayant assisté à toutes les sessions est supérieure dans l'Aisne (92 %, dont 2 formations avec une assiduité de 100 %) à celles observées dans le Pas-de-Calais (81 % ; 63 % en 2019), le Nord (64 %, dont 3 formations avec une assiduité de 100 % ; 49 % en 2019) et le réseau régional (44 %). Plusieurs porteurs indiquent toutefois que des participants n'ont manqué qu'une séance sur l'ensemble de la formation.

Mobilisation des aidants

Plusieurs structures font part d'une bonne mobilisation des aidants. Le recrutement s'est opéré grâce aux partenaires (PFR, Esad, Clic, professionnels des consultations mémoire...). Certains aidants ont été repérés par le biais des interventions à domicile grâce à la formation « alerte » mise en place par les PFR, d'autres se sont inscrits suite au programme mensuel de la PFR.

L'assiduité est satisfaisante (certains aidants ont modifié leur emploi du temps pour assister aux séances) et les discussions et échanges entre aidants ont été fructueux et intéressants, dans le respect de la parole des autres. Les groupes se sont réellement investis, avec une bonne cohésion. De nombreux liens se sont créés entre aidants, permettant de les sortir de l'isolement.

Les aidants encore en activité professionnelle ont davantage de difficultés à suivre pleinement la formation. Des séances le samedi matin facilitent parfois leur présence. Par ailleurs les aidants ne peuvent pas toujours se libérer sur des journées entières, ce qui empêche certains à s'inscrire aux formations proposées. Les porteurs sont en réflexion sur des modalités d'accueil différentes : modalités virtuelles, fractionnement de la formation (créneaux de 2 heures maximum), en soirée, le week-end...

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.

La crise sanitaire a largement impacté les sessions de formation : jauge restreinte en fonction de la taille des locaux, peur du Covid par les aidants, interruption des séances par le confinement, utilisation d'un ordinateur pour des visioconférences parfois difficile...

Le confinement avec l'aidé a été parfois mal vécu par les aidants. Ces formations leur ont été utiles pour supporter cette période et garder un lien social.

Pendant les formations, 44 % des aidants déclarent que la personne qu'ils aident peut rester seule (89 % des aidants du réseau régional, 63 % de ceux du Pas-de-Calais, 42 % dans le Nord et 8 % dans l'Aisne ; 48 % en 2019). Pour 13 % d'entre eux, l'aidé est en Ehpad (19 % dans le Pas-de-Calais, 17 % dans l'Aisne et 13 % dans le Nord ; 6 % en 2019).

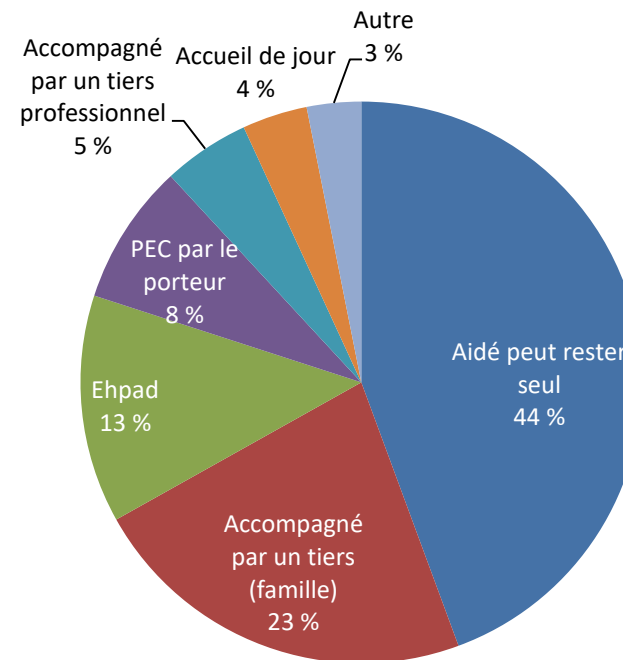
Le type de solution mise en place pour l'aidé le temps de la formation est pour 23 % d'entre eux l'accompagnement par un tiers familial (25 % dans l'Aisne, 24 % dans le Nord, 13 % dans le Pas-de-Calais et 11 % dans le réseau régional ; 15 % en 2019), 5 % l'accompagnement par un tiers professionnel (25 % dans l'Aisne et 4 % dans le Nord ; 6 % en 2019) et 4 % le recours à l'accueil de jour (17 % dans l'Aisne et 3 % dans le Nord ; 8 % en 2019).

Enfin, un accompagnement de la personne aidée par le porteur du projet a été proposé dans 9 formations et a bénéficié à 8 % des aidants participants (10 % dans le Nord et 6 % dans le Pas-de-Calais ; 12 % en 2019). 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.

Quatre aidés du Nord et 1 dans l'Aisne sont dans la catégorie autre (1 aidé hospitalisé, 1 aidé en UHR, 1 à domicile avec vidéosurveillance, 2 non précisé).

Aucune solution de transport pour l'aidant souhaitant participer à la formation n'a été mise en place en 2020 (5 formations l'ont proposé en 2019). En 2020, 124 aidants se sont rendus sur le lieu de formation avec leur voiture personnelle (soit 84 % des aidants, 90 % en 2019), 10 en transport en commun (dont 9 aidants du Nord), 10 à pied (5 du Nord, 3 du Pas-de-Calais et 2 de l'Aisne) et 3 avec un autre moyen de transport (co-voiturage, vélo).

Type de solution mise en place pour l'aidé le temps de la formation suivie par l'aidant en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S Champ : 160 aidants

Les intervenants

Globalement, lors des actions de formation, les intervenants sont des professionnels mis à disposition par les acteurs partenaires des actions. Au total, 121 professionnels sont intervenus dans les 22 actions de formation, permettant de couvrir tous les champs de la prise en charge. Les professionnels les plus cités sont des psychologues et neuropsychologues (22), ergothérapeutes (13), infirmiers (12), médecins gériatres (11), assistants sociaux (7).

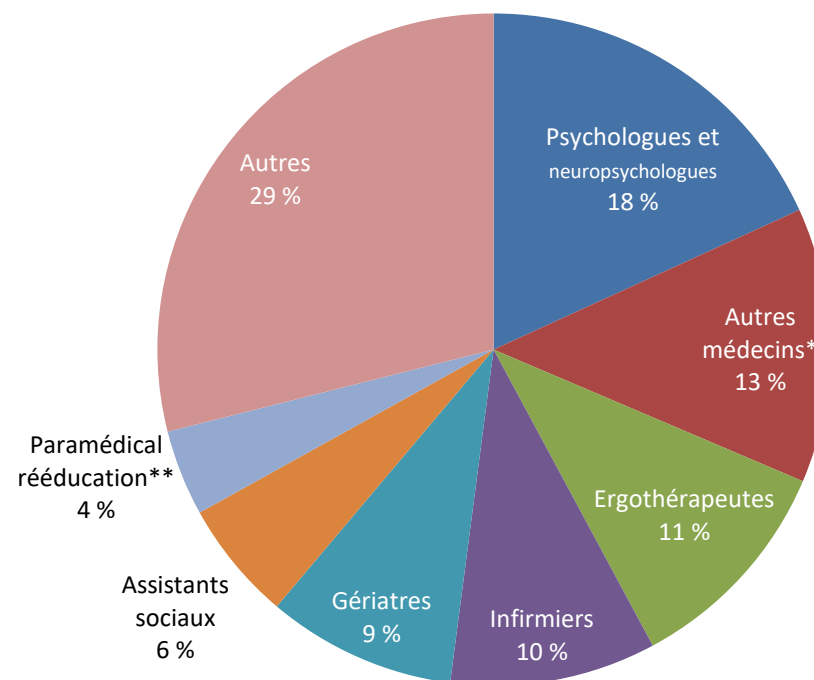
Concernant des questions spécifiques, certains opérateurs ont fait intervenir des professionnels d'horizons divers comme par exemple des diététiciennes, orthophonistes, ASG ou encore des mandataires judiciaires.

Une seule action de formation réalisée en 2020 dans le Nord (8 en 2019) a 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 situation.

Mobilisation des partenaires

En 2020, comme l'année précédente, 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 renforcé, permettant ainsi une plus large communication des actions de formation. Les partenariats permettent des interventions variées au sein des formations des aidants, mais également une aide au transport, des locaux plus accessibles ou identifiables...

Répartition des intervenants selon leur profession en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

* Autres médecins : médecin physique réadaptation, neurologue, médecin coordonnateur, médecin du travail, médecin généraliste

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

Données concernant les aidants

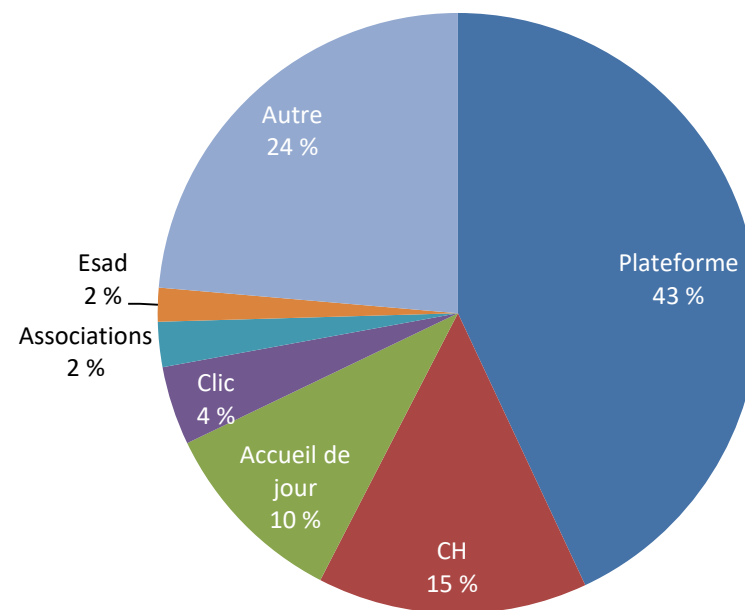
Le cahier des charges prévoit que l'action de formation doit constituer une offre de proximité et s'inscrire dans une logique de partenariat avec les acteurs du territoire, afin de permettre aux aidants les plus isolés de bénéficier de cette prestation. La plupart des opérateurs a réalisé la communication 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 (43 % des cas, 41 % en 2019), les centres hospitaliers ou les consultations mémoires (15 %, 18 % en 2019), les accueils de jour/Ehpad (10 %, 5 % en 2019), les Clic (4 %, 13 % en 2019) et les associations (2 %, 10 % en 2019).

Les Esad représentent 2 % des orientations (5 % en 2019).

La catégorie « Autres » (24 %, 8 % en 2019) correspond aux orientations issues de CCAS, du réseau ParcSeP, de l'Udaf, de réseaux de santé gériatriques, de professionnels de santé et paramédicaux, Ssiad ou encore suite à des actions de communication (*flyers*, internet), de bouche à oreille (dont famille).

Répartition des aidants selon la structure les ayant orientés en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

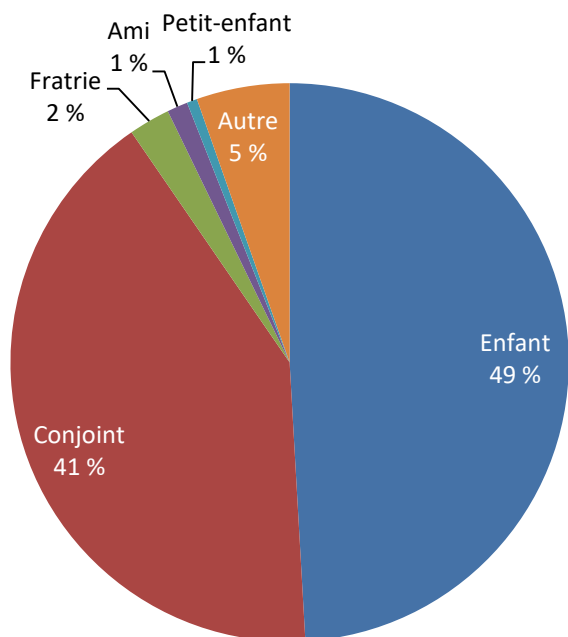
Champ : 165 aidants

Les aidants participant aux actions de formation sont principalement des femmes (75 %). Cette proportion est proche des années précédentes : 74 % en 2019, 78 % en 2018, 71 % en 2017, 73 % en 2016, 75 % en 2015 et en 2014, 72 % en 2013.

Les aidants sont principalement des enfants (49 % des aidants en 2020, 44 % en 2019) et des conjoints (41 % en 2020, 47 % en 2019). Les « Autres » aidants sont des belles-filles, belles-sœurs ou parents de la personne aidée.

Un peu moins d'un aidant sur deux (47 %) ayant participé aux actions a moins de 61 ans. Près d'un tiers des aidants est âgé de 61 à 70 ans (31 %) et 22 % sont âgés d'au moins 70 ans. En 2019, la répartition démographique des aidants était plus âgée : les aidants étaient 35 % à avoir moins de 61 ans.

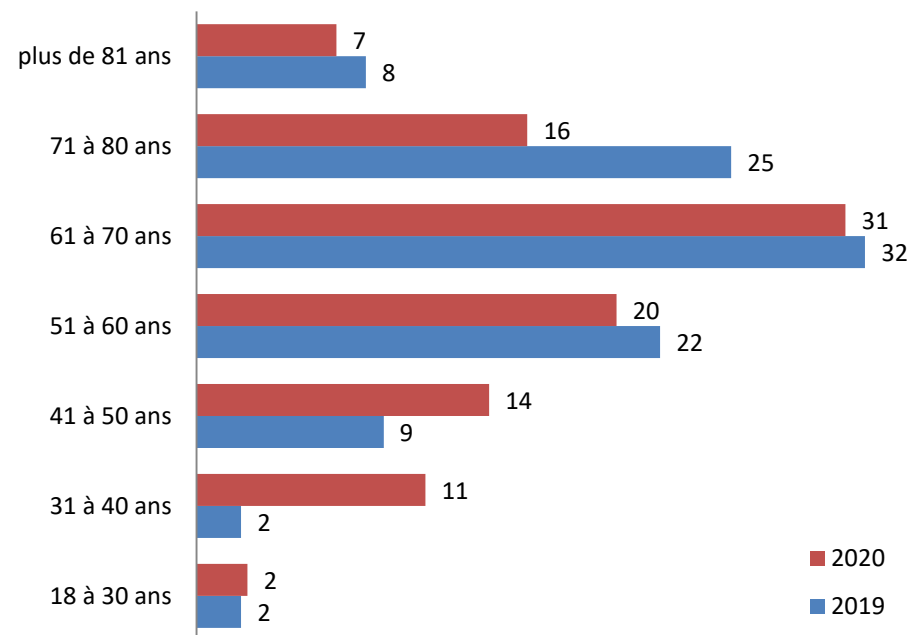
Répartition des aidants selon leur lien avec la personne aidée en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 167 aidants3

Répartition des aidants selon leur âge en 2019 et 2020



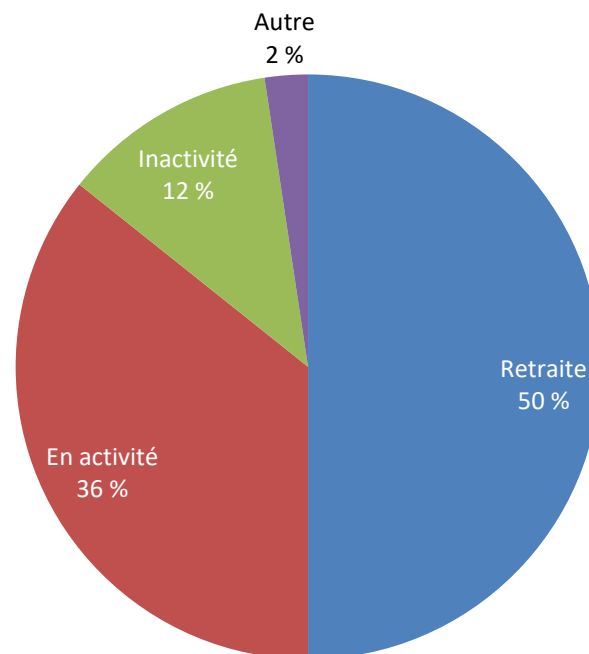
Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 237 aidants en 2019 ; 166 en 2020

Un aidant sur deux ayant suivi une formation est en retraite (50 % ; 56 % dans le Nord, 42 % dans l'Aisne, 38 % dans le Pas-de-Calais) et près de quatre sur dix sont en activité (36 % ; les 9 aidants de la formation régionale, 58 % des aidants de l'Aisne, 50 % dans le Pas-de-Calais et 27 % dans le Nord). Par ailleurs, 12 % des aidants sont inactifs hors retraite (14 % dans le Nord et 13 % dans le Pas-de-Calais).

En 2019, les aidants en activité étaient moins nombreux (26 %). Les retraités représentaient 60 % des aidants et les inactifs hors retraite, 13 %.

Répartition des aidants selon leur situation au regard de l'emploi en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 168 aidants

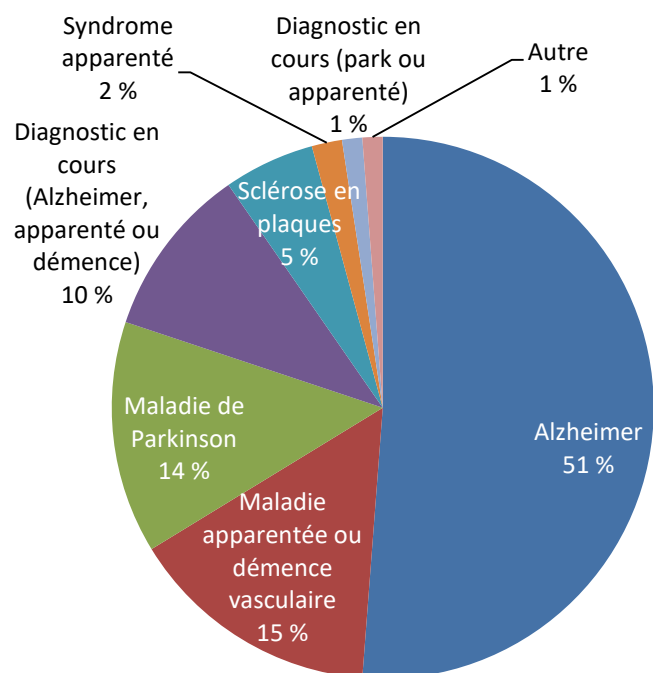
Données concernant la personne aidée

Les aidants ont renseigné des informations sur les personnes qu'elles aident. Elles portent sur 167 personnes aidées (130 dans le département du Nord, 16 dans le Pas-de-Calais, 12 dans l'Aisne et 9 dans le réseau régional) et concernent le diagnostic principal, le mode de vie et la durée d'accompagnement de l'aidant. Elles étaient 239 en 2019.

Les aidants qui participent aux formations vivent dans 47 % des cas avec la personne aidée (49 % en 2019) : l'ensemble des aidés du réseau régional, 50 % dans le Nord, 25 % dans l'Aisne et 13 % dans le Pas-de-Calais. Les aidants déclarent que les autres personnes aidées vivent seules dans 24 % des cas (50 % dans le Pas-de-Calais, 42 % dans l'Aisne et 21 % dans le Nord ; 25 % en 2019), avec un autre aidant dans 11 % des cas (19 % dans le Pas-de-Calais, 12 % dans le Nord et 8 % dans l'Aisne ; 11 % en 2019) et en établissement dans 13 % des cas (25 % dans l'Aisne, 19 % dans le Pas-de-Calais et 12 % dans le Nord ; 7 % en 2019). Une personne aidée (Nord) était décédée au moment de la formation.

La part des malades d'Alzheimer parmi les personnes aidées est de 51 % (58 % en 2019), celle des personnes atteintes de maladies apparentées ou de démence vasculaire est de 15 % (17 % en 2019). Les parts des malades de Parkinson et de la SEP représentent respectivement 14 % et 5 % des personnes aidées par les participants aux actions de formation (9 % et 3 % en 2019). Les diagnostics en cours représentent 11 % des aidés.

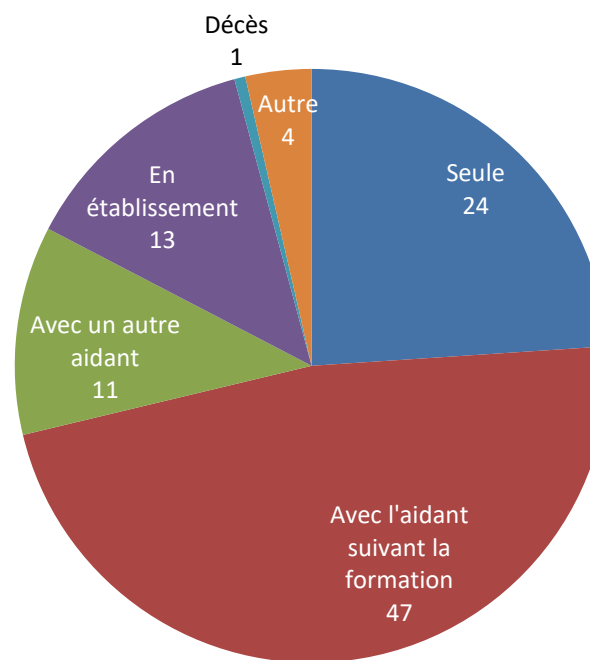
Répartition des aidants selon le diagnostic principal de la personne aidée en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 166 personnes aidées

Répartition des aidants selon le mode de vie de la personne aidée en 2020



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

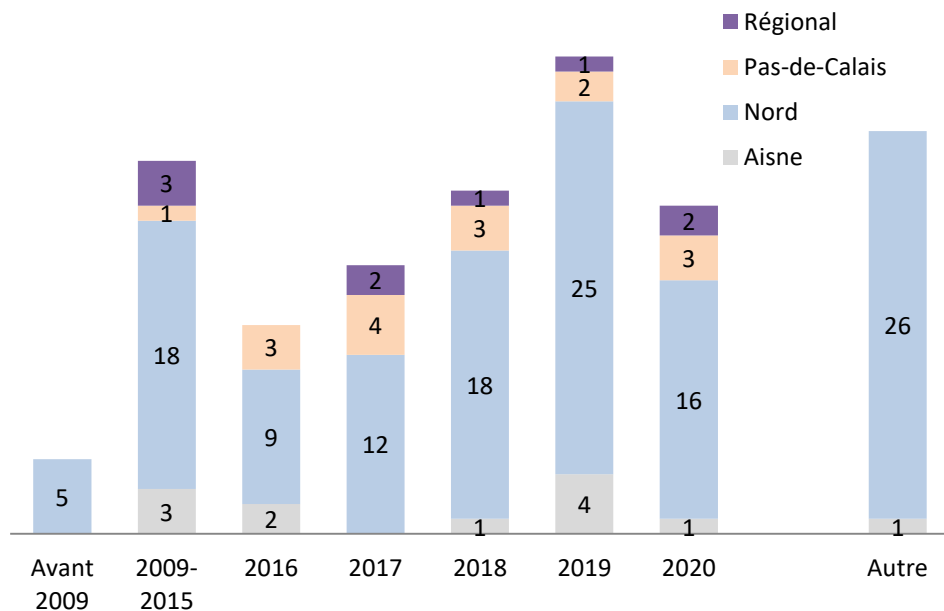
Champ : 167 personnes aidées

Un peu plus de la moitié des aidants ayant bénéficié d'une formation des aidants déclare que le diagnostic de la personne aidée a été posé avant 2019 (85 sur 156 aidants, soit 51 %). Pour 54 aidants, le diagnostic a été posé les deux dernières années (32 en 2019, 22 en 2020), soit 33 % (31 % en 2019, 42 % en 2018). Un diagnostic a été posé en 2021.

Les 26 « autres » comptent 19 personnes dont la date de diagnostic n'est pas connue, 4 pour lesquelles le diagnostic est en cours et 3 en attente de diagnostic.

Près de quatre 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 moins d'un an représentent 16 %, tout comme ceux accompagnés depuis plus de 7 ans sont 16 %. Les aidants accompagnés entre 3 à 5 ans représentent 13 % et ceux entre 5 et 7 ans, 4 %. La durée d'accompagnement n'est pas connue pour 21 personnes.

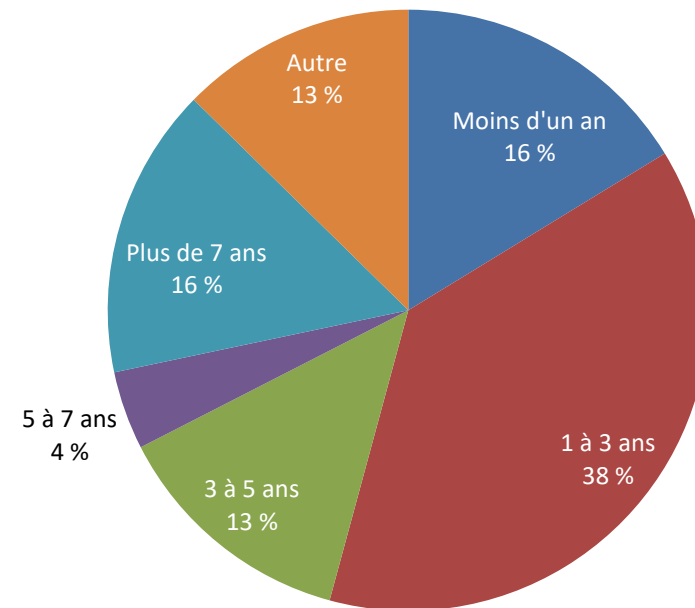
Nombre d'aidants selon l'année de diagnostic de la personne aidée



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 156 aidants

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



Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : 166 aidants

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	Équipes mobiles 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	Esprad	Équipes spécialisées de prévention et de réadaptation à domicile
CCAS	Centre communal d'action sociale	ETP	Équivalent temps plein
CESF	Conseillère en économie sociale et familiale	FIR	Fonds d'intervention régional
CGAS	Centre gériatrie accueil spécialisé	GCMS	Groupement de coopération médico-sociale
CHAM	Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	GCS	Groupement de coopération sanitaire
CH	Centre hospitalier	GHICL	Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
CHG	Centre hospitalier gériatrique	GHLH	Groupe hospitalier Loos Haubourdin
CHI	Centre hospitalier intercommunal	GHPA	Groupe hospitalier privé du Littoral-pôle Artois
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire	GHPSO	Groupe hospitalier public Sud Oise
CHU	Centre hospitalier universitaire	GHSC	Groupe hospitalier de Seclin-Carvin
Cima	Corpus d'information minimal sur la maladie d'Alzheimer	Gir	Groupe iso-ressources
Clic	Centre local d'information et de coordination	G-Sep	Groupe septentrional d'études et de recherche sur la sclérose en plaques
CM2R	Centre mémoire de ressources et de recherche	HAD	Hospitalisation à domicile
CMP	Centre médico-psychologique	HJ / HDJ	Hôpital de jour
CMRT	Centre mémoire référent de territoire	HM	Hôpital maritime
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie		
CSG	Court séjour gériatrique		

HPM	Hôpital privé métropole	PMND	Plan maladies neuro-dégénératives
HT	Hébergement temporaire	PRS	Projet régional de santé
HT SH	Hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation	RP	Recensement de la population
IDE	Infirmière diplômée d'État	Saad	Service d'aide à domicile
IDEC	Infirmière diplômée d'État coordinatrice	SAS	Sociétés par actions simplifiées
Ipsi	Institut de sensibilisation en soins infirmiers	SIAD	Service intervenant au domicile
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques	SLD	Soins de longue durée
ISL	Institut social de Lille	Spasad	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie	Ssiad	Service de soins infirmiers à domicile
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique	SSRG	Soins de suite et de réadaptation gériatrique
MSA	Mutualité sociale agricole	STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
NR	Non réponse	UCC	Unité cognitivo-comportementale
n.d.	Non disponible	Udaf	Union départementale des associations familiales
OR2S	Observatoire régional de la santé et du social	UGSS	Unité gériatrique de soins de suite
Paerpa	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie	UHR	Unité d'hébergement renforcée
Pasa	Pôle d'activités et de soins adaptés	USLD	Unité de soins de longue durée
PFR	Plateforme d'accompagnement et de répit		

Tableaux de résultats

EMG

Lieux d'intervention des EMG en 2020 – Données par département

	Service de médecine	Service de chirurgie	Urgences	Autres lieux	Total
Aisne	75 %	12 %	9 %	4 %	100%
Nord	38 %	13 %	41 %	8 %	100%
Oise	59 %	17 %	23 %	1 %	100%
Pas-de-Calais	26 %	11 %	61 %	2 %	100%
Somme	63 %	12 %	22 %	4 %	100%
Hauts-de-France	37 %	13 %	45 %	5 %	100%

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR25

Le personnel dédié à l'activité intrahospitalière (en nombre d'ETP) en 2020 - Données par département

	Gériatre	Autre médecin	IDE	Assistant Social	Secrétaire	Psychologue	Ergothérapeute	Dietéticien	Psychomotricien
Aisne	1,7		2,0	0,8	0,3	0,2			
Nord	10,7	0,5	15,8	2,6	3,3	0,8	1,6		
Oise	1,1		1,0		1,2	0,5			
Pas-de-Calais	4,1	0,1	9,3	1,1	1,9	0,6	1,0		
Somme	1,7		2,8	1,0	0,5				
Hauts-de-France	19,3	0,6	30,9	5,5	7,2	2,1	2,6	0	0

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Capacité et activité des SSRG en 2020 - Données départementales

	Population de 75 ans et plus	Nombre de lits en SSRG	Lits en SSRG pour 10 000 hab. de 75 ans ou plus	Nombre de journées en SSRG	Journées en SSRG pour 1 000 hab. de 75 ans ou plus
Aisne	49 057	282	57	57 402	1 170
Nord	196 228	1 385	71	318 531	1 623
Oise	60 237	478	79	123 316	2 047
Pas-de-Calais	120 485	371	31	77 251	641
Somme	51 269	174	34	55 856	1 089
Hauts-de-France	477 275	2 690	56	632 356	1 325

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Modes d'entrée en SSRG en 2020 – Données départementales

	Admissions directes	Mutations d'un CSG	Autres mutations	Total entrées
Aisne	18 %	72 %	11 %	100 %
Nord	21 %	51 %	27 %	100 %
Oise	20 %	66 %	14 %	100 %
Pas-de-Calais	5 %	78 %	17 %	100 %
Somme	22 %	47 %	30 %	100 %
Hauts-de-France	18 %	60 %	22 %	100 %

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : Modes d'entrée rapportés par 63 SSRG (sur 68 interrogés)

Mode de sortie en SSRG en 2020 – Données départementales

	Domicile	USLD	Autres transferts sanitaires	Établissements médico-sociaux	Décès	Total sorties
Aisne	63 %	2 %	13 %	14 %	8 %	100 %
Nord	60 %	3 %	14 %	14 %	9 %	100 %
Oise	58 %	4 %	18 %	11 %	9 %	100 %
Pas-de-Calais	64 %	3 %	9 %	14 %	9 %	100 %
Somme	53 %	5 %	18 %	18 %	6 %	100 %
Hauts-de-France	60 %	3 %	14 %	14 %	9 %	100 %

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Champ : Modes de sortie rapportés par 65 SSRG

USLD

Personnel des USLD en 2020 (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	242	18,5	0,1	0,2	4,3	4,0	8,5	0,1	1,3
Nord	809	15,8	0,3		3,3	2,8	8,2	0,1	1,1
Oise	638	14,9	0,2	0,1	2,8	3,2	7,8	0,1	0,7
Pas-de-Calais	553	16,6	0,2	0,1	3,4	2,5	8,6	0,1	1,8
Somme	478	15,5	0,1	0,1	3,2	2,9	8,3	0,1	0,8
Hauts-de-France	2 720	15,9	0,2	0,1	3,3	3,0	8,2	0,1	1,1

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - SAE - Traitement OR2S

Champ : données portant les 47 USLD interrogées

Personnel des USLD en 2020 (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-Centre	85	16,1	0,1	0,4	4,5	3,2	7,2	0,0	0,6
Aisne-Nord	107	20,3	0,1	0,0	3,6	4,9	9,2	0,1	2,4
Aisne-Sud	50	18,7	0,3	0,0	5,3	3,6	9,2	0,0	0,2
Douaisis	75	19,3	0,3	0,0	3,1	2,5	11,6	0,2	1,6
Cambresis	58	7,0	0,3	0,0	3,0	0,0	3,7	0,0	0,1
Lille	158	15,9	0,3	0,0	3,5	1,9	9,2	0,1	0,8
Roubaix - Tourcoing	240	15,9	0,3	0,0	3,4	3,2	8,3	0,1	0,7
Dunkerquois	80	14,1	0,3	0,0	2,4	2,3	8,2	0,4	0,7
Valenciennois	158	16,5	0,3	0,0	3,6	3,5	7,3	0,1	1,7
Sambre Avesnois	100	16,6	0,3	0,2	3,0	4,0	7,5	0,2	1,5
Flandre Intérieure	60	17,9	0,3	0,0	3,5	4,1	8,5	0,3	1,2
Oise-Ouest	379	13,7	0,2	0,1	2,8	2,3	7,9	0,0	0,4
Oise-Est	259	16,8	0,3	0,0	2,8	4,5	7,8	0,1	1,2
Béthune - Bruay	100	18,3	0,2	0,2	3,3	4,1	8,6	0,2	1,8
Lens - Hénin	148	15,0	0,2	0,0	3,3	2,4	7,9	0,2	0,8
Arrageois	110	15,3	0,3	0,0	3,8	1,0	9,9	0,1	0,3
Calais	30	18,6	0,2	0,0	2,5	5,3	8,7	0,0	1,8
Audomarois	80	17,7	0,1	0,2	3,6	0,0	7,7	0,1	6,1
Montreuillois	25	17,6	0,0	0,6	5,0	1,6	9,6	0,0	0,7
Bouloonnais	60	17,8	0,1	0,0	3,0	5,0	8,3	0,1	1,3
Somme-Ouest	98	14,4	0,0	0,0	2,7	2,6	8,3	0,0	0,7
Somme-Centre	320	15,5	0,1	0,2	3,3	3,0	8,0	0,1	0,8
Somme-Est	60	17,7	0,4	0,0	3,3	2,6	10,3	0,4	0,8
Hauts-de-France	2 720	15,9	0,2	0,1	3,3	3,0	8,2	0,1	1,1

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - SAE - Traitement OR2S

UHR

Personnel réservé aux soins en UHR en 2020 (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 Château-Thierry									
CH de Saint-Quentin	15,8	2,0	0,5	3,0	0,0	10,0		0,3	
CH d'Hazebrouck	6,1	0,0	0,2	5,5	0,0	0,0	0,2	0,2	
CHU de Lille									
GH Seclin Carvin	13,4	0,2	0,2	4,0		8,4	0,3	0,3	
GH Loos Haubourdin	9,4	3,0	0,2	4,4		1,2	0,3		0,3 cadre de santé
CH de Tourcoing	6,0	0,0	0,2	2,8	0,7	2,1	0,3	0,0	
CHI Wasquehal	7,7	0,8	0,2	5,5	1,0		0,1	0,1	
CH de Jeumont									
CH Le Cateau Cambrésis	12,0	1,4	0,1	5,3		4,8	0,2	0,2	
CH de Douai	9,8	0,0	0,3	3,0		6,2	0,3	0,1	
CH de Somain	7,6	1,0				6,2	0,2		0,05 pharmacien ; 0,15 préparateur
Polyclinique de Grande-Synthe									
CH Le Quesnoy	5,6	0,5	0,2	0,7	0,7	0,6	0,3	0,1	0,1 socio-esthéticienne ; 0,15 cadre de santé ; 0,04 Staps ; 2,25 ASH
CH de Valenciennes	15,3	2,0	0,5	4,9		7,5	0,2		0,2 cadre de santé
EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue	4,2	0,1	0,3	3,5	0,0	0,0	0,1	0,2	
CH de Beauvais	0,0								
CHI Compiègne-Noyon	13,0	3,5	0,6	2,0		6,9			
CH de Béthune-Beuvry	6,6	0,0	0,3	4,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,25 cadre de santé
CH d'Arras	8,8	0,5	0,5	4,9		2,8	0,1		
CH de Boulogne-sur-Mer	11,0	1,0	0,5	7,5	2,0	0,0			
CH de Calais	6,5	2,0	0,0	4,5					
CH de Lens	49,2	1,0	0,6	8,0	8,0	31,0	0,4	0,2	
CHI de la Baie de Somme									
CH de Corbie	17,0	4,0	0,0	4,0	1,8	5,8	0,2	1,0	0,2 kinésithérapeute
Hauts-de-France	224,7	23,0	5,3	77,5	14,2	95,4	3,0	2,7	3,7

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Personnel réservé à la dépendance en UHR en 2020 (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 Château-Thierry									
CH de Saint-Quentin									
CH d'Hazebrouck	0,0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
CHU de Lille									
GH Seclin Carvin	4,0	0	0	1,2		2,5	0	0,3	
GH Loos Haubourdin	2,6			1,9		0,5		0,2	
CH de Tourcoing	2,5	0	0	1,2	0,3	0,9		0,1	
CHI Wasquehal	3,5	0,8	0,2	2,0	0,5				
CH de Jeumont	0,0								
CH Le Cateau Cambrésis	4,5			2,3		2,0		0,2	
CH de Douai	2,6					2,6			
CH de Somain	2,9					2,7		0,2	
Polyclinique de Grande-Synthe									
CH Le Quesnoy	5,7	0,5	0	1,9	1,6	1,7	0	0,0	
CH de Valenciennes	5,8			2,1		3,2		0,5	
EHPAD Saint-Antoine-de-Padoue									
CH de Beauvais	0,0								
CHI Compiègne-Noyon	3,4					2,9	0,2	0,3	
CH de Béthune-Beuvry									
CH d'Arras	3,9		0,5	2,1		1,2		0,1	
CH de Boulogne-sur-Mer	2,0			1,5				0,5	
CH de Calais									
CH de Lens									
CHI de la Baie de Somme	9,1	0,1	0,1	3,0	1	1,0	0,3	0,1	3,5 ASH
CH de Corbie	1,0								1 ASH
Hauts-de-France	53,4	1,4	0,8	19,1	3,4	21,3	0,5	2,4	4,5

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Activité des UCC en 2020 - 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	96	4014	42
Nord	Flandre Intérieure	Centre médical des Monts de Flandre	15	101	3480	35
Nord	Lille	CHU de Lille	12	66	3231	58
Nord	Lille	Groupe hospitalier Seclin Carvin	12	92	3988	55
Nord	Lille	Groupe hospitalier Loos Haubourdin	10	72	3280	49
Nord	Douaisis	SAS Clinique St ROCH - Marchiennes	15	105	5342	51
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	10	67	3336	51
Nord	Sambre Avesnois	CH d'Hautmont	20	227	6322	35
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	12	138	4651	40
Oise	Oise-Ouest	Institut médical de Breteuil	12	85		
Oise	Oise-Est	Centre Hospitalier de Pont-Sainte-Maxence	11	22	774	40
Pas-de-Calais	Béthune - Bruay	Clinique Mahaut de Termonde à Béthune				
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	9	96		29
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	14	128	4835	45
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	9	14	348	36
Pas-de-Calais	Lens - Hénin	Polyclinique de Riaumont (Ahnac)	12	105	3545	34
Somme	Somme-Centre	CHU d'Amiens	10	96	2642	
Hauts-de-France			198	1 510	49 788	41

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Répartition des modes d'entrée et mode de sortie en UCC en 2020 - 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 %	45 %	3 %	92 %	0 %	4 %	0 %	4 %	0 %
Nord	Flandre Intérieure	Centre médical des Monts de Flandre	66 %	33 %	1 %	69 %	11 %	16 %	2 %	0 %	3 %
Nord	Lille	CHU de Lille	59 %	36 %	5 %	62 %	14 %	12 %	9 %	3 %	0 %
Nord	Lille	Groupe hospitalier Seclin Carvin	40 %	59 %	1 %	32 %	9 %	5 %	54 %	1 %	0 %
Nord	Lille	Groupe hospitalier Loos Haubourdin	72 %	26 %	1 %	56 %	0 %	13 %	24 %	2 %	5 %
Nord	Douais	SAS Clinique St ROCH - Marchiennes	6 %	61 %	33 %	30 %	2 %	21 %	41 %	6 %	0 %
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	49 %	43 %	7 %	54 %	36 %	8 %	0 %	2 %	0 %
Nord	Sambre Avesnois	CH d'Hautmont	38 %	52 %	10 %	38 %	5 %	10 %	44 %	2 %	1 %
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	83 %	17 %	1 %	40 %	1 %	6 %	48 %	4 %	1 %
Oise	Oise-Ouest	Institut médical de Breteuil	28 %	68 %	4 %	44 %	56 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Oise	Oise-Est	Centre Hospitalier de Pont-Sainte-Maxence	17 %	30 %	52 %	8 %	0 %	31 %	62 %	0 %	0 %
Pas-de-Calais	Béthune - Bruay	Clinique Mahaut de Termonde à Béthune									
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	59 %	39 %	2 %	43 %	4 %	6 %	22 %	5 %	20 %
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	26 %	73 %	2 %	79 %	3 %	7 %	6 %	5 %	0 %
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	14 %	86 %	0 %	36 %	0 %	0 %	57 %	7 %	0 %
Pas-de-Calais	Lens - Hénin	Polyclinique de Riaumont (Ahnac)	35 %	43 %	22 %	20 %	3 %	22 %	51 %	4 %	0 %
Somme	Somme-Centre	CHU d'Amiens	11 %	84 %	4 %	23 %	21 %	31 %	18 %	7 %	0 %
Hauts-de-France			45 %	48 %	7 %	48 %	9 %	11 %	26 %	3 %	2 %

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Activité des UCC en 2020 - Données départementales

	Nombre de lits	Nombre total de séjours (lits et places)	Nombre de journée de + de 24h	DMS (en j)
Aisne	15	96	4 014	42
Nord	106	868	33 630	44
Oise	23	107	774	63
Pas-de-Calais	44	343	8 728	37
Somme	10	96	2 642	0
Hauts-de-France	198	1 510	49 788	41

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Répartition des modes d'entrée et mode de sortie en UCC en 2020 - 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 %	45 %	3 %	92 %	0 %	4 %	0 %	4 %	0 %
Nord	53 %	40 %	6 %	46 %	8 %	11 %	31 %	2 %	1 %
Oise	26 %	60 %	14 %	37 %	46 %	6 %	11 %	0 %	0 %
Pas-de-Calais	41 %	52 %	7 %	49 %	3 %	11 %	26 %	5 %	6 %
Somme	11 %	84 %	4 %	23 %	21 %	31 %	18 %	7 %	0 %
Hauts-de-France	45 %	48 %	7 %	48 %	9 %	11 %	26 %	3 %	2 %

Source : ARS - DST, DOMS 2021 - Traitement OR2S

Le personnel en UCC en 2020 - 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	21,4	1,0		9,0	7,1	0,3	1,1	0,2	0,7	0,7	0,3	0,3	0,0	0,78 AMP
Nord	Flandre Intérieure	Centre médical des Monts de Flandre	25,5	0,5	0,8 neurologue	9,8	10,0	0,8	0,0	0,0	0,3	0,4	0,0	0,0	0,0	0,5 Cadre supérieur de santé 2,45 Personnel administratif
Nord	Lille	CHU de Lille	18,5	0,5		5,4	7,7	0,5	0,5	0,1	0,8	0,5	0,5			1,5 ASH ; 0,2 Cadre de santé ; 0,3 secrétaire médicale
Nord	Lille	Groupe hospitalier Seclin Carvin	11,8	0,8		7,8	2,8				0,2			0,2		
Nord	Lille	Groupe hospitalier Loos Haubourdin	8,4	0,7		4,0	2,3	0,2			0,3			0,4		0,5 infirmière coordonnatrice
Nord	Douaisis	SAS Clinique St ROCH - Marchiennes	11,0	0,8	0,05 DIU MPR	4,6	3,1	0,5	0,8	0,1	0,4	0,2			0,3	0,05 socio-esthétique
Nord	Dunkerquois	Polyclinique de Grande-Synthe	16,0	1,0		6,3	4,1	0,3	0,4	0,1	0,2	0,1	0,0	0,5	0,4	2,7 ETP (ASH, cadre, secrétaire)
Nord	Sambre Avesnois	CH d'Hautmont	22,8	1,0		9,0	6,6	1,0	1,0	0,5	1,0	0,7	0,0	0,0	0,5	1,0 Cadre de santé ; 0,5 Animateur
Nord	Valenciennois	CH de Le Quesnoy	16,8	0,8		6,3	4,8	0,4	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2	0,8	0,4	0,3 Cadre de santé ; 0,1 Socio-esthéticienne ; 2,0 ASH
Oise	Oise-Ouest	Institut médical de Breteuil	12,7	0,5		7,5	2,0	1,0	0,4		0,9	0,2		0,2		
Oise	Oise-Est	Centre Hospitalier de Pont-Sainte-Maxence	16,1	1,0		10,8	2,0		1,0		0,3	1,0				
Pas-de-Calais	Béthune - Bruay	Clinique Mahaut de Termonde à Béthune														
Pas-de-Calais	Arrageois	CH d'Arras	8,4			5,1	1,7				0,5	0,1		0,1		0,58 agent bio nettoyage ; 0,41 cadre de santé
Pas-de-Calais	Boulonnais	CH de Boulogne-sur-Mer	18,2	0,4		11,7	2,7							1,0		2,4 personnel de nuit
Pas-de-Calais	Montreuillois	CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer	1,5	0,2		1,0	0,3									
Pas-de-Calais	Lens - Hénin	Polyclinique de Riaumont (Ahnac)	13,4	0,5		7,3	3,5	0,2	0,1	0,1	0,4	0,3	0,1	0,4	0,5	
Somme	Somme-Centre	CHU d'Amiens	NR		0,3 médecine interne											
Hauts-de-France			223	9,7	1,2	105,5	60,7	5,2	5,4	1,1	6,4	4,3	1,1	3,9	2,1	16,3

Source : ARS - DST, DOMS 2020 - Traitement ORZS

Le personnel en UCC en 2020 - Données par département

	Total ETP	Gériatre	Autres médecins	Aide-soignant	IDE	Assistant social	Kinésithérapeute	Diététicien	Psychologue	Ergothérapeute	Orthophoniste	Psychomotricien	Staps	Autres
Aisne	21,4	1	0	9,0	7,1	0,3	1,1	0,2	0,7	0,7	0,3	0,3	0	0,8
Nord	130,7	6,1	0,9	53,1	41,4	3,7	2,9	0,8	3,6	2,0	0,7	1,9	1,6	12,1
Oise	28,8	1,5	0	18,3	4,0	1,0	1,4	0	1,2	1,2	0	0,2	0	0,0
Pas-de-Calais	41,5	1,0	0	25,1	8,2	0,2	0,1	0,1	0,9	0,4	0,1	1,5	0,5	3,4
Somme	NR		0,3											
Hauts-de-France	222,7	9,7	1,2	105,5	60,7	5,2	5,4	1,1	6,4	4,3	1,1	3,9	2,1	16,3

Source : ARS - DST, DOMS 2021- 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